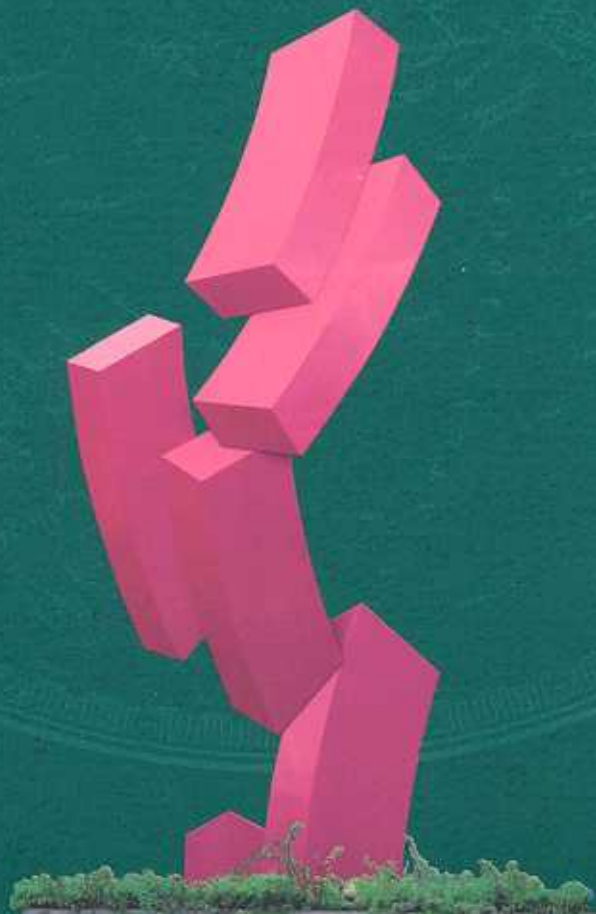




INFORME  
SOBRE LA SALUD  
EN EL MUNDO  
2000

*Mejorar el desempeño  
de los sistemas de salud*



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



INFORME  
SOBRE LA SALUD  
EN EL MUNDO  
2000

*Mejorar el desempeño  
de los sistemas de salud*

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

1. Salud mundial 2. Planes de sistemas de salud 3. Prestación de atención de salud  
4. Administración de los servicios de salud 5. Financiamiento de la salud  
6. Accesibilidad a los servicios de salud 7. Justicia social 8. Mecanismos de evaluación de la atención de salud  
I. Título: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud

ISBN 92 4 356198 7

(Clasificación NLM: WA 540.1)

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Mundial de la Salud 2000

Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas en esta publicación, incluidos los cuadros y los mapas, no implican, por parte de la Secretaría 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.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos que no se mencionan. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

La información relativa a esta publicación puede obtenerse de:

World Health Report  
Organización Mundial de la Salud  
1211 Ginebra 27, Suiza  
Fax: (41-22) 791 4870  
Correo-e: whr@who.int

Para cursar pedido de ejemplares de esta publicación: sales@paho.org

Los principales colaboradores en la redacción del informe completo fueron Philip Musgrove, Andrew Creese, Alex Preker, Christian Baeza, Anders Anell y Thomson Prentice. Son de señalar además las contribuciones de Andrew Cassels, Debra Lipson, Dyna Arhin Tenkorang y Mark Wheeler. La dirección del informe corrió a cargo de un comité de orientación integrado por Julio Frenk (presidente), Susan Holck, Christopher Murray, Orvill Adams, Andrew Creese, Dean Jamison, Kei Kawabata, Philip Musgrove y Thomson Prentice. Es de señalar asimismo la valiosa ayuda prestada por un grupo asesor interno y un grupo regional de referencia, cuyos miembros se enumeran en el apéndice. Por último, son de agradecer la asistencia y el asesoramiento de los Directores Regionales, los Directores Ejecutivos en la sede de la OMS y los asesores principales de la Directora General sobre políticas.

El marco conceptual del informe fue formulado por Christopher Murray y Julio Frenk. La elaboración de nuevos métodos analíticos e indicadores sintéticos, la recopilación de nuevos datos internacionales y el extenso análisis empírico que constituye la base del informe corrieron a cargo de más de 50 personas, la mayoría de ellas pertenecientes al Programa Mundial de la OMS sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, repartidas en once grupos de trabajo. Estos grupos se ocuparon de la demografía básica, las causas de defunción, la carga de morbilidad, la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, las desigualdades en materia de salud, la capacidad de respuesta asistencial, la

equidad de la contribución financiera, las preferencias de los sistemas asistenciales, la contabilidad sanitaria y los perfiles de salud nacionales, el análisis del desempeño y los datos económicos básicos. Los miembros de esos grupos de trabajo se enumeran en el apéndice. Asumieron la dirección administrativa y técnica de los grupos Julio Frenk, Christopher Murray, Kei Kawabata, Alan Lopez y David Evans. En la serie de informes técnicos para cada uno de los grupos de trabajo se facilitan pormenores sobre los métodos, los datos y los resultados, aparte de las explicaciones que figuran en el anexo estadístico.

El enfoque general adoptado para el informe se examinó en una reunión consultiva internacional sobre los sistemas de salud. La medición de la capacidad de respuesta asistencial fue facilitada por una reunión de informantes clave. Estas dos reuniones se celebraron en Ginebra en diciembre de 1999. La lista de los participantes se reproduce en el apéndice del informe completo.

Se ocupó de la labor de edición del informe Angela Haden, secundada por Barbara Campanini. Proporcionaron el apoyo administrativo y técnico para el equipo del *Informe sobre la salud en el mundo* Shelagh Probst, Michel Beusen-berg, Amel Chaouachi and Chrissie Chitsulo. El índice fue preparado por Liza Weinkove.

La traducción y edición en español estuvo a cargo de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

*En la cubierta figura una fotografía de una escultura titulada "Horizonte ascendente", de Rafael Barrios, en Caracas (Venezuela). La fotografía de Mireille Vautier se reproduce con la amable autorización de ANA Agence photographique de presse, París (Francia).*

Diseño de Marilyn Langfeld. Maqueta de Gráficos, OMS  
Impreso en los Estados Unidos de América

# CONTENIDO

MENSAJE DE LA DIRECTORA GENERAL	ix
PANORAMA GENERAL	xiii
Evolución de los sistemas de salud	xv
Potencial de mejora	xvi
Prestar mejores servicios	xviii
Buscar un mejor equilibrio	xix
Proteger a los pobres	xxi
CAPÍTULO 1	
¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS SISTEMAS DE SALUD?	1
Un panorama en mutación	3
¿Qué es un sistema de salud?	6
¿Qué hacen los sistemas de salud?	8
Por qué son importantes los sistemas de salud	9
Cómo evolucionaron los sistemas de salud modernos	13
Tres generaciones de reformas de los sistemas de salud	15
Centrarse en el desempeño	20
CAPÍTULO 2	
¿CUÁN BUENO ES EL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD?	23
Logros y desempeño	25
Metas y funciones	25
En un sistema de salud bueno y equitativo tanto el nivel como la distribución importan	28
La medición del logro de las metas	29
El logro global: un sistema que es a la vez bueno y equitativo	43
El desempeño: los resultados obtenidos de acuerdo con los recursos	44
Mejorar el desempeño: cuatro funciones decisivas	49
CAPÍTULO 3	
SERVICIOS DE SALUD: ¿SE SELECCIONAN ADECUADAMENTE Y ESTÁN BIEN ORGANIZADOS?	53
Deficiencias organizativas	55
Las personas deben ser el centro de los servicios de salud	56

---

Selección de las intervenciones: cómo lograr que los recursos den el máximo rendimiento en materia de salud	59
Selección de las intervenciones: ¿qué otra cosa es importante?	62
Selección de las intervenciones: ¿qué es necesario saber?	64
Imposición de las prioridades mediante el racionamiento de la atención	66
Después de seleccionar las prioridades: incentivos para la organización y para los proveedores de servicios	69
Formas de organización	70
Configuración de la prestación de servicios	71
Armonización de los incentivos	73
Integración de la prestación de servicios	76

---

#### CAPÍTULO 4

¿QUÉ RECURSOS SE NECESITAN?	83
Equilibrio de la combinación de recursos	85
Los recursos humanos son vitales	87
Adaptación a los adelantos en los conocimientos y la tecnología	92
Producción pública y producción privada de los recursos	93
El legado de las inversiones pasadas	95
Perfiles de los recursos destinados a la atención sanitaria	96
Cambiar las modalidades de inversión	100
El camino por delante	102

---

#### CAPÍTULO 5

¿QUIÉN COSTEA LOS SISTEMAS DE SALUD?	107
Cómo funciona el financiamiento	109
Pagos anticipados y recaudación	111
Repartir el riesgo y subsidiar a los pobres: la mancomunación de recursos	114
Compra estratégica	120
Formas de organización	124
Incentivos	127
Cómo influye el financiamiento en la equidad y la eficiencia	130

---

#### CAPÍTULO 6

¿CÓMO SE PROTEGE EL INTERÉS PÚBLICO?	135
Los gobiernos como rectores de los recursos sanitarios	137
¿Qué es lo que anda mal con la rectoría actualmente?	138
La política sanitaria: la visión del futuro	140
Establecer las reglas y hacerlas cumplir	142
Recabar y usar información, y compartir conocimientos	149
Estrategias, funciones y recursos: ¿qué debe hacer cada quien?	152
¿Cuáles son los desafíos?	156
Cómo mejorar el desempeño	158

<b>ANEXO ESTADÍSTICO</b>		165
Notas explicativas		167
Cuadro 1 del anexo	Logro y desempeño del sistema de salud en todos los Estados Miembros, clasificados según ocho indicadores; estimaciones para 1997	176
Cuadro 2 del anexo	Indicadores básicos de todos los Estados Miembros	180
Cuadro 3 del anexo	Defunciones según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS; estimaciones para 1999	188
Cuadro 4 del anexo	Carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS, estimaciones para 1999	194
Cuadro 5 del anexo	Nivel y distribución del logro de salud de todos los Estados Miembros; estimaciones para 1997 y 1999	200
Cuadro 6 del anexo	Nivel y distribución de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de todos los Estados Miembros; índices de la OMS y estimaciones para 1999	208
Cuadro 7 del anexo	Equidad de la contribución financiera a los sistemas de salud en todos los Estados Miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997	212
Cuadro 8 del anexo	Indicadores importantes de las cuentas sanitarias de todos los Estados Miembros; estimaciones para 1997	216
Cuadro 9 del anexo	Logro global del sistema de salud en todos los Estados Miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997	220
Cuadro 10 del anexo	Desempeño del sistema de salud en todos los Estados Miembros; índices de la OMS y estimaciones para 1997	224

<b>LISTA DE ESTADOS MIEMBROS SEGÚN LA REGIÓN DE LA OMS Y LOS ESTRATOS DE MORTALIDAD</b>	228
---	-----

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	230
------------------------	-----

<b>ÍNDICE</b>	231
---------------	-----

<b>CUADROS</b>		
Cuadro 3.1	Intervenciones con un gran impacto potencial en los resultados sanitarios	60
Cuadro 3.2	Ejemplos de incentivos de organización para la atención ambulatoria	77
Cuadro 5.1	Participación estimada de los pagos del bolsillo del usuario en el gasto sanitario, según el nivel de ingreso, en 1997	111
Cuadro 5.2	Métodos para distribuir el riesgo y subsidiar a los pobres: casos de país	116
Cuadro 5.3	Mecanismos de pago al proveedor y comportamiento del proveedor	122

Cuadro 5.4	Exposición de diversas formas de organización a los incentivos internos	128
Cuadro 5.5	Exposición de diversas formas de organización a los incentivos externos	129

## FIGURAS

Figura 1.1	Cobertura de la población por varias intervenciones, según las diferentes nociones de atención primaria de salud	18
Figura 2.1	Relaciones entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud	27
Figura 2.2	Esperanza de vida y esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad de varones y mujeres, por Región de la OMS, y estrato definido según la mortalidad en la niñez y de adultos, 1999	32
Figura 2.3	La desigualdad en la esperanza de vida al nacer, por sexo, en seis países	34
Figura 2.4	Puntuaciones relativas de elementos de la capacidad de respuesta del sistema de salud en 13 países, 1999	37
Figura 2.5	Contribuciones familiares al financiamiento sanitario como porcentaje de la capacidad de pago en ocho países	41
Figura 2.6	Desempeño en el nivel de salud (esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad) con relación al gasto sanitario per cápita; 191 Estados Miembros, 1999	47
Figura 2.7	Desempeño global del sistema de salud (todos los logros) con relación al gasto sanitario per cápita; 191 Estados Miembros, 1997	48
Figura 3.1	Las múltiples funciones de las personas en los sistemas de salud	57
Figura 3.2	Preguntas que deberán formularse para decidir qué intervenciones financiar y suministrar	63
Figura 3.3	Diferentes formas de racionar las intervenciones sanitarias según el costo y la frecuencia de la necesidad	68
Figura 3.4	Diferentes incentivos internos en tres estructuras organizativas	74
Figura 4.1	Los insumos de los sistemas de salud: de los recursos financieros a las intervenciones sanitarias	85
Figura 4.2	Combinación de los insumos de los sistemas de salud en cuatro países de ingresos altos, alrededor de 1997	97
Figura 4.3	Combinación de los insumos de los sistemas de salud en cuatro países de ingresos medianos, alrededor de 1997	99
Figura 5.1	Mancomunación para distribuir el riesgo, y subsidio cruzado para lograr mayor equidad	115
Figura 5.2	Estructura del financiamiento y prestación de servicios del sistema de salud en cuatro países	117

---

**RECUADROS**

Recuadro 1.1	Pobreza, mala salud y eficacia en función de los costos	5
Recuadro 1.2	Los conocimientos acerca de la salud, y no los ingresos, son lo que explica el cambio histórico en las diferencias sanitarias entre el medio urbano y el rural	12
Recuadro 2.1	Indicadores resumidos de la salud de la población	31
Recuadro 2.2	¿Cuán importantes son los distintos elementos de la capacidad de respuesta?	36
Recuadro 2.3	¿Qué mide y qué no mide la contribución equitativa?	43
Recuadro 2.4	Ponderación de los objetivos individuales que forman el logro global	44
Recuadro 2.5	Estimación de lo máximo que cabe esperar y lo mínimo que se debe exigir	46
Recuadro 4.1	La sustitución de unos recursos humanos por otros	88
Recuadro 4.2	Problemas de recursos humanos en la prestación de servicios	89
Recuadro 4.3	¿Se abre cada vez más la brecha en el uso de la tecnología?	93
Recuadro 4.4	La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	95
Recuadro 4.5	Inversión en hospitales en los países de la antigua Unión Soviética antes de la reforma de las políticas	101
Recuadro 5.1	La importancia de las contribuciones de los donantes en la recaudación de ingresos y en la compra, en países en desarrollo	110
Recuadro 5.2	El mercado del seguro de salud en Chile: cuando la rectoría no logra compensar los problemas de competencia de los fondos comunes ni los desequilibrios entre los incentivos internos y externos	126
Recuadro 6.1	Las tendencias en la política sanitaria nacional: de los planes a los marcos	141
Recuadro 6.2	El marco de política sanitaria a mediano plazo de Ghana	142
Recuadro 6.3	¿Apoya el enfoque pansectorial a la rectoría?	143
Recuadro 6.4	Rectoría: el sistema de la hisba en los países islámicos	144
Recuadro 6.5	Sudáfrica: reglamentación del mercado de los seguros privados para aumentar la mancomunación de riesgos	145
Recuadro 6.6	La apertura del sistema de seguros de salud en los Países Bajos	148
Recuadro 6.7	La capacidad de respuesta frente a los derechos de los pacientes	151
Recuadro 6.8	Hacia una buena rectoría: el caso de los productos farmacéuticos	152
Recuadro 6.9	Tailandia: el papel de los medios de comunicación en la rectoría del sistema de salud	154





## MENSAJE DE LA DIRECTORA GENERAL

*¿*Qué determina que un sistema de salud sea bueno? ¿Qué determina que un sistema de salud sea equitativo? ¿Cómo podemos saber si el desempeño de un sistema de salud es el mejor posible? Estas preguntas son objeto de debate público en la mayoría de los países en todo el mundo.

Naturalmente, la respuesta dependerá de la perspectiva personal. El ministro de salud que defiende su presupuesto en el parlamento; el ministro de hacienda que intenta lograr un equilibrio entre las muchas demandas que inciden en el erario público; un administrador de hospital agobiado por la falta de camas; el médico o la enfermera de un centro de salud que acaba de quedarse sin antibióticos; un periodista en busca de noticias; una madre que pide tratamiento para su hijo de 2 años; un grupo de presión que trata de obtener mejores servicios. . . todos ellos tendrán su propia opinión. Nosotros, la Organización Mundial de la Salud, tenemos que ayudar a todos los interesados a formarse un juicio equilibrado.

Cualquiera que sea el criterio adoptado, es indudable que los sistemas de salud de algunos países funcionan bien, mientras que otros funcionan mal. Ello se debe no solo a diferencias en los ingresos o los gastos, pues el desempeño puede variar considerablemente incluso entre países con niveles muy similares de gasto sanitario. La manera de concebir, gestionar y financiar los sistemas de salud influye en la vida y en los medios de subsistencia de la gente. La diferencia entre un sistema de salud eficaz y otro deficiente puede medirse en función de los niveles de mortalidad, discapacidad, empobrecimiento, humillación y desesperación asociados.

Cuando asumí el cargo de Directora General en 1998, una de mis principales inquietudes era que el desarrollo de los sistemas de salud adquiriese progresivamente un mayor protagonismo en la labor de la OMS. Opinaba asimismo que, si bien nuestro trabajo en este terreno debe ser coherente con los valores de la salud para todos, nuestras recomendaciones deben basarse en pruebas científicas y no en alguna ideología. El presente informe es fruto de esas inquietudes. Espero que su publicación marque un hito en el campo del desarrollo de los sistemas de salud. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud en todo el mundo constituye la razón de ser de este informe.

Hemos afrontado el reto de comprender mejor los factores que han de permitir cambiar la situación, y ello no ha sido fácil. Hemos analizado cómo debería definirse un sistema de



**Dra. Gro Harlem Brundtland**

salud para ampliar nuestro ámbito de interés más allá de la prestación de servicios de salud públicos y personales, para abarcar otros sectores claves de las políticas públicas que influyen en la salud de la gente. En el informe se señala que los sistemas de salud deben abarcar todas las acciones cuyo objetivo primordial sea mejorar la salud.

El informe abre nuevos caminos para ayudarnos a entender las metas de los sistemas de salud. El objetivo que los define es sin duda la mejora y la protección de la salud, pero hay otras metas que también les son conaturales. Así, es importante la equidad en las formas de pago de la atención sanitaria, así como la capacidad de los sistemas para responder adecuadamente a las expectativas de la gente respecto a su tratamiento. En lo que atañe a la salud y la capacidad de respuesta, no basta con lograr que el nivel medio de atención sea alto, ya que una de las metas del sistema de salud ha de ser también reducir las desigualdades a fin de mejorar la situación de los más desfavorecidos. En el informe, los logros en relación con esos objetivos proporcionan la base para medir el desempeño de los sistemas de salud.

Para poder actuar basándose en las mediciones del desempeño, quienes formulan las políticas tienen que comprender cabalmente las funciones claves que han de cumplir los sistemas de salud. En el informe se definen cuatro funciones claves: la prestación de servicios; la generación de recursos humanos y materiales que hagan posible esa prestación de servicios; la obtención y mancomunación de los recursos necesarios para pagar la atención sanitaria, y, lo más importante, la rectoría, esto es, la función de establecer las reglas del juego y hacerlas cumplir, proporcionando orientación estratégica a los distintos actores involucrados.

No cabe duda de que muchos de los conceptos y medidas empleados en el informe han de perfeccionarse y desarrollarse aún más. Hasta la fecha, nuestra comprensión de los sistemas de salud se ha visto dificultada por la fragilidad de los sistemas de información sistemática y por la insuficiente atención prestada a las investigaciones. El informe ha obligado a realizar un gran esfuerzo para reunir datos, obtener más información y llevar a cabo el trabajo requerido de análisis y síntesis. Se ha recabado además la opinión de muchas personas, dentro y fuera de la OMS, respecto a la interpretación de los datos y la importancia relativa de las distintas metas.

Las pruebas aportadas no permiten responder en forma definitiva a todos los interrogantes sobre el desempeño de los sistemas de salud. Sin embargo, el informe reúne los mejores datos probatorios obtenidos hasta la fecha, y demuestra que, pese a la complejidad del tema y a las limitaciones de los datos, es posible elaborar un esquema razonablemente aproximado de la situación actual, y trazar a partir de ahí un estimulante programa de actividades para el futuro.

Confío en que el informe contribuirá a la tarea de determinar la manera de evaluar y mejorar los sistemas de salud. La evaluación del desempeño permite a quienes formulan las políticas, a los prestadores de servicios de salud y a la población en general interpretar su situación en el contexto de los arreglos sociales que hayan establecido para mejorar la salud. Además, el informe invita a reflexionar sobre las fuerzas que determinan el desempeño y las medidas que podrían mejorarlo.

Para la OMS, el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* es un hito en un proceso a largo plazo. La medición del desempeño de los sistemas de salud será en adelante una parte regular de todos los *Informes sobre la salud en el mundo*, para la que se emplearán todos los datos y métodos, mejorados y actualizados, de que se vaya disponiendo.

Aunque estamos solo empezando a comprender lo que es de hecho una compleja trama de interacciones, se distinguen ya claramente algunas conclusiones relevantes:

- La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno. La gestión prudente y responsable del bienestar de la población —en otras palabras, la rectoría— es la esencia de un buen gobierno. La salud de la población es siempre una prioridad nacional, y el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente.
- Considerando estrictamente el dinero invertido en salud, muchos países están por debajo de su potencial de desempeño. El resultado es un elevado número de defunciones evitables y de vidas truncadas por algún tipo de discapacidad. Las consecuencias de ese fracaso recaen desproporcionadamente sobre los pobres.
- El objetivo de los sistemas de salud no es solo mejorar la salud de la población, sino también protegerla contra los costos financieros de la enfermedad. El reto que afrontan los gobiernos de los países de bajos ingresos consiste en reducir la carga regresiva que suponen los pagos directos por la atención sanitaria, ampliando para ello los planes de pago anticipado, que distribuyen el riesgo financiero y atenúan la amenaza de los gastos sanitarios catastróficos.
- En los gobiernos, muchos ministerios de salud se ocupan tan solo del sector público y no prestan atención al financiamiento y la atención privados, a menudo mucho más importantes. Es cada vez más imperativo que los gobiernos aprovechen la energía de los sectores privado y benéfico para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, compensando al mismo tiempo las fallas de los mercados privados.
- La rectoría consiste en última instancia en *supervisar* la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de hacer la vista gorda ante las fallas detectadas. El presente informe aspira a facilitar esa tarea trayendo al primer plano nuevas pruebas científicas.

En conclusión, espero que el informe ayude a quienes formulan las políticas a tomar decisiones juiciosas. Si lo consiguen, todos los países tendrán a su alcance mejoras sustanciales, y los pobres serán los principales beneficiarios.



Dra. Gro Harlem Brundtland

Ginebra

Junio de 2000



## PANORAMA GENERAL

*H*oy, como cada día, la vida de un vasto número de personas está en manos de los sistemas de salud. Desde el nacimiento de un niño sano en condiciones adecuadas hasta la atención digna a los ancianos de salud delicada, los sistemas de salud tienen una responsabilidad fundamental y permanente para con las personas a lo largo de sus vidas, y son cruciales para alcanzar el desarrollo sano de los individuos, las familias y las sociedades en todo el mundo.

En el presente informe, el concepto de sistemas de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Se entiende por actividad o acción de salud todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud.

La mejora de la salud es sin duda el principal objetivo de un sistema de salud, pero no el único. En realidad, el objetivo de una mejor salud tiene dos vertientes: por un lado, se debe alcanzar el mejor nivel posible (es decir, el sistema debe ser *bueno*); por otro lado, se debe procurar que haya las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (o sea, el sistema debe ser *equitativo*). En este sentido, un sistema de salud es bueno si responde bien a lo que la gente espera de él; y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, dedicado por entero a los sistemas de salud, la Organización Mundial de la Salud amplía su tradicional preocupación por el bienestar físico y mental de la gente para hacer hincapié en esos otros elementos, la bondad y la equidad.

Más que nunca, el informe tiene en cuenta el papel que desempeña cada cual en los sistemas de salud como prestador y consumidor de servicios sanitarios, contribuyente financiero, agente de salud, y ciudadano que participa en su gestión responsable. Se analiza asimismo la mayor o menor fortuna con que los sistemas abordan las desigualdades, su manera de responder a las expectativas de la gente, y su grado de respeto a la dignidad, los derechos y las libertades de las personas.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2000* abre además nuevos caminos, pues presenta por primera vez un índice del desempeño de los sistemas nacionales de salud en lo referente al logro de tres metas generales: *mejora de la salud, respuesta a las legítimas expectativas de la población y equidad de las contribuciones financieras*.

Los progresos en ese sentido dependen críticamente del acierto con que los sistemas desempeñen cuatro funciones vitales: *prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría*. El informe dedica un capítulo a cada una de esas funciones, y

sienta conclusiones y hace recomendaciones normativas sobre cada una de ellas. Hace especial hincapié en la rectoría, que tiene una profunda influencia en las otras tres.

Muchas de las preguntas formuladas acerca del desempeño de los sistemas de salud no admiten respuestas claras o simples, ya que los resultados son difíciles de medir, como difícil es también desligar la contribución del *sistema* de salud de la de otros factores. Sobre la base de valiosos trabajos anteriores, el informe presenta el marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Aclarando y cuantificando las metas de los sistemas de salud y relacionándolas con las funciones básicas, el marco tiene por objeto ayudar a los Estados Miembros a medir su propio desempeño, entender los factores que lo determinan, mejorarlo y responder mejor a las necesidades y expectativas de la población a la que sirven y representan. El proceso de análisis y síntesis de una abundante información se concreta en una medida de los logros globales y en un índice de desempeño, que debería dar pie a numerosas actividades de investigación y desarrollo de políticas. El índice constituirá una aportación regular de los próximos *Informes sobre la salud en el mundo*, y será mejorado y actualizado cada año.

En mayo de 2000, el marco fue el tema central de una mesa redonda, titulada "*Afrontar los grandes retos planteados a los sistemas de salud*", en la que participaron los ministros de salud que concurrieron a la 53.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud llevada a cabo en Ginebra. A lo largo del informe se abordan los temas tratados en esos debates, cuyas conclusiones ayudarán a orientar los futuros trabajos sobre el marco.

El gran valor potencial de ese marco reside en que quienes formulan las políticas necesitan comprender por qué los sistemas tienen un desempeño determinado y qué pueden hacer para mejorar la situación. Todos los sistemas de salud cumplen ciertas funciones: prestar servicios de salud personales y no personales; generar los recursos humanos y físicos necesarios para que eso sea posible; recaudar y mancomunar los ingresos empleados para adquirir servicios; y actuar como rectores en cuanto a los recursos, los poderes y las expectativas que se les confían.

La comparación de las distintas formas de desempeñar esas funciones brinda elementos para comprender las variaciones del desempeño a lo largo del tiempo y entre los países. No cabe duda de que muchos de los conceptos y medidas empleados en el informe tendrán que refinarse; además, habrá que conseguir más y mejores datos sobre el logro de los objetivos y sobre las funciones de los sistemas de salud. Sin embargo, es mucho lo que se puede saber ya con la información existente. El informe presenta los mejores datos obtenidos hasta ahora. De ese modo, aspira a impulsar el desarrollo nacional y mundial de los conocimientos técnicos y la información necesarios para construir un sólido acervo de pruebas científicas sobre el nivel y los determinantes del desempeño, como base para mejorar el funcionamiento de los sistemas.

"Mejorar el desempeño" es, por tanto, la expresión clave y la razón de ser de este informe. La misión general de la OMS consiste en alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, insistiendo especialmente en eliminar las desigualdades tanto dentro de los países como entre ellos. La capacidad de la Organización para cumplir esa misión depende en gran medida de la eficacia de los sistemas de salud de los Estados Miembros. Por tal motivo, el fortalecimiento de esos sistemas constituye una de las cuatro orientaciones estratégicas de la OMS, y encaja muy bien con las otras tres: reducir el exceso de mortalidad en las poblaciones pobres y marginadas; hacer frente con eficacia a los principales factores de riesgo, y situar la salud en el centro del programa de acción en pro del desarrollo.

Desde luego, la lucha contra las epidemias, la reducción de la mortalidad infantil y el fomento de la seguridad de los embarazos son prioridades de la OMS. Sin embargo, la

Organización difícilmente podrá influir en esas y otras batallas si no dedica el mismo interés a fortalecer los sistemas de salud por cuyo conducto llegan a la primera línea de combate todas las intervenciones que salvan vidas o mejoran la existencia.

En el informe se afirma que el diferente grado de eficiencia con que los sistemas de salud se organizan y financian, y responden a las necesidades de la población, explica gran parte de la creciente brecha observada en las tasas de mortalidad entre los ricos y los pobres, tanto en el seno de los países como entre estos, en todo el mundo. Incluso entre países con niveles similares de ingresos, sigue habiendo diferencias inadmisiblemente amplias en los resultados sanitarios. En el informe se asienta que persisten las desigualdades en la esperanza de vida y que estas guardan una estrecha relación con la situación socioeconómica, incluso en los países que por término medio disfrutaban de una buena salud. Además, la desigualdad entre ricos y pobres es mayor cuando la esperanza de vida se desglosa en años vividos en buena salud y años que se pasan con discapacidad. En efecto, los pobres no solo tienen una vida más breve, sino que gran parte de su existencia está dominada por la discapacidad.

En resumen, el desempeño de los sistemas de salud —y de los 35 millones de personas que se calcula que trabajan en ellos— determina profundas diferencias en la calidad y el valor, así como en la duración, de la vida de los miles de millones de personas a las que atienden.

## EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El análisis que hace el informe de la evolución de los modernos sistemas de salud y sus diversas etapas de reforma muestra sin apenas lugar a dudas que en general han contribuido ya enormemente a mejorar la salud de la mayoría de la población mundial durante el siglo XX.

Hoy día, los sistemas de salud de todos los países, ricos y pobres, ejercen una influencia mayor y más decisiva que nunca en la vida de la gente. Ha habido sistemas de salud de un tipo u otro desde el momento en que la gente empezó a intentar proteger su salud y tratar las enfermedades. El curanderismo, combinado a menudo con formas de consejo espiritual y de atención tanto preventiva como curativa, existe desde hace miles de años, y hoy coexiste frecuentemente con la medicina moderna.

Sin embargo, hace 100 años apenas había sistemas de salud organizados en el sentido en que hoy los conocemos. En esa época, pocas personas llegaban a visitar un hospital alguna vez. La mayoría de ellas, nacidas en familias numerosas, habían vivido su infancia amenazadas por numerosas enfermedades potencialmente mortales, entre ellas el sarampión, la viruela, la malaria y la poliomielitis. Las tasas de mortalidad de lactantes y niños pequeños eran muy altas, al igual que las tasas de mortalidad materna. La esperanza de vida era muy baja: incluso hace medio siglo era solo de 48 años al nacer. Los partos se atendían siempre en el hogar, rara vez con la asistencia de un médico.

Para ilustrar brevemente el papel que hoy desempeñan los sistemas de salud, el presente informe pone de relieve las circunstancias de un nacimiento concreto. El año pasado, expertos de las Naciones Unidas calcularon que la población mundial alcanzaría la cifra de 6000 millones el 13 de octubre de 1999. Ese día, en una maternidad de Sarajevo, un niño fue designado la persona 6000 millones del planeta. Llegó al mundo con una esperanza de vida de 73 años, el promedio actual en Bosnia.

Nació en un gran hospital urbano, dotado de parteras, enfermeras, médicos y técnicos bien capacitados. Todos ellos estaban respaldados por equipo de alta tecnología y por todo



tipo de medicamentos. El hospital forma parte de un complejo servicio de salud, vinculado a su vez a una amplia red de personas e intervenciones que de una manera u otra procurarán medir, mantener y mejorar la salud, durante toda su vida, de ese niño recién nacido. . . y de la población en general. En conjunto, todas esas partes intervinientes, ya sea en la prestación de servicios, en su financiamiento o en el establecimiento de políticas para administrarlos, configuran un sistema de salud.

Los sistemas de salud han sido objeto durante los últimos 100 años de varias generaciones de reformas superpuestas, incluida la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y la ampliación de los planes de seguro social. Más tarde llegó la promoción de la atención primaria de salud como vía para alcanzar una cobertura universal asequible: la meta de la salud para todos. Pese a sus numerosas virtudes, esta opción ha sido criticada por no ocuparse lo suficiente de la *demanda* de atención por la población y concentrarse, en cambio, casi exclusivamente en sus *necesidades* percibidas. Hay sistemas que se han hundido cuando esos dos conceptos no coincidían, pues en ese caso la oferta de servicios no podía responder al mismo tiempo a uno y a otro.

Durante el último decenio se ha producido un desplazamiento progresivo del interés hacia el concepto que la OMS denomina un “nuevo universalismo”. En lugar de ofrecer toda la atención posible para todo el mundo, o solo la atención más simple y básica para los pobres, de lo que se trata ahora es de hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, costos y aceptabilidad social. Ello entraña una elección explícita de prioridades entre las intervenciones, respetando el principio ético según el cual a veces es necesario y eficiente racionar los servicios, pero considerando inadmisibles la exclusión de grupos enteros de la población.

Este cambio se ha debido en parte a las profundas transformaciones políticas y económicas vividas en los últimos 20 años aproximadamente, en particular al paso de las economías de planificación centralizada a las economías de mercado, a una disminución de la intervención del Estado en las economías nacionales, a un menor control de los gobiernos y a una mayor descentralización.

En el plano ideológico, ello significa hacer más hincapié en las decisiones y la responsabilidad individuales. Y a nivel político significa imponer límites a las promesas y las expectativas en cuanto a lo que deberían hacer los gobiernos. Pero, al mismo tiempo, las esperanzas depositadas por la gente en los sistemas de salud son mayores que nunca. Casi cada día se anuncia un nuevo medicamento o tratamiento, o un nuevo adelanto de la medicina y la tecnología sanitaria. El ritmo de los adelantos solo es comparable con el ritmo con que crece el afán de la población por beneficiarse de ellos.

El resultado es un aumento de la demanda y de las presiones que han de soportar los sistemas de salud, tanto el sector público como el privado, en todos los países, ricos o pobres. Sin duda, la capacidad de los gobiernos para financiar y prestar servicios tiene un límite. Con el presente informe se desea estimular la adopción de políticas públicas que reconozcan las limitaciones que sufren los gobiernos. Si se van a prestar servicios para todos, no es posible suministrar todo tipo de servicios.

## POTENCIAL DE MEJORA

En todos los sistemas hay innumerables personas muy capacitadas y de gran dedicación que trabajan en todos los niveles para mejorar la salud de sus comunidades. En los albores del nuevo siglo, los sistemas de salud tienen el poder y el potencial necesarios para conseguir nuevas y extraordinarias mejoras.

Lamentablemente, los sistemas de salud pueden también hacer un mal uso de ese poder y desperdiciar el potencial de que disponen. Los sistemas de salud mal estructurados, mal gestionados, organizados ineficientemente y financiados en forma inadecuada pueden causar más mal que bien.

El presente informe muestra que muchos países están desaprovechando claramente su potencial, y que la mayoría no están desplegando esfuerzos suficientes en lo tocante a capacidad de respuesta y equidad de las contribuciones financieras. En casi todos los países se observan graves deficiencias en el desempeño de una o varias funciones.

Esas fallas se traducen en un elevado número de defunciones evitables y discapacidades prevenibles en todos los países; en un nivel de sufrimiento injustificado, y en situaciones de injusticia, desigualdad y negación de derechos humanos básicos. Los más perjudicados son los pobres, que se ven hundidos aún más en la pobreza debido a la falta de protección financiera contra los problemas de salud. Cuando a duras penas consiguen pagar la atención sanitaria de su propio bolsillo, lo único que logran a menudo es llenar el de otros.

Este informe revela que los pobres son también los que menos se benefician de la capacidad de respuesta del sistema: reciben un trato menos digno, ven restringida la gama de proveedores y obtienen servicios de peor calidad.

La responsabilidad última del desempeño global del sistema de salud de un país incumbe al gobierno, que a su vez debe recabar la participación de todos los sectores de la sociedad en la rectoría de dicho sistema. La gestión atenta y responsable del bienestar de la población es la esencia del buen gobierno. Para cada país eso significa establecer el sistema de salud mejor y más justo posible en función de los recursos disponibles. La salud de la gente es siempre una prioridad nacional, y la responsabilidad del gobierno en este sentido es continua y permanente. Los ministerios de salud, por consiguiente, deben asumir una gran parte de la rectoría de los sistemas de salud.

Las políticas y estrategias sanitarias han de abarcar la prestación de servicios y el financiamiento por el sector privado, además del financiamiento y las actividades por parte del Estado. Solo así pueden los sistemas de salud en su conjunto orientarse hacia la consecución de metas de interés público. La rectoría abarca las tareas de definir la visión y la orientación de las políticas sanitarias, ejercer influencia mediante actividades de reglamentación y promoción, y reunir y utilizar información pertinente. En el plano internacional, esa función entraña la movilización de la acción colectiva de los países para producir bienes públicos de interés mundial, por ejemplo investigaciones, fomentando al mismo tiempo una visión común en pro de un desarrollo más equitativo en los países y entre estos. Ello significa, asimismo, proporcionar pruebas científicas que faciliten los esfuerzos desplegados por los países para mejorar el desempeño de sus sistemas de salud.

El informe muestra, sin embargo, que algunos países no han formulado una política sanitaria nacional en la última década; en otros, dicha política existe en forma de documentos olvidados que no llegan a plasmarse en medida alguna. Con harta frecuencia, las políticas sanitarias y la planificación estratégica han pretendido ampliar el sistema público de atención de salud con criterios muy poco realistas, a veces muy por encima de lo justificado por el crecimiento económico nacional. A la larga, las propuestas del documento de política y planificación se consideran inviables y son descartadas.

Un marco de política ha de reconocer las tres metas del sistema de salud y determinar estrategias adecuadas para acelerar el logro de cada una de ellas. Pero no todos los países tienen políticas explícitas respecto a la bondad general y la equidad del sistema de salud. En muchos países aún no se han hecho declaraciones públicas sobre el equilibrio deseable entre los resultados sanitarios, la capacidad de respuesta del sistema y la equidad de las

contribuciones financieras. Las políticas elegidas deben determinar la manera de mejorar las funciones clave del sistema.

En los gobiernos, según se señala en el informe, el ministerio de salud demuestra en muchos casos tener muy poca visión de futuro, centrando su atención en el sector público y pasando por alto el papel —a menudo mucho mayor— de la atención privada. En el peor de los casos, los gobiernos hacen la vista gorda ante un “mercado negro” de salud, en el que la corrupción generalizada, los sobornos, el pluriempleo y otras prácticas ilegales resultan difíciles de erradicar tras haber cundido durante años. Esa visión carece de la suficiente perspectiva para ayudar a construir un futuro más sano.

Además, algunos ministerios de salud tienden a perder completamente de vista su meta más importante, esto es, la población general. Los pacientes y los consumidores solo llegan a hacerse visibles cuando la creciente insatisfacción del público fuerza al ministerio a dedicarles atención.

Muchos ministerios de salud muestran indulgencia ante el incumplimiento de los reglamentos que ellos mismos han creado o que deberían aplicar en interés del público. El incumplimiento frecuente de las normas es una invitación al abuso. Un ejemplo extendido es la lenidad ante los empleados públicos que cobran honorarios ilegalmente a los pacientes y se embolsan el dinero, práctica conocida eufemísticamente como “pagos informales”. Esa corrupción disuade a los pobres de utilizar los servicios que necesitan, hace aún más injusto el financiamiento de la atención y distorsiona las prioridades sanitarias globales.

## PRESTAR MEJORES SERVICIOS

Son demasiados los gobiernos que ignoran demasiadas cosas sobre lo que acontece con la prestación de servicios a su población. En muchos países algunos médicos, si no la mayoría, trabajan simultáneamente en el sistema público y en el sector privado. Cuando personal del primero usa en forma ilegal medios públicos para dispensar atención especial a pacientes privados, el sector público acaba subvencionando extraoficialmente la práctica privada. Los profesionales sanitarios conocen la legislación relativa al ejercicio profesional, pero saben también que los mecanismos para hacerla cumplir son débiles o no existen. Las asociaciones profesionales, teóricamente responsables de aplicar alguna forma de autorregulación, con demasiada frecuencia son ineficaces.

La supervisión y la reglamentación de los proveedores y las aseguradoras del sector privado deben figurar en lugar prioritario en la lista de las políticas nacionales. Al mismo tiempo, es fundamental adoptar incentivos sensibles al desempeño. Una buena política ha de saber distinguir entre los proveedores (públicos o privados) que contribuyen a las metas de salud y los que las perjudican, y alentarlos o sancionarlos en consecuencia. Las políticas encaminadas a modificar el equilibrio entre la autonomía de los proveedores y su responsabilización han de ser objeto de una estrecha vigilancia en lo tocante a sus efectos en la salud, su capacidad de respuesta y la distribución de la carga financiera.

Si se sabe que determinadas normas y procedimientos tienen efectos nocivos, incumbe sin duda al ministerio de salud combatirlos con información pública y con medidas legales. La venta de productos farmacéuticos por vendedores no autorizados, y los peligros que conllevan la prescripción excesiva de antibióticos y la inobservancia de las dosis recomendadas, por ejemplo, deben ser objeto de la función rectora del sector público, con el apoyo activo de campañas de información dirigidas a los pacientes, los proveedores en cuestión y las autoridades locales de salud.

Al contrario de lo que cabría prever, la proporción de financiamiento privado de la salud tiende a ser mayor en los países de ingresos más bajos. Sin embargo, los países más pobres rara vez poseen políticas claras respecto al sector privado. Por consiguiente, aún les falta dar grandes pasos para reconocer los diferentes grupos de proveedores privados y dialogar con ellos, con ánimo de influir en su actuación y de someterlos a la reglamentación.

El sector privado puede contribuir a mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Para que así sea, los gobiernos deben cumplir esa función pública básica que es la rectoría. La implantación de incentivos apropiados y una información adecuada son dos valiosos instrumentos para mejorar el desempeño.

Para acrecentar la calidad de la atención suele hacer falta más y mejor información sobre los servicios existentes, sobre las intervenciones ofrecidas y sobre las principales limitaciones a la implantación de servicios. Hay que conocer también los factores de riesgo locales y nacionales. La información sobre el número y el tipo de proveedores es un requisito básico, a menudo no del todo satisfecho. Es necesario conocer asimismo la estructura del mercado de proveedores y las modalidades de utilización de sus servicios, para que quienes formulan las políticas entiendan las razones de que la configuración de los servicios sea como es, y de su crecimiento diferencial.

Debe emprenderse un proceso público y explícito de establecimiento de prioridades a fin de determinar el contenido de un conjunto de prestaciones para todo el mundo, teniendo en cuenta a esos efectos, entre otros criterios, las enfermedades prioritarias a nivel local y la eficacia en función de los costos. Es preciso actualizar y emplear mecanismos auxiliares, como protocolos clínicos y modalidades de registro, capacitación, autorización y acreditación. Es necesario formular una estrategia reglamentadora que distinga los diversos componentes del sector privado e incluya la promoción de la autorregulación.

Es preciso que los consumidores estén mejor informados sobre lo que beneficia y lo que perjudica su salud, sobre las razones de que no se puedan satisfacer todas sus expectativas, y sobre sus derechos, que todos los proveedores deberían respetar. La armonización de las estructuras organizativas y de los incentivos con los objetivos globales de las políticas es una tarea que incumbe a los responsables de la rectoría, no solo a los proveedores de servicios.

Es necesario un proceso de seguimiento para evaluar los cambios de comportamiento asociados a la descentralización de la autoridad sobre los recursos y servicios, así como los efectos de los diferentes tipos de relaciones contractuales con los proveedores públicos y privados. Encontrar el punto de equilibrio entre un control estricto y la independencia necesaria para motivar a los proveedores constituye una tarea delicada, que exige soluciones locales. En la mayoría de las circunstancias se requerirá un período de experimentación y adaptación. Habrá que apoyar el intercambio de información con miras a crear una "red virtual" a partir de un amplio conjunto de proveedores semiautónomos.

## BUSCAR UN MEJOR EQUILIBRIO

Según el informe, en muchos países existen graves desequilibrios en lo tocante a los recursos humanos y materiales, la tecnología y los productos farmacéuticos. Muchos países tienen poco personal sanitario cualificado, y otros demasiado. En muchos países de bajos ingresos el personal está insuficientemente formado y mal pagado, y se ve obligado a trabajar en establecimientos obsoletos que adolecen de escasez crónica de equipo. Una consecuencia de ello es la "fuga de cerebros", de profesionales con talento pero desmora-

lizados que prefieren marcharse al extranjero o ejercer la medicina privada. También aquí, los más afectados son los pobres.

En general, los gobiernos apenas disponen de información sobre las corrientes financieras y la generación de recursos humanos y materiales. Para corregir esto, el cálculo y la utilización de cuentas sanitarias nacionales debería ser una práctica mucho más extendida. Dichas cuentas aportan información esencial para vigilar la relación entre los gastos de capital y los gastos ordinarios, o la de cualquier insumo con respecto al total, y observar las tendencias. En las cuentas se consignan las aportaciones exteriores y nacionales, tanto públicas como privadas, y se ofrece una recopilación útil de datos cuantitativos sobre rubros concretos —como el número de enfermeras, equipo médico, hospitales de distrito— y los costos correspondientes.

En la mayoría de los países se emplea ya algún tipo de cuentas, pero se trata a menudo de cuentas rudimentarias que aún no se utilizan ampliamente como instrumentos de rectoría. Los datos de las cuentas permiten al ministerio de salud analizar críticamente las compras realizadas por todos los responsables de fondos del sistema de salud.

El concepto de la compra estratégica, analizado en el informe, se aplica no solo a la adquisición de servicios de atención, sino también a la compra de insumos para el sistema de salud. Cuando se utilizan fondos públicos para adquirir insumos tales como personal capacitado, equipo de diagnóstico y vehículos, incumbe directamente al ministerio de salud procurar la buena utilización de los fondos, en lo que atañe tanto a los precios de los productos como al uso eficaz de lo adquirido.

Cuando los insumos sanitarios son adquiridos por otros organismos (como aseguradoras privadas, proveedores, familias u otras instituciones públicas), la función rectora del ministerio estriba en emplear su influencia reglamentaria y su capacidad de persuasión para lograr que esas compras mejoren, en lugar de empeorar, la eficiencia de la combinación de insumos.

El ministerio central tendrá que tomar algunas decisiones importantes de inversión de capital, como las relacionadas con hospitales terciarios o escuelas de medicina, pero se debería confiar a las autoridades de salud regionales y distritales las decisiones de compra de nivel inferior, que son las más numerosas, para las cuales se aplicarían directrices, criterios y procedimientos promovidos por el gobierno central.

A fin de alcanzar un equilibrio idóneo entre los gastos de capital y los gastos ordinarios en el sistema sanitario, es necesario analizar las tendencias del gasto público y del privado, y tener en cuenta tanto el financiamiento interno como el externo. La existencia de un marco normativo claro, los incentivos, las medidas de reglamentación y la información del público son apoyos necesarios para adoptar decisiones importantes de inversión en todo el sistema, a los efectos de contrarrestar las decisiones ad hoc y las influencias políticas.

En lo que respecta a los recursos humanos, combinaciones estratégicas similares han permitido corregir con cierto éxito desequilibrios geográficos comunes en el interior de los países. En general, es necesario reevaluar las necesidades de capacitación teniendo en cuenta las tareas reales desempeñadas por los trabajadores, y a menudo es necesario ajustar la oferta general para satisfacer la demanda, expresada por las oportunidades de empleo.

Algunos países donde la rentabilidad social de la formación médica es negativa se plantean la posibilidad de privatizar o cerrar instituciones docentes. Sin duda, a menudo hay que reconsiderar las subvenciones públicas a dichas instituciones desde la perspectiva de la compra estratégica; pero con frecuencia es posible limitar el número de alumnos que ingresan en esos centros docentes, sin necesidad de cerrarlos, y utilizar quizá los recursos así

liberados para readiestrar al personal sanitario claramente excedentario, orientándolo hacia ocupaciones con mayor demanda.

Las operaciones importantes de compra de equipo propician muchas veces el despilfarro de los recursos del sistema sanitario, pues a menudo el equipo queda infrautilizado, aporta pocos beneficios sanitarios o exige tiempo del personal o gastos fijos. Además, son operaciones difícilmente controlables. Es menester que todos los países accedan a información que les permita evaluar las tecnologías, sin que eso signifique que deban necesariamente producirla ellos mismos. La función rectora consiste en procurar que se satisfagan los criterios establecidos para la compra de tecnología en el sector público (que todos los países necesitan), y que el sector privado no reciba incentivos ni subsidios públicos para sus compras de tecnología a menos que así coadyuve a las metas de la política nacional.

Los proveedores recurren a menudo al apoyo o los donativos públicos para sus compras de tecnología, y es parte de la rectoría el procurar que los consumidores comprendan por qué dichas compras han de racionarse al igual que otros servicios. Determinar el costo de oportunidad de la nueva tecnología en comparación con otros servicios necesarios puede ayudar al público a comprender la situación.

## PROTEGER A LOS POBRES

En los países más pobres del mundo, la mayor parte de la población, en particular los pobres, tiene que pagar de su bolsillo la atención sanitaria precisamente cuando caen enfermos y más necesitan el dinero. Son ellos también quienes menos se benefician de los sistemas de pago anticipado asociados al empleo, y su acceso a los servicios subsidiados es menor que el de los sectores acomodados.

El presente informe presenta pruebas convincentes de que el pago anticipado constituye la forma más idónea de recaudación de ingresos, mientras que los pagos directos tienden a ser bastante regresivos y a menudo impiden el acceso a la atención sanitaria. En los países pobres, la población humilde sufre a menudo doblemente las consecuencias: tiene que pagar un porcentaje injusto de los costos mediante impuestos y planes de seguro, se usen o no los servicios de salud, y algunos tienen que hacer además una aportación aún más injusta hurgando en sus bolsillos. Los datos correspondientes a numerosos sistemas de salud muestran que el pago anticipado mediante sistemas de seguro conduce a una mayor equidad en el financiamiento. El principal reto en materia de recaudación de ingresos consiste en ampliar los sistemas de pago anticipado, asignando un papel central al financiamiento público o al seguro obligatorio. En lo referente a la mancomunación de ingresos, la creación de un fondo común lo más amplio posible es fundamental para repartir el riesgo financiero que entraña la atención sanitaria, y reducir así el riesgo individual y el espectro del empobrecimiento por gastos sanitarios.

En los planes de seguro se combinan los recursos de contribuyentes individuales u otras fuentes a fin de repartir los riesgos en la población. El logro de una mayor equidad en el financiamiento solo es posible mediante la mancomunación de riesgos, lo que significa que los sanos subsidian la atención dispensada a los enfermos, y los ricos, la atención dispensada a los pobres. Es necesario formular estrategias para ampliar esa mancomunación de riesgos y perfeccionar el sistema de subsidios.

Aumentar el nivel de financiamiento público de la salud es la opción más obvia para potenciar los sistemas de pago anticipado. Sin embargo, los países más pobres recaudan menos fondos públicos, como porcentaje del ingreso nacional, que los países de ingresos medianos y altos. Si no existen arreglos organizativos viables para aumentar los niveles de

pago anticipado, tanto los donantes como los gobiernos deben estudiar otras opciones para crear mecanismos que permitan desarrollar o consolidar fondos comunes muy grandes. Los planes de seguro concebidos sobre todo para la población pobre serían, además, una interesante manera de canalizar la asistencia externa para la salud, paralelamente a los ingresos fiscales.

En muchos países funcionan planes de seguro basados en el empleo que amplían las prestaciones para los privilegiados que pueden permitírselos —principalmente empleados del sector estructurado de la economía—, en lugar de ampliarlas para un mayor número de personas. Los países de bajos ingresos podrían fomentar diferentes formas de pago anticipado —vinculadas con el empleo, la comunidad o los proveedores— como parte de un proceso preparatorio de unificación de los fondos comunes pequeños en otros mayores. Es necesario que los gobiernos fomenten la tarificación comunitaria (todos los miembros de la comunidad pagan la misma prima), un conjunto común de prestaciones y el carácter transferible de las prestaciones entre planes de seguro, y deberían utilizarse fondos públicos para sufragar la inclusión de la población pobre en esos planes.

En los países de ingresos medianos la política para lograr sistemas justos de pago anticipado estriba en fortalecer los planes de seguro obligatorio, con frecuencia importantes, que están basados en los ingresos y en los riesgos, teniendo cuidado también de aumentar el financiamiento público para abarcar a los pobres. Aunque la mayoría de los países industrializados cuentan ya con altos niveles de pago anticipado, algunas de estas estrategias también son pertinentes para ellos.

Para poder obtener el máximo rendimiento de las sumas pagadas con anticipación, es necesario que el enfoque de la compra estratégica reemplace a gran parte de la maquinaria tradicional que vincula a los encargados de los presupuestos con los proveedores de servicios. Los encargados de los presupuestos ya no serán intermediarios financieros pasivos. La compra estratégica entraña el establecimiento de un conjunto coherente de incentivos a los proveedores, ya sean públicos o privados, para alentarlos a ofrecer intervenciones prioritarias eficientemente. La contratación selectiva y el uso de varios mecanismos de pago son elementos necesarios para incentivar la mejora de la capacidad de respuesta y de los resultados sanitarios.

En conclusión, el presente informe arroja nueva luz sobre los factores determinantes del funcionamiento de los sistemas de salud, y marca el rumbo que estos deben seguir para alcanzar sus metas. La OMS confía en que de esta manera se ayudará a quienes formulan las políticas a sopesar los muchos factores complejos involucrados, examinar las distintas opciones y tomar decisiones acertadas. Si actúan así, todos los países tendrán a su alcance mejoras sustanciales; y los pobres serán los principales beneficiarios.

## CAPÍTULO 1

# *¿Por qué son importantes los sistemas de salud?*

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





## 1

# ¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS SISTEMAS DE SALUD?

## UN PANORAMA EN MUTACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ¿QUÉ HACEN LOS SISTEMAS DE SALUD?

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

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

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

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

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

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

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

## **POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS SISTEMAS DE SALUD**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CÓMO EVOLUCIONARON LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TRES GENERACIONES DE REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

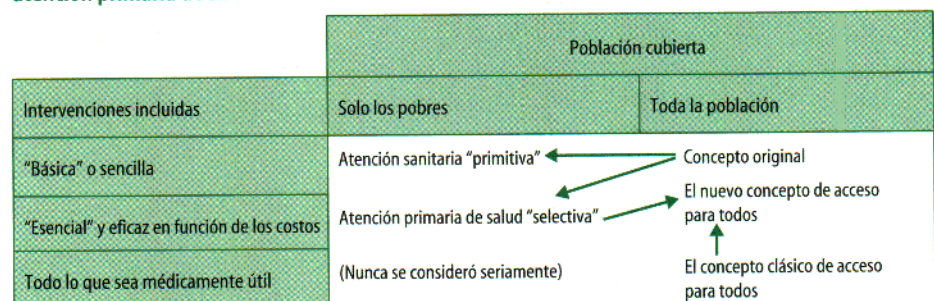


Si la base de organización y la calidad de la atención primaria de salud a menudo no alcanzaron su potencial, gran parte de los fundamentos técnicos sigue siendo válida y se ha mejorado continuamente. Este logro puede considerarse a grandes rasgos como una convergencia paulatina hacia lo que la OMS llama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

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

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

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



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

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

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

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

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

## CENTRARSE EN EL DESEMPEÑO

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

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

## REFERENCIAS

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

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



## CAPÍTULO 2

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

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



## 2

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

### LOGROS Y DESEMPEÑO

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

### METAS Y FUNCIONES

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



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

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

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

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

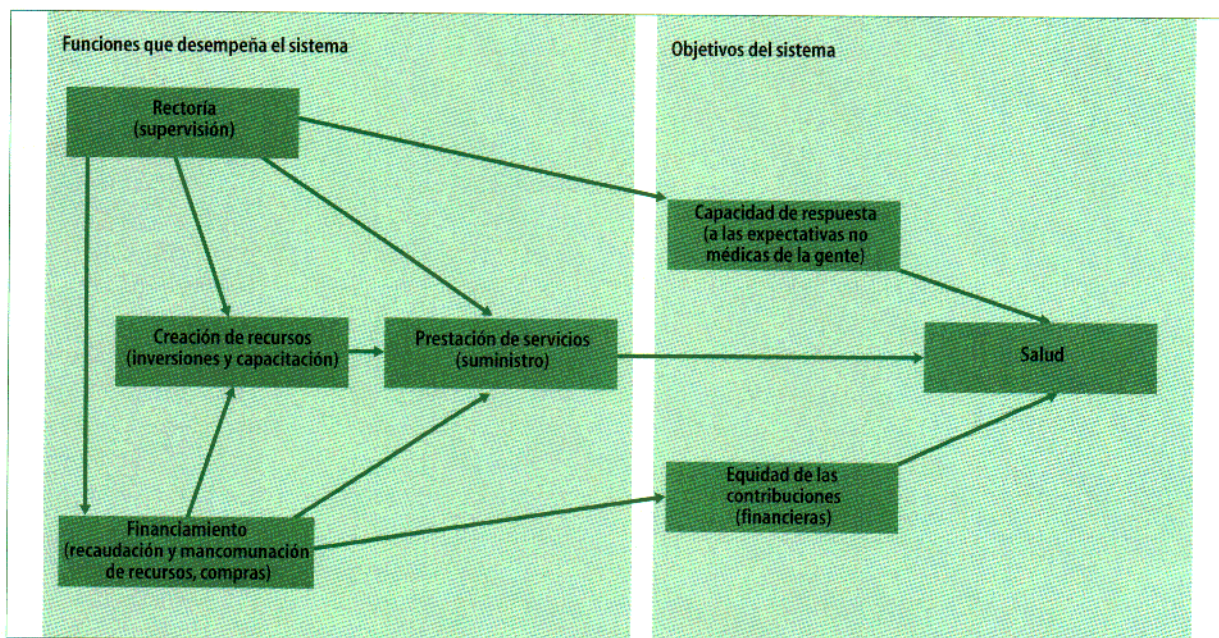
La comparación del desempeño de los sistemas de salud implica un examen de lo que logran y lo que *hacen* —cómo cumplen ciertas *funciones*— a fin de lograr algo (2). Estas

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## LA MEDICIÓN DEL LOGRO DE LAS METAS

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

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

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

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

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

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

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

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

### Recuadro 2.1 Indicadores resumidos de la salud de la población

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

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

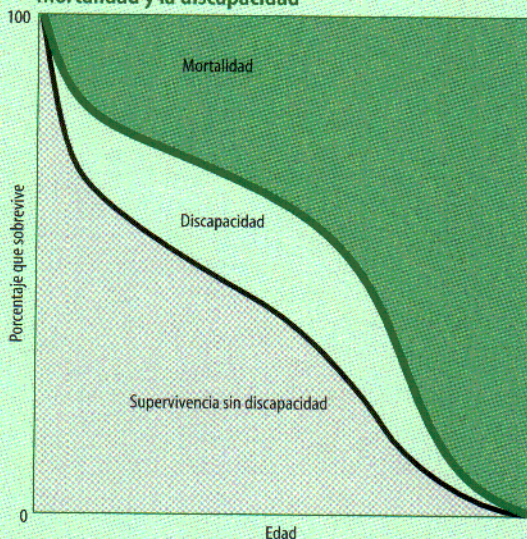
de al área de supervivencia más una parte del área correspondiente a la discapacidad.

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

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

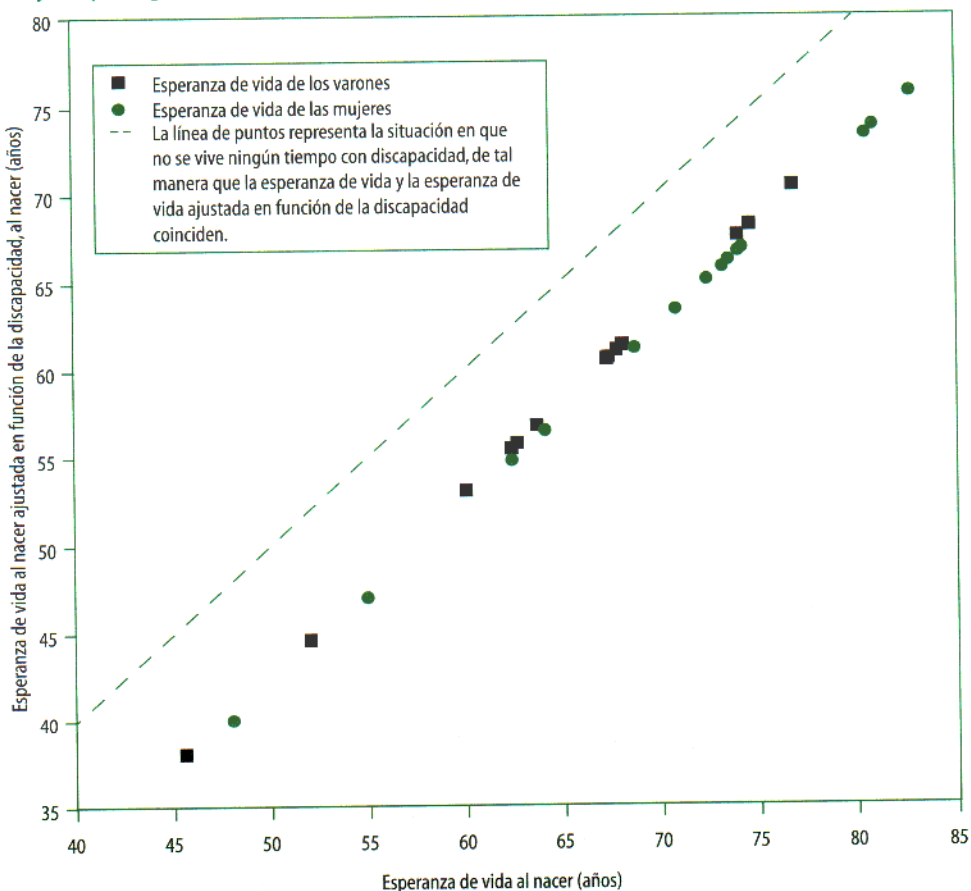
Una diferencia importante entre la estimación de la carga de morbilidad utilizando años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y la EVAD es que los AVAD permiten distinguir la contribución de cada enfermedad al resultado general, y la EVAD no lo hace. La EVAD tiene la ventaja de que no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

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



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

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



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

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

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

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

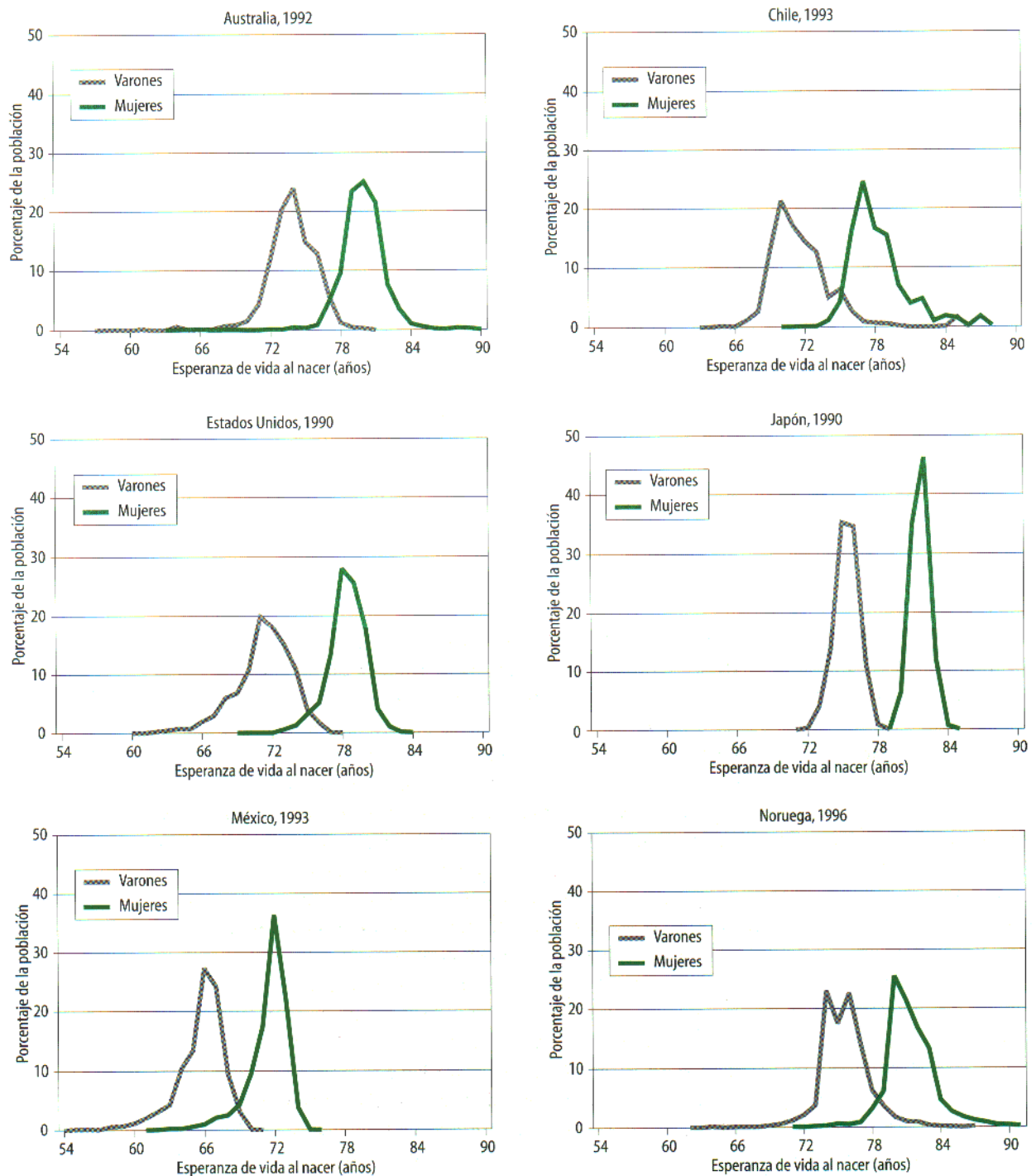
Algunos sistemas tienen muy poca capacidad de respuesta. El sistema de salud soviético anterior a 1990 se había vuelto muy impersonal e inhumano en la forma en que trataba a la gente. Una queja común en muchos países con respecto a los empleados del sistema de salud del sector público es que son groseros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

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



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

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



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

El respeto a las personas abarca lo siguiente:

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

La orientación al cliente abarca lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

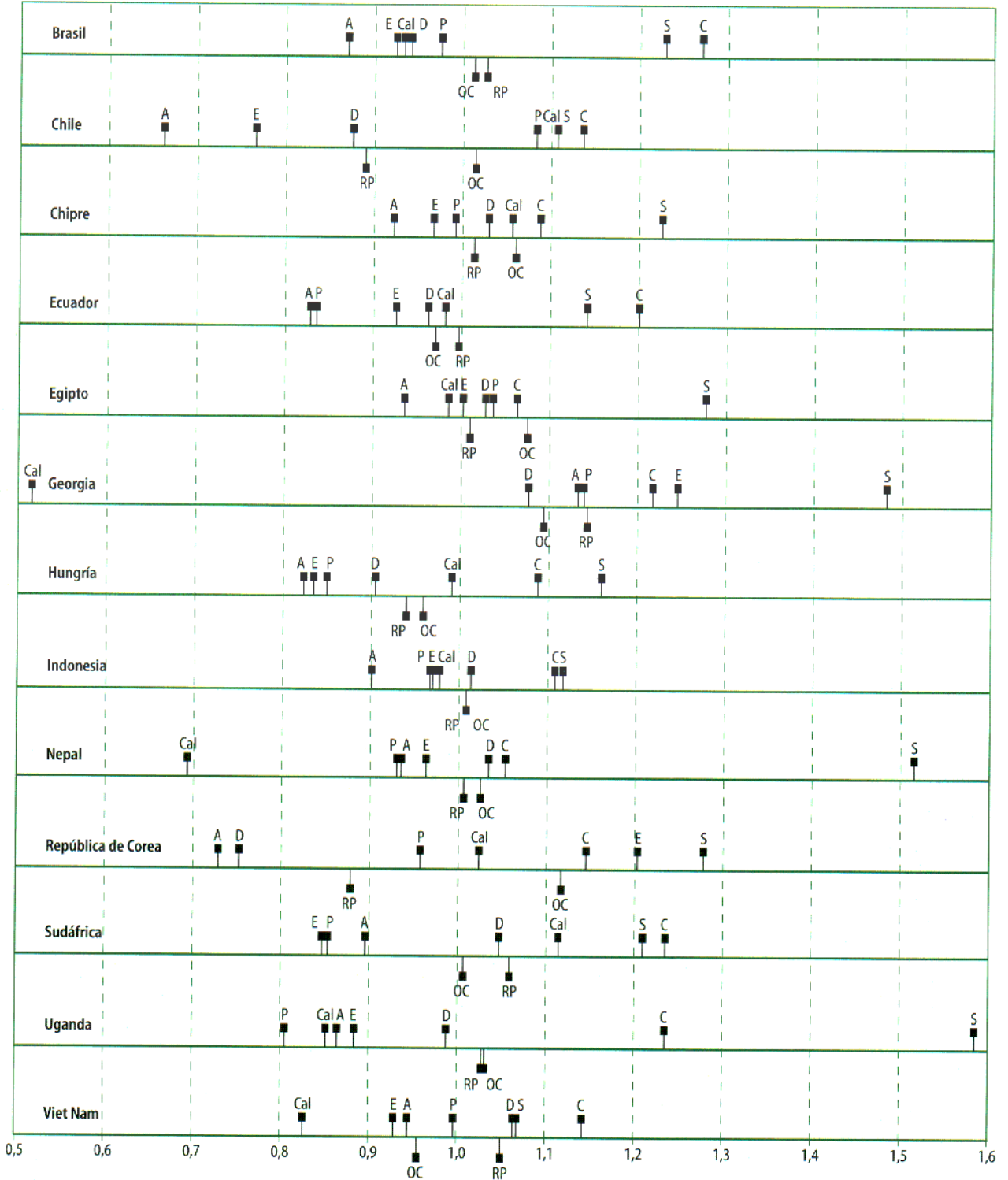
Se pidió a los encuestados que clasificaran los siete elementos por orden de importancia y se obtuvieron ponderaciones de la frecuencia con la cual cada elemento se clasificó en primer lugar, en segundo lugar, etc. El respeto a las personas y la orientación al cliente fueron clasificados como igualmente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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

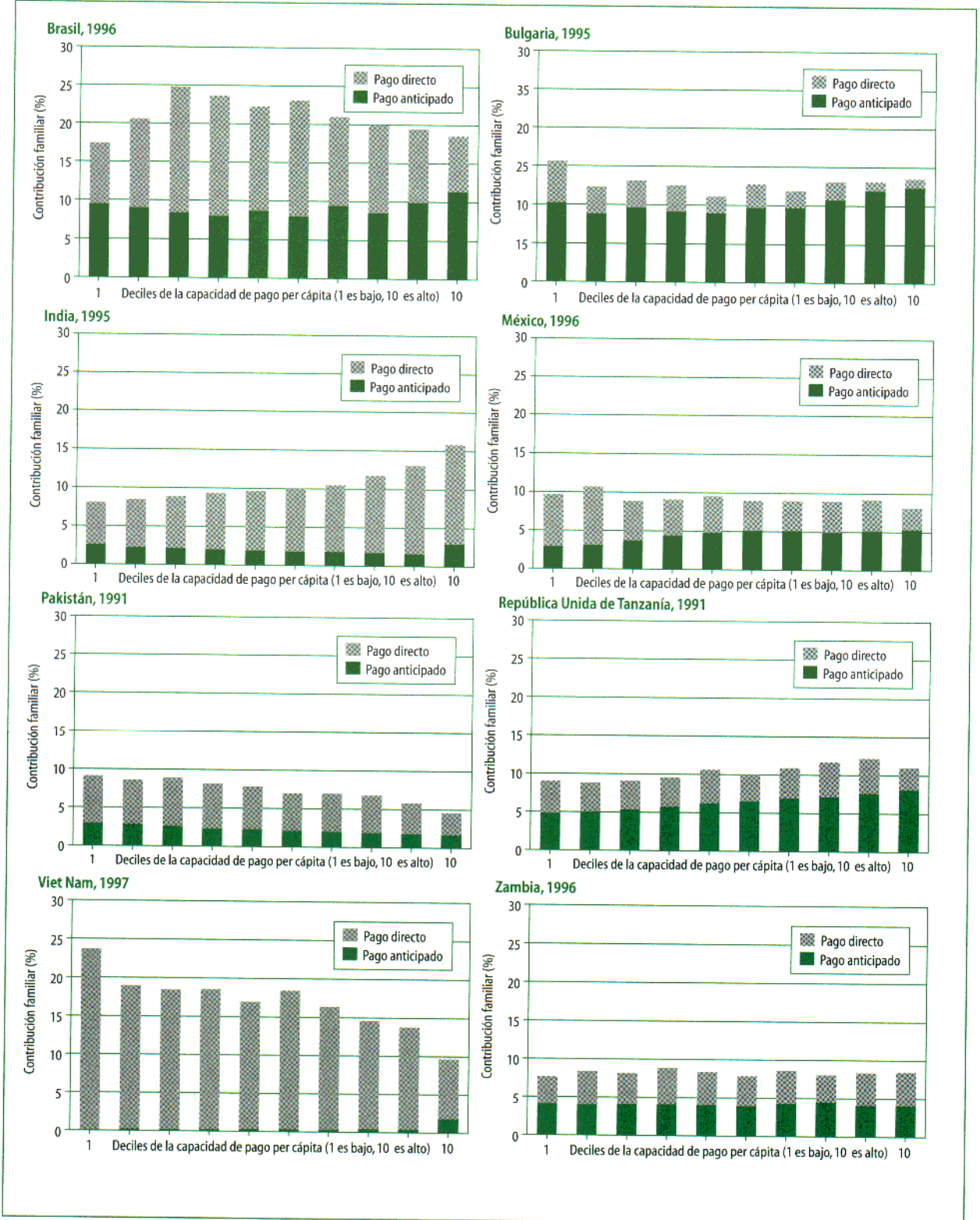
En resumen, *la forma en que se financia la atención sanitaria es perfectamente equitativa si la razón entre la contribución sanitaria total y el total de gastos que no sean en alimentos es idéntica para todas las familias, independientemente de sus ingresos, su estado de salud o su utilización del sistema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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## EL DESEMPEÑO: LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE ACUERDO CON LOS RECURSOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

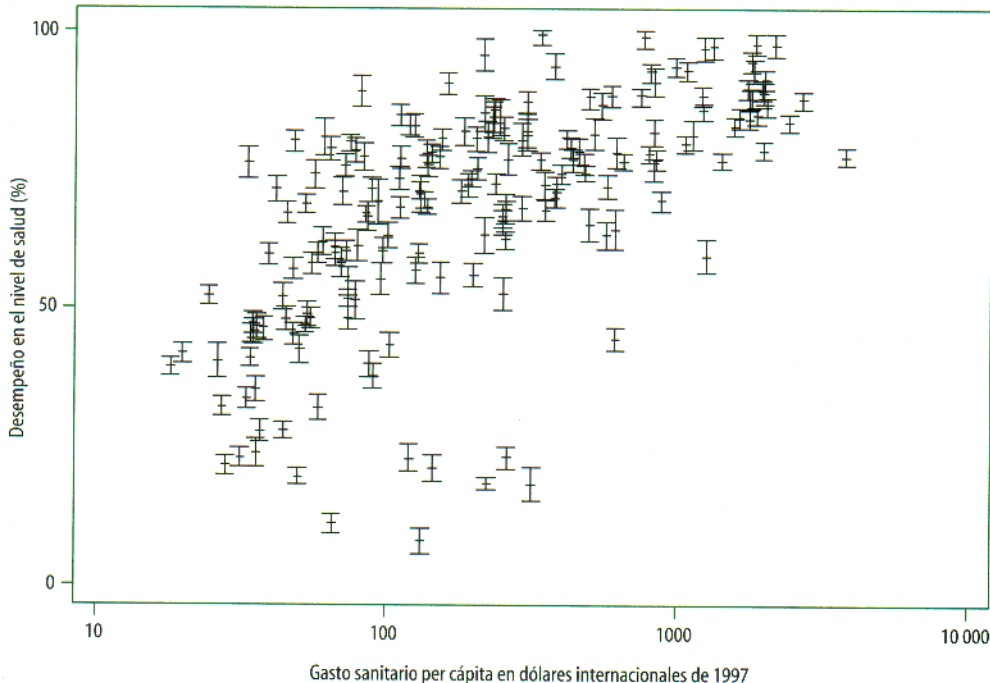
<sup>1</sup>Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford: Oxford University Press for the World Bank and the World Health Organization; 2000.

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

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

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

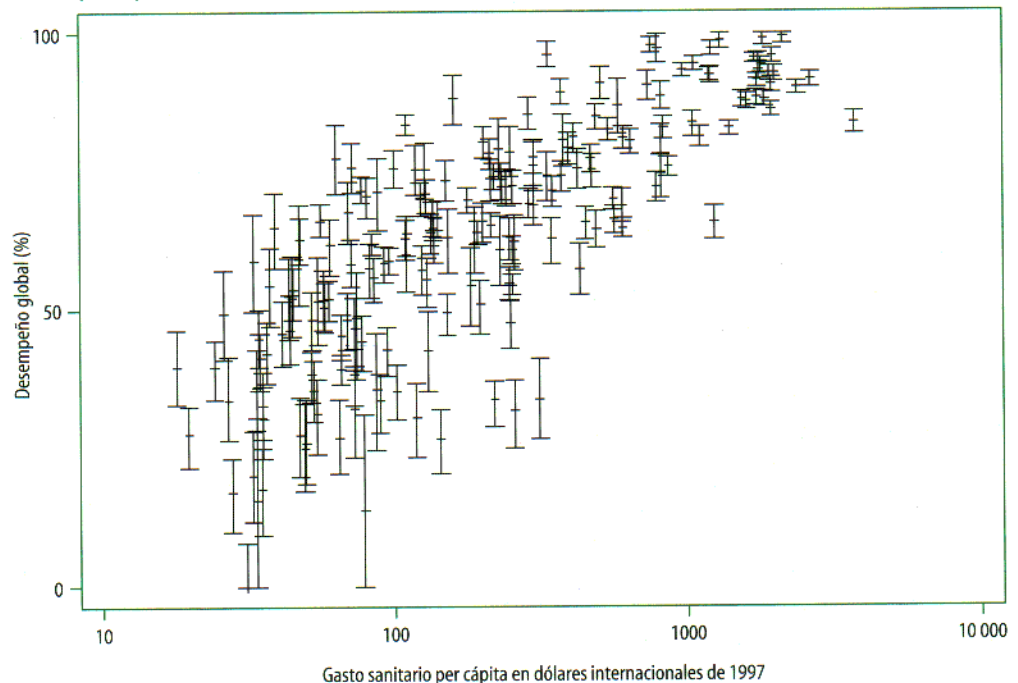
**Figura 2.6 Desempeño en el nivel de salud (esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad) con relación al gasto sanitario per cápita; 191 Estados Miembros, 1999**



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

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

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



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

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

## MEJORAR EL DESEMPEÑO: CUATRO FUNCIONES DECISIVAS

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

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

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

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



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

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

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

## REFERENCIAS

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



## CAPÍTULO 3

# *Servicios de salud: ¿se seleccionan adecuadamente y están bien organizados?*

*El objetivo de los servicios sanitarios es proteger o mejorar la salud. La eficacia con que se logra ese objetivo depende de los servicios que se prestan y de la manera en que están organizados. Los recursos deberán emplearse en intervenciones de eficacia conocida y de conformidad con las prioridades nacionales o locales. Dado que los recursos son limitados, siempre habrá cierta forma de racionamiento, pero el precio no deberá ser el criterio principal para determinar quién recibe asistencia y de qué tipo. Tanto las burocracias jerárquicas como los mercados fragmentados y desregulados presentan graves defectos en la manera en que organizan los servicios: la integración flexible de proveedores autónomos o semiautónomos de atención sanitaria puede mitigar los problemas.*



## 3

## SERVICIOS DE SALUD: ¿SE SELECCIONAN ADECUADAMENTE Y ESTÁN BIEN ORGANIZADOS?

### DEFICIENCIAS ORGANIZATIVAS

**D**ado que el principal objetivo de un sistema sanitario es mejorar la salud de la población, su función primordial es prestar servicios de salud. Las otras funciones también son importantes, en parte porque contribuyen a la prestación de servicios. Por consiguiente, el sistema presenta una gran deficiencia cuando las poblaciones que se beneficiarían de intervenciones sanitarias eficientes y a costos razonables no tienen acceso a ellas. A veces esto se debe a que los proveedores de servicios carecen de las aptitudes adecuadas, o a la falta de medicamentos y equipo: esto es resultado de deficiencias de capacitación y de inversión, como se analiza en el capítulo 4, o de deficiencias en el proceso de compras, como se analiza en el presente capítulo y en el 5. A veces los servicios no se prestan a los beneficiarios potenciales porque los precios son un obstáculo: esto es consecuencia de la falta de financiamiento justo de estos servicios, como se analiza en el capítulo 5. Sin embargo, a menudo se observan deficiencias en la prestación de servicios debido a la organización imperfecta del sistema de salud, aun cuando existan los insumos necesarios y el respaldo financiero sea suficiente y esté distribuido en forma equitativa. Este tipo de deficiencias organizativas puede ser el reflejo de arreglos erróneos entre las diferentes partes que intervienen en la prestación de servicios, lo que a su vez genera incentivos perversos e induce a elecciones erróneas en cuanto al tipo de servicios que se van a prestar, las personas que tendrán acceso a ellos, o la manera de racionarlos cuando no sea posible satisfacer las necesidades o los deseos de todos. En este capítulo se considera la manera de seleccionar los servicios que se van a suministrar, así como la forma de organizar la prestación de servicios y de establecer incentivos apropiados para los proveedores.

El ejemplo que se presenta a continuación, que no resulta nada raro, ilustra las complejidades de la organización de la prestación de servicios. Una mujer de pocos recursos camina hasta un puesto de salud rural del gobierno con su bebé enfermo. En el puesto no hay médico y faltan medicamentos, pero una enfermera le entrega un estuche de rehidratación oral y le explica cómo utilizarlo, aclarándole que debe regresar en un par de días si el bebé sigue con diarrea. La enfermera recibe únicamente a media docena de pacientes ese día. Mientras tanto, en el servicio de consulta externa de un hospital comunitario que se encuentra a una hora de carretera, esperan varios cientos de pacientes. Los médicos examinan rutinariamente a algunos de ellos y les entregan una prescripción que les permite

obtener medicamentos en el dispensario del hospital. Cuando llega la hora de cierre de la consulta, aunque todavía es temprano, se les dice a los pacientes que no han sido recibidos que deben regresar al día siguiente, pero no se les da cita. Algunos de los médicos salen apresurados y se dirigen a trabajar en una casa de convalecencia o en una clínica privadas para complementar su sueldo.

El bajo nivel de remuneración de los médicos, la ausencia de personal más calificado y la falta de medicinas en el puesto de salud puede atribuirse a la ligera al hecho de que se gasta demasiado poco. Pero no puede atribuirse a la carencia de recursos la mala distribución de estos entre el puesto de salud y el hospital, la baja productividad de la enfermera, la subutilización del hospital cuando la consulta externa cierra temprano, el hecho de no exigir a algunos médicos que se queden de guardia en un horario más amplio, y el tiempo que pierde la gente esperando o la necesidad de regresar otro día porque no existe un sistema de citas. Estos problemas reflejan deficiencias de asignación de prioridades y de organización, tanto en las inversiones iniciales y en la capacitación como posteriormente en la prestación de servicios o en la falta de ella. Si el caso citado tiene un final feliz para la madre y el bebé, solo se debe a que el niño fue afortunado al tener solo diarrea y no malaria ni ningún otro trastorno que la enfermera pudo no haber reconocido o no haber sabido tratar, o que exigía un tratamiento que la madre debió haber pagado de su bolsillo. La atención sanitaria limitada, pero gratuita, también puede ser la razón por la que la madre se dirige a un establecimiento público y no a una de las farmacias privadas o a los curanderos tradicionales, donde acuden muchísimas personas.

En este capítulo se analiza la manera de establecer las prioridades que deberían atender los sistemas de salud, así como las opciones y los mecanismos que intervienen en el racionamiento a fin de que se respeten las prioridades. Se consideran luego los factores organizativos que ayudan a cerciorarse de que la población tenga acceso a los servicios adecuados en el momento adecuado.

## LAS PERSONAS DEBEN SER EL CENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La anécdota de la madre y el bebé ilustra otro hecho sobre los sistemas de salud: la prestación de servicios constituye el encuentro más directo entre personas, en su carácter de proveedores o de usuarios de las intervenciones. Pero las personas desempeñan otros papeles además de estos dos, tal como se ilustra en la figura 3.1. En el centro de la prestación de servicios se encuentra el paciente, cuando se trata de intervenciones clínicas, o la población afectada, en el caso de los servicios de salud pública que no son personales. Las personas son además consumidores, porque se comportan en formas tales que influyen en su salud, incluidas sus opciones para recurrir a los servicios de atención sanitaria y utilizarlos. El consumidor puede ser el paciente mismo, o alguien que actúa en su nombre, por ejemplo su madre, o simplemente una persona que toma decisiones sobre el régimen alimentario, el modo de vida y otros factores que determinan la salud.

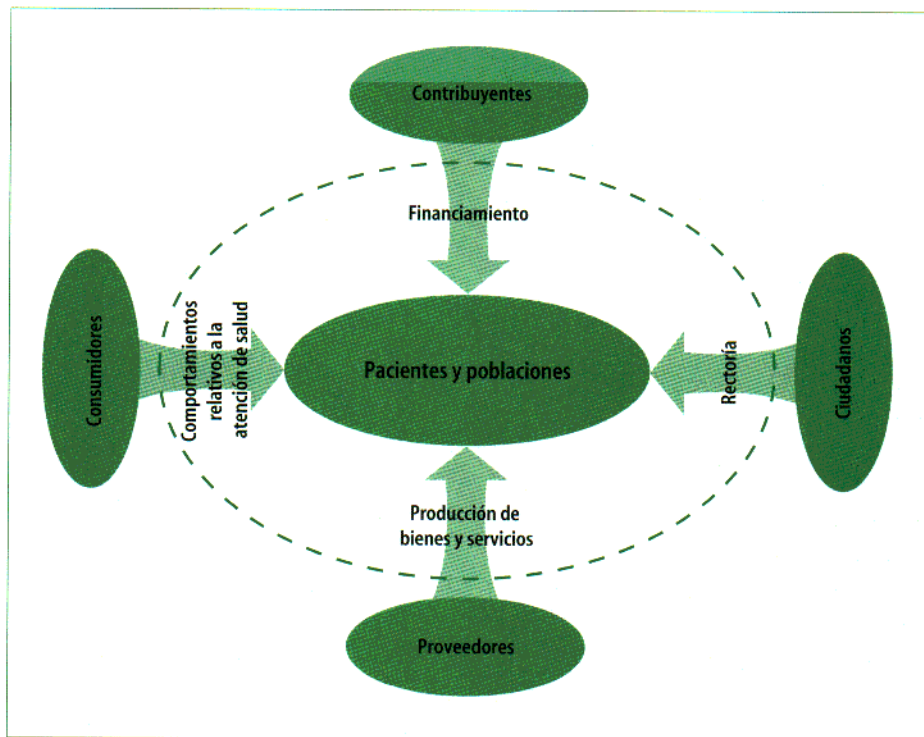
Ocasionalmente se combinan en la misma persona y en el mismo momento los papeles de consumidor, paciente y proveedor, lo que ocurre cuando una mujer da a luz con poca o ninguna atención. Cada minuto, dan a luz miles de mujeres en todo el mundo. En los países con baja atención del parto por personal capacitado (9% en Nepal, 8% en Bangladesh y Etiopía, 5% en Guinea Ecuatorial, 4% en Gabón y Mauritania, y 2% en Somalia), los partos generalmente son atendidos por familiares u otras personas sin pre-

paración formal. Aun cuando se trate de un nacimiento por operación cesárea con un prestador de servicios capacitado, la mujer debe participar activamente en el parto y en la recuperación del puerperio.

A menudo las opciones que escogen las personas, sobre todo cuando se trata de buscar atención sanitaria, están determinadas por la capacidad de respuesta del sistema, como se describe en el capítulo 2. La utilización de los servicios de salud no depende únicamente de la percepción de la necesidad por parte del consumidor ni de la probabilidad de beneficiarse de un servicio. Si bien existen acusadas diferencias entre las sociedades, los principios básicos de las relaciones éticas entre el proveedor y el paciente suelen incluir elementos similares de consentimiento, confidencialidad, discreción, veracidad y fidelidad (1). La mención de los elementos de dignidad, autonomía y confidencialidad inherentes a la capacidad de respuesta y al “respeto a la persona” subraya la importancia del ser humano como beneficiario del servicio de salud, y no simplemente como paciente.

Otro papel que desempeñan las personas es el de contribuir al financiamiento del sistema. Millones de personas pobres pagan todos los servicios que reciben cuando se enferman. En los sistemas de salud con mecanismos de contribuciones más justos, las personas que no están enfermas son las que más contribuyen al financiamiento del sistema mediante el pago de impuestos o cuotas a los seguros de salud, de manera que el que contribuye puede o no ser el paciente o el consumidor. Por último, en su carácter de ciudadanos —y particularmente como funcionarios cuyo cometido es representar a los ciudadanos y proteger sus intereses— las personas participan en el sistema con una función rectora. Así como tienen que cumplirse las cuatro funciones para que el sistema funcione bien, las personas

Figura 3.1 Las múltiples funciones de las personas en los sistemas de salud





tienen que desempeñar todos estos papeles para que los beneficios potenciales alcancen exactamente a los pacientes y las poblaciones.

Las personas actúan como proveedores, consumidores, contribuyentes y rectores del sistema de salud durante su vida laboral adulta. En cambio, pueden asumir el papel de pacientes en cualquier momento desde antes del nacimiento hasta su muerte. La necesidad de prestar servicios a personas de todas las edades complica sobremanera la elección de los servicios que deberán privilegiarse y el modo de organizarlos, porque las personas están expuestas a diferentes riesgos según la edad, y la prioridad que se asigne a una intervención en particular es, al menos en parte, también una prioridad para ese grupo de edad. Estas diferencias son las que transforman una transición demográfica —una mortalidad más baja y una vida más larga— en una transición epidemiológica, es decir, una modificación en la importancia relativa de diferentes amenazas para la salud, en particular un cambio de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles.

Además de la variación que corresponde a la edad, existen notables diferencias en los perfiles de las enfermedades en las regiones, los países y los grupos específicos de la población. Por ejemplo, en África las enfermedades infecciosas representan casi 70% de la carga de morbilidad, como se observa en el cuadro 4 del anexo. En Europa, representan menos de 20%. Los pobres padecen más enfermedades infecciosas que los ricos (2), pero en los próximos 20 años incluso los pobres serán vulnerables a enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares vinculados con el tabaquismo (3). Parecería natural centrar las opciones de los sistemas de salud en las causas que representan una proporción amplia de la carga de morbilidad, ya sea porque afectan a grandes sectores de la población o porque provocan pérdidas sustanciales de salud en cada víctima.

Sin embargo, todo lo que los sistemas de salud pueden realmente *hacer* es prestar determinados servicios o realizar ciertas intervenciones. Aun cuando la primera opción es concentrarse en una o varias enfermedades determinadas, sigue siendo necesario decidir qué hacer, es decir, qué intervenciones específicas deberán destacarse. El número de intervenciones disponibles excede en gran medida el número de enfermedades, y la estrategia adecuada para el control de las enfermedades puede depender de una sola intervención o de una combinación de varias actividades. Para complicar aún más las cosas, una intervención dada puede ser eficaz contra más de una enfermedad o causa, porque funciona sobre un factor de riesgo o un síntoma común. Esto es particularmente válido cuando se trata de actividades de diagnóstico: la toma de muestras sanguíneas o la utilización de rayos X u otras técnicas de imagen pueden ser apropiadas para una gran variedad de problemas. Por consiguiente, al hacer hincapié en una intervención, o al invertir en los insumos necesarios para proporcionarla, los esfuerzos no se centran en forma automática solamente en una enfermedad. Al establecer las prioridades también es necesario decidir para qué deberá emplearse una intervención concreta.

La gama de enfoques de diagnóstico y las intervenciones médicas y quirúrgicas para muchos trastornos de salud es extensa y probablemente se amplíe de modo significativo en los próximos decenios. Esto significa que es necesario diseñar y poner en práctica los servicios de manera tal que permitan la innovación y la adaptación a los nuevos desafíos e intervenciones sanitarias, y al mismo tiempo respondan a las necesidades de las personas de diferentes edades, ingresos, hábitos y riesgos para la salud. Ningún sistema de salud puede satisfacer todas esas necesidades, ni siquiera en los países ricos. Por consiguiente, deberá realizarse una selección consciente de los servicios que habrán de privilegiarse, porque de lo contrario los servicios prestados pueden guardar poca relación con un criterio razonable que defina lo que es más importante.

## SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES: CÓMO LOGRAR QUE LOS RECURSOS DEN EL MÁXIMO RENDIMIENTO EN MATERIA DE SALUD

Los antiguos griegos creían que *Esculapio*, el dios de la medicina, tenía dos hijas: una de ellas, *Higia*, era responsable de la prevención, en tanto que la otra, *Panacea*, era responsable de la curación (4). Si bien algunas actividades preventivas se aplican a nivel individual —la inmunización es el ejemplo más claro—, la distinción entre la prevención y la curación o el tratamiento guarda correspondencia estrecha con la diferencia entre las intervenciones de salud pública dirigidas a toda la población y las intervenciones clínicas dirigidas a un individuo. Dado que suele haber demanda de este último tipo de intervenciones pero puede no haberla del primer tipo, una de las tareas principales para decidir qué servicios deberán privilegiarse es encontrar el equilibrio entre las actividades de salud pública y las clínicas (5).

Si se exige al sistema sanitario que obtenga el mayor nivel posible de salud con los recursos que se le han asignado, se le está pidiendo que tenga la mayor eficacia posible en función de los costos. Esta es la base para hacer hincapié en las intervenciones más redituables y asignar menos prioridad a aquellas que, aun cuando sean de ayuda en el plano individual, representan una contribución pequeña por cada unidad de recursos gastados para el mejoramiento de la salud de la población. Esta es la base que va implícita en la medida del desempeño con respecto a la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad que se presenta en el capítulo 2 y en el cuadro 10 del anexo. En lo que se refiere al nivel de salud, la eficiencia en la asignación del sistema podría mejorarse transfiriendo recursos de las intervenciones ineficaces a las que son eficaces en función de los costos (6). Esto puede redundar en enormes ganancias, porque el perfil actual de intervenciones incluye algunas que cuestan mucho y resultan en pocos años adicionales de vida. Por ejemplo, un conjunto de 185 intervenciones financiadas con recursos públicos en los Estados Unidos costó aproximadamente US\$ 21 400 millones por año, con un ahorro estimado de 592 000 años de vida (considerando únicamente las muertes prematuras que se evitaron). Si se reasignaran estos fondos a las intervenciones más eficaces en función de los costos podrían salvarse 638 000 años de vida adicionales, siempre y cuando se llegara a todos los beneficiarios potenciales. A nivel de servicios específicos, el costo por año de vida ahorrado puede ser de solo US\$ 236 para el tamizaje y el tratamiento de los recién nacidos con anemia de células falciformes o de hasta US\$ 5,4 millones para el control de emisión de radionúclidos (7). En los países pobres, todos los números absolutos serán de menor magnitud, pero la razón entre las intervenciones más eficaces y las menos eficaces en función de los costos puede seguir siendo muy elevada.

La combinación del cálculo de los costos con medidas de eficacia de las intervenciones y su utilización para determinar prioridades es un concepto muy reciente. Los primeros estudios en los que se emplearon estas técnicas en los países en desarrollo analizaban principalmente la eficacia en función de los costos de programas específicos de control de enfermedades (8–13). Este tipo de investigación se amplió tras la publicación del *Informe sobre el desarrollo mundial* del Banco Mundial en 1993 (14) y de estudios subsiguientes de la OMS (15). En el cuadro 3.1 se presentan ejemplos de intervenciones que, si se ponen en práctica correctamente, pueden reducir en forma sustancial la carga de morbilidad, en especial entre los pobres, y a un costo razonable en relación con los resultados. Los servicios también pueden clasificarse según su importancia en la carga de morbilidad de grupos específicos de edad y sexo, y su eficacia en función de los costos para esos grupos (14).

Lo ideal es que los servicios dotados de estas virtudes sean también económicos, de manera que puedan utilizarlos grandes poblaciones beneficiarias y sus costos totales sigan siendo razonables. Sin embargo, no hay garantía alguna de que el costo reducido por cada vida salvada o por cada año de vida sana ganado signifique un bajo costo por persona: algunas intervenciones que son eficaces en función de los costos pueden ser muy onerosas, y se presentan grandes variaciones entre un servicio de salud y otro para la misma enfermedad. Esto es evidente en el caso de la malaria, en el que dos intervenciones con la misma eficacia en función de los costos —profilaxis con cloroquina y dos rondas anuales de rocia-

**Cuadro 3.1 Intervenciones con un gran impacto potencial en los resultados sanitarios**

Ejemplos de intervenciones	Contenido principal de las intervenciones
Tratamiento de la tuberculosis	Tratamiento acortado directamente observado (DOTS): administración de quimioterapia breve normalizada a todos los pacientes de tuberculosis confirmados mediante baciloscopia positiva en el esputo, bajo supervisión en la etapa inicial (2 a 3 meses)
Salud materna y maternidad sin riesgo	Planificación familiar, asistencia prenatal y durante el parto, parto higiénico y sin riesgos atendido por personal capacitado, asistencia en el puerperio y atención obstétrica esencial en los embarazos de alto riesgo y los casos con complicaciones
Planificación familiar	Información y educación; disponibilidad y uso correcto de anticonceptivos
Salud escolar	Educación sanitaria e intervenciones de nutrición, incluido el tratamiento con antihelmínticos, administración de suplementos de micronutrientes y reparto de comidas escolares
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia	Manejo de casos de infecciones respiratorias agudas, diarrea, malaria, sarampión y malnutrición; vacunación, orientación sobre alimentación/lactancia, administración de suplementos de micronutrientes y hierro, tratamiento con antihelmínticos
Prevención de la infección por el VIH/sida	Información focalizada para los trabajadores del sexo, concientización mediante educación de masas, orientación, tamizaje, tratamiento masivo de enfermedades de transmisión sexual, suministro de sangre segura
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	Manejo de casos basado en el diagnóstico sindrómico y usando un algoritmo uniforme de tratamiento
Vacunación (PAI Plus)	BCG al nacimiento; vacuna antipoliomielítica oral al nacimiento y a las 6, 10 y 14 semanas; vacuna triple DPT a las 6, 10 y 14 semanas; vacuna contra la hepatitis B al nacer y a los 6 y 9 meses (optativa); vacuna antisarampión a los 9 meses; TT a mujeres en edad reproductiva
Malaria	Manejo de casos (evaluación temprana y tratamiento oportuno) y ciertas medidas preventivas (por ej., mosquiteros impregnados con insecticidas)
Control del tabaquismo	Impuesto al tabaco, información, sustitución de nicotina, medidas jurídicas
Enfermedades no transmisibles y lesiones	Tamizaje temprano en algunos casos, y prevención secundaria

do de insecticidas— difieren enormemente en el costo que entrañaría aplicarlas a toda la población afectada de un país africano de bajos ingresos (16). Las diferencias de costos son aún mayores cuando se trata de intervenciones para combatir una infección.

Pero también es válido lo contrario: las intervenciones sanitarias pueden ser ineficaces en función de los costos aun cuando no cuesten mucho y tengan por objeto beneficiar a gran cantidad de personas. Por ejemplo, muchos proveedores de servicios siguen recurriendo a los antibióticos para tratar enfermedades víricas, aunque se sabe que este tratamiento es ineficaz. Incluso en los países ricos existe la necesidad de verificar que los servicios de salud sigan concentrando su interés en facilitar intervenciones de salud pública y clínicas eficaces y asequibles. En los países de ingresos bajos, donde toda la gama y el costo de las posibles intervenciones superan significativamente los recursos disponibles, este despilfarro priva a otros pacientes de un tratamiento crucial.

De lo anterior se desprende que el análisis de la eficacia en función de los costos es esencial para determinar cuáles son los servicios que producirán la mayor ganancia sanitaria con los recursos de los que se dispone, pero tiene que aplicarse a intervenciones individuales y no a enfermedades o causas en forma amplia. Esto significa que deberá evaluarse un gran conjunto de intervenciones. En todas las sociedades, con excepción de las más ricas, el costo y el tiempo que exige dicha evaluación pueden ser prohibitivos. Por otra parte, este tipo de análisis tal como se practican actualmente, a menudo no logra determinar la mala asignación actual de los recursos porque se centra en la evaluación de nuevas tecnologías y no tiene en cuenta la distribución actual de bienes y actividades productivos (6).

Los costos de las intervenciones también varían mucho según el país, el contexto y el modo de intervención (17). Una generalización simplista podría dar lugar a graves errores de planificación y aplicación de intervenciones que de otra manera podrían ser eficaces. Aun cuando cubran un número relativamente pequeño de intervenciones, se necesitan estudios individuales en países o poblaciones concretas para evitar cometer esos errores. En Guinea, por ejemplo, se han estudiado 40 intervenciones, seleccionadas en parte sobre la base de estudios más generales efectuados en otros países, pero con información local detallada para confirmar qué sería realmente lo más apropiado en ese país (18).

Las variaciones en los costos y resultados de las distintas intervenciones cobran particular importancia cuando una combinación de varias intervenciones puede resultar adecuada contra una enfermedad específica. Retomando el ejemplo de la malaria, a bajos niveles de gasto sanitario en un país con una alta carga de esa enfermedad, la atención de casos y la profilaxis de las embarazadas serían muy eficaces en función de los costos, y asequibles (16). Con mayor disponibilidad de recursos, podrían añadirse mosquiteros impregnados de insecticidas, lo que evitaría que se presentasen nuevos casos pero elevaría el costo por unidad de beneficio de salud ganada. Una sola estimación de la eficacia en función de los costos del control de la malaria podría llevar a concluir erróneamente que este tipo de control no es asequible, por ejemplo, si la estimación para un país de ingresos bajos se basa en un programa en el que se combinan todas las opciones técnicamente factibles. En general, la combinación de servicios más eficaz en función de los costos depende de los recursos disponibles. Esa relación, por supuesto, no determina el nivel apropiado de gasto para el control de la malaria, que depende de los recursos financieros que pueda asignar el país, teniendo en cuenta las demás prioridades y problemas sanitarios. En particular, no cabe suponer que deberá gastarse únicamente el monto correspondiente a una o varias de las intervenciones más económicas; gastar más y emplear una estrategia combinada podría redundar en ganancias sanitarias mucho mayores.

El uso inadecuado del análisis de la eficacia en función de los costos también puede dar lugar a una grave subestimación del costo real del control si el cálculo se basa en los costos y en la eficacia de un solo tipo de intervención, pero en realidad se utilizaron varias intervenciones. Muchos factores pueden alterar la eficacia real en función de los costos de un programa de intervención dado durante su puesta en práctica: la disponibilidad, la combinación y la calidad de los insumos (especialmente personal capacitado, medicamentos, equipo y artículos de consumo); los precios locales, sobre todo los costos de la mano de obra; la capacidad de ejecución; las estructuras y los incentivos de organización subyacentes, y el marco institucional de apoyo (17, 19).

Todos estos obstáculos significan que, aun con el único criterio de la eficacia en función de los costos, el análisis del potencial de un sistema de salud para obtener mayores beneficios sanitarios con los recursos que asigna debe comenzar por la capacidad, las actividades y los resultados actuales, y considerar qué pasos pueden darse *desde ese punto de partida* para añadir, modificar o eliminar servicios. Es probable que esto tenga profundas implicaciones para la inversión si es poco lo que puede modificarse simplemente al reorientar el personal, los establecimientos y el equipo existentes (20).

## SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES: ¿QUÉ OTRA COSA ES IMPORTANTE?

La eficacia en función de los costos, en sí, cobra importancia para lograr la mejor salud en un sentido general, pero no necesariamente para la segunda meta sanitaria que es la de reducir la desigualdad. Las poblaciones cuya salud es inferior al promedio pueden responder menos favorablemente a una intervención, o puede ser mayor el costo de llegar a esa población o de tratarla, de manera que uno de los problemas de la distribución implica la disposición a sacrificar algunos beneficios sanitarios globales en favor de otros criterios. En términos más generales, la eficacia en función de los costos es solo uno de por lo menos nueve criterios que podrá pedirse a un sistema de salud que se respete. Un sistema de salud deberá proteger a la población del riesgo financiero, y ser congruente con la meta de una contribución financiera justa. Esto significa que el costo importa, y no únicamente su relación con los resultados sanitarios, ya sea que se trate de dineros públicos o privados. Un sistema de salud deberá procurar lograr una equidad horizontal y vertical, es decir, tratar de manera equitativa a todos los que tienen la misma necesidad sanitaria, y dar preferencia a aquellos con las mayores necesidades, para respetar la meta de reducir las desigualdades en materia de salud. Y deberá procurar no solo que los sanos subsidien a los enfermos, como cualquier mecanismo de pago anticipado puede hacerlo en parte, sino también que la carga del financiamiento se distribuya de manera justa, para que quienes dispongan de más recursos económicos subsidien a los que están en situación más desventajosa. En general, esto exige una erogación de fondos públicos en favor de los pobres.

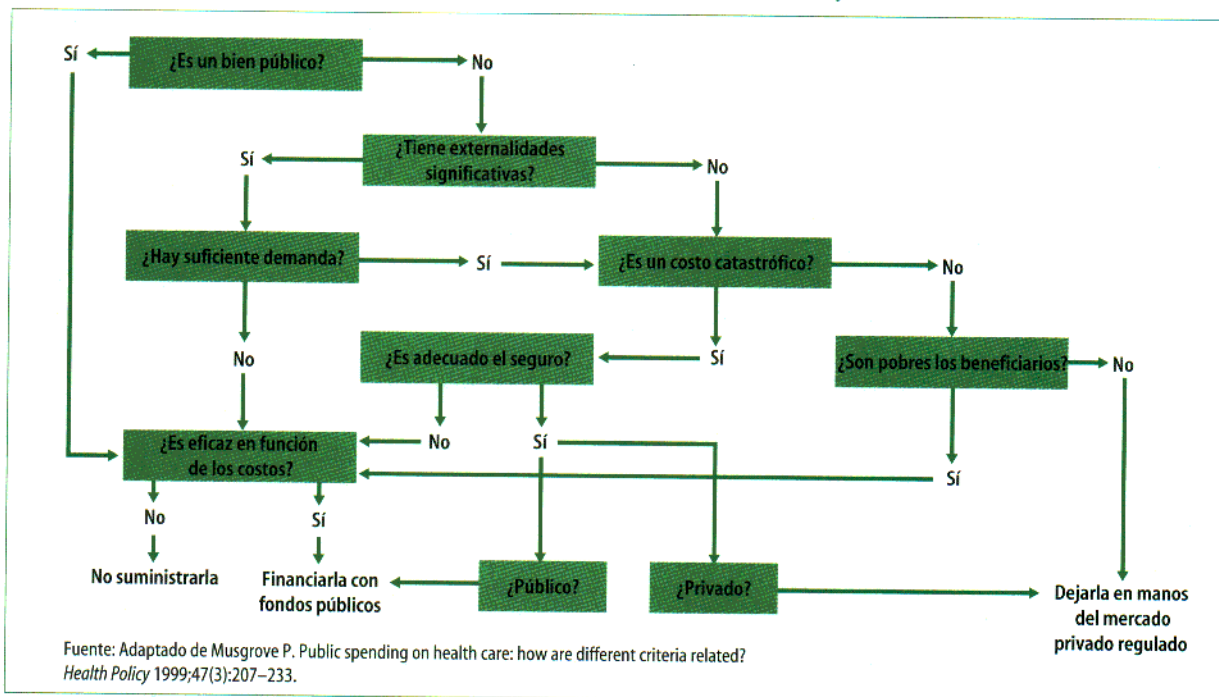
Los dineros públicos constituyen la principal vía, si no es que la única significativa, de costear los bienes públicos —en este caso, las intervenciones que los mercados privados no ofrecen porque los compradores no pueden gozar de todos los beneficios— y no pueden quedar excluidas las personas que no pueden comprarlos. Lo mismo ocurre cuando se trata de bienes parcialmente públicos con grandes externalidades, es decir, una extensión de los beneficios a los no usuarios. La demanda privada de estos servicios generalmente será insuficiente. Las intervenciones de esta índole son más importantes en el control de enfermedades transmisibles, donde el tratamiento de un caso puede evitar que se produzcan muchos otros, especialmente cuando se trata al medio ambiente y no a una persona

determinada. Los analistas y los encargados de tomar las decisiones también señalan, correctamente, que las decisiones relativas a la asignación de recursos que tengan que ver con todo el sistema de salud deberán tomar en consideración inquietudes sociales, tales como la prioridad que merecen los enfermos graves y la promoción del bienestar de las generaciones futuras. En la figura 3.2 se resumen las opciones del gasto público o de los fondos asignados públicamente, y se indica cómo deberán considerarse en secuencia los diferentes criterios y cómo pueden utilizarse para determinar si vale la pena o no adquirir una intervención. Esta forma de establecer prioridades pone aún más de relieve la meta de los resultados sanitarios y la de la equidad financiera; además, subraya la importancia de las actividades de salud pública pues empieza con intervenciones que son bienes públicos o cuasipúblicos.

Hacer caso omiso de esos otros criterios y utilizar solamente la carga de morbilidad y la eficacia en función de los costos como método para determinar prioridades, puede conducir a quienes abogan por diferentes intervenciones a una “carrera para llegar al fondo del barril”, es decir, cada uno trata de demostrar que su programa logra un beneficio mayor o cuesta menos que los demás, a veces sin tener en cuenta toda la gama de factores que complican la situación. Esto a menudo induce a subestimaciones del costo real de los programas y a su subsiguiente fracaso durante la ejecución debido a la escasez de recursos.

Un enfoque demasiado estrecho también soslaya la importante función que deberá desempeñar el sector público en la protección de los pobres y en la resolución de las fallas del mercado en el sector de los seguros, es decir, la tendencia de las aseguradoras a excluir precisamente a las personas que más necesitan los servicios porque tienen un riesgo de enfermedad mayor que el normal. Muchas familias, en algún momento, se enfrentarán con un problema de salud poco frecuente para el cual existe una intervención eficaz pero de alto costo. Las que cuentan con los medios podrán recurrir al sector privado y recibir la

**Figura 3.2 Preguntas que deberán formularse para decidir qué intervenciones financiar y suministrar**



atención que necesitan; pero sin alguna forma de seguro organizado esta opción suele ser demasiado costosa para los pobres, que se dirigirán como último recurso a un hospital público. A menudo esto provoca un uso inadecuado y excesivo de la atención hospitalaria y socava la función de financiamiento que deben desempeñar los sistemas de salud.

Los sistemas de salud siempre prestan servicios que corresponden a distintos criterios. La frontera de lo posible que define el desempeño relativo refleja este hecho, porque se basa en los resultados reales en relación con el gasto sanitario y el capital humano. Un sistema de salud concebido y operado únicamente para que sea eficaz en función de los costos podría también traducirse en una esperanza promedio de vida mucho más larga, en una mayor igualdad o en ambas cosas, pero correspondería mucho menos a lo que la gente desea y espera.

Lo que dificulta en especial el establecimiento de prioridades entre las distintas intervenciones y beneficiarios de los servicios de salud es que los diferentes criterios no siempre son compatibles. Concretamente, la eficiencia y la equidad pueden fácilmente entrar en conflicto, porque los costos del tratamiento de un problema sanitario dado difieren de una persona a otra, o porque la gravedad de una enfermedad guarda poca relación con la eficacia de las intervenciones para combatirla o con el costo de estas. La eficacia en función de los costos nunca es la *única* justificación para la erogación de recursos públicos, pero es la prueba que debe pasarse más a menudo para decidir qué intervenciones se van a adquirir. Y podrá hacerse a un lado únicamente cuando los costos sean bajos y los beneficiarios no sean pobres, de manera que puedan juzgar por sí mismos el valor de una adquisición concreta y se pueda dejar que el mercado atienda esa necesidad; o cuando la protección contra el costo catastrófico sea la consideración primordial y los mecanismos de pago anticipado puedan proteger contra ese riesgo. La determinación de prioridades para un sistema de salud se basa en una serie de criterios técnicos, éticos y políticos y está siempre sujeta a modificaciones como resultado de la experiencia en la ejecución, la reacción del público y la inercia del financiamiento y la inversión (21).

## SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES: ¿QUÉ ES NECESARIO SABER?

Para establecer prioridades de una manera realista se requiere una gran cantidad de información, comenzando con datos epidemiológicos. Recientemente se registró un gran avance en la comprensión de las características mundiales de la salud y las enfermedades (14, 15, 22), en particular el análisis de los factores de riesgo que influyen a la vez en varias enfermedades. Los más importantes son la malnutrición infantil y las carencias en materia de abastecimiento de agua y saneamiento. Cabe mencionar también otros factores de riesgo importantes, tales como las prácticas sexuales de riesgo, el alcoholismo, la contaminación en lugares cerrados, el tabaquismo, los peligros ocupacionales, la hipertensión arterial y la falta de actividad física. Los servicios de salud pública deberán tratar de atender los factores de riesgo que son evitables, teniendo en cuenta el contexto local. Por ejemplo, el origen de la malnutrición varía enormemente de un país a otro y de una región a otra. En el África subsahariana y en Asia meridional, el problema suele ser una combinación de carencia de micronutrientes y una escasez absoluta de calorías. En Europa central y oriental, a menudo la malnutrición se debe al consumo de "calorías de mala calidad" (es decir, un régimen alimentario con excesivo contenido de grasas y almidones refinados) más que a la "falta de calorías". Por consiguiente, las actividades de salud pública variarán según los factores de riesgo y las condiciones de morbilidad locales.

Si bien se cuenta con buena información sobre las características nacionales de los riesgos y las enfermedades hoy en día, son pocos los países que desglosan esta información por niveles de ingresos, sexo o grupos vulnerables, tales como los discapacitados, las poblaciones étnicas minoritarias y los ancianos de salud delicada. Son menos aún los países que tienen información sobre el comportamiento de búsqueda de atención de salud de estos grupos o sobre la utilización de los establecimientos de atención sanitaria. Si no se cuenta con dicha información, es difícil evaluar la eficacia de las intervenciones, porque una misma intervención puede tener efectos muy diferentes cuando se aplica a poblaciones diferentes.

El gobierno necesita saber cómo influir en el comportamiento de búsqueda de atención de salud de los grupos destinatarios de la población que necesitan asistencia. Por ejemplo, las variaciones entre distintos grupos en lo que se refiere a la mortalidad de los niños menores de 5 años son particularmente acusadas en el Brasil, Nicaragua y Filipinas, en tanto que en Ghana, Pakistán y Viet Nam estas diferencias son mucho menores. Esto pone de manifiesto la necesidad de hacer mayor hincapié en la equidad de la prestación de los servicios sanitarios en el primer grupo de países (23). Se presentan también a menudo diferencias significativas en la utilización de la atención médica preventiva y clínica de una intervención a otra en el mismo país. En el Perú, las diferencias entre los ricos y los pobres son mucho más marcadas con respecto a los partos asistidos por personal calificado que con respecto a las vacunaciones (24), en gran medida porque el costo de un parto es mucho más elevado.

Una recomendación fundamental para los encargados de formular las políticas es que recopilen y combinen datos sobre factores de riesgo, condiciones de salud e intervenciones con datos de encuestas de hogares y establecimientos, grupos de discusión y otros métodos cualitativos, y estudios académicos, dado que los datos agregados mundiales y nacionales pueden no reflejar las necesidades locales. Los servicios de salud pública y los clínicos deberán moldearse de acuerdo con esas necesidades, permitiendo una adaptación innovadora en la práctica. Aunque reunir y analizar estos datos resulta más difícil en los países más pobres, que son los que tienen mayor necesidad de este tipo de análisis, tales procedimientos se están volviendo de rutina y más fáciles de utilizar, aun en los lugares de ingresos bajos (25).

Las medidas descritas a continuación aumentarán la probabilidad de que los sistemas de salud produzcan intervenciones más eficaces a un costo asequible, especialmente para las poblaciones necesitadas:

- Primero, deberá efectuarse una evaluación detallada y constante de los factores de riesgo subyacentes, la carga de morbilidad y las pautas de utilización de los servicios de las poblaciones destinatarias.
- Segundo, la información mundial sobre el costo y la eficacia de las intervenciones, así como sobre las estrategias de intervención y las modalidades de la práctica, deberá adaptarse a los precios y contextos locales.
- Tercero, todos los países necesitan políticas explícitas para racionar intervenciones y cerciorarse de que los pocos recursos disponibles se gastan en las áreas definidas como de alta prioridad. A continuación deberá decidirse cómo lograr esto. Pocos países tienen protocolos clínicos que puedan utilizarse para normalizar las modalidades de la práctica y hacer que las intervenciones prioritarias conocidas coincidan con las necesidades. Menos aún son los que cuentan con los medios para hacer cumplir esas directrices al prestar servicios con financiamiento privado.
- Por último, ninguna de estas medidas tendrá importancia si no se garantiza la calidad de los servicios que se prestan.



## IMPOSICIÓN DE LAS PRIORIDADES MEDIANTE EL RACIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN

Una cosa es establecer prioridades y otra muy diferente es suministrar los servicios su- puestamente más valiosos a expensas de otros. Los mercados resuelven este problema con el racionamiento por medio del precio, es decir, el acceso a determinados bienes y servicios depende no solo del valor que la población les atribuye, sino de que las personas tengan los medios para adquirirlos. Nadie fija las prioridades: estas son dictadas por el mercado. Como se ha señalado, esta es quizá la peor manera posible de determinar quién recibe servicios sanitarios y el tipo de estos. Por consiguiente, todo sistema de salud afronta la cuestión de determinar qué otros medios utilizar cuando los recursos son insuficientes para satisfacer las necesidades o deseos de la población.

En los países de ingresos bajos, las dificultades con las que se tropieza al establecer prioridades y racionar los servicios son enormes. La epidemia de infección por el VIH/sida provoca anualmente la muerte de más de dos millones de personas en África, es decir, más de 10 veces el número de seres humanos que perece en las guerras y los conflictos armados en el mismo período. Los servicios de salud de muchos países de ingresos bajos de Asia meridional y del África subsahariana han soportado la carga de esa epidemia en los últimos años. En este caso, los sistemas de salud se enfrentan con un problema a largo plazo. Es necesario tomar difíciles decisiones sobre la forma en que deberán asignarse los recursos para financiar las campañas de prevención del sida y atender a las personas que ya contra- jeron la enfermedad, a la vez que se mantienen otros servicios sanitarios esenciales. Este problema es crónico y muy diferente de la necesidad de racionar la atención no urgente cuando el sistema está agobiado temporalmente por una epidemia de corta duración, o por un desastre natural o provocado por el hombre. En esos casos, los servicios de urgencia reciben prioridad, los procedimientos electivos se aplazan y el sistema se concentra en la epidemia hasta que se recobre el control y puedan reanudarse las operaciones cotidianas.

El enfoque habitual más común para el racionamiento de la atención sanitaria es impo- ner controles estrictos del gasto que no pretenden concentrarse en ningún grupo específi- co de enfermedades ni en ninguna categoría general de intervenciones, sino simplemente limitar las obligaciones presupuestarias a niveles asequibles. Esta técnica se ha utilizado más frecuentemente en sistemas de salud con un financiamiento presupuestario global y compete a la entidad que administra el presupuesto racionar la asistencia. Se empleó en el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña antes de 1990 y la utilizan los ministerios de salud de muchos países de ingresos bajos. Actualmente se están ensayando, con distintos grados de éxito, otras técnicas de contención de costos en muchos países de la Unión Europea y en algunos países en desarrollo (26).

La desventaja principal de este enfoque es que, en los países de ingresos bajos, suele llevar a una degradación de las normas y de la calidad de la atención en general. Si los recur- sos están en manos de grupos en mejor situación económica, es posible que no se destinen a los grupos vulnerables. Por lo general, el presupuesto disponible se lo apropian los prestadores de servicios que tienen mayor fuerza política, como los especialistas y los hospitales, en lugar de que se utilice conforme a las necesidades de la población. Por consiguiente, en muchos países de ingresos bajos, un enfoque que se base únicamente en el control del gasto impide a grandes segmentos de la población el acceso a la atención sanitaria organizada.

Otro enfoque es el de racionar explícitamente, siguiendo las prioridades fijadas confor- me a ciertos criterios predeterminados, como se señaló en párrafos anteriores. Este modo de proceder, introducido por primera vez a mediados de los años ochenta, se ha puesto en

práctica parcialmente en los Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia y el estado de Oregón (Estados Unidos) (27). Todos ellos se basan en una combinación de criterios sociales, políticos y de eficacia en función de los costos. A partir de 1993, varios países en desarrollo han tratado de introducir conjuntos de intervenciones, que incluyen las “esenciales” o “básicas” que son asequibles dentro del contexto de cada país (28). México fue el primer país que diseñó y adoptó un conjunto de esa índole (29). Bangladesh, Colombia y Zambia también han comenzado a ponerlos en práctica.

Las prioridades explícitas establecidas mediante este proceso constituyen una importante mejora con respecto al enfoque tradicional de contención pasiva de costos. Una gran desventaja es que, en la vida real, los proveedores se encuentran con una demanda de servicios que no están incluidos en el conjunto definido de prestaciones. Generalmente reaccionan ante esta demanda de dos maneras: con subsidios cruzados de las actividades excluidas procedentes de los fondos presupuestarios recibidos para pagar el conjunto definido de prestaciones, o bien cobrando un recargo por los servicios adicionales. El primer mecanismo conduce al financiamiento insuficiente del conjunto definido de prestaciones, y el segundo, a incrementos de los gastos que debe sufragar directamente el paciente y a una mengua de la protección financiera. Los intentos para restringir la adopción de esos mecanismos por parte de los proveedores han fracasado en general.

Otro problema es que existen “límites a la racionalidad” (30), sobre todo si esta se identifica exclusivamente con la eficacia en función de los costos. Los políticos, los prestadores de servicios y el público se interesan por todos los criterios que se han mencionado, y pueden mostrarse muy escépticos con respecto a las opciones de distribución estimadas que se tomaron como base. El éxito de la fijación explícita de prioridades depende de la aceptación y del respaldo de proveedores y consumidores.

Aun dentro del conjunto de servicios financiados mediante pagos anticipados, y en especial los financiados con fondos públicos o fondos reservados por mandato público, es imposible encontrar la manera óptima de racionar la atención sanitaria. La figura 3.3 ilustra cuatro enfoques simplificados, basados en una combinación del costo de los servicios por individuo tratado o afectado y en la frecuencia con que probablemente se necesite el servicio. En general, rara vez se necesitan servicios muy costosos, en tanto es mucho más frecuente la necesidad de distintas intervenciones de costos intermedios. En cada sección de la figura, la curva superior muestra la trayectoria posible de la demanda de diferentes servicios si no existe ninguna forma de racionamiento, es decir, si toda necesidad se expresara como una demanda y no existiesen obstáculos de precios o de otra índole para obtener atención sanitaria. Esto representa el nivel máximo de servicios que el sistema de salud podría desear o tratar de prestar.

Una manera de limitar los servicios que realmente se prestan es excluir todos o la mayoría de los que son costosos pero rara vez se necesitan, es decir, recortar el extremo derecho de la distribución de necesidades. Esta práctica es relativamente común en el ámbito del aseguramiento privado, ya sea mediante la exclusión explícita de servicios o mediante la selección de riesgos de los clientes potenciales a fin de reducir la probabilidad de que se requieran dichos servicios. Esto puede ser, aunque no necesariamente, congruente con la eficacia en función de los costos y es casi una forma necesaria de racionamiento en sistemas cuyos recursos son muy limitados. Pero aumenta al máximo la exposición de la población al riesgo financiero si la intervención se puede obtener pagándola del propio bolsillo, o a pérdidas sanitarias catastróficas si simplemente no se dispone del servicio.

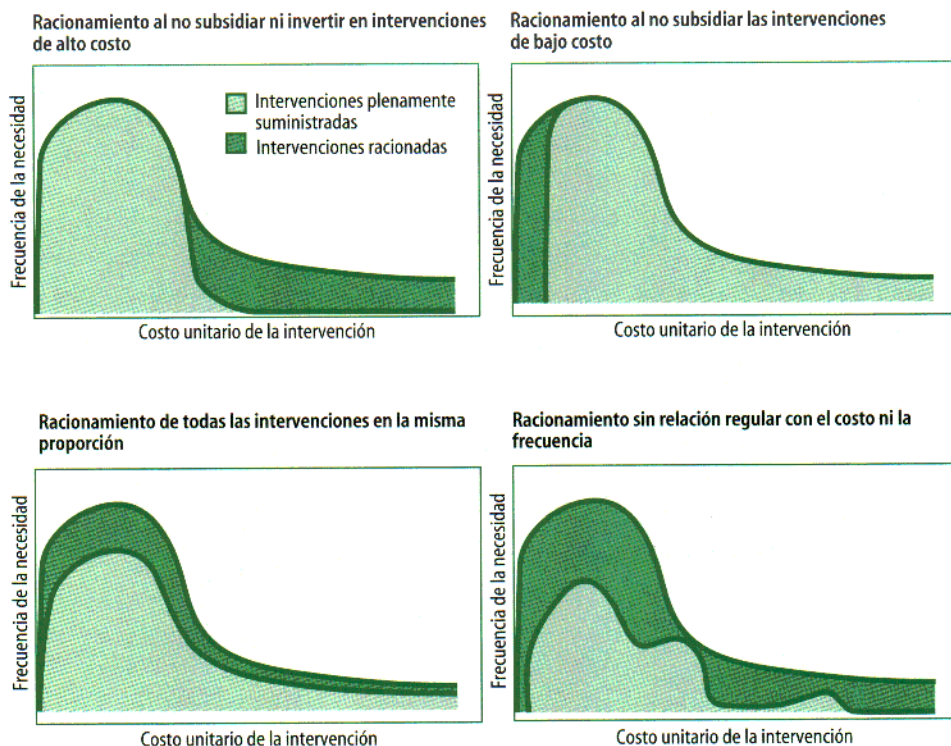
El enfoque contrario es excluir los servicios comunes pero muy baratos de los planes de pago anticipado y exigir que sea el consumidor quien los pague directamente; es decir, se

trata de recortar el extremo izquierdo de la distribución. Es probable que esto redunde en ahorro de gastos administrativos, pero puede o no representar un ahorro sustancial en los costos generales. Como regla general, el precio no debería ser el instrumento principal de racionamiento, y los bajos precios que pagan las personas que no son pobres representan un problema relativamente menor. Pero la dificultad que plantea este enfoque es evidente: expone a los pobres a riesgos que serían aceptables para quienes no son pobres, de manera que esto empeora la desigualdad en cuanto a las contribuciones financieras. Es posible que el racionamiento deba aplicarse en forma diferente para los pobres que para el resto de la población, si es que se da importancia al factor precio.

En un sistema de salud también se podría tratar de racionar todos los servicios en la misma proporción, otorgando a toda persona que los necesite la misma probabilidad de obtener la atención independientemente de su costo o del número de otras personas que necesitan la misma intervención. Poco puede decirse de esta forma de prestar menos servicios de los que se necesitan, porque no respeta ninguno de los criterios señalados. En el mejor de los casos, se trata de un intento de distribuir de manera más o menos igualitaria la frustración de no obtener atención sanitaria, pero esto ni siquiera corresponde a la igualdad de la capacidad de respuesta. Puede ser la respuesta de un sistema sometido a presiones que carece de directrices claras sobre la importancia relativa de los diferentes servicios.

La última sección de la figura 3.3 corresponde a la fijación explícita de prioridades, de manera que el racionamiento es mucho más marcado para algunos servicios que para otros. Solo si esto ocurre se imponen realmente las prioridades nominales a fin de incidir en la prestación de los servicios; y solo si las prioridades se escogen conforme a ciertos

**Figura 3.3 Diferentes formas de racionar las intervenciones sanitarias según el costo y la frecuencia de la necesidad**



criterios adecuados el racionamiento puede contribuir efectivamente a un mejor desempeño del sistema de salud, independientemente de la manera en que se lleve a la práctica.

## DESPUÉS DE SELECCIONAR LAS PRIORIDADES: INCENTIVOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

En general, se considera que el establecimiento de prioridades compete al sector público, sobre todo en lo que se refiere al uso adecuado del gasto público o dispuesto por mandato público. Para este fin no importa si la prestación de servicios es pública o privada, ni la forma en que se paga a los proveedores. Lo que importa es que al contratar proveedores privados o al reembolsar los gastos efectuados, por medio del aseguramiento público, el gobierno pueda garantizar que se respeten sus prioridades aunque no sea él quien proporcione los servicios. En la esfera del financiamiento privado y voluntario de los servicios, en general no existen prioridades explícitas: esa parte del sistema de salud responde a las demandas más que a las necesidades. Es importante tener en cuenta el efecto que tiene sobre los pobres el gasto que debe sufragar el consumidor con sus propios medios debido a un aumento de la demanda, en el sector privado, de intervenciones que no forman parte de los servicios que ofrece el sector público. No obstante, es posible imponer ciertas prioridades mediante la reglamentación, por ejemplo, exigiendo que todas las pólizas de seguros privados incluyan un conjunto de servicios esenciales o limitando el grado en que los proveedores o aseguradores privados pueden seleccionar a los pacientes o a los clientes basándose en el riesgo. Estas tareas corresponden al concepto de rectoría que se trata en el capítulo 6. En términos más generales, dado que son en definitiva los proveedores los que prestan o no los servicios prioritarios, el racionamiento exige “el gobierno cuidadoso de los agentes” que actúan en nombre de los pacientes y evalúan sus necesidades sanitarias que compiten entre sí (31).

Dada una lista de prioridades y dado uno o varios mecanismos para racionar la atención sanitaria, la forma en que se prestan efectivamente los servicios —quién se beneficia de qué tipo de intervenciones, con qué eficiencia se prestan los servicios, qué capacidad de respuesta tiene el sistema— puede diferir sensiblemente de un sistema de salud a otro. Estas diferencias reflejan el hecho de que, si bien se insta a los proveedores a prestar determinados servicios o se los contrata para ello, y los presupuestos y reglamentos públicos están concebidos para reforzar esas opciones, los proveedores siguen gozando de un amplio margen de maniobra para decidir a quién van a tratar, de qué y cómo. Y precisamente una de las cuestiones cruciales de todo sistema de salud es determinar qué margen de maniobra deberán tener los proveedores. El resultado depende de las características organizativas e institucionales, las que determinan conjuntamente algunos de los incentivos fundamentales a los cuales responden los proveedores de servicios.

La relación entre las organizaciones, las instituciones y las intervenciones es paralela a la que existe entre los jugadores, el reglamento y los objetivos de un juego. Las *organizaciones* son los jugadores; por ejemplo, los proveedores de servicios, los hospitales, las clínicas, las farmacias y los programas de salud pública. Las *instituciones* equivalen al reglamento (reglas formales y costumbres informales), es decir, las limitaciones socialmente compartidas que conforman las interacciones humanas, junto con los mecanismos por los cuales se hacen cumplir dichas reglas. Las instituciones cruciales que influyen en el sistema de prestación de servicios incluyen reglas relativas a la rectoría (buen gobierno, divulgación de información,

coordinación y reglamentación) y la compra. Las *intervenciones*, en el sentido en que se describieron previamente los servicios o las actividades, son los objetivos del juego e incluyen el tratamiento clínico, las medidas de salud pública y las acciones intersectoriales de promoción de la salud (32). Los *incentivos* son todas las recompensas y los castigos que reciben los proveedores en función de las organizaciones en las que trabajan, las instituciones bajo las cuales operan y las intervenciones específicas que proporcionan.

Pero entre un país y otro, y dentro de un mismo país, existen marcadas diferencias en todas estas características, lo cual es un reflejo de la complejidad del proceso de producción de las intervenciones sanitarias y de las variaciones de las culturas y tradiciones. Las características que ejercen la influencia más poderosa sobre los servicios clínicos y de salud pública son las estructuras o formas organizativas, las configuraciones de la prestación de servicios, los regímenes de incentivos organizativos y los vínculos entre los servicios. Tal como se destaca en el capítulo 1, el objeto de los servicios de salud es un activo —el cuerpo humano— muy diferente de los que intervienen en las demás actividades económicas. Con todo, existen algunos aspectos de la forma en que se producen estos servicios que no difieren mucho de la producción de los demás servicios. Cada vez se recogen más pruebas de la importancia de estos factores como resultado del avance en la aplicación de análisis de sistemas y de la teoría de la organización a los servicios de salud (33–35).

## FORMAS DE ORGANIZACIÓN

Los servicios de salud pueden organizarse de tres maneras fundamentalmente diferentes: como burocracias jerárquicas; por medio de acuerdos contractuales a largo plazo sujetos a cierto grado de control independiente del mercado, y como interacciones directas y de corto plazo basadas en el mercado entre los pacientes y los proveedores de servicios (36). Estas formas son independientes de que la propiedad sea pública o privada. Por ejemplo, los servicios organizados como jerarquías pueden ser públicos, como ocurre en la amplia red de entidades de salud pública, hospitales y consultorios que forman parte del sistema de prestación de servicios del Ministerio de Salud de Turquía y de muchos otros países. Pero también pueden ser privados, como las organizaciones para el mantenimiento de la salud de los Estados Unidos, por ejemplo Kaiser Permanente. Estas entidades privadas a menudo padecen las mismas rigideces burocráticas que las públicas. De la misma manera, aunque la interacción con criterios de mercado entre los proveedores y los pacientes es más común en el sector privado, en el sector público de muchos países de ingresos bajos se han generalizado mecanismos de mercado de corto plazo en forma de cuotas que deben pagar los usuarios.

En la India, por ejemplo, están presentes las tres formas de organización. Los servicios de salud que presta el gobierno son jerárquicos, con proveedores que emplea en forma directa. En el otro extremo se encuentran los servicios directos, basados en el mercado, con interacciones no contractuales entre la población y los proveedores. Estos incluyen tanto los proveedores privados en sí mismos como los cargos informales en los establecimientos públicos: 80% del gasto total en atención sanitaria tiene lugar en este último ámbito. En el medio hay diversas formas de mecanismos contractuales. Una de ellas abarca contratos a largo plazo entre el sector público y los proveedores no gubernamentales (con o sin fines de lucro). Este mecanismo se utiliza predominantemente para tratar a los pacientes que sufren de cataratas, y, al aumentar la cantidad de proveedores financiados públicamente, ha permitido una gran expansión de la cirugía para evitar la ceguera, sobre todo entre los pobres. Otro mecanismo contractual es el que se utiliza en el aseguramiento privado, que puede o no estar regulado por el Estado. El cliente mantiene un tipo de relación con una

aseguradora, que a su vez mantiene una relación diferente —que puede o no ser de tipo contractual— con los proveedores de servicios.

Cada una de estas formas de organizar los servicios de salud tiene sus pros y sus contras en diferentes contextos y cuando se aplican a distintos tipos de servicios clínicos y basados en la población. Cuando se requiere un enfoque muy coordinado, como ocurrió durante la reconstrucción de posguerra (fines de los años noventa) de los servicios de salud en Bosnia y Herzegovina, o durante un brote de cólera, son mejores los controles jerárquicos. En gran parte bajo la inspiración de experiencias como la del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña y debido a la dificultad de atender los problemas sanitarios únicamente con mecanismos de mercado, muchos países de ingresos bajos y medianos, en los cincuenta últimos años, han establecido sistemas de atención sanitaria con financiamiento del Estado cuyos servicios son prestados por una burocracia pública verticalmente integrada. Esto ha redundado en un mejor acceso a la atención sanitaria para millones de personas y ha sustentado muchos programas adecuados de salud pública.

No obstante, cuando se trata de la prestación de servicios de salud, las burocracias jerárquicas también presentan serios inconvenientes, que se han puesto más de manifiesto en los últimos años (37, 38). Las burocracias son vulnerables a la apropiación por los intereses creados de los burócratas y de los prestadores de servicios que trabajan en ellas. A menudo no son tan eficaces para reducir o reorientar prioridades como lo son para ampliar la capacidad y añadir servicios. Y se las asocia frecuentemente con muchas de las mismas deficiencias de los mercados privados en cuanto al abuso del poder monopolista (como la recaudación de ingresos en forma de cargos informales) y la asimetría de la información. Con el correr del tiempo, muchos de los sistemas jerárquicos de prestación de servicios se han convertido en burocracias excesivamente rígidas, con procesos ineficientes que producen una atención de baja calidad que no responde a las necesidades ni a las expectativas de las poblaciones y de las personas a las que deben servir. Este ha sido el motivo de muchas iniciativas recientes de reforma que se describen en el capítulo 1.

En los casos en que se requiere innovación y flexibilidad para responder a necesidades específicas, como en el desarrollo de nuevos medicamentos y equipos, los mercados funcionan mejor. Pero la interacción directa con criterios de mercado entre pacientes y proveedores de servicios en el sector de la salud presenta la gran desventaja de exponer a las personas a los riesgos financieros de la enfermedad, a menos que se mancomunen adecuadamente los recursos financieros. Y es difícil, si no imposible, asegurar que dichas transacciones respeten las prioridades entre intervenciones y pacientes que el sistema de salud está tratando de aplicar.

Debido a las desventajas de las jerarquías rígidas y del financiamiento que proviene del bolsillo del usuario en el sector de la salud, países de todo el mundo están experimentando actualmente con contratos a largo plazo para lograr las ventajas combinadas de una mayor flexibilidad y margen de innovación mientras se mantiene el control general de los objetivos estratégicos y la protección financiera. Ya se han analizado algunos experimentos con la contratación de servicios en países de ingresos bajos y medianos (39), y también se ha procurado extraer enseñanzas de los casos mejor documentados, sobre todo en el Reino Unido, que también pueden ser pertinentes para otros países (40).

## CONFIGURACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los servicios de salud, como muchas otras formas de producción, pueden adoptar una configuración más dispersa o más concentrada, o en formas híbridas que combinan algu-

nos elementos concentrados con otros dispersos (41). Las configuraciones dispersas son habituales para actividades que no se benefician de las economías de escala —los costos unitarios de las unidades de producción más grandes no son inferiores a los de las más pequeñas— como la atención primaria, incluida la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; las farmacias; los consultorios dentales; la ejecución sobre el terreno de los programas de salud pública; los servicios de orientación; el trabajo social, y la asistencia comunitaria y en el hogar. Estos servicios ambulatorios abarcan por lo general una amplia gama de actividades de distintos grados de complejidad, como la gestión de actividades comunes clínicas y de otro tipo por parte de individuos o de pequeños equipos humanos.

La producción dispersa y competitiva en pequeñas unidades productoras funciona bien cuando los mercados constituyen una manera satisfactoria de organizar la producción, pero el éxito es menor en el campo de la salud, por todas las razones por las cuales los mercados no funcionan tan bien para la atención sanitaria. No obstante, los intentos de compensar las fallas del mercado integrando esas actividades dispersas en una estructura burocrática jerárquica casi siempre han tropezado con problemas de motivación y responsabilización del personal. Es difícil ejercer una supervisión estrecha, y el control excesivo es pernicioso. Se han logrado mejores resultados mediante una relación contractual que se basa en la reputación profesional y un fuerte sentido de compromiso y responsabilidad, particularmente en países como Dinamarca y Noruega, desde hace mucho tiempo, y recientemente en Croacia, Hungría y la República Checa.

Las configuraciones de servicios concentradas son comunes para actividades tales como la atención hospitalaria, los laboratorios centrales de salud pública y los establecimientos de educación sanitaria, que sí se benefician de las economías de escala —los costos se reducen a medida que aumenta el tamaño— y de la variedad, es decir, los costos se reducen cuando se emprende una serie de actividades diferentes (42, 43). Estas intervenciones son muy especializadas y costosas, y requieren equipos humanos numerosos con una amplia gama de aptitudes. Algunas exigen la observación continua (para el tratamiento y la atención quirúrgica) y condiciones estériles muy controladas (para pabellones de cirugía y de atención a los quemados). Por lo general, la responsabilización se logra mediante la observación directa de los productos o los resultados. La mayor parte del personal puede emplearse a jornada completa o parcial, y no bajo las relaciones contractuales que parecen ser más adecuadas para las actividades dispersas. Los países han logrado más éxito integrando estos servicios en burocracias públicas jerárquicas, pero pagando el precio de las desventajas que entraña esta forma de organización.

Existe un límite superior y un límite inferior de eficiencia en las configuraciones de servicios concentradas. En el límite superior, los grandes hospitales de 1000 a 2000 camas y los enormes laboratorios de salud pública de Europa central y oriental se caracterizaban por la especialización excesiva, la baja productividad y la baja calidad de la atención (44). En el límite inferior también existen considerables problemas de eficiencia y calidad cuando los establecimientos que se dedican a la atención especializada son demasiados pequeños. En muchos países de ingresos bajos y medianos, como Etiopía, Marruecos y Turquía, especialmente en regiones rurales y en el sector privado (45) existen centros de salud y hospitales distritales con solo 20 a 50 camas. A menudo el índice de ocupación de camas es bajo y el personal no atiende un volumen suficiente de pacientes como para mantener las aptitudes clínicas necesarias para tratar afecciones menos frecuentes. Es posible que atiendan bien las afecciones más comunes, pero deben estar integrados en un sistema de referencia para tratar padecimientos más difíciles o poco usuales.

Las configuraciones de servicios híbridas se ubican entre estos dos extremos. Muchas de las actividades con un gran impacto potencial sobre los resultados (como se presenta en el cuadro 3.1) se ejecutan de esta forma. Los programas de control de enfermedades infecciosas como la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH/sida se benefician de la coordinación planificada de algunos de sus elementos estratégicos a nivel nacional. Aun así, su ejecución puede ser a veces más eficaz si tiene lugar bajo relaciones contractuales con proveedores locales que cuando se realiza como programas verticales aislados de los demás servicios ambulatorios. Por ejemplo, la ejecución del programa de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en Egipto exige una estrecha coordinación nacional de actividades tales como la vacunación, el control de la malaria y la administración de suplementos de hierro, pero sería imposible su ejecución sin los proveedores locales que cuentan con la amplia gama de aptitudes necesarias, por ejemplo, para tratar infecciones respiratorias agudas, diarrea y otras enfermedades de la niñez.

Este último ejemplo pone de relieve un reto clave en la prestación de servicios de salud, a saber: equilibrar la necesidad de una amplia supervisión de las políticas con la flexibilidad suficiente para que los administradores y los proveedores de servicios puedan innovar y adaptar las políticas a las necesidades y contextos locales en forma dinámica. Los servicios de salud clínicos y los basados en la población que puedan reconfigurarse mediante la negociación y adaptarse durante la ejecución a discreción de las entidades y su personal, responden mejor a las necesidades sanitarias y a las demás expectativas de la población que los que se llevan a cabo mediante burocracias centralizadas y rígidas (46–49). Esto es congruente con las relaciones entre la capacidad de respuesta y las características de los servicios que se describen en el capítulo 2. Pero este enfoque puede dar lugar a resultados muy diferentes de los previstos desde un inicio. Cuanto más centrados estén los administradores y el personal en cumplir un mandato claro, es mayor la posibilidad de que se logren los objetivos de política más amplios sin tener que recurrir a estructuras de control jerárquicas y rígidas (50).

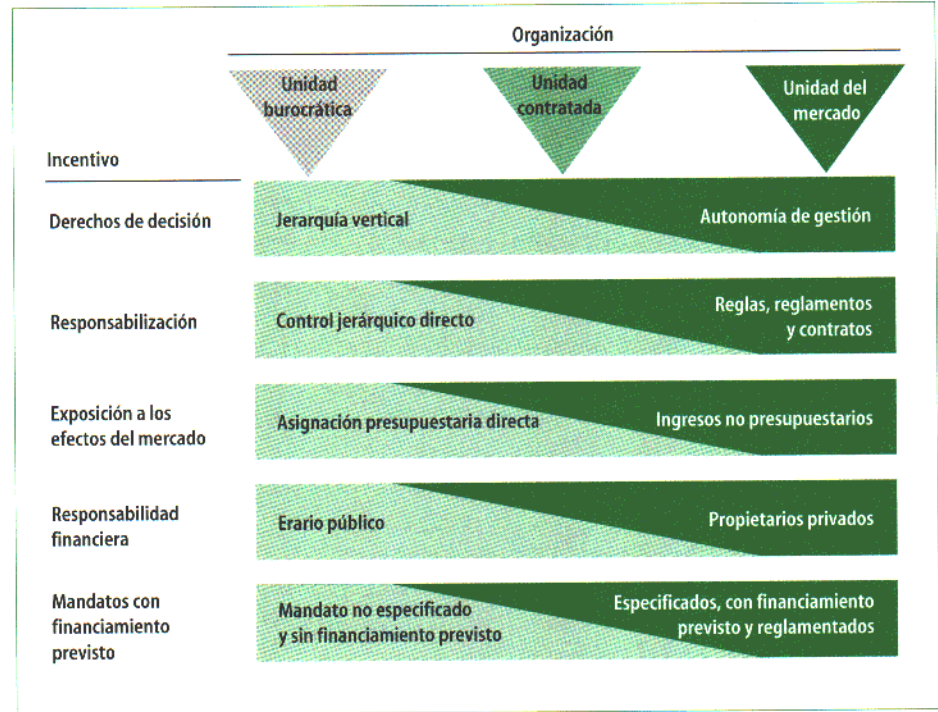
## ARMONIZACIÓN DE LOS INCENTIVOS

Los prestadores de servicios necesitan flexibilidad, no para fines arbitrarios, sino para poder responder a incentivos bien definidos; es decir, para que los incentivos determinados por los mecanismos organizativos e institucionales sean eficaces y los proveedores no se vean frustrados por la rigidez. La conciencia cada vez mayor de la índole estructural de los problemas que existen en los sistemas jerárquicos de prestación de servicios ha llevado a quienes formulan las políticas de muchos países a examinar los entornos de incentivos que existen en las organizaciones y a modificar la distribución del control de la toma de decisiones, los derechos sobre los ingresos recaudados y el riesgo financiero entre los distintos participantes, como se analiza en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999* (16).

Son muchas las formas de modificar el régimen de incentivos organizativos de los servicios de salud. En muchos países de América Latina, entre ellos la Argentina y el Brasil, la descentralización trasladó el control de la toma de decisiones, y a menudo los derechos y las responsabilidades con respecto a los ingresos recaudados, del gobierno central a niveles inferiores de gobierno. La restitución del control central a las provincias en Sri Lanka constituye otra forma de descentralización. La creación de hospitales semiautónomos en Indonesia transfirió más radicalmente la toma de decisiones y el control ubicándolos a nivel de los establecimientos. En Hungría, a principios de los años noventa, los médicos generales dejaron de ser empleados públicos para convertirse en médicos semiautónomos



Figura 3.4 Diferentes incentivos internos en tres estructuras organizativas



que trabajaban bajo contrato con los gobiernos locales y el Fondo Nacional de Seguro de Salud, de reciente creación.

En todos estos ejemplos se produce un cambio en uno o varios incentivos de organización, que ejerce una poderosa influencia en la manera en que se comporta la unidad organizativa en cuestión, trátase de una provincia, región, distrito o proveedor individual, tales como un hospital o un dispensario (51). En la figura 3.4 se ilustra la relación entre las formas de organización descritas previamente y los cinco incentivos que se señalan a continuación:

- El grado de *autonomía* (derechos de decisión) que tiene la organización con respecto a sus propietarios, los compradores determinados por las políticas (como los fondos de seguro), el gobierno y los consumidores. Los derechos cruciales de decisión son el control sobre la combinación y el nivel de insumos, los productos y el alcance de las actividades, la gestión financiera, la administración clínica y general, la gestión estratégica y la estrategia de mercado (si corresponde).
- El grado de *responsabilización*. A medida que se delegan los derechos de decisión a la organización, los gobiernos van perdiendo la capacidad de exigir directamente una rendición de cuentas (a través de la jerarquía). Cuando aumenta la autonomía, deberá garantizarse la responsabilización pasando de la supervisión jerárquica al seguimiento, la reglamentación y los incentivos económicos prescritos en los contratos.
- El grado de *exposición a los efectos del mercado* o los ingresos que se recaban de manera competitiva y no mediante una asignación presupuestaria directa. La participación en el mercado no necesariamente debe suponer el financiamiento directo por parte del usuario; es preferible que las organizaciones de proveedores de servicios compitan por los ingresos recibidos mediante pagos anticipados. Cuando los gobiernos

rescatan financieramente a las organizaciones que incurren en déficit o están endeudadas como resultado de un desempeño técnico insatisfactorio, aminoran la repercusión de la exposición a los efectos del mercado.

- El grado de *responsabilidad financiera* por las pérdidas y los derechos a las ganancias (utilidades retenidas y el producto de la venta de bienes de capital). Esto determina el incentivo financiero para economizar que se ofrece a los administradores y el personal. Cuando es mayor la autonomía, son ellos, y no el erario público, los que pueden quedarse con el sobrante de los flujos que ingresan, pero es necesario definir y regular claramente este derecho.
- El grado de *mandatos sin financiamiento previsto*. Cuando la participación del ingreso total generado por medio de los mercados es significativa, las organizaciones tienen un riesgo financiero debido a los costos irrecuperables vinculados con los mandatos para los cuales no hay provisión de fondos, tales como la atención sanitaria de los pobres o de las personas muy enfermas. Por consiguiente, las reformas organizativas que den mayor autonomía deberán estar acompañadas de reformas complementarias en el financiamiento sanitario para proteger a los pobres. En el capítulo 5 se describen algunos ejemplos recientes en América Latina.

La medida en que los países puedan desvincular sin problemas la prestación de servicios del control jerárquico y encaminarse hacia un entorno de incentivos (la parte derecha del espectro que se ilustra en la figura 3.4) depende de la índole de los servicios y de la capacidad para crear responsabilización con respecto a los objetivos públicos mediante mecanismos indirectos tales como la reglamentación y la contratación. Sin embargo, no existe un esquema único para lograr un sistema exitoso de prestación de servicios. En países como el Canadá (52), que han logrado crear un marco más coherente para estas tres características organizativas, se obtienen mejores resultados que en países como los Estados Unidos (53), donde existen muchas señales contradictorias porque los incentivos del mercado son muy fuertes en algunos lugares y están controlados más estrictamente en otros.

La coherencia de los incentivos de organización cobra particular importancia en el sector hospitalario debido a la función central de estas organizaciones en la prestación de servicios. Los países que han introducido objetivos uniformes y que han armonizado los cinco incentivos de organización parecen tener más éxito que los que han terminado con objetivos y regímenes de incentivos contradictorios. Por ejemplo, en Singapur, los hospitales públicos tienen considerable autonomía para las decisiones administrativas, que abarcan desde las compras hasta la dotación de personal (54). Actualmente, se exige la responsabilización mediante contratos y no por medio de controles jerárquicos. Los hospitales compiten entre sí para atraer pacientes y pueden ingresar a sus arcas los excedentes que generen al ahorrar costos. Y existe un plan de subsidios explícitos para los grupos de ingresos bajos, aunque todavía se requieren subsidios cruzados para sufragar algunos mandatos sin financiamiento previsto. Las evaluaciones de seguimiento indican que las reformas lograron mejorar la capacidad de respuesta ante los pacientes y la eficiencia en la gestión de recursos, y al mismo tiempo protegieron a los pacientes pobres contra el comportamiento oportunista de los hospitales que tratan de incrementar sus ingresos. En Indonesia, el grado de autonomía es mucho menor pero de todas maneras los diversos incentivos están más equilibrados que en Nueva Zelanda y en el Reino Unido, donde ha sido menor la coherencia de las políticas en lo que se refiere a los cinco incentivos de organización (39, 55, 56). No cabe duda de que los hospitales son las organizaciones más

complejas que participan en la prestación de servicios, y sus funciones han atravesado un período de rápidos cambios a medida que los nuevos procedimientos alteran el equilibrio entre la atención de pacientes hospitalizados y la atención ambulatoria y a medida que aumentan las presiones financieras (57). Quizá la cuestión más difícil que debe resolver un sistema de prestación de servicios es encontrar la manera de organizar los servicios hospitalarios y de integrarlos con los demás proveedores.

En muchos países se ha tratado de incrementar la exposición de los hospitales a los efectos del mercado mediante la "tercerización" o la "subcontratación" de algunas actividades hospitalarias, pero hasta ahora la experiencia recogida ha sido contradictoria. Por ejemplo, se logró cierto éxito en la subcontratación del mantenimiento de equipo médico en Tailandia, de los servicios administrativos en Sudáfrica y de los servicios ordinarios de custodia, alimentación y lavandería en Bombay. La mayor parte de estas actividades se benefician de las ganancias resultantes de la eficacia que pueden ofrecer los proveedores externos que se especializan en un servicio dado. Pero, con pocas excepciones, la tercerización es mucho más difícil cuando se trata de servicios clínicos debido a que se pierde el control estratégico de una parte del proceso de producción, hay una traslación de costos y surgen dificultades para supervisar la calidad de los resultados (58).

Muchas intervenciones de salud pública, tales como los programas de control de la malaria, los programas de nutrición en Senegal y los programas de salud reproductiva en Bangladesh, se ejecutan actualmente mediante contratos a largo plazo con proveedores no gubernamentales en lugar de recurrir a programas verticales rígidos bajo una burocracia jerárquica central. Se registra también un marcado incremento en la autonomía y la privatización en las actividades de los médicos generales, los dentistas, los farmacéuticos y otros trabajadores de atención ambulatoria en Europa central y oriental, con consecuencias buenas y malas.

Como ocurre con los hospitales, los servicios ambulatorios que cobran autonomía funcionan mejor cuando son mínimos los conflictos entre los objetivos y los regímenes de incentivos de organización. En el cuadro 3.2 se presentan algunos ejemplos de incentivos de organización para la atención ambulatoria. A menudo se producen tensiones cuando no se otorgan a los administradores los derechos de decisión (por ejemplo, cuando debido a presiones políticas es imposible despedir al personal), cuando los contratos a largo plazo no incluyen mecanismos de responsabilización o estos no se hacen cumplir mediante la disciplina que impone el mercado, y cuando los proveedores no pueden disponer de sus excedentes o deben absorber sus pérdidas. Esto último resta fuerza al incentivo para economizar.

Sigue habiendo bastante controversia en cuanto a la posibilidad de que los contratos a largo plazo con proveedores privados ofrezcan mejores incentivos que los contratos similares con proveedores del sector público. Cuáles son los incentivos más adecuados depende de cuáles sean las metas prioritarias. La tendencia mundial es tratar de evitar las ineficiencias y la falta de respuesta que acompañan a una burocracia demasiado rígida, y evitar el extremo opuesto de los mercados desregulados, que casi siempre socavan la protección financiera e interfieren con la coordinación estratégica necesaria para suministrar una atención eficaz.

## INTEGRACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

A medida que las unidades organizativas, como los hospitales o los dispensarios, se vuelven más autónomas, el sistema de prestación de servicios corre el riesgo de fragmen-

tarse. Esta fragmentación puede ocurrir entre configuraciones similares de proveedores de servicios (hospitales, dispensarios o programas de salud pública) o entre diferentes niveles de atención sanitaria, y tiene consecuencias negativas para la eficiencia y la equidad del sistema de referencia, a menos que se introduzcan políticas explícitas para lograr algún tipo de integración entre las unidades semiautónomas resultantes de la prestación de servicios.

Cuando se fragmentan los servicios de salud, sufre la eficiencia de asignación. Por ejemplo, en Polonia y Hungría, los establecimientos sanitarios no clínicos que tienen por objeto prestar servicios de salud pública a menudo se dedican a la prevención secundaria y a una amplia gama de asistencia básica porque no están adecuadamente vinculados a redes de atención ambulatoria. Los hospitales universitarios recientemente declarados autónomos en Malasia prestan una amplia gama de servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios para trastornos que pudieron haberse tratado eficazmente a niveles inferiores en un am-

**Cuadro 3.2 Ejemplos de incentivos de organización para la atención ambulatoria**

Organización afectada	Ejemplos de países
<p><b>Equipos locales o distritales que administran varios establecimientos clínicos y servicios de salud pública</b></p> <p>Se incluyen las oficinas de distrito del ministerio de salud y los ayuntamientos. A menudo, las modificaciones de los incentivos de organización son moderadas y en su mayoría se relacionan con los derechos de decisión respecto al presupuesto y al personal. El riesgo financiero sigue siendo limitado. El grado real de exposición a los efectos del mercado puede ser superior al previsto cuando los cargos a los usuarios son considerables.</p>	<p><b>Finlandia:</b> los municipios son propietarios y se ocupan de la administración de los centros de salud, el empleo de personal, la recaudación de impuestos y la fijación de tarifas.</p> <p><b>Filipinas:</b> se descentralizó la responsabilidad de la atención primaria de salud (y otros servicios sociales) a los gobiernos locales en 1993. Los activos, el personal y los presupuestos fueron transferidos a los niveles locales. El Ministerio de Salud estableció asociaciones comunitarias de asistencia sanitaria en cada unidad de gobierno local. Los trabajadores de la salud dependen actualmente del gobierno local, no del ministerio. Se ha vuelto más difícil la supervisión para el ministerio.</p> <p><b>Zambia:</b> la Junta Central de Salud, órgano ejecutivo del Ministerio de Salud, ahora celebra contratos, mediante planes anuales de cada distrito, con las juntas o equipos de salud distritales independientes. Los distritos adquirieron mayor control del presupuesto ordinario no destinado a los salarios, pero el personal sigue dependiendo, en su mayoría, de la administración pública. La situación está cambiando a medida que los distritos contratan a profesionales recién recibidos y se emplea localmente a trabajadores no calificados. La Junta Central de Salud está facultada para imponer sanciones si no se cumplen las metas de desempeño acordadas. Cada establecimiento ingresa a sus arcas los ingresos que recauda en concepto de cargos a los usuarios.</p>
<p><b>Establecimientos individuales</b></p>	<p><b>Belarús:</b> las policlínicas reciben ahora su propio presupuesto y pueden retener una parte de los ingresos que recaudan en concepto de cargos a los usuarios.</p> <p><b>Burkina Faso:</b> los centros de salud administrados por la comunidad que fueron creados en el marco de la Iniciativa de Bamako constituyen un tercio de los establecimientos públicos y únicamente cobran derechos (que representan hasta el 10% del presupuesto ordinario) por la venta de medicamentos. La administración del personal está formalmente centralizada. No existen mecanismos claros de rendición de cuentas entre las juntas comunitarias y el personal del centro de salud.</p> <p><b>Mali:</b> los centros de salud independientes son cooperativas sin fines de lucro propiedad de asociaciones comunitarias, las cuales también se ocupan del financiamiento y la administración. Estos centros contratan a su propio personal. En la práctica, son pocos los que se consideran financieramente independientes.</p>
<p><b>Médicos generales</b></p>	<p><b>Croacia:</b> los médicos que brindan atención ambulatoria anteriormente estaban empleados, a sueldo, por una entidad centralizada. Actualmente son contratistas independientes.</p>

biente comunitario. Los médicos generales que obtuvieron recientemente su autonomía en la República Checa se han apresurado a adquirir una gran cantidad de equipo costoso que raramente se utiliza (59).

Cuando los cambios organizativos que adoptan los proveedores causan fragmentación, la desilusión con el sistema regido por el mercado puede llevar a cierto grado de reintegración vertical y horizontal, con mayor control jerárquico. Armenia, Hungría, Nueva Zelanda y el Reino Unido han hecho recientemente experimentos en tal sentido. Tanto el modelo de mercado como el modelo jerárquico plantean dificultades, pero es importante recordar las deficiencias de los modelos de planificación central observadas en países tan diversos como Costa Rica, el Reino Unido, Sri Lanka, Suecia y la antigua Unión Soviética (59).

Una manera de preservar las ventajas de la autonomía de los proveedores sin que se produzcan fallas de coordinación consiste en aplicar una "integración virtual" en lugar de la tradicional integración vertical. Con esta última, un clínica recibe directivas de un hospital o de una dependencia del gobierno y limita sus servicios a las necesidades locales. La integración virtual supone la utilización de modernos sistemas de comunicaciones que permiten compartir con rapidez la información sin controles gubernamentales engorrosos. Esto vale especialmente para el envío de pacientes y puede aplicarse a proveedores no gubernamentales difíciles de incorporar a los sistemas jerárquicos. Bangladesh y Ghana están experimentando con esta innovación.

Incluso en los Estados Unidos, la integración vertical en las organizaciones para el mantenimiento de la salud (también conocidas como HMO, por la sigla en inglés) está siendo eclipsada por la integración virtual entre las organizaciones de este tipo que pertenecen a una red de proveedores, otros grupos de proveedores y un sector de seguros mundializado. La integración vertical entre las unidades de producción y las de distribución se considera ahora un mecanismo de coordinación de último recurso y se utiliza principalmente cuando no se dispone de opciones contractuales (60).

La integración virtual afronta tres problemas comunes, a saber: la descentralización, la separación entre los compradores y los proveedores, y los cargos a los usuarios. En muchos países ha crecido recientemente el entusiasmo por la descentralización como medio de lograr una amplia variedad de metas de política y administrativas en la sanidad y en otras esferas. El objetivo explícito de la descentralización es a menudo mejorar la capacidad de respuesta y las estructuras de incentivos mediante la transferencia de la propiedad, la responsabilidad y la rendición de cuentas a niveles inferiores del sector público. Esto se hace generalmente mediante un traspaso de la propiedad del gobierno central a los niveles locales del sector público: estados o provincias, regiones, distritos, comunidades locales y establecimientos de propiedad pública.

Una dificultad que caracteriza a esas reformas ha sido que los problemas estructurales internos de los hospitales, dispensarios y establecimientos de salud pública no desaparecen durante la transferencia. En Uganda, la descentralización no cerró la brecha de financiamiento que experimentan muchos establecimientos sanitarios. En Sri Lanka, la descentralización puso al descubierto una débil capacidad administrativa de la que no se ocupó. En Ghana, las obligaciones sociales sin financiamiento previsto se transfirieron a niveles más bajos de gobierno que no contaban con la capacidad financiera para absorber esta responsabilidad porque se habían estancado las reformas propuestas en el aseguramiento social. En muchos casos, los gobiernos centrales reafirman el control con rigor cuando los gobiernos locales abordan cuestiones políticamente delicadas de una manera que no coincide con los puntos de vista del gobierno nacional sobre la forma en que deben tratarse esos asuntos.

Cuando existe una separación entre los compradores y los proveedores de servicios, a menudo surgen tensiones similares. En Hungría, y también en Nueva Zelandia, se suscitaron conflictos entre las entidades de compra situadas en diferentes ramas del gobierno y que siguen siendo responsables de la rectoría (como los ministerios de salud y hacienda) y los propietarios de las entidades proveedoras contratadas (como los ayuntamientos y los gobiernos locales). En Hungría, se confirieron poderes constitucionales al Fondo Nacional de Seguro de Salud con régimen de autogobierno, que estuvo controlado por los sindicatos en los primeros años del decenio de 1990. Durante unos ocho años, hasta la abolición de este arreglo en 1998, existió un conflicto abierto entre el Ministerio de Hacienda y el Fondo Nacional de Seguro de Salud respecto a la política fiscal y el control del gasto. Con frecuencia no se les pagaba a tiempo a los proveedores.

Por último, la introducción de cargos a los usuarios crea tensiones entre las adquisiciones basadas en la política y el pago anticipado y las adquisiciones de servicios de los consumidores individuales que se rigen por las fuerzas del mercado. Esto ha sucedido sobre todo en muchas de las repúblicas de Asia central y en los países afectados por la crisis de Asia oriental, donde los ingresos canalizados mediante las compras basadas en las políticas han experimentado una drástica caída en los últimos años. Esto puede socavar las políticas nacionales de fijación de prioridades y contención de costos, como se explica en el capítulo 2, y resta equidad al financiamiento. La cuestión de cómo organizar la compra como parte integral de la función de financiamiento se trata con más detenimiento en el capítulo 5.

Para lograr las metas de buena salud, capacidad de respuesta y una contribución financiera justa, es menester que los sistemas de salud determinen algunas prioridades y encuentren mecanismos para que los proveedores las pongan en práctica. No es una tarea fácil y las complejidades surgen de dos fuentes. Las prioridades deben reflejar distintos criterios que a veces son contradictorios y requieren un gran cúmulo de información que la mayoría de los sistemas de salud simplemente no tienen a su disposición. Y para que las prioridades se apliquen se requiere una combinación de mecanismos de racionamiento, estructuras organizativas, convenios institucionales e incentivos para los proveedores de servicios que, por sobre todo, deben ser coherentes entre sí y con las metas que persigue el sistema.

## REFERENCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1989.
2. Gwatkin DR, Guillot M. *The burden of disease among the global poor: current situation, future trends, and implications for strategy*. Washington, DC, Geneva: The World Bank, Global Forum for Health Research; 1999.
3. Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
4. Loudon IS, ed. *Western medicine: an illustrated history*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
5. McKee M. For debate — does health care save lives? *Croatian Medical Journal* 1999;40(2):123–128.
6. Murray CJL, et al. *Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization; 1999. (GPE Discussion Paper No. 4).
7. Tengs TO. *Dying too soon: how cost-effectiveness analysis can save lives*. Irvine, California: University of California, National Center for Policy Analysis; 1997. (Policy Report No. 204).
8. Barnum H, Tarantola D, Setiady I. Cost-effectiveness of an immunization programme in Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization* 1980;58(3):499–503.
9. Barnum H. Cost savings from alternative treatments for tuberculosis. *Social Science and Medicine* 1986;23(9):847–850.
10. Prescott N, de Ferranti D. The analysis and assessment of health programs. *Social Science and Medicine* 1985;20(12):1235–1240.

11. Mills A. Economic evaluation of health programmes: application of the principles in developing countries. *World Health Statistics Quarterly* 1985;38(4):368–382.
12. Mills A. Survey and examples of economic evaluation of health programmes in developing countries. *World Health Statistics Quarterly* 1985;38(4):402–431.
13. Lee M, Mills A, eds. *Health economics in developing countries*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
14. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
15. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and The World Bank; 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
16. World Health Organization. *The world health report 1999: making a difference*. Geneva: WHO; 1999.
17. Hammer J. *Economic analysis for health projects*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Policy Research Working Papers No. 1611).
18. Jha P, Bangoura O, Ranson K. The cost-effectiveness of forty health interventions in Guinea. *Health Policy and Planning* 1998;13:249–262.
19. Peabody J, et al. Policy and health: implications for development in Asia. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
20. Murray CJL, Kreuser J, Whang W. Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems. En: Murray CJL, Lopez A. *Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: World Health Organization; 1994.
21. Bobadilla JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. En: Frenk J, ed. Cap. 11: *Observatorio de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.
22. Murray CJL, Lopez AD. *Global health statistics*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
23. Wagstaff A. *Inequalities in child mortality in the developing world. How large are they? How can they be reduced?* Washington, DC: The World Bank; 1999. (HNP Discussion Paper).
24. Cotlear D. *Peru: improving health care financing for the poor*. Washington, DC: The World Bank; 1999. (Country Studies).
25. Wagstaff A. *HNP module of Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) toolkit*. Washington, DC: The World Bank; 2000.
26. Missialos E, Grand JL, eds. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate; 1999.
27. Ham C. Corporatization of UK hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press for The World Bank; 2000. (En prensa).
28. Bobadilla JL, et al. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization* 1994;72(4):653–662.
29. Bobadilla JL, et al. *El paquete universal de servicios esenciales de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994. (Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia).
30. Robinson R. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy* 1999;49:13–26.
31. Maynard A. Rationing health care: an exploration. *Health Policy* 1999;49:5–11.
32. Berryman SE, et al. *Assessing institutional capabilities*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (World Bank Working Paper).
33. Wilson JQ. *Bureaucracy: what government agencies do and why they do it*. New York: Basic Books; 1989.
34. Schmalensee R, Willig RD. Vols. I and II: *Handbook of industrial organization*. Amsterdam: Elsevier Science; 1989.
35. Williamson O. *The economic institutions of capitalism: firms, markets and relational contracting*. New York: Free Press; 1985.
36. Williamson OE. Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly* 1991;36(2):269–296.
37. Barr N, ed. *Labor markets and social policy in Central and Eastern Europe*. Oxford: Oxford University Press for The World Bank; 1994.
38. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1996: de la planificación centralizada a la economía de mercado*. Washington, DC: Banco Mundial; 1996; 149–158.

39. Lieberman S. Corporatization of Indonesia hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press for The World Bank; 2000. (En prensa).
40. Palmer N. *The theory and evidence of contracting for primary care services: lessons for low and middle income countries*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1999. (Documento inédito).
41. Gregory R. Accountability, responsibility, and corruption: managing the "public production process". En: Boston J, ed. *The state under contract*. Wellington, New Zealand: Bridget Williams Books; 1995.
42. Panzar J, Willing R. *Economies of scale and economies of scope in multi-output production*. Murray Hill, New Jersey: Bell Laboratories; 1975. (Economic Discussion Paper No. 33).
43. Teece DJ. Economies of scope and the scope of the enterprise. *Bell Journal of Economic Behavior and Organization* 1980;1:223–247.
44. Ho T. Hospital restructuring in the European and Central Asian Regions. En: McKee M, et al., eds. *The appropriate role of the hospital*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000. (En prensa).
45. Barnum H, Kutzin J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
46. Lipsky M. *Street-level bureaucracy*. New York: Russell Sage; 1980.
47. Tarimo E. *Por un distrito sano. Cómo organizar y administrar sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
48. Conyers D, Cassels A, Janovsky K. *Decentralization and health systems change: a framework for analysis*. Geneva: World Health Organization; 1993. (Document WHO/SHS/NHP/93.2).
49. Janovsky K, Travis P. *Decentralization and health systems change: case study summaries*. Geneva: World Health Organization; 1998.
50. Pressman J, Wildavsky A. *Implementation*. Berkeley: University of California Press; 1973.
51. Harding A, Preker AS. Conceptual framework for organizational reform of hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000. (En prensa).
52. Evans B. General revenues financing: a comparison of US and Canada. En: Figueras J, et al., eds. *Funding health care and long-term care: options in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000. (En prensa).
53. Robinson JC. *The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care*. Berkeley: University of California Press; 1999.
54. Phua K. Corporatization of hospitals in Singapore. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000. (En prensa).
55. Scott G. Corporatization in New Zealand hospitals. En: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000. (En prensa).
56. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997;42(1): 49–66.
57. McKee M, Healy J. *The role of the hospital in a changing environment*. European Observatory on Health Care Systems and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999. (Documento inédito).
58. Mills A. Contractual relationship between government and the commercial private sector in developing countries. En: Bennett S, McPake B, Mills A. *Private health providers in developing countries: serving the public interest*. London: Zed Books; 1997.
59. Preker AS, Feachem RGA. *Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Technical Paper No. 293).
60. Klein B, Crawford RG, Alchian AA. Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *Journal of Law and Economics* 1978;21:297–326.





## CAPÍTULO 4

# *¿Qué recursos se necesitan?*

*La prestación eficiente de servicios de atención sanitaria exige que los diversos recursos financieros se repartan de manera equilibrada entre los muchos insumos que se usan a tal fin. Es inútil contar con gran cantidad de médicos, enfermeras y demás personal, si no se dispone de establecimientos adecuadamente construidos, equipados y aprovisionados. Los recursos disponibles deben asignarse tanto a las inversiones en capacitación en nuevos campos, instalaciones y equipo, como al mantenimiento de la infraestructura existente. Es más, este delicado equilibrio debe mantenerse tanto en el tiempo como entre las diferentes zonas geográficas. En la práctica, los desequilibrios entre la inversión y los gastos ordinarios y entre las diferentes categorías de insumos son frecuentes y obstaculizan un desempeño satisfactorio. Las decisiones sobre nuevas inversiones deben tomarse cuidadosamente con miras a reducir el riesgo de desequilibrios futuros, y la distribución de los insumos debe vigilarse en forma sistemática. Es necesario proporcionar orientaciones de política e incentivos claros a los compradores y proveedores de servicios para que estos adopten prácticas eficaces en respuesta a las necesidades y expectativas en materia de salud.*



## 4

# ¿QUÉ RECURSOS SE NECESITAN?

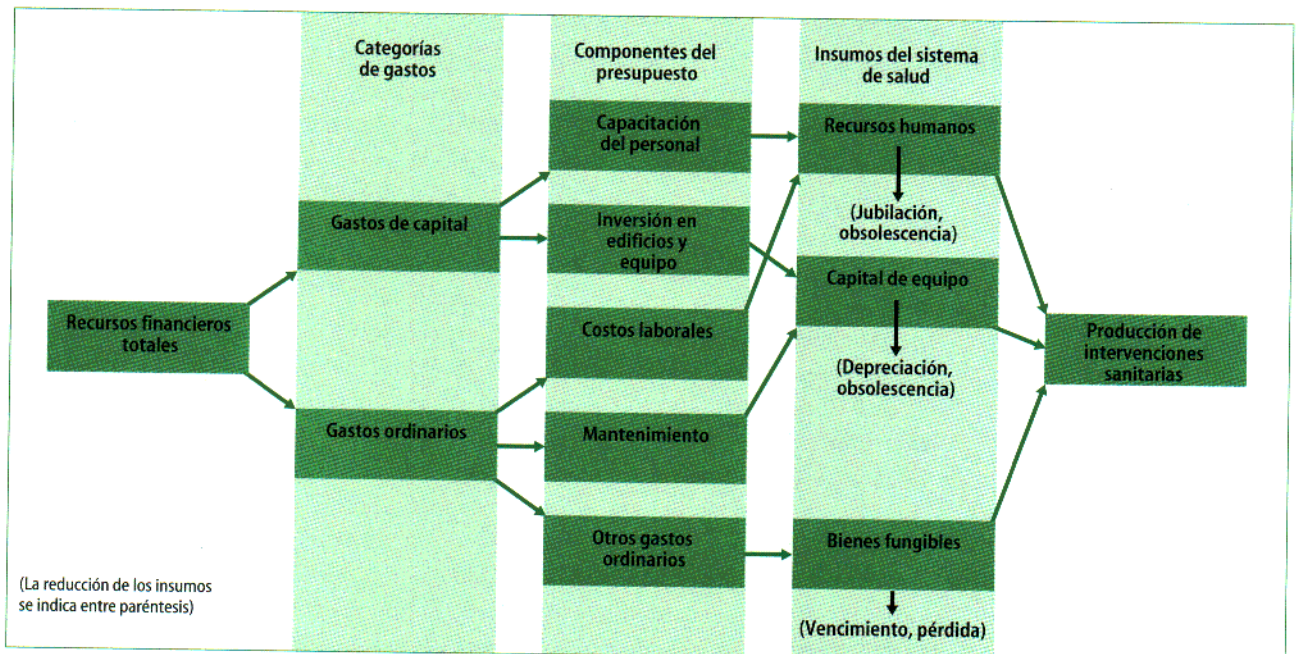
## EQUILIBRIO DE LA COMBINACIÓN DE RECURSOS

La prestación de asistencia sanitaria supone conjugar un considerable número de insumos a fin de generar como resultado una variedad extraordinaria de servicios. Pocos procesos productivos, si acaso alguno, deben armonizar la variedad de posibilidades de producción y hacer frente al ritmo de los cambios que se producen en el campo de la salud. En la figura 4.1 se describen tres insumos principales del sistema de salud: los recursos humanos, el capital de equipo y los bienes fungibles; también se muestra que los recursos financieros para adquirir estos insumos comprenden inversiones de capital y gastos de carácter ordinario. Como en otras actividades, las decisiones de inversión sanitaria resultan cruciales porque suelen ser irreversibles: comprometen grandes cantidades de dinero en lugares y actividades que son difíciles, o incluso imposible, de cancelar, cerrar o reducir.

El hecho de que algunas decisiones de inversión se adopten fuera del ámbito del ministerio de salud hace aún más difícil lograr un equilibrio global. Por ejemplo, la formación de los médicos suele ser competencia del ministerio de educación, probablemente con inversiones privadas en instalaciones y equipo.

El capital está constituido por los activos productivos acumulados. Los trabajadores de salud capacitados y los consultorios móviles, así como el activo fijo, forman parte del acervo

**Figura 4.1 Los insumos de los sistemas de salud: de los recursos financieros a las intervenciones sanitarias**



de capital del sistema de salud. Es inversión todo lo que aumente este acervo, por ejemplo, un mayor número de farmacéuticos o de vehículos. En general, la vida productiva de las diferentes inversiones oscila desde un mínimo de 1 ó 2 años en el caso de determinado tipo de equipo hasta 25–30 años, o más, en el caso de los edificios y de algunos profesionales.

El progreso tecnológico influye en la vida económica de un bien de capital: las inversiones se tornan rápidamente obsoletas a medida que surgen tecnologías nuevas y mejores. La manera en que se administra un activo también influye en su vida útil. Con una utilización y un mantenimiento adecuados, los edificios y vehículos pierden su valor más lentamente. Sin atención y mantenimiento, el capital sanitario se deteriora en forma acelerada. En la planificación del mantenimiento también debe tenerse en cuenta el entorno físico. Por ejemplo, el mal estado de los caminos reduce la vida promedio de los vehículos; por lo tanto, en la planificación del mantenimiento, funcionamiento y reemplazo de los vehículos debe considerarse este factor.

El capital humano se puede tratar conceptualmente de la misma manera que el capital de equipo, considerando la educación y la capacitación como inversiones claves por medio de las cuales se puede adaptar el acervo de capital humano y determinar los conocimientos y aptitudes con que se cuenta (1). A diferencia del capital de equipo, el conocimiento no se deteriora con el uso. No obstante, al igual que el equipo, las aptitudes pasan a ser obsoletas al surgir nuevas tecnologías, por lo cual el capital humano también necesita mantenimiento. La educación continua y la capacitación en el servicio son elementos necesarios para adaptar las aptitudes al progreso tecnológico y los nuevos conocimientos. El capital humano también se pierde como consecuencia de la jubilación o muerte de los individuos.

En un sentido más amplio, la inversión también abarca todo nuevo programa, actividad o proyecto. Los costos de la inversión en capital son todos aquellos que tienen lugar una sola vez (para iniciar una determinada actividad), mientras que los costos ordinarios son los compromisos financieros a largo plazo que generalmente se derivan de tal inversión. Si se considera que la tecnología médica disponible es el "capital", y la investigación y desarrollo es el instrumento de inversión para ampliar la frontera tecnológica y desarrollar nuevas ideas, estos conceptos también pueden aplicarse al equipo de diagnóstico, los medicamentos y otros elementos análogos.

La inversión es la actividad esencial para ajustar el acervo de capital y crear nuevos activos productivos. En la generalidad de los casos, este ajuste tiene lugar de manera gradual a lo largo del tiempo. Por lo tanto, en muchos países la infraestructura física actual de los edificios e instalaciones hospitalarias es el producto de una evolución que ha llevado un gran número de años. Entre los países de la OCDE, los gastos de inversión en edificios y equipo no suelen superar 5% de los gastos totales anuales en atención sanitaria y, en general, actualmente son algo menores que hace 15 ó 20 años: el control de costos se ha hecho efectivo, en parte, controlando los aumentos de capital.

En cambio, en los países de ingresos bajos hay mayor variación. Los niveles de inversión pueden ser sustancialmente mayores que en la OCDE, sobre todo cuando la infraestructura física se crea o restaura con ayuda de organismos donantes. En países como Burkina Faso, Camboya, Kenya, Malí y Mozambique, los gastos de capital declarados oscilan entre 40% y 50% del presupuesto total de salud pública en uno o varios años (2). En general, un gran porcentaje del presupuesto ordinario restante se destina a remuneraciones del personal de salud. Esto significa que solo una pequeña fracción del presupuesto total se destina al mantenimiento del capital de equipo y humano, y a bienes fungibles utilizados como insumos, incluidos los productos farmacéuticos. En los países de ingresos bajos reviste mayor importancia lograr un equilibrio entre las inversiones y otros gastos, ya que hay

escaso margen para equivocaciones. En general, sin embargo, se sabe muy poco acerca de las inversiones sanitarias en dichos países, incluso en el sector público. En lo que respecta al sector privado, en las cuentas sanitarias nacionales a menudo no se presenta dato alguno, o se indican proporciones con respecto al gasto total que son inverosímilmente altas y se mantienen durante muchos años. El hecho de no saber cuánto se está invirtiendo y en qué clase de insumos, hace casi imposible vincular las decisiones acerca del capital con las relativas a los costos ordinarios, o cerciorarse de que el capital no se malgaste ni se permita el despilfarro de recursos que se necesitan para financiar otros insumos.

Es incluso menor la cantidad de datos de que se dispone sobre la magnitud de las inversiones anuales en educación y capacitación. Estos costos de inversión incluyen las facultades de medicina y las escuelas de enfermería, las diversas formas de capacitación en el servicio y la investigación clínica. Son muchas las partes que intervienen en este proceso, y a menudo las inversiones no están controladas por un solo ministerio ni guiadas por una finalidad común. Hay razones para creer que la suma de las inversiones en capital humano es mucho mayor que la correspondiente al capital de equipo, al menos en los países de ingresos altos. Al igual que en el caso de la inversión en capital de equipo, el aumento del capital humano en general tiene lugar lentamente a lo largo del tiempo. La formación de un especialista, por ejemplo, puede llevar diez años o más de estudios en una facultad de medicina y de capacitación en el servicio. Las nuevas inversiones en capital humano también tienen consecuencias a largo plazo, de manera análoga a las inversiones en capital de equipo. Por ejemplo, la formación de un conjunto de trabajadores sanitarios con nuevas aptitudes requerirá una inversión a largo plazo en nuevos programas de estudios básicos y de educación continua, así como el compromiso a largo plazo de pagar sus sueldos.

## LOS RECURSOS HUMANOS SON VITALES

Los recursos humanos, las diferentes clases de trabajadores clínicos y de apoyo que hacen realidad cada intervención individual o de salud pública son los insumos más importantes del sistema de salud. El desempeño de los sistemas de atención sanitaria depende en última instancia de los conocimientos, las aptitudes y la motivación de las personas encargadas de prestar los servicios.

Además, el gasto en recursos humanos suele ser el mayor rubro del presupuesto ordinario para la sanidad. En muchos países, dos tercios o más del total de gastos ordinarios corresponden a costos laborales. Pero los individuos no podrían prestar servicios eficazmente sin capital de equipo —hospitales y material— y bienes fungibles como las medicinas, que cumplen una función importante al aumentar la productividad de los recursos humanos. Es necesario que exista un equilibrio funcional no solo entre la formación de capital sanitario en general y las actividades ordinarias que se requieren, sino también entre las tres categorías de insumos que se ilustran en la figura 4.1.

¿Qué opciones de tratamiento deben usarse para determinada enfermedad o trastorno médico? ¿Deben ofrecerse servicios en hospitales o en establecimientos de atención primaria? ¿Cuál es el nivel de aptitudes y conocimientos necesario para prestar este conjunto de servicios? Estas preguntas tienen un común denominador: tienen que ver con el grado de flexibilidad que existe en la prestación de los servicios de salud, es decir, la posibilidad de sustitución de un tipo de insumo por otro, o la sustitución de una forma de atención por otra, manteniendo al mismo tiempo constantes el nivel y la calidad del producto resultante. Desde un punto de vista social, debe promoverse esta sustitución positiva para lograr que los servicios se presten de manera eficaz en función de los costos. La combinación

equilibrada de los diferentes insumos de recursos dependerá de las necesidades sanitarias que se hayan identificado, de las prioridades sociales y de las expectativas de la población.

Para el buen funcionamiento de un sistema de salud se requiere gran cantidad de mano de obra y personal calificado y experimentado. Además de un equilibrio entre los recursos humanos y los recursos materiales, debe haber un equilibrio entre los diferentes tipos de promotores de la salud y de proveedores de asistencia. Sería obviamente un derroche de recursos contratar médicos para llevar a cabo las tareas más sencillas. A medida que se incrementa la cantidad de un determinado insumo en un sistema de salud, el valor agregado por cada unidad adicional de dicho insumo tiende a disminuir (3). Por ejemplo, cuando hay muy pocos médicos, la llegada de otro médico tiene un efecto positivo en la atención sanitaria; pero si ya hay demasiados médicos, por cada nuevo médico que se incorpore es más probable que aumenten los costos y no que mejore la atención. En el recuadro 4.1 se explican algunas formas de corregir los desequilibrios entre los proveedores de atención sanitaria.

Aunque un sistema de salud tenga abundantes recursos humanos, con conocimientos y aptitudes excelentes, puede verse ante una crisis inminente si no se tienen en cuenta las necesidades sanitarias futuras, las prioridades y los recursos disponibles. Por ejemplo, cuando la formación y la capacitación de médicos y de personal de enfermería son deficientes, o cuando los profesionales más experimentados carecen de tiempo y recursos suficientes para actualizar sus conocimientos y aptitudes, cabe esperar deficiencias futuras. De igual manera, se planteará un verdadero problema si en un sistema de salud hay una distribución asimétrica de edades entre el personal, con una gran concentración de trabajadores cercanos a la jubilación. Por lo tanto, los sistemas de salud deben equilibrar las inversiones en capital humano para satisfacer las necesidades futuras así como las exigencias actuales. Algunos de los problemas más críticos y complejos en materia de insumos se refieren a los recursos humanos (recuadro 4.2).

Si los establecimientos no funcionan adecuadamente y no se dispone de equipo de diagnóstico y medicamentos, poco importa que los conocimientos, las aptitudes y la dotación de personal sean altos, ya que de todos modos la prestación de servicios será deficiente. La falta de insumos complementarios también tendrá un efecto negativo en la motivación

#### Recuadro 4.1 La sustitución de unos recursos humanos por otros

Gran cantidad de países afrontan una escasez general de médicos. Otros países que están aplicando una estrategia a largo plazo para desplazar recursos hacia la atención primaria comprueban que tienen demasiados especialistas y muy pocos médicos generales. Muchos están tratando de resolver los problemas sustituyendo ciertos tipos de proveedores de servicios de salud por otros.

*Reorientación de los médicos especialistas.* Aunque se puede recurrir a la limitación del ingreso a la capacitación especializada y la modificación de los programas de internado médico como estrategia a largo plazo para equilibrar la distribución profesional de los médicos, en algunos casos, por ejemplo, en Europa central y oriental, se recurre a la reorientación de los especialistas hacia la medicina familiar como estrategia de sustitución a corto plazo.

*Sustitución por otros profesionales de la salud.* La formación de un médico puede costar tres veces más que la de una enfermera.<sup>1</sup> Por lo tanto, capacitar más enfermeras y otros profesionales de la salud puede ser una forma económicamente eficaz de sustituir a los médicos. En Botswana, mediante la capacitación de mayor número de enfermeras de atención primaria y de farmacéuticos se ha compensado la falta de médicos en algunas zonas.<sup>2</sup>

*Creación de nuevos cuadros profesionales.* Para lograr una mayor coincidencia entre las aptitudes y las funciones, puede ser necesario crear nuevos cuadros profesionales. En Nepal, un programa educativo permitió capacitar a asistentes y otros trabajadores sanitarios de zonas rurales para ocupar puestos profesionales de mayor rango.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Informe sobre el desarrollo mundial 1993: *invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.

<sup>2</sup>Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).

<sup>3</sup>Hicks V, Adams O. *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8). (En prensa).

del personal, factor que influye en la capacidad de los recursos humanos. La motivación, sin embargo, no depende solamente de las condiciones de trabajo. Los incentivos financieros y la remuneración, es decir, los ingresos y otros beneficios, también son importantes, como lo son la dirección general del personal y las posibilidades de progreso profesional.

Una remuneración insuficiente y pocas prestaciones, sumadas a condiciones de trabajo deficientes —desde el hecho de trabajar en zonas de conflicto hasta el mal estado de los establecimientos y la escasez de medicinas y otros materiales fungibles— suele ser, en los países menos desarrollados, uno de los problemas más apremiantes para los trabajadores de la salud (4). En algunos países, por ejemplo, Bangladesh y Egipto, la gran mayoría de los médicos empleados por el sector público atienden pacientes privados para complementar sus ingresos. En Kazajstán, se calcula que los “pagos informales” aumentan en 30% los gastos nacionales en atención sanitaria (5). En varios países se ofrece a los médicos la posibilidad de trabajar privadamente en instituciones públicas para contrarrestar la fuga de cerebros, que está mermando el personal capacitado del sector público. Se considera que esta estrategia dio resultados satisfactorios en Bahrein, pero las experiencias realizadas en Ghana y Nepal indican que este tipo de incentivos puede dar lugar a una desviación de los escasos recursos destinados a servicios públicos y puede inducir a los profesionales a dedicarse a la práctica privada independiente (6).

Las personas, como seres pensantes, son muy diferentes de las máquinas, por lo cual el capital humano no puede administrarse de la misma manera que el capital de equipo. En primer lugar, los recursos humanos, y en particular los médicos, determinan el uso de otros insumos disponibles. Un excedente de médicos casi sin duda significará un excedente de los servicios que prestan estos profesionales. La alta densidad de médicos particulares que trabajan en las zonas urbanas de muchos países de ingresos medianos, como Tailandia, en general está correlacionada con el uso frecuente de equipo y pruebas de laboratorio costosos, y con la prestación de mayor cantidad de servicios de dudosa utilidad a la población

#### Recuadro 4.2 Problemas de recursos humanos en la prestación de servicios

*Desequilibrios numéricos.* Un estudio reciente de los recursos humanos en 18 países de ingresos bajos y medianos, de los cuales por lo menos uno pertenece a cada una de las regiones de la OMS, indica que la mayoría de los países afrontan en grado variable una escasez de personal sanitario calificado. En el África al sur del Sahara, en particular, la limitada capacidad de adiestramiento y el bajo nivel de remuneración que reciben los trabajadores de salud calificados causa problemas graves en la prestación de servicios. En otros países, por ejemplo, Egipto, el problema es el exceso de oferta. En general, la escasez y el exceso se definen tomando como referencia los países de la misma región que se encuentran en niveles similares

de desarrollo. Por lo tanto, el exceso puede ser absoluto, como ocurre con los médicos especialistas en muchos países de Europa oriental y Asia central, o puede estar relacionado con la ubicación geográfica.

*Desequilibrios en la capacitación y en la combinación de aptitudes.* Los trabajadores de la salud a menudo no están calificados para las tareas que cumplen debido a la escasez de oportunidades de capacitación, como ocurre en muchos países africanos, o a una discordancia entre el tipo de personal disponible y las necesidades y prioridades del sistema de atención sanitaria, como es el caso de Europa oriental y Asia central. Sin embargo, el número de médicos y demás trabajadores de la salud con determinada capacitación o califica-

ción es solo una parte del problema. Ni la capacitación formal ni la colegiación profesional son necesariamente sinónimo de capacidad para tratar problemas específicos.

*Desequilibrios en la distribución.* En casi todos los países hay desequilibrios entre las zonas urbanas y las rurales en lo tocante a sus recursos humanos y se plantean problemas para satisfacer las necesidades de determinados grupos, como los pobres, los discapacitados o las minorías étnicas. En casi todo el mundo, los proveedores de servicios de salud tienden a concentrarse en las zonas urbanas. En Camboya, las zonas rurales concentran 85% de la población pero tan solo 13% del personal sanitario del gobierno trabaja en ellas. En Angola, 65% de la población

vive en las zonas rurales, pero 85% de los profesionales de la salud trabajan en las zonas urbanas. En Nepal, solo logran llenarse 20% de los puestos de médico en las zonas rurales, por comparación con 96% en las zonas urbanas.

*Fracaso de las estrategias de política pública aplicadas en el pasado.* Aunque en los últimos años se han logrado avances en la formulación de políticas y planes nacionales de recursos humanos en el campo sanitario, en la mayoría de los países estas políticas y planes no se han aplicado cabalmente. Es más, muy pocos países efectúan un seguimiento y evaluación del avance y los efectos de las políticas aplicadas.



urbana. En Egipto, la alta proporción de médicos —por cada cama de hospital ocupada hay dos médicos— y la automedicación generalizada explican el altísimo nivel de uso de medicamentos. Se calcula que, en ese país, los hogares más pobres gastan más de 5% de sus ingresos solo en medicamentos (2).

Los incentivos y la administración de los recursos humanos también repercuten de manera indirecta en el uso de otros recursos. Por ejemplo, muchos sistemas de pago ofrecen a los médicos y proveedores de servicios de salud incentivos para recurrir en mayor o menor medida al uso de equipo médico, pruebas de laboratorio y medicamentos. En Bangladesh, los médicos reciben entre 30% y 40% de los cargos de laboratorio por cada paciente que derivan, lo cual crea un claro interés en incrementar el volumen de tales servicios (2). Tanto en China como en el Japón, muchos médicos obtienen parte de sus ingresos de la venta de los medicamentos que prescriben. En muchos países, todavía es común el uso de medicamentos patentados en lugar de fármacos genéricos, y en gran medida esta situación puede achacarse a los incentivos que los productores farmacéuticos ofrecen a los médicos y farmacéuticos. La falta de las aptitudes necesarias para evaluar la tecnología y controlar la calidad es otro factor que provoca desequilibrios entre los recursos.

Otra diferencia entre el capital humano y el capital de equipo, que afecta a la gestión administrativa, es que los médicos, el personal de enfermería y demás trabajadores de la salud no están motivados solo por las condiciones de trabajo, los ingresos y la administración existentes. También influyen en ellos sus expectativas sobre las condiciones futuras, basadas en las experiencias anteriores, las opiniones expresadas por los demás y las tendencias actuales. Si el personal calificado cree que en el futuro se deteriorarán las remuneraciones, las prestaciones y las condiciones de trabajo, sus decisiones laborales y su motivación reflejarán esa creencia. Esta "sombra del futuro" puede dar lugar fácilmente a un deterioro continuo de la motivación y el desempeño.

Un primer paso para prevenir tal situación es encontrar un equilibrio sostenible entre los diferentes tipos de recursos, y entre la inversión y los costos ordinarios. Quizá lo más importante para ese equilibrio es lograr que haya incentivos específicos para invertir en capital humano, en la forma de mejores ingresos, oportunidades de ascenso y condiciones de trabajo. En realidad, muchos países de ingresos bajos y medianos han aumentado las remuneraciones o las prestaciones como estrategia clave para desarrollar los recursos humanos y mejorar la prestación de servicios a objeto de satisfacer las necesidades y prioridades sanitarias (7). En Uganda, la remuneración del sector público aumentó 900% (en términos nominales) entre 1990 y 1999, lo que en términos reales representa una duplicación (8).

En general, no hay respuestas fáciles en lo que respecta al desarrollo de los recursos humanos. Si las cosas no se ordenan, los mercados de estos recursos tardan años, e incluso decenios, en responder a las señales del mercado. Además, a diferencia del capital de equipo, los recursos humanos no pueden desecharse cuando sus aptitudes ya no se necesitan o han quedado obsoletas; el despido de trabajadores sanitarios del sector público es a menudo tan difícil que solo puede lograrse como parte de una política más amplia de reforma de la administración pública.

Por lo tanto, es necesaria la intervención pública para lograr el equilibrio necesario a fin de reducir el derroche y acelerar el ajuste. A continuación se resumen algunas experiencias que han tenido éxito, aunque todavía quedan muchos problemas (7).

*Niveles de utilización, combinación y distribución de los recursos.* Cuando los mercados de trabajo funcionan adecuadamente, los precios relativos de las diferentes categorías de personal calificado deben guiar las decisiones sobre su combinación más eficaz. No hay nin-

guna norma absoluta en lo referente a la razón adecuada correcta entre médicos o enfermeras y número de habitantes, por lo que a menudo se aplican reglas prácticas. En general, la escasez o el exceso de recursos se evalúan teniendo en cuenta las necesidades y prioridades y efectuando comparaciones con países vecinos o con otros países con un nivel semejante de desarrollo. Para esta evaluación se requieren datos sólidos acerca de los recursos humanos disponibles y su distribución geográfica y profesional, información con la que a menudo no se cuenta. En Guinea-Bissau, se eliminaron de la nómina de sueldos del ministerio de hacienda 700 trabajadores "fantasmas" después de que se levantó un inventario del personal dedicado a la atención sanitaria. En Camboya, una encuesta de trabajadores de la salud realizada en 1993 reveló que la fuerza laboral estaba mal distribuida y en gran parte no estaba registrada, y que su idoneidad era muy dispar (2).

Se han aplicado tres tipos de estrategias en materia de recursos humanos, con cierto grado de éxito:

- utilizar de manera más eficaz el personal disponible mediante una mejor distribución geográfica;
- recurrir en mayor medida a personal capacitado para varias tareas, en los casos pertinentes;
- lograr una mayor coincidencia entre las aptitudes y las funciones.

Esta última estrategia responde a un problema generalizado. La capacitación formal de los trabajadores de la salud, sobre todo en el caso del personal muy calificado, rara vez refleja las tareas concretas que deben realizarse, lo cual es desmoralizador y representa un derroche de recursos.

Se ha registrado cierto grado de éxito con el servicio obligatorio y los incentivos múltiples (financieros, profesionales, educativos, etc.) para despertar mayor interés en campos técnicos o zonas geográficas poco atractivos, como se ha hecho en el Canadá y en los países escandinavos para cubrir puestos de trabajo en las regiones septentrionales. En países como Arabia Saudita, Fiji y Omán, se han logrado resultados satisfactorios recurriendo con carácter transitorio a la contratación de extranjeros para cubrir vacíos críticos. Sin embargo, esta estrategia puede crear otras dificultades y tensiones. En la actualidad, Omán aplica la política de contratar principalmente trabajadores del país, ya que ha aumentado el número de potenciales estudiantes de medicina.

*Capacitación y educación continua en el lugar de trabajo.* Hay motivos poderosos para que el sector público participe en la capacitación y el seguimiento de la calidad de la educación continua a fin de estimular el desarrollo de recursos humanos en los campos de interés. En Hungría y Jamaica se han creado recientemente nuevas escuelas de salud pública para satisfacer la necesidad de formar profesionales especializados en epidemiología, estadística, administración y educación sanitaria. En estas escuelas se procura integrar la capacitación formal inicial, la educación continua y la prestación de servicios concretos. Este enfoque tiene dos posibles ventajas: permite que la capacitación tenga sólidas bases prácticas y expone continuamente a los prestadores de servicios a nuevas ideas y adelantos. En los países con una gran población rural se han aplicado diversas estrategias a fin de contratar personal para las zonas rurales. Por ejemplo, se captan estudiantes de medicina de zonas rurales y se los capacita en los lugares donde posteriormente deberán ejercer como médicos.

Un problema conexo es la fuga de cerebros, es decir, la emigración de personal capacitado de los países de ingresos bajos a los países más prósperos, o del sector público al sector privado de un mismo país. Los egresados mejor preparados a menudo emigran, tentados por mejores condiciones profesionales y de vida. Muchas enfermeras jamaicanas han

emigrado a los Estados Unidos. Los médicos emigran de Egipto y de la India a otros países de Medio Oriente y a los Estados Unidos y Europa. La remuneración insuficiente y las pocas prestaciones son el problema más grave para los trabajadores estatales de salud pública en muchos países, lo cual tiene como consecuencia un mayor ejercicio privado de la medicina, de manera formal e informal. En Filipinas y en la República Unida de Tanzania, así como en América Latina, son comunes los contratos de servicios que exigen trabajar determinado número de años en el sector público, especialmente cuando el Estado ha patrocinado los estudios, pero esta práctica también plantea dificultades. El personal comprendido en estas normas por lo general es poco experimentado; los contratos son a corto plazo y no despiertan mayor interés; en muy pocos casos existen mecanismos adecuados de asesoramiento por buenos profesores, y, por lo común, esta práctica tiene escaso efecto en el desequilibrio geográfico general. La globalización ha producido mayor movilidad del personal y ha creado más oportunidades de capacitación en el extranjero, y los estudiantes preparados en el exterior generalmente prefieren quedarse en el país donde se capacitaron.

## ADAPTACIÓN A LOS ADELANTOS EN LOS CONOCIMIENTOS Y LA TECNOLOGÍA

El desarrollo de los conocimientos o las tecnologías —por ejemplo, nuevos medicamentos o equipo de diagnóstico— puede aumentar considerablemente la capacidad de los recursos humanos para resolver los problemas sanitarios y, por esa vía, mejorar el desempeño de un sistema de atención sanitaria. Los nuevos conocimientos también plantean un desafío al equilibrio de insumos existente en cada país, ya que se modifican los precios relativos y se altera la combinación eficaz de recursos (9). En los últimos decenios, ha habido revolucionarios adelantos médicos y tecnológicos que han modificado los límites entre los hospitales, la atención primaria de salud y la atención comunitaria (10). En cambio, los cambios pertinentes en los recursos de los sistemas de salud se han producido con mucha más lentitud.

Los antibióticos son un ejemplo de nuevos conocimientos que influyen en las estructuras de costos. Desde la introducción de estos fármacos en los años cuarenta, los pacientes con infecciones bacterianas se han atendido principalmente en casa o en consultorios de atención ambulatoria y ya no en hospitales especiales, con lo cual se han reducido en forma significativa los costos y se han logrado mejores resultados. El aumento reciente del autotratamiento no reglamentado y la mayor incidencia de bacterias farmacorresistentes han puesto en peligro algunos de estos logros. En la actualidad, es necesario ejercer activamente una función rectora para reglamentar la calidad del diagnóstico, la prescripción y la observancia. De manera análoga, las vacunas han modificado la estrategia y los costos de la lucha contra enfermedades epidémicas tales como el sarampión y la poliomielitis, y las nuevas vacunas requerirán que se replanteen las estrategias para lograr una combinación eficaz de insumos en la política sanitaria nacional.

Todos los países, ricos y pobres por igual, deben hallar y mantener un equilibrio razonable entre los insumos. Sin embargo, las decisiones que deben adoptarse para lograr este equilibrio varían en función de la cantidad total de recursos disponibles. En un país pobre, las posibilidades de invertir en tecnologías médicas modernas o de adquirir medicamentos modernos son muy limitadas. Para los países pobres, pasar del uso de medicamentos esenciales al empleo de nuevos y costosos fármacos para tratar las enfermedades cardiovasculares significaría una pérdida de oportunidades enorme medida en resultados sanitarios.

Esta diferencia de oportunidades entre los países también influye en el equilibrio óptimo entre los recursos (recuadro 4.3).

Los precios de algunos insumos se determinan localmente, mientras que otros se fijan en los mercados internacionales. En la mayoría de los países, los precios de los recursos humanos (remuneraciones de médicos, personal de enfermería y demás trabajadores de la salud) se determinan en el ámbito nacional, y el nivel general de ingresos de cada país o región será un importante factor determinante. En cambio, los precios de elementos como los medicamentos patentados y el equipo médico se determinan en un mercado mundial. Aunque las diferencias en los niveles de ingresos de cada país inducirán a los fabricantes y distribuidores de medicinas y equipo a diferenciar los precios en cierta medida, las entidades rectoras de los sistemas de salud de cada país tienen una capacidad mucho menor para influir en estos precios que en los precios de los recursos humanos. Es necesaria una autoridad rectora internacional que represente los intereses de los consumidores en los países de ingresos bajos que sobrellevan la carga más onerosa de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Esta función rectora, a cargo de organismos como la OMS y el Banco Mundial, adquirirá cada vez más importancia a medida que avance la globalización de la economía y se pongan en práctica los acuerdos de libre comercio.

## PRODUCCIÓN PÚBLICA Y PRODUCCIÓN PRIVADA DE LOS RECURSOS

Con excepción de los recursos humanos calificados, la mayoría de los insumos usados para los servicios de salud se producen en el sector privado, con grados variables de rectoría del sector público en lo que respecta al nivel y la combinación de la producción, la distribución y la calidad. Por ejemplo, los mercados locales producen satisfactoriamente la mayor parte de los bienes fungibles y de la mano de obra no calificada. La intervención del gobierno es necesaria sobre todo para hacer que se cumplan las normas de calidad y segu-

### Recuadro 4.3 ¿Se abre cada vez más la brecha en el uso de la tecnología?

En los últimos decenios se han desarrollado una gran variedad de tecnologías médicas valiosas y de métodos clínicos innovadores, y muchos más se desarrollarán en el futuro. Lamentablemente, en algunos países las nuevas posibilidades no están abiertas a todos debido a que no se dispone de ingresos. Enfermedades que en los países ricos son tratadas eficazmente por personal profesional mediante tecnología moderna, en los países menos adelantados son atendidas por personal no calificado o con tratamientos caseros. Agrava la situación el hecho de que

algunas de estas enfermedades son más prevalentes en los países más pobres.

Actualmente, para tratar la *infección por el VIH/sida*, se dispone de medicamentos que, a un costo enorme, pueden al menos aplazar la aparición de la enfermedad. Pero los tipos de tratamientos y los recursos disponibles para tratar esta infección siguen hoy cursos diferentes en los distintos países. En los países pobres, esta es todavía una enfermedad sin opciones de tratamiento. Los enfermos se atienden principalmente en su casa, de manera informal, o en instituciones, con personal en general no califi-

cado. En Sudáfrica se ha mejorado el acceso al tratamiento contra la infección por el VIH obligando a las aseguradoras a cubrir su costo.

La transmisión de la *malaria* puede prevenirse mediante el rociado de las viviendas, mosquiteros tratados con insecticida, profilaxis con cloroquina y otras medidas, pero estos métodos no siempre están al alcance de las personas que más los necesitan. Se encuentran en marcha varios proyectos diferentes para obtener una vacuna contra la malaria.<sup>1</sup> El éxito en esta investigación abriría una extraordinaria oportunidad de mejorar la calidad de vida y evitar

muchas muertes. Este avance tecnológico también exigiría una nueva combinación de recursos, pero solo para los países que pudieran pagar la nueva vacuna.

En lo que respecta a la *tuberculosis*, está aumentando la incidencia de resistencia bacteriana a los medicamentos de primera línea. Esta es una preocupación fundamental en algunos países, por ejemplo, en la Federación de Rusia. La falta de un tratamiento médico eficaz y el uso inadecuado de los medicamentos siguen creando obstáculos para tratar este problema de creciente magnitud.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *The world health report 1999: making a difference*. Geneva: World Health Organization; 1999.

<sup>2</sup> *Global tuberculosis control: WHO report 2000*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Document WHO/CDS/TB/2000.275).

ridad, que se disponga de información fidedigna acerca de los productos y que la competencia sea leal.

Otros insumos, como los productos farmacéuticos y el equipo médico especializado, a menudo se enfrentan con barreras de acceso al mercado, sea en forma de patentes, exigencia de licencias, normas de fabricación, grandes costos de inversión inicial, investigaciones de alto costo o prolongados períodos de desarrollo. Esto da a los fabricantes de estos insumos considerable poder de mercado para cometer abusos mediante la manipulación de los precios y la demanda. Por consiguiente, se requieren medidas enérgicas, por ejemplo, una legislación antimonopolio, formularios nacionales limitados, normas sobre el uso de fármacos genéricos, compras a granel y evaluaciones formales de las tecnologías (11–13). Además, mediante la adquisición de medicinas y tecnologías médicas en el mercado internacional los países pueden conseguir que los productores locales sigan siendo competitivos (14, 15).

Los subsidios estatales a la producción de bienes fungibles, productos farmacéuticos y equipo médico a menudo conducen a un deterioro de la calidad, falta de innovación, uso de tecnología anticuada, modalidades de producción ineficientes y retrasos en la distribución. El ejemplo más notable es el caso de la antigua Unión Soviética. La mayoría de los países que han seguido este modelo se han quedado en poco tiempo a la zaga en lo que respecta a la productividad y la tecnología de producción. A las compañías occidentales que ingresaron al mercado farmacéutico y de equipo médico en Europa central y oriental a principios de los años noventa les resultó más barato y fácil construir fábricas nuevas que reciclar y modernizar los bienes de capital antiguos (16–18).

Las decisiones sobre el capital de equipo, como los hospitales y otros grandes establecimientos, requieren más atención pública. Los dispensarios, los laboratorios, las farmacias, las clínicas y otros establecimientos clínicos pequeños a menudo necesitan poco capital, y los proveedores privados de servicios de salud quizá puedan financiarlos directamente o mediante préstamos personales de escaso monto paralelos a inversiones públicas. En el caso de los grandes hospitales, en el pasado la mayoría de los países recurrió en gran medida a la inversión pública. Las consecuencias de las decisiones de inversión en este campo pueden sentirse por 30 a 40 años, o incluso más. Una vez construido un hospital, por razones políticas es difícil cerrarlo. Sin embargo, la necesidad de políticas públicas enérgicas no significa necesariamente el financiamiento público de todos los bienes de capital. Cada vez más, muchos países están recurriendo al sector privado para que apoye las inversiones en el sistema de salud aun cuando los establecimientos resultantes no tengan fines de lucro, y los costos corrientes se financien con recursos públicos (19). En el capítulo 6 se ilustran algunos escollos que plantean las inversiones conjuntas, y las diferentes aptitudes que requiere la rectoría competente de estas iniciativas. Ocurre algo similar con la capacitación de la mano de obra especializada y la generación de conocimientos. Es necesaria una participación enérgica del Estado en la determinación de los objetivos de las políticas y la adopción de la reglamentación adecuada, pero se puede recurrir al capital privado para apoyar las inversiones tanto en actividades de capacitación como de investigación.

El principal factor que promovió el avance revolucionario de los servicios de salud en el siglo XX es el nuevo saber mundial generado por las actividades de investigación y desarrollo. En el capítulo 1 se reiteran los conceptos formulados en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999* cuando se sostiene que los sistemas de salud de hoy tienen la clara responsabilidad de proporcionar el conocimiento necesario para los sistemas de salud de mañana (20). La inversión en conocimientos que todos pueden usar tiene un mérito especial (recuadro 4.4). Aunque la mayoría de las actividades de investigación y desarrollo son y deben

ser financiadas por el capital privado, el Estado debe participar apoyándolas y orientándolas hacia los campos en que es más necesaria. Sin embargo, los intentos de dirigir directamente desde la cúspide la dinámica de las actividades de investigación y desarrollo a menudo fracasan. La experiencia indica que mediante enfoques indirectos e incentivos apropiados a la comunidad de investigadores se obtienen mejores resultados. Una vez más, ejerciendo con imaginación una función rectora en el plano internacional puede lograrse un cambio vital.

## EL LEGADO DE LAS INVERSIONES PASADAS

En el pasado, las inversiones en los países más pobres se han centrado en la acumulación de infraestructura física mediante programas respaldados en muchos casos por donaciones de organismos multilaterales y bilaterales, en la esperanza de que conducirían a un mejor desempeño y que los propios países podrían recaudar recursos suficientes para sufragar los costos ordinarios (21). En realidad, a menudo los recursos para mantener y administrar el capital de equipo y humano han sido insuficientes. Los establecimientos sanitarios no pueden funcionar adecuadamente debido a que el mantenimiento es deficiente y los medicamentos y suministros esenciales son escasos. En muchos casos, los vehículos están inmovilizados por falta de reparación y mantenimiento. Por ejemplo, en Ghana, en un determinado momento en 1992, 70% de los vehículos del Ministerio de

### Recuadro 4.4 La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización

Cada año, casi tres millones de niños mueren a causa de enfermedades que podrían prevenirse con vacunas actualmente disponibles; no obstante, casi 30 millones de los 130 millones de niños que nacen al año no reciben vacunas de ninguna clase. La gran mayoría de los niños no vacunados —25 millones— vive en países cuyo PNB per cápita es inferior a US\$ 1000.

La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) es una coalición de intereses públicos y privados que se formó en 1999 para lograr que todo niño esté protegido contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Entre los miembros de la GAVI se incluyen gobiernos nacionales, el Programa de Vacunación Infantil Bill y Melinda Gates, la Federación Internacional de la Industria del Medicamento, instituciones técnicas y de investigación sanitaria, la Fundación Rockefeller, el UNICEF, el Grupo del Banco Mundial y la OMS.

La GAVI está procurando cerrar la creciente brecha que existe entre los

países industrializados y los países en desarrollo en lo que respecta a la disponibilidad de vacunas. Además de las seis vacunas básicas del Programa Ampliado de Inmunización, PAI (contra la poliomielitis, la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión y la tuberculosis), en los países industrializados se utilizan ahora ampliamente las vacunas más nuevas, como la vacuna contra la hepatitis B, contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y contra la fiebre amarilla. Una importante prioridad es conseguir que todos los países del mundo logren al menos una cobertura de vacunación de 80% para 2005. Con base en los supuestos actuales sobre los costos de administración de las vacunas, se calcula que se necesitan anualmente \$226 millones más para alcanzar este nivel de cobertura en los países más pobres con las vacunas tradicionales del PAI; para cubrir el mismo número de niños con las vacunas más nuevas, según las normas adoptadas en la primera reunión de la junta directiva de la GAVI, se requerirían \$352 millones más.

En la segunda reunión de la junta directiva de la GAVI, que tuvo lugar en ocasión del Foro Económico Mundial celebrado en Davos en febrero de 2000, los asociados de la GAVI analizaron medidas para lograr el objetivo de vacunación de 80% y anunciaron la creación de un fondo mundial de varios millones de dólares destinado a la vacunación infantil. Gobiernos, empresas, filántropos del sector privado y organismos internacionales están colaborando, en el marco de la campaña denominada "El desafío de la niñez", en la administración de estos recursos para proteger a todos los niños del mundo mediante la vacunación. Los miembros de la GAVI sostienen que la protección de los niños del mundo contra las enfermedades prevenibles es no solo un imperativo moral sino también la piedra angular imprescindible de una sociedad mundial sana y estable.

Se ha invitado a todos los países con un PNB per cápita inferior a \$1000 (74 países en todo el mundo, la mayoría de ellos situados en África) a colaborar con la GAVI en esta campaña. Casi

50 países, de todas las regiones de la OMS, ya han presentado detalles de sus actividades y necesidades de inmunización. Los recursos del fondo se utilizarán principalmente para adquirir vacunas contra la hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la fiebre amarilla, así como material de inyección inocuo.

Se prevé que los asociados de la GAVI en cada país colaborarán con los gobiernos nacionales para ayudar a cubrir las carencias que se identifiquen en las propuestas de cada país, fuera de las relacionadas directamente con la provisión de vacunas. Los miembros de la GAVI esperan que, al asignar una mayor responsabilidad a los propios países en lo que respecta al suministro de la información y el compromiso necesarios, las actividades resultantes dependerán más de la iniciativa de los países y, por consiguiente, serán más sostenibles.

Salud estaban inmovilizados en talleres del gobierno en espera de ser reparados. La reorganización del mantenimiento y la reparación y los procedimientos presupuestarios permitieron lograr mejoras con rapidez, pero lo sucedido en Ghana se repite en muchos otros países. Aun en los lugares donde los vehículos funcionan, el combustible suele ser un recurso escaso. Estos son solo algunos ejemplos de los desequilibrios que se traducen en un desempeño deficiente, reducen la vida útil de la infraestructura física y desmoralizan al personal. En lo que atañe al capital de equipo, la situación es a menudo irreversible, pues el costo de renovar estos bienes es mayor que el costo de volver a construir.

La carencia de mano de obra calificada, las deficiencias de los sistemas de información de costos, la rigidez de los sistemas de formulación de presupuestos y la fragmentación de las tareas —como la separación de las funciones de inversión de los presupuestos operativos— son otras razones que explican los desequilibrios en los insumos. Si no se dispone de información sobre las cantidades necesarias, es difícil calcular partidas presupuestarias razonables para insumos tales como los bienes fungibles y el combustible para el transporte. Si, además, se asigna a los proveedores la responsabilidad de cada una de estas partidas, se crean difíciles barreras para prestar los servicios de salud eficazmente. La escasez de insumos para la producción esencial coexiste con demasiada frecuencia con la utilización solo parcial de otras partidas debido a que los presupuestos sanitarios están excesivamente segmentados.

En el capítulo 6 se considera el desarrollo reciente de asociaciones formales, como los enfoques pansectoriales, entre el gobierno y grupos de donantes. En lo que atañe a la inversión de capital, los donantes podrían cumplir una función mucho más útil. Los organismos externos han contribuido al desequilibrio de la combinación de insumos al centrarse en inversiones de gran notoriedad sin considerar adecuadamente su compatibilidad con otras inversiones (por ejemplo, en lo que se refiere a repuestos) o los costos ordinarios. El éxito político de las inversiones en los sistemas de salud rara vez está aliado a la sostenibilidad a largo plazo. A menudo, los que toman las decisiones en los países menos adelantados se ven estimulados a aceptar el respaldo de los donantes independientemente de las consecuencias a largo plazo en el equilibrio entre los recursos existentes o entre las inversiones y los costos ordinarios. Por ejemplo, Sri Lanka aceptó la donación de un hospital de 1000 camas cuyo funcionamiento restó recursos a muchas otras actividades. La incompatibilidad de los objetivos de los donantes ha dado lugar a una mayor fragmentación de la responsabilidad y a actuar con una perspectiva de corto plazo (22).

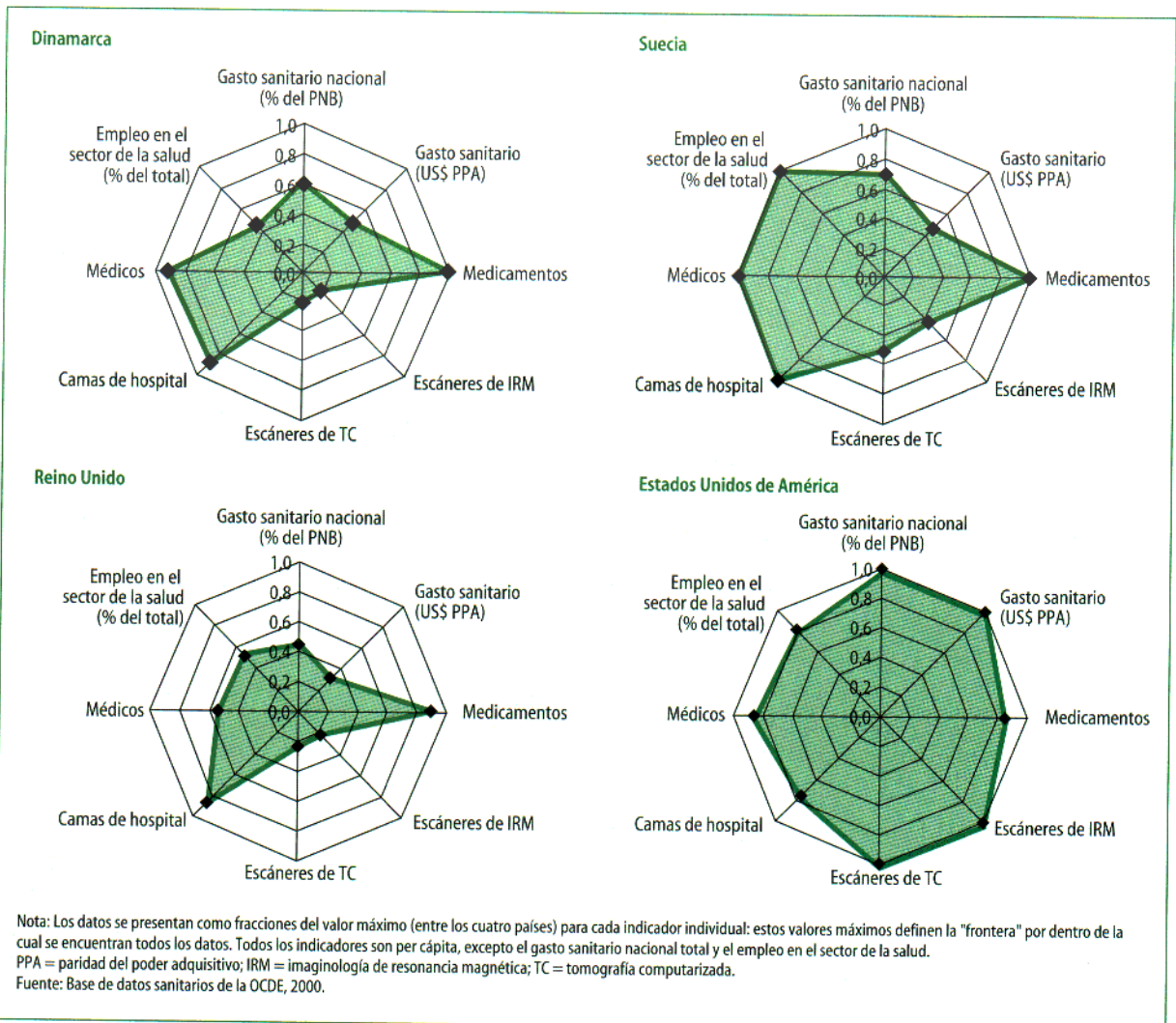
## PERFILES DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA

Las grandes diferencias en la combinación de recursos utilizada en los países de ingresos altos y en los de ingresos bajos pueden explicarse en parte por las diferencias de los precios relativos. Como se analizará más adelante, un sistema integral de cuentas sanitarias nacionales ofrece la información más completa sobre los insumos del sistema de salud y sus precios. En un país pobre, la mano de obra no calificada será relativamente barata, mientras que la tecnología médica, los establecimientos y el personal sumamente capacitado tendrán un costo alto. Como resultado, un gran porcentaje del presupuesto público total suele destinarse a inversiones. Una vez pagadas las remuneraciones del personal con cargo al presupuesto ordinario, quedarán pocos fondos para gastar en equipo, medicinas, bienes fungibles y mantenimiento de los establecimientos. Esto prueba que, sencillamen-

te, hay demasiado personal, lo cual obedece en muchos casos a que la capacitación se planifica en función del número de habitantes o de las necesidades, en lugar de basarse en los recursos. En gran medida, el consumo de medicamentos en los países de ingresos bajos —que suele ser alto en términos relativos— es financiado privadamente por los consumidores mediante pagos de su propio bolsillo. En un país más desarrollado, el gasto en bienes fungibles será mucho mayor en números absolutos, pero seguirá siendo bajo en términos relativos debido a que el costo de los recursos humanos es más alto. No obstante, aun en el caso de los países con niveles de ingresos equivalentes a veces hay grandes diferencias en el perfil de recursos específico de cada país.

En la figura 4.2 se ilustra el perfil de recursos de cuatro países de ingresos altos: Dinamarca, los Estados Unidos, el Reino Unido y Suecia (23). El nivel de insumos de cada país, correspondiente a ocho insumos diferentes, se expresa como porcentaje del valor más alto de ese indicador en el grupo: las cifras no muestran el “mejor desempeño” según se lo analiza en el capítulo 2, sino que solo comparan los niveles de insumos.

**Figura 4.2 Combinación de los insumos de los sistemas de salud en cuatro países de ingresos altos, alrededor de 1997**





Estados Unidos se ubica en el valor máximo o cerca de este en cada insumo. En lo que respecta al gasto y la tecnología, se sitúa en el valor máximo de este grupo de países. Suecia tiene el mayor acervo de recursos humanos y camas, y comparte con Dinamarca el gasto más elevado en medicamentos. El Reino Unido se halla dentro de los límites fijados por este grupo para cada insumo: específicamente, se ubica lejos del valor máximo en lo que respecta al gasto per cápita y la tecnología (escáneres de imaginología de resonancia magnética [IRM] y de tomografía computarizada [TC]). Sin embargo, en lo que respecta a camas y medicamentos, el valor correspondiente al Reino Unido es comparable al del resto del grupo y más alto que el de los Estados Unidos.

Esta comparación sencilla entre países muestra las claras diferencias que existen en la combinación de insumos. Estas diferencias pueden atribuirse en parte a la situación pasada en lo que respecta a la competencia y los métodos de pago entre los hospitales de los Estados Unidos, que se centraban más en la calidad que en el precio y la eficacia en función de los costos. Las diferencias en los precios relativos también son un factor importante. La "carrera armamentista médica" en Suecia, y en particular en el Reino Unido, ha estado más restringida en el marco de los presupuestos mundiales. Esto también significa que el sistema de salud estadounidense (y, en último término, los contribuyentes y quienes tienen que pagar primas de los seguros de salud en ese país) sufraga una proporción mayor de los costos mundiales que representa la aportación al mercado de nuevas tecnologías médicas y productos farmacéuticos. Los datos de tendencias (que no se ilustran en los diagramas) indican que, en lo que se refiere a la IRM y los escáneres de TC, tanto el Reino Unido como Suecia se están poniendo a la par de los Estados Unidos. Esto respalda la opinión de que el sistema de salud estadounidense es de los primeros en adoptar la nueva tecnología médica. El precio relativo de los médicos y las enfermeras en Suecia es bajo comparado con el de los Estados Unidos, y las diferentes combinaciones de insumos revelan el grado en que los recursos humanos pueden sustituirse por otros insumos sanitarios.

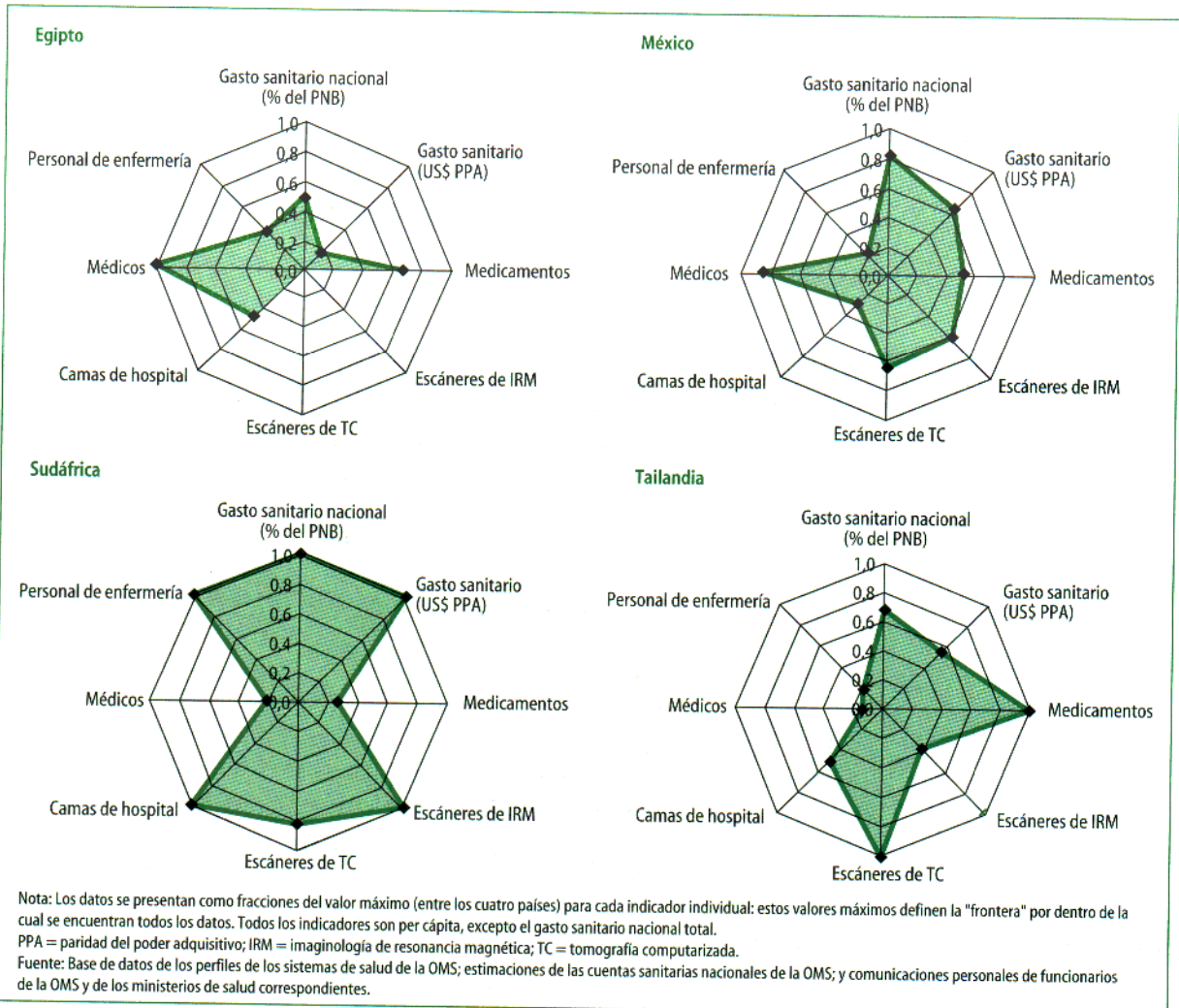
En la figura 4.3 se ilustran perfiles similares de recursos correspondientes a Egipto, México, Sudáfrica y Tailandia. Estos cuatro países de ingresos medianos gastan sustancialmente menos en todos los tipos de recursos de atención sanitaria que el grupo de países de ingresos altos. A semejanza de estos últimos, hay considerables contrastes en la combinación de recursos, y estas diferencias no parecen deberse principalmente a diferencias en los ingresos o los precios.

Sudáfrica tiene el valor máximo del grupo en lo que respecta a gastos, personal de enfermería, camas y escáneres de IRM, mientras que es el país más alejado de ese valor en lo que respecta a medicamentos y médicos (junto con Tailandia). Egipto tiene el gasto sanitario total per cápita más bajo del grupo, pero la razón más alta de médicos y el segundo nivel más alto de consumo de medicamentos. En Egipto, los pacientes pagan directamente de su bolsillo la mayor parte de los gastos en honorarios médicos y medicamentos. Se calcula que los médicos obtienen un 80% de sus ingresos por conducto de la práctica privada, y las familias financian cerca de 60% del costo total de medicamentos mediante pagos directos (2). Se han planteado dudas acerca de los niveles de aptitud de los médicos. Además, es generalizado el uso de medicamentos patentados en lugar de medicamentos genéricos. En parte, esta modalidad del uso de medicamentos se explica por el hecho de que los consumidores tienen poco conocimiento de los medicamentos genéricos y los ven con recelo, lo cual se combina con un amplio recurso a la automedicación. La prescripción poco racional de los médicos y la dispensación de medicamentos caros por los farmacéuticos son otros factores importantes que explican esta situación.

México tiene una elevada razón de médicos y, junto con Tailandia, la razón más baja de personal de enfermería dentro del grupo. Se calcula que en México cerca de 15% de los médicos no ejercen la profesión o están subempleados o desempleados (2). A pesar de la verificación de este excedente de recursos, hay un gran número de puestos vacantes de médico en las zonas rurales. En cambio, Sudáfrica y Tailandia tienen una razón de médicos muy baja. En realidad, las autoridades sanitarias tailandesas calculan que se necesitan como mínimo otros 10 000 médicos (2). La razón entre médicos y personal de enfermería revela grandes contrastes: en Sudáfrica el número de enfermeras es muy superior al de médicos, posiblemente debido a una mayor movilidad internacional de estos últimos; pero en Egipto y México se invierten las proporciones.

La distribución de los recursos disponibles entre las zonas urbanas y las rurales es un importante problema en los cuatro países de ingresos medianos, pero esto no se refleja en las cifras, que son solo promedios. Los médicos trabajan principalmente en los lugares que tienen los niveles sanitarios más elevados. La distribución de los recursos entre los grupos

Figura 4.3 Combinación de los insumos de los sistemas de salud en cuatro países de ingresos medianos, alrededor de 1997



étnicos es un problema particular en Sudáfrica. En Tailandia, la mayor parte del equipo de alta tecnología está concentrado en los hospitales urbanos, mientras que el uso de tecnología en la atención primaria es escaso. La mayoría de los casi 900 médicos que se forman anualmente en Tailandia permanecen en las zonas urbanas, y se prevé que persista la escasez de personal calificado en las zonas rurales.

## CAMBIAR LAS MODALIDADES DE INVERSIÓN

La experiencia indica que hay dificultades políticas para cambiar las modalidades de inversión y los perfiles de recursos. Cada euro, bhat o kwacha que se gasta en la prestación de servicios o en inversiones en el sistema de salud representa un ingreso para alguien y, por consiguiente, da lugar a un interés creado (24). Si los ingresos son elevados, ese "alguien" ejercerá presiones políticas para obtener más recursos y opondrá resistencia a los cambios que sean incompatibles con sus intereses particulares. Ese cabildeo y esa resistencia provienen tanto de los sectores médicos como de los grupos sindicales. Los intentos de reformar los sistemas de pago a los proveedores de servicios de salud suelen suscitar intensas polémicas, al igual que los cambios en el sistema de ingreso a las facultades de medicina o en los programas educativos de estas. El cabildeo también lo ejercen los grupos de interés y los políticos. Las inversiones en atención sanitaria generalmente cuentan con el apoyo popular, por lo cual puede ser difícil reorganizarlas para lograr un nuevo equilibrio. Esto es lo que suele ocurrir aun en los casos en que existen grandes desequilibrios en relación con las prioridades sociales. Los intereses creados y el cabildeo en lo que se refiere a la distribución de los costos y beneficios son factores importantes en la inercia que es preciso superar para cambiar la estructura del capital y la combinación de insumos.

En los últimos decenios, la inversión en los sistema de salud se ha orientado predominantemente hacia los hospitales y la atención especializada. Además de las otras fuerzas opuestas a la atención primaria de salud, que se analizan en el capítulo 1, las decisiones de inversión también han sido un factor importante. La asignación de capital a inversiones en edificios hospitalarios no es la razón principal. Un factor más importante es que el énfasis en la atención especializada hizo necesario realizar inversiones en la contratación y capacitación de recursos humanos para atender los hospitales. Esa concentración en la atención hospitalaria condujo a un rápido aumento del número de camas. En los países de ingresos altos, el ritmo acelerado de los cambios tecnológicos acompañó e impulsó esta acumulación de camas, y dio lugar a una atención más intensiva y a un incremento de los costos. El envejecimiento de la población, y el consiguiente aumento de las tasas de utilización de los sistemas de salud por los ancianos, hicieron que persistiera esta presión para aumentar el número de camas.

En los países menos adelantados, el aumento del número de camas fue paralelo a cambios tecnológicos y aumentos de costos mucho más lentos, pero también coincidió con una atención menos intensiva, un inadecuado mantenimiento de los establecimientos y una menor calidad de los servicios debido a la falta de fondos para solventar los costos ordinarios (24). En muchos países de ingresos medianos y bajos, las tasas de ocupación en los hospitales públicos han sido bajas. En México, por ejemplo, se considera que en los hospitales de la Secretaría de Salud las tasas de ocupación han sido de 50% en promedio, debido a la insuficiencia de personal y al mantenimiento inadecuado, con la consiguiente ineficiencia en el uso de los recursos (25).

Durante los años noventa, muchos países comenzaron a reducir el tamaño del sector hospitalario, y muchos de los hospitales pequeños fueron cerrados o utilizados para otras

finalidades (recuadro 4.5). Como consecuencia del progreso técnico y los bajos costos de la atención ambulatoria, disminuyó el número de camas y se redujo la duración media de la estancia hospitalaria. Ante el cierre de hospitales pequeños y pabellones de urgencias y la reducción del número de camas, deberán formularse nuevas estrategias para responder a los cambios de la demanda. Los componentes fundamentales de esta estrategia serán una mayor integración entre los prestadores de servicios, el transporte de los pacientes, la mancomunación de recursos y el intercambio de información.

Dado que la demanda fluctúa, es necesario que haya cierto excedente de capacidad para absorber las fluctuaciones. La epidemia de influenza que se propagó arrasadoramente por Europa en 1999–2000 reveló que en muchos países, por ejemplo, en el Reino Unido, es limitado el excedente de camas de hospital para hacer frente a cambios súbitos en las necesidades sanitarias (26). En otros sectores (abastecimiento de electricidad, transporte público), los aumentos temporales de la demanda pueden atenderse fijando precios basados en la máxima demanda. Según se analiza con mayor detenimiento en el capítulo 3, el racionamiento por medio de los precios no es un mecanismo de asignación de recursos aceptable en el sistema de salud. El exceso de demanda que no pueda ser reprimido mediante la aplicación de precios más altos debe ser absorbido por otros medios de racionamiento, por ejemplo, aplazando los casos que no sean urgentes, transfiriendo pacientes, reduciendo la estancia hospitalaria o de otras maneras.

En los países con una estructura de planificación jerárquica, la asignación de recursos y la planificación de las inversiones generalmente se realiza por incrementos. El presupuesto del año anterior suele ser el punto de partida para la planificación del próximo año. Por lo común, no se ponen en tela de juicio las actividades en curso, lo que reduce considerablemente las posibilidades de que el país pueda orientarse hacia una asignación global de los insumos que sea más eficaz en función de los costos. El proceso de planificación puede describirse como un juego en el cual los ministerios que prestan los servicios (como los

#### Recuadro 4.5 Inversión en hospitales en los países de la antigua Unión Soviética antes de la reforma de las políticas

La mayoría de los recursos de atención sanitaria en la antigua Unión Soviética se controlaba de manera vertical desde los ministerios de salud. El gobierno central administraba las inversiones y la consiguiente acumulación de recursos en capital de equipo y humano. La estructura de la prestación de servicios estaba determinada por normas tales como el número de camas o médicos por cada 1000 habitantes. Como resultado, había una gran capacidad hospitalaria.

A comienzos de los años noventa, la razón de camas en la mayoría de los países de la antigua Unión Soviética era considerablemente mayor que en muchos países de Europa

occidental. El número de médicos por habitante, la mayoría de ellos asignados al sector hospitalario, también era alto en comparación con muchos países occidentales. Las estancias hospitalarias prolongadas y la moderada tasa de ocupación de las camas, especialmente en los hospitales pequeños, eran indicios de la ineficiencia del sistema. La deficiente calidad de los establecimientos y del equipo médico también menoscababa la eficacia de los servicios hospitalarios. Muchos de los hospitales de los distritos pequeños tenían no más de 4 a 5 m<sup>2</sup> por cama, y en algunos de los hospitales más pequeños no había servicios de radiología y la calefacción o el abastecimiento de agua eran inadecuados.

Por ejemplo, según una encuesta de 1989, en 20% de los hospitales rusos no había agua caliente corriente, en 3% no había siquiera agua fría corriente y 17% carecían de instalaciones de saneamiento adecuadas. La encuesta también reveló que uno de cada siete hospitales y policlínicas necesitaba reconstrucción básica. Una encuesta similar realizada en 1988 mostró una gran insuficiencia de inversiones en el mantenimiento de los hospitales y policlínicas; se consideró que 19% de las policlínicas y 23% de los hospitales estaban en situación "desastrosa" o requerían una reconstrucción total.

En los años noventa, la reducción del número y el uso de los hospitales

fue una parte esencial de las reformas. La conjunción del excedente de capacidad y la deficiente calidad de los recursos materiales había acabado por producir una importante distorsión en la combinación de insumos de estos países. En los casos en que los establecimientos no fueron cerrados, o destinados a casas de convalecencia u otras funciones, se los mejoró y utilizó más eficazmente en el sistema de envío de pacientes. En muchos casos, sin embargo, los cambios han sido moderados debido a dificultades políticas para transferir recursos de un destino a otro.

ministerios de salud) solicitan mayores recursos, mientras que los tesoreros tratan de mantener el gasto en el nivel anterior (27). Este enfoque suele ser aceptado debido a su sencillez, pero exige presupuestos cada vez más altos. Si los presupuestos siguen una tendencia decreciente, en realidad los ministerios deben analizar con sentido crítico la amplia gama de programas y actividades en curso y establecer prioridades con miras a una posible supresión o reducción de algunas actividades. Las burocracias públicas suelen tratar de mantener la situación prevaleciente reduciendo los costos en forma generalizada sin modificar las prioridades globales y sin tener en cuenta la necesidad especial de proteger determinadas zonas geográficas o subgrupos de población.

Los organismos tratarán, durante todo el tiempo que les sea posible, de mantener los gastos que consideran imprescindibles, como los sueldos, y de reducir los gastos que no perjudiquen de manera inmediata el desempeño del sistema de salud (22). Se retrasan las inversiones planificadas y se paralizan las construcciones. En la esperanza de que las crisis financieras duren poco tiempo, los sistemas de salud pueden disminuir su gasto en inversiones a largo plazo en capital humano y físico, e incluso en costos ordinarios de mantenimiento, medicamentos y otros bienes fungibles. Con el tiempo, esto limitará gravemente la capacidad del capital humano y el desempeño del sistema de salud. Las inversiones, por su naturaleza, tienden a ser más inestables que los gastos ordinarios: exigen un desembolso de gran cuantía y luego requieren gastos operativos más pequeños pero regulares. El aplazamiento por corto plazo o el recorte de las inversiones quizá sea la reacción apropiada ante una crisis, pero requiere tener en cuenta la situación global de los recursos de capital y los recursos ordinarios, así como la probable duración de la crisis. De lo contrario, la reducción ad hoc de las inversiones planificadas creará desequilibrios e ineficiencia.

## EL CAMINO POR DELANTE

El mal desempeño, el deterioro de los establecimientos y la desmoralización del personal son síntomas claros de desequilibrios entre los recursos. A menudo, el capital humano capacitado se traslada al sector privado o hacia regiones más prósperas. Por su parte, el capital de equipo se deteriora de manera más visible. Los pacientes recurren al sector privado en busca de una atención de mejor calidad.

Independientemente del nivel de ingresos de un país, existen maneras eficaces de asignar los insumos del sistema de salud para que este funcione lo mejor posible. La combinación de recursos más eficaz variará con el transcurso del tiempo y de un país a otro, en función de los precios relativos de los insumos y las necesidades sanitarias y las prioridades sociales propias de cada país. En los países menos adelantados, sin duda será más difícil establecer prioridades, y el equilibrio entre las inversiones y los costos ordinarios tendrá una importancia más decisiva. Los sistemas de atención sanitaria afrontan grandes desafíos cuando se produce un cambio rápido en la tecnología o en los recursos financieros disponibles como resultado de turbulencias macroeconómicas. Si quienes adoptan las decisiones sanitarias no responden adecuadamente ante un cambio de esta naturaleza, el desempeño del sistema de salud distará de ser óptimo.

Por razones muy diferentes, tanto en los países desarrollados como en los menos adelantados se registran desequilibrios entre los insumos disponibles. Debido a los cambios tecnológicos rápidos en los servicios de salud, estos desequilibrios han sido la regla más que la excepción en los países desarrollados. Los problemas son mucho más visibles en los países menos adelantados, en los cuales el desequilibrio a menudo se produce debido a la falta de aptitudes administrativas y a la disminución de los recursos financieros disponi-

bles. Aunque probablemente existan ciertos desajustes incluso en sistemas de salud de adecuado funcionamiento, es mucho lo que podría hacerse para corregirlos rápidamente, o bien evitarlos.

Un primer paso es crear una conciencia general sobre el problema documentando los diversos recursos utilizados y el desempeño de los sistemas de salud. La disponibilidad de datos sólidos sobre el número y la distribución de los recursos humanos, especialmente cuando están vinculados a datos sobre el desempeño de los sistemas de salud, también puede facilitar la formulación de políticas y planes para resolver los problemas. En las figuras 4.2 y 4.3 se presentan algunos datos sobre insumos, que no reflejan la forma en que la combinación de insumos influye en el desempeño.

Las cuentas sanitarias nacionales constituyen un marco de mayor alcance que permite recopilar los datos sobre insumos y ofrecer información a los diversos interesados directos sobre las políticas de inversión futura. Estas cuentas presentan un panorama general que ayuda a los ministerios a orientar los servicios de atención sanitaria durante los procesos de reforma y en los momentos difíciles. Cuando a comienzos de los años noventa la economía de Finlandia entró en crisis ante la pérdida del mercado de exportación que representaba la Federación de Rusia, las autoridades sanitarias pudieron valerse de las cuentas sanitarias nacionales para restablecer la productividad en el sistema de salud.

Una información más adecuada sobre los costos y mejores sistemas de contabilidad también facilitarían el logro de un equilibrio entre los insumos, por ejemplo, al permitir cálculos presupuestarios más fiables. Con todo, una mayor conciencia de la situación y una mejor información general por medio de las cuentas sanitarias nacionales y de los sistemas de contabilidad no darán lugar a cambio alguno si paralelamente los responsables de las decisiones relativas a la atención sanitaria no asumen de manera general el compromiso de resolver los problemas fundamentales.

La mejor forma de respaldar este compromiso es mediante la combinación de la función rectora —supervisión y ejercicio de la influencia— con una mayor descentralización del proceso decisorio entre los compradores y los proveedores. Resulta esencial que haya una autoridad central que adopte las principales decisiones de inversión, pero esto no significa que todas las decisiones de esta naturaleza deban tomarse en forma centralizada. No obstante, la política y la orientación central, mediante un proceso de licitación o certificación, son necesarias para lograr la coordinación general de las decisiones de inversión públicas y privadas, y de estas con el financiamiento ordinario del sector público. El peor error es promover o permitir inversiones cuyo costo ordinario no pueda sufragarse. Seguirá siendo necesaria una política central en materia de medicamentos y registro de las tecnologías más importantes, la elaboración de listas de medicamentos esenciales y la formulación de directrices sobre tratamiento, la garantía de la calidad y las compras a granel. Los compradores y los proveedores deben tener incentivos y oportunidades para cuestionar los criterios predominantes en la asignación de los insumos a fin de hallar la mejor manera de responder a las necesidades sanitarias y a las prioridades y expectativas sociales. La aplicación de enfoques jerárquicos rígidos para equilibrar los recursos en general da lugar a cambios reactivos en lugar de cambios continuos, y es muy probable que se plantee comúnmente el problema de la conjunción de una escasez de insumos esenciales y la utilización solo parcial de determinadas partidas presupuestarias. No obstante, el proceso de adopción de decisiones por los proveedores de manera descentralizada debe controlarse y guiarse por medio de adquisiciones activas y mecanismos de pago apropiados para atender las prioridades generales. La descentralización de las decisiones en lo que respecta a los aspectos de pormenores de los servicios y los mecanismos de intervención también requiere nuevas

estrategias de recursos humanos e inversiones en la planificación y la capacitación gerencial a todos los niveles.

Sin una función rectora explícita en lo que respecta a las fuentes de los insumos y el seguimiento de los acontecimientos, las unidades descentralizadas dispondrán de una excesiva discrecionalidad que puede dar lugar a un comportamiento oportunista. Este tipo de comportamiento, ya sea en el ámbito de la autoridad central o a nivel descentralizado, también disuadirá a los organismos donantes de apoyar la descentralización, por ejemplo, mediante enfoques pansectoriales integrados y la mancomunación de los recursos financieros. También será una razón para que los receptores de ayuda desconfíen de los intentos de coordinación de los donantes (22). La descentralización no significa falta de responsabilización en el manejo de los recursos, como tampoco significa que el gobierno central deba abstenerse de intervenir en la planificación y el seguimiento. Más bien, debe concebirse con miras a establecer una mayor responsabilización y asignar al gobierno y los ministerios centrales una nueva función centrada en la reglamentación y el seguimiento general.

Como parte de esa nueva función, debe evaluarse la repercusión de las nuevas tecnologías médicas, y deben establecerse los procedimientos de reglamentación en consulta con los principales interesados directos. Para esta evaluación de las nuevas tecnologías es preciso disponer de documentación sobre las prácticas y usos en materia de recursos. Esto resalta aún más la importancia del seguimiento. En el caso de los países menos adelantados, los organismos donantes deben tener en cuenta los desequilibrios concretos o probables cuando formulen sus estrategias de apoyo. La información que proporciona el uso uniforme de las cuentas sanitarias nacionales constituye un buen punto de partida para una comprensión común de los desequilibrios existentes.

Tanto en los sistemas jerárquicos rígidos como en los sistemas descentralizados carentes de responsabilización, incentivos adecuados y rectoría, los desequilibrios entre los recursos serán más difíciles de corregir y prevenir. Este tipo de desequilibrios a menudo crean por sí mismos problemas enormes, y además provocan nuevos problemas al transmitir señales equivocadas al mercado de trabajo dedicado a la atención sanitaria y a la industria que apoya los servicios de salud. Los sistemas de salud eficaces en función de los costos que tienen un buen desempeño y responden a las necesidades sanitarias tomando como base las prioridades explícitas, ofrecen a la industria médica y a las facultades de medicina incentivos para invertir adecuadamente en investigación y desarrollo, en programas educativos e insumos físicos esenciales para mejorar la salud.

## REFERENCIAS

1. Becker GS. *Human capital. A theoretical and empirical analysis with special reference to education*. 3rd ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1993.
2. Base de datos de la OMS sobre perfiles de los sistemas de salud.
3. Folland S, Goodman AC, Stano M. *The economics of health and health care*. New York: Macmillan Publishing Company; 1993.
4. Berckmans P. *Initial evaluation of human resources for health in 40 African countries*. Geneva: World Health Organization, Department of Organization of Health Services Delivery; 1999. (En preparación).
5. Ensor T, Savelyeva L. Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning* 1999;13(1):41-49.
6. Hicks V, Adams O. *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8). (En prensa).

7. Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva: World Health Organization; 2000. (Issues in health services delivery, Discussion Paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).
8. Uganda, Ministry of Public Service. *Public sector pay reform project, final report*. Accra, Uganda: Ministry of Public Service; 1999. (Base de datos de la Organización Mundial de la Salud sobre perfiles de los sistemas de salud.)
9. Weisbrod BA. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature* 1991;24:523–552.
10. World Health Organization. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, Denmark: WHO; 1997. (European Series No. 72).
11. World Health Organization. *Action Programme on Essential Drugs*. Geneva: WHO; 1999.
12. World Health Organization. *Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational use*. Geneva: WHO; 1997. (Health economics and drugs, DAP Series No. 5).
13. Banta HD, Luce BR. *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
14. World Bank. *Medical equipment procurement manual*. Washington, DC: The World Bank; 1998.
15. World Bank. *Standard bidding documents: procurement of health sector goods*. Washington, DC: The World Bank; 2000.
16. Van Gruting CWD, ed. *Medical devices: international perspective, Part VIII – Geographical situations in central and east Europe*. Amsterdam: Elsevier; 1994.
17. Issakov A, Richter N, Tabakow S. Health care equipment and clinical engineering in central and eastern Europe. *New World Health* 1994;167–171.
18. World Bank. *Russian Federation medical equipment project*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Report No. 14968-RU).
19. International Finance Corporation. *Private hospital study*. Washington, DC: IFC; 1998.
20. World Health Organization. *The world health report 1999: making a difference*. Geneva: WHO; 1999.
21. Lee K. Symptoms, causes and proposed solutions. En: Abel-Smith B, Creese A, eds. *Recurrent costs in the health sector: problems and policy options in three countries*. Geneva: World Health Organization; 1989. (Documento WHO/SHS/NHP/89.8).
22. Walt G, et al. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning* 1999;14(3):207–218.
23. Anell A, Willis M. International comparison of health care resources using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78. (En prensa).
24. Reinhardt U. *Accountable health care: is it compatible with social solidarity?* London: The Office of Health Economics; 1997.
25. Barnum H, Kutzin J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1993.
26. The health service: bedridden. *The Economist* 15 January 2000: 31–34.
27. Wildavsky A. *Budgeting: a comparative theory of budgetary processes*. Boston: Little, Brown & Co.; 1975.





## CAPÍTULO 5

# *¿Quién costea los sistemas de salud?*

*Las opciones para el financiamiento de los servicios de salud tienen repercusiones sobre la equidad con que se reparte la carga de los pagos. ¿Pueden los ricos y sanos subsidiar a quienes son pobres y padecen alguna enfermedad? Con miras a lograr la equidad y la protección contra el riesgo financiero, debería haber un alto grado de pagos anticipados; el riesgo debería repartirse (por medio de subsidios cruzados que vayan del riesgo de salud bajo al alto); los pobres deberían recibir subsidios (por medio de subsidios cruzados de los de altos ingresos a los de bajos ingresos); debería evitarse la fragmentación de los fondos comunes y los recursos financieros, y debería practicarse la compra estratégica para mejorar los resultados del sistema de salud y su capacidad de respuesta.*



## 5

## ¿QUIÉN COSTEA LOS SISTEMAS DE SALUD?

### CÓMO FUNCIONA EL FINANCIAMIENTO

Los gastos en atención de salud han pasado de 3% del producto interno bruto (PIB) mundial en 1948 a 7,9% en 1997. Este considerable aumento del gasto en todo el mundo ha impulsado a muchas sociedades a buscar modalidades de financiamiento para los sistemas de salud con miras a que la falta de medios económicos no sea un impedimento para el acceso de las personas a esos servicios. Por mucho tiempo, facilitar este acceso a todos los ciudadanos ha sido una piedra angular de los modernos sistemas de financiamiento de la salud en muchos países. La función principal del sistema de salud es prestar servicios a la población. En este capítulo se recalca la importancia del financiamiento sanitario como elemento clave para alcanzar una interacción eficaz entre proveedores y usuarios. Se aborda la finalidad del financiamiento sanitario, así como los vínculos entre financiamiento y prestación de servicios, por medio de la compra. Se examinan también los factores que influyen en los resultados del financiamiento sanitario.

El propósito del financiamiento es contar con fondos, así como establecer incentivos financieros adecuados para los proveedores, con miras a lograr que todas las personas tengan acceso a servicios eficaces de salud pública y de atención sanitaria personal. Esto significa reducir o eliminar la posibilidad de que una persona no tenga la capacidad de pagar esos servicios, o de que se empobrezca si trata de hacerlo.

Para lograr que las personas tengan acceso a servicios de salud, son fundamentales tres funciones interrelacionadas del financiamiento de los servicios de salud, a saber: recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y compra de las intervenciones. Las principales dificultades consisten en poner en práctica los arreglos técnicos, organizativos e institucionales necesarios para que la interacción de esas funciones proteja financieramente a la gente de la manera más justa posible, y establecer incentivos que motiven a los proveedores a mejorar el estado de salud y la capacidad de respuesta del sistema. Las tres funciones a menudo se integran en una sola organización y este suele ser el caso en muchos sistemas de salud del mundo. Si bien este capítulo aborda las tres funciones por separado, eso no significa que debe tratarse de separarlas en diferentes organizaciones. Con todo, se observa una tendencia cada vez mayor a introducir una separación entre financiamiento y prestación de servicios.

La *recaudación de ingresos* es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero de familias y organizaciones o empresas, así como de donantes. Las donaciones se tratan en el recuadro 5.1. Los sistemas de salud tienen varias formas de recaudar ingresos,

tales como impuestos generales, contribuciones obligatorias a seguros de salud de carácter social (por lo general, vinculadas con el sueldo y casi nunca con el riesgo), contribuciones voluntarias a seguros de salud privados (usualmente relacionadas con el riesgo), pagos del bolsillo del usuario y donaciones. La mayoría de los países de ingresos altos dependen principalmente de los impuestos generales o de contribuciones obligatorias al seguro de salud de carácter social. En cambio, los países de bajos ingresos dependen mucho más de los pagos directos del usuario: en 60% de los países con ingresos por debajo de \$1000 per cápita, el gasto sufragado por el bolsillo del usuario es de 40% o más del total; por contraposición, 30% de los países de ingresos medianos o altos dependen fundamentalmente de este tipo de financiamiento (cuadro 5.1).

En la mayoría de los planes de seguro de carácter social y de seguro voluntario privado, la recaudación de los ingresos y la mancomunación de recursos se integran en una organización y un proceso de compra. En el caso de las organizaciones que dependen principalmente de los impuestos generales, tales como los ministerios de salud, el cobro lo hace el ministerio de hacienda y la asignación de fondos al ministerio de salud se hace por intermedio del presupuesto gubernamental.

La *mancomunación* es la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual. Dentro del sistema de salud, la mancomunación se conoce tradicionalmente como la "función de aseguramiento", tanto si el aseguramiento es explícito (gente que se suscribe a un plan deliberadamente) como si es implícito (como ocurre con los ingresos procedentes de los impuestos). Su finalidad principal es compartir el riesgo financiero que entrañan las intervenciones sanitarias cuya necesidad es incierta. Por ello se distingue del cobro, modalidad según la cual las personas siguen costearo sus riesgos de salud con dinero de su propio bolsillo o de sus ahorros. Cuando la gente paga esos gastos totalmente de su bolsillo, no se produce la mancomunación.

Tratándose de las actividades de salud pública y hasta de ciertos aspectos de la atención sanitaria personal —tales como exámenes médicos completos de carácter preventivo—

#### Recuadro 5.1 La importancia de las contribuciones de los donantes en la recaudación de ingresos y en la compra, en países en desarrollo

Las contribuciones de los donantes, como una fuente de ingresos para el sistema de salud, son de importancia decisiva para algunos países en desarrollo. Las cantidades absolutas de esta ayuda fueron considerables en los últimos años en Angola, Bangladesh, Ecuador, India, Indonesia, Mozambique, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania y varios países de Europa oriental; pero en los países grandes la ayuda suele ser solamente una parte pequeña del gasto sanitario total o hasta del gasto gubernamental. En cambio,

varios países, particularmente en África, dependen de los donantes, que aportan una parte importante del gasto sanitario total. Esa porción puede llegar a ser hasta de 40% (Uganda en 1993) o incluso 84% (Gambia en 1994); en 1996 ó 1997, superó el 20% en Eritrea, Kenya, la República Democrática Popular Lao y Malí. Por otra parte, Bolivia, Nicaragua, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe obtuvieron de dos o más donantes entre 10% y 20% de sus recursos para la salud, en uno o más años recientes.

La mayor parte de la ayuda recibida adopta la forma de proyectos, que se formulan y negocian por separado entre cada donante y las autoridades nacionales. Si bien cabe reconocer que la cooperación internacional por medio de proyectos ha sido fructífera, también puede generar fragmentación y duplicación de esfuerzos, en especial si participan muchos donantes y cada uno de ellos hace hincapié en sus propias prioridades geográficas o programáticas. Este modo de proceder obliga a las autoridades nacionales a dedicar mucho tiempo a lidiar con las prioridades y los pro-

cedimientos de los donantes, en vez de concentrarse en la rectoría estratégica y en la ejecución de los programas sanitarios. Los donantes y los gobiernos cada vez se dan más cuenta de que es necesario dejar atrás el enfoque por proyectos y, en su lugar, prestar un apoyo programático más amplio al desarrollo estratégico de largo plazo que se integre en el proceso de elaboración del presupuesto del país. En este sentido, los enfoques que abarcan todo el sector han sido eficaces en países como Bangladesh, Ghana y Pakistán.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cassels A, Janovsky K. Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *The Lancet* 1998; 352:1777-1779.

**Cuadro 5.1 Participación estimada de los pagos del bolsillo del usuario en el gasto sanitario, según el nivel de ingreso, en 1997**

(número de países en cada categoría de ingreso y de gasto)

Ingreso anual per cápita estimado (US\$ a la tasa de cambio)	Participación estimada en el gasto sanitario total (%)						Total
	Menos de 20	20–29	30–39	40–49	50–59	60 y más	
Menos de 1000	7	10	9	7	11	19	63
1000–9999	16	18	23	15	8	8	88
10 000 y más	19	7	4	5	0	2	37
Todas las clases de ingresos	42	35	36	27	19	29	188

Fuente: OMS, cálculos basados en las cuentas sanitarias nacionales; se desconocen los ingresos de tres países.

que no entrañan incertidumbre o cuyo costo es bajo, los fondos pueden ir directamente del cobro a la compra. Esta es una consideración importante con respecto a la reglamentación de los planes obligatorios de mancomunación de recursos, ya que las preferencias del consumidor por uno u otro conjunto de prestaciones del seguro a menudo se inclinan por las intervenciones de alta probabilidad y bajo costo (en relación con la capacidad de pago de la familia), aunque la mejor manera de costearlas es con ingresos corrientes o por medio de subsidios públicos directos para los pobres.

La mancomunación reduce la incertidumbre tanto para los ciudadanos como para los proveedores. Al aumentar y estabilizar la demanda y la corriente de recursos financieros, los fondos comunes pueden aumentar la probabilidad de que los pacientes estén en capacidad de pagar los servicios y de que un volumen mayor de estos últimos justifique nuevas inversiones por parte del proveedor.

La *compra* es el proceso mediante el cual se paga a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto especificado o no especificado de intervenciones de salud. La compra puede realizarse de manera pasiva o estratégica. La compra pasiva supone ceñirse a un presupuesto predeterminado o sencillamente pagar las facturas cuando se presentan. La compra estratégica supone una búsqueda continua de la mejor forma de lograr el máximo rendimiento del sistema de salud decidiendo qué intervenciones deben comprarse, cómo y a quién. Esto significa escoger activamente las intervenciones con miras a obtener el mejor rendimiento tanto para los individuos como para la población en su totalidad, por medio de la contratación selectiva y los planes de incentivos. La compra utiliza diferentes instrumentos para pagar a los proveedores, entre ellos la elaboración de presupuestos. Recientemente, muchos países, entre los que se cuentan Chile (1, 2), Hungría (3), Nueva Zelanda (4, 5) y el Reino Unido (6–8), han tratado de introducir una función activa de compra en sus sistemas de salud pública.

## PAGOS ANTICIPADOS Y RECAUDACIÓN

Tradicionalmente, la mayoría de los debates sobre políticas relativas al financiamiento de los sistemas de salud se centran en torno a las repercusiones que puede tener el financiamiento público, en comparación con el privado, sobre el desempeño del sistema. En el capítulo 3 se aclara el papel fundamental del financiamiento público en materia de

salud pública. No obstante, cuando se trata de atención sanitaria personal, la dicotomía público-privado no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de salud, sino la diferencia entre pago anticipado y pagos del bolsillo del usuario. En consecuencia, el financiamiento privado, especialmente si se trata de países en desarrollo, equivale fundamentalmente a pagos efectuados por el usuario o a contribuciones que se hacen a fondos comunes pequeños, voluntarios, y que suelen estar sumamente fragmentados. En cambio, el financiamiento público o el privado obligatorio (procedentes de la tributación general o de contribuciones a la seguridad social) siempre está asociado con pagos anticipados y con fondos comunes de gran tamaño. La forma en que los planificadores organizan el financiamiento público o influyen en el financiamiento privado repercutirá en cuatro factores determinantes que son claves para el desempeño del financiamiento del sistema de salud, a saber: el nivel de pago anticipado; el grado de distribución del riesgo; el monto de los subsidios a los pobres, y la compra estratégica.

Obviamente, un sistema de salud en el que los individuos tienen que pagar de su propio bolsillo una parte sustancial del costo de los servicios en el momento de buscar tratamiento hará que el acceso se restrinja a quienes pueden pagarlos y probablemente excluirá a los miembros más pobres de la sociedad (9-12). Algunas intervenciones sanitarias importantes no recibirían financiamiento si el usuario tuviera que pagarlas, como sucede con el tipo de intervenciones para el bien público que se abordan en el capítulo 3 (13). La equidad en cuanto a la protección contra el riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre contribuciones y utilización. Esto es particularmente cierto para las intervenciones que tienen un costo elevado en relación con la capacidad de pago de la familia.

Además de ofrecer protección contra la obligación de pagar del propio bolsillo y, en consecuencia, encarar obstáculos al acceso, el pago anticipado hace posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común, como se explica más adelante en este capítulo. El financiamiento individual proveniente del bolsillo del usuario no permite compartir el riesgo de esa forma. En otras palabras, como se propuso en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999* (14), debe existir el pago anticipado para que sea posible lograr un verdadero acceso a la atención personal de costo elevado.

El nivel de pago anticipado está determinado principalmente por el mecanismo predominante de recaudación de ingresos que se utilice en el sistema. Los impuestos generales permiten la separación máxima entre contribuciones y utilización, mientras que si los pagos provienen del bolsillo del usuario quiere decir que no hay separación. ¿Por qué entonces se utiliza tanto esta última modalidad, particularmente en los países en desarrollo? (15).

La respuesta es que separar las contribuciones de la utilización exige que las instituciones recaudadoras tengan una capacidad institucional y organizativa muy sólida. Estos atributos no se encuentran en muchos países en desarrollo. Por lo tanto, aunque es recomendable el nivel más alto posible de pago anticipado, suele ser muy difícil de alcanzar en los entornos de bajos ingresos donde las instituciones son débiles. Dependiendo de acuerdos de pago anticipado, particularmente de los impuestos generales, resulta muy exigente desde el punto de vista institucional. La tributación general como fuente principal del financiamiento de la atención sanitaria exige una excelente capacidad recaudadora de las contribuciones o de los impuestos. Esto suele estar muy vinculado con una economía fundamentalmente estructurada, en tanto que en los países en desarrollo suele predominar el sector informal. Mientras que los gravámenes generales en promedio aportan más de 40% del PIB en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), en los países de bajos ingresos esta cantidad es menor de 20%.

Todas las otras formas de pago anticipado, entre ellas las contribuciones a la seguridad social y las primas de seguro voluntario, son fáciles de recaudar, puesto que el beneficio de la participación está vinculado a las contribuciones reales. En la mayoría de los casos, la participación en planes de seguro de carácter social está limitada a los trabajadores del sector estructurado, quienes contribuyen por medio de deducciones de sus sueldos. Esto permite que la organización de seguridad social los identifique fácilmente, cobre las contribuciones y posiblemente los prive de las prestaciones si no han pagado la cuota. De igual manera, la identificación y el cobro resultan más fáciles en el caso de planes voluntarios de seguro de salud y de fondos comunes comunitarios. Con todo, estos pagos anticipados exigen también contar con una gran capacidad organizativa e institucional, en comparación con el financiamiento directo que proviene de los propios usuarios.

En consecuencia, en los países en desarrollo el objetivo es crear las condiciones para aplicar mecanismos de recaudación de ingresos que permitan una separación cada vez mayor entre contribuciones y utilización. En los países de bajos ingresos, donde suele haber altos niveles de gastos de salud sufragados por el usuario de su propio bolsillo y donde las capacidades organizativa e institucional son demasiado débiles para que se pueda depender principalmente de los impuestos generales para financiar los servicios de salud, esto significa que, donde sea posible, hay que fomentar los sistemas de contribuciones vinculados al trabajo, y facilitar la creación de planes de pago anticipado comunitarios o por intermedio de proveedores. Sin embargo, se ha comprobado (16, 17) que si bien estos últimos representan una mejora con respecto al financiamiento con dinero del usuario, son difíciles de mantener y deben considerarse únicamente como una transición hacia niveles más altos de mancomunación o como instrumentos para mejorar la forma de asignar los subsidios públicos para la atención sanitaria. En países de ingresos medianos, con economías más estructuradas, las estrategias para incrementar el número de arreglos de pago anticipado, así como los de mancomunación, incluyen el fortalecimiento y la expansión de los sistemas de contribuciones obligatorias relacionadas con el trabajo o de los sistemas de contribuciones basadas en el riesgo, así como el aumento de la proporción del financiamiento público, particularmente para los pobres.

Aunque el pago anticipado es una piedra angular del financiamiento equitativo de un sistema de salud, en los países o entornos de bajos ingresos tal vez se requiera alguna contribución directa en el momento de la utilización para aumentar los ingresos cuando no hay suficiente capacidad de pago anticipado. También puede necesitarse en la forma de copago para determinadas intervenciones, con miras a reducir la demanda. Este modo de proceder solo deberá aplicarse donde haya pruebas claras de sobreutilización injustificada de la intervención correspondiente como resultado de los esquemas de pago anticipado (riesgo moral). El uso del copago tiene el efecto de *racionalizar* el uso de una intervención determinada, pero no *racionaliza* su demanda por los consumidores. Cuando la gente, en especial los pobres, tiene que hacer copagos, reduce la cantidad de servicios solicitados (hasta llegar al extremo de no solicitar ningún servicio); pero no se vuelve necesariamente más racional para distinguir cuándo pedir servicios o cuáles servicios tiene que pedir. En consecuencia, si los cargos al usuario se aplican indiscriminadamente, también se reducirá la demanda indiscriminadamente, lo que perjudicará a los pobres en particular.

Los servicios gratuitos no se traducen automáticamente en una sobreutilización injustificada de los servicios. Los servicios que no implican un costo directo en realidad no son forzosamente gratuitos ni asequibles, en particular para los pobres, debido a los otros costos asociados con la procura de atención de salud, tales como el costo de los medicamentos



(cuando no se reciben gratis), los pagos bajo cuerda, el transporte y las horas de trabajo perdidas (18, 19).

En vista de las repercusiones potencialmente negativas sobre los servicios necesarios, especialmente para los pobres, el copago no debería escogerse como una forma de financiamiento, excepto si se trata de necesidades de bajo costo, relativamente predecibles. Debería usarse más bien como instrumento para controlar la sobreutilización, cuando esta es evidente, de intervenciones concretas o para excluir implícitamente algunos servicios que forman parte de un conjunto de prestaciones, cuando no es posible su exclusión explícita. Debido a que es recomendable separar las contribuciones de la utilización, la modalidad de pago del bolsillo del usuario no debería aplicarse, a menos que no se tenga otra opción. Toda forma de pago anticipado es preferible, excepto en el caso de intervenciones de bajo costo, en las cuales no se justifican los gastos administrativos que supone el pago anticipado.

## REPARTIR EL RIESGO Y SUBSIDIAR A LOS POBRES: LA MANCOMUNACIÓN DE RECURSOS

La mancomunación de recursos es la forma principal de repartir el riesgo entre los participantes. Aun cuando haya un alto grado de separación entre contribuciones y utilización, el pago anticipado por sí solo no garantiza un financiamiento justo si se hace únicamente en forma individual; es decir, por medio de cuentas de ahorro destinadas a pagar servicios médicos. En ese caso, los usuarios tendrían acceso limitado a los servicios una vez que se agotasen sus ahorros. Quienes defienden las cuentas de ahorro para servicios médicos que se utilizan en Singapur y en los Estados Unidos, alegan que reducen el riesgo moral y dan a los consumidores el incentivo de adquirir los servicios de manera más racional; pero si bien es cierto que se ha comprobado una reducción de los gastos y ahorros sustanciales entre las personas que reciben beneficios tributarios y pueden permitirse ahorrar (20), no hay pruebas de que se haga una compra más racional. Por otra parte, el financiamiento individual fomenta el pago de honorarios por servicio prestado y dificulta aun más reglamentar la calidad de los servicios (21). A las personas con un alto riesgo de tener que solicitar servicios médicos, tales como los enfermos y los ancianos, se les negará el acceso porque no habrán podido ahorrar lo suficiente de sus ingresos. Por el contrario, los sanos y los jóvenes, cuyo riesgo suele ser bajo, podrían hacer pagos adelantados por largo tiempo sin necesitar los servicios para los cuales habrían ahorrado. En este caso, los mecanismos que permiten los subsidios cruzados de los jóvenes y sanos a los ancianos y enfermos beneficiarían a los últimos sin perjudicar a los primeros. En consecuencia, tanto los sistemas como los usuarios salen beneficiados con mecanismos que no solo aumentan el nivel de pago anticipado para los servicios de salud, sino que reparten el riesgo financiero entre sus miembros.

Aunque el pago anticipado y la mancomunación representan un mejoramiento considerable con respecto al financiamiento que depende del pago directo por el usuario, no tienen en cuenta la cuestión de los ingresos. Como resultado de la formación de grandes fondos comunes, la sociedad se beneficia de las economías de escala, de la ley de los grandes números y de los subsidios cruzados de las personas de bajo riesgo a las de alto riesgo. La mancomunación por sí misma permite la nivelación de las contribuciones entre los miembros del fondo común, independientemente del riesgo financiero de cada uno que va asociado con la utilización de servicios. Pero también permite que los pobres de bajo riesgo subsidien a los ricos de alto riesgo. Las sociedades interesadas en la equidad no son indife-

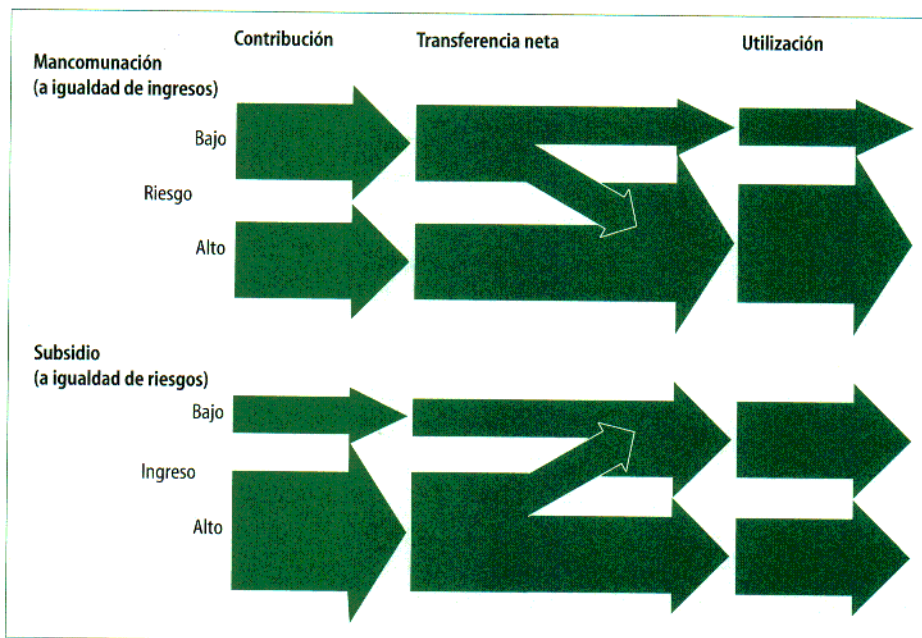
rentes a quién es subsidiado por quién. Por lo tanto, el financiamiento de la salud, además de ofrecer la opción de los subsidios de bajo a alto riesgo (que ocurrirá en toda mancomunación, a menos que las contribuciones estén relacionadas con el riesgo), debería lograr que esos subsidios no fueran regresivos (figura 5.1).

Los sistemas de salud en todo el mundo intentan repartir el riesgo y subsidiar a los pobres mediante diversas combinaciones de arreglos organizativos y técnicos (22). Los subsidios cruzados relacionados con el riesgo y con el ingreso pueden darse entre los miembros del mismo fondo común—por ejemplo, en los sistemas de fondo común único, como la institución de seguridad social de Costa Rica y el servicio nacional de salud del Reino Unido—o bien por medio de subsidios gubernamentales otorgados a un sistema con uno o varios fondos comunes.

En la práctica, en la mayoría de los sistemas de salud, la subvención cruzada por riesgo y por ingresos se da mediante una combinación de dos métodos: mancomunación y subsidios gubernamentales. Los subsidios cruzados pueden existir también entre miembros de fondos comunes diferentes (en un sistema de mancomunación múltiple), por medio de mecanismos explícitos de nivelación de riesgos y de ingresos, tales como los que se utilizan en los sistemas de seguridad social de la Argentina (23), Colombia (24) y los Países Bajos (25). En estos países, la existencia de fondos comunes múltiples permite a los afiliados tener diferentes perfiles de riesgos y de ingresos. Si no existe algún tipo de mecanismo compensatorio, esos arreglos pueden incitar a las organizaciones mancomunadas a seleccionar a las personas de poco riesgo, y a excluir a los pobres y a los enfermos.

Aun si se trata de organizaciones de fondo común único, la descentralización puede tener como resultado grandes diferencias en el riesgo y los ingresos entre las regiones descentralizadas, a menos que vaya acompañada de mecanismos de nivelación para la asignación de recursos. El Brasil introdujo mecanismos compensatorios en la asignación de ingresos del gobierno central a los estados para reducir esas diferencias (26).

**Figura 5.1 Mancomunación para distribuir el riesgo, y subsidio cruzado para lograr mayor equidad (la flecha indica la corriente de los fondos)**



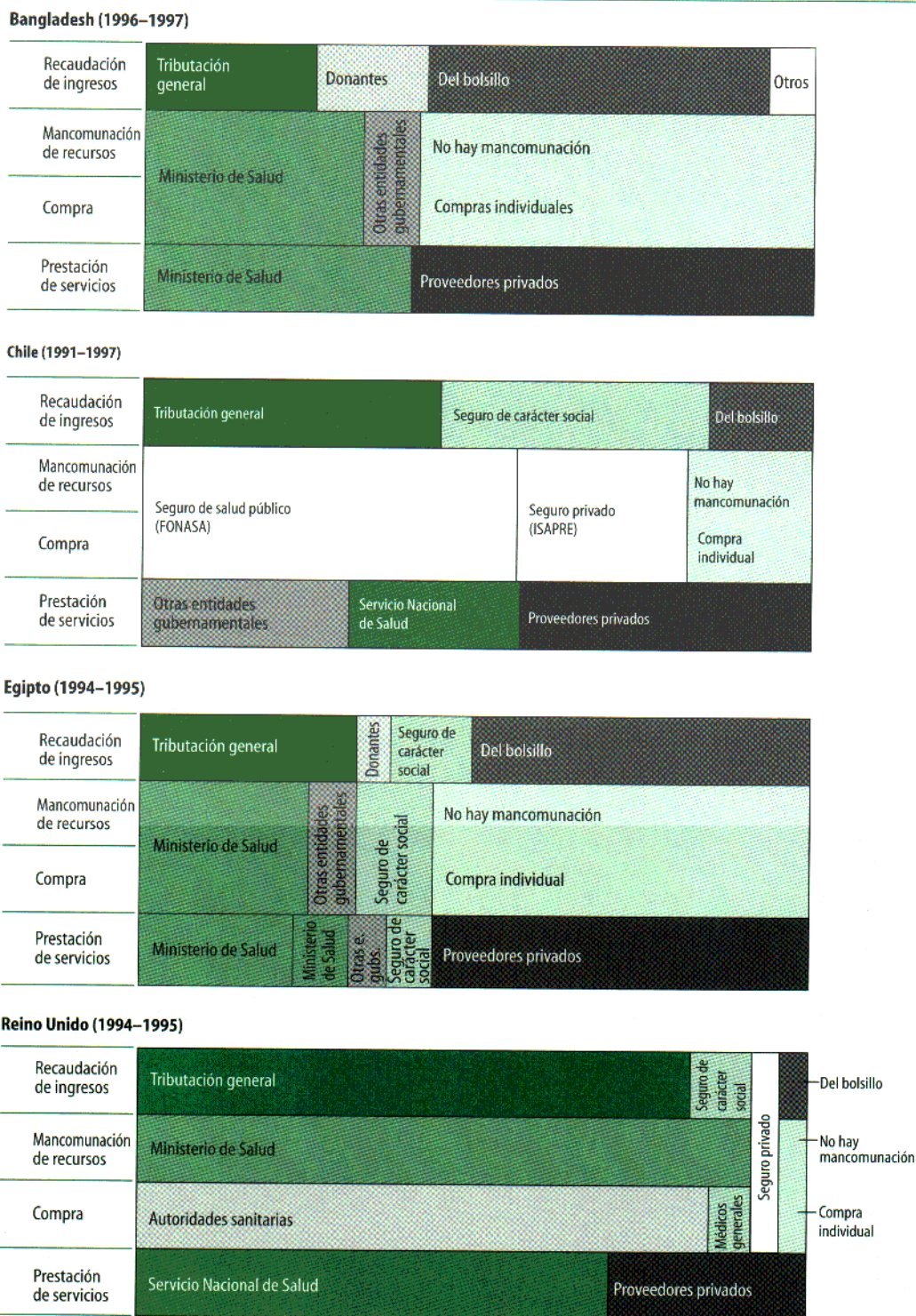
El cuadro 5.2 presenta cuatro ejemplos de países con diferentes formas de repartir el riesgo y subsidiar a los pobres. Algunos arreglos organizativos son menos eficientes que otros para lograr estos objetivos, especialmente si facilitan la fragmentación creando numerosos fondos comunes pequeños. Las funciones de recaudación, mancomunación, compra y prestación de los servicios supone corrientes de recursos financieros que van de las fuentes a los proveedores por conducto de una variedad de organizaciones que realizan una o varias de estas tareas. La figura 5.2 ilustra la estructura del financiamiento del sistema de salud en cuatro países que difieren considerablemente en cuanto a la mancomunación formal de los recursos financieros y las compras, en vez de que los consumidores paguen directamente a los proveedores sin compartir en absoluto los riesgos.

Los fondos comunes grandes son mejores que los pequeños porque pueden aumentar la cantidad de recursos disponibles para los servicios de salud. Cuanto más grande sea el fondo, mayor será la parte de las contribuciones que puede asignarse exclusivamente a los servicios de salud. Un fondo grande puede aprovechar las ventajas de las economías de

**Cuadro 5.2 Métodos para distribuir el riesgo y subsidiar a los pobres: casos de país**

Pais	Sistema	Distribución del riesgo	Subsidios a los pobres
<b>Colombia</b>	Numerosos fondos comunes: muchas organizaciones de seguridad social en competencia, sistemas municipales de salud y Ministerio de Salud.	Dentro de los fondos por medio de contribuciones no relacionadas con el riesgo, y entre fondos por medio de un fondo central de nivelación de riesgos. Conjunto de prestaciones mínimo obligatorio para todos los miembros de todos los fondos comunes.	Contribución vinculada al sueldo dentro de los fondos y entre ellos más subsidio explícito pagado al asegurador para que los pobres se afilien a la seguridad social; subsidio del lado de la oferta por conducto del Ministerio de Salud y los sistemas municipales.
<b>Países Bajos</b>	Numerosos fondos: organizaciones de seguro de carácter social en competencia principalmente privadas.	Dentro de los fondos por medio de contribuciones no vinculadas con el riesgo, y entre los fondos por medio de un fondo central de nivelación del riesgo.	Por medio del fondo de nivelación, que excluye a los ricos.
<b>República de Corea</b>	Dos fondos principales: el seguro nacional de salud y el Ministerio de Salud.  Sin embargo, el seguro nacional de salud cubre solamente 30% del gasto sanitario total de cada afiliado.	Dentro de los fondos por medio de contribuciones no relacionadas con el riesgo.  Conjunto explícito único de prestaciones para todos los afiliados.	Contribución vinculada al sueldo más subsidio del lado de la oferta por conducto del Ministerio de Salud y el seguro nacional de salud procedente de las asignaciones del Ministerio de Hacienda.  Subsidio público para asegurar a los pobres y los agricultores.
<b>Zambia</b>	Un fondo común único y oficial que predomina: Ministerio de Salud/ Junta Sanitaria Central.	Dentro del fondo, conjunto único de prestaciones implícito para todos en el sistema del Ministerio de Salud y a nivel de los estados. Financiado por impuestos generales.	Dentro del fondo por medio de impuestos generales. Subsidio del lado de la oferta por conducto del Ministerio de Salud.

**Figura 5.2 Estructura del financiamiento y prestación de servicios del sistema de salud en cuatro países**



Nota: La longitud de las franjas es proporcional a la corriente calculada de fondos.  
Fuente: Cálculos basados en las cuentas sanitarias nacionales.

escala en la administración y disminuir el nivel de las contribuciones requeridas para la protección contra algunas necesidades inciertas, a la vez que se cuenta con recursos financieros suficientes para costear los servicios. Dado que las necesidades varían de forma impredecible, los cálculos para un individuo pueden arrojar cifras tan grandes que resultan inasequibles. Al reducir esta incertidumbre, el fondo común podrá reducir la cantidad que se retiene como reserva financiera destinada a amortiguar las variaciones en los cálculos de gastos sanitarios de los miembros. De esta forma, tendrá la capacidad de utilizar los recursos financieros liberados para dar más y mejores servicios.

La mancomunación fragmentaria —es decir, la existencia de demasiadas organizaciones pequeñas que participan en la recaudación de ingresos, la mancomunación de recursos y la compra— deteriora el desempeño de las tres actividades, en especial de la propia mancomunación. En los sistemas fragmentados, no es el número de fondos mancomunados y de compradores existentes lo que importa, sino que muchos de ellos sean demasiado pequeños. En la Argentina, antes de las reformas de 1996 había más de 300 organizaciones mancomunadas (obras sociales nacionales) para los trabajadores del sector estructurado y sus familias, algunas con menos de 50 000 afiliados. La capacidad administrativa y las reservas financieras requeridas para lograr la viabilidad financiera de las organizaciones más pequeñas, unidas a los bajos sueldos de sus beneficiarios, determinaban que los conjuntos de prestaciones que ofrecían fuesen muy reducidos. Un problema similar ocurre con las modalidades de mancomunación comunitaria en los países en desarrollo. Si bien representan un mejoramiento con respecto al financiamiento directo por el usuario, su tamaño y capacidad organizativa a menudo ponen en peligro su sostenibilidad financiera (16, 17). El financiamiento que depende predominantemente del pago directo por el usuario representa el grado más alto de fragmentación. En este caso, cada individuo constituye un fondo mancomunado y, por lo tanto, tiene que pagar sus propios servicios de atención sanitaria.

Lo más grande resulta lo mejor cuando se trata de la mancomunación de recursos y la compra. Pero las economías de escala presentan rendimientos decrecientes y, una vez que se rebasa un tamaño crítico, los beneficios marginales pueden ser insignificantes. Por lo tanto, el argumento en defensa de los fondos comunes grandes no es un argumento en favor de la creación de fondos únicos, si cabe la posibilidad de que exista una mancomunación múltiple sin fragmentación, y cuando el tamaño y los mecanismos de financiamiento de esos fondos permiten repartir el riesgo y subsidiar a los pobres adecuadamente.

La política de los sistemas de salud con relación a la mancomunación tiene que centrarse en crear las condiciones para establecer organizaciones mancomunadas tan grandes como sea posible. Si un país en particular carece por el momento de la capacidad organizativa e institucional necesaria para que haya un fondo común único o fondos grandes para todos los ciudadanos, los encargados de formular las políticas y los donantes deberían tratar de crear las condiciones que permitan la formación de dichos fondos. Entretanto, los encargados de formular las políticas deberían promover arreglos de mancomunación siempre que fuese posible, como una etapa de transición hacia la futura agrupación de los fondos comunes. Aun los fondos pequeños o los fondos para segmentos de la población son mejores que el financiamiento del bolsillo del usuario para todos. Oponerse a hacer esto o posponerlo hasta que exista la capacidad para el establecimiento de un fondo común único eficaz tiene dos inconvenientes. En primer lugar, priva a los consumidores de una mejor protección y, en segundo lugar, puede impedir al Estado reglamentar este tipo de iniciativas y orientarlas hacia la formación futura de organizaciones mancomunadas grandes o únicas. La implantación de normas como la tarificación comunitaria (ajuste según el riesgo promedio de un grupo), la mancomunación basada en el empleo y transferible (seguro que un

trabajador puede mantener aunque cambie de empleo), y conjuntos iguales de prestaciones mínimas (acceso a los mismos servicios en todos los fondos comunes), además de proteger a los miembros de los fondos comunes, prepara el camino para una mayor mancomunación en el futuro.

Para las economías de bajos ingresos donde el sector estructurado es pequeño, esto significa promover la mancomunación a nivel comunitario. La falta de confianza de las comunidades en las organizaciones mancomunadas locales podría ser un factor limitante, pero esas iniciativas ofrecen una oportunidad importante para la cooperación internacional, pues los donantes pueden servir de garantes para la comunidad y ayudar a crear la capacidad organizativa e institucional necesaria. Para los países en desarrollo de ingresos medianos, esto significa fomentar la creación de fondos comunes y, donde sea posible, establecer directamente un fondo común grande o aprobar leyes que estipulen el tamaño mínimo que deben tener estos fondos para que sean viables financieramente, así como para reglamentar las iniciativas de mancomunación, de forma que en el futuro se facilite la unificación.

Sin embargo, la competencia entre los fondos no es totalmente perjudicial. Puede aumentar la capacidad de respuesta de las organizaciones mancomunadas a sus afiliados e incentivar la innovación. También puede representar un estímulo para reducir los costos (aumentar la participación en el mercado y las ganancias), por ejemplo, mediante fusiones, como en la reforma de las obras sociales (organizaciones cuasipúblicas de seguro de salud) de la Argentina en 1996. La falta de competencia significaba que los administradores no se preocupaban mucho por los altos costos administrativos y las pocas prestaciones para sus afiliados, porque tenían un grupo cautivo de contribuyentes. La competencia y las fusiones resultantes, junto con subsidios explícitos para los beneficiarios de bajos ingresos, han permitido a los miembros de fondos pequeños unirse en consorcios más grandes y recibir mejores beneficios por las mismas cuotas.

A pesar de sus beneficios potenciales, la competencia entre los fondos comunes plantea problemas considerables a los sistemas de salud, particularmente en lo relativo al comportamiento selectivo tanto de las organizaciones mancomunadas como de los consumidores. La participación obligatoria (es decir, todos los miembros que reúnen los requisitos deben afiliarse a la organización mancomunada) reduce considerablemente el alcance del comportamiento selectivo pero no elimina totalmente los incentivos asociados con él, particularmente en el marco de los planes de contribuciones no relacionados con el riesgo.

El comportamiento selectivo es un problema potencial de competencia siempre que se lleva a cabo la mancomunación, independientemente del nivel organizativo en que esta ocurra (27, 28). En particular, representa un problema de competencia en los planes de contribución no relacionados con el riesgo. Por un lado, las organizaciones mancomunadas tratarán de escoger a los consumidores de riesgo más bajo (selección del riesgo), que pagarán contribuciones pero no causarán gastos; por el otro lado, los consumidores de más alto riesgo buscarán cobertura más activamente que el resto de la población (selección adversa). La competencia motivada por la mancomunación se convierte entonces en una batalla por la información entre los consumidores (quienes usualmente saben más acerca de su propio riesgo de necesitar una intervención sanitaria) y la organización mancomunada (que necesita saber más acerca de los riesgos de los consumidores para lograr una sostenibilidad financiera a largo plazo). Esto tiene enormes consecuencias para los costos administrativos de las organizaciones mancomunadas. Es decir, si predomina la selección adversa, estos consorcios terminan con mayores costos, se ven obligados a pedir cuotas más altas y, finalmente, pueden ir a la quiebra. Esto se aplica no solo a los planes de seguro

de salud privado sino también a los arreglos de mancomunación comunitaria; se ha comprobado que estos tienen el gran problema de cómo hacer frente a la selección adversa (17), que depende principalmente de la afiliación voluntaria. Si, por el contrario, predomina la selección del riesgo —como es lo más probable cuando la reglamentación de la competencia entre fondos comunes es débil—, los pobres y los enfermos quedarán excluidos.

La exclusión de la mancomunación es un problema que debe corregirse mediante una variedad de medidas reglamentarias e incentivos financieros. La reglamentación podría cubrir aspectos tales como la participación obligatoria, las contribuciones no relacionadas con el riesgo o la tarificación comunitaria (el mismo precio para un grupo de afiliados que viven en la misma zona geográfica o tienen el mismo lugar de trabajo), y la prohibición de la selección del riesgo (solicitar información complementaria sobre los riesgos de salud). Los incentivos financieros podrían incluir mecanismos de compensación del riesgo y subsidios para que los pobres se afilien a una organización mancomunada. Estas medidas reducen los problemas de la competencia vinculada con la mancomunación, pero son caras en lo administrativo debido a los elevados costos de transacción dentro del sistema que son necesarios para pasar de las modalidades organizativas jerárquicas para consorcios no competitivos a un mercado donde predomina la mancomunación (29, 30).

La reglamentación y los incentivos deberían dirigirse también a evitar la fragmentación del fondo común como resultado de la competencia. Si los incentivos organizativos e institucionales son adecuados, los grandes fondos comunes son mucho más eficientes que la competencia entre fondos. Los fondos únicos nacionales, por ser los consorcios más grandes posibles y como organizaciones que no están en competencia, pueden considerarse como la forma más eficiente de organizar la mancomunación. Con ellos se evitan la fragmentación y todos los problemas de competencia, pero también se renuncia a las ventajas de la competencia.

En la mayoría de las modalidades de financiamiento de la atención sanitaria, la mancomunación y la compra están integradas dentro de la misma organización. La asignación de los fondos obtenidos de la mancomunación a la compra tiene lugar en la organización por medio de la elaboración de presupuestos. Sin embargo, se han hecho algunos intentos en el mundo para separar las funciones, de tal manera que los recursos de una organización mancomunada se asignan a compradores por medio de la capitación ajustada según el riesgo. Por ejemplo, en Colombia (31, 32) y en los Estados Unidos (33, 34) se ha intentado aprovechar la competencia en las compras con objeto de aminorar en lo posible los problemas de competencia vinculados con la mancomunación que se han mencionado antes.

## COMPRA ESTRATÉGICA

Los sistemas de salud tienen que lograr que el conjunto de intervenciones sanitarias que suministran y financian responda a los criterios descritos en el capítulo 3. Además, tienen que velar por que la forma de suministrar las intervenciones ayude a mejorar la capacidad de respuesta del sistema y la equidad financiera. La compra estratégica es la forma de lograrlo.

Pero, tal como se indica en el capítulo 3, la responsabilidad de lograr la eficacia de las intervenciones sanitarias recae principalmente sobre los proveedores. Para que estos desempeñen su función eficazmente, necesitan insumos y arreglos organizativos adecuados, así como incentivos coherentes, tanto dentro como fuera de la organización. La compra desempeña una función fundamental para alcanzar la coherencia de los incentivos exter-

nos para los proveedores mediante los mecanismos de contratación, elaboración del presupuesto y pago.

La compra estratégica debe hacer frente a tres dificultades esenciales, a saber: qué intervenciones se deben comprar, a quién se han de comprar, y cómo se deben comprar. El tamaño también es importante para las organizaciones que compran. Los grandes compradores no solo pueden aprovechar las ventajas de las economías de escala sino también de una mayor capacidad de negociación (poder monopsónico) en relación con los precios, la calidad y la oportunidad de los servicios, al tratar con los monopolios naturales de los proveedores.

La compra estratégica exige una búsqueda continua de las mejores intervenciones que pueden adquirirse, de los mejores proveedores, así como de los mejores mecanismos de pago y arreglos contractuales para costear esas intervenciones. La determinación de quiénes son los mejores proveedores significa cerrar los mejores tratos (por ejemplo, acceso rápido de los pacientes a los servicios contratados). Significa igualmente forjar alianzas estratégicas para el desarrollo futuro de esos proveedores y para difundir sus mejores métodos a otros proveedores.

La importante función de la salud pública y las características técnicas de las intervenciones que se deben suministrar se abordan en el capítulo 3. Al adquirir atención sanitaria personal, la determinación de qué intervenciones se deben comprar se hace a dos niveles. Un nivel está vinculado en gran medida con la rectoría; en él la sociedad determina (casi siempre de manera implícita) el peso relativo de las metas del sistema, o sea, salud, capacidad de respuesta y una contribución justa al financiamiento. Esto se logra estableciendo prioridades para el financiamiento público de determinados programas o por medio de reglamentos e incentivos financieros para el financiamiento privado voluntario u obligatorio. Si la rectoría no es adecuada, el peso relativo de las metas de los sistemas de salud queda definido en la práctica por el comprador y las fuerzas del mercado. El segundo nivel compete al comprador, e implica que este debe identificar constantemente las intervenciones para alcanzar las metas del sistema (definidas a nivel de la rectoría), además de determinar los copagos y otros aspectos financieros. Eso significa también que el comprador tiene autoridad para negociar con los proveedores en relación con la cantidad, calidad y disponibilidad previstas de las intervenciones que se van a comprar y a suministrar.

Las organizaciones compradoras también tienen que definir a quién le van a comprar. Esto es fundamental para que esas organizaciones no tengan que verse envueltas en la microadministración de los proveedores. Con miras a fijar incentivos para controlar los costos, para que se asigne gran importancia a la atención preventiva y para mantener o mejorar la calidad de los servicios, los compradores tienen que establecer prioridades entre las *unidades* de compra: es decir, estipular si se deben comprar intervenciones individuales, conjuntos especificados de atención, toda la atención sanitaria para individuos o grupos, o todos los insumos necesarios para esa atención. Cada unidad de compra deberá tener un tamaño crítico e incluir una gama lo suficientemente amplia de proveedores individuales para lograr una combinación adecuada de servicios. Dichas unidades permiten que el comprador y el proveedor se pongan de acuerdo más fácilmente sobre un mecanismo de pago en el cual el proveedor comparte el riesgo con el comprador (es decir, el proveedor es parcialmente responsable de una amplia gama de intervenciones por una cantidad de dinero relativamente fija). La gama completa de la distribución del riesgo, desde la situación en que todos los riesgos recaen sobre el comprador hasta la situación en que esa carga la sobrellevan los proveedores, se aborda en el *Informe sobre la salud en el mundo 1999*.



Con este tipo de unidades, también resulta más fácil para los compradores firmar contratos a largo plazo con proveedores que se ocuparían de todos los aspectos de la atención sanitaria requerida por grupos de miembros del fondo común. Si la unidad de compra es demasiado pequeña, el comprador tendrá dificultades para ponerse de acuerdo sobre un mecanismo de pago basado en la participación en el riesgo, debido a la posible fragmentación del fondo común, y tendrá que recurrir a la compra tradicional de insumos o a los pagos de honorarios por servicio prestado. Este tipo de situación obligará al comprador a concentrarse en intervenciones aisladas de corto plazo, ya que la falta de un acuerdo sobre la participación en los riesgos dificultará la firma de un contrato a largo plazo para adquirir intervenciones destinadas a grupos de población. Esto aumentará los costos administrativos generales del sistema en relación con el volumen de intervenciones en cuestión.

Con relación a cómo comprar, hay dos objetivos. El primero es evitar la microcompra, es decir, una compra de intervenciones en una escala tan pequeña que viene a ser igual a la microadministración de los proveedores. (Sin embargo, habrá circunstancias en que la microcompra o la microgestión estarán justificadas, en particular si se trata de intervenciones de gran complejidad, muy costosas y poco frecuentes.) El segundo es concebir y poner en práctica mecanismos eficaces de contratación, de elaboración de presupuestos y de pago. Evitar la microcompra supone que el proceso de suministro se centre en estipular los incentivos externos adecuados y en evaluar los resultados. En este caso, la dificultad consiste en fijar metas de compra que otorguen a los proveedores todo el poder discrecional necesario en su contacto con los ciudadanos, pero que a la vez dejen al comprador la capacidad de influir en el acceso general a los servicios personales y de otro tipo por los miembros del fondo común.

Los mecanismos de elaboración de presupuesto y de pago al proveedor constituyen una parte fundamental de la interacción entre comprador y proveedor. Junto con la contratación, crean un entorno en el cual hay incentivos para que los proveedores actúen de conformidad con los siguientes cuatro objetivos, a saber: prevenir problemas de salud de los miembros de la organización mancomunada; prestar servicios y resolver problemas de salud de esos miembros; responder a las expectativas genuinas de los usuarios, y contener los costos.

No hay un solo mecanismo de elaboración de presupuesto o de pago a los proveedores que pueda alcanzar los cuatro objetivos simultáneamente (35). El cuadro 5.3 resume las características de los mecanismos más comunes de este tipo concebidos para alcanzar esos

**Cuadro 5.3 Mecanismos de pago al proveedor y comportamiento del proveedor**

Comportamiento del proveedor	Prevenir problemas de salud	Prestar servicios	Responder a expectativas legítimas	Contener costos
<b>Mecanismos</b>				
Presupuesto por partidas	+/-	--	+/-	+++
Presupuesto general	++	--	+/-	+++
Capitación (con competencia)	+++	--	++	+++
Pago relacionado con el diagnóstico	+/-	++	++	++
Honorario por servicio	+/-	+++	+++	---

Clave: +++ efecto muy positivo; ++ cierto efecto positivo; +/- efecto pequeño o variable; -- cierto efecto negativo; --- efecto muy negativo.

objetivos. Si bien los presupuestos por partida pueden ser eficaces para controlar los costos, ofrecen pocos incentivos para alcanzar los otros tres objetivos. Por el contrario, mientras que el pago de honorarios por servicio prestado ofrece buenos incentivos para prestar los servicios, también crea incentivos que conducen a un aumento generalizado de los costos del sistema. En consecuencia, los compradores tienen que utilizar una combinación de mecanismos de pago para alcanzar sus objetivos. La libre selección del proveedor por los consumidores aumenta la capacidad de respuesta en todos los sistemas de pago, pero especialmente en los que tienen que atraer pacientes para garantizar el pago por el comprador (pago de honorarios por servicio o relacionado con el diagnóstico).

La capitación es un pago fijo por beneficiario a un proveedor que se encarga de prestar una gama de servicios. Ofrece incentivos potencialmente fuertes para la prevención de enfermedades y el control de costos, hasta tal punto que el proveedor que recibe la capitación se beneficiará de ambos. Si el contrato es de tan corta duración que una intervención preventiva en particular tendría un efecto observable solamente después de terminado el contrato, el incentivo para la prevención será mínimo o nulo. De manera análoga, si no se le permite al proveedor beneficiarse del excedente resultante de los ahorros, ni invertirlo, habrá pocos incentivos para controlar los costos más allá de lo necesario para lograr la sostenibilidad financiera de la organización proveedora.

Debido a sus ventajas en cuanto al control de costos y la prevención, la capitación se ha introducido en muchas organizaciones de compra en todo el mundo. Se ha utilizado en el servicio nacional de salud del Reino Unido en relación con los médicos generales, y en fecha reciente ha tenido una función más importante en la participación en el riesgo con la introducción de la asignación de presupuestos a los médicos generales, lo que permite la inversión de los excedentes en la práctica profesional del titular (6). En la Argentina también se ha utilizado en las redes de proveedores de la organización de seguridad social para jubilados (23), en Nueva Zelanda con las asociaciones de ejercicio profesional independiente (36), y en los Estados Unidos con las organizaciones para el mantenimiento de la salud (37). Cuando se utilizan mecanismos de pago basados en la participación en los riesgos, dependiendo de los términos particulares del mecanismo en cuestión, parte de la función de mancomunación consistente en distribuir el riesgo entre los miembros puede realizarla el proveedor. Por lo tanto, cuando una organización mancomunada y de compras integrada contrata proveedores pequeños, cada proveedor también puede convertirse en una organización mancomunada. Por ende, hay un riesgo de fragmentación del fondo si los consorcios de proveedores son demasiado pequeños. Este fue el argumento principal para que, en 1999, el Reino Unido decidiera pasar de la asignación de presupuestos a los médicos generales a consorcios más grandes, los llamados grupos de atención primaria de salud.

Los mecanismos de pago al proveedor orientados por la demanda, tales como los presupuestos por partida, concentran las actividades de compra en los insumos y no permiten que los proveedores respondan con flexibilidad a los incentivos externos. Sucede con demasiada frecuencia que estos son los principales mecanismos de asignación de recursos para los proveedores públicos en los países en desarrollo. De esta forma, los proveedores no adaptan continuamente la combinación de servicios que ofrecen. Este ha sido un obstáculo serio al mejoramiento de la eficiencia del sistema de salud en muchos países en desarrollo (38). También ha entorpecido considerablemente el mejoramiento de la colaboración entre el sector público y el privado en la prestación de servicios (39). En este sentido, los presupuestos por partida son mucho peores que los presupuestos generales, que también controlan los costos.

¿Qué hace falta para pasar a una administración más flexible de los recursos a nivel de los proveedores? El *Informe sobre la salud en el mundo 1999* dio a conocer una respuesta a esta pregunta (14): significa llegar a convenios más explícitos entre compradores y proveedores en relación con los servicios que se van a prestar (convenios de desempeño, cuasi-contratos y contratos). Los arreglos cuasicontractuales son acuerdos explícitos sin fuerza jurídica obligatoria entre dos partes, en este caso el comprador y el proveedor. La gestión de los recursos exige además la introducción de planes según los cuales “el dinero sigue al paciente”, en especial cuando se introducen políticas que favorecen la libre selección de los proveedores. Para hacerlo bien hay que tener una considerable capacidad organizativa e institucional, junto con condiciones políticas favorables, particularmente debido a las posibles consecuencias para los proveedores públicos. De no lograrse esta capacidad y las condiciones políticas antes o simultáneamente con la firma de un contrato, aunado a las reformas financieras del lado de la demanda, puede haber consecuencias negativas, a juzgar por la experiencia en India, México, Papua Nueva Guinea, Sudáfrica, Tailandia y Zimbabwe (40, 41). La contratación externa de servicios clínicos es particularmente compleja aun cuando se limite a proveedores sin fines de lucro, tales como los hospitales de las iglesias de Ghana, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe (42).

En resumen, los compradores necesitan hacer la transición de los mecanismos de pago determinados por la oferta a mecanismos de pago regidos por la demanda, de la contratación implícita a la explícita, y del pago de honorarios por servicio prestado a alguna forma de pago basado en la participación en el riesgo. La contratación, la transición al pago determinado por la demanda y la introducción de mecanismos de pago al proveedor basados en la participación en el riesgo exigen un alto nivel de capacidad técnica, organizativa e institucional, así como considerable influencia política debido a la probable resistencia de los proveedores a sobrellevar más riesgos y a que se les exija mayor responsabilidad, particularmente en el sector público.

## FORMAS DE ORGANIZACIÓN

El debate sobre las opciones de política para el financiamiento de los sistemas de salud suele centrarse en los aspectos técnicos y subestima la importancia de los factores organizativos e institucionales. Un ejemplo de los resultados de este criterio son las reformas de los mecanismos de pago a proveedores concebidas a comienzos de los años noventa en algunos países de América Latina (Argentina, Chile, Costa Rica y Nicaragua) (39). Inicialmente, estas reformas subestimaron la importancia de los efectos organizativos e institucionales al suponer que si las señales emitidas por los precios eran adecuadas, esto bastaría para cambiar el comportamiento del proveedor. Al parecer, se había dado por sentado, de manera implícita o explícita, que los administradores de los proveedores públicos entenderían —principalmente en virtud de mecanismos nuevos, tales como los pagos relacionados con el diagnóstico o la capitación— las señales emitidas por los precios, sabrían cómo responder y estarían dispuestos a actuar de conformidad con ellas, a pesar de la cultura de sus organizaciones. Estas reformas también subestimaron la importancia y las dificultades que entrañaba el dar a los gerentes un entorno legal y administrativo lo suficientemente flexible para efectuar los cambios correctos. Más aún, las reformas parecen haber supuesto que el gobierno estaría dispuesto y tendría la capacidad de lidiar con los problemas políticos relacionados con esa flexibilidad. La experiencia de los 10 años últimos demuestra que esos supuestos no siempre son correctos, y que se requiere hacer más hin-

capié en el cambio organizativo e institucional para que las reformas en el pago a los proveedores sean fructíferas.

Las características de las organizaciones proveedoras se analizan en el capítulo 3. Un análisis similar puede hacerse para las organizaciones de financiamiento de la salud. A continuación se analizan algunos de los factores más importantes que influyen en el desempeño de las organizaciones de financiamiento sanitario y, por conducto de ellas, en la protección contra el riesgo financiero aportada por el sistema de salud.

Los ciudadanos contribuyen a sostener el sistema de salud por medio de los pagos que hacen de su propio bolsillo en el momento de pedir los servicios; pero también contribuyen a sostener la mayoría de los sistemas de salud en el mundo por medio de diversas combinaciones de las siguientes formas de organización.

- El *ministerio de salud*, que por lo general encabeza una amplia red de proveedores públicos organizados como servicio nacional de salud, que depende de los impuestos generales —recaudados por el ministerio de hacienda— como fuente principal de ingresos, y atiende a la población en general.
- Las *organizaciones de seguridad social* (únicas o múltiples, en competencia o no), que dependen principalmente de las contribuciones relacionadas con el sueldo, son dueñas de su propia red de proveedores o compran a proveedores externos, y atienden principalmente a sus propios afiliados (que suelen ser trabajadores del sector estructurado).
- Las *organizaciones mancomunadas comunitarias o dependientes de proveedores*, que usualmente comprenden una pequeña organización mancomunada o de compra que depende principalmente de contribuciones voluntarias.
- Los *fondos de seguro de salud de carácter privado* (reglamentados o no), que dependen principalmente de cuotas voluntarias (primas), las cuales pueden estar relacionadas con el riesgo pero no suelen estarlo con los ingresos, y a menudo son contratados por un empleador para todos los empleados de su empresa.

Los proveedores pueden actuar como organizaciones mancomunadas o consorcios, regidas por un mecanismo de pagos por capitación no ajustado en función del riesgo, según se ha mencionado en párrafos anteriores. De acuerdo con estas circunstancias, los incentivos internos para los proveedores coexisten con los incentivos internos para las organizaciones financieras, lo que puede entorpecer la coherencia entre los incentivos.

Cada forma de organización maneja las características técnicas del financiamiento sanitario de una manera particular. Esto se observa claramente al comparar el seguro de salud privado, vinculado con el riesgo, con la seguridad social. Las organizaciones de seguridad social distribuyen el riesgo entre todo el fondo común por medio de contribuciones no relacionadas con el riesgo. Todos los afiliados pagan una proporción de su sueldo, independientemente de su riesgo. Por el contrario, en las contribuciones a las organizaciones de seguro de salud voluntarias y privadas se cobra la misma prima solamente a los miembros de una categoría similar de riesgo (determinada, por ejemplo, por el sexo, la edad y el lugar de residencia) del fondo común. Hay numerosas categorías en el seguro de salud privado y se cobra a los asegurados de conformidad con la categoría de riesgo a la cual pertenecen. Los modos de proceder de la seguridad social y del seguro privado relacionado con el riesgo son contradictorios, y su coexistencia crea incentivos diferentes para los consumidores. Todos los consumidores cuya categoría de riesgo es tal que el seguro privado les cobraría menos que lo que tendrían que pagar a un plan de seguro de carácter social

tienen el incentivo de no pagar cuotas a este último y optar por el plan privado, si pueden hacerlo. Las personas de alto riesgo, sin embargo, tienen el incentivo de contribuir a la seguridad social, con lo cual esta se recarga con afiliados de alto riesgo y aumenta el costo per cápita de los servicios para los miembros del fondo común. El caso chileno, que se describe en el recuadro 5.2, es un ejemplo de este fenómeno (43), en el cual los contribuyentes pueden salirse de la seguridad social y pedir que sus cuotas vayan a aseguradoras privadas. Los incentivos contradictorios pueden controlarse solamente si el seguro de carácter social es obligatorio.

Las funciones de financiamiento de la salud suelen estar integradas en una organización única. Para los ministerios de salud (o servicios nacionales de salud), no obstante, el cobro lo hace generalmente el ministerio de hacienda. Algunos sistemas de salud con varias organizaciones de seguridad social han introducido entidades centrales de cobro encargadas de la nivelación del riesgo entre los fondos comunes (como en Alemania, Colombia y los Países Bajos). Se han hecho varios intentos por separar las funciones de mancomunación y de compra (como en Colombia y en los Estados Unidos). La separación organizativa del

### Recuadro 5.2 El mercado del seguro de salud en Chile: cuando la rectoría no logra compensar los problemas de competencia de los fondos comunes ni los desequilibrios entre los incentivos internos y externos

En 1980, Chile efectuó una reforma radical del sistema de salud por la cual separó la administración financiera en el sector de la salud pública de los proveedores y del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se financia mediante una combinación de impuestos generales (para los pobres que también se incluyen en el fondo) y un impuesto sobre la nómina de 7% para los trabajadores del sector estructurado. Esto permitió simultáneamente la introducción de organizaciones privadas de seguro de salud (las llamadas ISAPRE) que entraban a competir por el mercado. Todos los trabajadores del sector estructurado y sus familias tienen que contribuir al FONASA o a una ISAPRE. El resto de la población está asegurado por el FONASA. En contraste con el FONASA, que cobra a todos sus afiliados el mismo importe de 7% deducido de la nómina, independientemente del riesgo, las ISAPRE pueden ajustar la contribución (la contribución mínima deducible de la nómina es 7%) y el conjunto de prestaciones según el riesgo del titular y su familia. Estas formas de organización parten de fundamentos opuestos. Mientras

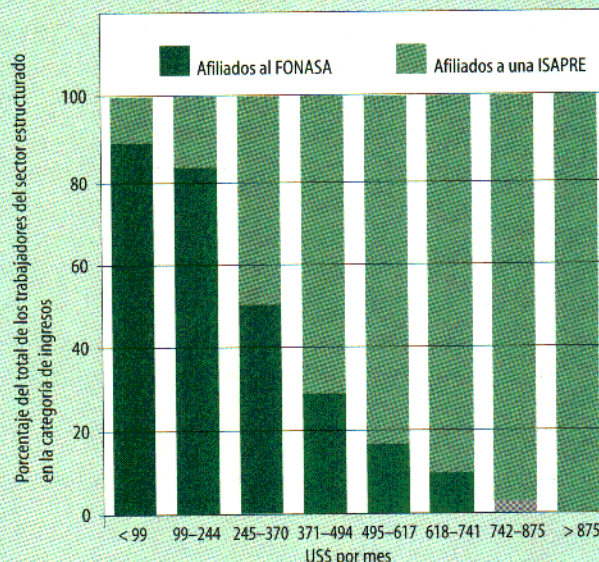
que el FONASA se basa en cuotas relacionadas con el sueldo sin ninguna exclusión, las ISAPRE en la práctica se basan en contribuciones relacionadas con el riesgo. Exceptuando el muy limitado poder del Ministerio de Salud, ninguna entidad normativa estaba en posición de reglamentar el funcionamiento de las ISAPRE hasta

10 años después de que fueron creadas. En consecuencia, las ISAPRE pasaron de cubrir a 2% de la población en 1983 a cubrir a 27% en 1996.

La falta de reglamentación, una rectoría débil (por razones políticas) y una política explícita de canalizar todos los subsidios cruzados por conducto del FONASA exclusivamente,

dio por resultado una marcada segmentación del mercado. Las ISAPRE se concentraron en los más ricos, y seleccionaron a los más sanos en función del riesgo. Solo en fecha reciente ha sido posible introducir reglamentaciones para reducir la selección según el riesgo. Como consecuencia de la segmentación, mientras que más de 9% de la población chilena tiene más de 60 años (por lo general, el grupo de más alto riesgo), ese grupo representa solamente alrededor de 3% de los beneficiarios de las ISAPRE. Al mismo tiempo, tal como se indica en el gráfico, mientras que todos los trabajadores de ingresos bajos están afiliados al FONASA, muy pocos forman parte del sistema de ISAPRE. En Chile continúa el debate sobre la reforma del sistema de seguro de salud para abordar este problema estructural.

#### Seguro de salud de los trabajadores del sector estructurado, afiliación al FONASA y a las ISAPRE según el nivel de ingresos, Chile, 1994



Fuente: Asociación de ISAPRE y FONASA, 1995.

Fuente: Baeza C, Copetta C. *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) y Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999.

cobro y la mancomunación es menos frecuente que la separación entre compras y prestación de servicios, y se ha analizado menos. Al parecer, es menos importante para fijar los incentivos adecuados para los proveedores que la separación entre la compra y la prestación de servicios, tal como se ha introducido de acuerdo con la competencia administrada y las reformas del mercado interno (44–47).

## INCENTIVOS

En cuanto a las organizaciones de proveedores descritas en el capítulo 3, las organizaciones de financiamiento de la salud están sujetas a incentivos internos. El desempeño organizativo depende de la coherencia de los siguientes incentivos internos.

- El grado de *autonomía* o derechos de decisión que la organización tiene con respecto a su dueño, a la autoridad supervisora o al gobierno. Los derechos cruciales de decisión son la fijación del monto de las contribuciones (primas o impuesto sobre la nómina) y del copago; la determinación del orden de prioridad de las intervenciones que se van a comprar; la elaboración y negociación de contratos y mecanismos de pagos a los proveedores; la selectividad al contratar con los proveedores, y, en muchos casos, la libertad para decidir con respecto a las inversiones.
- El grado de *responsabilización*. A medida que aumenta la autonomía, los dueños, las autoridades supervisoras o el gobierno necesitan mecanismos para que la organización se responsabilice de los resultados previstos por conducto de la supervisión jerárquica, la reglamentación o los incentivos financieros.
- El grado de *exposición al mercado*, es decir, la proporción de ingresos obtenidos de manera competitiva y no adquiridos mediante asignación presupuestaria. Desde el punto de vista del desempeño, es particularmente importante saber si los gobiernos otorgan suplementos presupuestarios para cubrir déficits derivados de un desempeño deficiente.
- El grado de *responsabilidad financiera* por pérdidas, y los derechos a los beneficios (retención de las ganancias y de lo recaudado en concepto de ventas o alquileres).
- El grado de *mandatos sin financiamiento previsto*, es decir, la proporción (en función de los ingresos asignados) de los mandatos por los cuales se considera legalmente responsable a la organización pero por los que no está autorizada a cobrar honorarios, y por los que no recibe ninguna transferencia financiera compensatoria. Esos mandatos pueden ser incluir a los muy pobres o muy enfermos en el fondo común, como suele suceder con los ministerios de salud o los servicios nacionales de salud. También puede ser un mandato para que el comprador pague la atención de urgencia en una situación que pone en peligro la vida, cualesquiera que sean la atención prestada y su costo.

Todos los sistemas de financiamiento de la salud mediante pago anticipado en el mundo representan combinaciones de las cuatro formas de organización que se acaban de describir. Está claro que cada forma tiene un nivel de exposición diferente a los incentivos internos. Por ejemplo, las organizaciones del ministerio de salud o del ministerio de hacienda tienen mayores probabilidades que los seguros privados de recibir mandatos sin financiamiento previsto. Más aún, debido a las diferencias en cuanto a exposición al mercado y responsabilización entre tales organizaciones, sus respuestas a dichos mandatos serán muy diferentes. Mientras que los ministerios de salud o de hacienda pueden responder a esos mandatos ajustando la calidad o la oportunidad de las intervenciones, o incluso

- Las normas y costumbres relativas a la *governabilidad* conforman la relación entre las organizaciones y sus propietarios. La propiedad (pública o privada) suele conllevar el derecho a tomar decisiones acerca del uso de un activo y el derecho al ingreso que queda después de cumplir con todas las obligaciones estipuladas. La especificación y la limitación de estos derechos suele ser un elemento importante de la reglamentación.
- Entre las normas y costumbres relacionadas con los *objetivos de política pública* que influyen en el comportamiento de las organizaciones se encuentran las directivas para la ejecución del presupuesto (para los ministerios de salud o los servicios nacionales de salud), los criterios para optar por los subsidios públicos (para los aseguradores privados y los fondos comunitarios), y los procedimientos de auditoría requeridos.
- Las normas y costumbres relativas a los *mecanismos de control* conforman las relaciones entre las organizaciones y las autoridades públicas, así como entre las organizaciones y los consumidores. En este contexto, las autoridades públicas son las que participan en esferas tales como formulación de políticas, reglamentación y aplicación. Además, tienen una gama de instrumentos a su disposición con los cuales pueden establecer incentivos externos para las organizaciones de financiamiento sanitario, que van desde el mando jerárquico y el control (por ejemplo, instrucciones políticas o administrativas del gobierno al ministerio de salud o al servicio nacional de salud) hasta la reglamentación y los incentivos. Estos instrumentos pueden incluir normas relacionadas con temas tales como el porcentaje del impuesto por nómina que se destinará al financiamiento de las organizaciones de seguridad social, el contenido mínimo de los conjuntos de prestaciones, las exclusiones permitidas y las enfermedades preexistentes que deben cubrirse, la duración de los contratos, las restricciones en cuanto a comercialización y mercadeo, la fijación de precios del seguro privado, y el envío obligatorio de información a las entidades de control.

En cuanto a los incentivos internos, las cuatro formas de organización están expuestas en diferentes grados a los diversos incentivos externos. El cuadro 5.5 resume las diferencias más importantes.

La diferencia entre los incentivos externos para los ministerios de salud o de hacienda y los seguros de salud privados es particularmente pertinente. Si bien el control jerárquico influye en los ministerios de salud o de hacienda, tiene poca o ninguna influencia sobre el

**Cuadro 5.5 Exposición de diversas formas de organización a los incentivos externos**

Formas de organización \ Incentivos externos	Ministerios de salud o de hacienda	Organizaciones de seguridad social	Organizaciones mancomunadas comunitarias	Fondos de seguro de salud privado
Governabilidad	Público, nivel bajo de derechos de decisión	Público o casi público con niveles variables de derechos de decisión	Privado, nivel alto de derechos de decisión	Privado, nivel alto de derechos de decisión
Financiamiento para objetivos de política pública	Importante	Variable; gobierno y mercado	Ninguno, excepto cuando reciben subsidios públicos condicionales	Ninguno, excepto cuando reciben subsidios públicos condicionales
Mecanismos de control	Control jerárquico	Diversos grados de control jerárquico, reglamentación e incentivos financieros	Reglamentación y posiblemente incentivos financieros	Reglamentación y posiblemente incentivos financieros

aseguramiento privado o los arreglos de mancomunación comunitaria. La introducción de un seguro de salud privado que sea competitivo (como una opción explícita de política) o la proliferación de arreglos informales de mancomunación comunitaria (o seguro de salud informal) requiere que la rectoría pase del control jerárquico a la aplicación de reglamentos e incentivos financieros como una forma de influir en el comportamiento. Esta transición suele representar un cambio significativo en la forma en que ha funcionado tradicionalmente el control. Requiere la habilidad para prever y llevar a la práctica las modificaciones legales y administrativas necesarias, y exige una modificación significativa de la variedad de aptitudes y la cultura de las organizaciones de control.

Los datos obtenidos de las tendencias observadas en las reformas del financiamiento sanitario en algunos países de Europa oriental y de América Latina (3, 48) muestran los posibles efectos negativos de no fortalecer el control y de cambiar a diferentes instrumentos de incentivos externos cuando se introduce el seguro de salud privado competitivo. La selección del riesgo es casi segura, de tal manera que los consumidores de altos ingresos y bajo riesgo se salen de los fondos comunes públicos y, en consecuencia, empeora la situación financiera de estos últimos.

Para alcanzar su potencial, los incentivos externos e internos deben ser coherentes y armónicos para abordar dos problemas fundamentales que son cada vez más evidentes en los países en desarrollo: la "apropiación" del proceso de toma de decisiones por otros intereses, y la ineficiencia en el financiamiento basado en la oferta.

Como los incentivos internos y externos hacen que los ministerios de salud o de hacienda, y hasta las organizaciones de seguridad social únicas, se concentren más en preocupaciones políticas que en los intereses de los consumidores, estas organizaciones son particularmente vulnerables a la apropiación. En otras palabras, la toma de decisiones en la organización mancomunada o de compra está impulsada por intereses ajenos a la esfera de la salud, la capacidad de respuesta ante los beneficiarios y la equidad financiera. La apropiación puede ocurrir como resultado de intereses fiscales, empresariales, sindicales, de los partidos políticos, y así sucesivamente. Hay muchos ejemplos de sistemas donde los ingresos de la seguridad social se utilizan para fines fiscales (un problema común en América Latina en el pasado) o donde el gobierno, en su calidad de empleador, simplemente no paga a la seguridad social las cuotas que le corresponden como parte de arreglos tripartitos de financiamiento (es decir, con aportaciones de trabajadores, empleadores y gobierno), como ocurrió en Costa Rica durante los años ochenta. Las huelgas de médicos y sus efectos sobre los sueldos en los servicios nacionales de salud también muestran la vulnerabilidad de tales sistemas a la apropiación por intereses profesionales e ilustran un peligro de la prestación de servicios en gran escala por el sector público.

## CÓMO INFLUYE EL FINANCIAMIENTO EN LA EQUIDAD Y LA EFICIENCIA

El factor determinante más importante de hasta qué punto es justo el financiamiento de un sistema de salud, según se explica en el capítulo 2, es la participación del pago anticipado en el gasto total. Los pagos del bolsillo del usuario suelen ser la forma más regresiva de costear la atención sanitaria, y la forma que más expone a la gente a riesgos financieros catastróficos. Por lo tanto, la forma en que se recaudan los ingresos tiene una gran repercusión sobre la equidad del sistema.

Pero aun si, partiendo de esta base, casi cualquier forma de pago anticipado fuese preferible al gasto sufragado por el propio usuario, también importa mucho cómo se combi-



nan los ingresos de tal forma que se compartan los riesgos: cuántos fondos comunes hay, de qué tamaño son, si la inclusión es voluntaria u obligatoria, si es posible la exclusión, qué grado y tipo de competencia existe entre los fondos comunes y si, en el caso de fondos en competencia, hay mecanismos que compensen las diferencias en el riesgo y la capacidad de pago. Todas estas características influyen en el carácter justo del sistema, pero también ayudan a determinar con cuánta eficacia funciona. El argumento en favor de un fondo común único o de un número pequeño de fondos de tamaño adecuado, y en contra de la fragmentación, tiene que ver con la viabilidad financiera de los fondos comunes; con los costos administrativos del seguro; con el equilibrio entre las economías de escala y (cuando hay poca o ninguna competencia) los riesgos de apropiación de las decisiones y falta de capacidad de respuesta, y con la limitación en la selección del riesgo (que es una cuestión de eficiencia así como de equidad). La ineficiencia a la hora de recabar y mancomunar los ingresos reduce los recursos financieros disponibles tanto para invertir como para prestar servicios, y el acceso de la gente a los servicios que se pueden financiar.

La compra, finalmente, también influye tanto en la equidad como en la eficiencia, al determinar qué inversiones se hacen y qué intervenciones se compran, y para quién. Los ingresos pueden recabarse con justicia y con un mínimo de derroche, y pueden mancomunarse de tal forma que los sanos ayuden a apoyar a los enfermos y los ricos ayuden a apoyar a los pobres. El desempeño del sistema seguirá estando por debajo de su potencial si los recursos mancomunados no se utilizan de manera inteligente para comprar la mejor combinación posible de medidas para mejorar la salud y satisfacer las expectativas de la gente.

## REFERENCIAS

1. Musgrove P. Reformas al sector salud en Chile: contexto, lógica y posibles caminos. En: Giaconi J, ed. *La salud en el siglo XXI*. Santiago, Chile: Centro de Estudios Públicos; 1995.
2. Oyarzo C, Galleguillos S. Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud. *Cuadernos de Economía* 1995;32(95).
3. Preker A, et al. *Health financing systems in transition: trends in Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: The World Bank; 1990. (World Bank Technical Paper). (En preparación).
4. New Zealand Ministry of Health. *Healthy New Zealanders: briefing papers for the Ministry of Health* 1996. Wellington: Ministry of Health; 1996.
5. Hornblow A. New Zealand's health reforms: a clash of cultures. *British Medical Journal* 1997;314: 1892-1894.
6. Robinson R, Le Grand J. *Evaluating the National Health Service reforms*. Oxford: Policy Journals, Transaction Books; 1994.
7. UK Department of Health. *Working for patients*. London: HMSO; 1989.
8. UK Department of Health. *The new NHS*. London: The Stationery Office; 1998.
9. Gertler P, van der Gaag J. *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press; 1990.
10. Bitran R, McInnes DK. *The demand for health care in Latin America: lessons from the Dominican Republic and El Salvador*. Washington, DC: Economic Development Institute of The World Bank; 1993.
11. Lavy V, Quigley JM. *Willingness to pay for the quality and intensity of medical care by low-income households in Ghana*. Washington, DC: The World Bank; 1993. (Living Standards Measurement Study Working Paper No. 94).
12. Nyongato F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning* 1999;14(4):329-341.
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. World Health Organization. *The world health report 1999: making a difference*. Geneva: WHO; 1999: 37-43.
15. Schieber G, Maeda A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. En: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, March 10-11, 1997*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (World Bank Discussion Paper No. 365).

16. Bennett S, Creese A, Monash R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva: World Health Organization; 1998. (Document WHO/ARA/CC/98.1).
17. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Estudio de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999.
18. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *New England Journal of Medicine* 1981;305:1501-1507.
19. Abel-Smith B, Rawal P. Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning* 1992;7(4):329-341.
20. Scheffler R, Yu W. Medical savings accounts: a worthy experiment. *European Journal of Public Health* 1988;8:274-276.
21. Saltman RB. Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. *European Journal of Public Health* 1998;8:276-278.
22. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41(1):1-36.
23. World Bank. *Argentina, facing the challenge of health insurance reform*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (LASHD ESW Report 16402-AR).
24. Baeza C, Cabezas M. *¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina?* Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999.
25. Van de Ven WP, et al. Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands. *Health Affairs* 1994;13(5):120-136.
26. Musgrove P. *Equitable allocation of ceilings on public investment: a general formula and a Brazilian example in the health sector*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Working Paper No. 69).
27. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963;53(5):941-973.
28. Feldstein P. *Health care economics*. New York: Delmar Publisher; 1993.
29. Coase R. The nature of the firm. *Economica* 1937;4.
30. Williamson O. *The economic institutions of capitalism*. New York: The Free Press; 1985.
31. Londoño JL. Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana. *Revista de Análisis Económico* 1996;11(2).
32. Titelman D, Uthoff A. *The health care market and reform of health system financing*. Santiago, Chile: ECLA; 1999.
33. Weiner J, et al. Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financing Review* 1996;17(3):77-99.
34. Actuarial Research Corp. *Medical capitation rate development*. Annandale, Virginia: US Department of Commerce; 1996. (National Technical Information, 1996 PB 96214887).
35. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995;10:23-45.
36. Wilton P, Smith RD. Primary care reform: a three country comparison of budget holding. *Health Policy* 1998;44(2):149-166.
37. Sekhri Feachem N. Managed care: the US experience. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78. (En prensa).
38. Preker A, Feachem RGA. *Marked mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC: The World Bank; 1995. (Technical Paper No. 293).
39. Baeza C. *Taking stock of health sector reform in LAC*. Washington, DC: The World Bank; 1998. (World Bank Technical Discussion Paper, LASHD).
40. Mills A. Contractual relationships between governments and the commercial private sector in developing countries. En: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London: Zed Books; 1996.
41. McPake B, Hongoro C. Contracting out clinical services in Zimbabwe. *Social Science and Medicine* 1995;41(1):13-24.
42. Gilson L, et al. Should African governments contract out clinical health services to church providers? En: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London: Zed Books; 1996.
43. Baeza C, Copetta C. *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) y Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile; 1999.

44. Enthoven A. *Reflections on the management of the National Health Service*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1985.
45. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1988;13:305–321.
46. Enthoven A. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 1993;12:24–48.
47. Ovetveit J. *Purchasing for health: a multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1995. (Health Services Management Series).
48. Baeza C. *Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999. (Documentos para el Diálogo en Salud No. 3).



## CAPÍTULO 6

# *¿Cómo se protege el interés público?*

*Los gobiernos deben ser los “rectores” de los recursos nacionales, manteniéndolos y mejorándolos para beneficio de la población. En materia de salud, esto supone en última instancia hacerse cargo de la gestión cuidadosa del bienestar de los ciudadanos. La rectoría en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno. En relación con cada país, esto significa establecer el sistema de salud mejor y más equitativo que sea posible. La salud de la gente siempre debe ser una prioridad nacional, y la responsabilidad correspondiente del gobierno es continua y permanente. Por su parte, los ministerios de salud tienen que asumir gran parte de la función rectora de los sistemas de salud.*

*La política y las estrategias sanitarias tienen que incluir la prestación de servicios y el financiamiento privados, junto con el financiamiento y las actividades del Estado. Solo así será posible que los sistemas de salud en su totalidad puedan orientarse a lograr metas favorables al interés público. La rectoría abarca las tareas de definir la visión y la dirección de la política sanitaria, ejercer influencia por medio de la reglamentación y la defensa de la causa, y reunir información y utilizarla. En el ámbito internacional, la función rectora supone influir en las investigaciones y la producción mundiales para alcanzar objetivos sanitarios. También significa proporcionar una base de datos probatorios a fin de guiar los esfuerzos de los países encaminados a mejorar el desempeño de sus sistemas de salud.*



## 6

## ¿CÓMO SE PROTEGE EL INTERÉS PÚBLICO?

### LOS GOBIERNOS COMO RECTORES DE LOS RECURSOS SANITARIOS

La rectoría es la última de las cuatro funciones de los sistemas de salud examinadas en el presente informe, y posiblemente sea la más importante. Tiene prelación sobre las otras —prestación de servicios, producción de insumos y financiamiento— y difiere de ellas por una razón relevante: la responsabilidad última del desempeño general del sistema de salud de un país tiene que recaer siempre en el gobierno. La rectoría no solo influye en las otras funciones sino que permite alcanzar las metas de todo sistema de salud: mejorar la salud, responder a las expectativas legítimas de la población y lograr que haya equidad en las contribuciones. El gobierno ha de procurar que la función rectora esté presente en todos los niveles del sistema de salud a fin de alcanzar los mejores resultados.

Hace poco, la rectoría se definió como “la función de un gobierno responsable del bienestar de la población al que le preocupan la confianza y legitimidad con que la ciudadanía considera sus actividades” (1). Esta función exige tener capacidad de visión, hacer acopio de información y ejercer influencia, principalmente por el ministerio de salud, que debe supervisar y guiar la realización y el desarrollo de las acciones sanitarias nacionales en nombre del gobierno. Por consiguiente, una buena parte del presente capítulo se refiere a la función del ministerio.

Algunos aspectos de la rectoría en materia de salud tienen que ser asumidos por el gobierno en su totalidad. Influir en el comportamiento de actores de la salud que se mueven en otros sectores de la economía o alcanzar el tamaño exacto y la combinación idónea de aptitudes de los recursos humanos producidos por el sistema de salud puede estar fuera del alcance del ministerio. Para lograr la coherencia y la uniformidad necesarias entre las distintas dependencias gubernamentales y los diferentes sectores, el gobierno debería emprender, en caso necesario, una reforma general de la administración pública.

Fuera del ámbito gubernamental, la rectoría es igualmente una responsabilidad de los compradores y proveedores de servicios de salud, a quienes compete procurar que el dinero que gastan rinda los mayores beneficios posibles en cuanto a la salud. Asimismo, la rectoría en materia de salud tiene una dimensión internacional relacionada con la asistencia externa.

Sea como fuere, el gobierno sigue llevando la batuta. Actualmente, en casi todos los países está cambiando la función del Estado en relación con la sanidad. Las expectativas de

la gente con relación a los sistemas de salud son mayores que nunca; sin embargo, existen límites en las cosas que los gobiernos pueden financiar y en los servicios que pueden facilitar. Los gobiernos no pueden cruzarse de brazos frente a las demandas en constante aumento y, como consecuencia, se encuentran con dilemas complejos a la hora de decidir qué dirección tomar, pues ellos no pueden hacerlo todo. No obstante, desde el punto de vista de una rectoría eficaz, las funciones clave que competen al gobierno son la de supervisor y la de fideicomisario; en otras palabras, hacer caso a los que aconsejan “remar menos y ocuparse más del timón” (2, 3).

En todas partes, la rectoría presenta importantes defectos. En el presente capítulo se examinan algunos de ellos y se analizan además importantes tareas de rectoría. Se tienen en cuenta los protagonistas que intervienen y las estrategias para llevar a cabo la función rectora en diferentes circunstancias nacionales. Por último, se recapitulan algunos mensajes medulares expresados en los capítulos precedentes acerca de las direcciones de política que es preciso seguir para lograr un mejor funcionamiento de los sistemas de salud.

## ¿QUÉ ES LO QUE ANDA MAL CON LA RECTORÍA ACTUALMENTE?

“Los ministerios de salud de los países de ingresos bajos y medianos tienen la reputación de ser una de las instituciones más burocráticas y peor administradas del sector público. Concebidos e implantados a comienzos del siglo XX, con el cometido general de financiar y administrar extensos sistemas de hospitales públicos y de atención primaria en el período de la posguerra, estos ministerios se fueron convirtiendo en grandes burocracias centralizadas y jerárquicas, regidas por normas administrativas engorrosas y detalladas, y dotadas de un personal permanente protegido por las prestaciones de la administración pública. Los ministerios se fragmentaron en muchos programas verticales que a menudo se gobernaban como si fuesen feudos, dependiendo del incierto financiamiento aportado por donantes internacionales” (4).

En mayor o menor grado, los problemas recién descritos les resultan familiares a muchos países hoy en día. Las consecuencias son fácilmente previsibles, pero no siempre es posible saber por qué ocurren los problemas y cómo resolverlos. Y muchas veces esto sucede porque la función rectora tiene deficiencias visuales específicas.

**Los ministerios de salud a menudo padecen miopía.** Como son tan miopes, los ministerios algunas veces pierden de vista su objetivo más importante: la población en su totalidad. Solo ven a los pacientes y consumidores cuando el descontento público crece a tal grado, que obliga al ministerio a prestar atención. Además, los ministerios que son miopes solo reconocen a los actores más cercanos que se mueven en el campo de la salud, los cuales no son siempre los más importantes; estos pueden estar más alejados del corto campo visual del ministerio.

El ministerio de salud trata ampliamente con una multitud de personas y organizaciones del sector público que prestan servicios de salud, muchas de las cuales pueden estar financiadas directamente por el propio ministerio. Con frecuencia, este involucramiento se traduce en una intensa supervisión y orientación profesional. A veces, sin embargo, un poco más allá del reducido campo visual ministerial se encuentran por lo menos otros dos grupos que desempeñan una importante función en el sistema de salud: los proveedores no gubernamentales y los actores de salud que se mueven en sectores distintos del sanitario.

Si se tienen en cuenta su tamaño y efecto potencial en la consecución de metas de salud, estas personas y organizaciones poco reconocidas por el ministerio pueden resultar más



importantes que los recursos públicos canalizados por este. Sin embargo, la información sobre estos componentes puede ser escasa y a menudo se carece de una política para tratar con ellos. En Myanmar, Nigeria (5) y Viet Nam, por ejemplo, la atención médica financiada y proporcionada por el sector privado representa un gasto tres o cuatro veces mayor que el gasto correspondiente a los servicios públicos. Pero las leyes y reglamentos de estos países apenas si reconocen los numerosos y variados tipos de prestadores de servicios privados que existen en su territorio.

Algunos grandes planes de seguro de salud en la India no tienen actualmente una situación legal (6). En Europa y en las Américas, los accidentes de tránsito en las carreteras ocupan el cuarto lugar como causa de la carga total de morbilidad. Pese a ello, la participación del ministerio de salud se suele limitar a la rectoría de los servicios de atención de urgencias y accidentes, puesto que no usa su poder para promover la prevención. Es obvio que la responsabilidad de los servicios financiados con dineros públicos compete al gobierno. Pero también es evidente que el financiamiento privado y la provisión de *todas* las acciones sanitarias necesitan ser foco de atención del gobierno en virtud de su función general de rector del interés público.

Los ministerios también son miopes en el sentido de que no tienen el alcance visual suficiente para vislumbrar el futuro. A menudo conceden prioridad a las decisiones sobre inversiones en edificios, equipo y vehículos nuevos, por ejemplo, en tanto que la necesidad grave y crónica de mejorar el equilibrio entre las inversiones y el financiamiento ordinario se pierde en la bruma de la distancia.

**La estrechez de miras en la función rectora** consiste en centrar la atención exclusivamente en la legislación y la promulgación de reglamentos, decretos y ordenanzas como vehículos de la política sanitaria. Las normas escritas explícitas son importantes en el ejercicio de la función rectora; no obstante, formular reglamentos es relativamente sencillo y económico. Pero también es ineficaz, dada la incapacidad de los ministerios para vigilar su aplicación: es común que no alcancen los inspectores sanitarios para visitar con regularidad todas las tiendas de alimentos y los restaurantes, o que no haya suficientes inspectores de seguridad industrial para recorrer todas las fábricas. En las contadas ocasiones en que se imponen sanciones, estas son demasiado leves para desalentar las prácticas ilícitas o cambiar la indiferencia generalizada a los reglamentos.

La buena rectoría necesita apoyarse en *varias* estrategias encaminadas a modificar el comportamiento de las diversas partes interesadas en el sistema de salud, entre ellas: una mejor base de información, la habilidad de formar coaliciones de apoyo integradas por grupos distintos, y la capacidad de dar incentivos, sean directos u organizativos. A medida que la autoridad se traspasa, descentraliza y delega en la amplia variedad de partes interesadas en el sistema de salud, el acervo de estrategias de rectoría tiene que independizarse de los sistemas de “mando y control” a fin de lograr un marco coherente de incentivos.

**Los ministerios de salud a veces hacen la vista gorda** ante el incumplimiento de los reglamentos que ellos mismos han creado o que deben aplicar en interés del público. Un ejemplo extendido es la lenidad ante los empleados públicos que cobran honorarios ilegalmente a los pacientes y se embolsan el dinero, práctica conocida eufemísticamente como “pagos informales”. Un estudio reciente en Bangladesh reveló que el monto de los pagos extraoficiales era 12 veces mayor que el de los pagos oficiales (7). En Polonia, el soborno para recibir tratamiento se cita como una violación frecuente de los derechos de los pacientes (8). Si bien esta corruptela beneficia materialmente a muchos trabajadores de salud, disuade a los pobres de utilizar los servicios que necesitan, hace aún más inequitativo el financiamiento de la atención y distorsiona las prioridades sanitarias globales.

El resultado de hacer la vista gorda es la subversión de la función rectora, pues el ministerio traiciona la confianza en él depositada y con ello se institucionaliza la corrupción. Se suele fingir ceguera cuando el interés del público se ve amenazado de otras maneras. Por ejemplo, a causa de una lealtad profesional mal entendida, los médicos guardan silencio ante colegas que ejercen de manera incompetente y peligrosa. En un estudio que se realizó en 1999 en los Estados Unidos, se comenta: "al margen de que se trate de atención preventiva o del tratamiento de enfermedades agudas o crónicas, a menudo la atención de salud no cumple con las normas profesionales" (9). La probidad en las decisiones acerca de proyectos de inversión de capital y de adquisiciones cuantiosas (como equipo o productos farmacéuticos), que se prestan a la corrupción especialmente lucrativa, es otro obstáculo típico para la buena rectoría.

Algunos sucesos recientes han brindado la oportunidad de mejorar la visión de los ministerios y hacer más innovadora la rectoría. Gozar de más autonomía para adoptar decisiones sobre compras y prestación de servicios, por ejemplo, supone transferir parte de la responsabilidad del gobierno central al local. Sin embargo, esto crea tareas nuevas para el gobierno, que debe fiscalizar que las compras y la prestación de servicios se ajusten a la política general. La experiencia acumulada en materia de contratación (10) y el progreso acelerado de la tecnología permiten procesar rápida y económicamente enormes volúmenes de información, con lo cual, en principio, es más fácil para quienes realizan la función rectora tener una visión de conjunto del sistema sanitario.

Debe prestarse renovada atención al concepto de la función de rectoría sobre el conjunto de los actores y las acciones de salud. Se precisa analizar a fondo los aspectos conceptuales y prácticos, con la finalidad de definir y medir mejor el grado en que se está poniendo en práctica la función rectora en distintas circunstancias. Entre tanto, ya se pueden mencionar varias tareas básicas:

- formular la política sanitaria, es decir, definir la visión y la dirección;
- ejercer influencia por medio de la reglamentación;
- recabar y utilizar la información.

A continuación se describen dichas tareas.

## LA POLÍTICA SANITARIA: LA VISIÓN DEL FUTURO

Una política sanitaria explícita cumple varios propósitos: define la visión para el futuro, lo que a su vez ayuda a establecer los parámetros a corto y mediano plazo; describe las prioridades y las funciones previstas para los distintos grupos; crea consenso e informa a la población, y, en el proceso, cumple una importante función de gobierno. Las tareas de formular y poner en práctica la política sanitaria recaen en el ministerio de salud.

Algunos países no parecen haber formulado ninguna declaración nacional de política en materia de salud en la última década; en otros, la política al respecto existe solo en forma de documentos olvidados que no llegan a plasmarse en medida alguna. Con demasiada frecuencia, las políticas sanitarias y la planificación estratégica han pretendido ampliar el sistema público de atención de salud con criterios muy poco realistas, a veces muy por encima de lo justificado por el crecimiento económico nacional. A la larga, las propuestas del documento de política y planificación se consideran inviables y son descartadas. El recuadro 6.1 esboza la manera como la planificación sanitaria integral ha dado lugar a un enfoque de "marcos" más flexible. En Ghana, la estrategia sanitaria a mediano plazo de

1995 determinaba 10 maneras en que el sistema de salud podría contribuir a mejorar la salud (recuadro 6.2).

En algunos países, el proceso de formulación de la política se inicia con una consulta pública. A veces se utiliza un marco “renovable”, que se actualiza y modifica periódicamente. En los países donde la ayuda externa es una parte importante de los recursos del sistema de salud, los enfoques pansectoriales representan una ampliación importante de este método encaminado a formular y poner en práctica la política. La esencia de los enfoques pansectoriales es que, bajo el liderazgo del gobierno, una sociedad de instituciones financieras acepta colaborar para apoyar un conjunto definido de orientaciones normativas, compartiendo a menudo muchos procedimientos de aplicación, tales como la supervisión, la vigilancia, la notificación, la contabilidad y las compras. En el recuadro 6.3 se resume la evolución del enfoque pansectorial. De esta manera, la planificación sanitaria da señas de estar superando la programación de inversiones para lograr declaraciones de consenso sobre las líneas generales de la formulación de políticas y el desarrollo de sistemas.

Un marco de política debe reconocer las tres metas del sistema de salud y determinar estrategias adecuadas para acelerar el logro de cada una de ellas. Contados países tienen políticas explícitas relativas al carácter bueno y equitativo, en general, del sistema de salud. No obstante, desde hace mucho tiempo existe la necesidad de combinar estos dos valores en el gobierno (1). En el recuadro 6.4 se describe el antiguo sistema de rectoría de los países islámicos, la *hisba*, poniendo de relieve sus fines éticos y económicos. En ninguna parte se han formulado todavía declaraciones públicas sobre el equilibrio aconsejable entre los resultados sanitarios, la capacidad de respuesta del sistema y la equidad del financiamiento. Las políticas elegidas deberían (y a veces lo hacen, en parte) determinar la manera de mejorar las funciones claves del sistema.

Con respecto a la prestación de servicios, conviene reconocer a todos los proveedores y describir su contribución futura, que puede ser mayor en unos casos y menor en otros. En lo que hace al financiamiento, habrá que formular estrategias para reducir la dependencia de los pagos directos y aumentar los pagos anticipados. Hay que admitir el papel de las principales organizaciones financieras (privadas y públicas, nacionales y extranjeras) y de

### Recuadro 6.1 Las tendencias en la política sanitaria nacional: de los planes a los marcos

Los documentos de política sanitaria nacional tienen una larga historia que data desde antes de la preocupación internacional por promover la atención primaria de salud, pero que recibió un impulso de este movimiento. En muchas economías de planificación central y en desarrollo, las políticas sanitarias formaban parte del plan de desarrollo nacional y ponían el acento en las necesidades de inversión. Algunos documentos de política sanitaria eran una mera recopilación de proyectos o planes relacionados con programas concretos. En ellos se hacía caso omiso del sector privado

y con frecuencia no se tenían en cuenta la realidad financiera ni las preferencias de las personas. Era común que hubiese problemas para llevarlos a la práctica.

Desde luego, no todos los países cuentan con una política sanitaria nacional de carácter oficial: Estados Unidos, Francia y Suiza no la tienen; en Túnez no hay un documento único de política nacional que sea oficial; el Reino Unido elaboró el primer documento oficial de este tipo en los años noventa, y Portugal en 1998. El tiempo de vigencia de una política depende de que contenga o no cambios fundamentales en el programa

de trabajo; así, la India se sigue rigiendo por el plan de 1983; Mongolia, que se halla en plena transición económica, revisó en 1996 y en 1998 una política que data de 1991.

Actualmente, se está produciendo un movimiento en favor de marcos de política más abarcadores, pero con menos detalles, en los que se traza la dirección a seguir pero no se describen los pormenores operativos, como es el caso de Ghana y Kenya.

*Un marco de política sanitaria nacional:*<sup>1</sup>

- señala objetivos y aborda los principales aspectos de política;

- define las funciones respectivas del sector público y del privado en lo relativo al financiamiento y la prestación de servicios;
- determina los instrumentos de política y los arreglos organizativos que se requieren en los sectores público y privado para alcanzar los objetivos del sistema;
- establece el programa de trabajo para la creación de capacidad y el desarrollo organizativo;
- ofrece orientación para priorizar los gastos, lo cual significa que vincula el análisis de los problemas con las decisiones sobre la asignación de los recursos.

<sup>1</sup>Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development*. Ginebra: World Health Organization/DANIDA/DFID/European Commission; 1997. (Documento inédito WHO/ARA/97.12).

las familias, y determinar su orientación futura. Los mecanismos de la rectoría, destinados a reglamentar y vigilar la transformación de estas funciones en consonancia con la política, también deben ser explícitos. Es probable que con todo esto surjan oportunidades para que los representantes de los consumidores logren un equilibrio entre los intereses de estos últimos y los de los proveedores.

Se corre peligro cuando determinadas líneas de política, o toda una estrategia de reforma, se vinculan a cierto partido político o ministro de salud. Al margen de que la política sea buena o mala, se torna sumamente vulnerable. Cuando dicho ministro o partido deja el cargo, la política desaparece, por lo general antes de que haya tenido éxito o fracasado, ya que el siguiente ministro o gobierno casi nunca está dispuesto a trabajar bajo el estandarte de su predecesor. La rotación rápida de los funcionarios principales encargados de formular las políticas, y una atmósfera políticamente cargada, son peligrosas para la buena rectoría (11). Mediante el establecimiento de la debida función rectora es posible disminuir el riesgo de que alguien "se apropie" de ciertas direcciones de la política, para lo cual hay que integrar un conjunto de sectores interesados bien informados y procurar que se distribuyan ampliamente los intereses, las aptitudes y los conocimientos necesarios para mantener el rumbo particular de la política.

Las demás tareas de rectoría tienen que ver con la aplicación de la política, como algo diferenciado de su formulación y promoción.

## ESTABLECER LAS REGLAS Y HACERLAS CUMPLIR

Se reconoce ampliamente que la reglamentación es una responsabilidad que incumbe a los ministerios de salud y, en algunos países, a los organismos de seguridad social. No solo abarca la formulación de las normas que rigen el comportamiento de los actores en el sistema de salud, sino también su aplicación. En cumplimiento de las tareas de formulación de políticas y acopio y utilización de datos, la reglamentación tiene que abarcar a todos los actores y acciones de salud, y no solo al ministerio o al sector público correspondiente.

### Recuadro 6.2 El marco de política sanitaria a mediano plazo de Ghana

En Ghana, después de un amplio proceso de consulta, se determinó que las siguientes estrategias brindan los medios para mejorar el desempeño en el campo sanitario.

- Reordenamiento de las prioridades de los servicios de salud con miras a que los de atención primaria (es decir, los que aportan el máximo beneficio en la disminución de la morbilidad y la mortalidad) resulten más favorecidos al asignarse los recursos.
- Fortalecimiento y descentralización de la gestión en el contexto de un servicio nacional de salud.
- Establecimiento de vínculos entre los proveedores de atención sanitaria del sector privado y el público para crear consenso y conseguir que todos los recursos sean encauzados hacia una estrategia común.
- Ampliación y rehabilitación de la infraestructura sanitaria para aumentar la cobertura y mejorar la calidad.
- Fortalecimiento de la planificación, administración y capacitación de los recursos humanos como un medio de proveer y conservar un número suficiente de equipos de salud de buena calidad y debidamente motivados que presten los servicios.
- Abastecimiento y gestión adecuada de insumos tales como medicamentos y otros bienes fungibles, equipo y vehículos a todos los niveles del sistema de salud.
- Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y reglamentación dentro del servicio de salud para lograr la ejecución más eficaz de los programas.
- Habilitación de las familias y las comunidades para que asuman más responsabilidad por su propia salud.
- Mejora del financiamiento de la atención sanitaria, para lo cual se procurará usar de manera eficiente y eficaz los recursos disponibles tanto públicos como de organizaciones no gubernamentales, así como los procedentes de fuentes privadas, misiones y donantes. También se explorarán posibles formas de movilizar recursos adicionales con miras a lograr que los servicios sean más accesibles y asequibles.
- Promoción de la acción intersectorial en pro del desarrollo sanitario, particularmente en las esferas de alimentación y nutrición, empleo, educación, agua y saneamiento.

Aunque el sistema público de atención sanitaria suele estar repleto de normas, pocos países (de ingresos altos o bajos) han elaborado estrategias adecuadas para reglamentar el financiamiento y la prestación de servicios de salud por parte del sector privado. Casi todos los países tienen pendiente la importantísima tarea de reformular un conjunto coherente de disposiciones reglamentarias, acorde con las metas y prioridades nacionales, aplicable a los proveedores y las fuentes de financiamiento privados.

*Los reglamentos pueden producir un efecto estimulante o restrictivo.* Puesto que el sector privado incorpora a muchos participantes, la política nacional tiene que discernir cuidadosamente lo que ha de promover de lo que ha de restringir. Una postura única ante el sector privado probablemente no sea adecuada. Con respecto a la promoción, se pueden establecer incentivos explícitos para la práctica privada, tales como la venta de activos públicos, los préstamos preferenciales o la donación de terrenos. Se pueden ofrecer incentivos tributarios a fin de fomentar la prestación privada de servicios con un control gubernamental escaso o nulo del comportamiento de los proveedores en el mercado. China volvió a legalizar el ejercicio privado de las profesiones en los años ochenta y fomenta empresas conjuntas de capital público y privado para la copropiedad de hospitales. El Ministerio de Hacienda de Tailandia ofrece incentivos tributarios a quienes invierten en hospitales privados.

En el otro extremo, a veces se han erigido barreras considerables para impedir el ingreso al mercado, como la prohibición legal de la práctica privada. Este sigue siendo el caso de Cuba y lo fue de Etiopía, Grecia (con respecto a los hospitales), Mozambique y la República

### Recuadro 6.3 ¿Apoya el enfoque pansectorial a la rectoría?

El enfoque pansectorial es un método de trabajo que permite reunir al gobierno, los donantes y otras partes interesadas dentro de cualquier sector. Se caracteriza por un conjunto de principios operativos y no por un conjunto de políticas y actividades concretas. El método supone que, a lo largo del tiempo y bajo el liderazgo del gobierno, hay que procurar ampliar el diálogo en cuestión de políticas; formular una sola política sectorial (que aborde por igual las cuestiones del sector privado y del público) y un programa de gastos común y realista; establecer arreglos de seguimiento comunes, y lograr una mayor coordinación de los procedimientos de financiamiento y adquisiciones. La participación en un enfoque pansectorial exige comprometerse a buscar el cambio en esa dirección y no implica que desde el principio haya

que alcanzar cabalmente todos esos elementos. Exige hacer cambios en la manera en que funcionan los gobiernos y los organismos donantes, así como en las aptitudes necesarias de su personal y sus sistemas.

Este modo de proceder ha comenzado a afianzarse principalmente en algunos de los países más dependientes de la ayuda externa. Le han dado impulso las inquietudes tanto gubernamentales como de los donantes acerca de los enfoques que a lo largo del tiempo se han dado a la asistencia para el desarrollo, en los que a menudo ha intervenido una combinación de políticas de ajuste macroeconómico "ciegas con respecto al sector social" y proyectos de "fragmentación sectorial". Muchos de esos países están en África, por ejemplo, Burkina Faso, Etiopía, Ghana, Malí, Mozambique, Senegal, Uganda, República Unida de Tanzania y Zambia. Otro grupo de paí-

ses que están considerando la conveniencia de adoptar el enfoque pansectorial o lo están aplicando activamente se encuentra en Asia: Bangladesh, Camboya y Viet Nam son ejemplos.

El método pansectorial necesita tiempo para desarrollarse. En Ghana, antes de que el programa unisectorial del Ministerio de Salud fuese respaldado por los donantes, el país ya había pasado por diez años de desarrollo institucional, cuatro años de trabajo considerable en los aspectos de política y estrategia, tres años de fortalecimiento de las funciones básicas de gestión, dos años de negociaciones, planificación y diseño, y un año de tropiezos y demoras.<sup>1</sup>

Camboya y Viet Nam se encuentran en una fase muy preliminar del análisis de la política sectorial con los donantes. En otros países se ha adelantado principalmente en la formulación de una política uni-

sectorial y un marco de gastos a mediano plazo y en el acuerdo de regirse por ellos. En algunos países, las misiones conjuntas de análisis se han convertido en algo común. No se ha progresado mucho en el establecimiento de arreglos de financiamiento y compra en común.

En potencia, el enfoque pansectorial puede apoyar una rectoría adecuada. Walt y sus colaboradores afirman que se considera que el método es capaz de fortalecer la capacidad de los gobiernos para supervisar todo el sistema de salud, formular políticas y entablar relaciones con las partes interesadas ajenas al sector público.<sup>2</sup> Lo más importante de todo, sin embargo, es que el enfoque pansectorial depende de la capacidad de visión y liderazgo del gobierno nacional.

<sup>1</sup> Smithson P. Citado en: Foster M. *Lessons of experience from sector-wide approaches in health*. Geneva: World Health Organization, Strategies for Cooperation and Partnership; 1999. (Documento inédito).

<sup>2</sup> Walt G et al. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAPs? *Health Policy and Planning* 1999; 14(3): 273–284.

Unida de Tanzania, entre otros países. Entre ambos extremos figuran las políticas que permiten el ingreso relativamente libre al mercado, facilitan incentivos moderados o imponen ciertas condiciones previas a quienes desean participar en el mercado privado, por ejemplo, mediante normas de conducta comercial y cierto grado de supervisión y coacción.

Algunas dependencias gubernamentales ajenas al ministerio de salud, y los inversionistas privados mismos, suelen buscar incentivos para que el sector privado tenga mejores oportunidades en el ámbito sanitario. Los ministerios de hacienda, comercio y desarrollo a menudo propugnan el aumento de la inversión privada en el sector de la salud, en conformidad con las estrategias globales de liberalización económica.

Las políticas promotoras parecen surtir efecto y contribuir al crecimiento del financiamiento y de la prestación de servicios por el sector privado (12, 13). Pero también tienen efectos colaterales graves, como el aumento de las inequidades, la desigual calidad de la atención, y la ineficiencia. El ministerio de salud necesita saber de antemano cuáles son las condiciones que va a exigir a dichos inversionistas para que contribuyan a alcanzar los objetivos de eficiencia, calidad o equidad del sistema de salud, y cómo va a defender la noción de que el sector de la salud *no* es como los demás sectores.

El daño que ocasionan los abusos del mercado es difícil de remediar una vez que se ha producido. El de los Estados Unidos quizás sea el caso mejor documentado del rezago de las entidades de reglamentación con respecto a las aseguradoras de salud privadas (14). Los gobiernos estatales tienen innumerables leyes y reglamentos, además de la autoridad coercitiva necesaria sobre las aseguradoras privadas del país, para velar por la competencia leal, garantizar la calidad y brindar a los consumidores protección general contra la comercialización fraudulenta. Este marco normativo ha venido evolucionando por muchos años y está lejos de ser perfecto, pues no garantiza que todos tengan seguro. Ciertos cambios reglamentarios recientes han mejorado el acceso de las pequeñas empresas y de los individuos al seguro privado. Los empleadores del sector privado han ideado distintas formas de evadir los reglamentos, con miras a que se les apliquen los reglamentos federales, más tolerantes. No obstante, el sistema evita muchos de los abusos más viles por parte de

#### Recuadro 6.4 Rectoría: el sistema de la hisba en los países islámicos

La institución de la hisba surgió con la finalidad de llevar a cabo la función rectora en los países islámicos hace más de 1400 años. Se trata de una institución moral y socioeconómica, cuya razón de ser es ordenar el bien y prohibir el mal. Las funciones del almotacén (jefe del sistema de la hisba) se pueden clasificar en tres categorías: las relativas a (los derechos de) Dios; las relativas a (los derechos de) la gente; y las relativas a ambas.

La segunda y tercera categorías guardan relación con los asuntos de la comunidad y la administración municipal. El objetivo principal de la hisba fue promover nuevas normas

sociales y desarrollar el sistema necesario para lograr la adhesión de los diversos sectores de la sociedad a estas normas.

El primer almotacén del Islam fue una mujer llamada Al Shifa, quien fue nombrada en Medina por el segundo califa, Omar ibn Al Jattab, hace casi 1450 años, y a quien se confirió la autoridad para controlar los mercados. El mismo califa otorgó una autoridad semejante a otra mujer, Samra bint Nuhayk, en La Meca, la segunda ciudad en importancia.

El almotacén podía designar a personas técnicamente calificadas para que investigasen la conducción de distintos oficios, ramos comerciales

y servicios públicos, entre ellos los servicios de salud. Por lo general recibía quejas del público, pero también podía ordenar investigaciones por propia iniciativa.

Los servicios médicos también estaban reglamentados por el sistema de la hisba. Los médicos y otros especialistas del campo de la salud debían aprobar exámenes profesionales y poseer el equipo necesario a fin de obtener la licencia. El almotacén tenía que velar por que los médicos en ejercicio se sujetaran a las normas morales y éticas, incluidas la prestación equitativa de sus servicios y la protección del interés público. En el campo de los servicios farmacéuticos,

se preparaban publicaciones técnicas, por ejemplo, monografías en las que se describían las normas y especificaciones de los diversos medicamentos, así como métodos de garantía de la calidad. El sistema también incluía inspecciones y mecanismos para hacer cumplir las normas.

A semejanza de muchas otras instituciones, el sistema de la hisba sufrió extraordinarias modificaciones al producirse la colonización occidental: sus funciones se repartieron entre varias dependencias seculares y se redujo su contenido moral.

las aseguradoras insolventes o sin escrúpulos, y ayuda a corregir muchas carencias del mercado. Chile y Sudáfrica han tenido experiencias parecidas en el ámbito de la reglamentación de las prácticas de las aseguradoras de salud privadas. Sudáfrica modificó hace poco los reglamentos que rigen los planes de seguro médico, a fin de reducir la selección del riesgo y aumentar su mancomunación (recuadro 6.5).

Chile no ha logrado establecer obligaciones contractuales explícitas para las aseguradoras privadas ni ha podido prohibir que seleccionen el riesgo, puesto que gozan de su propia influencia política y de la de sus clientes. Por experiencia se sabe que, cuando transcurre mucho tiempo entre el ingreso al mercado y la aplicación de los reglamentos que rigen el comportamiento del mismo, implantar esas normas se vuelve muy difícil por razones políticas (15, 16).

Una forma más moderada de incentivar la participación del sector privado son los contratos entre compradores del gobierno y proveedores privados. En el Líbano, por ejemplo, 90% de las camas de los hospitales corresponden al sector privado y las organizaciones no gubernamentales proveen atención ambulatoria a 10–15% de la población, en particular a los pobres. Al Ministerio de Salud no le queda más remedio que contratar determinado número de camas en casi todos los hospitales privados para los pacientes que reciben atención pública (17). Pero el gobierno no aprovecha este instrumento normativo, pues las reglas de reembolso permiten ingresos innecesarios y el uso excesivo de servicios, lo que

#### Recuadro 6.5 Sudáfrica: reglamentación del mercado de los seguros privados para aumentar la mancomunación de riesgos

El gobierno que asumió el poder en 1994 como resultado de las primeras elecciones democráticas, se encontró con un sistema de salud que reflejaba las desigualdades existentes en el seno de la sociedad en general. Un sector de atención de salud de carácter privado, de larga data y bien desarrollado, acaparaba 61% de los recursos financieros destinados a la atención sanitaria, pero solo cubría las necesidades del 20% de la población que se considera acomodado. La gran mayoría de los habitantes tenían que depender de servicios públicos mal distribuidos, insuficientemente financiados y fragmentados. Durante la mayor parte del período comprendido entre finales de los años ochenta y los noventa, el aumento incontenible de los costos en el sector privado generalmente superó el ritmo de la inflación. La respuesta del sector privado consistió en limitar las prestaciones, aumentar los copagos y acelerar la exclusión de los miembros de alto riesgo, que se quedaron sin cobertura, todo lo cual empeoró el problema de la desigualdad.

Por su parte, el nuevo gobierno hizo frente a la situación promulgando leyes que disponían la creación de planes médicos que debían ofrecer un conjunto mínimo de prestaciones y aumentar la mancomunación de riesgos. Se resumen a continuación los principios y objetivos fundamentales de esas leyes.

- **Tarifación comunitaria.** Con respecto a un producto u opción determinados, la única justificación para que las primas varíen son el tamaño de la familia y los ingresos. Queda prohibida la tarifación basada en el riesgo o la edad.
- **Acceso garantizado.** Ninguna persona que pueda pagar la prima fijada de conformidad con la tarifación comunitaria podrá ser excluida sobre la base de la edad o el estado de salud.
- **Mayor mancomunación de riesgos.** La imposición de topes a las contribuciones permisibles y a las cantidades que pueden acumularse mediante las cuentas de ahorro personales para gastos médicos permitirá que una mayor propor-

ción de las contribuciones se encauce hacia el fondo de riesgo mancomunado.

- **Promoción de la cobertura vitalicia.** La tarifación comunitaria y el acceso garantizado se combinarán con la penalización de las primas de quienes opten por comprar el seguro en una etapa relativamente avanzada de la vida, a fin de ofrecer estímulos poderosos al aseguramiento asequible de por vida.
- **Prestaciones mínimas prescritas.** Todos los planes de seguro médico deberán garantizar la cobertura total del costo del tratamiento en establecimientos públicos de una lista especificada de enfermedades y afecciones y de procedimientos, lo cual disminuirá en gran medida las repercusiones de la práctica de "traspasarle" los pacientes al Estado.

En 1995, el ministro de salud nombró una comisión investigadora, la que a su vez constituyó un pequeño equipo técnico que se ocupó de preparar los nuevos reglamentos para

los planes de seguro médico. El equipo elaboró su primer documento de trabajo en 1996, y todas sus propuestas se sometieron a una amplia consulta con las partes interesadas claves. Los análisis y debates continuaron hasta mediados de 1997, cuando se publicó un documento de política oficial.<sup>1</sup> Tras un período intenso de debates abiertos durante el proceso legislativo, la nueva ley de planes de seguro médico y el reglamento correspondiente entraron en vigor el 1 de enero de 2000, tres años y medio después de haberse formado la comisión. Un grupo importante que se benefició de inmediato fue el de los pacientes VIH-positivos afiliados a planes de seguro médico, quienes ahora tendrán acceso a atención subsidiada, con inclusión de medicamentos para tratar infecciones oportunistas; anteriormente, estas personas estaban excluidas o solo tenían derecho a prestaciones muy limitadas.

Colaboración de T. Patrick Masobe, Departamento de Salud, Sudáfrica.

<sup>1</sup> *Reforming private health financing in South Africa: the quest for greater equity and efficiency.* Pretoria: Department of Health; 1997.

lleva al aumento exagerado de los costos; además, los hospitales privados funcionan en un entorno escasamente reglamentado, de manera que no hay control sobre las inversiones. Esta situación, a su vez, genera presión para que el gobierno preste apoyo financiero constante, lo cual parecería justificar mayores inversiones. Es preciso que la función rectora logre la congruencia de los mensajes con respecto a los incentivos que emiten los distintos niveles de la política pública.

*La reglamentación exige recursos.* La supervisión y las estrategias contractuales relacionadas con la reglamentación entrañan altos costos de transacción para el gobierno y los proveedores o las aseguradoras, lo cual puede contrarrestar los posibles ahorros en los costos que suponen esas estrategias. En el Reino Unido y Nueva Zelandia, una clara conciencia de estos costos respaldó las medidas que se adoptaron para separar las funciones de los compradores de las de los proveedores (18). La falta de compromiso y de recursos financieros suele mermar la capacidad del gobierno para cumplir sus responsabilidades normativas pasadas y presentes. Esto indica que es indispensable desarrollar capacidades en materia de aptitudes de contratación y supervisión regulatoria, para lo cual se ha de contratar personal idóneo nuevo y adiestrar y brindar asistencia técnica al personal existente.

La escasez de aptitudes o de recursos humanos se cita frecuentemente como causa de que los marcos normativos sean anticuados o no se apliquen en forma debida (4). La culpa también se atribuye a veces a la falta de autoridad legislativa. Por ejemplo, a finales de los años setenta, Sri Lanka desreguló la práctica privada de los médicos del gobierno, y liberalizó la economía en general, lo cual aumentó la disponibilidad de capital (19). Sin embargo, el Ministerio de Salud no registró eficazmente el número creciente de proveedores privados. No contaba con una estrategia normativa, ni con personal a cargo de las relaciones con el sector privado, y carecía de la autoridad legislativa suficiente para emprender muchas tareas. La única ley escrita disponía el registro de las casas de convalecencia, pero no el de las clínicas privadas ni de los médicos. Existe una ley, pero está pendiente de ejecución desde 1997. No obstante, en 1998 se creó una nueva dependencia del Ministerio de Salud para el desarrollo y la reglamentación del sector privado.

En Egipto, la mayor parte de los médicos trabajan simultáneamente en el sistema público y en el sector privado. Como consecuencia, buena parte de su trabajo escapa a la supervisión y reglamentación. Algo parecido sucede comúnmente en América Latina. En la India, el sector privado ha crecido a un ritmo que supera los mecanismos para vigilarlo, y sobre todo para reglamentarlo, pese a la preocupación por la calidad de la atención. Los profesionales de la salud conocen las leyes sobre el ejercicio profesional, pero saben también que los mecanismos para hacerlas cumplir son débiles o no existen; también saben que las asociaciones profesionales, teóricamente responsables de aplicar alguna forma de autorregulación, son ineficaces.

Cuando los proveedores del sistema público usan ilegalmente los establecimientos del sector público para dispensar atención especial a pacientes privados, dicho sector acaba subvencionando extraoficialmente la práctica privada. Es casi imposible prohibir por completo que los trabajadores de salud en la nómina pública ejerzan su profesión en el sector privado; pero se pueden tomar varias medidas para conseguir que los profesionales que ejercen de manera privada compitan en forma leal y no medren mediante el "pluriempleo" a costa del erario (20, 21). Procurar que los pacientes, el público, los medios de comunicación y los proveedores conozcan las normas es un factor importante en la reglamentación de la prestación combinada de servicios por los sectores público y privado.



*Los servicios públicos eficaces pueden ser un instrumento de la reglamentación.* La organización de sistemas eficaces de financiamiento y prestación de servicios públicos adquiere una importancia aun mayor cuando la política del gobierno tiene por objeto restringir el desarrollo de un mercado de servicios privados de salud, o cuando carece de los recursos para prevenir fallas indeseables del mercado. El sector público debe entonces responder a las necesidades cambiantes de los consumidores, a la introducción de tecnologías médicas nuevas y a las expectativas razonables de los profesionales de salud. Un sector público fuerte puede incluso ser una muy buena estrategia para reglamentar la prestación de servicios privados y proteger a los consumidores, si ayuda a mantener la competitividad del sector privado con respecto a los precios y a la calidad de los servicios.

Sin embargo, con harta frecuencia se considera que el que no es competitivo en calidad y capacidad de respuesta es el sector público, a pesar de que presta servicios subsidiados o gratuitos. Si el sistema público se deteriora o no mejora continuamente, un volumen excesivo de recursos y atención se desvía para tratar de atrapar a los infractores que actúan en el "mercado negro", y el crecimiento de los pagos no autorizados socava los objetivos de equidad.

Los reglamentos que casi nunca se aplican son invitaciones al abuso. El tema de la supervisión más estricta y la reglamentación de los proveedores y aseguradoras del sector privado consta actualmente en el programa de políticas de muchos países. Sin embargo, el progreso es lento, por no decir imposible. Esto implica que los países tienen que considerar no solo el efecto del sector privado sobre el público y configurar el marco normativo que limite los efectos nocivos, sino comprometerse a aplicar constantemente los reglamentos mediante la inversión en conocimientos y aptitudes del personal fiscalizador. En un estudio que se llevó a cabo en Sri Lanka, se llegó a la conclusión de que "la lentitud en la respuesta durante los años ochenta ha tornado más difícil la tarea de la reglamentación en los noventa: el crecimiento irregular o sin supervisión del sector privado ha creado un mercado más grande, más complejo y con intereses más arraigados de los proveedores y de los usuarios" (19).

La autorregulación profesional, a diferencia del egoísmo personal, respalda un buen ejercicio de la profesión. Mediante el establecimiento de una organización profesional, los trabajadores de salud hacen suyas varias tareas rectoras: admiten y certifican a sus miembros, intercambian experiencias y, en ocasiones, ofrecen capacitación en el servicio. Destinar pequeñas sumas a apoyar financieramente a tales organizaciones puede permitir que el ministerio de salud obtenga la información básica que necesita sobre los proveedores no gubernamentales, particularmente en establecimientos de consulta externa. En varios países del África oriental, donde ciertos grupos religiosos son proveedores importantes de servicios de salud, hay organismos de coordinación central no gubernamentales que ya desempeñan esta función. Son comunes las asociaciones médicas nacionales, aunque también existen asociaciones de curanderos.

Las reformas recientes en los Países Bajos demuestran que es difícil lograr el equilibrio entre una reglamentación más estricta que proteja a los consumidores y acreciente la equidad, y una más flexible que estimule la competencia (recuadro 6.6).

Los países en desarrollo también han aplicado políticas que ayudan a que los actores del sector privado trabajen por una meta más amplia que es el bien común. Además del ejemplo de Sudáfrica, que figura en el recuadro 6.5, la Política Nacional Farmacéutica de Bangladesh, aprobada en 1982, prohíbe la importación y venta de cualquier medicamento no esencial. Como consecuencia, se prohibieron cerca de 1666 productos que se considera-

ron ineficaces o nocivos, y 300 recibieron la aprobación para su venta. El gobierno también supervisa la calidad de producción de los fabricantes y proporciona capacitación a los minoristas sobre el uso racional de los medicamentos. “Mediante la combinación de la supervisión del sector público y la iniciativa privada, los medicamentos esenciales se han puesto al alcance de muchos ciudadanos, [y] los precios de los medicamentos [...] producidos localmente [son] razonables y estables” (22).

*La reglamentación exige el diálogo.* En los países que supervisan con más firmeza al sector privado, los gobiernos en su mayor parte mantienen la estructura normativa a una distancia prudente de los participantes del sector privado sujetos a la reglamentación. De no ser así, el sector privado tendría la capacidad de subvertir el sistema mediante la “apropiación de la reglamentación”, es decir, de atraer a su causa a los encargados de formular reglamentos para que estos lo favorezcan. Pero “a una distancia prudente” no significa que no haya comunicación. El diálogo entre los funcionarios públicos que formulan la política o los reglamentos y los participantes del sector privado es un factor esencial para la eficacia de los reglamentos. Los gobiernos no solo han de *ver* bien para desempeñar debidamente su función rectora, sino que también han de escuchar. Los grupos que cuentan con representantes de ambos sectores hacen un aporte valioso al proceso de formulación de la política y de redacción de reglamentos porque pueden evaluar la manera en que los participantes del sector privado pueden coadyuvar a alcanzar las metas de la política pública sin menoscabo de su posible éxito en el mercado. La desventaja de esos procesos es que pueden desacelerar el ritmo de la reforma. E incluso con supervisión y reglamentación firmes, los participantes del sector privado pueden debilitar el aparato normativo mediante la presión política.

En conclusión, son claras las siguientes enseñanzas importantes para la evolución de los marcos normativos de los mercados de servicios de salud privados.

- Los marcos deben instituirse *antes* de cualquier expansión que se tenga prevista mediante incentivos económicos, y ponerse en práctica enérgicamente tan pronto como el mercado privado empiece a responder a los incentivos.
- Las políticas normativas deben revisarse constantemente para que sean congruentes con los cambios en el escenario político.
- Se necesitan diferentes instrumentos reglamentarios para mejorar la calidad de la atención, aumentar el acceso a los servicios y promover la eficacia.

### Recuadro 6.6 La apertura del sistema de seguros de salud en los Países Bajos

El nuevo sistema de seguros de salud de los Países Bajos, sancionado en 1990, por primera vez exigió que todas las aseguradoras privadas ofrecieran un conjunto integral y uniforme de prestaciones. Pero fomentó la competencia al concederle a las personas un subsidio que les ayuda a comprar un seguro de salud obligatorio de una serie de

aseguradoras que compiten entre sí. Las aseguradoras reciben del gobierno pagos per cápita ajustados según el riesgo y también una prima fija aparte por cada persona asegurada. Cuanto más eficiente es la aseguradora, más baja es la prima pagada por el asegurado. También se permitió que las aseguradoras negociaran tarifas más bajas que las autorizadas,

lo que antes estaba prohibido. Como consecuencia, las aseguradoras de salud privadas ingresaron en el mercado por primera vez desde 1941, y tanto estas como los prestadores de servicios se involucraron en las iniciativas de mejoramiento de la calidad; este se convirtió en el objetivo de la competencia entre aseguradoras, que dejaron de competir tan solo en

función de los precios.<sup>1</sup> Pero el nuevo sistema vino a entorpecer la reducción de las desigualdades en materia de salud, pues las personas que tienen mejor situación económica pueden pagar anticipadamente conjuntos más completos de prestaciones.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Van de Ven W, Schut F. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive insurance market? *Social Science and Medicine* 1994; 39(1): 1459–1472.

<sup>2</sup> Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1998.

- Los responsables de formular los reglamentos deben lograr un equilibrio entre evitar la apropiación del proceso por los intereses del sector privado, y sostener un diálogo productivo con este para que los marcos normativos sean realistas.
- Cuando los gobiernos eligen restringir las actividades del sector privado, deben garantizar que el sector público responda eficazmente a las necesidades de los consumidores.

Los gobiernos no deben cejar en su compromiso de aplicar los reglamentos y las normas invirtiendo en los conocimientos y las aptitudes del personal pertinente, a fin de ir a la par de la evolución del mercado.

## RECABAR Y USAR INFORMACIÓN, Y COMPARTIR CONOCIMIENTOS

La función rectora exige tener capacidad de visión, recabar información y utilizarla, y ejercer influencia. Si no se comprende debidamente lo que está sucediendo en la totalidad del sistema de salud, es imposible que el ministerio elabore estrategias para influir en el comportamiento de los distintos grupos de interés de modo que apoyen los objetivos generales de la política sanitaria, o por lo menos no entren en conflicto con ellos.

Un buen sistema de información, que no solo recaba los datos sino que permite entenderlos, debe ser selectivo en cuanto a la información que genera para la toma de decisiones en el nivel más alto. Sin embargo, debe partir de los conocimientos básicos. ¿Quiénes son los principales proveedores de servicios y qué desafíos representan para las metas de la política sanitaria? ¿Dónde están los desequilibrios o cuellos de botella principales en la producción de insumos, y qué opciones de política parecen ser las más idóneas? ¿Dónde se encuentran las principales fuentes de financiamiento y qué estrategias permitirán acrecentar los pagos anticipados y hacerlos más equitativos? ¿Cuáles son los usos principales del financiamiento y qué políticas garantizarán la asignación más eficaz de los recursos?

La mayor parte de los sistemas de salud recogen enormes cantidades de información que pueden entorpecer su funcionamiento. Dicha información puede estar relacionada con cuentas, registros de personal, inventarios, libros de registros de vehículos, informes de actividades (diarias, o por programa, departamento, pabellón, prescripción y paciente) en cada establecimiento de salud y en los expedientes de los pacientes. En muchos ministerios de salud se desperdician mensualmente miles de horas de trabajo reuniendo información que nunca se utilizará. Como regla general de gestión, la cantidad de información que pasa de un nivel a otro del sistema debería reducirse considerablemente en cada nivel.

A efectos de la rectoría, solo se necesitarían resúmenes periódicos que muestren variaciones geográficas o temporales. La información sobre la distribución y la actividad de los insumos sanitarios del sector público y sobre las asignaciones presupuestarias puede poner de manifiesto fluctuaciones importantes e injustificadas. Pero lo que falta en la información y en los análisis es aún más importante para la rectoría. Hoy en día son pocos los países de ingresos bajos y medianos que cuentan con información fidedigna sobre la cuantía y la procedencia del financiamiento y de la prestación de servicios no gubernamentales en el sistema de atención. Como lo demuestran los indicadores de cuentas sanitarias nacionales en el cuadro 8 del anexo, estos son los que suelen predominar en esos países. Se sabe poco en la mayor parte de los países acerca de las expectativas de la gente con respecto al sistema de salud o acerca de la estructura de los mercados complejos de proveedores no gubernamentales. Sin esos datos resulta imposible evaluar la capacidad de respuesta y la equidad

en el financiamiento o las medidas intermedias, tales como la calidad y la accesibilidad del servicio. Sin tener el panorama completo, no se puede ejercer la buena rectoría.

**Los servicios de información exigen recursos.** La rectoría exige un tipo de acopio y comprensión de la información distinto del que se necesita para la gestión cotidiana de la prestación de servicios. ¿Debe recoger la información el ministerio de salud? No hay motivos para suponer que el costo de los recursos y las aptitudes de los servicios de información para la rectoría deban ser más altos que los de los sistemas de gestión sanitaria tradicionales. Desde luego, se necesitan nuevas aptitudes para la reglamentación, la coordinación y la comunicación. Sin embargo, es posible que el ministerio de salud ya lleve varias ventajas.

En primer lugar, la red nacional dispersa de trabajadores y gerentes de salud del sector público provee personas capacitadas para hacer los inventarios o las encuestas. Los trabajadores de la salud de los distritos pueden preparar rápidamente un registro inicial de proveedores no gubernamentales. En segundo lugar, el ministerio de salud tiene la autoridad moral para otorgar licencias y acreditar a los proveedores, de manera que su personal puede participar en el proceso de evaluación. En tercer lugar, los trabajadores de salud están constantemente en contacto con la población y en condiciones idóneas para pedirle a la gente su opinión acerca de las metas públicas y las expectativas personales. Por lo tanto, el ministerio de salud puede ser un recurso formidable para mejorar la rectoría, comenzando por su dedicación a perfeccionar la inteligencia del sistema en su totalidad.

Sin embargo, el ministerio no siempre es el que reúne, o comparte, la información de la mejor manera. Los institutos de investigación, los departamentos universitarios, las organizaciones no gubernamentales (23, 24) y las empresas consultoras locales o internacionales podrían realizar inventarios o administrar encuestas con más rapidez y exactitud. Para gestionar estos servicios, el ministerio necesitará echar mano de sus aptitudes de contratación y supervisión.

La rectoría también necesita información para influir en el comportamiento y los acontecimientos. La difusión de información brinda apoyo por igual, por ejemplo, a la formulación de políticas y a la reglamentación. También permite que el ministerio fomente el apoyo público a la política sanitaria y, así, cree una defensa contra la incompetencia y las corruptelas de grupos de interés en el sistema de salud. Facilita asimismo el debate público sobre las orientaciones de política basadas en pruebas fehacientes. Como parte del programa para formar capacidades en el seno del sistema de salud, y en particular del ministerio, se puede incorporar una estrategia de difusión de información técnica.

La información que se difunda debe centrarse en arrojar luz sobre las tareas de rectoría más difíciles, tanto para informar como para asesorar. El establecimiento de prioridades en materia de salud, que se trató en el capítulo 3, solo en fecha reciente, y en unos pocos países, ha sido objeto de debate público. El debate suele ser acalorado y desordenado por falta de reglas. El papel del ministerio es aclararlas: establecer prioridades exige tener en cuenta la carga de morbilidad, la eficacia en función de los costos de las intervenciones posibles, y la magnitud de las acciones en curso para resolver el problema. En el proceso, se pueden escuchar las preferencias manifiestas acerca de los valores en los que ha de apoyarse el establecimiento de prioridades, tal como sucedió en Suecia y en Oregón, Estados Unidos (25). Los derechos y las obligaciones de los distintos participantes se pueden puntualizar mediante la estrategia de difusión, de suerte que se refuercen las inquietudes relacionadas con la política. Por ejemplo, si predominan los pagos informales por la atención, se puede pedir a los proveedores que, por lo menos, exhiban públicamente el costo total de los procedimientos e inviten a los pacientes a quejarse cuando haya cargos adicionales.

Muchos países ya han adoptado medidas para salvaguardar los derechos de los pacientes, como se ilustra en el recuadro 6.7. Incluso sin leyes, se puede promover el concepto de los derechos de los pacientes y las obligaciones de los proveedores, y darle cuerpo mediante la rectoría activa. Cuando se sabe que hay normas y procedimientos particulares que se han generalizado y son perjudiciales, el ministerio, en su calidad de rector, tiene la responsabilidad ineludible de combatirlos con la información pública. La venta de productos farmacéuticos por vendedores no registrados, los peligros de la prescripción excesiva de antibióticos y la inobservancia de las dosis recomendadas debieran ser objeto de la rectoría pública, con el apoyo activo de campañas de información dirigidas a distintos actores: los pacientes, los proveedores en cuestión y las autoridades sanitarias locales. El recuadro 6.8 ilustra el caso de un insumo clave —los productos farmacéuticos— para el cual se necesitan intervenciones a distintos niveles.

La información más amplia que permite hacer comparaciones entre los recursos de salud per cápita y la consecución de metas sanitarias por zona geográfica es una forma de difundir los motivos de preocupación de la rectoría acerca de las variaciones evitables mediante la sensibilización del público. Sin tal conciencia basada en información fidedigna, el gobierno no tiene una valla de protección efectiva contra la incompetencia y la corrupción por apropiación por parte de determinadas personas o profesiones.

Un estudio reciente realizado en la India, en el que los gobiernos estatales de Delhi, Punyab y Rajastán analizaban las iniciativas para atraer el interés de los inversionistas privados en empresas conjuntas de hospitales, ilustra la importancia de las tareas rectoras (26). Los tres planes fracasaron, es decir, no se concertó ninguna empresa conjunta. Distintos factores entraron en juego en cada situación, pero el informe menciona fallas en cada

### Recuadro 6.7 La capacidad de respuesta frente a los derechos de los pacientes

Desde finales de los años setenta, se ha producido un reconocimiento gradual de los derechos de los pacientes, tales como el respeto por la dignidad y la autonomía del individuo.

Los rápidos adelantos en las ciencias médicas y sanitarias, así como en la tecnología, han acrecentado las expectativas de los pacientes: los mejor informados han empezado a hacer valer sus derechos en su trato con los profesionales de la salud. En un grado cada vez mayor, esos derechos se incorporan a los reglamentos, a las leyes sobre asuntos concretos o a los derechos de los ciudadanos, abarcando sectores más amplios que el de la atención sanitaria. Los reglamentos pueden otorgar a los pacientes derechos jurídicos directos en su trato con los proveedores de atención sanitaria o pueden ayudarlos a fortalecer su po-

sición, por ejemplo, en las leyes sanitarias de carácter administrativo y la certificación de los hospitales. También tiene cabida la autorregulación, es decir, los arreglos voluntarios bajo la forma de códigos profesionales o contratos modelo que elaboran conjuntamente organizaciones de consumidores y de proveedores de atención sanitaria. La legislación abre nuevos territorios a la autorregulación: por ejemplo, leyes marco sobre la protección de la privacidad y la confidencialidad pueden obligar a las instituciones a elaborar sus propias directrices para proteger los datos de cada paciente.

En las leyes nacionales sobre los derechos de los pacientes se pueden distinguir tres modos de proceder. Algunos países han promulgado una ley única integral (por ejemplo, San Marino en 1989, Finlandia y Uruguay en 1992, los Países Bajos en 1994,

Israel y Lituania en 1996, Argentina e Islandia en 1997, Dinamarca en 1998 y Noruega en 1999). Otros países han integrado los derechos de los pacientes en la legislación que reglamenta el sistema de atención de salud o en varias leyes sanitarias (por ejemplo, Canadá [Nueva Brunswick] y Grecia en 1992, Francia en 1992–1994, Austria en 1993, Hong Kong en 1995, Belarús y Canadá [Ontario] en 1996, Georgia y Guinea en 1997, y Estados Unidos en 1999). Las declaraciones o cartas sobre los derechos de los pacientes, que tienen una condición jurídica variable como política nacional y a menudo se incorporan en los reglamentos por los que se rigen los establecimientos de atención sanitaria, se han considerado más adecuados para las tradiciones jurídicas de algunos países, como Francia (1974–1995), Irlanda (1991), el Reino Unido (1991–1995) y Portugal (1997).

El consentimiento fundamental, el acceso a los registros médicos y el carácter confidencial de los datos son los derechos clásicos de los pacientes. También se están elaborando nuevas normas para proteger los datos personales en los bancos de datos médicos o los sistemas automatizados de información de los hospitales. En años recientes, el derecho a la protección de la privacidad ha propiciado el surgimiento de nuevas inquietudes individuales, tales como el derecho a ser notificado cuando los datos personales se incorporan por vez primera en un banco de datos, el derecho a exigir que los datos inexactos o incorrectos sean corregidos o destruidos, y el derecho a ser notificado cuando la información deba ser revelada a terceros.

una de las tareas de rectoría descritas más arriba como parte de la explicación general. En concreto, señala:

- una política inadecuada sobre el papel del sector privado por parte de cada estado;
- consultas insuficientes con las partes interesadas pertinentes, y carencia de mecanismos de coordinación entre las partes involucradas;
- disposiciones reglamentarias ausentes, débiles o inadecuadas en relación con los proveedores privados;
- arreglos ineficaces de vigilancia del desempeño y de intercambio de información, con lo cual las sociedades mixtas públicas y privadas eran vulnerables a la ineficiencia y los costos altos.

En los departamentos de salud de los tres estados se comprobó una falta de personal calificado esencial para llevar a cabo las tareas mencionadas.

## ESTRATEGIAS, FUNCIONES Y RECURSOS: ¿QUÉ DEBE HACER CADA QUIEN?

En las secciones anteriores se analizaron las tres tareas básicas de la rectoría y el papel principal que desempeña el ministerio de salud en su realización. En esta sección se consi-

### Recuadro 6.8 Hacia una buena rectoría: el caso de los productos farmacéuticos

La mayor parte de las acciones sanitarias curativas, y muchas de las que tienen carácter preventivo, dependen de los medicamentos. Sin embargo, detrás de los medicamentos hay poderosos intereses económicos. En los países pobres, más de 50% del gasto sanitario familiar corresponde a las medicinas; en los presupuestos gubernamentales de sanidad, los productos farmacéuticos suelen ser el segundo rubro en importancia, después de los sueldos. En los países industrializados, los costos de los medicamentos están aumentando a razón de un 8 a 12% anual, o sea, un ritmo más rápido que los precios de consumo. Son muchas las partes interesadas con respecto a los productos farmacéuticos: los fabricantes (tanto los que llevan a cabo investigación como los que elaboran productos genéricos), los grupos de consumidores, las asociaciones profesionales, los prestadores de servicios de todo tipo, los organismos donantes y distintas dependencias gubernamentales.

El sistema de salud debe poner los medicamentos esenciales al alcance de quienes los necesitan, velando por que dichos productos sean de buena calidad y se utilicen de una manera racional desde el punto de vista terapéutico, y eficaz en función de los costos. Se enumeran a continuación las funciones básicas que el gobierno central debe desempeñar para lograr estos objetivos:

- velar por la calidad de los medicamentos mediante una reglamentación eficaz que incluya sistemas para la aprobación de la puesta en el mercado de dichos productos, la garantía de la calidad, el otorgamiento de licencias a los profesionales y la inspección de los locales;
- asegurar que los medicamentos esenciales para los pobres y los desfavorecidos sean asequibles y cuenten con financiamiento suficiente;
- comprar los medicamentos esenciales de proveedores del sector público o establecer un mecanismo de licitación central mediante contratos con un vendedor

principal o contratos de distribución para el nivel regional y los niveles inferiores;

- crear y apoyar un programa nacional para fomentar el uso racional y eficaz en función de los costos de los medicamentos por parte de los trabajadores de salud y el común de la gente;
- coordinar las actividades de todas las partes interesadas mediante la formulación, aplicación y seguimiento de una política nacional.

La buena rectoría en el ámbito internacional supone apoyar a los gobiernos a desempeñar esas funciones básicas. El apoyo externo también puede ser útil en las siguientes esferas:

- las organizaciones no gubernamentales, las redes de profesionales y de consumidores, los organismos religiosos, las universidades y los prestadores privados de servicios necesitan apoyo informativo y capacitación en materia de gestión;
- los fabricantes nacionales de productos farmacéuticos necesitan capacitación, apoyo y supervisión en materia de prácticas adecuadas de fabricación;

- se requieren reglamentos, programas de capacitación e incentivos financieros a fin de fomentar el uso racional de los medicamentos en el sector privado.

La comunidad internacional debe hacer cuanto esté a su alcance para lograr que los enormes problemas de salud de los países más pobres reciban atención de parte de los fabricantes de productos farmacéuticos; mecanismos como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización y la Operación Medicamentos Antipalúdicos tienen esta finalidad.

En el campo técnicamente y políticamente complejo de los productos farmacéuticos, los organismos externos pueden necesitar orientación acerca de la mejor manera de ayudar a los países en desarrollo. Por ejemplo, se cuenta con unas directrices sobre las prácticas adecuadas para la donación de medicamentos<sup>1</sup> a fin de sacar el máximo provecho posible de los productos donados.

<sup>1</sup> *Guidelines for drug donations*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1999. (Documento WHO/EDM/PAR/99.4).

dera *cómo* se llevan a cabo estas tareas y cuáles son los posibles aportes de otros grupos y organismos a la rectoría general.

Los sistemas de salud "virtuales", que se describen en el capítulo 3, comprenden a muchos actores autónomos y semiautónomos de distintos sectores de la economía, y también a los que están directamente bajo la autoridad del ministerio. Las aptitudes y estrategias que tradicionalmente han controlado las burocracias públicas son inadecuadas para la rectoría de los sistemas de salud contemporáneos. Se necesitan aptitudes empresariales, analíticas y de negociación para regir tales sistemas. Los sistemas "virtuales" están unidos por la visión e información que comparten acerca de la política y por una variedad de sistemas de reglamentación e incentivos destinados a recompensar el logro de metas y a castigar la apropiación, la incompetencia y el fraude. Los consumidores informados ayudan a mantener unido un sistema de salud de este tipo.

Una mejor rectoría exige hacer hincapié en los procesos de *coordinación, consulta y comunicación basada en pruebas científicas*. Para que el ministerio de salud comprenda los grandes obstáculos que debe salvar para mejorar su desempeño, es preciso que tenga el panorama completo de lo que está sucediendo. Los compromisos iniciales con otros ministerios (de educación, finanzas, transporte, etc.) pueden encararse de modo más efectivo por el gobierno en su conjunto, mejor que mediante acuerdos bilaterales originados en el ministerio de salud, pero, en cualquier caso, le incumbirá a este suministrar los fundamentos y continuar el diálogo. Los ministerios de salud pueden aprender mucho del cambio de prácticas en otros sectores del gobierno que hayan modificado sustancialmente las funciones públicas. Además, la experiencia internacional pertinente constituye una fuente abundante de posibles enseñanzas.

Los ministerios tienen que escuchar una gama más amplia de voces y exponer, con vigor e imaginación, las razones públicas en que se apoyan las prioridades y estrategias sanitarias. Para lograr que las tareas rectoras se lleven a cabo y se deleguen, es preciso que el ministerio conozca la identidad de todos los actores de salud y que se establezcan canales de comunicación regulares. A veces hacen falta estudios especiales (26) para evaluar la magnitud y el contenido de la práctica privada sanitaria.

El ministerio de salud también tiene que contar con la capacidad necesaria y diseñar las estrategias de comunicación adecuadas para que los medios de comunicación sean conscientes de las metas del sistema de salud y del progreso logrado o de los obstáculos encontrados. Algunos ministerios de salud tienen oficinas que sirven de enlace entre el sector privado, los medios de comunicación y distintos sectores con otros actores de salud, y se ocupan de las relaciones con los consumidores y el público. A guisa de ejemplo, en Tailandia el Ministerio de Salud Pública ha sido muy hábil para utilizar los medios de comunicación y ampliar de esta manera su propia esfera de influencia, aprovechando inteligentemente el apoyo que obtiene (recuadro 6.9).

Es común que se descuiden gravemente las consultas, que forman parte del proceso de las políticas, tanto en la fase de formulación como en la de aplicación. La falta de consulta motivó a la Asociación Médica Británica a emprender una campaña pública de oposición a la reforma del sistema nacional de salud de Gran Bretaña implantada por el gobierno de Thatcher en 1989 (27).

En diciembre de 1989, Kenya introdujo su política de distribución de costos con aumento sustancial de los cargos a los usuarios. La prensa publicó una serie de reportajes sobre las penurias que suponía para los usuarios compartir los costos. En agosto de 1990 se retiró la política mediante un anuncio presidencial. Esta política de honorarios se reintrodujo gradualmente más adelante, comenzando con los hospitales de especialidades, haciendo hin-

capié en la capacitación del personal y la educación del público (28). Las reformas del sistema de salud en la República Unida de Tanzania y en Zambia se beneficiaron de la experiencia keniana; estos países hicieron grandes esfuerzos para que el programa de reforma se debatiera públicamente y se incluyera también a los trabajadores de salud en las decisiones correspondientes (29). El sistema de Finlandia, que consiste en juntas de salud municipales elegidas democráticamente, se cita como un ejemplo positivo de la manera de conseguir la participación y habilitación de los ciudadanos en la esfera de la salud (30).

En muchas circunstancias, una estrategia sensata para mejorar el acopio de información para la rectoría consiste en comenzar con un examen de las necesidades esenciales de información para la vigilancia; elaborar estrategias para mejorar la recolección de datos; revisar la visión y el mensaje básicos de la política; examinar las disposiciones en vigor sobre incentivos y organización, y establecer los procesos de coordinación y comunicación. Una inversión masiva en sistemas de gestión de la información por sí sola no mejorará la rectoría. También se necesitan estrategias de promoción de la causa para influir en otras dependencias del gobierno y en los participantes del sistema de salud no gubernamental. El alcance de la reglamentación tiene que ser más amplio, con objeto de incorporar y dar voz a los consumidores, los proveedores privados, las asociaciones profesionales y los organismos de asistencia externa.

Una base de información mejorada para formular las políticas genera una fuerza importante para la comunicación. En ocasiones, esto puede requerir mayor protagonismo del

### Recuadro 6.9 Tailandia: el papel de los medios de comunicación en la rectoría del sistema de salud

La sociedad tailandesa se está haciendo más abierta y receptiva. La constitución de 1997 prevé la plena participación democrática del individuo, la comunidad y la sociedad civil. La Ley de Organización Pública (1999) concede autonomía a las dependencias gubernamentales, en estrecha colaboración con la sociedad civil. Se está otorgando la autonomía a varios hospitales públicos, y los demás están creando juntas directivas en las que participan personas de la comunidad que no son especialistas.

La Ley de Información Pública (1998) fomenta la transparencia y la responsabilización social al garantizar el derecho de los ciudadanos a recibir información del gobierno. En relación con estas reformas, los medios de comunicación han desempeñado un papel importante al reflejar las necesidades del público, y han ayudado a darle forma a varias políticas sanitarias fundamentales. El Consejo de Periodistas fija las normas de con-

ducta ética y procura que la información pública se dé a conocer de manera equilibrada. Las encuestas de opinión pública que se realizan con regularidad sirven eficazmente de interfaz entre la gente y los que formulan las políticas.

Durante muchos años, el Ministerio de Salud Pública ha recabado el apoyo de muchos de los sectores interesados, entre ellos la prensa y los medios de difusión. En época reciente, se han llevado a cabo iniciativas para movilizar a organismos médicos y organizaciones no gubernamentales a fin de ejercer presión pública constante sobre el gobierno para que este sancione dos leyes importantes, la Ley para el Control de los Productos del Tabaco (1992) y la Ley de Protección de la Salud de las Personas que no Fuman (1992). La finalidad de dicho marco jurídico es lograr que, con el tiempo, la sociedad tailandesa esté exenta del humo de tabaco.

Los accidentes de tránsito son la principal causa de defunción en Tailandia. En años recientes, la difu-

sión intensiva de mensajes por radio y televisión durante los períodos en que el tránsito es más intenso ha contribuido a disminuir considerablemente las muertes y lesiones. Las estaciones de radio han abordado otras actividades de salud, tales como el buen estado físico, la alimentación sana y las medicinas tradicionales, teniendo cuidado de facilitar información equilibrada y basada en pruebas científicas. Los medios de comunicación y las organizaciones no gubernamentales han establecido servicios de orientación sobre la infección por el VIH/sida, y el Ministerio de Salud Pública ha establecido un consultorio telefónico que ofrece orientación sobre estrés y prevención de los suicidios, y otro servicio telefónico para la protección del consumidor.

Los medios de comunicación reflejan la insatisfacción de la gente con la atención que proporcionan los hospitales públicos y privados. Al mismo tiempo, el Instituto de Investigaciones sobre Sistemas de Salud

coordina un foro nacional sobre mejoramiento de la calidad y acreditación de los hospitales y está presionando para que se forme un organismo independiente que se ocupe de dicha acreditación. El instituto tiene asimismo un programa para orientar a los periodistas que desean especializarse en el campo sanitario.

De esta manera, los medios de comunicación tailandeses desempeñan un papel importante en la rectoría del sistema de salud, como proveedores de información y agentes del cambio que vinculan entre sí al público en general, los grupos de consumidores, la sociedad civil, la comunidad de los investigadores, las organizaciones profesionales y el gobierno, con la finalidad de mejorar la salud del pueblo mediante la participación de todos.



ministerio de salud, por ejemplo, en las negociaciones con el ministerio de hacienda o con los donantes. Pero el ministerio de salud puede transmitir más vigorosamente sus mensajes si expone sus razones por conducto de medios tales como la prensa, la televisión y la radio, las instituciones académicas y los grupos de consumidores o profesionales. El ministerio tiene que aceptar como asociados suyos en el sistema de salud a todos los que estén motivados esencialmente por obtener ganancias de salud, sean del sector público o privado. La comunicación constante es uno de los hilos que mantiene unido al sistema.

La gran diversidad de asociados que participan en el sistema de salud da lugar a una pregunta importante: ¿qué debe hacer cada quien?

En las secciones anteriores se ha tratado básicamente el papel del ministerio de salud. Pero el contexto local y los problemas concretos determinan quiénes son las partes interesadas: quién lleva las de ganar y quién las de perder cuando la política sigue una dirección determinada. Conseguir el apoyo de los interesados principales es una tarea importante para el ministerio de salud. La viabilidad política de la política depende del poder de los participantes, de su postura, de la seriedad de su compromiso y de su número (31). En su calidad de organismo a cargo de formular políticas y dirigir su aplicación, el ministerio de salud tiene que tener esto en cuenta.

En el sector público, las organizaciones de seguridad social y el sistema educativo sobresalen entre los organismos cuyas actividades influyen en la salud. El ministerio de salud puede influir en ellos mediante el trato directo o por canales políticos más altos, a fin de obtener el apoyo a las políticas de salud, sin entrar en conflicto con lo que hacen otras partes del sector público.

Cuando las actividades del sector privado están motivadas por obtener ganancias en el campo de la salud, como puede ser el caso de la investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos, la tecnología médica o la seguridad en los vehículos automotores, los ministerios de salud deben procurar como mínimo que sus estrategias de información y comunicación incluyan a esos socios. Cuando tales insumos son objeto de comercio internacional, las organizaciones regionales y mundiales que se ocupan de la salud deben apoyar el papel rector de los ministerios de salud, por ejemplo, unificando a los representantes del gobierno, la industria y los consumidores, promoviendo pautas para las prácticas adecuadas, y proporcionando información, vigilancia y comparaciones internacionales.

Las organizaciones profesionales a menudo pueden desempeñar un papel mucho más importante en la autorregulación. Los ministerios de salud, mediante un apoyo juicioso, pueden prestar asistencia a las asociaciones profesionales para que asuman parte de la carga de la función rectora, como la concesión de licencias, la verificación de credenciales y la capacitación en el servicio.

Los intereses de los consumidores en materia de salud están mal protegidos en todos los países, al margen de su grado de desarrollo. Sin embargo, en el Canadá, Nueva Zelandia y Suecia, donde los gobiernos toman en serio los conocimientos del público acerca de la salud, han surgido grupos de consumidores dedicados y poderosos en virtud de su número. Aunque es posible que se opongan al ministerio de salud en ciertas cuestiones, en otras su posición de consumidores organizados reforzará el poder de negociación del ministerio con proveedores de insumos o grupos profesionales. Las comunicaciones modernas permiten acceso rápido y fácil a la información sanitaria presentada de una manera apta para las personas que no son especialistas: los ministerios deberían empeñarse en poner estos recursos a disposición del público.

Los organismos externos, públicos y no gubernamentales, tienen responsabilidades especiales en cuanto a prestar asistencia a la función rectora. El presente informe está dirigido a

ellos y a sus asesores, así como a los que formulan las políticas nacionales. Los organismos externos tienen un doble mandato: por un lado, deben rendir cuentas a sus dirigentes y los grupos que los apoyan en su propio país, y, por el otro lado, deben responsabilizarse ante los gobiernos de los países en desarrollo en los que trabajan. Durante muchos años el mandato surtió efecto merced a la solución intermedia de dirigir la atención a proyectos autónomos. Los donantes consideraban los proyectos como una manera fácil de mostrar su trabajo al público de su propio país, y los proyectos bien escogidos también satisfacían una necesidad prioritaria de desarrollo en el país anfitrión. El cambio que comenzó en los años ochenta hacia un apoyo más sistemático, primero por medio de programas y luego de enfoques sectoriales, ha facilitado a los organismos externos su papel de apoyo a la rectoría del gobierno. Actualmente, algunos donantes tienen voz en la formulación de políticas y estrategias, y están renunciando a su derecho a elegir proyectos de desarrollo aislados a cambio de una plena asociación con los gobiernos receptores de la ayuda (32).

Con sus recursos y conocimientos técnicos, los organismos externos pueden lograr que se reconozcan las tareas de rectoría y que reciban prioridad las inversiones para apoyar la formación de las nuevas aptitudes que se necesitan para establecer esta función. La rectoría es, pues, el núcleo irreductible de la responsabilidad pública: el gobierno tiene una labor que cumplir y debe cumplirla adecuadamente. Sin la rectoría, las fallas del mercado y la exclusión de los consumidores pobres serán peligros siempre presentes.

Los organismos donantes tienen la responsabilidad especial de no entorpecer la función rectora actuando de manera semiautónoma. Los donantes —con frecuencia numerosos y deseosos de que sus intereses se expresen en la política— pueden entrar en conflicto muy fácilmente con las intenciones de terceros y del gobierno, lo cual hace aún más difícil establecer líneas de política claras (33). En este sentido, el concepto de enfoques pansectoriales ofrece un modelo prometedor. Por este medio, el gobierno empuña el timón y establece un diálogo sobre prioridades, estrategias y planes de ejecución comunes.

## ¿CUÁLES SON LOS DESAFÍOS?

Muchos países no están alcanzando su potencial, y la mayor parte no está haciendo esfuerzos suficientes para lograr la capacidad de respuesta y la equidad en el financiamiento. Hay defectos graves en el desempeño de una o varias funciones prácticamente en todos los países.

Estas fallas causan un número muy elevado de muertes y discapacidades evitables en todos los países, sufrimiento innecesario, e injusticia, inequidad y denegación de los derechos básicos de las personas. Las repercusiones son indudablemente más graves en las personas pobres, que se van sumiendo cada vez más en la miseria por la falta de protección financiera contra la mala salud.

En todos los sistemas hay innumerables personas muy capacitadas y de gran dedicación que trabajan en todos los niveles para mejorar la salud de sus comunidades. No cabe duda de que los sistemas de salud globalmente considerados han contribuido ya enormemente a mejorar la salud de casi toda la población del mundo durante el siglo XX. En los albores del nuevo siglo, los sistemas de salud tienen el poder y el potencial necesarios para conseguir nuevas y extraordinarias mejoras.

Lamentablemente, los sistemas de salud pueden también hacer mal uso de ese poder y desperdiciar el potencial de que disponen. Los sistemas de salud mal estructurados, mal gestionados, organizados ineficientemente y financiados en forma inadecuada pueden causar más mal que bien.

La responsabilidad última del desempeño global del sistema de salud de un país incumbe al gobierno, que a su vez debe recabar la participación de todos los sectores de la sociedad en la rectoría de dicho sistema. La gestión atenta y responsable del bienestar de la población es la esencia del buen gobierno. La salud de la gente es siempre una prioridad nacional, y la responsabilidad del gobierno en este sentido es continua y permanente.

La supervisión y la reglamentación de los proveedores y aseguradoras del sector privado deben figurar en lugar prioritario en la lista de las políticas nacionales. Una buena política ha de saber distinguir entre los proveedores (públicos o privados) que contribuyen a las metas de salud y los que las perjudican o no ejercen ningún efecto, y alentarlos o sancionarlos en consecuencia. Las políticas encaminadas a modificar el equilibrio entre la autonomía de los proveedores y su responsabilización han de ser objeto de una estrecha vigilancia en lo tocante a sus efectos en la salud, su capacidad de respuesta y la distribución de la carga financiera.

Es preciso que los consumidores estén mejor informados sobre lo que beneficia y lo que perjudica su salud, sobre las razones de que no se puedan satisfacer todas sus expectativas, y sobre sus derechos, que todos los proveedores deberían respetar. Sin embargo, los países, al margen de su grado de desarrollo, protegen mal los intereses de los consumidores en materia de salud. Hay que promover el concepto de “los derechos de los pacientes” y establecer los mecanismos para investigar las violaciones en forma ágil y justa.

El camino más obvio para aumentar los pagos anticipados es elevar el nivel del financiamiento público de la sanidad; sin embargo, esto es difícil, por no decir imposible, para las naciones pobres. Los gobiernos podrían fomentar distintos tipos de pago anticipado —basados en el empleo, la comunidad o los proveedores— como parte del proceso preparatorio para la unificación de pequeños fondos comunes en fondos más grandes. Los gobiernos necesitan promover la tarificación comunitaria, un conjunto común de prestaciones y el carácter transferible de estas entre distintos planes, y usar fondos públicos para pagar la cobertura de los pobres en esos planes. Los planes de seguro concebidos para admitir más miembros pobres son una vía interesante para canalizar la asistencia externa en materia de salud, junto con los ingresos del gobierno. Se necesita una rectoría alerta a fin de impedir que grupos más adinerados y con menos riesgo se apropien de esos planes.

En casi todos los países de ingresos bajos y medianos se requieren mecanismos para separar la recaudación de ingresos de los pagos directos en el momento de utilizar los servicios, permitiendo así que la mayor parte del financiamiento sanitario provenga de los pagos anticipados. Una mayor mancomunación de los recursos financieros permite los subsidios cruzados de los ricos a los pobres y de los sanos a los enfermos. Cada país tiene que elegir estrategias para mancomunar los riesgos y aumentar los subsidios cruzados. Los pagos a todo tipo de proveedores de servicios se tienen que modificar con objeto de estimularlos para que se dediquen a lograr las metas del sistema de salud mediante intervenciones eficaces en función de los costos contra enfermedades comunes que se pueden prevenir o tratar.

En el plano internacional, cabe alentar a la industria básicamente privada de la investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos y vacunas a que atienda las prioridades sanitarias mundiales y no se concentre exclusivamente en los productos vinculados con las enfermedades relacionadas con ciertos “modos de vida”, destinados a los grupos más ricos.

En muchos países existen graves desequilibrios simultáneos en los recursos humanos y materiales, la tecnología y los productos farmacéuticos. Muchos países tienen muy poco personal de salud calificado, y otros tienen demasiado. En muchas naciones de bajos ingresos el personal está insuficientemente formado y mal pagado, y se ve obligado a trabajar

en establecimientos obsoletos y en ruinas que tienen una escasez crónica de equipo. Una consecuencia de ello es la “fuga de cerebros”, de profesionales con talento pero desmoralizados que prefieren marcharse al extranjero o ejercer de manera privada.

En general, los gobiernos apenas disponen de la información que precisan para establecer estrategias eficaces. Las cuentas sanitarias nacionales ofrecen un marco objetivo e integral para analizar la situación global y vigilar las tendencias. Su creación y utilización debería ser una práctica mucho más extendida.

## CÓMO MEJORAR EL DESEMPEÑO

La rectoría es necesaria para lograr un mejor desempeño del sistema de salud. Las conclusiones sobre la rectoría que figuran a continuación se aplican a muchos países industrializados, lo mismo que a las naciones de ingresos bajos y medianos.

La función rectora del sistema de salud incumbe al gobierno. Para ejercerla, se requiere una visión de política abarcadora y bien pensada que reconozca a todos los actores importantes y les asigne papeles. Se basa en un escenario realista de los recursos y se dedica a la consecución de las metas del sistema. El acopio de información requiere un sistema selectivo acerca de las funciones claves del sistema y la consecución de metas, desglosadas en categorías importantes de población, tales como nivel de ingresos, edad, sexo y grupo étnico. La rectoría también exige tener la habilidad de reconocer en cualquier momento dado los obstáculos que se oponen a las políticas, y evaluar las opciones para hacerles frente. Para ejercer influencia se requieren estrategias de reglamentación y promoción de la causa compatibles con las metas del sistema de salud, y la capacidad de aplicarlas de manera económica.

**Prestación de servicios.** La prestación privada de servicios de salud tiende a ser mayor en los países con niveles de ingresos más bajos. Pero los países más pobres rara vez tienen orientaciones claras de política en relación con el sector privado. Por lo tanto, tienen que hacer progresos en el reconocimiento de las formas diversas de prestación de servicios privados y entablar comunicación con los diferentes grupos de proveedores privados.

A fin de avanzar hacia una atención de mayor calidad, suele necesitarse una base de información sobre la prestación de servicios existente. Hay que entender los factores de riesgo locales y nacionales. Es fundamental contar de antemano con información acerca del número y tipo de proveedores, requisito que con frecuencia no se cumple. También es preciso comprender la estructura y los modos de utilización del mercado de proveedores, a fin de que los encargados de diseñar las políticas conozcan el motivo de la existencia de esta gama de servicios y la dirección de su crecimiento. La información acerca de las intervenciones ofrecidas y las principales limitaciones al establecimiento de los servicios también es pertinente para la mejora general de la calidad.

Se debe emprender un proceso público y explícito para establecer las prioridades, con objeto de determinar el contenido de un conjunto de prestaciones que debiera estar al alcance de cualquiera, incluso de los asegurados en planes privados, y que debería reflejar las prioridades locales en cuanto a la morbilidad y ser eficaz en función de los costos, entre otros criterios. El racionamiento consistirá en excluir ciertas intervenciones del conjunto de prestaciones, pero sin dejar fuera a nadie. Hay que actualizar y usar mecanismos de apoyo tales como los protocolos clínicos, el registro, la capacitación y los procesos de otorgamiento de licencias y acreditación. Se tiene que confeccionar una estrategia de reglamentación que separe los distintos componentes del sector privado e incluya la promoción de la función autorreguladora. La tarea de armonizar las estructuras y los incentivos organizativos

con los objetivos globales de la política es parte de la función rectora, no es algo que deba dejarse al solo arbitrio de los proveedores de servicios.

La vigilancia es imprescindible para evaluar los cambios de comportamiento que acompañan a la descentralización de la autoridad sobre los recursos y los servicios, y los efectos de los distintos tipos de relaciones contractuales con los proveedores públicos y privados. Lograr el equilibrio entre el control estricto y la independencia debida para estimular a los proveedores es tarea delicada que exige encontrar soluciones locales, no teóricas. En casi todos los casos habrá que recurrir a la experimentación y la adaptación. Una red de apoyo para intercambiar información será esencial para crear un "sistema virtual de salud" a partir de un conjunto numeroso de proveedores semiautónomos.

En los países de ingresos medianos, en los que la prestación de servicios de salud suele estar fragmentada en sistemas paralelos, cabe fomentar la competencia entre proveedores basada en la calidad. Se ha logrado implantar satisfactoriamente una combinación de subsidios públicos y proveedores privados sujetos a reglamentación, mediante una cobertura ampliada del seguro (Argentina, Colombia), y contratos directos con los proveedores del ministerio (Brasil). En las economías de altos ingresos suele existir la necesidad de mejorar la reglamentación de los proveedores privados y prestar más atención a la capacidad de respuesta (Reino Unido) así como al control del despilfarro debido a la prescripción excesiva, el abuso de la tecnología con fines de diagnóstico y las intervenciones innecesarias (Estados Unidos, Francia, Japón).

*Generación de recursos.* La rectoría ha de vigilar el equilibrio de varias estrategias y orientarlas en la dirección correcta cuando se desequilibran. Un sistema de cuentas sanitarias nacionales aporta la información esencial para vigilar la relación entre los gastos de capital y los gastos ordinarios, o la de cualquier insumo con respecto al total, y observar las tendencias. En las cuentas se consignan las contribuciones externas y nacionales, tanto públicas como privadas, y se ofrece una recopilación útil de datos cuantitativos sobre rubros concretos (como el número de enfermeras, de tomógrafos computarizados o de hospitales de distrito) con los costos correspondientes. En la mayoría de los países se emplea ya algún tipo de cuentas, pero se trata a menudo de cuentas rudimentarias que aún no se utilizan ampliamente como instrumentos de rectoría.

Los datos de las cuentas sanitarias nacionales permiten al ministerio de salud analizar críticamente las compras realizadas por todos los responsables de los recursos financieros del sistema de salud. El concepto de la compra estratégica, que se expone en el capítulo 5, se aplica no solo a la adquisición de servicios asistenciales, sino también a la compra de insumos para el sistema de salud. Cuando se utilizan recursos financieros públicos para adquirir directamente insumos tales como personal capacitado, equipo de diagnóstico y vehículos, incumbe al ministerio de salud garantizar la buena utilización de los fondos, en lo que atañe tanto a los precios de los productos como al uso eficaz de lo adquirido.

Cuando otras entidades (tales como las aseguradoras privadas, los proveedores, las familias u otras instituciones públicas) compran los insumos sanitarios, la función rectora del ministerio estriba en emplear su influencia reglamentaria y su capacidad de persuasión para lograr que esas compras mejoren, en lugar de empeorar, la eficacia de la combinación de insumos. Por cierto que esto no implica la centralización integral de la planificación y la programación. En sistemas con una alta descentralización de la autoridad para gastar recursos la rectoría debe fijar las reglas, y no tomar cada decisión. En el Brasil se han puesto en práctica reglas para asignar los recursos financieros a los estados, fijar los precios de los servicios y examinar las decisiones de inversión más importantes (34). Es posible que el ministerio central tenga que tomar algunas decisiones importantes de inversión de capital,

como las relacionadas con hospitales terciarios o facultades de medicina; pero se debería confiar a las autoridades de salud regionales y distritales las decisiones de compra de menor cuantía, que son las más numerosas y a las cuales se aplicarían directrices, criterios y procedimientos promovidos por el gobierno central.

A fin de alcanzar un equilibrio idóneo entre los gastos de capital y los gastos ordinarios en el sistema de salud, es necesario analizar las tendencias del gasto público y del privado, y tener en cuenta el financiamiento interno y externo. La información presupuestaria que suele estar a disposición de los ministerios de salud es parcial. La existencia de un marco normativo claro, los incentivos, las medidas de reglamentación y la información del público son apoyos necesarios para adoptar decisiones importantes de inversión en todo el sistema, a fin de contrarrestar las decisiones ad hoc y las influencias políticas.

En lo que respecta a los recursos humanos, combinaciones estratégicas similares han permitido corregir con cierto éxito desequilibrios geográficos comunes en el interior de los países. En general, es preciso reevaluar las necesidades de capacitación teniendo en cuenta las tareas reales desempeñadas por los trabajadores, y a menudo es necesario ajustar la oferta general para satisfacer la demanda, expresada por las oportunidades de empleo. En países como China, donde la rentabilidad social de la formación médica es negativa, se plantea la posibilidad de privatizar o cerrar instituciones docentes. Sin duda, a menudo hay que reconsiderar los subsidios públicos a dichas instituciones desde la perspectiva de la compra estratégica; pero suele ser posible limitar el número de alumnos que ingresan a esos centros docentes, sin necesidad de cerrarlos, y utilizar quizás los recursos así liberados para readiestrar al personal sanitario claramente excedentario (por ejemplo, los médicos especialistas en Egipto), orientándolo hacia ocupaciones con mayor demanda.

En el caso de los productos farmacéuticos y las vacunas, la función rectora en el plano internacional se ejerce influyendo en la industria de la investigación y el desarrollo, mayoritariamente privada, para que atienda las prioridades sanitarias mundiales. En el plano nacional, las tareas claves son procurar que las compras sean eficaces en función de los costos, aplicar el control de calidad, fomentar la prescripción racional de medicamentos y velar por que los consumidores estén debidamente informados. La estrategia de financiamiento sanitario también tiene que garantizar que los pobres, en particular, cuando se enferman obtengan los medicamentos necesarios sin barreras financieras.

Las operaciones importantes de compra de equipo propician muchas veces el despilfarro de los recursos del sistema sanitario, pues a menudo el equipo queda infrautilizado, aporta pocas ganancias de salud o exige tiempo del personal o gastos fijos. Además, son operaciones difícilmente controlables. Todos los países necesitan acceder a información que les permita evaluar las tecnologías, sin que eso signifique que deban forzosamente producirla ellos mismos. La función rectora consiste en procurar que se satisfagan los criterios establecidos para la compra de tecnología en el sector público —que todos los países necesitan— y que el sector privado no reciba incentivos ni subsidios públicos para sus compras de tecnología —en especial, el subsidio que va implícito en la posibilidad de vender al gobierno los servicios de ese equipo—, a menos que así ayude a alcanzar las metas de la política nacional.

Los proveedores recurren a menudo al apoyo o a los donativos públicos para sus compras de tecnología, y es parte de la rectoría el procurar que los consumidores comprendan por qué dichas compras han de racionarse al igual que otros servicios. Determinar el costo de oportunidad de la nueva tecnología en comparación con otros servicios necesarios puede ayudar al público a comprender la situación.

*Financiamiento del sistema de salud.* En todas las circunstancias, es conveniente lograr niveles muy altos de pagos anticipados distribuidos equitativamente y practicar la compra estratégica de intervenciones sanitarias. Sin embargo, las estrategias de ejecución están mucho más ligadas a la situación de cada país. Los países pobres afrontan el desafío más grande: la mayor parte de los pagos en concepto de atención sanitaria se efectúa en el momento en que la gente se enferma y usa el sistema de salud. Esto es valedero sobre todo para los más pobres, que probablemente no tengan seguro de salud prepagado y que a menudo no se pueden beneficiar de los servicios subsidiados. No hay que depender de los pagos provenientes del bolsillo del usuario, en particular los efectuados por los pobres, como fuente de financiamiento a largo plazo del sistema de salud.

Aumentar el nivel de financiamiento público de la salud quizá sea la opción más obvia para aumentar la cuantía del pago anticipado, pero surgen inmediatamente dos obstáculos. El primero es que los países más pobres recaudan menos fondos públicos, como porcentaje del ingreso nacional, que los de ingresos medianos y altos. De hecho, esta falta de capacidad institucional es una faceta de su pobreza. El segundo obstáculo es que los ministerios de hacienda en los países pobres, a menudo conscientes de que el sistema de salud tiene un mal desempeño, miran con escepticismo las pretensiones de este último con respecto a los ingresos públicos. Si no existen arreglos organizativos viables para reforzar los niveles de pago anticipado, tanto los donantes como los gobiernos deben estudiar otras opciones para crear mecanismos que permitan establecer o unificar grandes fondos de mancomunación de riesgos. Los planes de seguro concebidos para ampliar la cobertura de la población pobre ofrecen al gobierno un medio de mejorar rápidamente la salud de los más vulnerables, con el financiamiento de sus asociados extranjeros.

En los países de ingresos medianos suelen coexistir el seguro obligatorio y los planes basados en los ingresos y los riesgos. La vía de política para llegar a un sistema equitativo de pagos anticipados pasa por el fortalecimiento de tales planes, también en este caso procurando aumentar el financiamiento público para incluir a los pobres. La ampliación de la base de beneficiarios mediante subsidios y fusiones de planes preexistentes permitió que la cobertura nacional en Alemania, Japón y la República de Corea creciera a partir de planes a pequeña escala.

Aunque casi todos los países industrializados cuentan con altos niveles de pago anticipado, algunas de estas estrategias también son pertinentes para ellos. Considerando el nivel de ingresos de los Estados Unidos, una proporción excesivamente alta de su población no está protegida por un seguro de salud; se necesitaría una combinación de las estrategias descritas para que el nivel y la equidad de la protección financiera mejorara sustancialmente en el siguiente decenio.

Para obtener el máximo rendimiento de las sumas provenientes de los pagos anticipados, es necesario que el método de la compra estratégica reemplace a gran parte de la maquinaria tradicional que vincula a los encargados de los presupuestos con los proveedores de servicios. Los primeros ya no serán intermediarios financieros pasivos. La compra estratégica entraña el establecimiento de un conjunto coherente de incentivos a los proveedores, ya sean públicos o privados, para alentarlos a ofrecer eficazmente intervenciones prioritarias. La contratación selectiva y el uso de varios mecanismos de pago son elementos necesarios para incentivar la mejora de la capacidad de respuesta y de los resultados sanitarios.

El presente informe abre nuevos caminos, pues presenta por primera vez un índice global de los logros de los sistemas nacionales de salud y un índice de su desempeño en

relación con su potencial. Ambos se basan en las metas fundamentales: *mejora de la salud, respuesta a las expectativas de la población* (en las que importan el nivel y la distribución) y *equidad de las contribuciones financieras al sistema de salud*. La consecución de estas metas depende de la eficacia de cuatro funciones principales: *prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría*.

La clasificación preliminar de los países en función del desempeño de sus sistemas de salud son reveladoras. Indica que, cuando los niveles de gasto sanitario son muy bajos, el desempeño empeora sistemáticamente y es mucho más variado que a niveles de gasto elevados, aun cuando el desempeño se juzga en relación con los recursos humanos de un país y la cantidad que gasta en salud. Es evidente que los países con recursos limitados y problemas de salud graves tienen las necesidades más grandes: comprender la razón por la cual los sistemas de salud al parecer no logran todo lo que debieran, y ayudarlos a alcanzar su potencial. Los hallazgos que se dan a conocer en el presente informe también demuestran que si bien gran parte del desempeño —en particular del nivel de salud y ciertos elementos de la capacidad de respuesta— depende mucho de lo que gasta un sistema, es posible lograr equidad considerable en materia de salud, respeto por las personas y equidad financiera incluso con pocos recursos. Algunos sistemas logran mucho más que otros en estas esferas importantes.

Las partes interesadas aún tienen mucho por hacer en el futuro a fin de mejorar los conceptos y generar los datos sobre el desempeño de los sistemas nacionales de salud. Se sugiere firmemente una reorientación generalizada de las políticas.

La prestación de servicios, la variedad de recursos, el financiamiento de la salud y, ante todo, la rectoría son sumamente importantes. El mejor desempeño de estas cuatro funciones comunes hará posible lograr adelantos considerables en el logro de las metas en los países a todos los niveles de desarrollo. Los pobres serán los beneficiarios principales.

## REFERENCIAS

1. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6). (En prensa).
2. Osborn D, Gaebler T. *Reinventing government*. Reading, Massachusetts: Addison Wesley; 1993.
3. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1998. (State of Health Series).
4. Bossert T, et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning* 1998;13(1):59–77.
5. Ogunbekun I, et al. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):174–181.
6. Bennett S, et al. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva: World Health Organization; 1998. (Documento WHO/ARA/CC/98.1).
7. Killingsworth J, et al. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):152–163.
8. Halik J. Respecting patients' rights in hospitals in Poland. En: *Health sector reform in Central and Eastern Europe: current trends and priority research: a FICOSER research meeting, Velingrad, Bulgaria, 2–3 October 1998*. Warsaw: National Centre for Health System Management; 1999.
9. Schuster M, et al. How good is the quality of good health care in the United States? *The Milbank Quarterly* 1998;76(4):517–563.
10. Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London: Zed Books; 1996.
11. Salinas H, Lenz R. *Las no reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso*. Santiago, Chile; 1999.
12. Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V. Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning* 1994;9(1):31–40.



13. Turshen M. *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1999.
14. Chollet DJ, Lewis M. Private insurance: principles and practice. En: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing*. Washington, DC: The World Bank; 1997. (World Bank Discussion Paper No. 365).
15. Musgrove P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (World Bank Discussion Paper No. 339).
16. Hsiao WC. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy* 1995;32:125–139.
17. Van Lerberghe W, et al. Reform follows failure: I. Unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning* 1997;12(4):296–311.
18. Borren P, Maynard A. The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health Policy* 1994;27(3):233–252.
19. Russel S, Attanayake N. *Sri Lanka: reforming the health sector. Does government have the capacity?* Birmingham, United Kingdom: University of Birmingham; 1997.
20. Bennett S, Ngalande-Banda E. *Public and private roles in health. A review and analysis of experience in Sub-Saharan Africa*. Geneva: World Health Organization; 1994. (Current Concerns, ARA Paper No. 6, document WHO/ARA/CC/97.6).
21. Broomberg J. *Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy; 1994.
22. WHO Action Programme on Essential Drugs. *Public-private roles in the pharmaceutical sector*. Geneva: World Health Organization; 1995. (Documento de trabajo inédito).
23. Zurita B, et al. *Structural pluralism as a tool for equity, quality and efficiency in healthcare in Mexico: the role of FUNSALUD*. 2000. (Documento inédito).
24. Smithson P. Quarts into pint jugs? The financial viability of health sector investment in low income countries. *Health Policy and Planning* 1995;10(Suppl.):6–16.
25. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997;42(1): 49–66.
26. Bhat R. *Public-private partnerships in the health sector: the Indian experience*. 2000. (Documento inédito).
27. Robinson R, Le Grand J, eds. *Evaluating the NHS reforms*. London: King's Fund Institute; 1994.
28. Quick JD, Musau SN. *Impact of cost sharing in Kenya: 1989–1993. Effects of the Ministry of Health Facility Improvement Fund on revenue generation, recurrent expenditures, quality of care, and utilization patterns*. Nairobi: Management Sciences for Health; 1994.
29. Kalumba K. *Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: the case of Zambia*. Geneva: World Health Organization; 1997. (Document WHO/ARA/ 97.2).
30. Calnan M, Halik J, Sabbat J. Citizen participation and patient choice in health reform. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press; 1998. (State of Health Series).
31. Reich M. En: *Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems*. Washington, DC: Economic Development Institute, The World Bank; 1998. (Flagship Module 2).
32. Hay R. *International aid: economics and charity*. Oxford: Oxford Policy Institute; 2000. (Oxford Policy Brief No. 1).
33. Walt G, et al. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning* 1999;14(3):207–218.
34. *Brazil: social spending in selected states*. Washington, DC: The World Bank; 1999. (World Bank Report BR-17763: Chapter 3).



## *Anexo estadístico*

*En los cuadros de este anexo se presentan nuevos conceptos e indicadores que forman la base empírica para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. En el texto principal del informe se facilitan detalles sobre las diferentes metas que deben perseguir los sistemas de salud y los indicadores de desempeño correspondientes. El material de estos cuadros se presentará cada año en el Informe sobre la salud en el mundo. Como ocurre siempre con toda innovación, los métodos y las fuentes de datos son susceptibles de ser perfeccionados. Se espera que el escrutinio y el uso cuidadoso de los resultados conduzcan progresivamente a una mejor medición del desempeño de los sistemas de salud en los próximos informes. Todos los resultados principales se presentan con intervalos de incertidumbre para dar a conocer al usuario el intervalo verosímil de las estimaciones de cada medida para cada país.*



# ANEXO ESTADÍSTICO

## NOTAS EXPLICATIVAS

En los cuadros de este anexo técnico se presentan nuevos conceptos e indicadores que forman la base empírica para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. En el texto principal del informe se facilitan detalles sobre las diferentes metas que deben perseguir los sistemas de salud y los indicadores de desempeño correspondientes. Tanto el texto del informe como el anexo están basados en el marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.<sup>1</sup> Los trabajos que dieron por resultado los cuadros del anexo fueron realizados principalmente por el Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, en colaboración con colegas de las oficinas regionales de la OMS. Esta empresa analítica se organizó mediante once grupos de trabajo, cuya composición se detalla en el apéndice. El material de estos cuadros se presentará cada año en el *Informe sobre la salud en el mundo*. Dado que este es el primer año que se presenta el material de los cuadros 1 y 5 a 10 del anexo, se han preparado documentos de trabajo que aportan detalles sobre los conceptos, los métodos y los resultados que aquí solo se mencionan brevemente. Al final de estas notas técnicas se incluye la lista completa de esos documentos de trabajo pormenorizados.

Como ocurre siempre con toda innovación, los métodos y las fuentes de datos son susceptibles de perfeccionarse. Se espera que el escrutinio y el uso cuidadoso de los resultados conduzcan progresivamente a una mejor medición del desempeño de los sistemas de salud en los próximos informes sobre la salud en el mundo. Todos los resultados principales se presentan con intervalos de incertidumbre para dar a conocer al usuario el intervalo verosímil de las estimaciones de cada medida para cada país.

Aunque no se indica en ninguno de los cuadros, se han utilizado ampliamente los cálculos de los ingresos per cápita expresados en dólares internacionales, los años promedio de escolaridad para la población mayor de 15 años, el porcentaje de la población que vive en la pobreza absoluta y el coeficiente de Gini relativo a los ingresos. En todos los casos, son muchas las fuentes de información de los organismos internacionales acerca de estos indicadores, y los datos suelen ser contradictorios; además, son muchos los países para los que no se ha publicado ninguna estimación. A efecto de facilitar los análisis que se exponen en estas páginas, se han efectuado cálculos uniformes y completos de estos indicadores fundamentales mediante una variedad de técnicas, como son el análisis factorial, los métodos de imputación múltiple para datos faltantes, los datos obtenidos por teledetección mediante satélites de uso público y el examen sistemático de los datos de encuestas domiciliarias. Los detalles sobre los métodos y las fuentes de datos para las cifras finales de los ingresos per cápita, el nivel de instrucción, la pobreza y la distribución del ingreso se describen en otro trabajo.<sup>2</sup>

### CUADRO 1 DEL ANEXO

El cuadro 1 del anexo es una guía para usar los cuadros 5 a 7, 9 y 10. Cada indicador de logro de metas y de desempeño —esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad,

igualdad sanitaria en función de la supervivencia infantil, nivel de la capacidad de respuesta, distribución de la capacidad de respuesta, equidad de la contribución financiera, desempeño en relación con el nivel de salud y desempeño global del sistema de salud— se ordena como en una tabla de posiciones que va del nivel más alto de logro o desempeño al nivel más bajo. En el cuadro 1 del anexo se enumeran los países por orden alfabético y se indica la posición que cada uno ocupa con respecto a cada una de las medidas presentadas en los otros cuadros. El lector puede usar el cuadro 1 del anexo para saber rápidamente dónde encontrar un país determinado en cada cuadro.

## CUADRO 2 DEL ANEXO

Para evaluar el desempeño de los sistemas en función del logro en materia de salud, era imprescindible contar con la mejor estimación posible de la tabla de mortalidad de cada país. Se han preparado nuevas tablas de mortalidad para los 191 Estados Miembros a partir de un examen sistemático de todos los datos disponibles —procedentes de encuestas, censos, sistemas de registro de muestras, laboratorios demográficos y registro civil— acerca de los niveles y las tendencias de la mortalidad en la niñez y la mortalidad de adultos. Este examen se benefició enormemente de las investigaciones sobre la mortalidad en la niñez emprendidas por el UNICEF<sup>3</sup> y la evaluación demográfica de 1998 hecha por la División de Población de las Naciones Unidas.<sup>4</sup> Para facilitar el análisis demográfico, de las causas de defunción y de la carga de morbilidad, los 191 Estados Miembros se han dividido en 5 estratos de mortalidad sobre la base de su nivel de mortalidad en la niñez (5q0) y de mortalidad de adultos del sexo masculino (45q15). La matriz definida por las 6 Regiones de la OMS y los 5 estratos de mortalidad da por resultado 14 subregiones, pues no todos los estratos de mortalidad están representados en cada Región. Estas subregiones sirven de base para la presentación de los resultados en los cuadros 3 y 4.

Debido a la heterogeneidad cada vez mayor de las características de la mortalidad de adultos y en la niñez, la OMS ha creado un sistema de tablas de mortalidad usando un procedimiento logit de dos parámetros para cada una de las 14 subregiones.<sup>5</sup> Este sistema de tablas de mortalidad modelo se ha usado ampliamente en la confección de tablas de mortalidad para cada Estado Miembro y al proyectar las tablas de mortalidad para 1999, siendo así que los datos más recientes disponibles son de años anteriores. Los detalles acerca de los datos, los métodos y los resultados por país de este análisis de tablas de mortalidad pueden consultarse en el documento técnico correspondiente.<sup>6</sup>

Una innovación importante que la OMS está introduciendo este año en los análisis demográficos y de otro tipo es la inclusión de los intervalos de incertidumbre. Para captar la incertidumbre debida al muestreo, a la técnica de estimación indirecta o a la proyección a 1999, se ha confeccionado un total de 1000 tablas de mortalidad para cada Estado Miembro. Los límites de incertidumbre se presentan en el cuadro 1 del anexo al dar los valores fundamentales de las tablas de mortalidad en los percentiles 10.<sup>o</sup> y 90.<sup>o</sup>. Este análisis de la incertidumbre se vio facilitado por la obtención de nuevos métodos y herramientas de software.<sup>7</sup> En los países aquejados por una epidemia considerable de infección por el VIH, los cálculos recientes del nivel y el intervalo de incertidumbre de la magnitud de la epidemia de infección por el VIH se han incorporado en el análisis de incertidumbre de la tabla de mortalidad.<sup>8</sup>

## CUADROS 3 Y 4 DEL ANEXO

Las causas de defunción de las 14 subregiones del mundo se han calculado basándose en los datos de los sistemas nacionales de registro civil, que recopilan 16,7 millones de

defunciones anualmente. Además, la información proveniente de sistemas de registro de muestras, laboratorios demográficos y análisis epidemiológicos de enfermedades y trastornos específicos se ha usado para obtener mejores estimaciones de las características de las causas de defunción.

Los datos sobre causas de defunción se han analizado con cuidado para tener en cuenta la cobertura incompleta del registro civil en los países y las diferencias probables en las características de dichas causas que cabría prever en los grupos de población sin servicios de salud, que suelen ser los más pobres. Para efectuar este análisis se han creado técnicas basadas en el estudio acerca de la carga global de morbilidad,<sup>9</sup> que se perfeccionaron mediante el empleo de bases de datos mucho más amplias y de técnicas de modelado más consistentes.<sup>10</sup>

Se ha prestado atención especial a los problemas de la atribución o codificación errónea de las causas de defunción en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las lesiones y las categorías generales mal definidas. Se elaboró un algoritmo de corrección para reclasificar los códigos de causas cardiovasculares mal definidas.<sup>11</sup> La mortalidad por cáncer según la localización se ha evaluado usando datos extraídos del registro civil y de registros poblacionales de incidencia de cáncer. Estos últimos se han analizado usando un modelo de cohorte de un período determinado y edades completas para la supervivencia del cáncer en cada Región.<sup>12</sup>

El cuadro 4 del anexo proporciona estimaciones de la carga de morbilidad en las que los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se emplean como una medida de la brecha de salud en el mundo en 1999. Los AVAD y la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad son indicadores resumidos de salud de la población.<sup>13</sup> Los AVAD representan un tipo de brecha de salud que mide la diferencia entre la salud de una población y una meta normativa consistente en vivir en plena salud. En un trabajo de Murray y Lopez<sup>14</sup> se reseña el desarrollo de los AVAD, así como los adelantos recientes en la medición de la carga de morbilidad. En los cuadros, los AVAD se han calculado a partir de la información sobre las causas de defunción de cada Región y las evaluaciones regionales de las características epidemiológicas de las principales afecciones discapacitantes.

## CUADRO 5 DEL ANEXO

En el cuadro 5 del anexo se enumeran una serie de mediciones del logro de salud en función del nivel promedio de salud de la población y la distribución de la salud de la población o la igualdad en materia de salud. La OMS presenta por primera vez dos indicadores a nivel de país: la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad y el índice de igualdad de la supervivencia infantil.

El logro del nivel promedio de salud de la población se expresa por medio de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD). La EVAD se comprende más fácilmente si se define como el tiempo previsto de vida que se viviría gozando de una salud plena equivalente. En su calidad de indicador resumido de la carga de la discapacidad por todas las causas en una población, la EVAD tiene dos ventajas sobre otras medidas de este tipo. La primera es que es relativamente fácil explicarle a los legos el concepto de un ciclo de vida sin discapacidad. La segunda es que es fácil calcular la EVAD por el método de Sullivan, que se basa en información específica para la edad sobre la prevalencia de resultados de salud que no son mortales. En el estudio de la carga global de morbilidad, la EVAD se calculó a nivel regional, basándose en las estimaciones de todas las secuelas discapacitantes incluidas en el estudio. Se ponderó la discapacidad relacionada con cada una de estas secuelas para cinco grupos de edad ordinarios y según el sexo, en ocho regiones.

Los cálculos nacionales de la EVAD se basaron en las tablas de mortalidad de cada Estado Miembro cuyos datos se resumen en el cuadro 2 del anexo, en encuestas efectuadas con muestras representativas de la población mediante las que se evaluó la discapacidad física y cognoscitiva y el estado general de salud, y en información detallada sobre las características epidemiológicas de las principales afecciones discapacitantes en cada país. El uso de las encuestas domiciliarias se complica a causa de la variación en la salud autoevaluada para un nivel dado de salud observada en función del sexo, la edad, el estado socioeconómico, la exposición a los servicios de salud y la cultura.<sup>15, 16</sup> Los detalles metodológicos con respecto a los cálculos nacionales de la EVAD, y la incertidumbre correspondiente, se pueden consultar en otro trabajo.<sup>17</sup>

La medición del logro en cuanto a la distribución de la salud se basa en el marco de la OMS para medir la desigualdad en materia de salud.<sup>18</sup> La intención, en último término, es medir la distribución de la salud valiéndose de la distribución de la EVAD entre las personas. Sin embargo, aún no se ha ultimado el análisis de la distribución de la EVAD en cada país. En relación con un cierto número de países, la distribución de la esperanza de vida en zonas pequeñas ya se ha determinado y revela que, a menudo, hay mucha más variación de la prevista en la esperanza de vida y probablemente en la EVAD.<sup>19</sup> En el presente *Informe sobre la salud en el mundo*, el análisis del logro con respecto a la distribución de la salud, que se presenta en el cuadro 5 del anexo, es el índice de igualdad de la supervivencia infantil. Se basa en la distribución de la supervivencia infantil en todos los países y aprovecha la información ampliamente disponible y extensa sobre los antecedentes completos de los nacimientos que figuran en las encuestas demográficas y de salud, así como los datos sobre mortalidad en la niñez tomados del registro civil de zonas pequeñas.

Se crearon métodos estadísticos basados en la estimación de la verosimilitud máxima de la distribución binomial beta ampliada, con objeto de distinguir si la variación de una madre a otra en cuanto al número de hijos que han muerto se debe al azar o bien a diferencias en los riesgos subyacentes de muerte.<sup>20</sup> Este método estadístico se ha aplicado a datos de encuestas demográficas y de salud y a datos de zonas pequeñas de más de 60 países para calcular la distribución del riesgo subyacente de muerte en los niños.<sup>21</sup> Para calcular el índice de igualdad de la supervivencia infantil, las distribuciones de mortalidad en la niñez se han transformado en distribuciones de tiempo de supervivencia prevista en los menores de 5 años. Las distribuciones resultantes del tiempo de supervivencia se han resumido para crear un índice compuesto, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Igualdad de la supervivencia infantil} = \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |x_i - x_j|^3}{2n^2 \bar{x}^{0.5}} \right);$$

donde  $x$  es el tiempo de supervivencia de un niño dado y  $\bar{x}$  es la media del tiempo de supervivencia de todos los niños.

La forma particular de este indicador resumido de desigualdad se seleccionó sobre la base de una encuesta entre más de 1000 personas acerca de las preferencias para medir la desigualdad en materia de salud.<sup>22</sup> Como está previsto que todos los indicadores de logro de metas tengan valor positivo, el índice de desigualdad se ha transformado en un índice de igualdad calculando la inversa, es decir, 1 menos la desigualdad de la supervivencia infantil, como se aprecia en la ecuación. Como la medida de desigualdad tiene un valor máximo que puede ser mayor que 1, en teoría esta medida transformada de igualdad de la supervivencia infantil podría tener un valor negativo. Sin embargo, en toda la gama de



países, ninguno tiene un grado de desigualdad que pudiera conducir a una medición de la igualdad menor que 0. El valor de 1 puede interpretarse como una igualdad completa, y el de 0, como un grado de desigualdad peor que el que se haya medido directamente o calculado indirectamente hasta la fecha en ningún país.

En los países donde no hay encuestas demográficas o de salud ni datos de zonas pequeñas, el índice de la distribución de la salud en función de la supervivencia infantil se ha calculado usando técnicas indirectas e información sobre las covariables importantes de la desigualdad en materia de salud, como la pobreza, el nivel de instrucción y la mortalidad en la niñez.

## CUADRO 6 DEL ANEXO

La medición del logro en el nivel de la capacidad de respuesta se basó en una encuesta de casi 2000 informantes claves en determinados países.<sup>23</sup> Se pidió a estas personas que evaluaran el desempeño de su sistema de salud con respecto a siete elementos de la capacidad de respuesta: dignidad, autonomía y confidencialidad (agrupadas bajo el término “respeto a las personas”); y atención pronta, calidad de los servicios básicos, acceso a redes de apoyo social durante la atención y elección del proveedor de la atención (englobadas por el término “orientación al cliente”). Los elementos podían recibir una puntuación de 0 a 10. Las puntuaciones de cada componente se combinaron en una puntuación compuesta de la capacidad de respuesta, basada en los resultados de la encuesta sobre preferencias para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. En el caso de otros países, el logro en el nivel de la capacidad de respuesta se calculó usando técnicas indirectas e información sobre covariables importantes de dicha capacidad.<sup>24</sup> Para mejorar la medición de la capacidad de respuesta, la OMS está creando activamente y sometiendo a prueba en el terreno los instrumentos para medir dicha capacidad basándose en encuestas domiciliarias. Esta estrategia se complementará con encuestas realizadas en los establecimientos para observar directamente algunos componentes de la capacidad de respuesta.<sup>25</sup>

La medición del logro en la distribución de la capacidad de respuesta reflejada en el cuadro 6 del anexo se basa en un criterio muy sencillo. A los entrevistados en la encuesta de informantes claves se les pidió que señalaran los grupos desfavorecidos con respecto a la capacidad de respuesta. El número de veces que un grupo particular era mencionado como desfavorecido se usó para calcular una puntuación de intensidad de informantes claves. Cuatro grupos tuvieron puntuaciones altas de intensidad de informantes claves: los pobres, las mujeres, las personas de edad y los grupos indígenas o los grupos racialmente desfavorecidos (casi siempre, minorías). Las puntuaciones de intensidad de informantes claves para estos cuatro grupos se multiplicaron por el porcentaje real de estos grupos vulnerables con respecto a la población del país, con objeto de calcular una medida sencilla de desigualdad de la capacidad de respuesta que variaba de 0 a 1. Se calculó la puntuación total teniendo en cuenta el hecho de que algunas personas pertenecen a varios grupos desfavorecidos. En el cuadro 6 del anexo se presenta una medida de la igualdad de la capacidad de respuesta, según una escala tal que 1 equivale a la completa igualdad, y 0, a la completa desigualdad. Para otros países, el logro en la distribución de la capacidad de respuesta se calculó usando técnicas indirectas e información sobre las covariables importantes de dicha distribución, como son la pobreza absoluta y el acceso a la atención sanitaria.

## CUADRO 7 DEL ANEXO

El índice que se presenta en este cuadro pretende medir tanto la equidad de la contribución financiera como la protección contra el riesgo financiero;<sup>1</sup> los conceptos básicos y los principios se esbozan detalladamente en otro documento.<sup>26</sup> La medición del logro en la

equidad de la contribución financiera comienza con el concepto de la contribución de un hogar al financiamiento del sistema de salud, la cual se define como la razón entre el gasto sanitario total del hogar y sus ingresos permanentes por encima del nivel de subsistencia. El gasto sanitario total de un hogar incluye los pagos destinados al financiamiento del sistema de salud mediante los impuestos sobre la renta, el impuesto al valor agregado, los impuestos sobre el consumo, las contribuciones a la seguridad social, el seguro voluntario y los pagos del bolsillo. Los ingresos permanentes de un hogar por encima del nivel de subsistencia se calculan sumando al gasto total los pagos tributarios no incluidos en este y sustrayendo el gasto en alimentos.

La distribución de la contribución financiera de los hogares se calcula usando datos de encuestas domiciliarias que incluyen información sobre los ingresos (nivel individual) y el gasto de los hogares (por bienes y servicios, incluida la atención sanitaria). Además, los cálculos requieren documentos tributarios del gobierno (como la información acerca del impuesto sobre la renta, el impuesto a las ventas y el impuesto a la propiedad), las cuentas sanitarias nacionales, las cuentas nacionales y los presupuestos del gobierno. Este análisis tan minucioso se ha finalizado en el caso de ciertos países que tenían información disponible.<sup>27</sup> Para otros países, la distribución de la contribución al financiamiento sanitario se ha calculado usando métodos indirectos e información sobre las covariables importantes.<sup>28</sup>

A fin de permitir comparaciones de la equidad de la contribución financiera, la distribución de la contribución al financiamiento sanitario por todos los hogares se ha resumido usando un índice, concebido para ponderar en gran medida los hogares que han gastado en atención sanitaria una proporción muy grande de sus ingresos más allá del nivel de subsistencia. Por consiguiente, el índice refleja la desigualdad en la contribución financiera de los hogares, pero en particular la de los hogares en riesgo de empobrecimiento a causa de un nivel elevado de gasto sanitario. El índice se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Equidad de la contribución financiera} = \left[ 1 - 4 \frac{\sum_{i=1}^n |CFH_i - \overline{CFH}|^3}{0,125n} \right];$$

donde  $CFH$  es la contribución financiera de un hogar dado, y  $\overline{CFH}$  es la contribución financiera promedio de todos los hogares.

El índice se ideó de tal manera que la completa igualdad de las contribuciones de los hogares correspondiera a un valor de 1, mientras que el valor de 0 estuviese por debajo del grado máximo de desigualdad observado en todos los países.

## CUADRO 8 DEL ANEXO

Las cuentas sanitarias nacionales se concibieron como un instrumento de política pertinente, completo, uniforme, oportuno y estandarizado que permitiese el seguimiento de los niveles y las tendencias del consumo de bienes y servicios médicos (criterio de gasto), del valor agregado creado por el sector de servicios y el sector manufacturero que producen estos bienes básicos (criterio de producción) y de los ingresos generados por este proceso así como los impuestos, las contribuciones obligatorias, las primas y los pagos directos que financian el sistema (criterio financiero). En su etapa de desarrollo actual, las cuentas sanitarias nacionales de la OMS se inclinan más hacia una medición de las corrientes de recursos financieros.<sup>29</sup>

Las finanzas de la atención sanitaria se dividen en una corriente de recursos públicos y otra de recursos privados. Para el gasto público, la fuente usada con mayor frecuencia fue el

cuadro B sobre el gasto por función publicado por el Fondo Monetario Internacional (FMI) en el *Anuario de Estadísticas de las Finanzas Públicas*. Dicho cuadro se apoya en un acervo de reglas rigurosas (que no siempre se aplican estrictamente por los países que facilitan información) y en la mayoría de los casos se refiere solo al gasto del gobierno central. Las fuentes del FMI y nacionales se han usado en la medida de lo posible para complementar los datos del gobierno central. También se ha usado la base de datos *National accounts* [Cuentas nacionales] de las Naciones Unidas (cuadros 2.1 y 2.3) y fuentes nacionales congruentes. De la publicación electrónica *Health data* [Datos sanitarios] de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) se ha obtenido gran parte de la información acerca de los 29 países que la integran. El gasto sanitario privado se ha calculado partiendo de los datos sobre cuentas nacionales de las Naciones Unidas (cuadro 2.5) y de la OCDE (cuadro 2.1), así como de la razón entre la atención médica y el consumo total derivada de encuestas domiciliarias y aplicada al consumo privado total. Esto tiene que ver principalmente con el gasto directo por los usuarios. Los datos sobre las primas de seguro privado, los seguros médicos obligatorios de los empleadores, el gasto de instituciones sin fines de lucro que prestan servicios principalmente a las familias y, con menor frecuencia, la inversión privada se han obtenido de fuentes nacionales. Las cuentas sanitarias nacionales preparadas por varios países se utilizaron cuando eran accesibles. La plausibilidad de las estimaciones se ha contrastado con análisis financieros y de otro tipo realizados en ciertos países o grupos de países.

Un primer cuadro completo fue revisado por un gran número de expertos en distintos países y por analistas de política y estadísticos de los Estados Miembros de la OMS. Sus observaciones condujeron a una revaloración de ciertos subagregados.

## CUADRO 9 DEL ANEXO

El logro global de los sistemas de salud se presenta en el cuadro 9 del anexo. Este indicador compuesto de logro con respecto al nivel de salud, la distribución de la salud, el nivel de la capacidad de respuesta, la distribución de la capacidad de respuesta y la equidad de la contribución financiera se confeccionó sobre la base de las ponderaciones derivadas de una encuesta realizada entre más de 1000 profesionales de la salud pública de más de 100 países.<sup>22</sup> El indicador tiene una escala de valores que va de 0 a 100, el valor máximo. Según se explica en el recuadro 2.4, las ponderaciones que se asignan a los cinco componentes son 25% para el nivel de salud, 25% para la distribución de la salud, 12,5% para el nivel de la capacidad de respuesta, 12,5% para la distribución de la capacidad de respuesta y 25% para la equidad de la contribución financiera. La media y los intervalos de incertidumbre del logro global de los sistemas de salud se calcularon utilizando los intervalos de incertidumbre para cada uno de los cinco componentes.<sup>30</sup> Además, el cuadro incluye intervalos de incertidumbre para las posiciones, así como el valor del logro global de los sistemas de salud. La incertidumbre relativa a la posición es no solo una función de la incertidumbre de la medición para cada país, sino también de la incertidumbre de la medición de los países adyacentes en la tabla de posiciones.

## CUADRO 10 DEL ANEXO

El índice del desempeño en cuanto al nivel de salud da a conocer el grado de eficiencia con la que los sistemas de salud transforman los gastos en salud, medida esta por la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD). El desempeño respecto al nivel de salud se define como la razón entre los niveles de salud logrados y los que podría lograr el sistema de salud más eficaz. Más concretamente, el numerador de la razón es la

diferencia entre la EVAD observada en un país y la EVAD que se observaría si no hubiese un sistema de salud moderno en funcionamiento y dados los otros factores determinantes ajenos al sistema sanitario que determinan la salud, en este caso representados por la educación. El denominador de la razón es la diferencia entre la máxima EVAD posible que podría haberse logrado, teniendo en cuenta los niveles observados de gasto sanitario per cápita en cada país, y la EVAD que se obtendría si no hubiese un sistema de salud en funcionamiento. Se han usado métodos econométricos para calcular la EVAD máxima para un nivel dado de gasto sanitario y otros factores ajenos al sistema de salud, mediante la aplicación del análisis de las fronteras de producción (o máximas posibilidades productivas). La relación entre la esperanza de vida y el capital humano a finales de siglo se usó para calcular la EVAD mínima que se habría esperado en cada país (con las cifras actuales de nivel de instrucción) si no hubiese un sistema de salud eficaz. Los detalles de los datos, los métodos y los resultados se pueden consultar en otro trabajo.<sup>31</sup> El cuadro 10 del anexo incluye intervalos de incertidumbre tanto para el valor absoluto del desempeño como para la posición de cada país.

El desempeño global de los sistemas de salud se midió por un proceso similar, estableciendo una relación entre el logro global y el gasto de los sistemas de salud. La medida compuesta de la meta máxima alcanzable se calculó usando un modelo de producción de frontera que estableció una relación entre el logro global del sistema de salud y el gasto sanitario y otros factores determinantes ajenos al sistema de salud, representados en este caso por el nivel de instrucción. Los resultados de este análisis en gran parte fueron invariantes con relación a la especificación del modelo usado. Los detalles se pueden consultar en el documento técnico correspondiente.<sup>32</sup>

- <sup>1</sup> Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6). (En prensa).
- <sup>2</sup> Evans DE, Bendib L, Tandon A, Lauer J, Ebener S, Hutubessy R, Asada Y, Murray CJL. *Estimates of income per capita, literacy, educational attainment, absolute poverty, and income Gini coefficients for The World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 7).
- <sup>3</sup> Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York: UNICEF; 1999.
- <sup>4</sup> *World population prospects: the 1998 revision*. New York: United Nations; 1999.
- <sup>5</sup> Murray CJL, Lopez AD, Ahmad O, Salomon J. *WHO system of model life tables*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 8).
- <sup>6</sup> Lopez AD, Salomon J, Ahmad O, Murray CJL. *Life tables for 191 countries: data, methods and results*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 9).
- <sup>7</sup> Salomon J, Murray CJL. *Methods for life expectancy and disability-adjusted life expectancy uncertainty analysis*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 10).
- <sup>8</sup> Salomon J, Gakidou EE, Murray CJL. *Methods for modelling the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 3).
- <sup>9</sup> Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
- <sup>10</sup> Salomon J, Murray CJL. *Compositional models for mortality by age, sex and cause*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 11).
- <sup>11</sup> Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T. *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 12).
- <sup>12</sup> Boschi-Pinto C, Murray CJL, Lopez AD, Lozano R. *Cancer survival by site for 14 regions of the world*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 13).
- <sup>13</sup> Murray CJL, Salomon J, Mathers C. *A critical review of summary measures of population health*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 2).

- <sup>14</sup> Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics* 2000, 9: 69–82.
- <sup>15</sup> Moesgaard-Iburg K, Murray CJL, Salomon J. *Expectations for health distorts: self-reported and physician assessed health status compared to observed health status*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 14).
- <sup>16</sup> Sadana R, Mathers C, Lopez A, Murray CJL. *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 15).
- <sup>17</sup> Mathers C, Sadana R, Salomon J, Murray CJL, Lopez AD. *Estimates of DALE for 191 countries: methods and results*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 16).
- <sup>18</sup> Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(1):42–54.
- <sup>19</sup> Lopez AD, Murray CJL, Ferguson B, Tomaskovic L. *Life expectancy for small areas in selected countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 17).
- <sup>20</sup> Gakidou EE, King G. *Using an extended beta-binomial model to estimate the distribution of child mortality risk*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 18).
- <sup>21</sup> Gakidou EE, Murray CJL. *Estimates of the distribution of child survival in 191 countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 19).
- <sup>22</sup> Gakidou EE, Frenk J, Murray CJL. *Measuring preferences on health system performance assessment*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 20).
- <sup>23</sup> De Silva A, Valentine N. *Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 21).
- <sup>24</sup> Valentine N, De Silva A, Murray CJL. *Estimates of responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 22).
- <sup>25</sup> Darby C, Valentine N, Murray CJL. *WHO strategy on measuring responsiveness*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 23).
- <sup>26</sup> Murray CJL, Knaul F, Musgrove P, Xu K, Kawabata K. *Defining and measuring fairness of financial contribution*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 24).
- <sup>27</sup> Xu K, Lydon P, Ortiz de Iturbide J, Musgrove P, Knaul F, Kawabata K, Florez CE, John J, Wibulpolprasert S, Waters H, Tansel A. *Analysis of the fairness of financial contribution in 21 countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 25).
- <sup>28</sup> Xu K, Murray CJL, Lydon P, Ortiz de Iturbide J. *Estimates of the fairness of financial contribution for 191 countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 26).
- <sup>29</sup> Poullier JP, Hernández P. *Estimates of national health accounts. Aggregates for 191 countries in 1997*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 27).
- <sup>30</sup> Murray CJL, Frenk J, Tandon A, Lauer J. *Overall health system achievement for 191 countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 28).
- <sup>31</sup> Evans D, Tandon A, Murray CJL, Lauer J. *The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 29).
- <sup>32</sup> Tandon A, Murray CJL, Lauer J, Evans D. *Measuring overall health system performance for 191 countries*. Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper No. 30).

**Cuadro 1 del anexo Logro y desempeño del sistema de salud en todos los Estados Miembros, clasificados según ocho indicadores; estimaciones para 1997**

Estado Miembro	LOGRO DE LAS METAS						Gasto sanitario per cápita en dólares internacionales	DESEMPEÑO	
	Salud		Capacidad de respuesta		Equidad de la contribución financiera	Logro global de las metas		En relación con el nivel de salud	Desempeño global del sistema de salud
	Nivel (EVAD)	Distribución	Nivel	Distribución					
Afganistán	168	182	181 – 182	172 – 173	103 – 104	183	184	150	173
Albania	102	129	136	117	173 – 174	86	149	64	55
Alemania	22	20	5	3 – 38	6 – 7	14	3	41	25
Andorra	10	25	28	39 – 42	33 – 34	17	23	7	4
Angola	165	178	177	188	103 – 104	181	164	165	181
Antigua y Barbuda	48	58	47 – 48	39 – 42	116 – 120	71	43	123	86
Arabia Saudita	58	70	67	50 – 52	37	61	63	10	26
Argelia	84	110	90 – 91	50 – 52	74 – 75	99	114	45	81
Argentina	39	60	40	3 – 38	89 – 95	49	34	71	75
Armenia	41	63	92	111 – 112	181	81	102	56	104
Australia	2	17	12 – 13	3 – 38	26 – 29	12	17	39	32
Austria	17	8	12 – 13	3 – 38	12 – 15	10	6	15	9
Azerbaiyán	65	99	130 – 131	125	116 – 120	103	162	60	109
Bahamas	109	67	18	3 – 38	138 – 139	64	22	137	94
Bahrein	61	72	43 – 44	3 – 38	61	58	48	30	42
Bangladesh	140	125	178	181	51 – 52	131	144	103	88
Barbados	53	36	39	3 – 38	107	38	36	87	46
Belarús	83	46	76 – 79	45 – 47	84 – 86	53	74	116	72
Bélgica	16	26	16 – 17	3 – 38	3 – 5	13	15	28	21
Belice	94	95	105 – 107	90	146	104	88	34	69
Benin	157	132	175 – 176	160	140 – 141	143	171	136	97
Bhután	138	158	163	137 – 138	89 – 95	144	135	73	124
Bolivia	133	118	151 – 153	178	68	117	101	142	126
Bosnia y Herzegovina	56	79	108 – 110	124	82 – 83	79	105	70	90
Botswana	187	146	76 – 79	111 – 112	89 – 95	168	85	188	169
Brasil	111	108	130 – 131	84 – 85	189	125	54	78	125
Brunei Darussalam	59	42	24	3 – 38	89 – 95	37	32	76	40
Bulgaria	60	53	161	2	170	74	96	92	102
Burkina Faso	178	137	174	164	173 – 174	159	173	162	132
Burundi	179	154	171	168	114	161	186	171	143
Cabo Verde	118	123	154	134 – 135	89 – 95	126	150	55	113
Camboya	148	150	137 – 138	137 – 138	183	166	140	157	174
Camerún	156	160	156	183	182	163	131	172	164
Canadá	12	18	7 – 8	3 – 38	17 – 19	7	10	35	30
Chad	161	175	181 – 182	185	58 – 60	177	175	161	178
Chile	32	1	45	103	168	33	44	23	33
China	81	101	88 – 89	105 – 106	188	132	139	61	144
Chipre	25	31	11	44	131 – 133	28	39	22	24
Colombia	74	44	82	93 – 94	1	41	49	51	22
Comoras	146	143	157 – 160	153 – 155	79 – 81	137	165	141	118
Congo	150	142	137 – 138	151	162	155	122	167	166
Costa Rica	40	45	68	86 – 87	64 – 65	45	50	25	36
Côte d'Ivoire	155	181	157 – 160	153 – 155	116 – 120	157	153	133	137
Croacia	38	33	76 – 79	83	108 – 111	36	56	57	43
Cuba	33	41	115 – 117	98 – 100	23 – 25	40	118	36	39
Dinamarca	28	21	4	3 – 38	3 – 5	20	8	65	34
Djibouti	166	169	170	140	3 – 5	170	163	163	157
Dominica	26	35	84 – 86	77 – 78	99 – 100	42	70	59	35
Ecuador	93	133	76 – 79	182	88	107	97	96	111
Egipto	115	141	102	59	125 – 127	110	115	43	63
El Salvador	87	115	128	128 – 129	176	122	83	37	115
Emiratos Árabes Unidos	50	62	30	1	20 – 22	44	35	16	27
Eritrea	169	167	186	169 – 170	108 – 111	176	187	148	158
Eslovaquia	42	39	60	63 – 64	96	39	45	88	62
Eslovenia	34	23	37	53 – 57	82 – 83	29	29	62	38

Estado Miembro	LOGRO DE LAS METAS						Gasto sanitario per cápita en dólar internacionales	DESEMPEÑO	
	Salud		Capacidad de respuesta		Equidad de la contribución financiera	Logro global de las metas		En relación con el nivel de salud	Desempeño global del sistema de salud
	Nivel (EVAD)	Distribución	Nivel	Distribución					
España	5	11	34	3 – 38	26 – 29	19	24	6	7
Estados Unidos de América	24	32	1	3 – 38	54 – 55	15	1	72	37
Estonia	69	43	66	69	145	48	60	115	77
Etiopía	182	176	179	179 – 180	138 – 139	186	189	169	180
Ex República Yugoslava de Macedonia	64	85	111	95	116 – 120	89	106	69	89
Federación de Rusia	91	69	69 – 72	86 – 87	185	100	75	127	130
Fiji	106	71	57 – 58	73 – 74	54 – 55	78	87	124	96
Filipinas	113	50	49	48	128 – 130	54	124	126	60
Finlandia	20	27	19	3 – 38	8 – 11	22	18	44	31
Francia	3	12	16 – 17	3 – 38	26 – 29	6	4	4	1
Gabón	144	136	118 – 119	101 – 102	84 – 86	141	95	143	139
Gambia	143	155	165 – 167	157	149	153	158	109	146
Georgia	44	61	165 – 167	141	105 – 106	76	125	84	114
Ghana	149	149	132 – 135	146	74 – 75	139	166	158	135
Granada	49	82	63 – 64	84 – 85	147	68	67	49	85
Grecia	7	6	36	3 – 38	41	23	30	11	14
Guatemala	129	106	115 – 117	159	157	113	130	99	78
Guinea	167	166	168 – 169	130 – 131	76 – 78	172	159	160	161
Guinea Ecuatorial	152	151	143	118	134	152	129	174	171
Guinea-Bissau	170	177	184	174	122 – 123	180	156	156	176
Guyana	98	126	114	105 – 106	45 – 47	116	109	104	128
Haití	153	152	157 – 160	172 – 173	163	145	155	139	138
Honduras	92	119	129	163	178	129	100	48	131
Hungría	62	40	62	58	105 – 106	43	59	105	66
India	134	153	108 – 110	127	42 – 44	121	133	118	112
Indonesia	103	156	63 – 64	70	73	106	154	90	92
Irán, República Islámica del	96	113	100	93 – 94	112 – 113	114	94	58	93
Iraq	126	130	103 – 104	114	56 – 57	124	117	75	103
Irlanda	27	13	25	3 – 38	6 – 7	25	25	32	19
Islandia	19	24	15	3 – 38	12 – 15	16	14	27	15
Islas Cook	67	92	65	89	45 – 47	88	61	95	107
Islas Marshall	121	120	98 – 99	134 – 135	20 – 22	119	80	140	141
Islas Salomón	127	117	132 – 135	120	17 – 19	108	134	20	80
Israel	23	7	20 – 21	3 – 38	38 – 40	24	19	40	28
Italia	6	14	22 – 23	3 – 38	45 – 47	11	11	3	2
Jamahiriyá Árabe Libia	107	102	57 – 58	76	12 – 15	97	84	94	87
Jamaica	36	87	105 – 107	73 – 74	115	69	89	8	53
Japón	1	3	6	3 – 38	8 – 11	1	13	9	10
Jordania	101	83	84 – 86	53 – 57	49 – 50	84	98	100	83
Kazajstán	122	52	90 – 91	60 – 61	167	62	112	135	64
Kenya	162	135	144	142	79 – 81	142	152	178	140
Kirguistán	123	122	124	96	171	135	146	134	151
Kiribati	125	121	120 – 121	122	16	123	103	144	142
Kuwait	68	54	29	3 – 38	30 – 32	46	41	68	45
Lesotho	171	164	145 – 147	148 – 149	89 – 95	173	123	186	183
Letonia	82	56	69 – 72	53 – 57	164 – 165	67	77	121	105
Líbano	95	88	55	79 – 81	101 – 102	93	46	97	91
Liberia	181	191	175 – 176	176	84 – 86	187	181	176	186
Lituania	63	48	80 – 81	45 – 47	131 – 133	52	71	93	73
Luxemburgo	18	22	3	3 – 38	2	5	5	31	16
Madagascar	172	168	168 – 169	179 – 180	116 – 120	167	190	173	159
Malasia	89	49	31	62	122 – 123	55	93	86	49
Malawi	189	187	162	152	89 – 95	182	161	187	185
Maldivas	130	134	98 – 99	101 – 102	51 – 52	128	76	147	147
Malí	183	180	187 – 188	187	150 – 151	178	179	170	163

**Cuadro 1 del anexo Logro y desempeño del sistema de salud en todos los Estados Miembros, clasificados según ocho indicadores; estimaciones para 1997**

Estado Miembro	LOGRO DE LAS METAS						Gasto sanitario per cápita en dólares internacionales	DESEMPEÑO	
	Salud		Capacidad de respuesta		Equidad de la contribución financiera	Logro global de las metas		En relación con el nivel de salud	Desempeño global del sistema de salud
	Nivel (EVAD)	Distribución	Nivel	Distribución					
Malta	21	38	43 – 44	3 – 38	42 – 44	31	37	2	5
Marruecos	110	111	151 – 153	67 – 68	125 – 127	94	99	17	29
Mauricio	78	77	56	3 – 38	124	90	69	113	84
Mauritania	158	163	165 – 167	123	153	169	141	151	162
México	55	65	53 – 54	108 – 109	144	51	55	63	61
Micronesia, Estados Federados de	104	112	112	128 – 129	23 – 25	111	81	110	123
Mónaco	9	30	14	3 – 38	42 – 44	18	12	12	13
Mongolia	131	148	46	91	97	136	145	138	145
Mozambique	180	190	189 – 190	175	38 – 40	185	160	168	184
Myanmar	139	162	151 – 153	158	190	175	136	129	190
Namibia	177	173	113	156	125 – 127	165	66	189	168
Nauru	136	51	42	39 – 42	17 – 19	75	42	166	98
Nepal	142	161	185	166 – 167	186	160	170	98	150
Nicaragua	117	96	140	139	164 – 165	101	104	74	71
Niger	190	184	189 – 190	184	160 – 161	188	185	177	170
Nigeria	163	188	149	177	180	184	176	175	187
Niue	85	100	126	145	35 – 36	102	127	108	121
Noruega	15	4	7 – 8	3 – 38	8 – 11	3	16	18	11
Nueva Zelanda	31	16	22 – 23	3 – 38	23 – 25	26	20	80	41
Omán	72	59	83	49	56 – 57	59	62	1	8
Países Bajos	13	15	9	3 – 38	20 – 22	8	9	19	17
Pakistán	124	183	120 – 121	115	62 – 63	133	142	85	122
Palau	112	66	52	39 – 42	30 – 32	63	47	125	82
Panamá	47	93	59	88	76 – 78	70	53	67	95
Papua Nueva Guinea	145	157	150	119	71 – 72	150	137	146	148
Paraguay	71	57	97	133	177	73	91	52	57
Perú	105	103	172	161	184	115	78	119	129
Polonia	45	5	50	65	150 – 151	34	58	89	50
Portugal	29	34	38	53 – 57	58 – 60	32	28	13	12
Qatar	66	55	26 – 27	3 – 38	70	47	27	53	44
Reino Unido	14	2	26 – 27	3 – 38	8 – 11	9	26	24	18
República Árabe Siria	114	107	69 – 72	79 – 81	142 – 143	112	119	91	108
República Centroafricana	175	189	183	191	166	190	178	164	189
República Checa	35	19	47 – 48	45 – 47	71 – 72	30	40	81	48
República de Corea	51	37	35	43	53	35	31	107	58
República de Moldova	88	64	123	107	148	91	108	106	101
República Democrática del Congo	174	174	142	169 – 170	169	179	188	185	188
República Democrática Popular Lao	147	147	145 – 147	143 – 144	159	154	157	155	165
República Dominicana	79	97	95	72	154	66	92	42	51
República Popular Democrática de Corea	137	145	139	130 – 131	179	149	172	153	167
República Unida de Tanzania	176	172	157 – 160	150	48	158	174	180	156
Rumania	80	78	73 – 74	67 – 68	79 – 81	72	107	111	99
Rwanda	185	185	145 – 147	143 – 144	58 – 60	171	177	181	172
Saint Kitts y Nevis	86	91	53 – 54	3 – 38	136 – 137	98	51	122	100
Samoa	97	81	80 – 81	98 – 100	33 – 34	82	121	131	119
San Marino	11	9	32	3 – 38	30 – 32	21	21	5	3
San Vicente y las Granadinas	43	89	103 – 104	98 – 100	99 – 100	92	90	38	74
Santa Lucía	54	86	84 – 86	82	66 – 67	87	86	54	68
Santo Tomé y Príncipe	132	139	148	126	66 – 67	138	167	117	133
Senegal	151	105	118 – 119	104	87	118	143	132	59
Seychelles	108	73	75	75	64 – 65	83	52	83	56
Sierra Leona	191	186	173	186	191	191	183	183	191
Singapur	30	29	20 – 21	3 – 38	101 – 102	27	38	14	6
Somalia	173	179	191	190	136 – 137	189	191	154	179
Sri Lanka	76	80	101	77 – 78	76 – 78	80	138	66	76



Estado Miembro	LOGRO DE LAS METAS						Gasto sanitario per cápita en dólar internacionales	DESEMPEÑO	
	Salud		Capacidad de respuesta		Equidad de la contribución financiera	Logro global de las metas		En relación con el nivel de salud	Desempeño global del sistema de salud
	Nivel (EVAD)	Distribución	Nivel	Distribución					
Sudáfrica	160	128	73 – 74	147	142 – 143	151	57	182	175
Sudán	154	159	164	148 – 149	160 – 161	148	169	149	134
Suecia	4	28	10	3 – 38	12 – 15	4	7	21	23
Suiza	8	10	2	3 – 38	38 – 40	2	2	26	20
Suriname	77	94	87	79 – 81	172	105	72	77	110
Swazilandia	164	140	108 – 110	110	156	164	116	184	177
Tailandia	99	74	33	50 – 52	128 – 130	57	64	102	47
Tayikistán	120	124	125	136	112 – 113	127	126	145	154
Togo	159	170	155	162	152	156	180	159	152
Tonga	75	84	61	97	108 – 111	85	73	114	116
Trinidad y Tabago	57	75	141	108 – 109	69	56	65	79	67
Túnez	90	114	94	60 – 61	108 – 111	77	79	46	52
Turkmenistán	128	131	88 – 89	113	121	130	128	152	153
Turquía	73	109	93	66	49 – 50	96	82	33	70
Tuvalu	119	116	132 – 135	153 – 155	26 – 29	120	151	128	136
Ucrania	70	47	96	63 – 64	140 – 141	60	111	101	79
Uganda	186	138	187 – 188	165	128 – 130	162	168	179	149
Uruguay	37	68	41	53 – 57	35 – 36	50	33	50	65
Uzbekistán	100	144	105 – 107	71	131 – 133	109	120	112	117
Vanuatu	135	127	127	132	62 – 63	134	132	120	127
Venezuela, República Bolivariana de	52	76	69 – 72	92	98	65	68	29	54
Viet Nam	116	104	51	121	187	140	147	130	160
Yemen	141	165	180	189	135	146	182	82	120
Yugoslavia	46	90	115 – 117	116	158	95	113	47	106
Zambia	188	171	132 – 135	171	155	174	148	190	182
Zimbabwe	184	98	122	166 – 167	175	147	110	191	155

Fuente: Cuadros 5 a 10 del anexo.

Cuadro 2 del anexo Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN							
	Población total (millares)	Tasa de crecimiento anual (%)	Relación de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población que tiene 60 años de edad o más		Tasa global de fecundidad	
			1990	1999	1990	1999	1990	1999
1 Afganistán	21 923	4,5	89	86	5,0	4,9	6,9	6,7
2 Albania	3 113	-0,6	62	56	7,8	9,0	2,9	2,4
3 Alemania	82 178	0,4	45	47	20,4	22,7	1,4	1,3
4 Andorra	75	4,3	48	47	19,0	21,7	1,5	1,3
5 Angola	12 479	3,4	99	102	4,8	4,6	7,2	6,6
6 Antigua y Barbuda	67	0,6	63	58	9,1	9,7	2,0	1,7
7 Arabia Saudita	20 899	3,0	80	77	4,0	4,6	6,6	5,6
8 Argelia	30 774	2,4	84	69	5,5	5,7	4,6	3,7
9 Argentina	36 577	1,3	65	60	12,9	13,3	2,9	2,6
10 Armenia	3 525	-0,1	56	51	10,0	12,9	2,4	1,7
11 Australia	18 705	1,1	49	49	15,5	16,1	1,9	1,8
12 Austria	8 177	0,7	48	47	20,1	19,9	1,5	1,4
13 Azerbaiyán	7 697	0,8	61	57	8,0	10,6	2,7	2,0
14 Bahamas	301	1,9	58	56	6,6	7,7	2,6	2,6
15 Bahrein	606	2,4	51	49	3,8	4,7	3,8	2,7
16 Bangladesh	126 947	1,7	90	64	4,9	5,1	4,3	3,0
17 Barbados	269	0,5	57	48	15,3	13,8	1,7	1,5
18 Belarús	10 274	0,0	51	49	16,5	19,1	1,8	1,4
19 Bélgica	10 152	0,2	50	51	20,7	21,6	1,6	1,6
20 Belice	235	2,6	93	80	6,2	6,0	4,4	3,5
21 Benin	5 937	2,7	106	96	4,8	4,3	6,6	5,7
22 Bhután	2 064	2,2	85	88	6,0	6,2	5,8	5,4
23 Bolivia	8 142	2,4	81	78	5,8	6,1	4,9	4,2
24 Bosnia y Herzegovina	3 839	-1,3	43	41	10,4	14,7	1,7	1,4
25 Botswana	1 597	2,5	93	81	3,6	4,0	5,1	4,2
26 Brasil	167 988	1,4	64	53	6,7	7,6	2,7	2,2
27 Brunei Darussalam	322	2,5	59	56	4,1	5,0	3,2	2,7
28 Bulgaria	8 279	-0,6	50	48	19,1	21,2	1,7	1,2
29 Burkina Faso	11 616	2,8	101	100	4,4	4,2	7,3	6,4
30 Burundi	6 565	2,1	95	97	4,8	4,0	6,8	6,1
31 Cabo Verde	418	2,3	93	80	7,0	6,6	4,3	3,5
32 Camboya	10 945	2,6	73	80	4,8	4,8	5,0	4,5
33 Camerún	14 693	2,8	94	90	5,6	5,5	5,9	5,2
34 Canadá	30 857	1,2	47	47	15,5	16,7	1,7	1,6
35 Chad	7 458	2,9	96	96	5,6	5,3	6,6	5,9
36 Chile	15 019	1,5	57	56	9,0	10,0	2,6	2,4
37 China	1 273 640	1,0	50	47	8,6	10,0	2,2	1,8
38 Chipre	778	1,5	58	54	14,8	15,6	2,4	2,0
39 Colombia	41 564	1,9	68	61	6,3	6,8	3,1	2,7
40 Comoras	676	2,8	98	83	4,1	4,3	6,0	4,7
41 Congo	2 864	2,9	96	98	5,3	4,9	6,3	5,9
42 Costa Rica	3 933	2,9	69	61	6,4	7,3	3,2	2,8
43 Côte d'Ivoire	14 526	2,5	101	88	4,4	4,6	6,3	4,9
44 Croacia	4 477	-0,1	47	47	17,1	20,5	1,7	1,6
45 Cuba	11 160	0,5	46	45	11,7	13,4	1,7	1,6
46 Dinamarca	5 282	0,3	48	49	20,4	20,0	1,6	1,7
47 Djibouti	629	2,2	85	81	4,8	5,4	6,0	5,2
48 Dominica	71	-0,1	63	58	9,1	9,7	2,2	1,9
49 Ecuador	12 411	2,1	76	64	6,1	6,8	3,8	3,0
50 Egipto	67 226	2,0	78	67	6,0	6,3	4,2	3,2
51 El Salvador	6 154	2,1	82	69	6,5	7,1	3,7	3,1
52 Emiratos Árabes Unidos	2 398	2,5	47	45	2,4	4,7	4,2	3,3
53 Eritrea	3 719	2,8	88	89	4,4	4,6	6,2	5,6
54 Eslovaquia	5 382	0,3	55	46	14,8	15,3	2,0	1,4
55 Eslovenia	1 989	0,4	45	43	17,1	18,8	1,5	1,3

	PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)			
	Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Varones		Mujeres	
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre
1	279	243 – 317	249	214 – 286	348	315 – 379	326	298 – 350	45,3	42,7 – 47,8	47,2	44,5 – 49,9
2	61	51 – 73	49	40 – 60	175	159 – 191	84	74 – 94	65,1	63,7 – 66,4	72,7	71,3 – 73,9
3	6	6 – 7	5	5 – 5	136	128 – 144	67	64 – 70	73,7	73,3 – 74,2	80,1	79,9 – 80,4
4	5	3 – 8	5	3 – 8	129	108 – 154	54	43 – 68	75,4	73,9 – 76,6	82,2	81,0 – 83,3
5	209	190 – 238	192	173 – 216	427	395 – 457	375	347 – 405	46,3	44,0 – 48,4	49,1	46,9 – 51,1
6	22	19 – 24	20	18 – 23	173	161 – 185	100	96 – 104	71,4	70,3 – 72,5	76,8	76,0 – 77,8
7	21	19 – 23	20	18 – 23	131	124 – 136	107	99 – 116	71,0	70,6 – 71,6	72,6	71,9 – 73,4
8	50	40 – 63	48	38 – 58	139	122 – 157	118	103 – 134	68,2	66,7 – 69,7	68,8	67,3 – 70,2
9	23	20 – 27	20	17 – 22	178	173 – 183	92	88 – 96	70,6	70,2 – 71,1	77,8	77,3 – 78,3
10	19	13 – 26	16	11 – 23	166	147 – 187	81	67 – 97	72,3	71,0 – 73,4	77,1	75,7 – 78,4
11	7	6 – 7	5	5 – 6	94	91 – 98	53	49 – 58	76,8	76,5 – 77,1	82,2	81,6 – 82,8
12	6	5 – 7	6	5 – 7	131	120 – 143	66	62 – 69	74,4	73,7 – 75,0	80,4	80,0 – 80,7
13	32	26 – 40	25	20 – 31	217	198 – 238	101	89 – 115	67,8	66,4 – 69,0	75,3	74,1 – 76,4
14	24	20 – 28	21	18 – 25	239	223 – 256	129	118 – 141	67,0	66,0 – 67,9	73,6	72,7 – 74,5
15	23	19 – 25	20	18 – 23	137	125 – 147	99	92 – 107	70,6	69,9 – 71,5	73,6	72,9 – 74,3
16	113	101 – 129	116	103 – 133	300	283 – 317	259	242 – 278	57,5	56,0 – 58,7	58,1	56,3 – 59,5
17	11	11 – 12	10	7 – 14	169	142 – 200	91	77 – 104	72,7	70,4 – 75,2	77,8	76,3 – 79,5
18	16	12 – 21	11	8 – 14	375	341 – 412	126	110 – 142	62,4	60,7 – 63,9	74,6	73,5 – 75,5
19	9	8 – 9	6	5 – 7	121	117 – 126	62	53 – 71	74,5	74,1 – 74,9	81,3	80,9 – 81,7
20	30	26 – 35	25	21 – 30	200	186 – 214	119	108 – 132	69,6	68,6 – 70,6	75,0	73,8 – 75,9
21	157	141 – 174	148	134 – 165	381	350 – 409	338	310 – 365	51,3	49,5 – 53,4	53,3	51,3 – 55,3
22	113	101 – 128	114	102 – 130	258	243 – 269	214	202 – 228	59,6	58,5 – 60,8	60,8	59,3 – 62,1
23	91	81 – 101	81	75 – 88	281	264 – 297	245	231 – 258	60,7	59,6 – 62,0	62,2	61,3 – 63,2
24	22	19 – 25	17	15 – 20	158	146 – 170	99	91 – 109	71,2	70,3 – 72,0	75,0	74,1 – 75,8
25	99	92 – 106	97	92 – 102	786	767 – 804	740	718 – 761	39,5	38,5 – 40,5	39,3	38,2 – 40,4
26	47	38 – 57	42	33 – 51	295	272 – 318	157	142 – 174	63,7	62,1 – 65,1	71,7	70,3 – 73,0
27	12	9 – 14	9	7 – 11	153	139 – 167	94	84 – 105	74,5	73,7 – 75,2	79,8	79,1 – 80,4
28	21	19 – 23	16	15 – 18	242	233 – 253	98	94 – 102	67,4	66,9 – 68,0	74,7	74,4 – 75,1
29	182	159 – 206	171	151 – 197	532	493 – 573	486	448 – 528	44,1	41,8 – 46,4	45,7	43,2 – 48,1
30	170	148 – 197	166	144 – 193	582	509 – 653	546	473 – 620	43,2	39,8 – 46,6	43,8	40,0 – 47,5
31	55	50 – 60	50	46 – 54	228	205 – 248	126	110 – 142	64,2	62,9 – 65,8	71,8	70,2 – 73,6
32	138	127 – 149	129	113 – 148	394	377 – 414	323	306 – 343	52,2	50,9 – 53,3	55,4	53,6 – 56,9
33	123	109 – 136	120	106 – 132	477	439 – 520	419	384 – 462	49,9	47,8 – 52,1	52,0	49,7 – 54,2
34	6	5 – 7	5	4 – 6	104	98 – 109	59	55 – 64	76,2	75,8 – 76,5	81,9	81,5 – 82,3
35	184	159 – 213	165	143 – 192	439	406 – 472	386	356 – 416	47,3	44,8 – 49,6	50,1	47,6 – 52,4
36	11	9 – 13	8	7 – 10	132	119 – 146	66	61 – 70	73,4	71,9 – 74,9	79,9	79,2 – 80,7
37	35	29 – 43	40	33 – 48	170	158 – 182	125	115 – 135	68,1	67,3 – 68,9	71,3	70,4 – 72,2
38	9	6 – 12	8	6 – 11	102	89 – 117	57	48 – 67	74,8	73,8 – 75,7	78,8	77,9 – 79,5
39	31	28 – 34	26	24 – 28	221	207 – 235	128	120 – 136	68,1	67,2 – 69,0	74,1	73,3 – 74,9
40	113	100 – 124	92	83 – 103	323	293 – 352	295	269 – 321	56,0	54,3 – 57,9	58,1	56,5 – 59,8
41	112	99 – 127	102	89 – 119	415	378 – 453	378	342 – 413	53,6	51,5 – 55,8	55,2	53,0 – 57,4
42	13	9 – 17	14	11 – 19	121	106 – 137	79	68 – 90	74,2	73,1 – 75,1	78,9	77,8 – 79,8
43	145	132 – 161	124	114 – 139	524	495 – 553	497	467 – 525	47,2	45,5 – 49,0	48,3	46,7 – 50,2
44	9	7 – 11	7	5 – 8	194	180 – 209	76	67 – 84	69,3	68,7 – 69,9	77,3	76,8 – 77,8
45	10	9 – 11	8	6 – 10	143	132 – 155	99	86 – 114	73,5	72,4 – 74,7	77,4	76,2 – 78,5
46	7	5 – 9	6	5 – 6	138	125 – 152	89	82 – 97	72,9	72,2 – 73,7	78,1	77,6 – 78,7
47	169	154 – 202	162	147 – 190	556	513 – 596	524	483 – 563	45,0	42,5 – 47,0	45,0	42,6 – 47,2
48	9	8 – 10	7	6 – 8	123	115 – 131	55	54 – 57	74,0	73,0 – 75,1	80,2	79,4 – 81,2
49	40	36 – 44	33	30 – 36	200	186 – 214	144	134 – 153	67,4	66,4 – 68,3	70,3	69,5 – 71,1
50	74	66 – 84	72	63 – 81	187	176 – 202	148	133 – 164	64,2	63,1 – 65,1	65,8	64,4 – 67,2
51	42	38 – 46	35	31 – 40	238	224 – 252	144	133 – 154	66,9	65,9 – 67,8	73,0	72,0 – 73,9
52	19	16 – 23	16	15 – 18	117	106 – 127	80	74 – 86	72,2	71,4 – 73,0	75,6	74,9 – 76,4
53	144	133 – 159	134	121 – 146	520	481 – 556	514	477 – 548	46,6	44,8 – 48,5	46,5	44,7 – 48,3
54	12	10 – 14	10	8 – 12	216	202 – 231	84	76 – 94	68,9	68,2 – 69,5	76,7	76,0 – 77,2
55	6	4 – 7	4	3 – 5	171	157 – 185	66	59 – 74	71,6	71,0 – 72,2	79,5	78,9 – 80,0

Cuadro 2 del anexo Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN								
	Población total (millares)	Tasa de crecimiento anual (%)	Relación de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población que tiene 60 años de edad o más		Tasa global de fecundidad		
			1990	1999	1990	1999	1990	1999	
56	España	39 634	0,1	50	46	19,2	21,6	1,4	1,1
57	Estados Unidos de América	276 218	0,9	52	52	16,6	16,4	2,0	2,0
58	Estonia	1 412	-1,2	51	46	17,2	19,4	1,9	1,3
59	Etiopía	61 095	2,7	94	96	4,7	4,5	6,8	6,2
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	2 011	0,6	51	49	11,5	14,4	2,2	2,1
61	Federación de Rusia	147 196	-0,1	49	45	16,0	18,3	1,8	1,4
62	Fiji	806	1,2	70	57	5,3	7,1	3,1	2,7
63	Filipinas	74 454	2,3	78	68	5,3	5,6	4,1	3,5
64	Finlandia	5 165	0,4	49	49	18,5	19,7	1,7	1,7
65	Francia	58 886	0,4	52	53	19,1	20,5	1,8	1,7
66	Gabón	1 197	2,8	76	84	9,2	8,7	5,1	5,3
67	Gambia	1 268	3,6	82	77	4,8	5,1	5,9	5,1
68	Georgia	5 006	-1,0	51	53	15,0	18,1	2,2	1,9
69	Ghana	19 678	3,0	93	87	4,6	4,9	6,0	5,0
70	Granada	93	0,3	63	58	9,1	9,7	4,1	3,6
71	Grecia	10 626	0,4	49	49	20,0	23,6	1,5	1,3
72	Guatemala	11 090	2,7	97	90	5,1	5,3	5,6	4,8
73	Guinea	7 360	2,8	97	89	4,3	4,4	6,3	5,4
74	Guinea Ecuatorial	442	2,6	87	90	6,4	6,1	5,9	5,5
75	Guinea-Bissau	1 187	2,2	85	88	6,6	6,4	6,0	5,6
76	Guyana	855	0,8	60	53	5,9	6,2	2,6	2,3
77	Haití	8 087	1,8	93	81	5,8	5,5	5,4	4,3
78	Honduras	6 316	2,9	93	83	4,5	5,1	5,1	4,1
79	Hungría	10 076	-0,3	51	47	19,0	19,7	1,8	1,3
80	India	998 056	1,8	69	63	6,9	7,5	3,8	3,0
81	Indonesia	209 255	1,5	65	55	6,3	7,3	3,1	2,5
82	Irán, República Islámica del	66 796	1,9	96	72	5,7	6,3	4,9	2,7
83	Iraq	22 450	2,4	89	81	4,5	4,8	5,9	5,1
84	Irlanda	3 705	0,6	63	49	15,1	15,2	2,1	1,9
85	Islandia	279	1,0	55	54	14,6	14,9	2,2	2,1
86	Islas Cook	19	0,6	70	66	5,6	6,6	4,0	3,4
87	Islas Marshall	62	3,4	76	72	4,6	5,1	6,1	5,4
88	Islas Salomón	430	3,3	94	86	4,3	4,7	5,7	4,7
89	Israel	6 101	3,0	68	61	12,4	13,1	3,0	2,6
90	Italia	57 343	0,1	45	48	21,1	23,9	1,3	1,2
91	Jamahiriyá Árabe Libia	5 471	2,4	91	71	4,1	5,1	4,9	3,7
92	Jamaica	2 560	0,9	74	63	10,0	9,3	2,8	2,4
93	Japón	126 505	0,3	44	46	17,4	22,6	1,6	1,4
94	Jordania	6 482	3,8	100	82	4,8	4,5	5,8	4,7
95	Kazajstán	16 269	-0,3	60	54	9,6	11,2	2,8	2,2
96	Kenya	29 549	2,6	109	87	4,5	4,4	6,1	4,2
97	Kirguistán	4 669	0,7	74	71	8,3	8,9	3,8	3,1
98	Kiribati	82	1,4	76	72	4,6	5,1	4,9	4,2
99	Kuwait	1 897	-1,3	61	58	2,1	3,4	3,6	2,8
100	Lesotho	2 108	2,3	83	79	6,2	6,4	5,1	4,7
101	Letonia	2 389	-1,3	50	48	17,7	20,0	1,9	1,3
102	Libano	3 236	2,7	67	64	8,1	8,3	3,3	2,6
103	Liberia	2 930	1,4	98	87	4,7	4,5	6,8	6,2
104	Lituania	3 682	-0,2	50	49	16,1	18,3	1,9	1,4
105	Luxemburgo	426	1,3	44	48	18,9	19,4	1,6	1,7
106	Madagascar	15 497	3,2	82	90	5,1	4,4	6,2	5,3
107	Malasia	21 830	2,3	67	63	5,8	6,5	3,8	3,1
108	Malawi	10 640	1,5	100	99	4,3	4,2	7,3	6,6
109	Maldivas	278	2,9	99	89	5,4	5,4	6,4	5,2
110	Mali	10 960	2,4	101	101	4,8	5,5	7,1	6,4

	PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)			
	Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Varones		Mujeres	
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres					
	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre
56	6	6-7	6	5-8	129	117-144	54	48-61	75,3	74,0-76,4	82,1	81,5-82,7
57	8	8-8	8	7-8	148	139-157	85	83-87	73,8	73,0-74,6	79,7	79,4-80,0
58	12	8-15	11	7-16	341	308-377	120	100-143	64,4	62,8-65,9	75,3	73,9-76,5
59	188	171-207	177	162-194	596	556-641	545	505-591	41,4	39,3-43,5	43,1	40,8-45,3
60	27	21-34	23	18-29	165	149-184	95	83-108	69,8	68,6-70,8	74,1	73,0-75,0
61	24	19-30	19	14-24	352	326-378	131	116-147	62,7	61,3-63,9	74,0	72,8-75,0
62	25	14-42	19	11-31	247	194-307	141	106-186	64,0	61,0-66,4	69,2	66,6-71,3
63	48	44-52	41	36-46	232	218-246	147	137-158	64,1	63,3-64,9	69,3	68,5-70,2
64	5	4-5	4	4-5	148	145-150	59	55-64	73,4	72,9-73,8	80,7	80,1-81,4
65	7	6-8	5	4-6	146	141-151	59	56-62	74,9	74,4-75,3	83,6	83,1-84,1
66	94	81-109	85	73-99	397	366-431	336	306-368	54,6	52,5-56,6	57,5	55,4-59,6
67	103	94-114	93	85-102	351	321-378	295	270-319	56,0	54,3-57,8	58,9	57,4-60,6
68	20	14-27	16	11-22	209	184-237	85	70-102	69,4	67,8-70,9	76,7	75,3-77,9
69	118	102-135	109	95-126	376	339-413	343	309-378	54,2	51,8-56,4	55,6	53,2-57,7
70	27	24-30	22	20-25	206	192-220	109	105-113	69,1	68,1-70,2	75,9	75,1-76,8
71	8	7-9	7	6-7	117	113-120	50	47-52	75,5	75,3-75,7	80,5	80,1-80,9
72	58	53-63	44	40-48	326	307-343	223	210-237	60,2	59,2-61,1	64,7	63,9-65,6
73	217	201-230	193	180-208	413	379-443	369	338-395	46,2	44,4-48,1	48,9	47,2-50,8
74	146	129-164	131	115-145	384	350-413	309	281-334	51,4	49,4-53,5	55,4	53,6-57,4
75	207	190-236	196	175-215	457	423-489	411	380-440	45,0	42,7-47,0	47,0	45,0-49,0
76	75	66-84	58	51-65	242	227-256	153	142-164	65,6	64,3-66,9	72,2	71,1-73,3
77	120	110-135	111	101-126	481	459-503	360	341-382	50,6	49,1-51,7	55,1	53,4-56,3
78	42	38-46	37	33-42	219	205-233	168	157-180	68,2	67,2-69,2	70,8	69,8-71,8
79	12	9-15	10	9-12	292	263-325	127	123-131	66,3	64,9-67,6	75,1	74,5-75,7
80	97	84-110	104	91-118	275	261-289	217	205-229	59,6	58,4-60,6	61,2	59,9-62,3
81	63	53-70	53	49-58	240	224-257	197	183-210	66,6	65,3-67,9	69,0	67,9-70,1
82	48	41-55	42	36-48	160	143-178	129	120-139	66,8	65,5-68,0	67,9	67,1-68,6
83	67	60-79	54	50-61	243	220-259	208	190-220	61,6	60,4-62,8	62,8	62,1-63,7
84	7	5-9	6	4-8	116	101-133	67	56-78	73,3	72,4-74,2	78,3	77,4-79,0
85	5	4-7	3	2-4	81	71-91	54	45-61	76,1	74,8-77,4	80,4	78,9-81,9
86	29	27-32	24	23-26	154	142-166	101	94-107	69,2	68,3-70,2	73,3	72,4-74,2
87	60	56-66	51	48-55	227	209-245	175	163-186	64,0	63,2-64,9	67,1	66,4-67,9
88	49	45-53	47	43-50	274	256-292	227	215-239	62,0	61,4-62,7	64,0	63,5-64,5
89	8	7-8	7	7-8	101	97-105	59	52-67	76,2	75,6-76,8	79,9	79,5-80,4
90	6	6-7	5	5-6	109	102-116	51	46-55	75,4	75,1-75,6	82,1	81,9-82,3
91	39	32-49	35	27-43	192	169-215	141	121-161	65,0	63,7-66,3	67,0	65,7-68,4
92	29	25-32	25	21-30	135	123-146	99	90-110	75,2	74,2-76,4	77,4	76,4-78,4
93	5	5-6	5	4-5	95	92-99	48	46-49	77,6	77,3-77,8	84,3	83,9-84,7
94	29	24-36	25	21-30	172	160-191	132	125-148	66,3	65,1-66,9	67,5	66,5-68,0
95	48	39-58	36	29-44	407	389-424	177	161-193	58,8	57,6-59,9	69,9	68,7-71,0
96	100	89-112	99	87-110	591	545-634	546	500-592	47,3	45,1-49,5	48,1	45,6-50,5
97	73	61-87	68	56-81	293	271-316	152	139-168	61,6	60,0-63,0	69,0	67,4-70,4
98	62	57-67	58	54-62	276	257-295	196	184-208	61,4	60,7-62,1	65,5	64,8-66,2
99	19	15-23	17	14-21	119	106-134	83	74-94	71,9	70,9-72,8	75,2	74,2-76,1
100	147	130-164	134	119-151	604	549-653	565	510-615	44,1	41,6-46,7	45,1	42,4-47,9
101	21	14-32	16	11-22	349	307-393	131	111-155	63,6	61,3-65,5	74,6	73,0-75,9
102	31	24-37	25	19-32	172	150-195	136	116-160	66,2	65,0-67,5	67,3	65,8-68,5
103	214	195-240	196	176-218	513	480-544	461	433-491	42,5	40,4-44,5	44,9	42,9-46,8
104	16	12-21	9	7-12	284	254-317	95	83-109	67,0	65,2-68,6	77,9	76,9-78,8
105	6	5-9	6	4-9	139	126-151	69	66-72	74,5	73,7-75,4	81,4	80,4-82,5
106	179	163-198	157	141-172	486	457-515	440	410-467	45,0	43,2-46,7	47,7	45,9-49,4
107	15	13-17	13	11-15	172	159-188	125	115-137	67,6	66,8-68,3	69,9	69,2-70,5
108	222	207-248	215	196-233	664	631-689	618	587-643	37,3	35,4-39,0	38,4	36,7-40,1
109	90	81-102	86	76-98	214	198-228	208	194-223	63,3	62,1-64,5	62,6	61,3-63,8
110	240	222-260	229	214-249	500	468-529	432	401-459	41,3	39,5-43,2	44,0	42,2-45,8

Cuadro 2 del anexo Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN								
	Población total (millares)	Tasa de crecimiento anual (%)	Relación de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población que tiene 60 años de edad o más		Tasa global de fecundidad		
			1990	1999	1990	1999	1990	1999	
111	Malta	386	1,0	51	47	14,7	16,3	2,0	1,9
112	Marruecos	27 867	1,7	74	60	6,1	6,7	3,8	2,9
113	Mauricio	1 150	0,9	54	47	8,3	8,9	2,2	1,9
114	Mauritania	2 598	2,8	93	88	4,9	4,9	6,0	5,4
115	México	97 365	1,8	74	62	5,9	6,8	3,4	2,7
116	Micronesia, Estados Federados de	116	2,1	76	72	4,6	5,1	5,1	4,6
117	Mónaco	33	1,2	48	49	19,7	21,3	1,7	1,7
118	Mongolia	2 621	1,9	84	65	5,8	5,8	4,1	2,5
119	Mozambique	19 286	3,5	91	93	5,2	5,1	6,5	6,1
120	Myanmar	45 059	1,2	66	50	6,4	7,4	3,2	2,3
121	Namibia	1 695	2,6	87	83	5,7	5,9	5,4	4,8
122	Nauru	11	1,9	76	72	4,6	5,1	4,6	4,0
123	Nepal	23 385	2,5	87	82	5,7	5,5	5,3	4,3
124	Nicaragua	4 938	2,9	96	86	4,4	4,6	5,0	4,3
125	Niger	10 400	3,3	101	103	4,0	4,0	7,6	6,7
126	Nigeria	108 945	2,5	93	87	4,5	4,9	6,0	5,0
127	Niue	2	-2,0	70	66	5,6	6,6	3,2	2,7
128	Noruega	4 442	0,5	54	54	21,0	19,7	1,8	1,9
129	Nueva Zelanda	3 828	1,5	53	53	15,3	15,5	2,1	2,0
130	Omán	2 460	3,6	95	89	3,8	4,1	7,0	5,7
131	Países Bajos	15 735	0,6	45	47	17,3	18,3	1,6	1,5
132	Pakistán	152 331	2,8	85	83	4,7	4,9	5,8	4,9
133	Palau	19	2,5	76	72	4,6	5,1	2,9	2,5
134	Panamá	2 812	1,8	67	59	7,3	8,0	3,0	2,6
135	Papua Nueva Guinea	4 702	2,3	75	72	4,7	5,0	5,1	4,5
136	Paraguay	5 358	2,7	84	77	5,4	5,3	4,7	4,1
137	Perú	25 230	1,8	73	63	6,1	7,1	3,7	2,9
138	Polonia	38 740	0,2	54	47	14,9	16,3	2,0	1,5
139	Portugal	9 873	0,0	51	47	19,0	20,8	1,6	1,4
140	Qatar	589	2,2	40	40	2,0	4,4	4,4	3,6
141	Reino Unido	58 744	0,2	54	54	20,9	20,9	1,8	1,7
142	República Árabe Siria	15 725	2,7	102	81	4,4	4,7	5,7	3,9
143	República Centroafricana	3 550	2,1	90	87	6,2	5,9	5,5	4,8
144	República Checa	10 262	0,0	51	44	17,7	18,0	1,8	1,2
145	República de Corea	46 480	0,9	45	39	7,7	10,2	1,7	1,7
146	República de Moldova	4 380	0,0	57	51	12,8	14,1	2,4	1,7
147	República Democrática del Congo	50 335	3,4	100	104	4,6	4,4	6,7	6,3
148	República Democrática Popular Lao	5 297	2,7	87	90	5,0	5,2	6,5	5,6
149	República Dominicana	8 364	1,8	68	61	5,6	6,6	3,3	2,7
150	República Popular Democrática de Corea	23 702	1,6	45	49	6,7	7,9	2,2	2,0
151	República Unida de Tanzania	32 793	2,8	96	93	4,1	4,1	6,1	5,3
152	Rumania	22 402	-0,4	51	46	15,7	18,6	1,9	1,2
153	Rwanda	7 235	0,4	100	92	4,1	3,9	6,8	6,0
154	Saint Kitts y Nevis	39	-0,9	63	58	9,1	9,7	2,8	2,4
155	Samoa	177	1,1	80	75	5,2	6,2	4,7	4,4
156	San Marino	26	1,4	48	47	19,0	21,7	1,8	1,5
157	San Vicente y las Granadinas	113	0,8	63	58	9,1	9,7	2,3	1,9
158	Santa Lucía	152	1,4	63	58	9,1	9,7	2,6	2,3
159	Santo Tomé y Príncipe	144	2,2	105	105	6,7	6,7	6,7	6,1
160	Senegal	9 240	2,6	94	90	4,7	4,2	6,3	5,4
161	Seychelles	77	1,1	61	61	9,5	9,5	2,3	2,0
162	Sierra Leona	4 717	1,9	88	89	5,1	4,8	6,5	5,9
163	Singapur	3 522	1,7	37	41	8,4	10,3	1,7	1,7
164	Somalia	9 672	2,5	102	101	4,3	3,9	7,3	7,2
165	Sri Lanka	18 639	1,0	61	50	8,0	9,5	2,4	2,1

	PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)			
	Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Varones		Mujeres	
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres					
	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre
111	9	7 - 13	6	4 - 8	94	81 - 108	45	38 - 54	75,7	74,7 - 76,5	80,8	80,0 - 81,5
112	69	63 - 76	61	54 - 67	177	161 - 197	139	127 - 153	65,0	63,7 - 66,2	66,8	65,6 - 67,9
113	26	17 - 39	15	10 - 21	247	211 - 284	116	99 - 134	66,7	64,7 - 68,6	74,1	72,8 - 75,1
114	189	174 - 204	168	157 - 180	367	335 - 396	312	284 - 336	49,5	47,8 - 51,6	53,0	51,3 - 54,8
115	26	19 - 36	23	18 - 28	194	176 - 214	109	102 - 116	71,0	69,7 - 72,2	77,1	76,4 - 77,9
116	44	40 - 48	31	29 - 34	194	179 - 209	137	128 - 145	66,4	65,6 - 67,4	70,1	69,3 - 70,9
117	9	5 - 15	7	4 - 10	146	118 - 178	59	46 - 73	74,7	72,8 - 76,4	83,6	82,2 - 84,7
118	123	103 - 144	104	88 - 123	263	245 - 278	181	169 - 193	58,9	57,2 - 60,7	64,8	63,2 - 66,3
119	196	170 - 225	189	164 - 218	580	523 - 633	514	454 - 571	41,8	39,1 - 44,7	44,0	41,1 - 47,4
120	142	131 - 157	126	112 - 142	253	235 - 268	231	221 - 243	58,4	57,0 - 59,8	59,2	57,8 - 60,3
121	113	101 - 126	112	100 - 124	682	614 - 741	649	578 - 711	43,3	40,3 - 46,3	43,0	39,7 - 46,5
122	19	18 - 21	15	14 - 17	511	493 - 528	260	250 - 270	56,4	56,2 - 56,6	63,3	62,9 - 63,6
123	119	105 - 134	107	95 - 119	297	276 - 317	274	256 - 291	57,3	55,8 - 58,8	57,8	56,5 - 59,3
124	50	46 - 54	44	40 - 48	239	224 - 254	163	152 - 173	64,8	63,8 - 65,7	68,8	67,9 - 69,7
125	331	310 - 355	339	318 - 363	470	436 - 502	362	329 - 393	37,2	35,3 - 39,1	40,6	38,6 - 42,7
126	173	152 - 199	170	148 - 196	473	435 - 513	429	393 - 468	46,8	44,4 - 49,1	48,2	45,6 - 50,6
127	33	19 - 57	30	17 - 53	185	144 - 234	149	113 - 193	68,3	64,8 - 71,1	70,9	67,4 - 73,5
128	6	5 - 7	5	4 - 6	109	99 - 115	60	57 - 64	75,1	74,8 - 75,4	82,1	81,6 - 82,6
129	9	8 - 10	7	6 - 8	125	116 - 133	74	70 - 79	73,9	73,5 - 74,4	79,3	78,8 - 79,9
130	18	16 - 20	18	16 - 19	135	122 - 150	94	90 - 100	70,4	69,4 - 71,5	73,8	73,2 - 74,2
131	7	7 - 7	6	5 - 6	103	97 - 109	66	62 - 70	75,0	74,9 - 75,2	81,1	80,5 - 81,7
132	100	90 - 109	98	92 - 111	194	173 - 216	147	131 - 161	62,6	61,1 - 64,2	64,9	62,1 - 66,1
133	23	21 - 25	16	15 - 17	236	222 - 251	132	125 - 139	64,5	63,9 - 65,1	69,7	69,1 - 70,3
134	35	30 - 40	32	28 - 36	163	152 - 175	116	107 - 125	72,6	71,6 - 73,6	75,8	74,9 - 76,8
135	129	114 - 139	106	92 - 123	377	358 - 395	325	306 - 345	53,4	52,2 - 54,7	56,6	54,9 - 58,0
136	37	33 - 42	33	28 - 37	200	191 - 209	132	122 - 142	69,6	68,9 - 70,3	74,1	73,1 - 75,0
137	52	48 - 56	45	42 - 48	224	210 - 239	159	149 - 168	65,6	64,6 - 66,6	69,1	68,3 - 69,9
138	13	13 - 14	11	10 - 11	242	219 - 268	88	83 - 92	67,9	66,5 - 69,1	76,6	76,0 - 77,2
139	9	7 - 10	7	5 - 8	162	152 - 171	64	60 - 68	72,0	71,3 - 72,7	79,5	79,1 - 79,9
140	19	16 - 22	19	17 - 21	122	110 - 128	89	85 - 96	71,6	71,1 - 72,7	74,6	74,0 - 75,2
141	7	7 - 7	6	5 - 6	111	108 - 113	67	66 - 69	74,7	74,4 - 75,0	79,7	79,4 - 80,0
142	44	35 - 55	40	32 - 49	198	176 - 222	140	121 - 160	64,6	63,1 - 65,9	67,1	65,6 - 68,5
143	153	138 - 166	143	129 - 155	608	572 - 645	555	520 - 593	43,3	41,4 - 45,2	44,9	42,8 - 46,9
144	6	5 - 8	5	4 - 6	173	160 - 188	73	65 - 82	71,3	70,7 - 71,9	78,2	77,6 - 78,7
145	12	8 - 16	10	8 - 13	215	181 - 253	92	76 - 111	69,2	67,4 - 70,7	76,3	75,1 - 77,4
146	20	16 - 25	17	13 - 21	293	274 - 313	146	132 - 162	64,8	63,8 - 65,7	71,9	71,0 - 72,7
147	170	155 - 185	153	141 - 167	515	483 - 543	482	449 - 509	45,1	43,5 - 46,7	46,5	45,0 - 48,3
148	143	127 - 163	126	112 - 145	341	321 - 361	302	284 - 323	54,0	52,2 - 55,6	56,6	54,7 - 58,1
149	52	48 - 58	46	42 - 51	177	164 - 189	147	141 - 150	71,4	70,2 - 72,6	72,8	72,5 - 73,3
150	100	91 - 109	99	91 - 109	305	291 - 319	229	214 - 244	58,0	57,0 - 58,9	60,6	59,5 - 61,8
151	157	143 - 170	148	134 - 161	568	542 - 597	525	500 - 553	44,4	42,9 - 46,0	45,6	44,0 - 47,2
152	29	27 - 32	22	20 - 24	285	248 - 325	119	114 - 125	65,1	64,5 - 65,7	73,5	72,9 - 74,0
153	189	172 - 206	163	149 - 178	602	526 - 662	581	506 - 642	41,2	38,6 - 44,5	42,3	39,4 - 45,7
154	34	30 - 38	28	24 - 32	272	255 - 288	160	155 - 164	65,0	64,2 - 65,9	71,2	70,7 - 71,8
155	28	25 - 30	25	23 - 27	217	203 - 231	126	119 - 134	65,4	64,7 - 66,1	70,7	70,0 - 71,5
156	7	4 - 12	6	4 - 9	109	86 - 136	51	40 - 64	75,3	73,6 - 76,8	82,0	80,8 - 83,1
157	28	25 - 31	26	22 - 29	170	158 - 183	118	114 - 122	71,9	70,7 - 73,2	75,2	74,4 - 76,0
158	27	24 - 31	19	16 - 21	209	195 - 223	114	111 - 117	68,9	67,9 - 70,0	74,9	74,2 - 75,6
159	82	79 - 85	51	49 - 52	241	208 - 277	212	186 - 240	62,1	59,9 - 64,5	64,9	63,1 - 66,7
160	134	121 - 149	126	114 - 140	362	334 - 390	308	283 - 334	53,5	51,6 - 55,5	56,2	54,3 - 58,1
161	21	21 - 22	12	12 - 12	234	205 - 266	131	114 - 149	64,9	63,3 - 66,4	70,5	69,2 - 71,8
162	326	298 - 367	298	271 - 336	599	569 - 627	557	527 - 584	33,2	30,7 - 35,2	35,4	33,0 - 37,5
163	4	3 - 6	3	2 - 4	126	110 - 144	67	58 - 77	75,1	74,0 - 76,0	80,8	79,9 - 81,5
164	206	174 - 245	196	173 - 235	522	482 - 556	487	451 - 522	44,0	41,4 - 46,5	44,7	41,8 - 46,9
165	25	21 - 29	19	16 - 22	269	254 - 280	141	131 - 152	65,8	65,2 - 66,7	73,4	72,5 - 74,2

Cuadro 2 del anexo Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN								
	Población total (millares)	Tasa de crecimiento anual (%)	Relación de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población que tiene 60 años de edad o más		Tasa global de fecundidad		
			1990	1999	1990	1999	1990	1999	
166	Sudáfrica	39 900	1,8	69	63	5,3	5,7	3,7	3,2
167	Sudán	28 883	2,0	85	76	4,5	5,1	5,2	4,5
168	Suecia	8 892	0,4	56	56	22,8	22,3	2,0	1,6
169	Suiza	7 344	0,8	45	47	19,1	19,3	1,5	1,5
170	Suriname	415	0,4	68	58	6,8	8,0	2,7	2,2
171	Swazilandia	980	3,0	95	85	4,3	4,4	5,4	4,6
172	Tailandia	60 856	1,0	57	46	6,7	8,5	2,3	1,7
173	Tayikistán	6 104	1,6	89	83	6,2	6,7	4,9	4,0
174	Togo	4 512	2,8	95	96	5,1	4,8	6,6	5,9
175	Tonga	98	0,3	70	66	5,6	6,6	4,7	4,0
176	Trinidad y Tabago	1 289	0,7	66	48	8,7	9,4	2,4	1,6
177	Túnez	9 460	1,7	72	58	6,6	8,4	3,6	2,5
178	Turkmenistán	4 384	2,0	79	74	6,2	6,5	4,3	3,5
179	Turquía	65 546	1,7	65	52	7,1	8,4	3,2	2,4
180	Tuvalu	11	2,8	70	66	5,6	6,6	3,4	2,9
181	Ucrania	50 658	-0,3	51	48	18,5	20,7	1,8	1,4
182	Uganda	21 143	2,8	104	109	4,0	3,2	7,1	7,0
183	Uruguay	3 313	0,7	60	60	16,4	17,1	2,5	2,4
184	Uzbekistán	23 942	1,7	82	74	6,5	6,9	4,1	3,3
185	Vanuatu	186	2,5	91	83	5,4	4,9	4,9	4,2
186	Venezuela, República Bolivariana de	23 706	2,2	72	64	5,7	6,5	3,5	2,9
187	Viet Nam	78 705	1,9	77	65	7,2	7,5	3,8	2,5
188	Yemen	17 488	4,7	106	102	4,1	3,8	7,6	7,4
189	Yugoslavia	10 637	0,5	49	50	15,2	18,4	2,1	1,8
190	Zambia	8 976	2,4	107	99	3,9	3,4	6,2	5,4
191	Zimbabue	11 529	1,7	89	80	4,3	4,2	5,0	3,7



	PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)			
	Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Varones		Mujeres	
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre
166	85	76 – 92	67	60 – 74	601	562 – 641	533	493 – 575	47,3	45,4 – 49,0	49,7	47,7 – 51,8
167	117	97 – 147	103	86 – 127	396	364 – 427	350	319 – 380	53,1	50,7 – 55,1	54,7	52,4 – 56,6
168	5	3 – 6	4	4 – 5	89	79 – 99	60	56 – 63	77,1	76,6 – 77,7	81,9	81,3 – 82,4
169	6	4 – 9	6	4 – 8	111	96 – 126	58	49 – 69	75,6	74,6 – 76,6	83,0	82,0 – 83,9
170	34	30 – 39	27	23 – 32	220	206 – 235	134	123 – 145	68,1	67,1 – 69,2	73,6	72,6 – 74,5
171	107	94 – 119	97	85 – 110	612	556 – 660	568	510 – 618	45,8	43,4 – 48,5	46,8	44,0 – 49,8
172	40	35 – 45	27	24 – 30	261	244 – 277	181	171 – 189	66,0	64,9 – 67,0	70,4	69,8 – 71,1
173	69	61 – 79	59	51 – 69	234	218 – 251	149	137 – 162	65,1	63,8 – 66,4	70,1	68,7 – 71,3
174	142	124 – 161	122	108 – 138	480	436 – 517	441	399 – 478	48,9	46,7 – 51,3	50,8	48,6 – 53,3
175	29	26 – 31	23	21 – 25	167	155 – 180	103	97 – 110	68,3	67,4 – 69,2	72,8	72,0 – 73,7
176	10	7 – 13	7	5 – 10	217	196 – 240	140	123 – 159	68,7	67,6 – 69,6	73,4	72,4 – 74,3
177	36	31 – 41	31	26 – 35	158	146 – 169	128	114 – 141	67,0	66,3 – 67,8	67,9	67,0 – 69,0
178	83	62 – 108	77	58 – 102	293	257 – 330	173	148 – 201	61,0	58,3 – 63,3	65,3	62,7 – 67,6
179	45	42 – 50	42	39 – 46	180	168 – 191	157	148 – 167	69,7	68,8 – 70,6	69,9	69,1 – 70,8
180	45	41 – 49	32	30 – 34	238	221 – 254	204	194 – 214	63,9	63,2 – 64,7	65,5	65,0 – 66,1
181	16	14 – 20	12	10 – 15	326	311 – 341	121	110 – 132	64,4	63,6 – 65,1	74,4	73,7 – 75,0
182	165	151 – 180	153	142 – 167	622	590 – 649	592	559 – 618	41,9	40,4 – 43,5	42,4	40,9 – 44,2
183	20	18 – 23	16	13 – 19	184	171 – 194	88	80 – 95	70,5	69,8 – 71,4	77,8	77,2 – 78,6
184	48	38 – 60	38	30 – 49	227	206 – 247	137	121 – 155	65,8	64,2 – 67,1	71,2	69,8 – 72,5
185	64	59 – 70	57	53 – 61	333	313 – 353	239	226 – 252	58,7	58,2 – 59,3	63,0	62,5 – 63,6
186	22	21 – 24	23	19 – 26	163	151 – 176	94	84 – 105	70,9	70,0 – 71,9	76,2	74,9 – 77,3
187	39	36 – 44	31	28 – 35	225	211 – 239	153	142 – 163	64,7	63,9 – 65,5	68,8	68,1 – 69,6
188	113	101 – 137	108	92 – 127	288	259 – 314	257	234 – 281	57,3	55,0 – 58,9	58,0	56,1 – 59,7
189	29	25 – 32	22	20 – 26	153	143 – 165	90	83 – 99	71,8	70,9 – 72,6	76,4	75,4 – 77,1
190	174	160 – 190	163	149 – 178	729	690 – 765	682	640 – 721	38,0	36,0 – 39,9	39,0	36,7 – 41,2
191	122	108 – 134	113	101 – 125	730	683 – 773	710	663 – 754	40,9	38,6 – 43,2	40,0	37,5 – 42,5

Cuadro 3 del anexo Defunciones según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS;<sup>a</sup> estimaciones para 1999

Causa <sup>b</sup>	SEXO						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	Niñez alta, adultos alta	Niñez alta, adultos muy alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta
<b>Población (millares)</b>	<b>5 961 628</b>		<b>3 002 288</b>		<b>2 959 340</b>		<b>286 350</b>	<b>330 085</b>	<b>318 235</b>	<b>424 932</b>	<b>69 898</b>
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>55 965</b>	<b>100</b>	<b>29 158</b>	<b>100</b>	<b>26 807</b>	<b>100</b>	<b>4 381</b>	<b>6 055</b>	<b>2 641</b>	<b>2 490</b>	<b>556</b>
<b>I. Enfermedades transmisibles, trastornos maternos y afecciones del periodo perinatal y deficiencias nutricionales</b>	<b>17 380</b>	<b>31,1</b>	<b>8 734</b>	<b>30,0</b>	<b>8 645</b>	<b>32,2</b>	<b>2 931</b>	<b>4 429</b>	<b>185</b>	<b>519</b>	<b>175</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	9 986	17,8	5 178	17,8	4 809	17,9	1 933	3 290	60	195	81
Tuberculosis	1 669	3,0	1 003	3,4	666	2,5	128	229	2	36	21
ETS, excluida la enfermedad por el VIH	178	0,3	83	0,3	95	0,4	38	36	0	3	0
Sifilis	153	0,3	83	0,3	69	0,3	33	31	0	3	0
Clamidiosis	16	0,0	0	0,0	16	0,1	3	3	0	0	0
Gonorrea	9	0,0	0	0,0	9	0,0	2	2	0	0	0
Infección por el VIH/sida	2 673	4,8	1 302	4,5	1 371	5,1	458	1 696	19	45	17
Enfermedades diarreicas	2 213	4,0	1 119	3,8	1 094	4,1	371	394	2	49	23
Enfermedades de la infancia	1 554	2,8	798	2,7	755	2,8	373	367	0	20	1
Tos ferina	295	0,5	157	0,5	138	0,5	67	66	0	14	0
Poliomielitis	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Difteria	4	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0	0	0	0
Sarampión	875	1,6	451	1,5	424	1,6	258	256	0	1	0
Tétanos	377	0,7	188	0,6	189	0,7	47	44	0	5	0
Meningitis	171	0,3	90	0,3	81	0,3	19	22	1	11	2
Hepatitis	124	0,2	74	0,3	50	0,2	17	20	5	5	2
Paludismo [malaria]	1 086	1,9	553	1,9	532	2,0	481	472	0	2	0
Enfermedades tropicales	171	0,3	94	0,3	77	0,3	43	51	0	23	0
Tripanosomiasis	66	0,1	37	0,1	30	0,1	29	35	0	0	0
Enfermedad de Chagas	21	0,0	11	0,0	10	0,0	0	0	0	21	0
Esquistosomiasis	14	0,0	8	0,0	6	0,0	3	3	0	2	0
Leishmaniasis	57	0,1	32	0,1	25	0,1	6	8	0	0	0
Filariasis linfática	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Oncocercosis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Lepra	3	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	1	0
Dengue	13	0,0	6	0,0	7	0,0	0	0	0	0	0
Encefalitis japonesa	6	0,0	3	0,0	3	0,0	0	0	0	0	0
Tracoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Infecciones intestinales por nematodos	16	0,0	8	0,0	7	0,0	2	3	0	2	2
Ascariasis	3	0,0	2	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0
Tricuriasis	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	1	0	0	0
Anquilostomiasis	7	0,0	4	0,0	3	0,0	1	1	0	1	0
Infecciones respiratorias	4 039	7,2	2 046	7,0	1 993	7,4	492	594	101	159	39
Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	3 963	7,1	2 013	6,9	1 950	7,3	486	587	101	157	37
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	47	0,1	23	0,1	24	0,1	3	3	0	2	2
Otitis media	20	0,0	9	0,0	11	0,0	3	4	0	0	0
Trastornos maternos	497	0,9	0	0,0	497	1,9	102	153	0	12	6
Afecciones del periodo perinatal	2 356	4,2	1 273	4,4	1 084	4,0	319	296	15	103	35
Deficiencias nutricionales	493	0,9	236	0,8	257	1,0	85	95	9	50	13
Desnutrición proteicoenergética	272	0,5	133	0,5	139	0,5	52	58	4	34	9
Deficiencia de yodo	9	0,0	6	0,0	4	0,0	1	1	0	0	0

Causa <sup>b</sup>	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja
<i>Población (millares)</i>	<i>136 798</i>	<i>348 468</i>	<i>410 233</i>	<i>215 276</i>	<i>246 336</i>	<i>288 750</i>	<i>1 219 492</i>	<i>152 882</i>	<i>1 513 894</i>
	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>900</b>	<b>3 318</b>	<b>4 084</b>	<b>1 817</b>	<b>3 156</b>	<b>1 944</b>	<b>12 326</b>	<b>1 115</b>	<b>11 182</b>
<b>I. Enfermedades transmisibles, trastornos maternos y afecciones del período perinatal y deficiencias nutricionales</b>	<b>132</b>	<b>1 364</b>	<b>240</b>	<b>184</b>	<b>107</b>	<b>574</b>	<b>5 025</b>	<b>120</b>	<b>1 396</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	60	697	53	72	52	266	2 651	19	558
Tuberculosis	13	99	6	19	35	152	571	4	355
ETS, excluida la enfermedad por el VIH	0	19	0	0	0	1	80	0	2
Sífilis	0	18	0	0	0	0	65	0	2
Clamidiosis	0	0	0	0	0	0	10	0	0
Gonorrea	0	0	0	0	0	0	5	0	0
Infección por el VIH/sida	0	29	7	4	4	36	324	1	33
Enfermedades diarreicas	28	272	2	25	3	27	951	1	66
Enfermedades de la infancia	12	179	0	11	2	26	516	2	45
Tos ferina	2	35	0	4	1	2	93	2	10
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Sarampión	8	89	0	4	0	18	223	0	17
Tétanos	1	54	0	3	1	6	196	0	18
Meningitis	3	22	2	4	3	10	59	0	13
Hepatitis	0	4	4	1	0	4	31	5	26
Paludismo (malaria)	0	44	0	0	0	10	59	0	16
Enfermedades tropicales	1	8	0	1	0	1	40	0	2
Tripanosomiasis	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esquistosomiasis	1	1	0	1	0	1	0	0	2
Leishmaniasis	0	3	0	0	0	0	40	0	0
Filariasis linfática	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oncocercosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Dengue	0	0	0	0	0	0	12	0	0
Encefalitis japonesa	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Tracoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infecciones intestinales por nematodos	0	1	0	0	0	1	5	0	1
Ascariasis	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Tricuriasis	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Anquilostomiasis	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Infecciones respiratorias	37	306	166	73	36	108	1 415	96	418
Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	37	301	164	60	33	106	1 382	95	417
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	0	3	2	13	3	1	14	1	0
Otitis media	0	2	0	0	0	1	10	0	0
Trastornos maternos	3	36	1	2	1	14	144	0	21
Afecciones del período perinatal	26	287	11	34	17	180	671	2	361
Deficiencias nutricionales	6	38	9	4	1	16	143	1	21
Desnutrición proteicoenergética	3	23	3	1	0	7	73	1	4
Deficiencia de yodo	0	1	0	0	0	0	6	0	0

Cuadro 3 del anexo Defunciones según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS;<sup>a</sup> estimaciones para 1999

Causa <sup>b</sup>	SEXO						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
							Niñez alta, adultos alta	Niñez alta, adultos muy alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta
<b>Población (millares)</b>	<b>5 961 628</b>		<b>3 002 288</b>		<b>2 959 340</b>		<b>286 350</b>	<b>330 085</b>	<b>318 235</b>	<b>424 932</b>	<b>69 898</b>
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
Deficiencia de vitamina A	61	0,1	30	0,1	31	0,1	17	20	0	0	0
Anemias	133	0,2	60	0,2	73	0,3	14	16	5	16	4
<b>II. Enfermedades no transmisibles</b>	<b>33 484</b>	<b>59,8</b>	<b>17 039</b>	<b>58,4</b>	<b>16 445</b>	<b>61,3</b>	<b>1 074</b>	<b>1 226</b>	<b>2 283</b>	<b>1 648</b>	<b>324</b>
Tumores [neoplasias] malignos	7 065	12,6	3 915	13,4	3 150	11,7	234	289	632	335	65
Cavidad bucal y orofaringe	282	0,5	185	0,6	97	0,4	5	6	11	10	1
Esófago	381	0,7	250	0,9	131	0,5	19	25	16	13	1
Estómago	801	1,4	489	1,7	312	1,2	21	27	19	42	12
Colon y recto	509	0,9	263	0,9	246	0,9	6	6	76	24	2
Hígado	589	1,1	410	1,4	179	0,7	44	56	6	6	3
Páncreas	194	0,3	102	0,4	91	0,3	6	8	32	6	2
Tráquea, bronquios, pulmón	1 193	2,1	860	2,9	333	1,2	14	16	180	41	5
Melanoma y otros carcinomas de la piel	74	0,1	38	0,1	36	0,1	2	3	3	3	0
Mama	467	0,8	0	0,0	467	1,7	12	15	56	27	5
Cuello del útero	237	0,4	0	0,0	237	0,9	24	32	6	18	6
Cuerpo del útero	79	0,1	0	0,0	79	0,3	1	1	9	10	0
Ovario	105	0,2	0	0,0	105	0,4	4	4	15	3	2
Próstata	255	0,5	255	0,9	0	0,0	14	18	45	22	2
Vejiga	138	0,2	100	0,3	39	0,1	8	10	16	6	0
Linfoma	295	0,5	170	0,6	125	0,5	13	15	47	15	4
Leucemia	268	0,5	142	0,5	127	0,5	7	8	27	15	4
Otras neoplasias	102	0,2	53	0,2	49	0,2	2	2	9	10	2
Diabetes mellitus	777	1,4	335	1,2	441	1,6	18	20	74	98	44
Enfermedades nutricionales y endocrinas	306	0,5	155	0,5	151	0,6	22	24	27	54	11
Trastornos neuropsiquiátricos	911	1,6	473	1,6	438	1,6	38	43	120	44	13
Depresión unipolar profunda	1	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Trastorno afectivo bipolar	5	0,0	2	0,0	3	0,0	0	0	0	0	0
Psicosis	18	0,0	9	0,0	9	0,0	0	0	1	0	0
Epilepsia	95	0,2	61	0,2	35	0,1	11	13	2	6	2
Dependencia del alcohol	60	0,1	52	0,2	8	0,0	0	1	6	10	3
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	271	0,5	98	0,3	173	0,6	2	2	60	5	0
Enfermedad de Parkinson [parkinsonismo]	84	0,2	42	0,1	42	0,2	1	2	14	0	0
Esclerosis múltiple	17	0,0	7	0,0	10	0,0	0	0	3	1	0
Dependencia de drogas	5	0,0	5	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Trastorno de estrés postraumático	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trastornos obsesivo-compulsivos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trastorno de pánico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trastornos de los órganos sensoriales	2	0,0	1	0,0	2	0,0	0	1	0	0	0
Glaucoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Cataratas	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	<b>16 970</b>	<b>30,3</b>	<b>8 059</b>	<b>27,6</b>	<b>8 911</b>	<b>33,2</b>	<b>447</b>	<b>488</b>	<b>1 086</b>	<b>760</b>	<b>96</b>
Cardiopatía reumática	376	0,7	154	0,5	222	0,8	17	18	6	6	2
Cardiopatía isquémica	7 089	12,7	3 556	12,2	3 533	13,2	153	159	551	294	41
Enfermedad cerebrovascular	5 544	9,9	2 530	8,7	3 014	11,2	153	180	187	207	24
Cardiopatía inflamatoria	454	0,8	238	0,8	216	0,8	17	17	30	12	2
<b>Enfermedades respiratorias</b>	<b>3 575</b>	<b>6,4</b>	<b>1 897</b>	<b>6,5</b>	<b>1 678</b>	<b>6,3</b>	<b>104</b>	<b>122</b>	<b>162</b>	<b>121</b>	<b>19</b>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2 660	4,8	1 420	4,9	1 240	4,6	50	59	118	39	5
Asma	186	0,3	92	0,3	94	0,4	9	10	6	6	2

Causa <sup>b</sup>	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja
<i>Población (millares)</i>	136 798	348 468	410 233	215 276	246 336	288 750	1 219 492	152 882	1 513 894
	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
Deficiencia de vitamina A	0	5	0	0	0	0	19	0	0
Anemias	1	7	6	2	1	7	47	0	3
<b>II. Enfermedades no transmisibles</b>	<b>709</b>	<b>1 609</b>	<b>3 642</b>	<b>1 479</b>	<b>2 655</b>	<b>1 089</b>	<b>6 281</b>	<b>920</b>	<b>8 542</b>
Tumores [neoplasias] malignos	74	200	1 066	248	480	283	886	336	1 937
Cavidad bucal y orofaringe	2	14	25	7	16	12	113	6	53
Esófago	2	10	28	7	15	9	59	12	166
Estómago	4	14	71	26	75	39	73	56	322
Colon y recto	3	7	140	22	57	10	28	43	84
Hígado	4	13	24	7	2	33	39	34	319
Páncreas	3	5	51	9	3	6	13	20	27
Tráquea, bronquios, pulmón	12	21	209	50	99	44	75	61	366
Melanoma y otros carcinomas de la piel	1	1	7	4	1	14	2	3	31
Mama	1	12	91	15	36	23	91	13	70
Cuello del útero	4	12	8	8	11	10	51	3	44
Cuerpo del útero	1	1	16	4	11	3	6	3	11
Ovario	1	4	25	4	1	5	20	5	11
Próstata	2	7	70	8	12	2	29	10	13
Vejiga	3	6	36	7	1	4	16	6	19
Linfoma	9	18	53	11	13	8	48	14	27
Leucemia	5	14	36	10	14	10	53	9	55
Otras neoplasias	1	3	27	3	4	5	10	9	14
Diabetes mellitus	16	38	87	28	21	37	143	17	136
Enfermedades nutricionales y endocrinas	9	20	24	7	4	14	3	9	77
Trastornos neuropsiquiátricos	15	47	152	24	33	41	150	20	171
Depresión unipolar profunda	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trastorno afectivo bipolar	0	0	0	0	0	0	4	0	0
Psicosis	0	1	1	0	0	2	9	0	4
Epilepsia	1	6	6	4	4	5	19	1	16
Dependencia del alcohol	0	1	12	3	1	4	7	1	9
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	1	5	77	2	1	20	41	8	46
Enfermedad de Parkinson [parkinsonismo]	1	2	20	1	0	2	12	4	26
Esclerosis múltiple	0	0	4	1	2	0	5	0	1
Dependencia de drogas	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Trastorno de estrés postraumático	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastornos obsesivo-compulsivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastorno de pánico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastornos de los órganos sensoriales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Glaucoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataratas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades cardiovasculares	462	907	1 802	981	1 841	428	3 752	392	3 527
Cardiopatía reumática	11	28	11	14	15	12	116	3	117
Cardiopatía isquémica	196	405	823	372	968	160	2 078	121	767
Enfermedad cerebrovascular	116	212	471	255	623	193	804	166	1 952
Cardiopatía inflamatoria	20	41	26	22	25	13	144	7	80
Enfermedades respiratorias	42	114	201	62	124	104	473	55	1 871
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	28	61	144	41	90	46	249	22	1 708
Asma	4	10	12	5	9	20	34	7	50

**Cuadro 3 del anexo Defunciones según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS;<sup>a</sup> estimaciones para 1999**

Causa <sup>b</sup>	SEXO						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
							Niñez alta, adultos alta	Niñez alta, adultos muy alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta
<b>Población (millares)</b>	<b>5 961 628</b>		<b>3 002 288</b>		<b>2 959 340</b>		<b>286 350</b>	<b>330 085</b>	<b>318 235</b>	<b>424 932</b>	<b>69 898</b>
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
Enfermedades del sistema digestivo	2 049	3,7	1 241	4,3	808	3,0	96	114	93	137	47
Úlcera péptica	266	0,5	161	0,6	105	0,4	6	8	6	11	3
Cirrosis hepática	909	1,6	614	2,1	294	1,1	32	39	30	62	28
Apendicitis	43	0,1	27	0,1	16	0,1	1	2	1	2	1
Enfermedades del sistema genitourinario	900	1,6	497	1,7	403	1,5	57	63	52	48	15
Síndrome nefrítico y nefrótico	697	1,2	372	1,3	325	1,2	39	41	29	35	12
Hipertrofia benigna de la próstata	45	0,1	45	0,2	0	0,0	3	4	1	1	0
Enfermedades de la piel	61	0,1	27	0,1	34	0,1	10	13	4	4	1
Enfermedades del sistema osteomuscular	107	0,2	37	0,1	69	0,3	6	8	12	7	2
Artritis reumatoide	19	0,0	7	0,0	12	0,0	1	1	2	0	0
Osteoartritis	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Malformaciones congénitas	652	1,2	348	1,2	304	1,1	39	40	14	29	8
Enfermedades de la cavidad bucal	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Caries dental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Enfermedades periodontales	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Pérdida de los dientes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
<b>III. Traumatismos [lesiones]</b>	<b>5 101</b>	<b>9,1</b>	<b>3 385</b>	<b>11,6</b>	<b>1 716</b>	<b>6,4</b>	<b>376</b>	<b>400</b>	<b>172</b>	<b>322</b>	<b>58</b>
No intencionales	3 412	6,1	2 284	7,8	1 128	4,2	224	232	113	183	35
Accidentes de tránsito en la vía pública	1 230	2,2	908	3,1	323	1,2	91	97	48	87	13
Envenenamiento	257	0,5	170	0,6	87	0,3	15	16	12	3	1
Caldas	347	0,6	206	0,7	142	0,5	9	11	20	17	4
Exposición al fuego	258	0,5	111	0,4	147	0,5	16	13	4	4	1
Ahogamiento	447	0,8	294	1,0	153	0,6	42	37	4	18	3
Otros traumatismos no intencionales	865	1,5	589	2,0	276	1,0	51	58	24	51	12
Intencionales	1 689	3,0	1 101	3,8	588	2,2	152	168	59	140	22
Autoinfligidos	893	1,6	545	1,9	348	1,3	32	37	38	21	3
Homicidio y violencia	527	0,9	392	1,3	135	0,5	65	72	21	107	14
Guerra	269	0,5	164	0,6	105	0,4	55	59	0	12	6

<sup>a</sup> Véase la lista de los Estados Miembros según la Región de la OMS y los estratos de mortalidad (pp. 228–229).

<sup>b</sup> La suma de las estimaciones de las distintas causas específicas puede no coincidir con la cifra correspondiente a la agrupación más amplia que las abarca porque se han omitido las categorías residuales.

Causa <sup>b</sup>	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja
<i>Población (millares)</i>	<i>136 798</i>	<i>348 468</i>	<i>410 233</i>	<i>215 276</i>	<i>246 336</i>	<i>288 750</i>	<i>1 219 492</i>	<i>152 882</i>	<i>1 513 894</i>
	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
Enfermedades del sistema digestivo	38	105	186	77	101	102	426	45	483
Úlcera péptica	1	10	18	6	13	20	71	5	88
Cirrosis hepática	10	42	69	41	51	45	248	15	196
Apendicitis	0	3	1	0	1	1	24	0	7
Enfermedades del sistema genitourinario	41	71	59	36	26	45	191	26	171
Síndrome nefrítico y nefrótico	36	61	39	30	11	36	167	23	137
Hipertrofia benigna de la próstata	0	3	2	1	3	1	18	0	8
Enfermedades de la piel	1	4	8	1	2	5	4	1	3
Enfermedades del sistema osteomuscular	1	3	18	2	4	10	5	5	24
Artritis reumatoide	0	0	4	0	0	2	4	2	2
Osteoartritis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malformaciones congénitas	9	97	12	11	15	22	238	4	115
Enfermedades de la cavidad bucal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caries dental	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades periodontales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérdida de los dientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>III. Traumatismos</b>	<b>59</b>	<b>346</b>	<b>201</b>	<b>154</b>	<b>395</b>	<b>281</b>	<b>1 020</b>	<b>76</b>	<b>1 241</b>
No intencionales	51	241	141	102	240	199	794	48	809
Accidentes de tránsito en la vía pública	30	90	45	39	46	123	231	16	274
Envenenamiento	7	19	6	11	70	7	32	1	56
Caídas	3	24	48	12	16	18	64	8	94
Exposición al fuego	3	23	3	5	12	7	148	2	18
Ahogamiento	4	28	4	10	25	16	94	6	154
Otros traumatismos no intencionales	4	56	34	24	71	29	224	15	213
Intencionales	7	105	60	52	155	82	226	28	432
Autoinfligidos	5	30	54	21	91	36	135	27	363
Homicidio y violencia	1	37	5	7	50	11	71	1	66
Guerra	1	38	1	23	15	35	20	0	4

**Cuadro 4 del anexo Carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS;<sup>a</sup> estimaciones para 1999**

Causa <sup>b</sup>	SEXO						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	Niñez alta, adultos alta	Niñez alta, adultos muy alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta
<b>Población (millares)</b>	<b>5 961 628</b>		<b>3 002 288</b>		<b>2 959 340</b>		<b>286 350</b>	<b>330 085</b>	<b>318 235</b>	<b>424 932</b>	<b>69 898</b>
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
<b>AVAD TOTALES</b>	<b>1 438 154</b>	<b>100</b>	<b>751 600</b>	<b>100</b>	<b>686 555</b>	<b>100</b>	<b>158 439</b>	<b>214 921</b>	<b>38 627</b>	<b>70 969</b>	<b>16 346</b>
<b>I. Enfermedades transmisibles, trastornos maternos y afecciones del periodo perinatal, y deficiencias nutricionales</b>	<b>615 105</b>	<b>42,8</b>	<b>296 674</b>	<b>39,5</b>	<b>318 431</b>	<b>46,4</b>	<b>110 969</b>	<b>162 607</b>	<b>2 851</b>	<b>16 073</b>	<b>6 371</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	353 779	24,6	175 376	23,3	178 403	26,0	73 124	120 024	1 307	7 360	2 918
Tuberculosis	33 287	2,3	19 030	2,5	14 257	2,1	3 158	5 563	16	627	471
ETS, excluida la enfermedad por el VIH	19 747	1,4	6 686	0,9	13 060	1,9	3 780	4 068	155	917	136
Sífilis	6 081	0,4	3 558	0,5	2 523	0,4	1 587	1 602	2	104	7
Clamidiosis	7 969	0,6	944	0,1	7 024	1,0	1 046	1 187	135	557	87
Gonorrea	5 686	0,4	2 181	0,3	3 504	0,5	1 147	1 278	17	255	41
Infección por el VIH/sida	89 819	6,2	42 623	5,7	47 196	6,9	15 778	58 671	563	1 628	621
Enfermedades diarreicas	72 063	5,0	36 413	4,8	35 650	5,2	11 867	12 454	102	1 642	770
Enfermedades de la infancia	54 638	3,8	27 986	3,7	26 652	3,9	12 864	12 878	10	477	46
Tos ferina	10 905	0,8	5 662	0,7	5 243	0,8	2 460	2 477	10	173	6
Poliomielitis	1 725	0,1	946	0,1	779	0,1	55	224	0	126	26
Difteria	151	0,0	75	0,0	76	0,0	13	11	0	2	0
Sarampión	29 838	2,1	15 328	2,0	14 510	2,1	8 762	8 701	0	23	8
Tétanos	12 020	0,8	5 975	0,8	6 045	0,9	1 574	1 465	0	154	6
Meningitis	9 824	0,7	4 661	0,6	5 164	0,8	1 685	1 935	54	529	139
Hepatitis	2 790	0,2	1 689	0,2	1 101	0,2	544	628	70	83	59
Paludismo [malaria]	44 998	3,1	22 758	3,0	22 240	3,2	18 600	18 238	0	53	23
Enfermedades tropicales	12 966	0,9	8 443	1,1	4 523	0,7	3 289	3 824	0	781	89
Tripanosomiasis	2 048	0,1	1 111	0,1	937	0,1	917	1 074	0	0	1
Enfermedad de Chagas	676	0,0	400	0,1	277	0,0	0	0	0	624	53
Esquistosomiasis	1 932	0,1	1 174	0,2	758	0,1	755	882	0	122	11
Leishmaniasis	1 983	0,1	1 200	0,2	782	0,1	113	143	0	27	23
Filariasis linfática	4 918	0,3	3 777	0,5	1 141	0,2	852	982	0	7	1
Oncocercosis	1 085	0,1	623	0,1	461	0,1	508	575	0	2	0
Lepra	476	0,0	253	0,0	223	0,0	37	42	0	52	8
Dengue	465	0,0	220	0,0	245	0,0	11	13	0	0	0
Encefalitis japonesa	1 046	0,1	519	0,1	527	0,1	0	0	0	0	0
Tracoma	1 239	0,1	336	0,0	903	0,1	207	227	0	0	0
Infecciones intestinales por nematodos	2 653	0,2	1 351	0,2	1 303	0,2	400	460	1	169	124
Ascariasis	505	0,0	253	0,0	252	0,0	94	108	0	13	30
Tricuriasis	481	0,0	284	0,0	197	0,0	92	106	0	113	42
Anquilostomiasis	1 699	0,1	869	0,1	830	0,1	189	217	0	153	20
Infecciones respiratorias	101 127	7,0	50 852	6,7	50 275	7,3	15 352	17 419	566	2 480	1 158
Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	96 682	6,7	48 891	6,5	47 792	6,9	14 858	16 871	500	2 315	1 054
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1 600	0,1	784	0,1	816	0,1	108	106	11	49	70
Otitis media	2 183	0,2	985	0,1	1 198	0,2	346	402	32	102	20
Trastornos maternos	26 101	1,8	0	0,0	26 101	3,8	4 954	7 571	49	861	297
Afecciones del periodo perinatal	89 508	6,2	48 911	6,5	40 597	5,9	12 351	11 746	576	3 707	1 283
Deficiencias nutricionales	44 539	3,1	21 478	2,8	23 062	3,4	5 189	5 848	353	1 665	715
Desnutrición proteicoenergética	13 578	0,9	6 826	0,9	6 752	1,0	2 731	3 073	43	617	264
Deficiencia de yodo	1 032	0,1	597	0,1	435	0,1	107	112	9	37	8
Deficiencia de vitamina A	108	0,0	55	0,0	53	0,0	18	21	0	5	1
Anemias	26 272	1,8	11 729	1,6	14 544	2,1	1 511	1 708	282	920	422



Causa <sup>a</sup>	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja
<b>Población (millares)</b>	<b>136 798</b>	<b>348 468</b>	<b>410 233</b>	<b>215 276</b>	<b>246 336</b>	<b>288 750</b>	<b>1 219 492</b>	<b>152 882</b>	<b>1 513 894</b>
	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
<b>AVAD TOTALES</b>	<b>20 895</b>	<b>101 688</b>	<b>48 999</b>	<b>36 484</b>	<b>50 868</b>	<b>56 604</b>	<b>355 876</b>	<b>15 235</b>	<b>252 204</b>
<b>I. Enfermedades transmisibles, trastornos maternos y afecciones del período perinatal, y deficiencias nutricionales</b>	<b>5 858</b>	<b>52 472</b>	<b>2 861</b>	<b>6 515</b>	<b>3 620</b>	<b>21 762</b>	<b>168 893</b>	<b>942</b>	<b>53 311</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2 337	26 485	1 230	2 614	1 672	9 672	85 629	304	19 105
Tuberculosis	225	2 035	47	450	761	3 453	10 648	26	5 806
ETS, excluida la enfermedad por el VIH	103	899	192	252	273	1 159	7 566	69	180
Sífilis	7	641	2	2	2	17	2 050	1	58
Clamidiosis	68	182	167	198	216	686	3 292	60	85
Gonorrea	27	74	21	51	54	454	2 221	8	37
Infección por el VIH/sida	10	2 162	519	108	98	1 102	7 764	28	767
Enfermedades diarreicas	977	9 146	111	875	145	1 057	28 960	43	3 912
Enfermedades de la infancia	399	6 161	12	390	75	989	18 460	23	1 852
Tos ferina	83	1 332	11	143	43	88	3 546	16	517
Poliomielitis	6	13	0	1	0	94	1 001	0	178
Difteria	1	10	0	1	0	4	106	0	2
Sarampión	273	3 020	1	147	0	611	7 697	6	588
Tétanos	35	1 786	1	99	31	192	6 110	0	566
Meningitis	156	1 316	74	227	137	818	1 749	11	994
Hepatitis	8	101	41	14	2	106	600	56	479
Paludismo [malaria]	47	2 727	2	0	0	323	2 748	0	2 235
Enfermedades tropicales	52	333	0	16	0	256	4 018	0	308
Tripanosomiasis	0	56	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esquistosomiasis	34	64	0	15	0	18	0	0	30
Leishmaniasis	14	196	0	0	0	15	1 452	0	0
Filariasis linfática	3	8	0	0	0	222	2 566	0	278
Oncocercosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	3	7	0	0	0	31	287	0	9
Dengue	0	1	0	0	0	3	437	0	0
Encefalitis japonesa	0	1	0	0	0	47	171	0	828
Tracoma	68	169	0	0	0	23	39	0	505
Infecciones intestinales por nematodos	46	103	0	2	1	239	989	0	119
Ascariasis	19	24	0	0	0	5	181	0	31
Tricuriasis	0	3	0	0	0	1	119	0	5
Anquilostomiasis	26	67	0	0	0	157	705	0	166
Infecciones respiratorias	980	9 936	724	1 987	798	3 014	35 130	401	11 183
Infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	921	9 625	645	1 435	637	2 904	33 746	372	10 798
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	10	114	24	502	122	28	405	12	40
Otitis media	40	166	36	28	25	73	624	14	276
Trastornos maternos	704	2 016	54	215	182	624	7 109	15	1 451
Afecciones del período perinatal	1 134	10 621	454	1 269	647	6 362	26 353	91	12 914
Deficiencias nutricionales	704	3 415	400	430	322	2 194	14 672	131	8 502
Desnutrición proteicoenergética	39	1 196	36	93	47	366	4 837	16	218
Deficiencia de yodo	28	109	9	13	9	2	354	3	233
Deficiencia de vitamina A	5	15	0	0	0	6	25	0	12
Anemias	607	1 835	337	308	257	1 749	8 462	111	7 764

**Cuadro 4 del anexo Carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS;<sup>a</sup> estimaciones para 1999**

Causa <sup>b</sup>	SEXO						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	Niñez alta, adultos alta	Niñez alta, adultos muy alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta
<b>Población (millares)</b>	<b>5 961 628</b>		<b>3 002 288</b>		<b>2 959 340</b>		<b>286 350</b>	<b>330 085</b>	<b>318 235</b>	<b>424 932</b>	<b>69 898</b>
<b>II. Enfermedades no transmisibles</b>	<b>621 742</b>	<b>43,2</b>	<b>322 583</b>	<b>42,9</b>	<b>299 159</b>	<b>43,6</b>	<b>30 080</b>	<b>33 601</b>	<b>31 085</b>	<b>43 789</b>	<b>8 035</b>
Tumores (neoplasias) malignos	84 500	5,9	46 145	6,1	38 355	5,6	3 277	3 903	5 689	4 107	818
Cavidad bucal y orofaringe	3 993	0,3	2 725	0,4	1 268	0,2	78	93	120	127	10
Esófago	3 921	0,3	2 518	0,3	1 403	0,2	200	255	138	134	8
Estómago	8 683	0,6	5 395	0,7	3 288	0,5	267	332	160	437	127
Colon y recto	5 182	0,4	2 707	0,4	2 474	0,4	77	88	663	257	21
Hígado	7 819	0,5	5 720	0,8	2 099	0,3	670	851	61	63	35
Páncreas	1 788	0,1	1 014	0,1	774	0,1	68	82	245	67	23
Tráquea, bronquios, pulmón	11 628	0,8	8 347	1,1	3 281	0,5	149	166	1 509	425	47
Melanoma y otros carcinomas de la piel	749	0,1	393	0,1	355	0,1	33	41	35	35	3
Mama	6 529	0,5	3	0,0	6 525	0,9	174	221	636	386	64
Cuello del útero	3 354	0,2	0	0,0	3 354	0,5	302	384	94	282	83
Cuerpo del útero	860	0,1	0	0,0	860	0,1	14	16	72	133	3
Ovario	1 439	0,1	0	0,0	1 439	0,2	53	62	145	41	26
Próstata	1 736	0,1	1 736	0,2	0	0,0	94	120	296	152	14
Vejiga	1 207	0,1	925	0,1	282	0,0	69	85	135	49	4
Linfoma	4 538	0,3	2 831	0,4	1 707	0,2	313	333	431	224	61
Leucemia	5 522	0,4	2 985	0,4	2 538	0,4	177	180	265	330	88
Otras neoplasias	1 366	0,1	733	0,1	633	0,1	42	44	82	164	36
Diabetes mellitus	15 070	1,0	6 972	0,9	8 098	1,2	411	446	1 628	1 596	625
Enfermedades nutricionales y endocrinas	14 667	1,0	7 998	1,1	6 669	1,0	1 725	1 755	757	3 386	588
Trastornos neuropsiquiátricos	158 721	11,0	77 771	10,3	80 950	11,8	7 466	8 554	9 424	14 538	2 508
Depresión unipolar profunda	59 030	4,1	20 956	2,8	38 074	5,5	2 662	3 027	2 623	4 240	646
Trastorno afectivo bipolar	16 368	1,1	8 340	1,1	8 028	1,2	765	873	665	1 172	181
Psicosis	12 054	0,8	5 675	0,8	6 380	0,9	260	298	851	1 228	191
Epilepsia	7 634	0,5	4 502	0,6	3 132	0,5	841	1 024	153	577	209
Dependencia del alcohol	18 743	1,3	16 512	2,2	2 231	0,3	982	1 131	1 863	3 762	656
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	10 002	0,7	4 166	0,6	5 836	0,8	173	193	1 141	577	82
Enfermedad de Parkinson [parkinsonismo]	1 587	0,1	705	0,1	882	0,1	33	41	217	29	4
Esclerosis múltiple	1 568	0,1	687	0,1	881	0,1	51	58	120	98	16
Dependencia de drogas	5 657	0,4	4 486	0,6	1 171	0,2	209	239	563	1 048	165
Trastorno de estrés posttraumático	2 197	0,2	837	0,1	1 360	0,2	109	126	108	162	27
Trastornos obsesivo-compulsivos	11 703	0,8	5 074	0,7	6 630	1,0	541	621	573	839	133
Trastorno de pánico	5 493	0,4	1 838	0,2	3 654	0,5	254	290	273	388	60
Trastornos de los órganos sensoriales	12 005	0,8	5 390	0,7	6 614	1,0	1 142	1 239	41	588	80
Glaucoma	3 021	0,2	1 190	0,2	1 830	0,3	227	245	28	90	12
Cataratas	8 942	0,6	4 184	0,6	4 757	0,7	909	988	12	487	66
Enfermedades cardiovasculares	157 185	10,9	81 848	10,9	75 337	11,0	5 731	6 198	7 273	7 891	1 001
Cardiopatía reumática	7 755	0,5	3 311	0,4	4 444	0,6	481	523	54	116	33
Cardiopatía isquémica	58 981	4,1	32 792	4,3	26 189	3,8	1 632	1 737	3 298	2 915	381
Enfermedad cerebrovascular	49 856	3,5	24 738	3,3	25 118	3,7	1 712	1 974	1 410	2 208	243
Cardiopatía inflamatoria	8 894	0,6	4 915	0,7	3 979	0,6	423	401	382	291	47
Enfermedades respiratorias	70 017	4,9	36 038	4,8	33 980	4,9	3 177	3 647	2 587	3 189	428
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	38 156	2,6	20 635	2,7	17 521	2,5	809	891	1 267	869	86
Asma	12 881	0,9	6 898	0,9	5 983	0,9	972	1 129	492	678	144

Causa <sup>b</sup>	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja
<b>Población (millares)</b>	<b>136 798</b>	<b>348 468</b>	<b>410 233</b>	<b>215 276</b>	<b>246 336</b>	<b>288 750</b>	<b>1 219 492</b>	<b>152 882</b>	<b>1 513 894</b>
	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
<b>II. Enfermedades no transmisibles</b>	<b>12 568</b>	<b>38 471</b>	<b>41 818</b>	<b>25 387</b>	<b>36 827</b>	<b>22 973</b>	<b>133 563</b>	<b>12 626</b>	<b>150 920</b>
Tumores [neoplasias] malignos	920	3 053	9 181	3 084	5 597	4 275	13 575	2 882	24 139
Cavidad bucal y orofaringe	32	205	294	108	222	212	1 592	62	838
Esófago	12	122	246	73	156	93	854	98	1 530
Estómago	47	186	534	286	826	515	1 008	462	3 496
Colon y recto	41	95	1 133	254	617	142	385	397	1 013
Hígado	37	171	187	65	15	530	432	289	4 413
Páncreas	29	59	384	96	26	76	213	151	269
Tráquea, bronquios, pulmón	112	225	1 774	550	1 062	501	909	448	3 752
Melanoma y otros carcinomas de la piel	4	11	77	41	10	146	12	27	275
Mama	7	181	954	198	492	411	1 510	173	1 122
Cuello del útero	26	149	103	104	154	176	813	36	647
Cuerpo del útero	6	15	122	55	124	54	63	31	151
Ovario	19	69	233	59	14	95	369	61	192
Próstata	16	44	455	71	119	15	183	68	88
Vejiga	24	43	312	76	16	45	118	45	186
Linfoma	167	397	458	208	201	163	1 034	117	431
Leucemia	118	375	345	203	213	262	1 431	102	1 434
Otras neoplasias	24	67	181	49	69	88	226	69	226
Diabetes mellitus	293	905	1 176	876	769	716	3 212	303	2 115
Enfermedades nutricionales y endocrinas	492	1 324	568	506	246	670	194	200	2 256
Trastornos neuropsiquiátricos	3 231	8 429	12 611	6 430	7 425	8 651	28 704	4 164	36 585
Depresión unipolar profunda	1 312	3 227	3 376	1 964	2 297	3 104	12 165	1 255	17 132
Trastorno afectivo bipolar	377	929	844	526	590	860	3 520	307	4 758
Psicosis	399	985	1 061	554	599	1 047	2 520	381	1 681
Epilepsia	44	289	337	343	373	534	1 509	68	1 333
Dependencia del alcohol	73	198	2 562	1 192	1 140	926	1 386	714	2 159
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	61	205	1 737	427	649	473	1 590	580	2 113
Enfermedad de Parkinson [parkinsonismo]	17	45	310	38	33	57	259	82	421
Esclerosis múltiple	28	76	145	58	145	65	469	14	226
Dependencia de drogas	258	628	788	359	385	406	118	258	234
Trastorno de estrés postraumático	53	132	131	78	84	112	461	48	566
Trastornos obsesivo-compulsivos	271	667	718	423	471	607	2 444	261	3 132
Trastorno de pánico	121	299	343	198	226	291	1 108	127	1 514
Trastornos de los órganos sensoriales	257	625	61	33	48	839	4 521	24	2 506
Glaucoma	29	71	41	15	22	262	857	16	1 105
Cataratas	227	547	19	17	26	575	3 664	7	1 400
Enfermedades cardiovasculares	4 367	10 399	10 254	8 726	15 010	4 815	42 692	2 584	30 243
Cardiopatía reumática	251	687	80	299	244	362	2 730	21	1 874
Cardiopatía isquémica	1 484	3 588	4 757	2 986	7 113	1 732	20 133	721	6 505
Enfermedad cerebrovascular	1 041	2 277	2 857	2 727	5 584	2 041	8 639	1 160	15 982
Cardiopatía inflamatoria	381	932	283	557	470	299	3 314	81	1 034
Enfermedades respiratorias	1 047	3 345	2 911	1 461	2 472	3 133	12 409	754	29 456
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	460	1 187	1 441	688	1 323	970	5 385	186	22 593
Asma	324	852	587	370	438	1 008	2 290	242	

**Cuadro 4 del anexo Carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según causa, sexo y estrato de mortalidad en las Regiones de la OMS;<sup>a</sup> estimaciones para 1999**

Causa <sup>b</sup>	SEXO						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
							Niñez alta, adultos alta	Niñez alta, adultos muy alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta
<b>Población (millares)</b>	<b>5 961 628</b>		<b>3 002 288</b>		<b>2 959 340</b>		<b>286 350</b>	<b>330 085</b>	<b>318 235</b>	<b>424 932</b>	<b>69 898</b>
	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	% total	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
Enfermedades del sistema digestivo	36 829	2,6	23 809	3,2	13 020	1,9	1 966	2 316	1 023	2 388	740
Úlcera péptica	5 061	0,4	3 295	0,4	1 766	0,3	149	198	59	156	40
Cirrosis hepática	16 254	1,1	11 300	1,5	4 953	0,7	518	625	474	1 190	453
Apendicitis	1 222	0,1	776	0,1	446	0,1	40	48	16	33	10
Enfermedades del sistema genitourinario	16 085	1,1	9 619	1,3	6 466	0,9	1 208	1 358	392	837	242
Síndrome nefrítico y nefrótico	10 997	0,8	5 837	0,8	5 159	0,8	749	806	178	479	165
Hipertrofia benigna de la próstata	2 447	0,2	2 447	0,3	0	0,0	165	194	79	184	26
Enfermedades de la piel	855	0,1	495	0,1	359	0,1	177	217	20	45	13
Enfermedades del sistema osteomuscular	20 918	1,4	7 783	1,0	13 134	1,9	709	806	1 526	2 903	427
Artritis reumatoide	4 051	0,3	1 114	0,1	2 937	0,4	70	87	359	573	85
Osteoartritis	15 820	1,1	6 270	0,8	9 550	1,4	544	605	1 087	2 224	314
Malformaciones congénitas	36 557	2,5	19 562	2,6	16 995	2,5	3 180	3 257	633	1 764	438
Enfermedades de la cavidad bucal	4 928	0,3	2 487	0,3	2 440	0,4	172	200	180	846	148
Caries dental	4 622	0,3	2 334	0,3	2 288	0,3	157	182	166	824	146
Enfermedades periodontales	301	0,0	150	0,0	150	0,0	16	18	14	19	3
Pérdida de los dientes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
<b>III. Traumatismos (lesiones)</b>	<b>201 307</b>	<b>13,9</b>	<b>132 343</b>	<b>17,5</b>	<b>68 965</b>	<b>10,0</b>	<b>17 389</b>	<b>18 714</b>	<b>4 691</b>	<b>11 107</b>	<b>1 940</b>
No intencionales	152 464	10,6	101 190	13,4	51 275	7,5	11 843	12 683	2 943	6 483	1 320
Accidentes de tránsito en la vía pública	39 573	2,7	29 416	3,9	10 157	1,5	3 011	3 207	1 612	2 901	429
Envenenamiento	6 457	0,4	4 132	0,5	2 325	0,3	449	498	270	86	30
Caldas	30 950	2,1	20 068	2,7	10 882	1,6	993	1 150	419	1 414	312
Exposición al fuego	10 483	0,7	4 042	0,5	6 441	0,9	725	540	105	148	32
Ahogamiento	12 987	0,9	8 583	1,1	4 404	0,6	1 356	1 156	108	532	95
Otros traumatismos no intencionales	20 573	1,4	14 093	1,9	6 480	0,9	1 436	1 646	360	1 221	294
Intencionales	48 843	3,4	31 153	4,1	17 690	2,6	5 545	6 031	1 749	4 624	620
Autoinfligidos	25 095	1,7	14 876	2,0	10 220	1,5	1 821	1 961	966	1 006	130
Homicidio y violencia	15 308	1,1	10 818	1,4	4 490	0,7	1 969	2 170	627	3 000	338
Guerra	8 439	0,6	5 460	0,7	2 980	0,4	1 755	1 900	155	617	151

<sup>a</sup> Véase la lista de los Estados Miembros según la Región de la OMS y los estratos de mortalidad (pp. 228–229).

<sup>b</sup> La suma de las estimaciones de las distintas causas específicas puede no coincidir con la cifra correspondiente a la agrupación más amplia que las abarca porque se han omitido las categorías residuales.

Causa <sup>b</sup>	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez baja, adultos baja	Niñez alta, adultos alta	Niñez muy baja, adultos muy baja	Niñez baja, adultos baja
<b>Población (millares)</b>	<b>136 798</b>	<b>348 468</b>	<b>410 233</b>	<b>215 276</b>	<b>246 336</b>	<b>288 750</b>	<b>1 219 492</b>	<b>152 882</b>	<b>1 513 894</b>
	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)	(millares)
Enfermedades del sistema digestivo	525	2 355	1 806	1 310	1 843	2 140	9 991	436	7 988
Úlcera péptica	15	264	133	121	290	374	1 751	38	1 473
Cirrosis hepática	138	834	979	672	888	922	5 132	203	3 227
Apendicitis	2	111	16	18	33	36	760	4	95
Enfermedades del sistema genitourinario	605	1 574	405	694	433	838	4 170	177	3 154
Síndrome nefrítico y nefrótico	466	1 167	200	507	192	586	3 380	107	2 014
Hipertrofia benigna de la próstata	55	152	120	52	78	102	523	48	670
Enfermedades de la piel	5	72	28	11	35	76	107	5	42
Enfermedades del sistema osteomuscular	223	580	2 078	1 466	1 898	967	2 159	823	4 353
Artritis reumatoide	48	123	502	295	364	108	299	196	943
Osteoartritis	169	418	1 508	1 151	1 481	777	1 833	599	3 111
Malformaciones congénitas	463	5 446	616	646	890	1 171	10 889	210	6 955
Enfermedades de la cavidad bucal	188	489	218	165	180	248	1 077	79	737
Caries dental	183	475	199	154	167	233	970	72	694
Enfermedades periodontales	5	13	17	10	12	16	108	6	43
Pérdida de los dientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>III. Traumatismos</b>	<b>2 469</b>	<b>10 745</b>	<b>4 320</b>	<b>4 582</b>	<b>10 421</b>	<b>11 869</b>	<b>53 420</b>	<b>1 667</b>	<b>47 974</b>
No intencionales	2 199	8 260	2 994	3 352	6 548	9 523	46 653	1 086	36 577
Accidentes de tránsito en la vía pública	881	2 298	1 423	1 355	1 589	4 377	7 460	414	8 615
Envenenamiento	172	529	140	277	1 396	188	977	21	1 424
Caidas	254	1 318	785	624	906	1 515	13 742	201	7 316
Exposición al fuego	81	688	57	150	271	275	6 806	28	579
Ahogamiento	109	672	78	274	610	486	2 654	68	4 789
Otros traumatismos no intencionales	104	1 176	436	571	1 447	735	5 408	143	5 595
Intencionales	270	2 484	1 326	1 230	3 873	2 346	6 768	581	11 397
Autoinfligidos	206	868	1 089	599	2 200	1 207	4 123	513	8 407
Homicidio y violencia	27	688	182	217	1 240	413	1 771	62	2 601
Guerra	37	928	55	414	432	726	874	6	389

		NIVEL*								
		Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad								
		(años)								
Posición	Estado Miembro	Población total Al nacer	Varones				Mujeres			
			Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre
1	Japón	74,5	71,9	71,6 – 72,3	17,5	17,3 – 18,1	77,2	76,9 – 78,0	21,6	21,3 – 22,4
2	Australia	73,2	70,8	70,5 – 71,3	16,8	16,6 – 17,3	75,5	75,2 – 76,2	20,2	19,9 – 20,9
3	Francia	73,1	69,3	69,0 – 69,7	16,8	16,5 – 17,4	76,9	76,5 – 77,8	21,7	21,4 – 22,7
4	Suecia	73,0	71,2	70,9 – 71,8	16,8	16,5 – 17,3	74,9	74,4 – 75,7	19,6	19,4 – 20,5
5	España	72,8	69,8	69,1 – 70,6	16,8	16,4 – 17,6	75,7	75,3 – 76,6	20,1	19,8 – 21,0
6	Italia	72,7	70,0	69,7 – 70,5	16,2	16,0 – 16,8	75,4	75,0 – 76,2	19,9	19,6 – 20,7
7	Grecia	72,5	70,5	70,2 – 70,9	16,9	16,6 – 17,3	74,6	74,2 – 75,2	18,8	18,6 – 19,5
8	Suiza	72,5	69,5	69,0 – 70,2	16,0	15,7 – 16,7	75,5	75,0 – 76,5	20,6	20,3 – 21,6
9	Mónaco	72,4	68,5	67,5 – 69,6	16,4	15,9 – 17,2	76,3	75,6 – 77,3	21,5	21,1 – 22,5
10	Andorra	72,3	69,3	68,6 – 70,2	16,3	15,9 – 17,0	75,2	74,6 – 76,2	20,0	19,6 – 20,9
11	San Marino	72,3	69,5	68,6 – 70,5	15,7	15,3 – 16,5	75,0	74,4 – 76,0	19,6	19,2 – 20,5
12	Canadá	72,0	70,0	69,7 – 70,5	16,0	15,8 – 16,6	74,0	73,6 – 74,9	18,9	18,6 – 19,8
13	Países Bajos	72,0	69,6	69,3 – 70,1	15,4	15,3 – 16,0	74,4	74,0 – 75,3	19,7	19,4 – 20,6
14	Reino Unido	71,7	69,7	69,4 – 70,1	15,7	15,5 – 16,2	73,7	73,5 – 74,4	18,6	18,3 – 19,2
15	Noruega	71,7	68,8	68,5 – 69,3	15,1	15,0 – 15,7	74,6	74,2 – 75,3	19,7	19,4 – 20,6
16	Bélgica	71,6	68,7	68,4 – 69,2	15,8	15,6 – 16,4	74,6	74,2 – 75,3	19,6	19,3 – 20,4
17	Austria	71,6	68,8	68,4 – 69,4	15,2	15,0 – 15,8	74,4	74,1 – 75,1	18,7	18,4 – 19,4
18	Luxemburgo	71,1	68,0	67,6 – 68,7	15,8	15,2 – 16,8	74,2	73,7 – 75,2	19,7	19,0 – 21,0
19	Islandia	70,8	69,2	68,6 – 70,1	14,9	14,2 – 15,9	72,3	71,7 – 73,4	17,0	16,4 – 18,3
20	Finlandia	70,5	67,2	66,9 – 67,7	14,5	14,2 – 15,0	73,7	73,4 – 74,4	18,5	18,3 – 19,3
21	Malta	70,5	68,4	67,9 – 69,2	14,8	14,5 – 15,6	72,5	72,0 – 73,4	17,3	17,0 – 18,2
22	Alemania	70,4	67,4	67,1 – 67,9	14,3	14,1 – 14,9	73,5	73,2 – 74,1	18,5	18,2 – 19,1
23	Israel	70,4	69,2	68,9 – 69,7	15,6	15,3 – 16,3	71,6	71,2 – 72,4	16,9	16,7 – 17,8
24	Estados Unidos de América	70,0	67,5	67,0 – 68,1	15,0	14,7 – 15,7	72,6	72,2 – 73,3	18,4	18,1 – 19,2
25	Chipre	69,8	68,7	68,2 – 69,4	15,9	15,6 – 16,6	70,9	70,4 – 71,7	17,3	17,0 – 18,1
26	Dominica	69,8	67,2	66,2 – 68,2	15,0	14,3 – 15,6	72,3	71,0 – 73,4	17,9	17,2 – 18,7
27	Irlanda	69,6	67,5	67,0 – 68,2	13,9	13,6 – 14,6	71,7	71,2 – 72,5	16,6	16,3 – 17,4
28	Dinamarca	69,4	67,2	66,8 – 67,9	14,2	13,9 – 14,8	71,5	71,2 – 72,2	17,2	16,9 – 18,0
29	Portugal	69,3	65,9	65,6 – 66,6	14,0	13,7 – 14,6	72,7	72,4 – 73,4	17,7	17,3 – 18,5
30	Singapur	69,3	67,4	66,9 – 68,2	14,4	14,1 – 15,2	71,2	70,7 – 72,2	16,8	16,5 – 17,8
31	Nueva Zelandia	69,2	67,1	66,8 – 67,6	14,4	14,1 – 15,0	71,2	70,8 – 72,0	17,0	16,8 – 17,9
32	Chile	68,6	66,0	65,2 – 67,0	14,3	13,6 – 15,3	71,3	70,9 – 72,2	17,8	17,3 – 18,8
33	Cuba	68,4	67,4	66,8 – 68,1	15,4	14,9 – 16,1	69,4	68,9 – 70,3	16,1	15,8 – 16,9
34	Eslovenia	68,4	64,9	64,6 – 65,4	12,7	12,6 – 13,4	71,9	71,5 – 72,6	16,8	16,5 – 17,6
35	República Checa	68,0	65,2	64,9 – 65,7	12,7	12,6 – 13,2	70,8	70,5 – 71,5	16,4	16,2 – 17,1
36	Jamaica	67,3	66,8	65,5 – 68,0	18,9	18,1 – 19,7	67,9	66,5 – 69,3	18,2	17,3 – 19,1
37	Uruguay	67,0	64,1	63,1 – 65,0	15,3	14,8 – 15,8	69,9	68,8 – 71,0	18,3	17,6 – 19,0
38	Croacia	67,0	63,3	63,1 – 63,8	11,4	11,3 – 11,9	70,6	70,3 – 71,3	16,0	15,8 – 16,7
39	Argentina	66,7	63,8	63,5 – 64,3	14,7	14,4 – 15,3	69,6	69,2 – 70,3	18,1	17,8 – 19,0
40	Costa Rica	66,7	65,2	64,6 – 66,0	14,2	13,9 – 15,0	68,1	67,5 – 69,1	16,6	16,2 – 17,6
41	Armenia	66,7	65,0	64,4 – 65,9	14,5	14,2 – 15,5	68,3	67,6 – 69,3	15,5	15,1 – 16,5
42	Eslovaquia	66,6	63,5	63,2 – 64,0	12,7	12,6 – 13,1	69,7	69,4 – 70,3	16,0	15,9 – 16,7
43	San Vicente y las Granadinas	66,4	65,0	63,8 – 66,2	15,9	15,2 – 16,7	67,8	66,4 – 69,0	16,7	15,9 – 17,5
44	Georgia	66,3	63,1	62,2 – 64,0	13,8	13,5 – 14,6	69,4	68,7 – 70,3	16,6	16,2 – 17,4
45	Polonia	66,2	62,3	61,6 – 63,0	12,5	12,1 – 13,1	70,1	69,7 – 70,7	16,6	16,4 – 17,3
46	Yugoslavia	66,1	64,2	63,1 – 65,3	15,1	14,4 – 15,7	68,1	66,9 – 69,2	17,5	16,8 – 18,1
47	Panamá	66,0	64,9	63,6 – 66,1	17,3	16,4 – 18,1	67,2	65,9 – 68,5	17,4	16,5 – 18,3
48	Antigua y Barbuda	65,8	63,4	62,0 – 64,6	14,4	13,7 – 15,2	68,3	66,9 – 69,6	16,8	15,9 – 17,6
49	Granada	65,5	62,4	61,1 – 63,6	14,1	13,5 – 14,8	68,5	67,2 – 69,7	16,9	16,2 – 17,7
50	Emiratos Árabes Unidos	65,4	65,0	64,0 – 65,9	11,7	10,9 – 12,5	65,8	64,6 – 67,0	12,6	11,8 – 13,5
51	República de Corea	65,0	62,3	61,6 – 63,1	12,1	11,6 – 12,7	67,7	66,7 – 68,7	15,2	14,5 – 15,8
52	Venezuela, República Bolivariana de	65,0	62,9	62,4 – 63,6	13,4	13,1 – 14,2	67,1	66,5 – 68,1	15,7	15,2 – 16,7
53	Barbados	65,0	62,4	61,2 – 63,8	14,5	13,8 – 15,8	67,6	66,9 – 68,7	16,6	15,8 – 17,9

				DISTRIBUCIÓN*			
Expectativa de discapacidad al nacer (años)		Porcentaje del ciclo de vida que transcurre sin discapacidad		Igualdad de la supervivencia infantil <sup>†</sup>			
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
5,7	7,1	7,3	8,4	1	Chile	0,999	0,999 – 0,999
6,0	6,7	7,8	8,1	2	Reino Unido	0,999	0,999 – 0,999
5,6	6,7	7,5	8,0	3	Japón	0,999	0,999 – 0,999
5,9	7,0	7,7	8,5	4	Noruega	0,999	0,999 – 0,999
5,5	6,4	7,3	7,7	5	Polonia	0,999	0,999 – 0,999
5,4	6,7	7,1	8,2	6	Grecia	0,979	0,962 – 0,996
5,0	5,9	6,7	7,4	7	Israel	0,979	0,961 – 0,996
6,1	7,5	8,1	9,1	8	Austria	0,978	0,959 – 0,996
6,2	7,3	8,3	8,7	9	San Marino	0,978	0,961 – 0,995
6,1	7,0	8,0	8,5	10	Suiza	0,978	0,959 – 0,996
5,8	7,0	7,7	8,6	11	España	0,978	0,960 – 0,996
6,2	7,8	8,1	9,6	12	Francia	0,978	0,961 – 0,996
5,4	6,7	7,2	8,2	13	Irlanda	0,978	0,960 – 0,995
5,0	6,0	6,7	7,5	14	Italia	0,978	0,960 – 0,996
6,3	7,6	8,4	9,2	15	Países Bajos	0,978	0,960 – 0,995
5,8	6,7	7,8	8,2	16	Nueva Zelanda	0,978	0,961 – 0,996
5,6	6,0	7,5	7,4	17	Australia	0,977	0,959 – 0,996
6,5	7,2	8,7	8,8	18	Canadá	0,977	0,959 – 0,995
6,8	8,1	9,0	10,0	19	República Checa	0,977	0,958 – 0,995
6,2	7,0	8,4	8,6	20	Alemania	0,977	0,959 – 0,995
7,3	8,3	9,6	10,3	21	Dinamarca	0,977	0,958 – 0,996
6,3	6,6	8,6	8,3	22	Luxemburgo	0,977	0,958 – 0,995
7,1	8,3	9,3	10,4	23	Eslovenia	0,977	0,958 – 0,995
6,3	7,0	8,6	8,8	24	Islandia	0,976	0,954 – 0,996
6,1	7,9	8,2	10,0	25	Andorra	0,975	0,953 – 0,996
6,8	8,0	9,2	10,0	26	Bélgica	0,975	0,956 – 0,994
5,8	6,6	8,0	8,4	27	Finlandia	0,975	0,952 – 0,996
5,7	6,6	7,9	8,4	28	Suecia	0,975	0,953 – 0,996
6,1	6,8	8,4	8,6	29	Singapur	0,971	0,946 – 0,995
7,7	9,6	10,2	11,8	30	Mónaco	0,970	0,946 – 0,994
6,8	8,1	9,2	10,2	31	Chipre	0,968	0,944 – 0,993
7,4	8,6	10,1	10,8	32	Estados Unidos de América	0,966	0,950 – 0,983
6,2	8,0	8,4	10,3	33	Croacia	0,962	0,932 – 0,992
6,7	7,6	9,4	9,6	34	Portugal	0,959	0,928 – 0,993
6,3	7,5	8,8	9,5	35	Dominica	0,953	0,917 – 0,990
8,4	9,5	11,2	12,3	36	Barbados	0,947	0,906 – 0,988
6,4	7,9	9,1	10,2	37	República de Corea	0,947	0,906 – 0,989
6,0	6,6	8,7	8,6	38	Malta	0,946	0,903 – 0,989
6,8	8,2	9,6	10,6	39	Eslovaquia	0,945	0,902 – 0,988
9,0	10,8	12,1	13,7	40	Hungría	0,941	0,894 – 0,987
7,3	8,8	10,1	11,4	41	Cuba	0,938	0,890 – 0,987
5,4	7,0	7,8	9,1	42	Brunei Darussalam	0,936	0,886 – 0,986
6,8	7,4	9,5	9,8	43	Estonia	0,934	0,883 – 0,985
6,3	7,3	9,1	9,5	44	Colombia	0,912	0,873 – 0,952
5,6	6,5	8,2	8,5	45	Costa Rica	0,906	0,835 – 0,979
7,6	8,2	10,6	10,8	46	Belarús	0,905	0,834 – 0,979
7,8	8,6	10,7	11,4	47	Ucrania	0,905	0,833 – 0,979
8,0	8,5	11,2	11,1	48	Lituania	0,903	0,830 – 0,978
6,7	7,4	9,7	9,7	49	Malasia	0,901	0,825 – 0,978
7,3	9,8	10,0	13,0	50	Filipinas	0,892	0,856 – 0,928
6,4	8,3	9,3	10,9	51	Nauru	0,884	0,797 – 0,972
8,1	9,0	11,4	11,8	52	Kazajstán	0,880	0,877 – 0,989
10,3	10,2	14,2	13,1	53	Bulgaria	0,877	0,786 – 0,970

Cuadro 5 del anexo Nivel y distribución del logro de salud de todos los Estados Miembros; estimaciones para 1997 y 1999

Posición	Estado Miembro	NIVEL*								
		Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad								
		Población total	Varones				Mujeres			
			A los nacidos	A los nacidos	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	A los nacidos	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años
54	Santa Lucía	65,0	62,4	61,1 – 63,6	14,1	13,5 – 14,8	67,6	66,4 – 68,7	15,8	15,2 – 16,5
55	México	65,0	62,4	61,6 – 63,3	14,7	14,4 – 15,6	67,6	67,1 – 68,5	16,8	16,4 – 17,9
56	Bosnia y Herzegovina	64,9	63,4	62,3 – 64,5	13,3	12,7 – 14,1	66,4	65,2 – 67,5	15,3	14,5 – 15,9
57	Trinidad y Tabago	64,6	62,8	62,2 – 63,5	12,0	11,8 – 12,6	66,4	65,9 – 67,1	13,9	13,7 – 14,6
58	Arabia Saudita	64,5	65,1	64,3 – 65,9	12,7	12,1 – 13,4	64,0	62,6 – 65,2	12,8	12,2 – 13,5
59	Brunei Darussalam	64,4	63,4	63,0 – 64,5	12,4	12,0 – 13,6	65,4	64,7 – 66,9	12,6	11,9 – 14,4
60	Bulgaria	64,4	61,2	60,8 – 61,6	12,2	12,0 – 12,7	67,7	67,4 – 68,3	15,1	14,8 – 15,7
61	Bahrein	64,4	63,9	63,0 – 64,8	11,6	11,0 – 12,3	64,9	63,8 – 66,0	12,6	11,8 – 13,3
62	Hungría	64,1	60,4	59,6 – 61,2	11,7	11,4 – 12,3	67,9	67,5 – 68,5	15,5	15,3 – 16,3
63	Lituania	64,1	60,6	59,7 – 61,6	13,4	13,1 – 14,2	67,5	66,9 – 68,3	16,2	15,9 – 17,0
64	Ex República Yugoslava de Macedonia	63,7	61,8	61,2 – 62,6	11,7	11,4 – 12,5	65,6	65,1 – 66,5	13,5	13,2 – 14,3
65	Azerbaiyán	63,7	60,6	59,9 – 61,4	12,7	12,4 – 13,5	66,7	66,1 – 67,7	15,7	15,4 – 16,7
66	Qatar	63,5	64,2	63,4 – 65,1	10,8	10,1 – 11,4	62,8	61,2 – 64,3	10,2	8,9 – 11,3
67	Islas Cook	63,4	62,2	61,0 – 63,4	12,2	11,5 – 12,8	64,5	63,1 – 65,9	13,7	13,0 – 14,5
68	Kuwait	63,2	63,0	61,6 – 64,3	11,1	10,2 – 12,0	63,4	61,6 – 65,1	11,8	10,6 – 12,9
69	Estonia	63,1	58,1	57,3 – 59,0	11,2	10,9 – 11,9	68,1	67,4 – 69,0	15,8	15,5 – 16,6
70	Ucrania	63,0	58,5	58,1 – 59,0	11,5	11,4 – 12,0	67,5	67,1 – 68,0	15,5	15,3 – 16,1
71	Paraguay	63,0	60,7	59,2 – 62,0	14,2	13,3 – 15,1	65,3	63,9 – 66,7	16,0	15,1 – 17,0
72	Omán	63,0	61,8	60,8 – 62,8	10,6	9,9 – 11,3	64,1	62,8 – 65,3	12,1	11,2 – 12,8
73	Turquia	62,9	64,0	62,9 – 65,0	16,2	15,5 – 16,8	61,8	60,6 – 63,0	15,2	14,6 – 15,9
74	Colombia	62,9	60,3	59,2 – 61,5	13,5	12,7 – 14,2	65,5	64,2 – 66,7	15,4	14,6 – 16,2
75	Tonga	62,9	61,4	60,2 – 62,6	11,5	10,9 – 12,2	64,3	62,9 – 65,6	13,3	12,6 – 14,1
76	Sri Lanka	62,8	59,3	58,3 – 60,3	12,7	12,1 – 13,4	66,3	65,2 – 67,4	16,0	15,4 – 16,7
77	Suriname	62,7	60,2	58,9 – 61,4	14,4	13,8 – 15,2	65,2	64,0 – 66,5	15,5	14,6 – 16,3
78	Mauricio	62,7	59,0	57,9 – 60,2	10,2	9,8 – 11,2	66,3	65,7 – 67,3	13,5	13,2 – 14,4
79	República Dominicana	62,5	62,1	60,7 – 63,6	17,1	16,1 – 18,2	62,9	61,8 – 63,7	16,1	15,2 – 16,8
80	Rumania	62,3	58,8	58,4 – 59,2	12,0	11,8 – 12,6	65,8	65,4 – 66,5	14,6	14,3 – 15,3
81	China	62,3	61,2	60,7 – 62,0	11,6	11,3 – 12,3	63,3	62,8 – 64,2	13,5	13,2 – 14,4
82	Letonia	62,2	57,1	55,9 – 58,2	11,4	11,0 – 12,2	67,2	66,4 – 68,2	15,9	15,5 – 16,7
83	Belarús	61,7	56,2	55,4 – 57,1	10,1	9,8 – 10,8	67,2	66,7 – 68,0	15,1	14,8 – 15,9
84	Argelia	61,6	62,5	61,4 – 63,5	12,9	12,3 – 13,6	60,7	59,4 – 62,0	12,0	11,3 – 12,6
85	Niue	61,6	61,0	59,2 – 62,6	12,2	11,7 – 13,3	62,2	60,4 – 63,8	13,2	12,7 – 15,2
86	Saint Kitts y Nevis	61,6	58,7	57,4 – 59,9	12,8	12,2 – 13,3	64,4	63,2 – 65,6	14,3	13,7 – 15,0
87	El Salvador	61,5	58,6	57,4 – 59,7	13,9	13,1 – 14,6	64,5	63,2 – 65,7	15,8	14,9 – 16,6
88	República de Moldova	61,5	58,5	58,0 – 59,0	10,7	10,6 – 11,2	64,5	64,0 – 65,2	13,0	12,8 – 13,7
89	Malasia	61,4	61,3	60,2 – 62,1	9,7	9,2 – 10,2	61,6	60,5 – 62,7	9,7	9,1 – 10,3
90	Túnez	61,4	62,0	61,2 – 62,9	11,2	10,8 – 11,7	60,7	59,7 – 61,8	10,3	9,8 – 10,8
91	Federación de Rusia	61,3	56,1	55,4 – 56,9	10,5	10,3 – 11,2	66,4	65,8 – 67,2	14,9	14,6 – 15,7
92	Honduras	61,1	60,0	58,8 – 61,2	15,0	14,2 – 15,7	62,3	61,1 – 63,5	14,4	13,5 – 15,1
93	Ecuador	61,0	59,9	58,9 – 60,9	12,6	11,9 – 13,2	62,1	61,1 – 63,3	12,9	12,3 – 13,7
94	Belize	60,9	58,5	56,9 – 60,1	13,6	12,7 – 14,4	63,3	61,5 – 65,0	15,2	14,3 – 16,2
95	Líbano	60,6	61,2	60,2 – 62,2	10,1	9,6 – 10,6	60,1	58,8 – 61,2	9,2	8,7 – 9,7
96	Irán, República Islámica del	60,5	61,3	60,2 – 62,3	11,9	11,3 – 12,5	59,8	58,6 – 61,1	10,9	10,2 – 11,6
97	Samoa	60,5	58,7	57,5 – 59,8	9,5	9,0 – 10,1	62,3	60,9 – 63,6	12,3	11,7 – 13,0
98	Guyana	60,2	57,1	55,8 – 58,6	15,4	14,5 – 16,4	63,3	61,9 – 64,7	16,8	15,8 – 17,8
99	Tailandia	60,2	58,4	57,1 – 59,6	13,7	12,9 – 14,5	62,1	60,9 – 63,3	13,9	13,1 – 14,7
100	Uzbekistán	60,2	58,0	57,4 – 58,8	11,5	11,3 – 12,2	62,3	61,6 – 63,1	13,4	13,1 – 14,3
101	Jordania	60,0	60,7	59,8 – 61,5	9,5	9,1 – 10,0	59,3	58,2 – 60,4	8,9	8,5 – 9,4
102	Albania	60,0	56,5	55,8 – 57,4	10,1	9,9 – 10,9	63,4	62,7 – 64,4	13,9	13,6 – 14,7
103	Indonesia	59,7	58,8	57,5 – 60,1	16,3	15,3 – 17,2	60,6	59,3 – 61,8	15,8	15,0 – 16,6
104	Micronesia, Estados Federados de	59,6	58,7	57,2 – 60,0	11,1	10,4 – 11,8	60,6	59,0 – 62,0	11,5	10,7 – 12,4
105	Perú	59,4	58,0	56,9 – 59,0	12,3	11,7 – 13,0	60,8	59,6 – 62,0	13,1	12,3 – 13,9
106	Fiji	59,4	57,7	56,1 – 59,1	8,3	8,0 – 9,1	61,1	59,8 – 62,3	9,8	9,5 – 10,8
107	Jamahiriyá Árabe Libia	59,3	59,7	58,7 – 60,7	9,7	9,2 – 10,2	58,9	57,6 – 60,2	9,3	8,7 – 10,0



				DISTRIBUCIÓN <sup>b</sup>			
Expectativa de discapacidad al nacer (años)		Porcentaje del ciclo de vida que transcurre sin discapacidad		Igualdad de la supervivencia infantil <sup>c</sup>			
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
6,5	7,3	9,4	9,8	54	Kuwait	0,876	0,784 – 0,971
8,6	9,6	12,2	12,4	55	Qatar	0,874	0,781 – 0,969
7,9	8,6	11,0	11,5	56	Letonia	0,872	0,776 – 0,967
5,9	7,0	8,5	9,5	57	Paraguay	0,871	0,821 – 0,917
5,8	8,7	8,2	12,0	58	Antigua y Barbuda	0,861	0,759 – 0,963
10,9	14,3	14,6	18,0	59	Omán	0,861	0,757 – 0,964
6,3	7,1	9,3	9,4	60	Argentina	0,859	0,756 – 0,962
6,8	8,7	9,7	11,8	61	Georgia	0,859	0,755 – 0,963
5,9	7,2	9,0	9,6	62	Emiratos Árabes Unidos	0,858	0,749 – 0,964
6,4	10,4	9,5	13,3	63	Armenia	0,858	0,756 – 0,962
8,0	8,5	11,4	11,5	64	República de Moldova	0,858	0,757 – 0,962
7,2	8,6	10,6	11,4	65	México	0,858	0,810 – 0,906
7,4	11,8	10,3	15,8	66	Palau	0,858	0,755 – 0,962
7,0	8,8	10,1	12,0	67	Bahamas	0,857	0,753 – 0,961
8,9	11,9	12,4	15,8	68	Uruguay	0,856	0,730 – 0,969
6,3	7,2	9,8	9,5	69	Federación de Rusia	0,852	0,746 – 0,960
5,8	6,9	9,1	9,3	70	Arabia Saudita	0,847	0,736 – 0,958
8,9	8,8	12,9	11,8	71	Fiji	0,846	0,737 – 0,957
8,6	9,7	12,2	13,1	72	Bahrein	0,845	0,734 – 0,956
5,7	8,1	8,2	11,6	73	Seychelles	0,845	0,734 – 0,957
7,8	8,6	11,5	11,6	74	Tailandia	0,845	0,786 – 0,908
6,8	8,6	10,0	11,8	75	Trinidad y Tabago	0,844	0,774 – 0,915
6,5	7,1	9,9	9,7	76	Venezuela, República Bolivariana de	0,840	0,726 – 0,953
7,9	8,3	11,6	11,3	77	Mauricio	0,837	0,723 – 0,952
7,7	7,7	11,6	10,4	78	Rumania	0,837	0,722 – 0,953
9,2	9,9	12,9	13,6	79	Bosnia y Herzegovina	0,834	0,720 – 0,950
6,4	7,6	9,8	10,4	80	Sri Lanka	0,833	0,716 – 0,949
6,9	8,0	10,2	11,2	81	Samoa	0,830	0,710 – 0,948
6,5	7,4	10,2	9,9	82	Granada	0,829	0,711 – 0,949
6,2	7,3	9,9	9,9	83	Jordania	0,824	0,704 – 0,945
5,7	8,1	8,4	11,7	84	Tonga	0,823	0,702 – 0,946
7,3	8,7	10,7	12,2	85	Ex República Yugoslava de Macedonia	0,821	0,700 – 0,944
6,3	6,8	9,7	9,5	86	Santa Lucía	0,818	0,696 – 0,940
8,3	8,5	12,4	11,6	87	Jamaica	0,811	0,686 – 0,936
6,3	7,4	9,7	10,3	88	Líbano	0,810	0,685 – 0,938
6,3	8,3	9,4	11,9	89	San Vicente y las Granadinas	0,808	0,682 – 0,934
5,0	7,2	7,4	10,6	90	Yugoslavia	0,807	0,682 – 0,936
6,6	7,6	10,5	10,3	91	Saint Kitts y Nevis	0,806	0,679 – 0,935
8,2	8,5	12,0	12,0	92	Islas Cook	0,805	0,662 – 0,942
7,5	8,2	11,1	11,6	93	Panamá	0,804	0,675 – 0,936
11,1	11,6	15,9	15,5	94	Suriname	0,798	0,668 – 0,929
5,1	7,2	7,7	10,7	95	Belice	0,796	0,665 – 0,927
5,5	8,1	8,2	11,9	96	Nicaragua	0,796	0,755 – 0,839
6,7	8,4	10,2	11,9	97	República Dominicana	0,789	0,723 – 0,854
8,4	8,9	12,9	12,3	98	Zimbabwe	0,785	0,718 – 0,856
7,6	8,3	11,6	11,8	99	Azerbaiyán	0,784	0,649 – 0,920
7,7	8,9	11,7	12,6	100	Niue	0,783	0,649 – 0,921
5,6	8,2	8,4	12,1	101	China	0,782	0,648 – 0,918
8,6	9,3	13,3	12,8	102	Jamahiriyá Árabe Libia	0,782	0,647 – 0,919
7,8	8,4	11,7	12,2	103	Perú	0,779	0,745 – 0,812
7,8	9,5	11,7	13,5	104	Viet Nam	0,779	0,643 – 0,918
7,6	8,2	11,6	11,9	105	Senegal	0,773	0,713 – 0,831
6,3	8,1	9,8	11,7	106	Guatemala	0,764	0,716 – 0,813
5,3	8,1	8,2	12,1	107	República Árabe Siria	0,764	0,624 – 0,905

Cuadro 5 del anexo Nivel y distribución del logro de salud de todos los Estados Miembros; estimaciones para 1997 y 1999

		NIVEL*								
		Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad								
		(años)								
Posición	Estado Miembro	Población total Al nacer	Varones				Mujeres			
			Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre
108	Seychelles	59,3	56,4	55,7 – 57,3	8,6	8,3 – 9,4	62,1	61,5 – 63,0	11,7	11,4 – 12,4
109	Bahamas	59,1	56,7	55,1 – 58,1	11,3	10,5 – 12,1	61,6	59,9 – 63,4	13,0	12,0 – 14,0
110	Marruecos	59,1	58,7	57,9 – 59,6	11,5	11,0 – 12,0	59,4	58,4 – 60,4	11,4	10,8 – 12,0
111	Brasil	59,1	55,2	54,4 – 56,1	11,8	11,5 – 12,7	62,9	62,2 – 63,9	14,8	14,4 – 15,8
112	Palau	59,0	57,4	56,1 – 58,5	8,0	7,5 – 8,5	60,7	59,2 – 61,9	9,7	9,1 – 10,4
113	Filipinas	58,9	57,1	56,0 – 58,1	10,3	9,7 – 10,9	60,7	59,4 – 61,9	12,4	11,6 – 13,1
114	República Árabe Siria	58,8	58,8	57,7 – 59,9	9,7	9,2 – 10,2	58,9	57,6 – 60,2	10,0	9,4 – 10,6
115	Egipto	58,5	58,6	57,7 – 59,5	11,8	11,2 – 12,2	58,3	57,1 – 59,6	11,7	11,1 – 12,4
116	Viet Nam	58,2	56,7	55,6 – 57,9	9,7	9,1 – 10,4	59,6	58,4 – 60,9	10,8	10,1 – 11,5
117	Nicaragua	58,1	56,4	55,3 – 57,4	11,1	10,4 – 11,8	59,9	58,7 – 61,1	12,5	11,7 – 13,2
118	Cabo Verde	57,6	54,6	53,0 – 56,2	11,4	10,6 – 12,3	60,6	58,8 – 62,4	15,3	14,2 – 16,4
119	Tuvalu	57,4	57,1	55,7 – 58,3	10,3	9,7 – 10,9	57,6	56,2 – 58,8	9,4	8,8 – 10,0
120	Tayikistán	57,3	55,1	53,5 – 56,5	12,3	11,4 – 13,2	59,4	57,9 – 60,9	15,6	14,7 – 16,4
121	Islas Marshall	56,8	56,0	54,4 – 57,4	10,7	10,0 – 11,4	57,6	55,9 – 59,0	11,1	10,3 – 12,0
122	Kazajistán	56,4	51,5	50,9 – 52,2	8,8	8,7 – 9,5	61,2	60,8 – 62,0	13,1	12,8 – 13,9
123	Kirguistán	56,3	53,4	52,6 – 54,2	9,6	9,4 – 10,4	59,1	58,3 – 60,1	12,4	12,1 – 13,3
124	Pakistán	55,9	55,0	53,8 – 56,3	11,3	10,5 – 12,1	56,8	54,6 – 57,9	12,6	11,9 – 13,2
125	Kiribati	55,3	53,9	52,4 – 55,3	9,4	8,7 – 10,1	56,6	55,0 – 58,0	11,0	10,3 – 11,7
126	Iraq	55,3	55,4	54,4 – 56,4	9,2	8,7 – 9,8	55,1	53,9 – 56,2	8,2	7,6 – 8,8
127	Islas Salomón	54,9	54,5	53,0 – 55,8	8,8	8,2 – 9,5	55,3	53,7 – 56,7	9,2	8,6 – 9,9
128	Turkmenistán	54,3	51,9	50,6 – 53,3	9,0	8,7 – 10,0	56,7	55,3 – 58,0	10,9	10,6 – 11,8
129	Guatemala	54,3	52,1	51,1 – 53,1	9,1	8,6 – 9,8	56,4	55,4 – 57,5	10,1	9,5 – 10,7
130	Maldivas	53,9	54,4	53,0 – 55,9	12,1	11,3 – 13,0	53,3	51,8 – 54,7	11,5	10,8 – 12,2
131	Mongolia	53,8	51,3	49,7 – 52,7	11,8	11,0 – 14,4	56,3	54,7 – 57,7	14,3	13,4 – 15,1
132	Santo Tomé y Príncipe	53,5	52,1	51,1 – 53,3	11,4	11,1 – 12,5	54,8	53,8 – 55,8	11,7	11,4 – 12,6
133	Bolivia	53,3	52,5	51,3 – 53,7	11,6	10,9 – 12,3	54,1	52,8 – 55,2	11,2	10,6 – 11,9
134	India	53,2	52,8	52,1 – 53,5	10,6	10,4 – 11,3	53,5	52,8 – 54,3	12,1	11,8 – 12,8
135	Vanuatu	52,8	51,3	49,8 – 52,7	8,0	7,4 – 8,6	54,4	52,8 – 55,8	9,2	8,5 – 9,8
136	Nauru	52,5	49,8	48,7 – 50,9	3,6	3,1 – 4,0	55,1	53,8 – 56,2	5,9	5,4 – 6,4
137	República Popular Democrática de Corea	52,3	51,4	49,8 – 53,1	9,6	8,7 – 10,6	53,1	51,3 – 55,0	11,6	10,7 – 12,6
138	Bhután	51,8	51,4	50,0 – 52,7	11,4	10,7 – 12,0	52,2	50,7 – 53,6	12,6	12,0 – 13,3
139	Myanmar	51,6	51,4	50,0 – 52,6	12,5	11,7 – 13,3	51,9	50,5 – 53,2	12,3	11,6 – 12,9
140	Bangladesh	49,9	50,1	48,7 – 51,3	9,9	9,2 – 10,5	49,8	48,3 – 51,2	10,5	9,8 – 11,1
141	Yemen	49,7	49,7	48,1 – 51,1	8,5	7,9 – 9,2	49,7	48,2 – 51,1	8,2	7,5 – 8,8
142	Nepal	49,5	49,4	48,1 – 50,7	10,3	9,6 – 10,9	49,5	48,2 – 50,9	10,0	9,4 – 10,7
143	Gambia	48,3	47,2	46,3 – 48,2	9,9	9,3 – 10,6	49,4	48,4 – 50,4	11,7	11,2 – 12,4
144	Gabón	47,8	46,6	45,4 – 47,6	10,3	9,8 – 10,8	49,0	47,8 – 50,1	12,3	11,8 – 12,8
145	Papua Nueva Guinea	47,0	45,5	44,3 – 46,8	8,2	7,5 – 8,9	48,5	47,1 – 49,8	8,7	8,0 – 9,4
146	Comoras	46,8	46,1	45,1 – 47,1	8,9	8,3 – 9,6	47,5	46,5 – 48,5	9,8	9,4 – 10,4
147	República Democrática Popular Lao	46,1	45,0	43,5 – 46,5	8,9	8,0 – 9,7	47,1	45,5 – 48,6	8,8	7,9 – 9,6
148	Cambodia	45,7	43,9	42,6 – 45,1	7,4	6,6 – 8,2	47,5	46,1 – 48,9	9,3	8,7 – 10,0
149	Ghana	45,5	45,0	43,8 – 46,2	9,9	9,3 – 10,6	46,0	44,8 – 47,2	10,2	9,6 – 10,8
150	Congo	45,1	44,3	43,1 – 45,5	10,7	10,0 – 11,3	45,9	44,6 – 47,1	12,8	12,2 – 13,4
151	Senegal	44,6	43,5	42,5 – 44,5	8,8	8,1 – 9,5	45,6	44,6 – 46,7	11,3	10,6 – 11,9
152	Guinea Ecuatorial	44,1	42,8	41,7 – 43,9	9,4	8,9 – 10	45,4	44,4 – 46,6	11,0	10,5 – 11,7
153	Haití	43,8	42,4	41,0 – 43,6	7,4	6,8 – 8,0	45,2	43,7 – 46,7	8,0	7,3 – 8,7
154	Sudán	43,0	42,6	41,2 – 43,7	5,6	5,1 – 6,0	43,5	42,1 – 44,6	6,0	5,6 – 6,5
155	Côte d'Ivoire	42,8	42,2	41,2 – 43,3	11,9	11,5 – 12,5	43,3	42,3 – 44,4	12,7	12,2 – 13,2
156	Camerún	42,2	41,5	40,4 – 42,5	9,6	9,0 – 10,2	43,0	41,8 – 44,2	11,9	11,3 – 12,5
157	Benin	42,2	41,9	40,9 – 42,9	9,6	9,0 – 10,3	42,6	41,5 – 43,6	10,6	9,9 – 11,2
158	Mauritania	41,4	40,2	39,2 – 41,2	9,2	8,6 – 9,9	42,5	41,5 – 43,5	11,0	10,3 – 11,7
159	Togo	40,7	40,0	38,8 – 41,3	9,5	8,8 – 10,1	41,4	40,1 – 42,6	11,0	10,5 – 11,6
160	Sudáfrica	39,8	38,6	37,7 – 39,5	6,8	6,4 – 7,3	41,0	39,9 – 42,1	9,3	8,9 – 9,8

				DISTRIBUCIÓN <sup>a</sup>			
Expectativa de discapacidad al nacer (años)		Porcentaje del ciclo de vida que transcurre sin discapacidad		Igualdad de la supervivencia infantil <sup>b</sup>			
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
8,4	8,4	13,0	11,9	108	Brasil	0,762	0,702 – 0,823
10,3	12,0	15,4	16,3	109	Turquía	0,759	0,616 – 0,902
6,4	7,4	9,8	11,0	110	Argelia	0,753	0,607 – 0,897
8,5	8,8	13,3	12,3	111	Marruecos	0,748	0,685 – 0,809
7,1	9,0	11,0	13,0	112	Micronesia, Estados Federados de	0,747	0,602 – 0,893
7,1	8,7	11,0	12,5	113	Irán, República Islámica del	0,745	0,600 – 0,891
5,8	8,2	8,9	12,3	114	Túnez	0,744	0,678 – 0,817
5,6	7,5	8,8	11,4	115	El Salvador	0,741	0,596 – 0,887
8,0	9,2	12,3	13,3	116	Tuvalu	0,732	0,584 – 0,881
8,4	8,9	13,0	13,0	117	Islas Salomón	0,728	0,585 – 0,873
9,6	11,2	15,0	15,5	118	Bolivia	0,725	0,661 – 0,792
6,8	7,9	10,6	12,1	119	Honduras	0,723	0,575 – 0,873
10,1	10,6	15,5	15,2	120	Islas Marshall	0,712	0,562 – 0,866
7,9	9,5	12,4	14,2	121	Kiribati	0,706	0,556 – 0,860
7,2	8,7	12,3	12,4	122	Kirguistán	0,699	0,545 – 0,856
8,2	9,9	13,3	14,3	123	Cabo Verde	0,694	0,543 – 0,848
7,6	8,2	12,1	12,6	124	Tayikistán	0,694	0,540 – 0,850
7,4	8,9	12,1	13,6	125	Bangladesh	0,692	0,626 – 0,763
6,2	7,7	10,0	12,2	126	Guyana	0,691	0,537 – 0,846
7,5	8,7	12,2	13,7	127	Vanuatu	0,686	0,537 – 0,837
9,1	8,6	14,9	13,2	128	Sudáfrica	0,685	0,531 – 0,840
8,1	8,3	13,4	12,8	129	Albania	0,684	0,536 – 0,832
8,9	9,3	14,0	14,9	130	Iraq	0,684	0,535 – 0,832
7,7	8,5	13,0	13,1	131	Turkmenistán	0,684	0,528 – 0,843
10,0	10,1	16,1	15,5	132	Benin	0,680	0,594 – 0,763
8,3	8,1	13,6	13,1	133	Ecuador	0,679	0,590 – 0,772
6,8	7,7	11,3	12,5	134	Maldivas	0,671	0,518 – 0,826
7,4	8,6	12,7	13,7	135	Kenya	0,660	0,595 – 0,723
6,6	8,1	11,6	12,9	136	Gabón	0,656	0,501 – 0,810
6,6	7,6	11,3	12,5	137	Burkina Faso	0,654	0,576 – 0,731
8,2	8,7	13,8	14,2	138	Uganda	0,653	0,572 – 0,732
7,1	7,4	12,1	12,4	139	Santo Tomé y Príncipe	0,650	0,500 – 0,803
7,4	8,3	12,9	14,3	140	Swazilandia	0,645	0,489 – 0,801
7,6	8,3	13,2	14,3	141	Egipto	0,643	0,598 – 0,688
7,9	8,3	13,7	14,3	142	Congo	0,635	0,480 – 0,792
8,8	9,5	15,7	16,1	143	Comoras	0,633	0,521 – 0,753
8,0	8,5	14,6	14,8	144	Uzbekistán	0,632	0,530 – 0,731
7,8	8,1	14,7	14,3	145	República Popular Democrática de Corea	0,631	0,478 – 0,785
9,9	10,6	17,7	18,3	146	Botswana	0,624	0,472 – 0,776
9,0	9,5	16,6	16,7	147	República Democrática Popular Lao	0,624	0,464 – 0,789
8,3	7,9	15,8	14,2	148	Mongolia	0,624	0,467 – 0,784
9,2	9,6	16,9	17,2	149	Ghana	0,610	0,513 – 0,711
9,3	9,3	17,4	16,9	150	Camboya	0,606	0,450 – 0,763
10,0	10,6	18,7	18,8	151	Guinea Ecuatorial	0,604	0,448 – 0,762
8,6	9,9	16,7	17,9	152	Haití	0,602	0,500 – 0,704
8,2	9,8	16,2	17,8	153	India	0,601	0,578 – 0,622
10,5	11,2	19,8	20,5	154	Burundi	0,599	0,490 – 0,699
5,1	5,0	10,8	10,3	155	Gambia	0,599	0,446 – 0,755
8,4	9,0	16,9	17,3	156	Indonesia	0,599	0,562 – 0,637
9,4	10,7	18,4	20,1	157	Papua Nueva Guinea	0,599	0,446 – 0,754
9,3	10,5	18,8	19,7	158	Bhután	0,598	0,445 – 0,752
8,9	9,4	18,2	18,6	159	Sudán	0,595	0,525 – 0,666
8,7	8,8	18,4	17,6	160	Camerún	0,593	0,503 – 0,690

Cuadro 5 del anexo Nivel y distribución del logro de salud de todos los Estados Miembros; estimaciones para 1997 y 1999

		NIVEL <sup>a</sup>								
		Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (años)								
Posición	Estado Miembro	Población total	Varones				Mujeres			
			Al nacer	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años
161	Chad	39,4	38,6	37,2 – 39,8	9,2	8,6 – 9,9	40,2	38,8 – 41,5	10,6	10,0 – 11,2
162	Kenya	39,3	39,0	37,9 – 40,2	9,2	8,6 – 13,4	39,6	38,4 – 41,0	12,0	11,5 – 12,5
163	Nigeria	38,3	38,1	36,9 – 39,2	8,7	8,1 – 9,4	38,4	37,1 – 39,6	10,1	9,5 – 10,7
164	Swazilandia	38,1	37,8	36,5 – 39,0	8,1	7,7 – 8,6	38,4	36,9 – 39,9	9,5	9,0 – 10,0
165	Angola	38,0	37,0	35,7 – 38,1	8,9	8,3 – 9,6	38,9	37,7 – 40,0	10,8	10,1 – 11,4
166	Djibouti	37,9	37,7	36,2 – 38,8	6,9	6,4 – 7,4	38,1	36,6 – 39,3	7,9	7,6 – 8,2
167	Guinea	37,8	37,0	36,1 – 38,0	8,5	7,9 – 9,2	38,5	37,5 – 39,5	9,6	9,0 – 10,3
168	Afganistán	37,7	36,7	34,9 – 38,5	7,9	7,0 – 8,8	38,7	36,9 – 40,5	7,9	7,2 – 8,7
169	Eritrea	37,7	38,5	37,6 – 39,5	8,2	7,6 – 8,7	36,9	35,9 – 37,9	7,9	7,4 – 8,4
170	Guinea-Bissau	37,2	36,8	35,6 – 37,9	9,1	8,5 – 13,4	37,5	36,4 – 38,6	10,0	9,4 – 10,6
171	Lesotho	36,9	36,6	35,3 – 38,0	9,9	9,3 – 10,4	37,2	35,7 – 38,7	11,3	10,8 – 11,9
172	Madagascar	36,6	36,5	35,5 – 37,4	6,7	6,1 – 7,2	36,8	35,7 – 37,7	6,6	6,0 – 7,2
173	Somalia	36,4	35,9	34,4 – 37,2	6,1	5,6 – 6,5	36,9	35,3 – 38,1	7,5	7,2 – 7,9
174	República Democrática del Congo	36,3	36,4	35,5 – 37,3	7,3	6,8 – 7,9	36,2	35,4 – 37,3	7,8	7,3 – 8,4
175	República Centroafricana	36,0	35,6	34,6 – 36,7	8,8	8,3 – 9,3	36,5	35,3 – 37,7	10,6	10,1 – 11,1
176	República Unida de Tanzania	36,0	35,9	35,1 – 36,8	7,8	7,2 – 8,4	36,1	35,2 – 37,1	9,2	8,7 – 9,8
177	Namibia	35,6	35,8	34,3 – 37,4	9,8	9,3 – 10,4	35,4	33,8 – 37,4	12,1	11,5 – 12,6
178	Burkina Faso	35,5	35,3	34,1 – 36,6	7,9	7,3 – 8,5	35,7	34,4 – 37,0	9,1	8,5 – 9,8
179	Burundi	34,6	34,6	33,0 – 36,2	7,6	6,9 – 8,3	34,6	32,8 – 36,3	9,4	8,8 – 10,0
180	Mozambique	34,4	33,7	32,3 – 35,3	8,3	7,7 – 8,9	35,1	33,5 – 36,9	10,7	10,1 – 11,4
181	Liberia	34,0	33,8	32,7 – 34,9	7,3	6,7 – 8,0	34,2	33,1 – 35,3	8,3	7,7 – 8,9
182	Etiopia	33,5	33,5	32,5 – 34,5	7,5	7,0 – 8,1	33,5	32,3 – 34,7	8,6	8,0 – 9,2
183	Mali	33,1	32,6	31,6 – 33,7	7,7	7,1 – 8,3	33,5	32,5 – 34,5	9,0	8,4 – 9,7
184	Zimbabwé	32,9	33,4	32,3 – 34,5	8,8	8,3 – 9,4	32,4	31,3 – 33,7	10,1	9,6 – 10,6
185	Rwanda	32,8	32,9	31,6 – 34,3	6,9	6,2 – 7,6	32,7	31,3 – 34,3	7,4	6,9 – 8,1
186	Uganda	32,7	32,9	32,1 – 33,9	6,2	5,6 – 6,9	32,5	31,6 – 33,5	7,4	6,8 – 8,0
187	Botswana	32,3	32,3	31,7 – 32,9	6,1	5,6 – 6,6	32,2	31,6 – 33,0	9,7	9,3 – 10,0
188	Zambia	30,3	30,0	28,9 – 30,9	7,6	6,9 – 8,3	30,7	29,5 – 31,7	10,7	10,1 – 11,4
189	Malawi	29,4	29,3	28,3 – 30,2	6,8	6,2 – 7,5	29,4	28,4 – 30,4	8,3	7,7 – 8,9
190	Niger	29,1	28,1	27,1 – 29,0	6,6	5,8 – 7,4	30,1	29,0 – 31,1	9,6	8,8 – 10,6
191	Sierra Leona	25,9	25,8	24,5 – 26,8	6,0	5,4 – 6,7	26,0	24,8 – 27,1	6,0	5,3 – 6,7

<sup>a</sup> 1999.<sup>b</sup> 1997.<sup>c</sup> Las cifras en tipo cursivo están basadas en estimaciones.

				DISTRIBUCIÓN <sup>b</sup>			
Expectativa de discapacidad al nacer (años)		Porcentaje del ciclo de vida que transcurre sin discapacidad		Igualdad de la supervivencia infantil <sup>a</sup>			
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
8,7	9,9	18,4	19,8	161	Nepal	0,586	0,513 – 0,663
8,4	8,5	17,7	17,6	162	Myanmar	0,579	0,426 – 0,733
8,7	9,7	18,5	20,2	163	Mauritania	0,573	0,415 – 0,732
8,0	8,4	17,5	17,9	164	Lesotho	0,570	0,418 – 0,724
9,3	10,2	20,0	20,7	165	Yemen	0,558	0,492 – 0,626
7,3	7,0	16,2	15,5	166	Guinea	0,549	0,392 – 0,707
9,2	10,4	19,9	21,2	167	Eritrea	0,544	0,390 – 0,702
8,5	8,4	18,9	17,9	168	Madagascar	0,544	0,459 – 0,630
8,2	9,6	17,5	20,6	169	Djibouti	0,543	0,389 – 0,698
8,2	9,5	18,1	20,2	170	Togo	0,535	0,463 – 0,603
7,5	8,0	17,0	17,7	171	Zambia	0,535	0,448 – 0,633
8,5	10,9	19,0	22,9	172	República Unida de Tanzania	0,530	0,448 – 0,611
8,2	7,8	18,6	17,4	173	Namibia	0,529	0,430 – 0,629
8,7	10,3	19,3	22,1	174	República Democrática del Congo	0,527	0,374 – 0,683
7,7	8,4	17,7	18,7	175	Chad	0,520	0,368 – 0,675
8,5	9,5	19,1	20,8	176	Etiopía	0,510	0,358 – 0,665
7,5	7,6	17,4	17,7	177	Guinea-Bissau	0,510	0,357 – 0,665
8,8	10,0	19,9	21,9	178	Angola	0,509	0,357 – 0,664
8,6	9,2	19,9	21,1	179	Somalia	0,495	0,341 – 0,650
8,1	8,9	19,3	20,3	180	Mali	0,489	0,428 – 0,556
8,7	10,7	20,4	23,8	181	Côte d'Ivoire	0,472	0,395 – 0,549
7,9	9,5	19,1	22,1	182	Afganistán	0,470	0,317 – 0,625
8,7	10,5	21,0	23,8	183	Pakistán	0,460	0,395 – 0,526
7,5	7,6	18,4	18,9	184	Níger	0,457	0,374 – 0,540
8,4	9,6	20,3	22,6	185	Rwanda	0,437	0,356 – 0,526
9,0	9,9	21,4	23,4	186	Sierra Leona	0,433	0,278 – 0,591
7,2	7,1	18,2	18,0	187	Malawi	0,378	0,266 – 0,492
8,0	8,3	21,1	21,3	188	Nigeria	0,336	0,262 – 0,410
8,0	9,0	21,3	23,3	189	República Centroafricana	0,301	0,198 – 0,406
9,0	10,5	24,3	25,8	190	Mozambique	0,261	0,171 – 0,358
7,4	9,5	22,4	26,7	191	Liberia	0,245	0,136 – 0,364

**Cuadro 6 del anexo Nivel y distribución de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de todos los Estados Miembros; índices de la OMS y estimaciones para 1999<sup>a</sup>**

NIVEL				DISTRIBUCIÓN			
Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
1	Estados Unidos de América	8,10	7,32 – 8,96	1	Emiratos Árabes Unidos	1,000	1,000 – 1,000
2	Suiza	7,44	6,79 – 8,13	2	Bulgaria	0,996	0,994 – 0,997
3	Luxemburgo	7,37	6,73 – 8,06	3 – 38	Argentina	0,995	0,992 – 0,997
4	Dinamarca	7,12	6,55 – 7,73	3 – 38	Australia	0,995	0,993 – 0,997
5	Alemania	7,10	6,52 – 7,72	3 – 38	Austria	0,995	0,993 – 0,997
6	Japón	7,00	6,43 – 7,61	3 – 38	Bahamas	0,995	0,992 – 0,997
7 – 8	Canadá	6,98	6,44 – 7,54	3 – 38	Bahrein	0,995	0,992 – 0,997
7 – 8	Noruega	6,98	6,40 – 7,60	3 – 38	Barbados	0,995	0,993 – 0,997
9	Países Bajos	6,92	6,38 – 7,49	3 – 38	Bélgica	0,995	0,993 – 0,997
10	Suecia	6,90	6,35 – 7,47	3 – 38	Brunei Darrusalam	0,995	0,993 – 0,997
11	Chipre	6,88	6,76 – 7,00	3 – 38	Canadá	0,995	0,993 – 0,997
12 – 13	Australia	6,86	6,34 – 7,40	3 – 38	Dinamarca	0,995	0,993 – 0,997
12 – 13	Austria	6,86	6,31 – 7,45	3 – 38	Finlandia	0,995	0,993 – 0,997
14	Mónaco	6,85	6,32 – 7,44	3 – 38	Francia	0,995	0,993 – 0,997
15	Islandia	6,84	6,31 – 7,42	3 – 38	Alemania	0,995	0,993 – 0,997
16 – 17	Bélgica	6,82	6,29 – 7,39	3 – 38	Grecia	0,995	0,993 – 0,997
16 – 17	Francia	6,82	6,27 – 7,42	3 – 38	Islandia	0,995	0,993 – 0,997
18	Bahamas	6,77	6,28 – 7,29	3 – 38	Irlanda	0,995	0,993 – 0,997
19	Finlandia	6,76	6,26 – 7,29	3 – 38	Israel	0,995	0,993 – 0,997
20 – 21	Israel	6,70	6,22 – 7,22	3 – 38	Italia	0,995	0,993 – 0,997
20 – 21	Singapur	6,70	6,16 – 7,25	3 – 38	Japón	0,995	0,993 – 0,997
22 – 23	Italia	6,65	6,13 – 7,20	3 – 38	Kuwait	0,995	0,993 – 0,997
22 – 23	Nueva Zelanda	6,65	6,18 – 7,15	3 – 38	Luxemburgo	0,995	0,993 – 0,997
24	Brunei Darussalam	6,59	6,11 – 7,07	3 – 38	Malta	0,995	0,993 – 0,997
25	Irlanda	6,52	6,03 – 7,02	3 – 38	Mauricio	0,995	0,992 – 0,997
26 – 27	Qatar	6,51	6,02 – 7,00	3 – 38	Mónaco	0,995	0,993 – 0,997
26 – 27	Reino Unido	6,51	6,01 – 7,05	3 – 38	Países Bajos	0,995	0,993 – 0,997
28	Andorra	6,44	5,97 – 6,93	3 – 38	Nueva Zelanda	0,995	0,993 – 0,997
29	Kuwait	6,34	5,84 – 6,82	3 – 38	Noruega	0,995	0,993 – 0,997
30	Emiratos Árabes Unidos	6,33	6,24 – 6,41	3 – 38	Qatar	0,995	0,993 – 0,997
31	Malasia	6,32	6,21 – 6,42	3 – 38	Saint Kitts y Nevis	0,995	0,993 – 0,997
32	San Marino	6,30	5,84 – 6,79	3 – 38	San Marino	0,995	0,993 – 0,997
33	Tailandia	6,23	6,11 – 6,35	3 – 38	Singapur	0,995	0,993 – 0,997
34	España	6,18	5,74 – 6,63	3 – 38	España	0,995	0,992 – 0,997
35	República de Corea	6,12	5,99 – 6,24	3 – 38	Suecia	0,995	0,993 – 0,997
36	Grecia	6,05	5,63 – 6,48	3 – 38	Suiza	0,995	0,993 – 0,997
37	Eslovenia	6,04	5,62 – 6,48	3 – 38	Reino Unido	0,995	0,993 – 0,997
38	Portugal	6,00	5,58 – 6,44	3 – 38	Estados Unidos de América	0,995	0,993 – 0,997
39	Barbados	5,98	5,57 – 6,41	39 – 42	Andorra	0,994	0,992 – 0,996
40	Argentina	5,93	5,53 – 6,34	39 – 42	Antigua y Barbuda	0,994	0,992 – 0,996
41	Uruguay	5,87	5,47 – 6,28	39 – 42	Nauru	0,994	0,992 – 0,996
42	Nauru	5,83	5,41 – 6,25	39 – 42	Palau	0,994	0,992 – 0,996
43 – 44	Bahrein	5,82	5,38 – 6,24	43	República de Corea	0,992	0,990 – 0,994
43 – 44	Malta	5,82	5,42 – 6,24	44	Chipre	0,991	0,988 – 0,994
45	Chile	5,81	5,41 – 6,21	45 – 47	Belarús	0,987	0,984 – 0,990
46	Mongolia	5,79	5,67 – 5,92	45 – 47	República Checa	0,987	0,984 – 0,990
47 – 48	Antigua y Barbuda	5,78	5,37 – 6,17	45 – 47	Lituania	0,987	0,984 – 0,990
47 – 48	República Checa	5,78	5,38 – 6,19	48	Filipinas	0,986	0,982 – 0,987
49	Filipinas	5,75	5,64 – 5,87	49	Omán	0,983	0,979 – 0,987
50	Polonia	5,73	5,61 – 5,85	50 – 52	Argelia	0,982	0,977 – 0,985
51	Viet Nam	5,70	5,59 – 5,81	50 – 52	Arabia Saudita	0,982	0,978 – 0,986
52	Palau	5,69	5,27 – 6,09	50 – 52	Tailandia	0,982	0,973 – 0,990
53 – 54	México	5,66	5,25 – 6,07	53 – 57	Jordania	0,981	0,976 – 0,985
53 – 54	Saint Kitts y Nevis	5,66	5,26 – 6,06	53 – 57	Letonia	0,981	0,977 – 0,985
55	Libano	5,61	5,20 – 6,01	53 – 57	Portugal	0,981	0,977 – 0,985

NIVEL				DISTRIBUCIÓN			
Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
56	Mauricio	5,57	5,15 – 5,96	53 – 57	Eslovenia	0,981	0,977 – 0,985
57 – 58	Fiji	5,53	5,10 – 5,93	53 – 57	Uruguay	0,981	0,977 – 0,985
57 – 58	Jamahiriyá Árabe Libia	5,53	5,10 – 5,93	58	Hungría	0,980	0,976 – 0,985
59	Panamá	5,52	5,11 – 5,90	59	Egipto	0,979	0,968 – 0,988
60	Eslovaquia	5,51	5,37 – 5,66	60 – 61	Kazajistán	0,976	0,972 – 0,981
61	Tonga	5,49	5,07 – 5,89	60 – 61	Túnez	0,976	0,971 – 0,981
62	Hungría	5,47	5,36 – 5,59	62	Malasia	0,975	0,965 – 0,983
63 – 64	Granada	5,46	5,04 – 5,85	63 – 64	Eslovaquia	0,973	0,968 – 0,978
63 – 64	Indonesia	5,46	5,35 – 5,57	63 – 64	Ucrania	0,973	0,968 – 0,978
65	Islas Cook	5,45	5,05 – 5,85	65	Polonia	0,970	0,964 – 0,976
66	Estonia	5,44	5,04 – 5,84	66	Turquía	0,969	0,964 – 0,974
67	Arabia Saudita	5,40	4,97 – 5,78	67 – 68	Marruecos	0,967	0,960 – 0,973
68	Costa Rica	5,39	4,99 – 5,77	67 – 68	Rumania	0,967	0,961 – 0,972
69 – 72	Letonia	5,37	4,97 – 5,77	69	Estonia	0,963	0,957 – 0,968
69 – 72	Federación de Rusia	5,37	4,97 – 5,76	70	Indonesia	0,961	0,948 – 0,973
69 – 72	República Árabe Siria	5,37	4,94 – 5,76	71	Uzbekistán	0,960	0,953 – 0,965
69 – 72	Venezuela, República Bolivariana de	5,37	4,98 – 5,75	72	República Dominicana	0,959	0,952 – 0,966
73 – 74	Rumania	5,35	4,96 – 5,76	73 – 74	Fiji	0,956	0,950 – 0,962
73 – 74	Sudáfrica	5,35	5,21 – 5,49	73 – 74	Jamaica	0,956	0,950 – 0,962
75	Seychelles	5,34	4,94 – 5,73	75	Seychelles	0,955	0,948 – 0,961
76 – 79	Belarús	5,32	4,92 – 5,72	76	Jamahiriyá Árabe Libia	0,953	0,947 – 0,960
76 – 79	Botswana	5,32	5,15 – 5,49	77 – 78	Dominica	0,949	0,942 – 0,955
76 – 79	Croacia	5,32	4,93 – 5,71	77 – 78	Sri Lanka	0,949	0,941 – 0,956
76 – 79	Ecuador	5,32	5,15 – 5,49	79 – 81	Líbano	0,947	0,940 – 0,954
80 – 81	Lituania	5,31	4,90 – 5,71	79 – 81	Suriname	0,947	0,940 – 0,953
80 – 81	Samoa	5,31	4,88 – 5,72	79 – 81	República Árabe Siria	0,947	0,940 – 0,954
82	Colombia	5,30	4,92 – 5,68	82	Santa Lucía	0,946	0,938 – 0,953
83	Omán	5,27	4,85 – 5,65	83	Croacia	0,945	0,939 – 0,952
84 – 86	Dominica	5,25	4,86 – 5,64	84 – 85	Brasil	0,944	0,942 – 0,968
84 – 86	Jordania	5,25	4,83 – 5,63	84 – 85	Granada	0,944	0,937 – 0,951
84 – 86	Santa Lucía	5,25	4,84 – 5,63	86 – 87	Costa Rica	0,943	0,936 – 0,950
87	Suriname	5,23	4,82 – 5,62	86 – 87	Federación de Rusia	0,943	0,936 – 0,950
88 – 89	China	5,20	4,79 – 5,58	88	Panamá	0,939	0,932 – 0,946
88 – 89	Turkmenistán	5,20	4,78 – 5,59	89	Islas Cook	0,938	0,929 – 0,946
90 – 91	Argelia	5,19	4,77 – 5,57	90	Belice	0,937	0,929 – 0,944
90 – 91	Kazajistán	5,19	4,80 – 5,58	91	Mongolia	0,934	0,916 – 0,952
92	Armenia	5,18	4,77 – 5,57	92	Venezuela, República Bolivariana de	0,933	0,925 – 0,941
93	Turquía	5,16	4,74 – 5,53	93 – 94	Colombia	0,931	0,923 – 0,939
94	Túnez	5,15	4,75 – 5,52	93 – 94	Irán, República Islámica de	0,931	0,923 – 0,939
95	República Dominicana	5,14	4,74 – 5,51	95	Ex República Yugoslava de Macedonia	0,926	0,915 – 0,935
96	Ucrania	5,13	4,72 – 5,52	96	Kirguistán	0,925	0,915 – 0,933
97	Paraguay	5,12	4,74 – 5,50	97	Tonga	0,921	0,910 – 0,932
98 – 99	Maldivas	5,11	4,69 – 5,49	98 – 100	Cuba	0,920	0,909 – 0,930
98 – 99	Islas Marshall	5,11	4,70 – 5,52	98 – 100	San Vicente y las Granadinas	0,920	0,911 – 0,929
100	Irán, República Islámica del	5,10	4,71 – 5,48	98 – 100	Samoa	0,920	0,908 – 0,930
101	Sri Lanka	5,08	4,69 – 5,47	101 – 102	Gabón	0,919	0,909 – 0,928
102	Egipto	5,06	4,94 – 5,17	101 – 102	Maldivas	0,919	0,909 – 0,928
103 – 104	Iraq	5,05	4,63 – 5,43	103	Chile	0,918	0,902 – 0,933
103 – 104	San Vicente y las Granadinas	5,05	4,66 – 5,43	104	Senegal	0,914	0,889 – 0,928
105 – 107	Belice	5,03	4,63 – 5,40	105 – 106	China	0,911	0,899 – 0,922
105 – 107	Jamaica	5,03	4,65 – 5,41	105 – 106	Guyana	0,911	0,900 – 0,921
105 – 107	Uzbekistán	5,03	4,62 – 5,42	107	República de Moldova	0,910	0,899 – 0,919
108 – 110	Bosnia y Herzegovina	5,02	4,64 – 5,40	108 – 109	México	0,909	0,888 – 0,924
108 – 110	India	5,02	4,61 – 5,41	108 – 109	Trinidad y Tabago	0,909	0,894 – 0,925
108 – 110	Swazilandia	5,02	4,61 – 5,40	110	Swazilandia	0,908	0,897 – 0,918

**Cuadro 6 del anexo Nivel y distribución de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de todos los Estados Miembros; índices de la OMS y estimaciones para 1999<sup>a</sup>**

NIVEL				DISTRIBUCIÓN			
Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
111	Ex República Yugoslava de Macedonia	5,01	4,62 – 5,40	111 – 112	Armenia	0,905	0,891 – 0,917
112	Micronesia, Estados Federados de	5,00	4,60 – 5,38	111 – 112	Botswana	0,905	0,877 – 0,932
113	Namibia	4,99	4,62 – 5,37	113	Turkmenistán	0,899	0,886 – 0,912
114	Guyana	4,98	4,58 – 5,36	114	Iraq	0,898	0,883 – 0,912
115 – 117	Cuba	4,97	4,57 – 5,36	115	Pakistán	0,897	0,883 – 0,909
115 – 117	Guatemala	4,97	4,81 – 5,12	116	Yugoslavia	0,895	0,882 – 0,907
115 – 117	Yugoslavia	4,97	4,59 – 5,36	117	Albania	0,894	0,878 – 0,910
118 – 119	Gabón	4,96	4,57 – 5,32	118	Guinea Ecuatorial	0,892	0,877 – 0,906
118 – 119	Senegal	4,96	4,83 – 5,09	119	Papua Nueva Guinea	0,891	0,875 – 0,906
120 – 121	Kiribati	4,95	4,54 – 5,35	120	Islas Salomón	0,890	0,875 – 0,903
120 – 121	Pakistán	4,95	4,54 – 5,32	121	Viet Nam	0,884	0,870 – 0,900
122	Zimbabwe	4,94	4,82 – 5,05	122	Kiribati	0,883	0,864 – 0,901
123	República de Moldova	4,92	4,54 – 5,30	123	Mauritania	0,882	0,840 – 0,919
124	Kirguistán	4,91	4,51 – 5,29	124	Bosnia y Herzegovina	0,881	0,866 – 0,895
125	Tayikistán	4,90	4,49 – 5,29	125	Azerbaiyán	0,878	0,863 – 0,893
126	Niue	4,87	4,48 – 5,25	126	Santo Tomé y Príncipe	0,877	0,857 – 0,895
127	Vanuatu	4,85	4,46 – 5,22	127	India	0,876	0,856 – 0,895
128	El Salvador	4,84	4,47 – 5,22	128 – 129	El Salvador	0,874	0,854 – 0,892
129	Honduras	4,82	4,45 – 5,19	128 – 129	Micronesia, Estados Federados de	0,874	0,858 – 0,889
130 – 131	Azerbaiyán	4,81	4,43 – 5,19	130 – 131	República Popular Democrática de Corea	0,873	0,852 – 0,892
130 – 131	Brasil	4,81	4,68 – 4,94	130 – 131	Guinea	0,873	0,842 – 0,902
132 – 135	Ghana	4,80	4,69 – 4,92	132	Vanuatu	0,872	0,854 – 0,887
132 – 135	Islas Salomón	4,80	4,40 – 5,18	133	Paraguay	0,871	0,848 – 0,892
132 – 135	Tuvalu	4,80	4,40 – 5,18	134 – 135	Cabo Verde	0,866	0,847 – 0,882
132 – 135	Zambia	4,80	4,40 – 5,18	134 – 135	Islas Marshall	0,866	0,848 – 0,882
136	Albania	4,79	4,39 – 5,17	136	Tayikistán	0,864	0,845 – 0,881
137 – 138	Camboya	4,77	4,37 – 5,15	137 – 138	Bhután	0,861	0,840 – 0,881
137 – 138	Congo	4,77	4,39 – 5,15	137 – 138	Camboya	0,861	0,836 – 0,884
139	República Popular Democrática de Corea	4,76	4,36 – 5,14	139	Nicaragua	0,860	0,840 – 0,878
140	Nicaragua	4,75	4,36 – 5,11	140	Djibouti	0,858	0,834 – 0,880
141	Trinidad y Tabago	4,73	4,60 – 4,86	141	Georgia	0,855	0,835 – 0,874
142	República Democrática del Congo	4,72	4,34 – 5,10	142	Kenya	0,852	0,830 – 0,871
143	Guinea Ecuatorial	4,71	4,33 – 5,07	143 – 144	República Democrática Popular Lao	0,850	0,778 – 0,912
144	Kenya	4,67	4,28 – 5,05	143 – 144	Rwanda	0,850	0,824 – 0,875
145 – 147	República Democrática Popular Lao	4,62	4,23 – 5,00	145	Niue	0,848	0,824 – 0,871
145 – 147	Lesotho	4,62	4,23 – 4,99	146	Ghana	0,847	0,811 – 0,882
145 – 147	Rwanda	4,62	4,22 – 5,01	147	Sudáfrica	0,844	0,811 – 0,869
148	Santo Tomé y Príncipe	4,61	4,21 – 4,99	148 – 149	Lesotho	0,842	0,818 – 0,863
149	Nigeria	4,60	4,22 – 4,98	148 – 149	Sudán	0,842	0,818 – 0,863
150	Papua Nueva Guinea	4,59	4,18 – 4,96	150	República Unida de Tanzania	0,836	0,808 – 0,862
151 – 153	Bolivia	4,58	4,46 – 4,70	151	Congo	0,834	0,780 – 0,881
151 – 153	Marruecos	4,58	4,20 – 4,94	152	Malawi	0,831	0,804 – 0,855
151 – 153	Myanmar	4,58	4,21 – 4,95	153 – 155	Comoras	0,830	0,801 – 0,856
154	Cabo Verde	4,56	4,17 – 4,92	153 – 155	Côte d'Ivoire	0,830	0,804 – 0,857
155	Togo	4,54	4,16 – 4,91	153 – 155	Tuvalu	0,830	0,804 – 0,856
156	Camerún	4,50	4,13 – 4,87	156	Namibia	0,828	0,802 – 0,854
157 – 160	Comoras	4,46	4,06 – 4,83	157	Gambia	0,825	0,797 – 0,850
157 – 160	Côte d'Ivoire	4,46	4,08 – 4,83	158	Myanmar	0,822	0,785 – 0,856
157 – 160	Haití	4,46	4,10 – 4,84	159	Guatemala	0,812	0,787 – 0,837
157 – 160	República Unida de Tanzania	4,46	4,06 – 4,84	160	Benin	0,811	0,776 – 0,843
161	Bulgaria	4,43	4,30 – 4,57	161	Perú	0,808	0,793 – 0,850
162	Malawi	4,42	4,03 – 4,80	162	Togo	0,803	0,771 – 0,835
163	Bhután	4,35	3,96 – 4,72	163	Honduras	0,800	0,757 – 0,841
164	Sudán	4,34	3,96 – 4,71	164	Burkina Faso	0,799	0,751 – 0,847
165 – 167	Gambia	4,33	3,95 – 4,70	165	Uganda	0,796	0,751 – 0,818



NIVEL				DISTRIBUCIÓN			
Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
165 – 167	Georgia	4,33	4,18 – 4,48	166 – 167	Nepal	0,792	0,757 – 0,825
165 – 167	Mauritania	4,33	3,97 – 4,69	166 – 167	Zimbabwe	0,792	0,747 – 0,814
168 – 169	Guinea	4,29	3,92 – 4,64	168	Burundi	0,790	0,750 – 0,825
168 – 169	Madagascar	4,29	3,92 – 4,65	169 – 170	República Democrática del Congo	0,783	0,743 – 0,817
170	Djibouti	4,28	3,87 – 4,66	169 – 170	Eritrea	0,783	0,743 – 0,822
171	Burundi	4,25	3,86 – 4,64	171	Zambia	0,781	0,739 – 0,816
172	Perú	4,24	4,12 – 4,36	172 – 173	Afganistán	0,776	0,729 – 0,819
173	Sierra Leona	4,23	3,86 – 4,61	172 – 173	Haití	0,776	0,726 – 0,823
174	Burkina Faso	4,18	4,06 – 4,31	174	Guinea-Bissau	0,762	0,703 – 0,818
175 – 176	Benin	4,14	3,75 – 4,50	175	Mozambique	0,758	0,703 – 0,810
175 – 176	Liberia	4,14	3,77 – 4,50	176	Liberia	0,753	0,680 – 0,822
177	Angola	4,10	3,74 – 4,46	177	Nigeria	0,746	0,696 – 0,792
178	Bangladesh	4,07	3,94 – 4,20	178	Bolivia	0,745	0,723 – 0,768
179	Etiopía	4,00	3,62 – 4,38	179 – 180	Etiopía	0,733	0,665 – 0,797
180	Yemen	3,98	3,61 – 4,35	179 – 180	Madagascar	0,733	0,665 – 0,798
181 – 182	Afganistán	3,96	3,57 – 4,33	181	Bangladesh	0,728	0,699 – 0,756
181 – 182	Chad	3,96	3,59 – 4,31	182	Ecuador	0,723	0,709 – 0,821
183	República Centroafricana	3,94	3,57 – 4,30	183	Camerún	0,710	0,564 – 0,827
184	Guinea-Bissau	3,89	3,52 – 4,26	184	Níger	0,690	0,591 – 0,781
185	Nepal	3,83	3,69 – 3,98	185	Chad	0,688	0,573 – 0,792
186	Eritrea	3,75	3,36 – 4,13	186	Sierra Leona	0,686	0,595 – 0,771
187 – 188	Mali	3,74	3,36 – 4,13	187	Mali	0,685	0,601 – 0,763
187 – 188	Uganda	3,74	3,61 – 3,87	188	Angola	0,683	0,549 – 0,797
189 – 190	Mozambique	3,73	3,34 – 4,12	189	Yemen	0,673	0,489 – 0,820
189 – 190	Níger	3,73	3,35 – 4,12	190	Somalia	0,621	0,440 – 0,772
191	Somalia	3,69	3,31 – 4,07	191	República Centroafricana	0,414	0,006 – 0,733

\*Las cifras en tipo cursivo están basadas en estimaciones.

**Cuadro 7 del anexo Equidad de la contribución financiera a los sistemas de salud en todos los Estados Miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997<sup>a</sup>**

Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
1	Colombia	0,992	0,990 – 0,994
2	Luxemburgo	0,981	0,967 – 0,992
3 – 5	Bélgica	0,979	0,964 – 0,991
3 – 5	Djibouti	0,979	0,965 – 0,990
3 – 5	Dinamarca	0,979	0,964 – 0,991
6 – 7	Irlanda	0,978	0,965 – 0,989
6 – 7	Alemania	0,978	0,964 – 0,989
8 – 11	Noruega	0,977	0,962 – 0,990
8 – 11	Japón	0,977	0,961 – 0,990
8 – 11	Finlandia	0,977	0,961 – 0,990
8 – 11	Reino Unido	0,977	0,963 – 0,988
12 – 15	Austria	0,976	0,959 – 0,991
12 – 15	Jamahiriyá Árabe Libia	0,976	0,961 – 0,988
12 – 15	Suecia	0,976	0,959 – 0,990
12 – 15	Islandia	0,976	0,961 – 0,988
16	Kiribati	0,975	0,959 – 0,987
17 – 19	Islas Salomón	0,974	0,959 – 0,987
17 – 19	Nauru	0,974	0,958 – 0,987
17 – 19	Canadá	0,974	0,959 – 0,986
20 – 22	Islas Marshall	0,973	0,957 – 0,986
20 – 22	Países Bajos	0,973	0,959 – 0,985
20 – 22	Emiratos Árabes Unidos	0,973	0,958 – 0,985
23 – 25	Nueva Zelandia	0,972	0,956 – 0,985
23 – 25	Cuba	0,972	0,957 – 0,984
23 – 25	Micronesia, Estados Federados de	0,972	0,956 – 0,985
26 – 29	España	0,971	0,956 – 0,984
26 – 29	Francia	0,971	0,956 – 0,983
26 – 29	Tuvalu	0,971	0,954 – 0,984
26 – 29	Australia	0,971	0,956 – 0,983
30 – 32	San Marino	0,970	0,953 – 0,984
30 – 32	Kuwait	0,970	0,955 – 0,982
30 – 32	Palau	0,970	0,954 – 0,983
33 – 34	Andorra	0,969	0,952 – 0,984
33 – 34	Samoa	0,969	0,953 – 0,982
35 – 36	Niue	0,968	0,952 – 0,982
35 – 36	Uruguay	0,968	0,950 – 0,983
37	Arabia Saudita	0,965	0,950 – 0,978
38 – 40	Suiza	0,964	0,948 – 0,979
38 – 40	Israel	0,964	0,949 – 0,978
38 – 40	Mozambique	0,964	0,948 – 0,977
41	Grecia	0,963	0,946 – 0,978
42 – 44	Mónaco	0,962	0,941 – 0,980
42 – 44	India	0,962	0,949 – 0,966
42 – 44	Malta	0,962	0,940 – 0,980
45 – 47	Guyana	0,961	0,952 – 0,968
45 – 47	Islas Cook	0,961	0,945 – 0,975
45 – 47	Italia	0,961	0,935 – 0,981
48	República Unida de Tanzania	0,959	0,956 – 0,968
49 – 50	Turquía	0,958	0,941 – 0,973
49 – 50	Jordania	0,958	0,942 – 0,973
51 – 52	Bangladesh	0,956	0,955 – 0,961
51 – 52	Maldivas	0,956	0,939 – 0,972
53	República de Corea	0,955	0,931 – 0,974

Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
54 – 55	Estados Unidos de América	0,954	0,929 – 0,974
54 – 55	Fiji	0,954	0,938 – 0,969
56 – 57	Iraq	0,952	0,932 – 0,970
56 – 57	Omán	0,952	0,935 – 0,967
58 – 60	Chad	0,951	0,927 – 0,972
58 – 60	Rwanda	0,951	0,920 – 0,975
58 – 60	Portugal	0,951	0,932 – 0,968
61	Bahrein	0,950	0,933 – 0,966
62 – 63	Vanuatu	0,949	0,932 – 0,965
62 – 63	Pakistán	0,949	0,941 – 0,967
64 – 65	Seychelles	0,948	0,923 – 0,969
64 – 65	Costa Rica	0,948	0,921 – 0,970
66 – 67	Santa Lucía	0,947	0,929 – 0,965
66 – 67	Santo Tomé y Príncipe	0,947	0,922 – 0,968
68	Bolivia	0,946	0,928 – 0,964
69	Trinidad y Tabago	0,945	0,926 – 0,962
70	Qatar	0,944	0,924 – 0,962
71 – 72	República Checa	0,943	0,894 – 0,981
71 – 72	Papua Nueva Guinea	0,943	0,906 – 0,971
73	Indonesia	0,942	0,918 – 0,963
74 – 75	Argelia	0,941	0,916 – 0,963
74 – 75	Ghana	0,941	0,910 – 0,966
76 – 78	Guinea	0,940	0,919 – 0,958
76 – 78	Sri Lanka	0,940	0,910 – 0,964
76 – 78	Panamá	0,940	0,908 – 0,966
79 – 81	Comoras	0,939	0,913 – 0,962
79 – 81	Rumania	0,939	0,912 – 0,961
79 – 81	Kenya	0,939	0,917 – 0,959
82 – 83	Eslovenia	0,938	0,887 – 0,977
82 – 83	Bosnia y Herzegovina	0,938	0,890 – 0,976
84 – 86	Liberia	0,937	0,911 – 0,960
84 – 86	Gabón	0,937	0,911 – 0,960
84 – 86	Belarús	0,937	0,878 – 0,980
87	Senegal	0,936	0,914 – 0,954
88	Ecuador	0,935	0,912 – 0,955
89 – 95	Bhután	0,934	0,904 – 0,960
89 – 95	Botswana	0,934	0,909 – 0,957
89 – 95	Brunei Darussalam	0,934	0,890 – 0,968
89 – 95	Malawi	0,934	0,909 – 0,957
89 – 95	Argentina	0,934	0,899 – 0,963
89 – 95	Lesotho	0,934	0,882 – 0,975
89 – 95	Cabo Verde	0,934	0,908 – 0,957
96	Eslovaquia	0,933	0,864 – 0,981
97	Mongolia	0,932	0,881 – 0,972
98	Venezuela, República Bolivariana de	0,931	0,898 – 0,960
99 – 100	Dominica	0,930	0,895 – 0,960
99 – 100	San Vicente y las Granadinas	0,930	0,895 – 0,960
101 – 102	Singapur	0,929	0,880 – 0,967
101 – 102	Libano	0,929	0,899 – 0,954
103 – 104	Angola	0,928	0,900 – 0,953
103 – 104	Afganistán	0,928	0,890 – 0,958
105 – 106	Hungría	0,927	0,875 – 0,970

**Cuadro 7 del anexo Equidad de la contribución financiera a los sistemas de salud en todos los Estados Miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997<sup>a</sup>**

Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
105 – 106	Georgia	0,927	0,876 – 0,969
107	Barbados	0,926	0,890 – 0,957
108 – 111	Croacia	0,925	0,869 – 0,970
108 – 111	Túnez	0,925	0,896 – 0,949
108 – 111	Eritrea	0,925	0,896 – 0,951
108 – 111	Tonga	0,925	0,896 – 0,950
112 – 113	Tayikistán	0,923	0,871 – 0,966
112 – 113	Irán, República Islámica del	0,923	0,890 – 0,951
114	Burundi	0,922	0,876 – 0,958
115	Jamaica	0,921	0,861 – 0,923
116 – 120	Madagascar	0,919	0,889 – 0,946
116 – 120	Azerbaiyán	0,919	0,863 – 0,964
116 – 120	Côte d'Ivoire	0,919	0,879 – 0,952
116 – 120	Antigua y Barbuda	0,919	0,882 – 0,952
116 – 120	Ex República Yugoslava de Macedonia	0,919	0,867 – 0,963
121	Turkmenistán	0,918	0,859 – 0,966
122 – 123	Guinea-Bissau	0,917	0,854 – 0,966
122 – 123	Malasia	0,917	0,881 – 0,948
124	Mauricio	0,916	0,885 – 0,945
125 – 127	Namibia	0,915	0,884 – 0,944
125 – 127	Egipto	0,915	0,848 – 0,966
125 – 127	Marruecos	0,915	0,878 – 0,945
128 – 130	Tailandia	0,913	0,913 – 0,926
128 – 130	Filipinas	0,913	0,880 – 0,943
128 – 130	Uganda	0,913	0,875 – 0,946
131 – 133	Lituania	0,912	0,857 – 0,958
131 – 133	Chipre	0,912	0,870 – 0,946
131 – 133	Uzbekistán	0,912	0,858 – 0,957
134	Guinea Ecuatorial	0,911	0,877 – 0,942
135	Yemen	0,910	0,870 – 0,944
136 – 137	Somalia	0,909	0,855 – 0,952
136 – 137	Saint Kitts y Nevis	0,909	0,867 – 0,945
138 – 139	Bahamas	0,906	0,863 – 0,944
138 – 139	Etiopía	0,906	0,863 – 0,942
140 – 141	Benin	0,905	0,868 – 0,938
140 – 141	Ucrania	0,905	0,849 – 0,952
142 – 143	República Árabe Siria	0,904	0,856 – 0,944
142 – 143	Sudáfrica	0,904	0,822 – 0,967
144	México	0,903	0,880 – 0,905
145	Estonia	0,902	0,846 – 0,949
146	Belice	0,901	0,856 – 0,941
147	Granada	0,900	0,853 – 0,940
148	República de Moldova	0,898	0,841 – 0,946
149	Gambia	0,897	0,854 – 0,935
150 – 151	Malí	0,896	0,846 – 0,940
150 – 151	Polonia	0,896	0,838 – 0,946
152	Togo	0,895	0,853 – 0,933
153	Mauritania	0,893	0,840 – 0,938
154	República Dominicana	0,892	0,842 – 0,934
155	Zambia	0,891	0,881 – 0,917
156	Swazilandia	0,890	0,797 – 0,962
157	Guatemala	0,889	0,797 – 0,959
158	Yugoslavia	0,886	0,827 – 0,939

Posición	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
159	República Democrática Popular Lao	0,885	0,814 – 0,943
160 – 161	Sudán	0,883	0,802 – 0,946
160 – 161	Niger	0,883	0,822 – 0,933
162	Congo	0,881	0,827 – 0,926
163	Haití	0,875	0,814 – 0,925
164 – 165	Nicaragua	0,874	0,812 – 0,894
164 – 165	Letonia	0,874	0,805 – 0,931
166	República Centroafricana	0,872	0,761 – 0,958
167	Kazajstán	0,867	0,803 – 0,921
168	Chile	0,864	0,771 – 0,937
169	República Democrática del Congo	0,857	0,786 – 0,918
170	Bulgaria	0,856	0,839 – 0,873
171	Kirguistán	0,854	0,853 – 0,894
172	Suriname	0,853	0,774 – 0,917
173 – 174	Albania	0,851	0,765 – 0,921
173 – 174	Burkina Faso	0,851	0,775 – 0,915
175	Zimbabwe	0,850	0,746 – 0,932
176	El Salvador	0,846	0,755 – 0,918
177	Paraguay	0,842	0,827 – 0,848
178	Honduras	0,834	0,728 – 0,917
179	República Popular Democrática de Corea	0,829	0,752 – 0,893
180	Nigeria	0,827	0,726 – 0,907
181	Armenia	0,822	0,707 – 0,913
182	Camerún	0,821	0,719 – 0,907
183	Camboya	0,814	0,676 – 0,916
184	Perú	0,805	0,792 – 0,820
185	Federación de Rusia	0,802	0,776 – 0,836
186	Nepal	0,714	0,696 – 0,732
187	Viet Nam	0,643	0,632 – 0,672
188	China	0,638	0,472 – 0,774
189	Brasil	0,623	0,620 – 0,683
190	Myanmar	0,582	0,306 – 0,793
191	Sierra Leona	0,468	0,000 – 0,853

<sup>a</sup>Las cifras en tipo cursivo están basadas en estimaciones.

Cuadro 8 del anexo Indicadores importantes de las cuentas sanitarias de todos los Estados Miembros; estimaciones para 1997<sup>a</sup>

Estado Miembro	GASTO SANITARIO (%)							GASTO SANITARIO PER CÁPITA (US\$)				
	Gasto sanitario total como % del PNB	Gasto público como % del gasto sanitario total	Gasto privado como % del gasto sanitario total	Gasto directo como % del gasto sanitario total	Gasto público financiado por impuestos y de otro tipo como % del gasto sanitario público	Gasto de la seguridad social como % del gasto sanitario público	Gasto sanitario público como % del gasto público total	Gasto total al tipo de cambio oficial	Gasto directo al tipo de cambio oficial	Gasto total en dólares internacionales	Gasto público en dólares internacionales	Gasto directo en dólares internacionales <sup>b</sup>
Afganistán	3,2	40,6	59,4	59,4	100	...	...	2	1	28	11	17
Albania	3,5	77,7	22,3	22,3	82,5	17,5	9,5	26	6	63	49	14
Alemania	10,5	77,5	22,5	11,3	23,4	76,6	14,7	2 713	306	2 365	1 832	267
Andorra	7,5	86,7	13,3	13,3	100	...	38,5	1 368	182	1 216	1 055	162
Angola	3,6	59,6	40,4	40,4	100	...	18,2	...	...	47	28	19
Antigua y Barbuda	6,4	57,3	42,7	39,3	100	...	16,0	775	305	598	343	235
Arabia Saudita	3,5	80,2	19,8	6,3	100	...	9,4	260	27	332	297	35
Argelia	3,1	50,8	49,2	49,2	100	...	4,9	44	22	122	62	60
Argentina	8,2	57,5	42,5	32,6	39,6	60,4	21,6	676	220	823	473	268
Armenia	7,9	41,5	58,5	58,5	100	...	13,1	36	21	152	63	89
Australia	7,8	72,0	28,0	16,6	100	...	15,5	1 730	287	1 601	1 153	266
Austria	9,0	67,3	32,7	23,6	12,4	87,6	11,9	2 277	536	1 960	1 320	462
Azerbaiyán	2,9	79,3	20,7	20,7	100	...	13,3	20	4	48	38	10
Bahamas	5,9	49,9	50,1	46,4	100	...	13,7	785	364	1 230	614	571
Bahrein	4,4	58,5	41,5	37,7	100	...	9,6	478	180	539	315	204
Bangladesh	4,9	46,0	54,0	54,0	100	...	9,1	13	7	70	32	38
Barbados	7,3	62,5	37,5	34,6	100	...	13,7	596	206	814	509	281
Belarús	5,9	82,6	17,4	17,4	100	...	10,0	78	14	253	209	44
Bélgica	8,0	83,2	16,8	14,7	18,7	81,3	13,2	1 918	282	1 738	1 446	255
Belice	4,7	51,6	48,4	48,3	100	...	8,2	176	85	212	109	103
Benin	3,0	47,2	52,8	52,8	100	...	5,7	12	6	39	18	21
Bhután	7,0	46,2	53,8	53,8	100	...	10,1	14	8	82	38	44
Bolivia	5,8	59,1	41,0	33,8	42,7	57,3	10,4	59	20	153	90	52
Bosnia y Herzegovina	7,6	92,6	7,5	7,5	100	...	...	77	6	145	135	11
Botswana	4,2	61,0	39,0	36,4	100	...	5,9	132	48	219	133	80
Brasil	6,5	48,7	51,3	45,6	100	...	9,4	319	145	428	208	195
Brunei Darussalam	5,4	40,6	59,4	59,4	100	...	4,5	...	...	857	348	509
Bulgaria	4,8	81,9	18,1	16,9	99,9	0,1	10,0	59	10	193	158	33
Burkina Faso	4,2	30,9	69,1	69,1	100	...	5,3	8	6	37	12	26
Burundi	4,0	35,6	64,4	64,4	19,2	80,8	6,6	6	4	26	9	17
Cabo Verde	2,8	63,8	36,2	36,2	100	...	4,2	34	12	60	38	22
Camboya	7,2	9,4	90,6	90,6	100	...	7,0	21	19	73	7	66
Camerún	5,0	20,1	79,9	79,9	100	...	0,7	31	24	86	17	69
Canadá	8,6	72,0	28,0	17,0	98,9	1,1	15,3	1 783	304	1 836	1 322	313
Chad	4,3	79,3	20,7	20,7	100	...	13,2	7	1	35	28	7
Chile	6,1	49,0	51,0	48,6	24,0	76,0	13,5	315	153	581	285	282
China	2,7	24,9	75,1	75,1	100	...	5,5	20	15	74	18	55
Chipre	5,9	38,8	61,2	63,1	7,9	92,1	5,6	648	408	731	256	461
Colombia	9,3	54,5	45,6	25,9	62,5	37,5	17,2	247	64	507	276	131
Comoras	4,5	68,2	31,8	31,8	100	...	8,7	14	4	47	32	15
Congo	5,0	36,6	63,4	63,4	100	...	4,6	58	37	101	37	64
Costa Rica	8,7	77,1	23,0	22,3	16,2	83,8	20,1	226	50	489	377	109
Côte d'Ivoire	3,2	38,4	61,6	61,6	100	...	3,3	23	14	57	22	35
Croacia	8,1	79,7	20,3	20,3	2,4	97,6	22,3	352	71	410	327	83
Cuba	6,3	87,5	12,5	12,5	100	...	10,0	131	16	109	96	14
Dinamarca	8,0	84,3	15,7	15,7	100	...	12,9	2 574	403	1 940	1 636	304
Djibouti	2,8	72,9	27,1	27,1	100	...	5,7	23	6	48	35	13
Dominica	6,0	65,0	35,0	31,9	100	...	10,3	282	90	286	186	91
Ecuador	4,6	52,8	47,2	38,8	59,4	40,6	8,9	75	29	186	98	72
Egipto	3,7	27,0	73,1	73,1	100	...	3,3	44	32	118	32	86
El Salvador	7,0	37,2	62,8	62,8	48,5	51,5	21,2	182	114	228	85	143
Emiratos Árabes Unidos	4,2	35,4	64,6	3,8	100	...	12,6	900	42	816	262	38
Eritrea	3,4	55,7	44,3	44,3	100	...	3,4	6	3	24	13	11
Eslovaquia	8,6	81,8	18,2	18,2	0,3	99,7	14,1	311	57	574	470	105
Eslovenia	9,4	80,8	19,2	10,2	13,0	87,0	16,6	857	87	996	805	101

Estado Miembro	GASTO SANITARIO (%)							GASTO SANITARIO PER CÁPITA (US\$)				
	Gasto sanitario total como % del PNB	Gasto público como % del gasto sanitario total	Gasto privado como % del gasto sanitario total	Gasto directo como % del gasto sanitario total	Gasto público financiado por impuestos y de otro tipo como % del gasto sanitario público	Gasto de la seguridad social como % del gasto sanitario público	Gasto sanitario público como % del gasto público total	Gasto total al tipo de cambio oficial	Gasto directo al tipo de cambio oficial	Gasto total en dólares internacionales	Gasto público en dólares internacionales	Gasto directo en dólares internacionales <sup>a</sup>
España	8,0	70,6	29,4	20,4	41,0	59,0	13,3	1 071	218	1 211	855	247
Estados Unidos de América	13,7	44,1	55,9	16,6	57,9	42,1	18,5	4 187	696	3 724	1 643	619
Estonia	6,4	78,9	21,2	21,2	8,4	91,6	10,5	204	43	346	273	73
Etiopía	3,8	36,2	63,8	63,8	100	...	6,1	4	3	20	7	13
Ex República Yugoslava de Macedonia	6,1	84,8	15,2	15,2	100	...	15,6	120	18	141	119	21
Federación de Rusia	5,4	76,8	23,2	23,2	100	...	22,9	158	37	251	193	58
Fiji	4,2	69,2	30,8	30,8	100	...	8,3	115	35	214	148	66
Filipinas	3,4	48,5	51,5	49,1	100	...	7,2	40	19	100	48	49
Finlandia	7,6	73,7	26,3	19,3	80,4	19,6	10,7	1 789	345	1 539	1 134	297
Francia	9,8	76,9	23,1	20,4	3,3	96,7	13,8	2 369	482	2 125	1 634	433
Gabón	3,0	66,5	33,5	33,5	100	...	6,2	138	46	196	130	66
Gambia	4,5	45,9	54,1	54,1	100	...	7,3	12	6	52	24	28
Georgia	4,4	8,6	91,4	91,4	100	...	3,4	45	41	94	8	86
Ghana	3,1	47,0	53,0	53,0	100	...	6,9	11	6	45	21	24
Granada	6,3	46,6	53,4	49,2	100	...	10,2	305	150	298	139	147
Grecia	8,0	65,8	34,2	31,7	64,8	35,2	12,6	905	287	964	634	306
Guatemala	2,4	62,5	37,5	29,9	53,7	46,3	12,2	41	12	87	55	26
Guinea	3,5	57,2	42,8	42,8	100	...	9,7	19	8	52	30	22
Guinea Ecuatorial	3,5	57,2	42,9	42,9	100	...	7,9	40	17	89	51	38
Guinea-Bissau	5,7	75,6	24,4	24,4	100	...	38,8	13	3	54	41	13
Guyana	5,1	79,1	21,0	19,7	100	...	11,1	45	9	130	103	26
Haití	4,6	33,6	66,4	62,5	100	...	13,8	18	11	55	18	34
Honduras	7,5	36,0	64,0	60,1	74,6	25,5	13,0	59	35	156	56	94
Hungría	5,3	84,9	15,1	15,1	58,9	41,1	9,2	236	36	372	316	56
India	5,2	13,0	87,0	84,6	100	...	3,9	23	19	84	11	71
Indonesia	1,7	36,8	63,2	47,4	100	...	3,0	18	8	56	21	26
Irán, República Islámica del	4,4	42,8	57,2	57,2	83,0	17,1	7,2	108	62	200	86	114
Iraq	4,2	58,9	41,1	41,1	100	...	...	251	103	110	65	45
Irlanda	6,2	77,3	22,7	...	100	...	17,1	1 326	...	1 200	928	...
Islandia	7,9	83,8	16,2	16,2	68,8	31,2	18,9	2 149	347	1 757	1 473	284
Islas Cook	7,4	76,7	23,3	23,3	100	...	8,6	389	91	345	264	80
Islas Marshall	9,0	74,3	25,7	25,7	100	...	13,1	253	65	238	177	61
Islas Salomón	3,2	99,3	0,7	0,7	100	...	5,2	19	...	83	83	1
Israel	8,2	75,0	25,0	19,1	66,3	33,7	12,8	1 385	264	1 402	1 051	267
Italia	9,3	57,1	42,9	41,8	100	...	10,5	1 855	774	1 824	1 042	762
Jamahiríya Árabe Libia	3,4	54,2	45,8	45,8	100	...	2,7	296	136	221	120	102
Jamaica	6,0	56,5	43,5	23,3	100	...	8,9	149	35	212	120	49
Japón	7,1	80,2	19,9	19,9	15,3	84,7	16,2	2 373	471	1 759	1 410	349
Jordania	5,2	67,2	32,8	32,8	100	...	8,5	59	19	178	119	58
Kazajstán	3,9	63,6	36,4	36,4	57,6	42,4	10,3	62	22	127	81	46
Kenya	4,6	64,1	35,9	35,9	100	...	11,2	17	6	58	37	21
Kirguistán	4,0	69,6	30,4	30,4	95,3	4,7	9,7	15	5	66	46	20
Kiribati	9,9	99,3	0,7	0,7	100	...	14,0	122	1	152	151	1
Kuwait	3,3	87,4	12,6	12,6	100	...	8,4	572	72	605	529	76
Lesotho	5,6	72,6	27,4	27,4	100	...	12,4	28	8	100	73	27
Letonia	6,1	61,0	39,0	39,0	48,3	51,7	9,0	140	54	246	150	96
Líbano	10,1	29,6	70,4	53,8	100	...	7,8	461	248	563	167	303
Liberia	3,0	66,7	33,3	33,3	100	...	6,7	31	10	33	22	11
Lituania	6,4	75,7	24,3	24,3	18,7	81,3	11,4	167	40	273	207	66
Luxemburgo	6,6	91,4	8,6	7,2	17,1	83,0	13,0	2 580	185	1 985	1 815	142
Madagascar	2,1	53,8	46,2	46,2	100	...	6,6	5	2	18	10	8
Malasia	2,4	57,6	42,4	42,4	100	...	5,1	110	46	202	116	85
Malawi	5,8	59,2	40,8	36,7	100	...	13,3	15	5	49	29	18
Maldivas	8,2	63,9	36,1	36,1	100	...	11,0	107	39	248	159	90
Mali	4,2	45,8	54,2	48,7	100	...	7,9	10	5	34	15	16

Cuadro 8 del anexo Indicadores importantes de las cuentas sanitarias de todos los Estados Miembros; estimaciones para 1997<sup>a</sup>

Estado Miembro	GASTO SANITARIO (%)							GASTO SANITARIO PER CÁPITA (US\$)				
	Gasto sanitario total como % del PNB	Gasto público como % del gasto sanitario total	Gasto privado como % del gasto sanitario total	Gasto directo como % del gasto sanitario total	Gasto público financiado por impuestos y de otro tipo como % del gasto sanitario público	Gasto de la seguridad social como % del gasto sanitario público	Gasto sanitario público como % del gasto público total	Gasto total al tipo de cambio oficial	Gasto directo al tipo de cambio oficial	Gasto total en dólares internacionales	Gasto público en dólares internacionales	Gasto directo en dólares internacionales <sup>b</sup>
Malta	6,3	58,9	41,1	38,0	1,5	98,5	8,9	551	209	755	445	287
Marruecos	5,3	40,7	59,3	59,3	48,8	51,2	6,5	66	39	159	65	95
Mauricio	3,5	52,9	47,1	47,1	100	...	7,7	129	61	288	152	136
Mauritania	5,6	30,3	69,7	69,7	100	...	6,6	24	17	73	22	51
México	5,6	41,0	59,1	52,9	26,4	73,6	6,0	240	127	421	172	222
Micronesia, Estados Federados de	7,4	92,3	7,8	7,8	100	...	46,3	242	19	234	216	18
Mónaco	8,0	62,5	37,5	37,5	26,0	74,0	...	1 264	474	1 799	1 124	675
Mongolia	4,3	82,0	18,0	4,9	84,7	15,3	13,3	16	1	69	56	3
Mozambique	5,8	71,3	28,7	19,6	100	...	9,3	5	1	50	36	10
Myanmar	2,6	12,6	87,4	87,4	100	...	3,7	100	88	78	10	69
Namibia	7,5	51,7	48,3	48,3	100	...	10,2	153	74	312	161	150
Nauru	5,0	99,0	1,0	1,0	100	...	9,1	593	6	602	596	6
Nepal	3,7	26,0	74,0	74,0	100	...	5,3	8	6	41	11	30
Nicaragua	8,0	53,3	46,7	39,9	80,1	20,0	13,0	35	14	150	80	60
Níger	3,5	46,6	53,4	53,4	100	...	6,0	5	3	27	13	14
Nigeria	3,1	28,2	71,8	71,8	100	...	5,4	30	22	35	10	25
Niue	5,7	87,6	12,4	12,4	100	...	...	91	11	92	81	11
Noruega	6,5	82,0	18,0	18,0	100	...	12,1	2 283	412	1 708	1 400	308
Nueva Zelanda	8,2	71,7	28,3	22,0	100	...	12,7	1 416	312	1 393	999	307
Omán	3,9	54,5	45,5	35,9	...	...	5,6	370	133	334	182	120
Países Bajos	8,8	70,7	29,3	16,8	100	...	12,7	2 041	343	1 911	1 351	321
Pakistán	4,0	22,9	77,1	77,1	100	...	2,9	17	13	71	16	55
Palau	6,0	90,0	10,0	10,0	100	...	15,0	552	55	559	503	56
Panamá	7,5	74,0	26,0	26,0	44,5	55,5	20,7	238	62	449	332	117
Papua Nueva Guinea	3,1	77,6	22,4	22,4	100	...	7,5	36	8	77	59	17
Paraguay	5,6	35,6	64,4	55,4	49,8	50,2	14,6	106	59	206	73	114
Perú	5,6	39,7	60,3	50,2	44,2	55,8	13,0	149	75	246	98	123
Polonia	6,2	71,6	28,4	28,4	100	...	10,1	229	65	392	281	111
Portugal	8,2	57,5	42,5	40,9	100	...	10,8	845	345	1 060	609	433
Qatar	6,5	57,5	42,5	42,5	100	...	7,6	1 042	443	1 105	635	470
Reino Unido	5,8	96,9	3,1	3,1	100	...	14,3	1 303	40	1 193	1 156	37
República Árabe Siria	2,5	33,6	66,4	66,4	100	...	2,9	151	101	109	37	72
República Centroafricana	2,9	68,9	31,1	31,1	100	...	6,4	8	3	34	23	10
República Checa	7,6	92,3	7,7	7,7	17,6	82,4	15,9	391	30	640	591	50
República de Corea	6,7	37,8	62,3	43,0	72,1	27,9	12,4	700	301	862	325	371
República de Moldova	8,3	75,1	24,9	24,9	100	...	12,4	35	9	133	100	33
República Democrática del Congo	3,7	0,9	99,1	90,1	100	...	0,1	...	...	22	1	20
República Democrática Popular Lao	3,6	62,7	37,3	37,3	100	...	8,6	13	5	53	33	20
República Dominicana	4,9	38,5	61,5	36,8	73,0	27,0	10,5	91	33	202	78	74
República Popular Democrática de Corea	3,0	83,7	16,4	16,4	100	...	...	37	6	39	33	6
República Unida de Tanzania	4,8	60,7	39,3	39,3	100	...	27,2	12	5	36	22	14
Rumania	3,8	60,3	39,8	39,8	100	...	6,7	59	23	136	82	54
Rwanda	4,3	50,1	49,9	49,9	100	...	17,7	13	7	35	18	18
Saint Kitts y Nevis	6,0	51,5	48,5	44,7	100	...	10,4	404	181	489	252	219
Samoa	3,8	88,9	11,1	11,1	100	...	9,1	47	5	108	96	12
San Marino	7,5	73,5	26,5	26,5	33,3	66,7	15,0	2 257	598	1 301	956	345
San Vicente y las Granadinas	5,9	66,5	33,5	31,4	100	...	9,5	211	68	210	138	67
Santa Lucía	4,0	65,1	34,9	32,2	100	...	9,0	211	68	218	142	70
Santo Tomé y Príncipe	4,0	75,0	25,0	25,0	100	...	4,3	13	3	45	34	11
Senegal	4,5	55,7	44,3	44,3	100	...	13,2	23	10	71	40	32
Seychelles	5,9	76,2	23,8	23,8	100	...	8,4	424	101	470	358	112
Sierra Leona	4,9	9,7	90,3	90,3	100	...	3,1	11	10	31	3	28
Singapur	3,1	35,8	64,2	64,2	100	...	5,5	876	563	750	268	481
Somalia	1,5	71,4	28,6	28,6	100	...	...	11	3	11	8	3
Sri Lanka	3,0	45,4	54,7	51,8	100	...	5,2	25	13	77	35	40



Estado Miembro	GASTO SANITARIO (%)							GASTO SANITARIO PER CÁPITA (US\$)				
	Gasto sanitario total como % del PNB	Gasto público como % del gasto sanitario total	Gasto privado como % del gasto sanitario total	Gasto directo como % del gasto sanitario total	Gasto público financiado por impuestos y de otro tipo como % del gasto sanitario público	Gasto de la seguridad social como % del gasto sanitario público	Gasto sanitario público como % del gasto público total	Gasto total al tipo de cambio oficial	Gasto directo al tipo de cambio oficial	Gasto total en dólares internacionales	Gasto público en dólares internacionales	Gasto directo en dólares internacionales <sup>b</sup>
Sudáfrica	7,1	46,5	53,5	46,3	100	...	9,8	268	124	396	184	183
Sudán	3,5	20,9	79,1	79,1	100	...	9,6	13	10	43	9	34
Suecia	9,2	78,0	22,0	22,0	100	...	11,5	2 456	540	1 943	1 516	427
Suiza	10,1	69,3	30,7	29,7	22,1	77,9	13,3	3 564	1 057	2 644	1 833	784
Suriname	7,6	34,0	66,0	66,0	100	...	5,0	114	75	257	87	169
Swazilandia	3,4	72,3	27,7	27,7	100	...	8,2	49	13	118	86	33
Tailandia	5,7	33,0	67,0	65,4	88,7	11,3	10,2	133	92	327	108	214
Tayikistán	7,6	87,8	12,2	12,2	100	...	39,6	11	1	94	82	11
Togo	2,8	42,8	57,2	57,2	100	...	4,3	9	5	34	15	20
Tonga	7,8	46,0	54,0	54,0	100	...	13,2	141	76	257	118	139
Trinidad y Tabago	4,3	58,6	41,4	38,2	100	...	8,8	197	75	325	190	124
Túnez	5,4	41,7	58,3	53,0	59,6	40,4	7,2	111	59	239	100	127
Turkmenistán	4,3	86,0	14,0	14,0	100	...	13,9	24	3	90	77	13
Turquía	3,9	74,0	26,0	23,3	65,1	34,9	10,9	118	27	231	171	54
Tuvalu	5,9	91,5	8,5	8,5	100	...	12,7	813	69	59	54	5
Ucrania	5,6	75,5	24,5	24,5	100	...	9,6	54	13	128	96	31
Uganda	4,1	35,1	64,9	48,2	100	...	9,9	14	9	44	17	27
Uruguay	10,0	20,3	79,7	21,4	89,0	11,0	6,0	660	141	849	172	182
Uzbekistán	4,2	80,9	19,1	19,1	100	...	10,3	24	5	109	88	21
Vanuatu	3,3	64,3	35,8	35,8	100	...	9,6	47	17	85	55	30
Venezuela, República Bolivariana de	3,9	67,4	32,6	32,6	66,6	33,4	10,5	150	49	298	201	97
Viet Nam	4,8	20,0	80,0	80,0	100	...	4,4	17	14	65	13	52
Yemen	3,4	37,9	62,1	62,1	100	...	3,3	12	7	33	12	20
Yugoslavia	4,5	64,8	35,2	35,2	100	...	...	127	28	127	98	28
Zambia	5,9	38,2	61,8	42,4	100	...	9,7	27	11	64	34	25
Zimbabwe	6,2	43,4	56,6	38,2	100	...	10,2	46	24	130	62	67

<sup>a</sup> Las cifras en tipo ordinario indican que los datos están completos y son muy fiables.

Las cifras en tipo *curso* indican que los datos están incompletos y son entre fiables y medianamente fiables.

Las cifras en color gris indican que los datos están incompletos y son poco fiables.

Gasto cuantificado y órdenes de magnitud solamente. Todas las estimaciones son provisionales. Como sucede siempre que se establece un sistema de contabilidad, es probable que los "datos de la primera ronda" se modifiquen considerablemente a medida que se desarrolla el sistema.

<sup>b</sup> El gasto directo en dólares internacionales no incluye el seguro de salud voluntario ni gastos de otro tipo.

... No hay datos o no corresponde.

**Cuadro 9 del anexo Logro global del sistema de salud en todos los Estados Miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997**

Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
1	1	Japón	93,4	92,6 – 94,3
2	2 – 8	Suiza	92,2	91,2 – 93,3
3	2 – 6	Noruega	92,2	91,4 – 93,1
4	2 – 11	Suecia	92,0	91,1 – 93,0
5	2 – 11	Luxemburgo	92,0	91,0 – 93,0
6	3 – 11	Francia	91,9	91,0 – 92,9
7	4 – 14	Canadá	91,7	90,8 – 92,6
8	4 – 15	Países Bajos	91,6	90,7 – 92,5
9	6 – 13	Reino Unido	91,6	90,9 – 92,3
10	6 – 18	Austria	91,5	90,5 – 92,4
11	7 – 21	Italia	91,4	90,5 – 92,2
12	7 – 19	Australia	91,3	90,4 – 92,2
13	7 – 18	Bélgica	91,3	90,2 – 92,3
14	8 – 20	Alemania	91,3	90,4 – 92,2
15	7 – 24	Estados Unidos de América	91,1	89,9 – 92,3
16	10 – 23	Islandia	91,0	90,0 – 92,1
17	9 – 23	Andorra	91,0	90,1 – 92,0
18	9 – 23	Mónaco	91,0	90,0 – 92,0
19	12 – 23	España	91,0	90,1 – 91,8
20	13 – 24	Dinamarca	90,9	90,0 – 91,8
21	12 – 24	San Marino	90,9	90,0 – 91,7
22	13 – 25	Finlandia	90,8	89,8 – 91,7
23	17 – 25	Grecia	90,5	89,7 – 91,3
24	18 – 26	Israel	90,5	89,6 – 91,3
25	20 – 26	Irlanda	90,2	89,3 – 91,1
26	22 – 26	Nueva Zelandia	90,1	89,3 – 91,0
27	26 – 30	Singapur	88,9	87,4 – 90,3
28	27 – 31	Chipre	88,6	87,4 – 89,6
29	27 – 32	Eslovenia	87,9	86,5 – 89,2
30	28 – 33	República Checa	87,8	86,9 – 88,7
31	29 – 32	Malta	87,7	86,9 – 88,5
32	29 – 32	Portugal	87,6	86,3 – 88,9
33	30 – 42	Chile	86,0	84,6 – 87,2
34	33 – 37	Polonia	85,8	85,0 – 86,6
35	33 – 37	República de Corea	85,7	83,4 – 87,7
36	35 – 41	Croacia	85,1	83,8 – 86,4
37	34 – 40	Brunei Darussalam	84,9	83,4 – 86,3
38	34 – 41	Barbados	84,9	83,7 – 86,0
39	35 – 43	Eslovaquia	84,7	83,0 – 86,0
40	38 – 41	Cuba	84,2	83,5 – 85,0
41	37 – 45	Colombia	83,8	82,6 – 84,9
42	39 – 46	Dominica	83,4	82,0 – 84,6
43	39 – 47	Hungría	83,4	82,2 – 84,4
44	42 – 50	Emiratos Árabes Unidos	82,8	81,8 – 83,7
45	42 – 48	Costa Rica	82,5	81,7 – 83,4
46	44 – 52	Kuwait	82,3	81,2 – 83,3
47	43 – 52	Qatar	82,2	81,2 – 83,2
48	44 – 55	Estonia	81,7	80,2 – 83,1
49	46 – 56	Argentina	81,6	80,4 – 82,7
50	46 – 63	Uruguay	81,2	79,7 – 82,8
51	45 – 60	México	81,1	79,2 – 82,7
52	48 – 60	Lituania	81,0	79,5 – 82,5
53	49 – 62	Belarús	81,0	80,0 – 82,0

Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
54	48 – 61	Filipinas	80,9	79,6 – 82,0
55	48 – 59	Malasia	80,8	79,2 – 82,2
56	46 – 65	Trinidad y Tabago	80,8	79,2 – 82,5
57	45 – 64	Tailandia	80,7	78,8 – 82,5
58	53 – 61	Bahrein	80,4	79,3 – 81,3
59	54 – 62	Omán	80,2	79,2 – 81,1
60	53 – 66	Ucrania	80,1	78,5 – 81,5
61	55 – 63	Arabia Saudita	80,0	79,0 – 80,9
62	55 – 81	Kazajstán	79,0	76,7 – 81,1
63	61 – 70	Palau	78,8	77,8 – 79,8
64	60 – 78	Bahamas	78,6	77,2 – 80,0
65	62 – 74	Venezuela, República Bolivariana de	78,5	77,4 – 79,6
66	58 – 90	República Dominicana	78,1	76,0 – 80,3
67	63 – 88	Letonia	78,0	76,2 – 79,9
68	63 – 86	Granada	77,9	76,8 – 78,9
69	64 – 84	Jamaica	77,9	76,4 – 79,4
70	65 – 85	Panamá	77,9	76,9 – 78,8
71	64 – 84	Antigua y Barbuda	77,9	76,6 – 79,1
72	65 – 82	Rumania	77,8	75,9 – 79,5
73	60 – 90	Paraguay	77,8	76,5 – 79,0
74	66 – 85	Bulgaria	77,6	76,9 – 78,4
75	69 – 83	Nauru	77,6	75,6 – 79,6
76	66 – 89	Georgia	77,5	76,6 – 78,4
77	62 – 92	Túnez	77,5	76,4 – 78,5
78	69 – 86	Fiji	77,4	76,0 – 78,7
79	67 – 90	Bosnia y Herzegovina	77,3	75,8 – 78,7
80	70 – 89	Sri Lanka	77,3	76,1 – 78,3
81	64 – 105	Armenia	77,0	76,0 – 77,9
82	73 – 91	Samoa	76,9	75,9 – 78,0
83	74 – 90	Seychelles	76,8	75,8 – 77,8
84	75 – 91	Jordania	76,7	74,2 – 79,2
85	74 – 94	Tonga	76,7	75,6 – 77,8
86	65 – 101	Albania	76,7	73,7 – 79,2
87	75 – 93	Santa Lucía	76,7	75,5 – 77,9
88	72 – 101	Islas Cook	76,5	74,4 – 78,1
89	76 – 97	Ex República Yugoslava de Macedonia	76,4	74,9 – 77,7
90	79 – 97	Mauricio	76,2	75,0 – 77,3
91	78 – 99	República de Moldova	76,1	74,6 – 77,6
92	82 – 100	San Vicente y las Granadinas	75,9	74,5 – 77,1
93	84 – 100	Líbano	75,7	74,5 – 76,9
94	76 – 104	Marruecos	75,7	73,8 – 77,5
95	82 – 104	Yugoslavia	75,5	73,7 – 77,2
96	88 – 104	Turquía	75,4	74,1 – 76,6
97	87 – 103	Jamahiriyá Árabe Libia	75,3	73,9 – 76,5
98	90 – 107	Saint Kitts y Nevis	74,8	73,2 – 76,2
99	95 – 110	Argelia	74,4	73,6 – 75,2
100	96 – 107	Federación de Rusia	74,3	72,9 – 75,8
101	92 – 110	Nicaragua	74,2	72,7 – 75,5
102	96 – 110	Niue	74,1	72,6 – 75,4
103	95 – 112	Azerbaiyán	74,0	72,1 – 75,7
104	96 – 112	Belice	74,0	71,7 – 76,5
105	93 – 113	Suriname	73,9	72,7 – 75,0

Cuadro 9 del anexo Logro global del sistema de salud en todos los Estados Miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997

Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
106	98 – 110	Indonesia	73,8	71,8 – 75,8
107	87 – 114	Ecuador	73,8	72,3 – 75,3
108	99 – 113	Islas Salomón	73,7	70,8 – 76,5
109	88 – 117	Uzbekistán	73,5	71,6 – 75,4
110	95 – 114	Egipto	73,5	71,8 – 74,9
111	106 – 116	Micronesia, Estados Federados de	72,4	70,9 – 73,8
112	105 – 117	República Árabe Siria	72,4	70,7 – 74,0
113	102 – 123	Guatemala	72,3	70,7 – 73,9
114	106 – 118	Irán, República Islámica del	72,0	69,5 – 74,2
115	110 – 120	Perú	71,5	70,3 – 72,7
116	111 – 125	Guyana	71,0	69,0 – 72,5
117	112 – 125	Bolivia	70,7	69,1 – 72,5
118	113 – 126	Senegal	70,5	68,9 – 72,1
119	115 – 127	Islas Marshall	70,3	68,6 – 71,6
120	115 – 127	Tuvalu	70,2	68,6 – 71,6
121	117 – 124	India	70,1	69,3 – 71,0
122	114 – 133	El Salvador	69,6	67,1 – 71,9
123	117 – 131	Kiribati	69,5	67,7 – 70,9
124	120 – 133	Iraq	69,0	67,4 – 70,6
125	118 – 133	Brasil	68,9	67,1 – 70,4
126	122 – 137	Cabo Verde	68,3	66,1 – 70,1
127	121 – 136	Tayikistán	68,3	66,2 – 70,1
128	124 – 136	Maldivas	68,0	66,2 – 69,5
129	121 – 140	Honduras	67,8	66,0 – 69,8
130	124 – 139	Turkmenistán	67,7	64,9 – 70,4
131	122 – 138	Bangladesh	67,6	65,8 – 69,4
132	118 – 145	China	67,5	65,2 – 69,6
133	124 – 138	Pakistán	67,3	63,0 – 70,9
134	128 – 139	Vanuatu	67,1	64,7 – 69,1
135	128 – 140	Kirguistán	67,0	65,2 – 68,5
136	125 – 141	Mongolia	67,0	65,2 – 68,5
137	123 – 145	Comoras	66,4	63,4 – 69,6
138	132 – 143	Santo Tomé y Príncipe	65,9	64,0 – 67,6
139	127 – 145	Ghana	65,8	63,2 – 68,6
140	133 – 142	Viet Nam	65,8	64,6 – 66,9
141	138 – 148	Gabón	64,5	62,7 – 66,2
142	137 – 147	Kenya	64,3	62,4 – 66,0
143	136 – 150	Benin	64,2	61,5 – 66,6
144	141 – 153	Bhután	63,1	61,1 – 64,8
145	138 – 157	Haití	62,8	59,7 – 66,2
146	140 – 160	Yemen	62,3	59,7 – 64,8
147	141 – 159	Zimbabwe	62,3	59,1 – 65,3
148	141 – 158	Sudán	62,3	59,4 – 65,0
149	142 – 159	República Popular Democrática de Corea	62,2	59,5 – 64,4
150	144 – 159	Papua Nueva Guinea	62,0	59,7 – 63,8
151	146 – 164	Sudáfrica	61,0	58,4 – 63,1
152	151 – 164	Guinea Ecuatorial	60,2	58,0 – 61,9
153	150 – 165	Gambia	60,2	58,1 – 62,5
154	147 – 168	República Democrática Popular Lao	60,1	57,9 – 62,1
155	151 – 165	Congo	60,1	57,9 – 62,2
156	149 – 165	Togo	60,0	57,3 – 62,5
157	148 – 165	Côte d'Ivoire	60,0	57,7 – 62,1
158	148 – 166	República Unida de Tanzania	60,0	58,0 – 62,1

Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
159	149 – 170	Burkina Faso	59,4	57,5 – 61,4
160	151 – 168	Nepal	59,3	56,4 – 62,1
161	149 – 170	Burundi	59,3	56,4 – 62,1
162	152 – 169	Uganda	59,3	56,4 – 62,1
163	148 – 173	Camerún	59,1	54,9 – 62,8
164	152 – 172	Swazilandia	59,0	56,7 – 61,3
165	149 – 170	Namibia	58,8	55,7 – 61,3
166	153 – 175	Camboya	58,2	54,3 – 61,3
167	157 – 173	Madagascar	57,8	55,3 – 60,2
168	161 – 173	Botswana	57,4	55,5 – 58,9
169	162 – 174	Mauritania	57,2	55,0 – 59,2
170	163 – 175	Djibouti	56,8	54,9 – 58,4
171	162 – 177	Rwanda	56,5	54,1 – 58,9
172	167 – 176	Guinea	56,3	53,9 – 58,3
173	164 – 177	Lesotho	56,0	54,0 – 57,7
174	163 – 180	Zambia	55,6	53,0 – 58,4
175	162 – 190	Myanmar	53,7	51,3 – 56,0
176	173 – 183	Eritrea	53,7	51,5 – 55,5
177	172 – 183	Chad	53,6	46,7 – 59,2
178	174 – 183	Mali	53,3	50,9 – 55,6
179	176 – 186	República Democrática del Congo	52,6	49,7 – 55,7
180	175 – 186	Guinea-Bissau	52,4	49,8 – 54,8
181	176 – 186	Angola	52,4	49,7 – 54,6
182	173 – 187	Malawi	52,3	49,5 – 54,7
183	177 – 186	Afganistán	52,1	49,8 – 54,0
184	176 – 188	Nigeria	51,7	48,5 – 54,7
185	178 – 189	Mozambique	50,6	48,2 – 53,2
186	182 – 189	Etiopía	50,5	47,8 – 53,3
187	179 – 189	Liberia	50,4	48,0 – 52,4
188	180 – 189	Níger	50,1	47,0 – 53,4
189	183 – 189	Somalia	49,4	46,1 – 52,4
190	184 – 190	República Centroafricana	45,9	39,0 – 52,0
191	191	Sierra Leona	35,7	23,7 – 43,8

Cuadro 10 del anexo Desempeño del sistema de salud en todos los Estados Miembros; índices de la OMS y estimaciones para 1997

DESEMPEÑO CON RESPECTO AL NIVEL DE SALUD (EVAD)					DESEMPEÑO GLOBAL				
Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
1	1 – 5	Omán	0,992	0,975 – 1,000	1	1 – 5	Francia	0,994	0,982 – 1,000
2	1 – 4	Malta	0,989	0,968 – 1,000	2	1 – 5	Italia	0,991	0,978 – 1,000
3	2 – 7	Italia	0,976	0,957 – 0,994	3	1 – 6	San Marino	0,988	0,973 – 1,000
4	2 – 7	Francia	0,974	0,953 – 0,994	4	2 – 7	Andorra	0,982	0,966 – 0,997
5	2 – 7	San Marino	0,971	0,949 – 0,988	5	3 – 7	Malta	0,978	0,965 – 0,993
6	3 – 8	España	0,968	0,948 – 0,989	6	2 – 11	Singapur	0,973	0,947 – 0,998
7	4 – 9	Andorra	0,964	0,942 – 0,980	7	4 – 8	España	0,972	0,959 – 0,985
8	3 – 12	Jamaica	0,956	0,928 – 0,986	8	4 – 14	Omán	0,961	0,938 – 0,985
9	7 – 11	Japón	0,945	0,926 – 0,963	9	7 – 12	Austria	0,959	0,946 – 0,972
10	8 – 15	Arabia Saudita	0,936	0,915 – 0,959	10	8 – 11	Japón	0,957	0,948 – 0,965
11	9 – 13	Grecia	0,936	0,920 – 0,951	11	8 – 12	Noruega	0,955	0,947 – 0,964
12	9 – 16	Mónaco	0,930	0,908 – 0,948	12	10 – 15	Portugal	0,945	0,931 – 0,958
13	10 – 15	Portugal	0,929	0,911 – 0,945	13	10 – 16	Mónaco	0,943	0,929 – 0,957
14	10 – 15	Singapur	0,929	0,909 – 0,942	14	13 – 19	Grecia	0,933	0,921 – 0,945
15	13 – 17	Austria	0,914	0,896 – 0,931	15	12 – 20	Islandia	0,932	0,917 – 0,948
16	13 – 23	Emiratos Árabes Unidos	0,907	0,883 – 0,932	16	14 – 21	Luxemburgo	0,928	0,914 – 0,942
17	14 – 22	Marruecos	0,906	0,886 – 0,925	17	14 – 21	Países Bajos	0,928	0,914 – 0,942
18	16 – 23	Noruega	0,897	0,878 – 0,914	18	16 – 21	Reino Unido	0,925	0,913 – 0,937
19	17 – 24	Países Bajos	0,893	0,875 – 0,911	19	14 – 22	Irlanda	0,924	0,909 – 0,939
20	15 – 31	Islas Salomón	0,892	0,863 – 0,920	20	17 – 24	Suiza	0,916	0,903 – 0,930
21	18 – 26	Suecia	0,890	0,870 – 0,907	21	18 – 24	Bélgica	0,915	0,903 – 0,926
22	19 – 28	Chipre	0,885	0,865 – 0,898	22	14 – 29	Colombia	0,910	0,881 – 0,939
23	19 – 30	Chile	0,884	0,864 – 0,903	23	20 – 26	Suecia	0,908	0,893 – 0,921
24	21 – 28	Reino Unido	0,883	0,866 – 0,900	24	16 – 30	Chipre	0,906	0,879 – 0,932
25	18 – 32	Costa Rica	0,882	0,859 – 0,898	25	22 – 27	Alemania	0,902	0,890 – 0,914
26	21 – 31	Suiza	0,879	0,860 – 0,891	26	22 – 32	Arabia Saudita	0,894	0,872 – 0,916
27	21 – 31	Islandia	0,879	0,861 – 0,897	27	23 – 33	Emiratos Árabes Unidos	0,886	0,861 – 0,911
28	23 – 30	Bélgica	0,878	0,860 – 0,894	28	26 – 32	Israel	0,884	0,870 – 0,897
29	23 – 33	Venezuela, República Bolivariana de	0,873	0,853 – 0,891	29	18 – 39	Marruecos	0,882	0,834 – 0,925
30	23 – 37	Bahrein	0,867	0,843 – 0,890	30	27 – 32	Canadá	0,881	0,868 – 0,894
31	28 – 35	Luxemburgo	0,864	0,847 – 0,881	31	27 – 33	Finlandia	0,881	0,866 – 0,895
32	29 – 38	Irlanda	0,859	0,840 – 0,870	32	28 – 34	Australia	0,876	0,861 – 0,891
33	27 – 40	Turquía	0,858	0,835 – 0,878	33	22 – 43	Chile	0,870	0,816 – 0,918
34	25 – 48	Belice	0,853	0,821 – 0,884	34	32 – 36	Dinamarca	0,862	0,848 – 0,874
35	33 – 40	Canadá	0,849	0,832 – 0,864	35	31 – 41	Dominica	0,854	0,824 – 0,883
36	32 – 42	Cuba	0,849	0,830 – 0,866	36	33 – 40	Costa Rica	0,849	0,825 – 0,871
37	30 – 49	El Salvador	0,846	0,817 – 0,873	37	35 – 44	Estados Unidos de América	0,838	0,817 – 0,859
38	28 – 52	San Vicente y las Granadinas	0,845	0,812 – 0,876	38	34 – 46	Eslovenia	0,838	0,813 – 0,859
39	35 – 43	Australia	0,844	0,826 – 0,861	39	36 – 44	Cuba	0,834	0,816 – 0,852
40	36 – 44	Israel	0,841	0,825 – 0,858	40	36 – 48	Brunei Darussalam	0,829	0,808 – 0,849
41	39 – 47	Alemania	0,836	0,819 – 0,852	41	38 – 45	Nueva Zelandia	0,827	0,815 – 0,840
42	33 – 54	República Dominicana	0,834	0,806 – 0,863	42	37 – 48	Bahrein	0,824	0,804 – 0,845
43	37 – 53	Egipto	0,829	0,811 – 0,849	43	39 – 53	Croacia	0,812	0,782 – 0,837
44	41 – 50	Finlandia	0,829	0,812 – 0,844	44	41 – 51	Qatar	0,812	0,793 – 0,831
45	38 – 55	Argelia	0,829	0,808 – 0,850	45	41 – 52	Kuwait	0,810	0,790 – 0,830
46	41 – 55	Túnez	0,824	0,803 – 0,844	46	41 – 53	Barbados	0,808	0,779 – 0,834
47	38 – 58	Yugoslavia	0,824	0,798 – 0,848	47	36 – 59	Tailandia	0,807	0,759 – 0,852
48	40 – 61	Honduras	0,820	0,793 – 0,844	48	43 – 54	República Checa	0,805	0,781 – 0,825
49	37 – 63	Granada	0,819	0,789 – 0,850	49	42 – 55	Malasia	0,802	0,772 – 0,830
50	42 – 59	Uruguay	0,819	0,794 – 0,842	50	45 – 59	Polonia	0,793	0,762 – 0,819
51	41 – 64	Colombia	0,814	0,787 – 0,843	51	38 – 67	República Dominicana	0,789	0,735 – 0,845
52	42 – 65	Paraguay	0,813	0,785 – 0,842	52	41 – 67	Túnez	0,785	0,741 – 0,832
53	43 – 64	Qatar	0,813	0,786 – 0,839	53	47 – 62	Jamaica	0,782	0,754 – 0,809
54	43 – 69	Santa Lucía	0,809	0,781 – 0,837	54	50 – 64	Venezuela, República Bolivariana de	0,775	0,745 – 0,803
55	41 – 70	Cabo Verde	0,808	0,776 – 0,842	55	41 – 75	Albania	0,774	0,709 – 0,834

DESEMPEÑO CON RESPECTO AL NIVEL DE SALUD (EVAD)					DESEMPEÑO GLOBAL				
Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
56	47 – 64	Armenia	0,806	0,785 – 0,823	56	51 – 63	Seychelles	0,773	0,747 – 0,797
57	51 – 61	Croacia	0,805	0,789 – 0,821	57	47 – 77	Paraguay	0,761	0,714 – 0,806
58	48 – 65	Irán, República Islámica del	0,805	0,783 – 0,827	58	55 – 67	República de Corea	0,759	0,740 – 0,776
59	45 – 73	Dominica	0,804	0,774 – 0,833	59	50 – 78	Senegal	0,756	0,711 – 0,800
60	49 – 67	Azerbaiyán	0,803	0,781 – 0,820	60	53 – 73	Filipinas	0,755	0,720 – 0,789
61	52 – 65	China	0,800	0,782 – 0,813	61	52 – 74	México	0,755	0,719 – 0,789
62	55 – 66	Eslovenia	0,797	0,781 – 0,813	62	54 – 73	Eslovaquia	0,754	0,721 – 0,781
63	56 – 73	México	0,789	0,771 – 0,808	63	49 – 81	Egipto	0,752	0,707 – 0,798
64	55 – 76	Albania	0,789	0,766 – 0,808	64	50 – 80	Kazajistán	0,752	0,699 – 0,802
65	61 – 72	Dinamarca	0,785	0,769 – 0,801	65	55 – 80	Uruguay	0,745	0,702 – 0,782
66	57 – 80	Sri Lanka	0,783	0,761 – 0,807	66	59 – 74	Hungría	0,743	0,713 – 0,768
67	57 – 80	Panamá	0,783	0,759 – 0,807	67	53 – 81	Trinidad y Tabago	0,742	0,695 – 0,784
68	56 – 83	Kuwait	0,782	0,753 – 0,808	68	59 – 75	Santa Lucía	0,740	0,717 – 0,765
69	61 – 78	Ex República Yugoslava de Macedonia	0,781	0,761 – 0,796	69	58 – 81	Belice	0,736	0,697 – 0,772
70	59 – 83	Bosnia y Herzegovina	0,780	0,754 – 0,803	70	60 – 81	Turquía	0,734	0,698 – 0,764
71	65 – 76	Argentina	0,779	0,762 – 0,794	71	58 – 83	Nicaragua	0,733	0,696 – 0,770
72	67 – 78	Estados Unidos de América	0,774	0,758 – 0,789	72	64 – 84	Belarús	0,723	0,691 – 0,750
73	61 – 86	Bhután	0,773	0,748 – 0,797	73	65 – 82	Lituania	0,722	0,690 – 0,750
74	63 – 84	Nicaragua	0,772	0,750 – 0,793	74	63 – 83	San Vicente y las Granadinas	0,722	0,686 – 0,754
75	65 – 84	Iraq	0,770	0,752 – 0,791	75	66 – 81	Argentina	0,722	0,695 – 0,747
76	67 – 85	Brunei Darussalam	0,768	0,749 – 0,787	76	68 – 84	Sri Lanka	0,716	0,692 – 0,740
77	61 – 88	Suriname	0,768	0,740 – 0,798	77	68 – 85	Estonia	0,714	0,684 – 0,741
78	66 – 88	Brasil	0,767	0,745 – 0,787	78	57 – 99	Guatemala	0,713	0,642 – 0,774
79	70 – 84	Trinidad y Tabago	0,767	0,750 – 0,780	79	70 – 88	Ucrania	0,708	0,674 – 0,734
80	72 – 83	Nueva Zelandia	0,766	0,750 – 0,780	80	68 – 93	Islas Salomón	0,705	0,664 – 0,739
81	73 – 83	República Checa	0,765	0,749 – 0,779	81	70 – 92	Argelia	0,701	0,669 – 0,730
82	66 – 91	Yemen	0,761	0,733 – 0,789	82	75 – 88	Palau	0,700	0,679 – 0,719
83	72 – 88	Seychelles	0,759	0,739 – 0,778	83	75 – 88	Jordania	0,698	0,675 – 0,720
84	73 – 91	Georgia	0,758	0,736 – 0,776	84	75 – 91	Mauricio	0,691	0,665 – 0,719
85	73 – 89	Pakistán	0,757	0,738 – 0,777	85	74 – 96	Granada	0,689	0,652 – 0,723
86	75 – 92	Malasia	0,751	0,731 – 0,771	86	76 – 93	Antigua y Barbuda	0,688	0,657 – 0,718
87	77 – 92	Barbados	0,749	0,730 – 0,770	87	79 – 96	Jamahiriyá Árabe Libia	0,683	0,655 – 0,707
88	85 – 92	Eslovaquia	0,742	0,729 – 0,757	88	69 – 111	Bangladesh	0,675	0,618 – 0,732
89	84 – 94	Polonia	0,742	0,723 – 0,758	89	83 – 107	Ex República Yugoslava de Macedonia	0,664	0,630 – 0,695
90	79 – 98	Indonesia	0,741	0,715 – 0,766	90	84 – 106	Bosnia y Herzegovina	0,664	0,632 – 0,694
91	85 – 99	República Árabe Siria	0,733	0,712 – 0,755	91	85 – 104	Libano	0,664	0,638 – 0,688
92	89 – 96	Bulgaria	0,733	0,717 – 0,747	92	85 – 107	Indonesia	0,660	0,632 – 0,689
93	89 – 103	Lituania	0,724	0,705 – 0,742	93	83 – 110	Irán, República Islámica del	0,659	0,620 – 0,693
94	89 – 104	Jamahiriyá Árabe Libia	0,723	0,699 – 0,746	94	87 – 108	Bahamas	0,657	0,625 – 0,687
95	89 – 105	Islas Cook	0,722	0,696 – 0,746	95	87 – 107	Panamá	0,656	0,627 – 0,686
96	89 – 104	Ecuador	0,721	0,700 – 0,742	96	90 – 106	Fiji	0,653	0,630 – 0,674
97	91 – 105	Libano	0,719	0,697 – 0,740	97	78 – 123	Benin	0,647	0,573 – 0,710
98	93 – 107	Nepal	0,714	0,691 – 0,736	98	94 – 107	Nauru	0,647	0,630 – 0,664
99	93 – 107	Guatemala	0,714	0,691 – 0,735	99	92 – 110	Rumania	0,645	0,624 – 0,666
100	94 – 107	Jordania	0,711	0,689 – 0,732	100	90 – 113	Saint Kitts y Nevis	0,643	0,611 – 0,678
101	97 – 104	Ucrania	0,711	0,695 – 0,726	101	92 – 114	República de Moldova	0,639	0,600 – 0,672
102	93 – 111	Tailandia	0,710	0,682 – 0,736	102	94 – 113	Bulgaria	0,639	0,617 – 0,660
103	93 – 109	Bangladesh	0,709	0,684 – 0,735	103	91 – 117	Iraq	0,637	0,597 – 0,669
104	92 – 115	Guyana	0,704	0,672 – 0,738	104	86 – 126	Armenia	0,630	0,566 – 0,682
105	101 – 111	Hungría	0,698	0,682 – 0,714	105	94 – 118	Letonia	0,630	0,589 – 0,665
106	102 – 111	República de Moldova	0,696	0,680 – 0,710	106	94 – 120	Yugoslavia	0,629	0,586 – 0,664
107	100 – 113	República de Corea	0,694	0,674 – 0,711	107	95 – 121	Islas Cook	0,628	0,583 – 0,664
108	93 – 121	Niue	0,693	0,650 – 0,731	108	94 – 120	República Árabe Siria	0,628	0,589 – 0,661
109	103 – 116	Gambia	0,687	0,671 – 0,704	109	93 – 122	Azerbaiyán	0,626	0,582 – 0,665
110	100 – 121	Micronesia, Estados Federados de	0,684	0,656 – 0,717	110	91 – 123	Suriname	0,623	0,571 – 0,671

Cuadro 10 del anexo Desempeño del sistema de salud en todos los Estados Miembros; índices de la OMS y estimaciones para 1997

DESEMPEÑO CON RESPECTO AL NIVEL DE SALUD (EVAD)					DESEMPEÑO GLOBAL				
Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
111	107 – 117	Rumania	0,682	0,668 – 0,696	111	88 – 125	Ecuador	0,619	0,565 – 0,684
112	107 – 119	Uzbekistán	0,681	0,662 – 0,700	112	105 – 118	India	0,617	0,599 – 0,638
113	105 – 120	Mauricio	0,679	0,657 – 0,702	113	95 – 127	Cabo Verde	0,617	0,561 – 0,664
114	105 – 121	Tonga	0,677	0,651 – 0,704	114	103 – 121	Georgia	0,615	0,583 – 0,642
115	107 – 119	Estonia	0,677	0,657 – 0,694	115	94 – 130	El Salvador	0,608	0,544 – 0,667
116	109 – 119	Belarús	0,676	0,657 – 0,692	116	106 – 121	Tonga	0,607	0,582 – 0,632
117	109 – 121	Santo Tomé y Príncipe	0,671	0,651 – 0,691	117	92 – 134	Uzbekistán	0,599	0,532 – 0,668
118	112 – 120	India	0,670	0,654 – 0,683	118	86 – 139	Comoras	0,592	0,509 – 0,689
119	111 – 123	Perú	0,665	0,643 – 0,686	119	114 – 126	Samoa	0,589	0,564 – 0,612
120	108 – 123	Vanuatu	0,665	0,639 – 0,689	120	92 – 140	Yemen	0,587	0,497 – 0,672
121	115 – 125	Letonia	0,655	0,631 – 0,677	121	114 – 129	Niue	0,584	0,549 – 0,614
122	114 – 127	Saint Kitts y Nevis	0,650	0,621 – 0,679	122	109 – 132	Pakistán	0,583	0,541 – 0,626
123	115 – 131	Antigua y Barbuda	0,641	0,606 – 0,678	123	114 – 131	Micronesia, Estados Federados de	0,579	0,543 – 0,610
124	120 – 133	Fiji	0,632	0,600 – 0,662	124	111 – 136	Bhután	0,575	0,520 – 0,618
125	121 – 131	Palau	0,632	0,606 – 0,656	125	111 – 136	Brasil	0,573	0,526 – 0,619
126	122 – 131	Filipinas	0,630	0,608 – 0,653	126	112 – 135	Bolivia	0,571	0,526 – 0,615
127	124 – 131	Federación de Rusia	0,623	0,606 – 0,638	127	118 – 138	Vanuatu	0,559	0,512 – 0,594
128	123 – 134	Tuvalu	0,618	0,594 – 0,644	128	119 – 140	Guyana	0,554	0,504 – 0,593
129	124 – 137	Myanmar	0,612	0,584 – 0,641	129	122 – 138	Perú	0,547	0,517 – 0,577
130	125 – 136	Viet Nam	0,611	0,587 – 0,634	130	126 – 136	Federación de Rusia	0,544	0,527 – 0,563
131	127 – 139	Samoa	0,602	0,579 – 0,626	131	115 – 145	Honduras	0,544	0,471 – 0,611
132	128 – 138	Senegal	0,601	0,584 – 0,620	132	114 – 147	Burkina Faso	0,543	0,472 – 0,611
133	129 – 139	Côte d'Ivoire	0,598	0,580 – 0,617	133	124 – 144	Santo Tomé y Príncipe	0,535	0,482 – 0,575
134	128 – 140	Kirguistán	0,598	0,575 – 0,620	134	119 – 151	Sudán	0,524	0,447 – 0,594
135	129 – 138	Kazajstán	0,598	0,581 – 0,615	135	118 – 150	Ghana	0,522	0,452 – 0,596
136	129 – 139	Benin	0,596	0,576 – 0,616	136	130 – 145	Tuvalu	0,518	0,481 – 0,551
137	127 – 142	Bahamas	0,593	0,564 – 0,624	137	124 – 149	Côte d'Ivoire	0,517	0,463 – 0,572
138	132 – 144	Mongolia	0,581	0,555 – 0,607	138	120 – 152	Haití	0,517	0,439 – 0,595
139	134 – 143	Haití	0,580	0,561 – 0,599	139	129 – 149	Gabón	0,511	0,456 – 0,553
140	131 – 144	Islas Marshall	0,579	0,549 – 0,609	140	130 – 148	Kenya	0,505	0,461 – 0,549
141	137 – 145	Comoras	0,570	0,550 – 0,590	141	133 – 147	Islas Marshall	0,504	0,469 – 0,534
142	137 – 145	Bolivia	0,567	0,544 – 0,590	142	135 – 150	Kiribati	0,495	0,455 – 0,529
143	139 – 146	Gabón	0,559	0,538 – 0,579	143	125 – 157	Burundi	0,494	0,411 – 0,572
144	138 – 148	Kiribati	0,554	0,525 – 0,581	144	125 – 162	China	0,485	0,375 – 0,567
145	140 – 148	Tayikistán	0,551	0,523 – 0,580	145	134 – 154	Mongolia	0,483	0,429 – 0,531
146	141 – 149	Papua Nueva Guinea	0,546	0,520 – 0,572	146	135 – 154	Gambia	0,482	0,427 – 0,533
147	144 – 154	Maldivas	0,524	0,496 – 0,555	147	138 – 154	Maldivas	0,477	0,430 – 0,516
148	146 – 153	Eritrea	0,521	0,504 – 0,538	148	137 – 159	Papua Nueva Guinea	0,467	0,400 – 0,522
149	146 – 154	Sudán	0,519	0,496 – 0,543	149	136 – 158	Uganda	0,464	0,404 – 0,526
150	146 – 155	Afganistán	0,517	0,488 – 0,547	150	138 – 159	Nepal	0,457	0,400 – 0,516
151	147 – 153	Mauritania	0,517	0,501 – 0,533	151	143 – 157	Kirguistán	0,455	0,410 – 0,490
152	145 – 158	Turkmenistán	0,513	0,479 – 0,546	152	142 – 158	Togo	0,449	0,398 – 0,501
153	147 – 156	República Popular Democrática de Corea	0,510	0,485 – 0,536	153	143 – 161	Turkmenistán	0,443	0,390 – 0,490
154	148 – 157	Somalia	0,506	0,480 – 0,530	154	147 – 163	Tayikistán	0,428	0,381 – 0,470
155	152 – 160	República Democrática Popular Lao	0,489	0,466 – 0,510	155	143 – 167	Zimbabwe	0,427	0,352 – 0,497
156	154 – 162	Guinea-Bissau	0,481	0,462 – 0,499	156	145 – 166	República Unida de Tanzania	0,422	0,368 – 0,479
157	153 – 162	Cambodia	0,481	0,460 – 0,501	157	149 – 168	Djibouti	0,414	0,355 – 0,459
158	153 – 162	Ghana	0,479	0,457 – 0,500	158	152 – 170	Eritrea	0,399	0,339 – 0,446
159	155 – 164	Togo	0,472	0,452 – 0,492	159	149 – 170	Madagascar	0,397	0,329 – 0,463
160	157 – 164	Guinea	0,469	0,455 – 0,483	160	155 – 166	Viet Nam	0,393	0,366 – 0,420
161	156 – 165	Chad	0,465	0,444 – 0,487	161	155 – 170	Guinea	0,385	0,334 – 0,425
162	157 – 166	Burkina Faso	0,463	0,441 – 0,483	162	154 – 172	Mauritania	0,384	0,328 – 0,431
163	158 – 167	Djibouti	0,457	0,434 – 0,479	163	156 – 176	Malí	0,361	0,284 – 0,429
164	160 – 166	República Centroafricana	0,454	0,436 – 0,470	164	150 – 181	Camerún	0,357	0,246 – 0,458
165	159 – 167	Angola	0,453	0,433 – 0,473	165	157 – 178	República Democrática Popular Lao	0,356	0,298 – 0,410



DESEMPEÑO CON RESPECTO AL NIVEL DE SALUD (EVAD)					DESEMPEÑO GLOBAL				
Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre	Posición	Intervalo de incertidumbre	Estado Miembro	Índice	Intervalo de incertidumbre
166	162 – 168	Nauru	0,444	0,424 – 0,464	166	160 – 176	Congo	0,354	0,302 – 0,401
167	164 – 170	Congo	0,433	0,411 – 0,454	167	157 – 180	República Popular Democrática de Corea	0,353	0,278 – 0,414
168	164 – 172	Mozambique	0,424	0,399 – 0,450	168	158 – 180	Namibia	0,340	0,268 – 0,413
169	167 – 171	Etiopía	0,418	0,400 – 0,435	169	164 – 179	Botswana	0,338	0,288 – 0,373
170	168 – 172	Mali	0,410	0,393 – 0,426	170	158 – 180	Níger	0,337	0,266 – 0,416
171	168 – 174	Burundi	0,403	0,374 – 0,435	171	163 – 180	Guinea Ecuatorial	0,337	0,277 – 0,384
172	169 – 174	Camerún	0,399	0,375 – 0,421	172	161 – 182	Rwanda	0,327	0,268 – 0,389
173	170 – 174	Madagascar	0,394	0,378 – 0,410	173	164 – 181	Afganistán	0,325	0,262 – 0,376
174	172 – 175	Guinea Ecuatorial	0,377	0,355 – 0,400	174	161 – 184	Camboya	0,322	0,234 – 0,392
175	174 – 176	Nigeria	0,353	0,331 – 0,375	175	164 – 182	Sudáfrica	0,319	0,251 – 0,374
176	175 – 178	Liberia	0,337	0,318 – 0,355	176	164 – 183	Guinea-Bissau	0,314	0,239 – 0,375
177	176 – 178	Níger	0,323	0,306 – 0,340	177	166 – 184	Swazilandia	0,305	0,234 – 0,369
178	176 – 178	Kenya	0,320	0,298 – 0,343	178	167 – 183	Chad	0,303	0,231 – 0,363
179	179 – 180	Uganda	0,280	0,264 – 0,295	179	167 – 186	Somalia	0,286	0,199 – 0,369
180	179 – 180	República Unida de Tanzania	0,279	0,260 – 0,298	180	173 – 185	Etiopía	0,276	0,215 – 0,326
181	181 – 185	Rwanda	0,240	0,214 – 0,265	181	172 – 186	Angola	0,275	0,198 – 0,343
182	181 – 185	Sudáfrica	0,232	0,209 – 0,251	182	170 – 186	Zambia	0,269	0,204 – 0,339
183	181 – 185	Sierra Leona	0,230	0,213 – 0,247	183	174 – 186	Lesotho	0,266	0,205 – 0,319
184	181 – 186	Swazilandia	0,229	0,205 – 0,255	184	170 – 187	Mozambique	0,260	0,186 – 0,339
185	182 – 187	República Democrática del Congo	0,217	0,198 – 0,235	185	171 – 188	Malawi	0,251	0,174 – 0,332
186	183 – 188	Lesotho	0,211	0,187 – 0,236	186	180 – 189	Liberia	0,200	0,117 – 0,282
187	186 – 188	Malawi	0,196	0,181 – 0,211	187	183 – 189	Nigeria	0,176	0,094 – 0,251
188	187 – 189	Botswana	0,183	0,172 – 0,194	188	185 – 189	República Democrática del Congo	0,171	0,100 – 0,232
189	185 – 189	Namibia	0,183	0,152 – 0,214	189	179 – 190	República Centroafricana	0,156	0,000 – 0,306
190	190	Zambia	0,112	0,095 – 0,129	190	175 – 191	Myanmar	0,138	0,000 – 0,311
191	191	Zimbabwe	0,080	0,057 – 0,103	191	190 – 191	Sierra Leona	0,000	0,000 – 0,079

# LISTA DE ESTADOS MIEMBROS SEGÚN LA REGIÓN DE LA OMS Y LOS ESTRATOS DE MORTALIDAD

## Región de África (AFR)

**Angola:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Argelia:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Benín:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Botswana:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Burkina Faso:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Burundi:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Cabo Verde:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Camerún:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Chad:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Comoras:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Congo:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Côte d'Ivoire:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Eritrea:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Etiopía:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Gabón:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Gambia:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Ghana:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Guinea Ecuatorial:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Guinea:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Guinea-Bissau:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Kenya:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Lesotho:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Liberia:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Madagascar:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Malawi:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Malí:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Mauricio:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Mauritania:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Mozambique:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Namibia:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Níger:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Nigeria:** en la niñez alta, de adultos alta  
**República Centroafricana:** en la niñez alta, de adultos muy alta

**República Democrática del Congo:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**República Unida de Tanzania:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Rwanda:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Santo Tomé y Príncipe:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Senegal:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Seychelles:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Sierra Leona:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Sudáfrica:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Swazilandia:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Togo:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Uganda:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Zambia:** en la niñez alta, de adultos muy alta  
**Zimbabwe:** en la niñez alta, de adultos muy alta

## Región de las Américas (AMR)

**Antigua y Barbuda:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Argentina:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Bahamas:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Barbados:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Belice:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Bolivia:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Brasil:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Canadá:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Chile:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Colombia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Costa Rica:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Cuba:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Dominica:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Ecuador:** en la niñez alta, de adultos alta  
**El Salvador:** en la niñez baja, de adultos baja

**Estados Unidos de América:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Granada:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Guatemala:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Guyana:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Haití:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Honduras:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Jamaica:** en la niñez baja, de adultos baja  
**México:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Nicaragua:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Panamá:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Paraguay:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Perú:** en la niñez alta, de adultos alta  
**República Dominicana:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Saint Kitts y Nevis:** en la niñez baja, de adultos baja  
**San Vicente y las Granadinas:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Santa Lucía:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Suriname:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Trinidad y Tabago:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Uruguay:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Venezuela, República Bolivariana de:** en la niñez baja, de adultos baja

## Región del Mediterráneo Oriental (EMR)

**Afganistán:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Arabia Saudita:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Bahrein:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Chipre:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Djibouti:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Egipto:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Emiratos Árabes Unidos:** en la niñez baja, de adultos baja

**Irán, República Islámica del:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Iraq:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Jamahiriyá Árabe Libia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Jordania:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Kuwait:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Líbano:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Marruecos:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Omán:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Pakistán:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Qatar:** en la niñez baja, de adultos baja  
**República Árabe Siria:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Somalia:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Sudán:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Túnez:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Yemen:** en la niñez alta, de adultos alta

### Región de Europa (EUR)

**Albania:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Alemania:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Andorra:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Armenia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Austria:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Azerbaiyán:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Belarús:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Bélgica:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Bosnia y Herzegovina:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Bulgaria:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Croacia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Dinamarca:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Eslovaquia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Eslovenia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**España:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Estonia:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Ex República Yugoslava de Macedonia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Federación de Rusia:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Finlandia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja

**Francia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Georgia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Grecia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Hungría:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Irlanda:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Islandia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Israel:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Italia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Kazajstán:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Kirguistán:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Letonia:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Lituania:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Luxemburgo:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Malta:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Mónaco:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Noruega:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Países Bajos:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Polonia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Portugal:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Reino Unido:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**República Checa:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**República de Moldova:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Rumania:** en la niñez baja, de adultos baja  
**San Marino:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Suecia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Suiza:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Tayikistán:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Turquía:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Turkmenistán:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Ucrania:** en la niñez baja, de adultos alta  
**Uzbekistán:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Yugoslavia:** en la niñez baja, de adultos baja

### Región de Asia Sudoriental (SEAR)

**Bangladesh:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Bhután:** en la niñez alta, de adultos alta  
**India:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Indonesia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Maldivas:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Myanmar:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Nepal:** en la niñez alta, de adultos alta  
**República Popular Democrática de Corea:** en la niñez alta, de adultos alta  
**Sri Lanka:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Tailandia:** en la niñez baja, de adultos baja

### Región del Pacífico Occidental (WPR)

**Australia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Brunei Darussalam:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Camboya:** en la niñez baja, de adultos baja  
**China:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Fiji:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Filipinas:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Islas Cook:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Islas Marshall:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Islas Salomón:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Japón:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Kiribati:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Malasia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Micronesia, Estados Federados de:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Mongolia:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Nauru:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Niue:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Nueva Zelandia:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Palau:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Papua Nueva Guinea:** en la niñez baja, de adultos baja  
**República de Corea:** en la niñez baja, de adultos baja  
**República Democrática Popular Lao:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Samoa:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Singapur:** en la niñez muy baja, de adultos muy baja  
**Tonga:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Tuvalu:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Vanuatu:** en la niñez baja, de adultos baja  
**Viet Nam:** en la niñez baja, de adultos baja

# AGRADECIMIENTOS

## Grupo Asesor de la Sede

Anarfi Asamoah-Baah  
James Banda  
Jamie Bartram  
Rafael Bengoa  
Andrew Cassels  
David Evans  
Pamela Hartigan  
Hans Hogerzeil  
Katja Janovsky  
Sergio Spinaci  
Jim Tulloch  
Eva Wallstam  
Hilary Wild  
Derek Yach

## Grupo de Referencia de las Regiones

Daniel López Acuña, AMRO  
Alastair Dingwall, WPRO  
Josep Figueras, EURO  
Martin Mckee, EURO  
Abdel Aziz Saleh, EURO  
U Than Sein, SEARO  
Leonard Tapsoba, AFRO

## Grupos de trabajo

### Demografía básica

Omar Ahmad  
Alan Lopez  
Doris Ma Fat  
Christopher Murray  
Joshua Salomon

### Causas de defunción

Christina Biller  
Cynthia Boschi Pinto  
Mie Inoue  
Alan Lopez  
Rafael Lozano  
Christopher Murray  
Eduardo Sabate  
Joshua Salomon  
Toshihiko Satoh  
Lana Tomaskovic

### Carga de morbilidad

Cynthia Boschi Pinto  
Somnath Chatterji  
Brodie Ferguson  
Mie Inoue  
Alan Lopez  
Rafael Lozano  
Colin Mathers  
Christopher Murray  
Anthony Rodgers  
Eduardo Sabate  
Toshihiko Satoh

Lana Tomaskovic  
Bedirhan Üstün  
Voranych Wangsuphachart

## Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad

Brodie Ferguson  
Alan Lopez  
Colin Mathers  
Christopher Murray  
Ritu Sadana  
Joshua Salomon

## Desigualdades de salud

Brodie Ferguson  
Julio Frenk  
Emmanuela Gakidou  
Gary King  
Christopher Murray  
Lana Tomaskovic

## Capacidad de respuesta

Charles Darby  
Amala de Silva  
Kei Kawabata  
Christopher Murray  
Nicole Valentine

## Equidad de la contribución financiera

Carmen Elisa Florez  
Jürgen John  
Kei Kawabata  
Felicia Knaul  
Patrick Lydon  
Christopher Murray  
Philip Musgrove  
Juan Pablo Ortiz de Iturbide  
Wibulpolprasert Suwit  
Aysit Tansel  
Hugh Waters  
Ke Xu

## Preferencias de los sistemas de salud

Julio Frenk  
Emmanuela Gakidou  
Christopher Murray

## Cuentas y perfiles sanitarios nacionales

Dominique Freire  
Patricia Hernández  
Catharina Hjortsberg  
Chandika Indikadahena  
Jack Langenbrunner  
Jean-Pierre Poullier  
Phyllida Travis  
Naoko Watanabe

## Análisis del desempeño

Lydia Bendib  
David Evans  
Jeremy Lauer  
Christopher Murray  
Ajay Tandon

## Datos económicos básicos

Yukiko Asada  
Lydia Bendib  
Steeve Ebener  
David Evans  
Raymond Hutubessy  
Jeremy Lauer  
Christopher Murray  
Tessa Tan-Torres Edejer  
Ajay Tandon

## Otros colaboradores

Gabriella Covino  
Dan Wikler  
Marie Windsor-Leutke

## Participantes en la Reunión Consultiva de Expertos en Sistemas de Salud (Ginebra, diciembre de 1999)

Walid Ammar  
(Ministerio de Salud, Líbano)  
Anders Anell  
(Instituto Sueco de Economía de la Salud, Suecia)  
Peter Berman  
(Escuela de Salud Pública de Harvard, Estados Unidos)  
Jonathan Broomberg  
(Praxis Capital, Sudáfrica)  
Richard Feachem  
(Jefe de redacción, *Bulletin of WHO*)  
Toshihiko Hasegawa  
(Instituto de Gestión de los Servicios de Salud, Japón)  
William Hsiao  
(Escuela de Salud Pública de Harvard, Estados Unidos)  
Jeremy Hurst  
(Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Francia)  
Barbara McPake  
(Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido)  
Abdelhay Mechbal  
(Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental)  
Ingrid Petersson  
(Consejo Nacional Sueco de Seguros, Suecia)  
Alexander Preker  
(Banco Mundial, Estados Unidos)  
Neelam Sekhri Feachem  
(Healthcare Redesign Group of Companies, Estados Unidos)  
Suwit Wibulpolprasert  
(Ministerio de Salud Pública, Tailandia)  
Beatriz Zurita  
(Fundación Mexicana para la Salud, México)

**Participantes en la Reunión de Informantes Claves (Ginebra, diciembre de 1999)**  
Jeannette Aguirre de Abruzeze  
(Bolivia)  
Robert Basaza (Uganda)  
Aleksandra Banaszewska (Polonia)  
Edgar Barillas (Guatemala)  
Gilbert Buckle (Ghana)  
Vung Nguyen Dang (Viet Nam)  
Charles Darby (Estados Unidos)  
Jose de Noronha (Brasil)  
Damani de Silva (Sri Lanka)  
Orkhon Dontor (Mongolia)  
Andras Fogarasi (Hungria)  
Samy Gadalla (Egipto)  
Zora Gerova (República Eslovaca)  
David Gzirishvili (Georgia)  
Jorge Hermida (Ecuador)  
Gilbert Hiawalyer (Papua Nueva Guinea)  
Pimonpan Isarabhakdi (Tailandia)  
Saroj Jayasinghe (Sri Lanka)  
Mohd. Ab. Kadar bin Marikar (Malasia)  
Shereen Khan (Bangladesh)  
Shixue Li (China)  
Marilyn Lorenzo (Filipinas)  
Gillian Moalosi (Botswana)  
Ok Ryun Moon (República de Corea)  
Grace Murindwa (Uganda)  
Lipika Nanda (India)  
Kai Hong Phua (Singapur)  
Bhojraj Pokharel (Nepal)  
Andreas Polynikis (Chipre)  
Farba Sall (Senegal)  
Dragomira Shuleva (Bulgaria)  
Agus Suwandono (Indonesia)  
Karl Theodore (Trinidad y Tabago)  
Martin Valdivia (Perú)  
Marcos Vergara (Chile)  
Gohar Wajid (Emiratos Árabes Unidos)  
David Whittaker (Sudáfrica)  
Yazoume Ye (Burkina Faso)  
Thomas Zigora (Zimbabue)  
Beatriz Zurita (México)

El *Informe sobre la salud en el mundo 2000* es un análisis técnico de la influencia creciente de los sistemas de salud en la vida diaria de la población en todo el mundo. Más que nunca, el informe tiene en cuenta el papel que desempeña cada cual en los sistemas de salud como prestador y consumidor de servicios sanitarios, contribuyente financiero, agente de salud y ciudadano que participa en su gestión responsable.

El sistema de salud es la interfaz indispensable entre las intervenciones destinadas a salvar vidas y mejorar la calidad de vida, por un lado, y las personas que las necesitan, por otro. Si los sistemas de salud son frágiles, el efecto de esas intervenciones será débil o incluso nulo. Por consiguiente, en toda iniciativa encaminada a mejorar la salud o utilizar mejor los recursos deberá concederse la máxima prioridad a los sistemas de salud.

Los sistemas de salud han contribuido enormemente en las últimas décadas a mejorar la salud de la mayoría de la población mundial. Ahora, en los albores de un nuevo siglo, nos ofrecen medios para seguir mejorando el bienestar de la población, y en particular de los pobres.

Pero hasta ahora se ha hecho poco para desentrañar los complejos factores que determinan que el desempeño de los sistemas de salud sea bueno o malo. ¿Por qué, con los mismos recursos, algunos sistemas tienen éxito donde otros fracasan? ¿Se rige el desempeño únicamente por las leyes de la oferta y la demanda, u obedece a otra lógica? ¿Por qué es tan general el descontento de los usuarios, incluso en los países ricos donde se benefician de los últimos adelantos? Cuando es preciso mejorar los sistemas, ¿de qué medios se dispone para medir su actuación y sus resultados?

Estas son algunas de las numerosas cuestiones abordadas en el informe. A partir de diversas experiencias y recurriendo a una serie de instrumentos analíticos, el informe expone la evolución de los sistemas de salud, analiza sus distintas características y define un conjunto coherente de funciones y metas comunes.

Fundando su análisis en estos elementos, el informe abre nuevas perspectivas presentando un índice del desempeño que tiene en cuenta tres objetivos fundamentales: mejorar el nivel y la distribución de la salud, aumentar la capacidad de respuesta de los sistemas a las expectativas legítimas de la población, y asegurar la equidad de las contribuciones financieras. Como se muestra de manera convincente en el informe, un buen desempeño dependerá sobre todo de la prestación de servicios de gran calidad, pero no solamente de eso: los sistemas de salud deben también proteger a los ciudadanos contra los riesgos financieros de la enfermedad y responder a sus expectativas respetando su dignidad.

Se explica a continuación en el informe que, para alcanzar esos objetivos, todo sistema deberá ser capaz de ejercer cuatro funciones principales: prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento, y administración general. En los capítulos dedicados a cada una de estas funciones se desarrollan nuevas teorías y se dan consejos prácticos sobre la manera de evaluar el desempeño y de mejorarlo dentro de los límites de los recursos disponibles.

De este modo, el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* aspira a propiciar un animado debate sobre los medios que permitirán medir mejor el desempeño de los sistemas de salud y, por consiguiente, marcar un nuevo rumbo que ofrezca garantías de éxito. Asimismo, arrojando nueva luz sobre los factores determinantes del funcionamiento de los sistemas de salud, la OMS espera ayudar a los responsables políticos a examinar el problema en toda su complejidad, a estudiar todas las opciones y a tomar juiciosamente las decisiones correspondientes.

