

Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud

Christopher J.L. Murray¹ y Julio Frenk²

El desempeño de los sistemas de salud varía ampliamente, y países con niveles similares de ingresos y de gasto en educación y salud pueden diferir en su capacidad de alcanzar las principales metas sanitarias. En este artículo se propone un marco para profundizar en el conocimiento del desempeño de los sistemas de salud. El primer paso consiste en definir los límites del sistema de salud, basándose en el concepto de acción sanitaria. Se entiende por acción sanitaria cualquier conjunto de actividades cuyo fin principal sea la mejora o el mantenimiento de la salud. Dentro de estos límites, el concepto de desempeño gira en torno a tres metas fundamentales: mejorar la salud, acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad de la contribución financiera. Mejorar la salud supone aumentar el nivel medio de salud y reducir las desigualdades en esta materia. La segunda meta, acrecentar la capacidad de respuesta, abarca dos componentes principales: a) el respeto a las personas (incluidas la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de las personas y las familias para tomar decisiones sobre su propia salud); y b) la orientación del usuario (inclusive la atención pronta, el acceso a redes de apoyo social durante la asistencia, la calidad de los servicios básicos y la posibilidad de elegir al dispensador de atención). La equidad de la contribución financiera significa que cada hogar pague una parte equitativa de los gastos sanitarios de un país (lo cual puede suponer que los hogares muy pobres queden exentos de pago). Así, todo el mundo queda protegido de los riesgos financieros que conlleva la necesidad de atención sanitaria. Para determinar el desempeño es preciso relacionar los resultados conseguidos con los recursos disponibles. El desempeño depende de la manera en que el sistema de salud organice cuatro funciones clave: la rectoría (concepto más amplio que el de reglamentación), la financiación (incluidas la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y las compras), la prestación de servicios (de salud personal y no personal) y la generación de recursos (personal, instalaciones y conocimiento). Estudiando esas cuatro funciones y la forma en que se combinan es posible no sólo comprender los determinantes inmediatos del desempeño del sistema salud, sino también plantearse cambios de política radicales.

Artículo publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization* 2000, **78** (6): 717–731.

Introducción

Los resultados en materia de salud varían ampliamente entre países con niveles similares de educación e ingresos (1, 2). Esa variación se debe, en parte, a los distintos niveles de desempeño del sistema de salud. Las diferencias en el diseño, el contenido y la gestión de los sistemas de salud se traducen en diferencias en una diversidad de aspectos valorados socialmente, como la salud, la capacidad de respuesta y la equidad. Los responsables de las decisiones a todos los niveles deben cuantificar las diferencias en el desempeño de los sistemas de salud, determinar los factores que influyen en ellas y adoptar políticas que permitan conseguir mejores resultados en distintos escenarios. También es preciso evaluar el desempeño de los subcomponentes del sistema, tanto de las distintas

regiones de los países como de los servicios de salud pública. Disponer de una información fiable y comparable sobre el desempeño del sistema de salud y sobre los factores que explican las variaciones en el desempeño puede servir para fortalecer los fundamentos científicos de la política sanitaria a nivel internacional y nacional. Consideramos que la existencia de un marco convincente y operacional para evaluar el desempeño del sistema de salud es esencial para la labor de los gobiernos, los organismos de desarrollo y las instituciones multilaterales.

Se han propuesto distintos marcos para medir el desempeño del sistema de salud (3–10), lo cual ilustra la importancia que se concede a esta cuestión. Aunque en conjunto esos marcos son una fuente notable de ideas y enfoques, creemos que es posible perfeccionarlos. Por ejemplo, los enfoques relativos al desempeño del sistema de salud presentan dos deficiencias relacionadas entre sí. Algunos consisten en listas de múltiples, y a menudo coincidentes, atributos deseables de los sistemas de salud. Por ejemplo, en algunos marcos se incluyen metas relativas a la salud, las desigualdades en salud, el

¹ Director, Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza. (Correspondencia.)

² Director Ejecutivo, Pruebas Científicas e Información para las Políticas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

alcance del sistema de salud, la financiación equitativa, la calidad, la satisfacción del usuario, la eficiencia en la asignación de los recursos, la eficacia técnica, la contención de los costos, la aceptabilidad política y la sostenibilidad financiera. Otros enfoques parten de la consideración de los indicadores disponibles para adoptar un sistema de evaluación del desempeño que reproduce las deficiencias conceptuales y técnicas de los sistemas existentes. Ambos enfoques son inadecuados para una evaluación completa y fiable del desempeño del sistema de salud.

Creemos que para elaborar un marco coherente y consecuente es necesario comenzar planteando una pregunta muy sencilla: ¿cuál es la finalidad de los sistemas de salud? Una vez que se han establecido claramente las metas intrínsecas de los sistemas de salud, es necesario medir esas metas y analizar el concepto de desempeño y los factores clave que lo determinan. Este documento es un marco y un plan de trabajo que se elaborarán y perfeccionarán mediante la labor que desarrollará la OMS durante los próximos años. Será de gran utilidad para estructurar los anexos estadísticos del *Informe sobre la salud en el mundo*. A partir de 2000, el informe aportará información sobre el desempeño del sistema de salud de cada país.

Al elaborar la base conceptual del desempeño de los sistemas de salud, este documento abarca ocho aspectos distintos: los límites del sistema de salud, la diferencia entre metas intrínsecas e instrumentales, la correspondencia entre los sistemas y las metas sociales, las metas principales del sistema de salud, las metas instrumentales de los sistemas de salud, los conceptos de desempeño y eficacia, la aplicación del concepto de desempeño a los subsistemas o instituciones y los factores clave que determinan el desempeño del sistema de salud. En la discusión se establecen algunas conclusiones y orientaciones futuras.

Límites del sistema salud

Se han propuesto muchos límites para distinguir el sistema de salud de los elementos ajenos a él (11–16). Algunos componentes, como los servicios de atención sanitaria individual que se prestan en los dispensarios, se incluyen en todas las definiciones, pero existe una mayor controversia respecto de otros componentes. Por ejemplo, ¿forma parte del sistema de salud la reglamentación que obliga a utilizar el cinturón de seguridad y su aplicación? Sin duda, todos los límites son arbitrarios, pero para realizar una evaluación del desempeño del sistema de salud es necesario establecer un límite operacional.

Para establecer esa definición operacional partimos del concepto de «acción sanitaria», que puede definirse como cualquier conjunto de actividades cuyo fin principal sea la mejora o el mantenimiento de la salud. Además, un sistema de salud incluye los recursos, actores e instituciones relacionados con la financiación, la reglamentación y la ejecución de acciones sanitarias. Este criterio del fin principal conduce a una definición amplia del sistema

de salud. Por ejemplo, incluye las actividades de mejora de la seguridad de las carreteras y los vehículos, cuya finalidad principal es reducir el número de accidentes de tráfico; incluye también los servicios de salud personal, contribuyan o no a la salud. Una importante ventaja del criterio del fin principal es que incluye en la evaluación del desempeño del sistema de salud a todos los actores e instituciones cuyo propósito principal es contribuir a la salud.

En esta definición quedan fuera del sistema de salud muchas acciones que influyen profundamente en la salud, como la educación de las niñas, porque la finalidad principal de la educación no es mejorar la salud. Esa exclusión no implica en modo alguno que se ponga en duda la importancia de determinantes de la salud que no forman parte del sistema de salud. Además, es esencial reconocer que los esfuerzos por influir en otros sectores son parte del sistema de salud cuando, como la educación de las niñas o la reducción de las desigualdades sociales, producen mejoras en los determinantes de la salud. Estas actuaciones intersectoriales tienen como finalidad mejorar la salud y, en consecuencia, cumplen el criterio del fin principal.

Incluso cuando se ha elaborado una definición articulada de la acción sanitaria, subsisten dudas respecto de una serie de acciones. Por ejemplo, ¿cuál es la finalidad principal de los programas de alimentación complementaria: mejorar la salud, previniendo la malnutrición, o remediar las desigualdades en materia de ingresos? En los casos ambiguos, particularmente en lo que respecta al agua y la nutrición, es necesario adoptar medidas arbitrarias para poder definir de forma coherente los sistemas de salud. Esta codificación de los límites de los sistemas de salud es esencial para esta actividad y otras conexas, como la contabilidad del sistema nacional de salud. Aunque es importante para llevar a cabo una medición práctica, la resolución de este número limitado de casos ambiguos no tiene trascendencia para el resto de este documento.

Metas intrínsecas e instrumentales

Se han establecido muchas metas loables respecto de los sistemas sociales, incluido el sistema de salud. Sin embargo, para poder mantener un debate bien fundado sobre las metas, es necesario distinguir entre metas intrínsecas — que tienen valor por sí mismas — y metas instrumentales, que en realidad son un medio para alcanzar otro fin. Las metas intrínsecas deben cumplir los dos criterios siguientes:

- Que sea posible aumentar el grado de consecución de la meta sin que se modifique el nivel de las restantes metas intrínsecas. Teóricamente, cualquier meta intrínseca es, al menos en parte, independiente de las demás.
- Que sea deseable aumentar el grado de consecución de una meta intrínseca. Si no lo es, se trata probablemente de una meta instrumental.

Las metas deseables que no cumplan esos criterios serán probablemente metas instrumentales. Utiliza-

remos la distinción entre metas intrínsecas y metas instrumentales para mantener en un nivel reducido la lista de metas del sistema de salud y para simplificar la medición de los logros conseguidos.

Sistemas sociales y metas sociales

Como se aprecia en la figura 1, la actividad organizada de la sociedad se estructura en torno a varios sistemas como la educación, la salud, la economía, la política, etc. Para cada uno de esos sistemas existe una meta definitoria, la razón de ser del sistema. Así, la meta del sistema educativo es educar a las personas, y la del sistema sanitario consiste en mejorar la salud. Además de la meta definitoria, existen otras dos metas que son comunes a todos los sistemas. Se trata de la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas legítimas de la población y la equidad de la contribución financiera necesaria para que funcione el sistema. Respecto de todos los sistemas y metas definitorias, la población tiene unas expectativas sobre el comportamiento que deben observar las instituciones y los actores en su intento de alcanzar una meta. Por ejemplo, ¿se respetan los derechos humanos? ¿En qué medida son las personas autónomas y participan en las decisiones? ¿Se trata a las personas con dignidad?

En todos los sistemas existe también el objetivo de la equidad de la contribución financiera. La definición de este concepto puede variar notablemente en los distintos sistemas. Tal vez, el mecanismo de mercado — se ha de pagar por lo que se obtiene — es apropiado para la mayor parte de los bienes de consumo, pero en el caso de la salud, la educación, la seguridad y otros sistemas, el concepto de equidad de la contribución financiera puede ser muy diferente.

Los sistemas educativo, de salud o de seguridad suelen influir (positiva o negativamente) en la consecución de las metas definitorias de otros

sistemas. Reconociendo esas interacciones, podemos definir para cada sistema una serie de metas transversales. La matriz de sistemas y metas resalta la interdependencia de todas las partes de la sociedad y las múltiples metas sociales a las que todos los sistemas pueden contribuir. Al mismo tiempo, reconoce la primacía de la meta definitoria y las metas comunes de capacidad de respuesta y equidad de la financiación.

Metas del sistema de salud

Sobre la base de la matriz de la figura 1 se pueden formular de manera más explícita las tres metas principales del sistema de salud: salud, capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera. Estas metas intrínsecas han de ser objeto de un seguimiento sistemático por todos los países y deben ser la base para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en los programas que facilite la OMS. Por ello, las evaluaciones de la consecución de las metas miden esas tres metas y relacionan la consecución de la meta con la utilización de los recursos, para evaluar el desempeño y la eficacia.

En el sistema de salud también existen metas transversales, que pueden revestir importancia y que deben ser objeto de un análisis y evaluación especiales. Por ejemplo, ¿hasta qué punto el sistema de salud favorece o entorpece la educación, la participación democrática, la producción económica, etc.? Una de las metas transversales más importantes es la contribución del sistema de salud a la producción económica, puesto que la salud y los sistemas de salud pueden incrementarla o reducirla. Por ejemplo, algunos métodos de financiación de la salud, como determinados seguros basados en el empleo, pueden obstaculizar la movilidad de la mano de obra y los resultados macroeconómicos (17, 18). Al mismo tiempo, hay cada vez más pruebas de que la mejora de la salud puede impulsar el crecimiento económico

Fig. 1. Metas y sistemas sociales

Metas sociales	Sistemas sociales				
	Educativo	Sanitario	Económico	Político	Otros
Educación					
Salud					
Consumo					
Participación					
Otros					
Capacidad de respuesta a las expectativas					
Equidad de la contribución financiera					

■ Meta definitoria de cada sistema
 ■ Metas comunes a todos los sistemas
 ■ Otras metas afectadas

WHO 00199/S

(19, 20). Estos son aspectos importantes que exigen un estudio más detenido, pero la naturaleza de las relaciones entre los distintos sistemas y la complejidad de las mediciones los excluye de la evaluación sistemática del desempeño del sistema de salud.

A continuación, trataremos de establecer con mayor precisión el contenido de cada una de las tres metas.

La salud

La meta definitoria del sistema de salud es mejorar la salud de la población. Si los sistemas de salud no contribuyeran a mejorar la salud, optaríamos por eliminarlos. La salud de la población debe reflejar la salud de las personas a lo largo de la vida e incluir como componentes esenciales la mortalidad prematura y los episodios de salud no mortales. Interesa tanto el nivel medio de salud de la población como las desigualdades en la distribución de la salud de la población (21).

La capacidad de respuesta

La segunda de las metas intrínsecas consiste en acrecentar la capacidad de respuesta del sistema de salud a las expectativas legítimas de la población. La capacidad de respuesta excluye expresamente las expectativas de mejora de la salud, que se recogen plenamente en la primera de las metas enunciadas. Se utiliza el término «legítimas» para poner en claro que al articular la capacidad de respuesta no se tienen en cuenta las expectativas frívolas que puedan existir en relación con el sistema de salud.

Consideramos que la capacidad de respuesta tiene dos componentes principales. El primero es el «respeto a las personas», y abarca aspectos de la interacción de las personas con el sistema de salud que en muchos casos tienen una importante dimensión ética. El respeto a las personas tiene tres dimensiones:

- *Respeto a la dignidad.* Los sistemas de salud podrían alcanzar niveles más elevados de salud encarcelando a las personas que padecen una enfermedad transmisible o esterilizando a quienes sufren trastornos genéticos, pero eso supondría una violación de los derechos humanos básicos (22–24). El respeto a la dignidad incluye las interacciones con los dispensadores de atención, como la cortesía y la sensibilidad en los momentos de la interrogación clínica o el examen físico, que pueden resultar embarazosos (25–29).
- *Respeto a la autonomía personal.* Las personas deben gozar de autonomía para tomar decisiones sobre su propia salud. Ellas mismas, si están en condiciones, o quienes las representen, deben tener derecho a decidir qué intervenciones desean recibir (25–27, 30–32).
- *Respeto a la confidencialidad.* En su interacción con el sistema de salud, las personas deben tener el derecho de preservar la confidencialidad de la información sobre su salud personal (33, 34). El respeto de la confidencialidad contribuye a la meta instrumental de mejorar la calidad de la atención

sanitaria; cuando las personas confían en que se respetará la confidencialidad de la información relativa a su salud personal, probablemente aportarán a los dispensadores de atención sanitaria una información importante para el historial clínico. Además, el respeto de la confidencialidad tiene un valor intrínseco, porque encarna el concepto básico de la intimidad y el control individual sobre la información personal (27, 35–39).

El segundo componente puede definirse como la «orientación del usuario» y abarca varios aspectos de la satisfacción del consumidor que no guardan relación con la mejora de la salud. Consta concretamente de cuatro elementos:

- *Atención pronta de las necesidades en materia de salud.* Las encuestas que estudian la satisfacción de la población con los servicios de salud demuestran sistemáticamente que la atención pronta es un elemento fundamental (40–44). Las personas valoran la rapidez de la atención porque puede traducirse en mejores resultados de salud; este valor instrumental está recogido en la meta definitoria de la salud. Las personas también valoran la atención pronta porque permite superar los temores y preocupaciones que suscita la espera del diagnóstico o el tratamiento. Factores tales como el acceso físico, social y económico influyen de forma decisiva en el valor intrínseco e instrumental de la rapidez de la atención.
- *Comodidades básicas.* Gozar de comodidades básicas en los servicios de salud, como unas salas de espera aseadas o una cama y una comida adecuadas en los hospitales son aspectos de la asistencia que la población valora en muy alto grado (45).
- *Acceso a redes de apoyo social durante la asistencia.* Aun cuando la asistencia se dispense con prontitud, si se presta en un lugar alejado de la familia y la comunidad del paciente, puede dificultar el acceso a las redes de apoyo social durante la asistencia y la recuperación. La expectativa de acceder al apoyo social no es sólo una meta instrumental, pues puede mejorar los resultados de salud, pues es también una característica intrínsecamente valiosa (46).
- *Elección de la institución y la persona que dispensan la atención.* Es posible que los pacientes deseen decidir quién ha de dispensarles la atención sanitaria (43). El interés se refiere más frecuentemente al dispensador individual de asistencia, y sólo en segundo término a la institución. La elección es un componente legítimo de la capacidad de respuesta y adquiere una importancia creciente cuando se han satisfecho otros elementos incluidos en esta lista.

Como en el caso de la salud, no interesa únicamente el nivel medio de capacidad de respuesta, sino también las desigualdades en su distribución. Preocuparse por la distribución de la capacidad de respuesta entre las personas supone un interés implícito en las diferencias relacionadas con factores sociales, económicos, demográficos y de otro tipo.

La equidad de la contribución financiera

Para conseguir la equidad en la financiación del sistema de salud es necesario hacer frente a dos desafíos principales. En primer lugar, los hogares no deben verse obligados a empobrecerse o a pagar una parte excesiva de sus ingresos para obtener la atención sanitaria que necesitan. En otras palabras, para garantizar la equidad en la contribución financiera se requiere un grado importante de mancomunación de los riesgos financieros. En segundo lugar, la contribución de los hogares pobres al sistema de salud debe ser menor que la de los ricos. En efecto, no sólo tienen menores ingresos, sino que destinan una mayor parte de ellos a satisfacer necesidades básicas como la alimentación y la vivienda. La contribución al sistema de salud debe reflejar esta diferencia entre ricos y pobres en cuanto a los ingresos disponibles.

Estas consideraciones se traducen en la propuesta normativa de que todos los hogares paguen una parte equitativa de los gastos sanitarios. (En el caso de los hogares muy pobres, «parte equitativa» significa que queden exentos de pago.) La suma pagada debería depender de los ingresos y no estar en función del uso de los servicios o del riesgo de enfermedad. Cuál deba ser la parte equitativa que paguen los pobres dependerá de la función que se atribuya al sistema de salud en la redistribución general de los ingresos. En algunos sistemas políticos, puede ser más fácil redistribuir los ingresos mediante un servicio de atención sanitaria gratuito a los pobres que utilizando mecanismos redistributivos directos. Desde la perspectiva del sistema de salud, sin embargo, al evaluar la equidad de la contribución financiera tal vez debería asumirse que la sociedad utiliza otros mecanismos para redistribuir los ingresos generales, como las transferencias directas. La amplia aceptación social de un mecanismo de financiación que prescriba que todo el mundo aporte una parte equitativa puede redundar también en una financiación más sostenible del sistema de salud.

La financiación equitativa parte de una perspectiva *ex post*, pues hace referencia a lo que ha pagado anteriormente el hogar por la atención sanitaria a través de todos los mecanismos existentes (pagos en efectivo, seguro voluntario privado, seguridad social, imposición general, impuestos indirectos, etc.) en relación con sus ingresos. Esta visión *ex post* guarda una estrecha relación con la visión *ex ante* del riesgo que afrontará el hogar por los gastos de atención sanitaria en el año venidero (47). De hecho, la distribución *ex post* del gasto del hogar en atención sanitaria es la realización de la distribución *ex ante* de los riesgos financieros.^a La diferencia entre

ambos para una población es consecuencia del azar. Esa diferencia podría ser considerable en una muestra de un número reducido de hogares, pero no en una muestra amplia. En otras palabras, una determinada distribución *ex post* del gasto sanitario familiar podría deberse a un margen relativamente pequeño de las distribuciones del riesgo de gasto sanitario *ex ante*. Dada la estrecha relación que existe entre ambas, la meta de la financiación equitativa comprende la preocupación relativa a la protección de la población frente al riesgo financiero.

La figura 2, en la que se resume nuestro punto de vista sobre las metas del sistema financiero, muestra que si bien nos interesa evaluar el nivel medio y la distribución de las dos primeras metas, es decir, la salud y la capacidad de respuesta, de la tercera meta, la contribución financiera, sólo nos interesa la distribución. El nivel de financiación sanitaria es una opción política crítica en cualquier sociedad, pero no una meta intrínseca. Aunque siempre es deseable conseguir una salud mejor y una mayor capacidad de respuesta, no es intrínsecamente positivo gastar una suma cada vez mayor de dinero en el sistema de salud. Antes bien, lo que importa es que la carga financiera se distribuya de forma equitativa entre los diferentes sectores de la población. El nivel de recursos invertidos en el sistema de salud es la variable respecto de la cual se mide el desempeño, y en las próximas secciones hacemos hincapié en la importancia que reviste la comparación de los recursos del sistema de salud a la hora de evaluar la consecución de las metas.

El marco propuesto está directamente relacionado con los conceptos familiares de calidad, equidad y eficacia. Así pues, se puede considerar que el nivel de consecución de las metas respecto de la salud y la capacidad de respuesta representa la calidad general del sistema de salud. Éste es un concepto más amplio que las definiciones de calidad que se centran en los

Fig. 2. Metas del sistema de salud en relación con los componentes objeto de evaluación

Componentes objeto de evaluación Metas	Nivel medio	Distribución
Mejora de la salud	✓	✓
Capacidad de respuesta a las expectativas	✓	✓
Equidad de la contribución financiera	—	✓

WHO 00200/S

^a La distribución *ex post* resulta afectada por el grado en que algunos hogares no obtuvieron asistencia por no poder sufragarla. *Ceteris paribus*, cabe pensar en un aumento del gasto total al aumentar la mancomunación de los riesgos financieros, porque algunas compras de atención sanitaria que no pudieron efectuarse en efectivo se pueden afrontar mediante un sistema de prepago. En la medida en que los hogares no compren atención sanitaria por no poder costearla, la salud de la población será peor de lo que podría haber sido.

servicios de salud personal (48, 49). Como se explica más detalladamente a continuación, la calidad es un subconjunto de la consecución de la meta global, pero no una medida del desempeño.

Análogamente, se puede considerar que la distribución de las tres metas expresa la equidad total del sistema de salud. Como en el caso de la calidad, la equidad es un subconjunto de la consecución de la meta global y no una medida del desempeño. Nuestro concepto de equidad del sistema de salud es más amplio que el de las meras desigualdades en salud, y refleja las evaluaciones amplias a las que se hace referencia en trabajos recientes (50).

Un tercer concepto relacionado con los anteriores es el concepto de eficacia, o consecución del conjunto de metas. La eficacia indica en qué grado se alcanza la combinación deseada de los cinco componentes de las tres metas, en relación con los recursos disponibles. Más adelante se analizan de forma más pormenorizada la consecución del conjunto de metas y la consecución de las metas individuales.

Inevitablemente, las distintas sociedades no atribuyen el mismo peso a estos componentes. De todas formas, creemos que a los efectos de una comparación global, puede ser útil desarrollar una función de ponderación consensuada. Esto permitiría calcular indicadores combinados del logro de las metas y de la eficiencia de los sistemas de salud. Esa ponderación consensuada a efectos de posibilitar las comparaciones mundiales debería inscribirse en un marco común de valores (51) y tener en cuenta las observaciones empíricas de las preferencias individuales respecto de las diferentes metas en las distintas sociedades. En último extremo, el uso eventual de un indicador combinado del logro de las metas será limitado, pero, al igual que con el Índice de Desarrollo Humano (52), se conseguirá así concitar una mayor atención hacia el desempeño de los sistemas de salud y los factores que lo explican.

Las metas instrumentales

Además de las tres metas principales de los sistemas de salud existen muchos otros objetivos que se han destacado en los debates sobre el desempeño de los sistemas de salud, como el acceso a la atención, la participación de la comunidad, la innovación y la sostenibilidad. Aunque no dudamos de su importancia, se trata de metas instrumentales cuya consecución permitirá aumentar el nivel de salud, la capacidad de respuesta y la equidad en la financiación. Consideremos, por ejemplo, el acceso a la atención. Si fijamos el nivel y la distribución de la salud, la capacidad de respuesta y la equidad de la financiación, pero modificamos el nivel de acceso, juzgamos que ello no sería intrínsecamente valioso. Un mejor acceso a la atención sanitaria es deseable en la medida en que mejora la salud, reduce las desigualdades en salud y aumenta la capacidad de respuesta, pero no es una meta intrínseca, sino instrumental, de los sistemas de salud. Una medición adecuada de la

consecución de las tres metas intrínsecas reflejaría plenamente las repercusiones del acceso a la atención (o de otras metas instrumentales) en los resultados sanitarios valorados por la sociedad. De la misma forma, la cobertura de muchos programas eficaces de salud pública, como la aplicación del DOTS a la tuberculosis, la inmunización, o los mosquiteros impregnados para el paludismo, son metas instrumentales que quedarían reflejadas en la medida de la salud y de la capacidad de respuesta.

Consecución de metas, consecución de un conjunto de metas y eficiencia

Contando con una serie de metas claramente definidas y con la manera de medirlas, podemos comparar el nivel de consecución de las metas en diferentes sistemas de salud. Existe una larga experiencia en la comparación de indicadores de la salud en los distintos países. Sin embargo, el concepto de desempeño es más complejo que el simple registro del grado de logro de las metas. Para determinar el desempeño de un sistema de salud es necesario relacionar los resultados logrados y los resultados que podrían haberse obtenido (21, 53). En otras palabras, el desempeño es un concepto relativo. Un país rico tiene niveles más altos de salud que un país pobre, pero ¿qué país ha alcanzado un mayor nivel de desempeño en relación con los recursos del sistema de salud? Afirmamos que el desempeño debe evaluarse en relación con los mejores y peores resultados posibles en unas determinadas circunstancias.

La figura 3 ilustra el concepto de desempeño en relación con la meta de mejorar la salud de la población. En el eje de ordenadas se representa el nivel de salud, y en el de abscisas los recursos invertidos en el sistema de salud. La línea superior indica, para las poblaciones A y B, el máximo nivel alcanzable de salud para cada nivel de gasto sanitario, teniendo en cuenta los determinantes de otros sistemas distintos de la salud, como el nivel de educación. De la figura se desprende claramente que el desempeño está relacionado con el nivel de gasto sanitario; por ejemplo, la población A tiene un nivel más bajo de salud que la población B, pero ambas tienen los mismos niveles de desempeño y gasto aproximadamente.

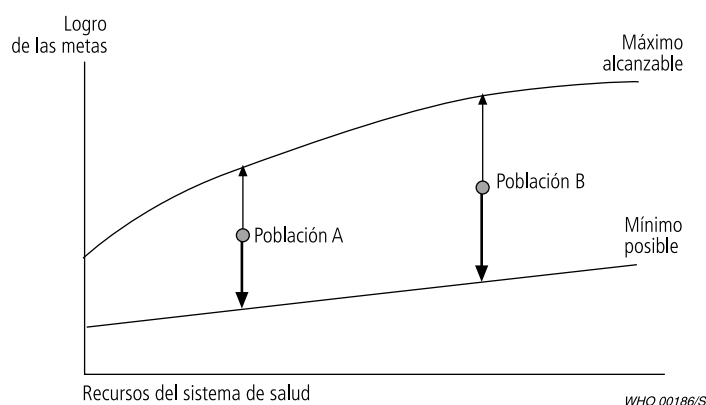
La medición de la consecución de las metas guarda relación con la siguiente pregunta: ¿se considera que el sistema de salud es responsable del nivel de ciertos determinantes clave de la salud cuya responsabilidad no incumbe plenamente al sistema de salud pero en los que éste puede influir? La respuesta a esta pregunta debe ser afirmativa. Se ha de considerar al sistema de salud responsable de esos determinantes más amplios de la salud, en la medida en que el mejor sistema de salud puede influir en ellos de modo distinto que el peor sistema de salud. Por ejemplo, se ha argumentado que no debemos considerar que el desempeño de un sistema de salud sea deficiente simplemente porque el nivel de

consumo de tabaco en la población sea alto, lo que a su vez determinará que los niveles de salud sean bajos. El corolario de este argumento es que no se ha de considerar a los sistemas de salud responsables de determinantes tales como el consumo de tabaco, la alimentación o la actividad física. Sin embargo, el argumento contrario tiene un peso notable: un buen sistema de salud debe prestar atención al nivel de consumo de tabaco y a los alimentos consumidos por la población. Al definir el desempeño, se debe conceder gran importancia a aquellos determinantes de los cuales puede considerarse responsable al sistema de salud. Tal cosa ocurre en relación con los niveles de tabaquismo, pero no probablemente en lo que respecta al nivel educativo.

El impacto del mejor sistema de salud posible en el nivel de un determinante concreto puede servir para establecer en qué medida debe considerarse al sistema de salud responsable de ese determinante de la salud. Sin embargo, el grado de influencia potencial de un sistema de salud en un determinante depende del marco cronológico del análisis. Con frecuencia, las reformas y cambios institucionales introducidos en el sector sanitario tardan varios años en dejar sentir plenamente sus efectos y, por tanto, la evaluación debe realizarse en una perspectiva a más largo plazo. Por ejemplo, un sistema de salud no puede conseguir los mismos resultados respecto del consumo de tabaco en un año que en cinco o diez años. En consecuencia, los indicadores del desempeño no deben ser demasiado sensibles al año elegido como punto de partida. Consideramos que el desempeño debe evaluarse con un horizonte temporal más dilatado, y que al calcular la meta más alta conseguible con un nivel determinado de gasto sanitario hay que tener en cuenta los resultados que pueden obtenerse a lo largo de muchos años. De lo contrario, nunca se podrá considerar a los sistemas de salud responsables de los errores o los éxitos del pasado.

Es posible evaluar el desempeño para cada uno de los cinco componentes de las tres metas especificadas. Ante una situación de escasez de recursos, las sociedades determinarán la importancia relativa de esas metas. En otras palabras, una sociedad puede obtener malos resultados en la esfera de la capacidad de respuesta y buenos en relación con la desigualdad en salud si, por elección, dedica una proporción más elevada de los recursos del presupuesto total a lo segundo que a lo primero. En último extremo, se utiliza un único presupuesto del sistema de salud para conseguir todas las metas. Dado que habrá un equilibrio entre algunas de las metas, el desempeño en la consecución del conjunto de las tres metas es también un modelo útil. En economía, el concepto de eficiencia supone producir un bien deseado al menor costo posible, o producir la máxima cantidad con un presupuesto fijo^b (54). En este

Fig. 3. El concepto de desempeño



sentido, el desempeño del conjunto de las metas — el grado en que un sistema de salud alcanza los resultados deseados con los recursos disponibles — es también la eficiencia del sistema de salud. Utilizaremos indistintamente los términos «consecución del conjunto de las metas» y «eficiencia» en el resto de este documento.

Como se ha señalado en la sección referente a las metas del sistema de salud, las sociedades pueden valorar los cinco componentes de las tres metas de forma distinta. Cada sociedad debe decidir sus propias opciones de política y ello puede afectar a la medida en que se alcanzarán cada una de las tres metas. De todas formas, creemos que no existen grandes variaciones en cuanto a la importancia que conceden a las distintas metas las diferentes sociedades del mundo. Una concepción común sobre la importancia de esas metas (51) permitirá comparar de forma fiable el desempeño de cada uno de los cinco componentes de las tres metas, y del conjunto de metas, entre distintos países. Estas comparaciones se utilizarán como base empírica para los debates sobre los efectos de los diferentes modelos de organización del sistema de salud. Al facilitar las comparaciones del desempeño y de la eficiencia, el marco propuesto en estas páginas puede enriquecer los debates de política sobre el diseño, organización y funcionamiento de los sistemas de salud. Medir el desempeño y la eficiencia utilizando un marco común no significa que vaya a surgir de ese análisis un diseño determinado del sistema de salud como referencia para todos los países.

El desempeño de los subsistemas u organizaciones

Es preciso relacionar el desempeño del sistema global de salud con el de los diferentes subcomponentes — o incluso organizaciones, como hospitales — del sistema. Los trabajos sobre el desempeño de los proveedores de servicios de salud personal están convergiendo con los dedicados a evaluar el desempeño global de los sistemas de salud. Por ejemplo, la *Agency for Health Care Policy and Research* de

^b Más formalmente, la eficiencia productiva se basa en el concepto de óptimo de Pareto, según el cual los factores de producción se asignan de tal forma que no es posible reasignarlos para producir una mayor cantidad de un bien sin producir menos de otro.

los Estados Unidos está estudiando la manera de elaborar un indicador nacional de la calidad de la atención, a partir de mediciones de la calidad de las organizaciones proveedoras implicadas (4). El marco conceptual que hemos presentado para el desempeño del sistema de salud en su conjunto puede aplicarse en gran medida a distintos subcomponentes como los servicios de salud no personal, o a organizaciones concretas, como un hospital o un proveedor de atención ambulatoria. La clave consiste en comparar el nivel de consecución de las metas para el conjunto de la población con el que se habría conseguido con el mejor y el peor desempeño posibles de ese subsistema u organización.

Esta correspondencia entre el sistema global y sus subcomponentes será adecuado para el nivel de salud y la capacidad de respuesta. En cambio, la contribución potencial de cualquier organización a los objetivos de distribución será mucho más reducida y mucho más difícil de estimar. A medida que se elabore y aplique este marco para evaluar el desempeño del sistema de salud será necesario dedicar una mayor atención a su aplicación a las organizaciones y subsistemas.

También es importante señalar que la aplicabilidad del enfoque a organizaciones o subsistemas determinados no significa que el desempeño global del sistema sea una simple función (aditiva, o incluso multiplicativa) del desempeño de los distintos subsistemas u organizaciones. Las interacciones entre, por ejemplo, el desempeño de actividades intersectoriales en la reducción de la exposición al tabaco mediante impuestos especiales y el desempeño de hospitales y dispensarios serán muy complicadas. En último extremo, tal vez no sea posible, ni conveniente, intentar definir la relación entre el desempeño global y el de los distintos subsistemas u organizaciones.

Factores que determinan el desempeño del sistema de salud

Cualquier intento sistemático de comprender el desempeño de los sistemas de salud deberá incluir el estudio de los factores que pueden explicarlo. Las reformas encaminadas a mejorar el desempeño requieren información sobre los factores determinantes. De entre el gran número de elementos que pueden ser objeto de reforma, ¿cuáles deben ser medidos y analizados? Esta tarea se puede abordar confeccionando largas listas de factores técnicos e institucionales, pero al elaborarlas se plantean con frecuencia tensiones entre los grupos que se centran en el contenido técnico de los servicios de salud (p. ej., las inmunizaciones o las unidades de cuidados intensivos) y los que dedican su atención al marco institucional del sistema de salud (p. ej., mecanismos de pago de los proveedores o seguridad social). Es necesario proporcionar un marco para reflexionar sobre los aspectos de los sistemas de salud que pueden influir en el desempeño y establecer

procedimientos para medirlos. Esta cuestión se estudia más detenidamente en otros trabajos (55–57).

Establecer una clasificación y una serie de medidas de los factores clave que pueden explicar la variación en el desempeño de los sistemas de salud es algo muy distinto de articular las metas de los sistemas de salud. Cada uno de los factores propuestos constituye una hipótesis que debe ser comprobada empíricamente. Por esa razón, toda lista tiene carácter provisional y es susceptible de ser ampliada o reducida a medida que se disponga de más datos.

Como se indica en la figura 4, en todo sistema de salud las organizaciones deben cumplir cuatro funciones básicas: la financiación, la prestación de servicios, la rectoría y la generación de recursos (humanos, físicos e intelectuales) (56). Cada sistema de salud deberá afrontar los problemas básicos de diseñar, aplicar, evaluar y reformar las organizaciones e instituciones que facilitan el desempeño de esas funciones. Es posible comparar las soluciones a esos problemas con arreglo a tres categorías principales, que configuran un proceso continuo que va de las directrices generales de política a aspectos operativos concretos: diseño estratégico, mecanismos estructurales y gestión de la ejecución. En las próximas secciones especificamos los elementos de cada una de esas funciones. Aunque se trata de un primer paso útil, es necesario un estudio más minucioso para comprender cómo afectan al desempeño las soluciones organizativas e institucionales.

La financiación

La financiación de los sistemas de salud es el proceso mediante el cual se recaudan ingresos de fuentes primarias y secundarias, se acumulan en fondos mancomunados y se asignan a las actividades de prestación de servicios. Para facilitar el análisis, es útil dividir la financiación del sistema de salud en tres subfunciones: recaudación de ingresos, mancomunidad de fondos y compras.

La *recaudación de ingresos* es la movilización de dinero a partir de fuentes primarias (hogares y empresas) y secundarias (gobiernos y organismos donantes). Existen ocho mecanismos básicos para movilizar fondos: pagos en efectivo, seguro voluntario en función de los ingresos, seguro voluntario en función del riesgo, seguro obligatorio, impuestos generales, impuestos específicos, donaciones de organizaciones no gubernamentales, y transferencias de organismos donantes.

Con toda probabilidad, el diseño estratégico de la recaudación de ingresos tiene una gran influencia en el desempeño de los sistemas de salud. Entre los dilemas principales que deben afrontar los responsables de la adopción de decisiones cabe mencionar el pago obligatorio o voluntario, el sistema de prepago frente al pago en el punto de prestación del servicio, y la progresividad de las primas o derechos de los seguros. Un elemento esencial de los mecanismos estructurales de recaudación de ingresos, que puede repercutir en el desempeño, es la administración de

las instituciones, principalmente por lo que se refiere a la distinta participación de los sectores público y privado. Otra decisión importante es la referente al número de organizaciones que desempeñan esta función, que a su vez plantea cuestiones de economías de escala y de concentración. Los aspectos de la gestión de la ejecución que pueden influir en el desempeño son las medidas adoptadas para evitar la evasión, los procedimientos específicos de recaudación y la asignación de los impuestos.

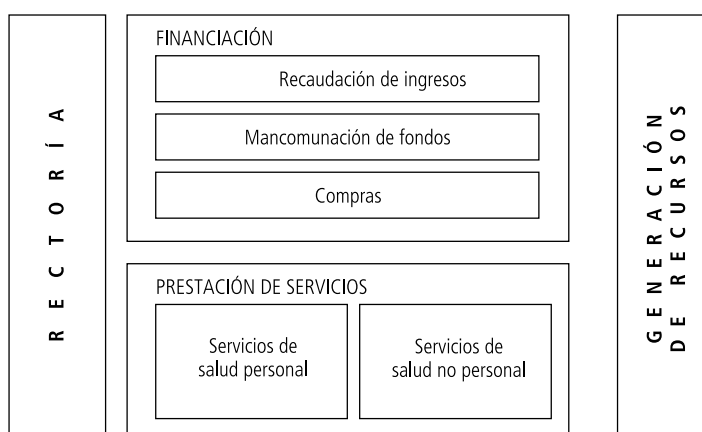
La **mancomunación de fondos** es la acumulación de ingresos en beneficio común de los participantes. Los recursos financieros mancomunados no están vinculados ya a un contribuyente concreto y los contribuyentes comparten el riesgo financiero. La mancomunación de fondos es distinta de la recaudación de ingresos, dado que algunos mecanismos de recaudación de ingresos, como las cuentas de ahorro para atención médica, no distribuyen los riesgos financieros entre los contribuyentes (58).

Los elementos del diseño estratégico de la mancomunación de fondos que influyen en el desempeño son la existencia de fondos mancomunados distintos para diferentes sectores de la población, así como para los servicios de salud personal y no personal, y las subvenciones cruzadas entre contribuyentes de alto y de bajo riesgo. Los mecanismos estructurales de la mancomunación de fondos son el tamaño y el número de fondos mancomunados, los mecanismos para transferir recursos entre distintos fondos, la elección y competencia entre los fondos mancomunados respecto de la afiliación, y la administración de las instituciones que mantienen fondos mancomunados. Un aspecto crucial de la gestión de la ejecución que puede afectar al desempeño son las normas que rigen el proceso de entrada y salida de las organizaciones que realizan esta función, incluidos los procedimientos para proteger a los contribuyentes en caso de insolvencia o bancarrota. Otra cuestión reglamentaria son las normas relativas a la gestión financiera de los fondos, inclusive el grado de riesgo de inversión permitido.

La **compra** es el proceso mediante el cual los ingresos acumulados en los fondos mancomunados se asignan a proveedores institucionales o individuales para proporcionar una serie de intervenciones. Este proceso puede abarcar desde meras actividades de presupuestación en sistemas públicos muy integrados, en los que el gobierno recauda ingresos a través del régimen fiscal general y los asigna a programas e instalaciones para el personal y a otros gastos, hasta estrategias más complicadas para adquirir unidades de insumos o productos.

El diseño estratégico abarca decisiones sobre lo que debe comprarse, la forma de hacerlo y a quién recurrir. Las decisiones de adquisición dependerán de los criterios utilizados para seleccionar las intervenciones. Otros mecanismos son la adquisición directa de intervenciones (injertos para derivaciones de arterias coronarias, inmunización infantil, etc.), la

Fig. 4. Funciones de los sistemas de salud



La rectoría abarca la financiación, la prestación de servicios y la generación de recursos. La generación de recursos abarca la financiación, la prestación de servicios y la rectoría.

WHO 00201/S

adquisición más general de tipos de servicios (servicios de médicos, días-cama de hospital, etc.) o la adquisición de insumos (facultativos, camas de hospital o vehículos). Otro aspecto del diseño estratégico es la elección de proveedores para que realicen intervenciones, incluidas cuestiones tales como los procedimientos de dirección y control o los procesos contractuales por los que se establece la relación entre el comprador y los proveedores, los criterios para seleccionarlos y los mecanismos de pago a los proveedores.

Los mecanismos estructurales que pueden influir en el desempeño son el tamaño y número de los compradores, el mecanismo de financiación de los compradores con cargo a los ingresos mancomunados, la elección y competencia entre compradores para la contratación y el régimen de gobierno de los compradores. Las cuestiones más importantes relativas a la ejecución y la gestión son los métodos de control de la cantidad y calidad de los servicios contratados. No es este artículo el marco adecuado para abordar el amplio conjunto de técnicas de examen de la utilización y de garantía de la calidad que pueden emplearse para orientar las decisiones de compra. Muchas de ellas constituyen la esencia de lo que se ha denominado «atención gestionada».

La prestación de servicios de salud

Esta función consiste en la combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un marco orgánico determinado y que lleva a proporcionar una serie de intervenciones. Para analizar esta función, es conveniente tener en cuenta la distinción convencional entre servicios de salud personal y no personal. Los primeros son servicios que recibe directamente el individuo, ya sean preventivos, de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación, generen o no externalidades. Los segundos son intervenciones que se aplican a colectividades (por ejemplo la educación sanitaria en gran escala) o a componentes no humanos del entorno (por ejemplo el saneamiento básico).

Servicios de salud personal. El diseño estratégico de la prestación de servicios de salud personal se ocupa fundamentalmente de las relaciones de cada organización proveedora con su entorno. Un conjunto de esas relaciones tiene que ver con la integración vertical de las distintas funciones. Aunque este tema se analiza en términos más generales más adelante, es necesario subrayar su importancia para la función de prestación de servicios, pues en este caso la cuestión esencial del diseño es el grado de integración con la función de compra. De hecho, lo que distingue a los sistemas nacionales de salud es si ambas funciones las lleva a cabo la misma organización, o si los proveedores son contratistas independientes de las entidades encargadas de las compras. Una de las principales propuestas de reforma de los sistemas integrados es precisamente la división entre compradores y proveedores. Un aspecto estrechamente relacionado con esta cuestión es la de la descentralización y la administración de las instituciones proveedoras, particularmente por lo que se refiere al grado de autonomía, incluso en un régimen de propiedad pública. El grado de influencia de estas opciones básicas de diseño en el desempeño de los sistemas de salud es un importante campo de investigación, con amplias repercusiones de política.

Los mecanismos estructurales se refieren fundamentalmente a la relación de las organizaciones proveedoras entre sí. Un aspecto básico es si dichas organizaciones son entidades distintas o si constituyen redes en niveles distintos de complejidad (es decir, servicios de atención primaria, secundaria y terciaria). La estructura de esas redes determinará si el acceso al servicio es directo o si los proveedores que establecen el primer contacto ejercen una labor de control. Este es un ejemplo del problema más general de la organización de las derivaciones entre los distintos niveles de atención, incluida la consideración de si esas derivaciones pueden traspasar los límites entre lo público y lo privado, o de si las redes privada y pública se mantienen separadas.

A diferencia de los dos primeros aspectos de la prestación de servicios, las cuestiones relacionadas con la gestión de la ejecución guardan relación sobre todo con la dimensión interna de cada organización proveedora, incluidos los procedimientos formales e informales mediante los que cada organización articula su labor, los sistemas de control y las relaciones de autoridad (59). Aspectos importantes son los sistemas de dotación de personal, tanto para la gestión como para los servicios clínicos (60). Los problemas habituales son si los puestos más altos de la administración de las organizaciones proveedoras los desempeñan médicos o administradores profesionales. A nivel clínico, la cuestión de la combinación de competencias entre las diferentes categorías de proveedores de servicios (médicos, enfermeras, agentes sanitarios comunitarios, etc.) será también uno de los determinantes del desempeño.

Servicios de salud no personal. Conceptualmente, se aplican las mismas cuestiones a los servicios

de salud no personal y personal. Ahora bien, en la mayor parte de los países, el sector público, frecuentemente el Ministerio de Salud, asume el papel dominante en la prestación de servicios de salud no personal.

Una cuestión esencial respecto del diseño estratégico es si una única organización presta una amplia gama de servicios de salud no personal, o si varias organizaciones especializadas proveen servicios específicos como la promoción de la salud, la seguridad ocupacional o la seguridad del tráfico por carretera. Como en el caso de los servicios de salud personal, es importante el grado de integración con la función de compra, así como el tipo de administración y la autonomía.

Una cuestión básica respecto de los mecanismos estructurales es, al parecer, el grado de integración de la prestación de servicios de salud personal y no personal. En los sistemas públicos, ¿recae en las mismas organizaciones y los mismos administradores la responsabilidad de esos dos tipos de servicios? En cuanto a los sistemas con proveedores privados, ¿existen incentivos y otros mecanismos para que presten también algunos servicios no personales, como la educación sanitaria en gran escala?

Por último, también se aplican aquí las cuestiones relativas a la administración interna de las organizaciones que se apuntaron respecto de la prestación de servicios de salud personal.

La generación de recursos

Los sistemas de salud no se componen únicamente de instituciones que financian o prestan servicios, sino que incluyen un grupo diverso de organizaciones que producen insumos para esos servicios, particularmente recursos humanos, recursos físicos como instalaciones y equipo, y conocimientos (15). De ese conjunto forman parte universidades y otras instituciones educativas, centros de investigación y empresas que producen tecnologías específicas, como productos farmacéuticos, dispositivos y equipo.

Las cuestiones de importancia relativas al diseño estratégico, los mecanismos estructurales y la gestión de la ejecución varían según el conjunto específico de organizaciones implicadas en la generación de recursos. Por ejemplo, en el caso de las instituciones de formación, como las escuelas de medicina y enfermería, una cuestión clave es la de su ubicación orgánica primaria, es decir, si pertenecen al Ministerio de Salud o al Ministerio de Educación. La pertenencia orgánica puede determinar el equilibrio entre la oferta y la demanda de personal sanitario. En el caso de las organizaciones de investigación, adquiere preponderancia la cuestión de la autonomía para establecer las prioridades. En cuanto a las industrias farmacéuticas y a otro tipo de industrias tecnológicas, cuestiones comunes de la estructura industrial, como el grado de concentración y de competencia, influirán muy probablemente en el desempeño del sistema de salud.

La rectoría

La rectoría, una función que se descuida en la mayor parte de los sistemas de salud, es un concepto más amplio que el de reglamentación. Abarca tres aspectos esenciales: formular, aplicar y vigilar normas para el sistema de salud; establecer unas reglas de juego uniformes para todos los actores del sistema (en particular, los compradores, los proveedores y los pacientes); y dar orientaciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto. Para afrontar estos aspectos, la rectoría puede subdividirse en seis subfunciones: diseño del sistema global, evaluación del desempeño, fijación de las prioridades, promoción intersectorial, reglamentación y protección del consumidor (56).

Diseño del sistema global. Consiste en la formulación de políticas al más amplio nivel. Comprende la forma en que se articulan todas las demás funciones del sistema de salud. Las diferentes cuestiones que se han analizado más arriba en relación con el diseño estratégico constituyen el contenido sustantivo de esta subfunción de la rectoría. A este respecto, la rectoría puede considerarse una metafunción, por cuanto se ocupa de la organización de todas las funciones restantes del sistema de salud.

Evaluación del desempeño. Es un elemento esencial para dar orientación estratégica y garantizar unas reglas de juego uniformes con el fin de evaluar el desempeño de las instituciones implicadas en la recaudación de ingresos, las compras, la prestación de servicios y el desarrollo de los recursos. Se trata de otra metafunción.

Fijación de las prioridades. La elección de criterios para establecer prioridades y alcanzar un consenso en torno a ellas son elementos básicos de la rectoría. Esta función tiene un aspecto técnico y otro político.

Promoción intersectorial. Se trata de promover en otros sistemas sociales políticas que permitan avanzar en la consecución de las metas sanitarias. Como se ha dicho anteriormente, determinantes económicos del estado de salud, como la educación de la mujer, no son propiamente parte del sistema de salud, pero es indudable que el hecho de hacer avanzar esos determinantes con la finalidad de mejorar la salud encaja con nuestra definición de acción sanitaria y, por lo tanto, queda dentro del ámbito del sistema de salud.

Reglamentación. En sentido estricto, reglamentación significa establecer normas. En el sistema de salud, existen dos tipos principales de reglamentación: la reglamentación sanitaria de bienes y servicios y la reglamentación de la atención sanitaria. La primera se refiere a las medidas que toman habitualmente las autoridades sanitarias para reducir al mínimo los riesgos que plantean para la salud los bienes y servicios del conjunto de la economía, especialmente las medidas relacionadas con los alimentos. La reglamentación de la atención sanitaria se refiere a organizaciones a las que se encomiendan las funciones financiera, de prestación de servicios y

de desarrollo de los recursos del sistema de salud. A este respecto, la reglamentación es también una metafunción dirigida a instituciones encargadas de otras funciones, mediante instrumentos como la acreditación, la certificación y la fijación de precios.

Protección del consumidor. Los mercados de los seguros y de la atención sanitaria se caracterizan por las asimetrías existentes entre consumidores y productores respecto de la información y el poder. En consecuencia, uno de los aspectos de la función de rectoría es conseguir unas reglas de juego uniformes para todos los actores del sistema de salud.

La combinación de estas seis subfunciones de la rectoría es la decisión clave en lo que respecta a su diseño estratégico. En efecto, parecen existir grandes diferencias sobre el grado en que las autoridades sanitarias asumen la responsabilidad de cada subfunción. En lo que concierne a los mecanismos estructurales, la principal consideración normativa guarda relación con la ubicación de la responsabilidad. Si bien la rectoría comporta generalmente un conjunto de funciones públicas básicas, las responsabilidades pueden ser asumidas por distintas ramas (ejecutivo y legislativo) y niveles (nacional o local) del Estado.

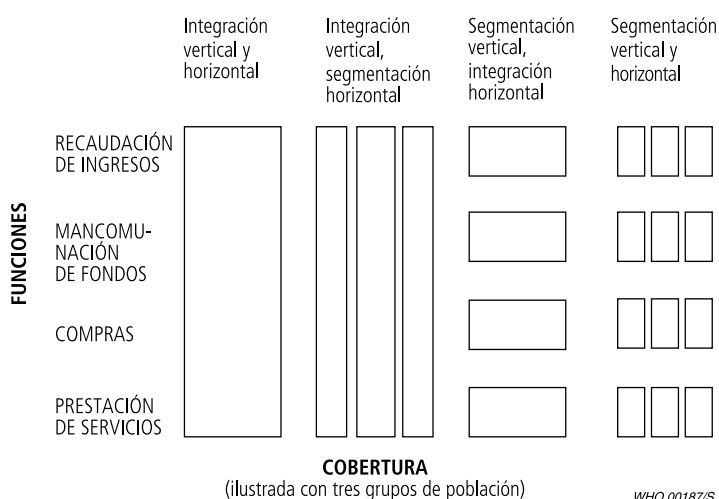
Por último, un aspecto importante de la gestión de la ejecución que influye en el desempeño es la capacidad efectiva para desempeñar las funciones de rectoría. En particular, la reorientación de la mayor parte de los ministerios de salud, de su función tradicional de proveedores de servicios a afrontar los nuevos desafíos que entraña la rectoría, implica una reestructuración organizativa de gran calado para la que tal vez no disponen de la capacidad adecuada.

La integración vertical

Como se ha indicado anteriormente, el desempeño del sistema de salud no está relacionado únicamente con la organización de cada una de las funciones, sino también con la forma en que cada función se relaciona con las demás. Por ejemplo, la integración vertical, con arreglo a la cual una entidad es responsable de más de una función, es la norma, y no la excepción. El grado de integración vertical puede repercutir en algunas combinaciones, como la recaudación de ingresos y las compras o las compras y la prestación de servicios, pero no en otras. La figura 5 ilustra cuatro ejemplos polares de integración vertical y horizontal o de segmentación de las funciones de financiación, prestación de servicios y rectoría; cada sección vertical representa una organización que realiza una o más funciones, y las secciones horizontales representan la cobertura de la población.

En el modelo de integración vertical y horizontal, las funciones de financiación, prestación de servicios y, en gran parte, rectoría se integran en una única organización del sector público que abarca a toda la población. El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, antes de las reformas thatcherianas, estaba próximo a esta integración total. La figura 5 ilustra también un sistema con integración vertical pero segmentación horizontal: diferentes organiza-

Fig. 5. Modelos de sistemas de salud, según el tipo de integración



ciones, cada una de las cuales integra las funciones de financiación y prestación de servicios, se ocupan de diferentes grupos de población. Como ejemplos que se aproximan a este modelo cabe mencionar los sistemas segmentados de gran parte de América Latina. A continuación, la figura 5 ilustra un sistema con segmentación vertical e integración horizontal. Ejemplifican este tipo de organización Australia, Colombia y varias comunidades autónomas de España. De hecho, muchas de las reformas que se proponen actualmente se orientan a este tipo de organización funcional del sistema de salud. También se ilustran sistemas de salud en los que existe segmentación vertical y horizontal.

Una cuestión normativa crucial es la posible influencia de la especialización o integración funcionales en el desempeño del sistema.

Factores externos al sistema de salud

Hasta aquí, el examen de los factores que influyen en el desempeño del sistema de salud se ha centrado en la organización de cinco funciones clave de los sistemas de salud y en el análisis de su integración vertical. Sin embargo, existen factores ajenos al sistema de salud que influyen en el desempeño de esas funciones. Por ejemplo, la existencia de un sistema judicial eficaz puede influir notablemente en la capacidad de los compradores para hacer cumplir los contratos a los proveedores. Las características generales de la acción de gobierno, como la aplicación de códigos de ética o la tolerancia de la corrupción, también pueden influir en el desempeño de la rectoría y de otras funciones. Estas interrelaciones ponen de manifiesto que algunos determinantes últimos del desempeño del sistema de salud residen fuera de la estructura formal de dicho sistema.

Discusión

Una preocupación fundamental para quienes se ocupan del desempeño de los sistemas de salud es

el alcance de la responsabilidad de los sistemas de salud. Dicho más claramente, ¿deben ser los sistemas de salud plenamente responsables de las acciones que se lleven a cabo en sus organizaciones, o, de forma más amplia, de determinantes clave de la consecución de las metas que son ajenos al sistema de salud? Se pueden adoptar dos posiciones a este respecto: la primera sostiene que es injusto considerar a los sistemas de salud responsables de elementos que no están totalmente bajo su control; y la segunda, que los sistemas de salud conseguirán mejores resultados si influyen en los determinantes ajenos al sistema. En el marco que hemos propuesto para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, afrontamos este debate de tres formas distintas.

En primer lugar, describiendo los niveles de consecución de las metas del sistema de salud, con independencia de las razones que los determinan, se puede recabar la atención nacional y mundial sobre los países que han obtenido resultados satisfactorios en la mejora de la salud, la reducción de las desigualdades en salud, la mejora del nivel y distribución de la capacidad de respuesta y la financiación equitativa del sistema.

En segundo lugar, la evaluación del desempeño relativo debe referirse también a la forma en que un país controla los determinantes ajenos al sistema de salud mediante una actuación intersectorial eficaz. Hay que incluir esos determinantes en mayor o menor grado porque, si no se considera que el sistema de salud es responsable de ellos, nadie propondrá que se afronten esas cuestiones. En muchos casos, la mayor esperanza de cambio radica en la capacidad del sistema de salud para explicar la necesidad de abordar esos problemas. Problemas tales como el consumo de tabaco, la alimentación y los comportamientos sexuales de riesgo deben figurar en la evaluación del desempeño del sistema de salud. Mucho menores son las posibilidades de que el sistema de salud influya en otros determinantes, como el nivel educativo, las desigualdades sociales generales y la biodiversidad, y ello debe reflejarse en la evaluación del desempeño del sistema de salud.

En tercer lugar, el margen de responsabilidad es mucho más estrecho cuando se evalúa el desempeño de subsistemas e instituciones. La responsabilidad general sobre los determinantes de la salud ajenos al sistema sanitario incumbe al sistema de salud en su conjunto. La evaluación del desempeño de los componentes del sistema reduce naturalmente el alcance de la responsabilidad a las acciones en las que influye directamente la institución en cuestión. Creemos que al abordar el problema a tres niveles podemos prestar atención a la consecución global de las metas del sistema de salud, el desempeño de los sistemas nacionales de salud y el desempeño de los subsistemas e instituciones.

Confiamos en que el hecho de diferenciar nítidamente las metas intrínsecas de los sistemas de salud de la organización funcional de esos sistemas y del contenido técnico de la prestación de servicios propiciará un diálogo más constructivo sobre las

políticas de salud. Desde hace tiempo se debate si es más importante la estructura del sistema de salud que el conjunto de intervenciones del sistema. Son los sistemas de salud los que deben llevar a cabo las intervenciones, y un sistema sin intervenciones eficaces no tiene ninguna utilidad. Estos dos puntos de vista no deben considerarse antagónicos, sino complementarios. Consideramos que al introducir indicadores claros del logro de las metas del sistema de salud y del desempeño, de la organización de las funciones clave del sistema de salud y del contenido técnico de la prestación de servicios de salud se propiciará un debate más razonado e informado sobre la interacción entre la estructura del sistema y la combinación de intervenciones.

En gran parte, el debate sobre el diseño de los sistemas de salud adopta la forma de declaraciones y contradecimientos sobre lo que funciona o lo que no funciona. Algunas afirmaciones se basan tan sólo en modelos teóricos o en datos endeble. Los economistas gustan de defender las políticas sanitarias con modelos de utilidad básica. Por ejemplo, si los usuarios están perfectamente informados y los proveedores son competitivos, las tarifas pagadas por los usuarios servirán para aumentar la eficacia (61). Dada la extrema diversidad de la organización de los sistemas de salud, cualquier dato se puede contrarrestar con otro de signo contrario, y muy pocas instancias decisorias y expertos en sistemas de salud poseen información sobre los distintos sistemas y sus niveles de eficacia.

La aplicación de este marco para evaluar el desempeño del sistema de salud sentará las bases para sustituir los discursos ideológicos sobre las políticas de salud por otro enfoque más empírico. Con el tiempo, será posible dar respuestas empíricas a cuestiones tales como la relación entre la organización de la financiación sanitaria y el nivel y distribución de la salud y la capacidad de respuesta. Esta línea de trabajo debería permitir averiguar, por ejemplo, en qué medida la competencia entre compradores o proveedores aumenta la capacidad de respuesta. Si el marco abarca las principales metas intrínsecas de los sistemas de salud y los factores

clave que explican las diferencias en cuanto al desempeño, sentará las bases de un enfoque más científico sobre las políticas de salud.

Las evaluaciones anuales del desempeño del sistema de salud centran la atención en las opciones de política que tienen a su alcance los gobiernos para conseguir mejoras. La institucionalización mundial de la evaluación del desempeño puede contribuir a la reflexión en curso sobre la función que le corresponde al Estado en los sistemas de salud. ¿Qué políticas permiten mejorar el desempeño? ¿Qué pruebas existen de que el Estado puede mejorar el desempeño mediante la adopción de esas políticas? Si los datos demuestran que tiene el potencial necesario para hacerlo, mejorar el desempeño se convierte en una función clarividente del Estado.

Este marco para evaluar el desempeño del sistema de salud es una labor inacabada, y sin duda evolucionará a medida que se aplique y se disponga de más datos sobre la relación entre la organización y el desempeño del sistema de salud. La formulación de un programa a largo plazo de esa naturaleza ayudará a los países de todo el mundo a articular una respuesta más adecuada a las complejas y cambiantes necesidades de sus poblaciones en materia de salud. ■

Nota de agradecimiento

El marco aquí presentado ha sido elaborado y perfeccionado en el curso de los debates que rodearon la preparación del *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. El equipo básico de redacción técnica, formado por Philip Musgrove, Andrew Creese, Alex Preker y Christian Baeza, ha contribuido de forma decisiva a la elaboración del marco. Hemos contado también con las valiosas observaciones de los miembros del Comité Directivo, el Grupo Consultivo y el Grupo de Referencia Regional del Informe sobre la salud en el mundo. Agradecemos asimismo las observaciones que sobre una versión previa de este artículo hicieron Kei Kawabata, David Evans, Dan Wikler, Pierre Lewalle, Emmanuela Gakidou, Michael Reich y Phyllis Freeman.

Referencias

1. **Preston SH.** Mortality and development revisited. *Population Bulletin of the United Nations*, 1986, **18**: 34–40.
2. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud.* Washington DC. Banco Mundial, 1993.
3. **Jee M, Or Z.** *Health outcome measurement in OECD countries: toward outcome-oriented policy making.* Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 1999 (DELSA/ELSA/WP1(98)6/ANN).
4. **Meyer G.** *Quality measurement initiatives in the US Federal Government.* Presentation at the Commonwealth Fund, March 1999.
5. **Aday LA et al.** *Evaluating the medical care system: effectiveness, efficiency, and equity.* Ann Arbor, University of Michigan, Health Administration Press, 1993.
6. **Knowles JC, Leighton C, Stinson W.** *Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators.* Bethesda, MD, 1997 (Partnerships for Health Reform, Special Initiatives Report No. 1).
7. **Hurst J.** *An assessment of health system performance across OECD countries.* Paris, OECD, Health Policy Unit (DELSA/ELSA/WP1(99)3, en prensa).
8. *Guidelines for the preparation of the health services system profile in the countries of the region.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 1999.
9. **Hoffmeyer UD, McCarthy TR** eds. *Financing health care.* The Netherlands, Kluwer Academic Publishers, 1994.
10. **Hsiao CW.** A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance. In: Dunlop D, Martins J, eds. *An International assessment of health care financing. Lessons for developing countries.* Washington DC, The World Bank, 1995: 15–29.

11. **Chernichovsky D.** Health system reform in industrialized democracies: an emerging paradigm. *Milbank Quarterly*, 1995, **73**: 339–372.
12. **Frenk J.** Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 1994, **27**: 19–34.
13. **Hsiao WC.** Comparing health care systems: what nations can learn from one another. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992, **17**: 613–636.
14. **North DC.** *Institutions and institutional development*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
15. **Roemer MI.** *National health systems of the world. Vol. 1: The countries*. New York, Oxford University Press, 1991.
16. **Terris M.** The three world systems of medical care: trends and prospects. *American Journal of Public Health*, 1978, **68**: 1125–1131.
17. **Buchmueller T, Valletta R.** *The effect of health insurance on married female labour supply*. Federal Reserve Bank of San Francisco, 1996 (paper 96–09).
18. **Gruber J, Madrian B.** *Health insurance and the labour market*. Cambridge MA, National Bureau of Economic Research, 1998 (NBER WP N.6762).
19. **Sacks J, Gallup J.** *Geography and economic growth*. Cambridge MA, Consulting Assistance on Economic Reform, Harvard Institute for International Development, 1999 (CAER II Discussion Paper No. 39).
20. **Bhargava A, Jamison DT, Lau LJ.** Modelling the effects of health on economic growth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (GPE Discussion Paper series). (En preparación.)
21. **Donabedian A.** Models for organizing the delivery of personal health services, and criteria for evaluating them. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1972, **50** (4): 103–154.
22. **Pernick, M.** Eugenics and public health in American history. *American Journal of Public Health*, 1997, **87** (11): 1767–1772.
23. **Muller CA.** Window on the past: the position of the client in twentieth century public health thought and practice. *American Journal of Public Health*, 1985, **75** (5): 470–476.
24. **Leavitt J.** 'Typhoid Mary' strikes back: bacteriological theory and practice in early twentieth-century public health. *Isis*, 1995, **86** (4): 617–618.
25. **World Medical Association.** *Declaration of Lisbon*, 1981 and 1995.
26. **The European Forum of Medical Associations and WHO.** *Principles of the Rights of Patients in Europe: a common framework*. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1996.
27. *Convención para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad de la Persona respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina*. Estrasburgo (Francia). Consejo de Europa, 1996.
28. **Wainwright P.** The observation of intimate aspects of care: privacy and dignity. In: Hunt G ed. *Ethical issues in nursing*. New York, Routledge, 1994: 38–54.
29. **Smith AM.** Dignity and medical procedures. *Journal of Medical Ethics*, 1981, **7** (2): 88–90.
30. **Brock D.** *Life and death: philosophical essays in biomedical ethics*. Cambridge, Cambridge University Press, 1993.
31. **US President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.** *Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship*. Washington, DC, Government Printing Office, 1982.
32. **Faden RR, Beauchamp TL, King NM.** *A history and theory of informed consent*. Oxford, Oxford University Press, 1986.
33. **Rylance G.** Privacy, dignity and confidentiality: interview study with structured questionnaire. *British Medical Journal*, 1999, **318**: 301.
34. **Beauchamp T, Childress J.** *Principles of biomedical ethics. Third edition*. Oxford, Oxford University Press, 1989.
35. **Bok S.** *Secrets*. Oxford, Oxford University Press, 1986.
36. **Lowes M, Havens DMH.** Privacy and confidentiality of health information. *Journal of Pediatric Health Care*, 1998, **12**: 42–46.
37. **Reiman J.** Privacy, intimacy, and personhood. *Philosophy & Public Affairs*, 1976, **6** (1): 26–44.
38. **Rachels J.** Why privacy is important. *Philosophy & Public Affairs*, 1975, **4** (4): 323–333.
39. **Schoeman FD.** *Privacy and social freedom*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
40. **Sitzia J, Wood N.** Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 1997, **45** (12): 1829–1843.
41. **Ross CK, Steward CA, Sinacore JM.** A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*, 1995, **33** (4): 392–406.
42. **Thompson AGH, Sunol R.** Expectations as determinants of patients' satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 1995, **7** (2): 127–141.
43. **Carr-Hill RA.** The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 1992, **13** (3): 236–249.
44. **Cohen G, Forbes J, Garraway M.** Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *British Medical Journal*, 1996, **313**: 841–844.
45. **Bernhart MH et al.** Patient satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine*, 1999, **48** (8): 989–996.
46. **Gilson L, Alilio M, Hegggenhougen 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.
47. **Murray CJL, Knul F, Xu K, Musgrove P, Kawabata K.** *Defining and measuring fairness of financial contribution*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/GPE Discussion Paper series, No. 24).
48. **Donabedian A.** Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1996, **44**: 166–203.
49. **Donabedian A.** Explorations in quality assessment and monitoring. In: Griffith JR, Filerman GL, Dixon M, Dornblaser B, Riedel DC, Stevens R, eds. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, University of Michigan, Health Administration Press, 1980.
50. **Daniels N, Light D, Caplan R.** *Benchmarks of fairness for health care reform*. New York, Oxford University Press, 1996.
51. **Bok S.** *Common values*. Colombia, MO, University of Missouri Press, 1995.
52. *Human Development Report 1999*. New York, Oxford University Press for the United Nations, 1999.
53. **Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszienianski L.** Quality, cost and health: an integrative model. *Medical Care*, 1982, **20** (10): 975–992.
54. **Boadway R, Bruce N.** *Welfare economics*. Oxford, Basil Blackwell, 1984.
55. **Frenk J.** Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 1993, **27**: 19–34.
56. **Londoño JL, Frenk J.** Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, **41**: 1–36.
57. **Kutzin J.** *Towards universal health care coverage: a goal-oriented framework for policy analysis*. WHO/GPE Discussion Paper series (En preparación.)
58. **Ozanne L.** How will medical savings accounts affect medical spending? *Inquiry*, 1996, **33** (3): 225–236.
59. **Scott WR.** Some implications of organization theory for research on health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, **44**: 35–64.
60. **Frenk J, Ruelas E, Donabedian A.** Staffing and training aspects of hospital management: some issues for research. *Medical Care Review*, 1989, **46** (2): 189–220.
61. **World Bank.** *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.