



## < Políticas y sistemas sanitarios

Este libro persigue facilitar el manejo de conceptos y análisis relacionados con las políticas de salud y los sistemas sanitarios:

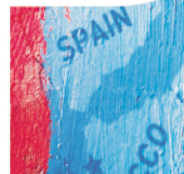
- > En el ámbito de las políticas sanitarias, se revisan las principales definiciones y conceptos de salud y su evolución a lo largo del tiempo; se presta atención a las políticas sanitarias puestas en práctica en los últimos 30 años; y se describen las principales técnicas usadas en la actualidad para elaborarlras.
- > En relación con los sistemas sanitarios, se presenta cada una de las llamadas funciones de los sistemas; se analizan de forma comparada los modelos de sistemas sanitarios actuales en todo el mundo, con énfasis en sus orígenes históricos y sociales; para acabar con las claves de los procesos de reforma actualmente en vigor.

Antonio Durán, autor del libro y director de Técnicas de Salud S.A., acredita una larga experiencia como profesor y consultor sobre estos temas, derivada de su participación en proyectos internacionales para la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y otras prestigiosas Instituciones de nivel nacional e internacional, tanto públicas como privadas. De hecho, el texto se apoya en documentación generada en el marco de recientes trabajos llevados a cabo por dicha empresa consultora.

Esta obra está dirigida tanto a profesionales que presten servicios en el terreno sanitario, como a otras personas interesadas en mejorar su formación en estos aspectos. No obstante, más que una guía para su aplicación práctica, el texto aspira a presentar una perspectiva introductoria de esta temática, que como plantea el autor en su conclusión, invite al lector a investigar mucho más.



# Políticas y sistemas sanitarios



# POLÍTICAS Y SISTEMAS SANITARIOS

ANTONIO DURÁN

*Profesor colaborador de la  
Escuela Andaluza de Salud Pública  
Director de  
Técnicas de Salud, S.A.*



Escuela Andaluza de Salud Pública  
**CONSEJERIA DE SALUD**

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

Durán, Antonio

Políticas y sistemas sanitarios/ Antonio Durán  
(Monografías EASP; 40)

1. Política de salud. 2. Sistema de salud.

WA 525

Edita: ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA  
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070  
18080 Granada, España  
[www.easp.es](http://www.easp.es)

ISBN: 84-87385-74-5

Depósito Legal: Gr-250/2004

Maquetación: J. A. Jiménez Molina

Diseño cubierta: Catálogo Publicidad

Imprime: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

Al igual que la mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos, no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

# ÍNDICE

---

## PARTE I. FUNDAMENTOS DE LA POLÍTICA SANITARIA

Presentación de la Parte I.....	9
<b>1. Principales definiciones en el terreno de la salud.....</b>	<b>11</b>
1.1. Evolución del concepto de salud.....	11
1.2. Determinantes de la salud y salud de la población: el «nuevo» pensamiento sobre asistencia sanitaria en la década de los setenta.....	19
<b>2. Políticas sanitarias en los últimos treinta años .....</b>	<b>23</b>
2.1. El paradigma de Salud para Todos.....	23
2.2. Un nuevo entorno en la salud y la asistencia sanitaria .....	26
2.3. El Informe del Banco Mundial 1993: invertir en Salud.....	30
2.4. Determinantes sociales de la salud .....	38
2.5. El Informe Mundial de la Salud de la OMS en el año 2000 y el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud .....	42
<b>3. Fundamentos prácticos de política sanitaria .....</b>	<b>49</b>
3.1. Conceptos y definiciones .....	49
3.2. Valores .....	52
3.3. El proceso político .....	56
<b>Referencias bibliográficas Parte I.....</b>	<b>59</b>

## PARTE II. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Presentación de la Parte II .....	63
<b>1. Funciones de los sistemas sanitarios.....</b>	<b>65</b>
1.1. Conceptos: fines, funciones y desempeño de los sistemas sanitarios.....	65
1.2. Financiación .....	68
1.3. Generación de recursos.....	74
1.4. Producción de servicios.....	79
1.5. Tutela de los sistemas sanitarios .....	84
<b>2. Tipos de sistemas sanitarios.....</b>	<b>91</b>
2.1. Historia básica de los sistemas sanitarios.....	91
2.2. Modelos de sistemas sanitarios .....	101
<b>3. Reforma de los sistemas sanitarios.....</b>	<b>109</b>
3.1. Evolución y reforma de los sistemas sanitarios .....	109
3.2. Seguimiento de la reforma de los sistemas sanitarios.....	124
<b>Referencias bibliográficas Parte II .....</b>	<b>131</b>
<b>Listado de siglas, abreviaturas y acrónimos utilizados.....</b>	<b>134</b>
<b>Índice de cuadros, figuras, gráficos y tablas .....</b>	<b>136</b>
<b>Mapa político de Europa y Asia.....</b>	<b>140</b>

## **Parte I. Fundamentos de la política sanitaria**

---

## Presentación de la Parte I

---

Este documento busca ayudar a los lectores a manejar cómodamente los conceptos y análisis usados habitualmente en el campo de la política de salud y servicios sanitarios. La Parte 1 trata sobre la política de salud, en tanto la 2 aborda los servicios.

Es presumible que un número importante de los lectores de este texto trabaje directamente en puesto de responsabilidad en el terreno sanitario. En función de ello, pasarán una parte importante de su tiempo discutiendo y trabajando sobre una temática acerca de la cual por desgracia existe relativamente poca literatura técnica en español (sobre todo de carácter actualizado, dado que la mayor parte de la bibliografía se publica en otros idiomas, especialmente inglés).

Mucha gente imputa a este hecho la pobreza teórica que a veces puede observarse en algunos debates. El presente texto aspira humildemente a contribuir a rellenar de algún modo ese vacío, y tiene un indudable enfoque práctico: resultar útil no sólo en el terreno del conocimiento, sino en la mejora del trabajo día a día. Aun así, y dada la complejidad del tema, no se pretende que el texto sea usado como una guía práctica, sino simplemente como una herramienta formativa de carácter general que puedan consultar en su proceso de lectura de documentación especializada. El texto no puede sustituir la formación académica reglada en el terreno de la política sanitaria, sino simplemente aportar una perspectiva introductoria de la misma. Aun estando escritos su mayoría en inglés, existen excelentes libros, a los que se remite al lector (muchos han sido recogidos en la sección sobre referencias bibliográficas, al final de cada una de las dos partes).

Debe hacerse constar aquí que este texto ha sido preparado en gran parte por Técnicas de Salud S. A. y usado como material docente para el personal que trabaja en los países para la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En todo caso, finalmente —y aunque se ha intentado en todo momento sustanciar cada uno de los puntos de vista expresados con referencias originales— debe señalarse que el autor es el único responsable de cualquier posible error o inexactitud que pudiera hallarse.

La estructura de este libro es la siguiente:

- Tras esta presentación, el lector encontrará una sección sobre las principales definiciones y conceptos de salud y su evolución en décadas recientes. En esta sección se definen los conceptos más importantes (salud, determinantes de la salud, indicadores, etc.) así como su desarrollo a lo largo del tiempo por parte de los autores fundamentales (McKeown, Dubos, Lalonde, Cochrane).

- La siguiente sección revisa la evolución de la política sanitaria en los pasados 30 años, comenzando por la de *Salud para Todos hasta el Informe Mundial de la Salud 2000* de la OMS.
- Finalmente, una sección sobre los elementos fundamentales de cómo se elabora la política sanitaria describirá las técnicas básicas usadas actualmente en este campo en el ámbito mundial.

Para facilitar su uso, el libro incluye al final un listado de siglas, abreviaturas y acrónimos utilizados y un mapa político de Europa y Asia Central.



## 1. Principales definiciones en el terreno de la salud

---

De modo muy resumido, las políticas sanitarias representan diversas opciones para tomar decisiones sobre los medios y fines (recursos y objetivos) movilizados en el campo de la salud, dentro del contexto político de cada sociedad. La política sanitaria tiene que ver con qué se consigue y cuánto se gasta en conseguirlo, quién se beneficia y quién contribuye, así como en qué forma se manejarán las situaciones, teniendo en cuenta los valores de la sociedad y las influencias políticas de las distintas partes interesadas.

Como antes se señaló (y más adelante en el texto se complementará con definiciones formales), el esfuerzo de cualquier sociedad a este respecto depende de dos grupos fundamentales de cuestiones: a) cuestiones de conocimiento y b) cuestiones de poder.

Las cuestiones de conocimiento son importantes porque las sociedades reaccionan contra la muerte y el sufrimiento sobre la base de la información de que dispongan. Pero, a su vez, lo que se sabe sobre los orígenes de la enfermedad, el dolor, la incapacidad y la muerte ha evolucionado con el tiempo. La comprensión de los determinantes más importantes de la salud, en particular, probablemente ha avanzado más en los últimos 30-40 años que en las 30-40 décadas anteriores.

Las políticas sanitarias, por tanto, tienen una base de conocimiento y es importante echar un ojo a la evolución de los conceptos de salud para entender la paralela evolución de los principales paradigmas políticos. Los conceptos filosóficos amplios acerca de los determinantes de la salud han cambiado periódicamente, haciendo hincapié unas veces en los factores socio-económicos y en cómo vive la gente, y otras en identificar las causas de la enfermedad y en cómo tratar a los enfermos. Las creencias y teorías sobre los determinantes de la salud tienen un efecto sobre la definición de enfermedad, las políticas públicas y la asignación de recursos. El asunto se trata en la sección siguiente.

Aun a riesgo de simplificar en exceso, el otro elemento clave en cualquier política es el poder (en pocas palabras, «la capacidad de hacer que otros hagan lo que tú quieres que hagan», Galbraith 1986). Cómo valorar la influencia de los diversos actores implicados, su agenda, etc., se abordará en el epígrafe 3.

### 1.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

A lo largo del tiempo, la gente siempre se ha preocupado de su salud y ha intentado de muchas formas mantenerla y mejorarla, o adaptarse a su declive. En consecuencia, sea

individualmente o en grupo y a diferentes niveles, la gente se ha implicado en una amplia gama de actividades que entienden podrían contribuir a mejorar su salud —de la magia a la ciencia, de la fe a la superstición— en un intento por evitar o corregir las circunstancias que creen pueden resultar dañinas.

De hecho, el interés teórico sobre la mejor manera de avanzar en este campo tampoco es un movimiento moderno. Existe una tradición tan vieja como la propia medicina en el diálogo entre Asclepios, el dios de la Medicina, e Hygieia, la diosa de la Prevención. Los contrastes de pareceres entre la intervención externa y la vida bien vivida han sido continuos desde el comienzo de los tiempos.

En los últimos treinta años, como antes se apuntó, la comprensión de qué significa salud y sus implicaciones ha evolucionado rápidamente. De entrada, sin duda hubo una época en que se la definía simplemente como «ausencia de enfermedad».

Desde hace mucho tiempo, asimismo, la salud y los servicios médicos han estado ligados. Ahora bien, el modelo sencillo de retroalimentación sobre las relaciones entre salud y asistencia sanitaria ha perdido su validez y nadie en la comunidad científica se atrevería hoy a decir que «la salud tiene sobre todo que ver con los médicos y los hospitales», como sucedía muchas veces antes e incluso después de la Segunda Guerra Mundial.

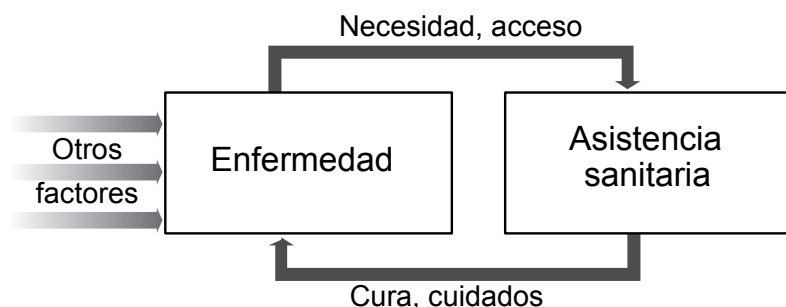


Figura 1. Relación simplista de retroalimentación entre enfermedad y asistencia sanitaria

Fuente: Evans R, Stoddart G. Producing health, consuming health services.

Analizando la evidencia disponible sobre las relaciones entre la *salud* y sus *determinantes* desde una perspectiva histórica, se llegó a una definición de salud más amplia. En 1948, en el preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se describía la salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la simple ausencia de enfermedad o malestar».

La importancia relativa de las diversas intervenciones en el terreno de la salud y la asistencia sanitaria frente a las intervenciones sobre otros factores que determinan la salud sigue

siendo un asunto sin resolver del todo, en parte por nuestra incompleta comprensión de los determinantes de la salud. Al repensar las relaciones entre la salud y los demás factores en los últimos treinta años es posible identificar los siguientes tres grandes hitos:

- En torno a la década de 1970, los trabajos de McKeown, Lalonde, Dubos, Cochrane y otros.
- A principios de los años noventa, los de Evans, Stoddart y sus colegas.
- Finalmente, los de Sen, Marmot y otros a finales de siglo.

Uno de los hechos fundamentales que desataron un interés renovado en (y una explicación de) las relaciones entre salud y sus determinantes fue el estudio de las principales caídas en las tasas de mortalidad ocurridas en los últimos 150 años. El aumento de la población mundial (en cifras, desde aproximadamente 750 millones de personas en 1750 a más de 6.000 millones hoy, lo que ha generado muchos entornos urbanos densamente poblados) es en sí mismo un signo de interrogación. ¿Qué causó dicho crecimiento poblacional?

Ha habido muchos intentos de explicar esta tendencia a lo largo de los siglos. Un informe de la Naciones Unidas en 1953 atribuyó el declive en la mortalidad a cuatro factores:

1. Medidas de salud pública.
2. Avances en el conocimiento médico y en la terapéutica.
3. Mejoras en la higiene personal.
4. Mejora de los estándares de vida.

A finales de la década de los cincuenta y principios de los sesenta, el microbiólogo y medioambientalista franco-americano René Dubos exploró la interacción entre las fuerzas del medio ambiente y el desarrollo físico, mental y espiritual de la humanidad. Dubos sostuvo que los humanos son tanto el producto del conjunto del medio ambiente como de su dotación genética. De hecho, el medio en que vivimos puede tanto estimular grandemente como limitar de forma severa el desarrollo del potencial humano.

Los pilares fundamentales de esta filosofía humanista eran que:

- Los problemas globales están condicionados por las circunstancias y elecciones que se hagan en el ámbito local.
- La evolución social nos permite repensar las acciones humanas y cambiar de dirección para promover un medio ambiente ecológicamente equilibrado.
- El futuro es optimista, porque la vida humana y la naturaleza son resistentes.

- Cada vez somos más conscientes de los peligros inherentes en las fuerzas naturales y las actividades humanas.
- Podemos beneficiarnos de nuestros éxitos y aplicar las lecciones aprendidas para resolver otros problemas ecológicos contemporáneos.

Un poco más tarde, McKeown y Brown, intentando comprender mejor las razones por las cuales la salud había mejorado, exploraron los factores que influyeron sobre el gran cambio en la mortalidad que tuvo lugar en el Reino Unido tras 1840. De su análisis de los certificados de mortalidad del «*Registrar-General*»<sup>1</sup> extrajeron diversas conclusiones. El grueso del cambio en la mortalidad no podía ser explicado mediante las intervenciones médicas porque durante ese periodo las intervenciones efectivas contra las principales causas de muerte simplemente no existían. El siguiente gráfico contiene los hallazgos de McKeown sobre la tuberculosis (TBC) como muestra de este estudio.

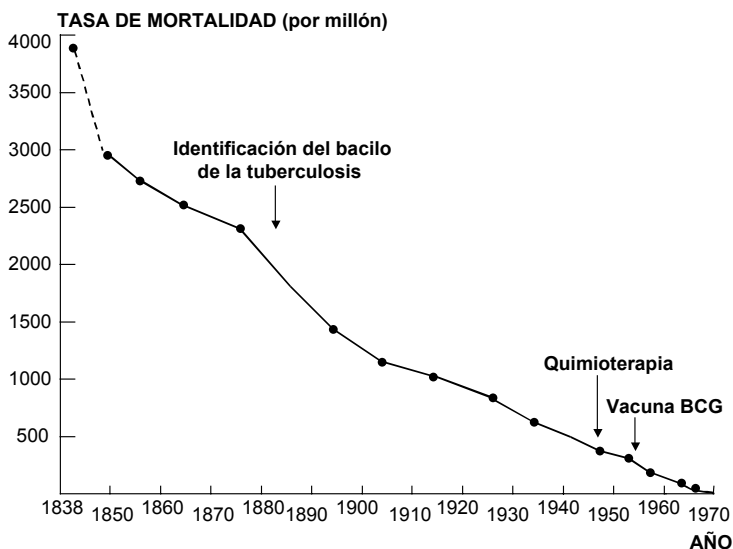


Gráfico 1. Tuberculosis respiratoria. Mortalidad anual media: Inglaterra y Gales

Fuente: McKeown T, Lowe CR. An introduction to social medicine.

En la misma línea es de destacar que también descendió mucho la mortalidad por enfermedades infecciosas iniciadas hacia finales del siglo XIX —incluidas las de transmisión aérea— que no podían explicarse fácilmente con la mejora en el suministro de agua y saneamiento.

<sup>1</sup> Sin figura equivalente en España. Se podría traducir por «Registador de la demografía».

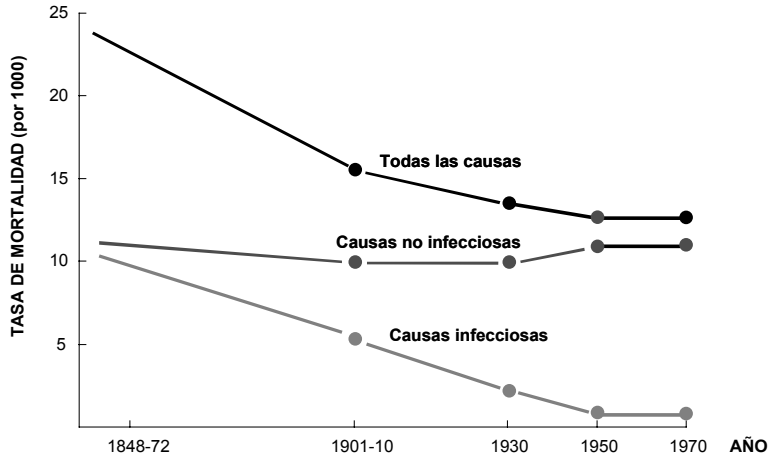


Gráfico 2. Mortalidad anual media (varones): Inglaterra y Gales, 1850-1970

Fuente: McKeown T, Lowe CR. An introduction to social medicine.

La conclusión de Thomas McKeown —a la cual llegó por exclusión— fue que el grueso del descenso en la mortalidad se debió a las mejoras en la prosperidad y la nutrición. Dichos estudios y las conclusiones, publicadas en su libro *El crecimiento moderno de la población*, desencadenó un debate y mucho estudio adicional que continúa en la actualidad.

A partir de ahí, hallazgos similares en otros países reforzaron la consistencia de estos hechos, en lo que ha sido llamada la «transición epidemiológica». Se adjuntan gráficos con los ejemplos de EE UU y Chile.

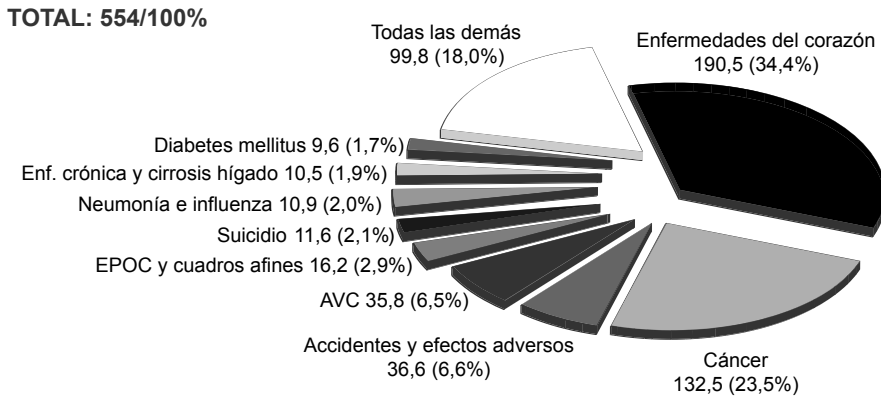


Gráfico 3a. Mortalidad por causas en EE UU, 1982

Fuente: Last J. Public Health and Human Ecology.

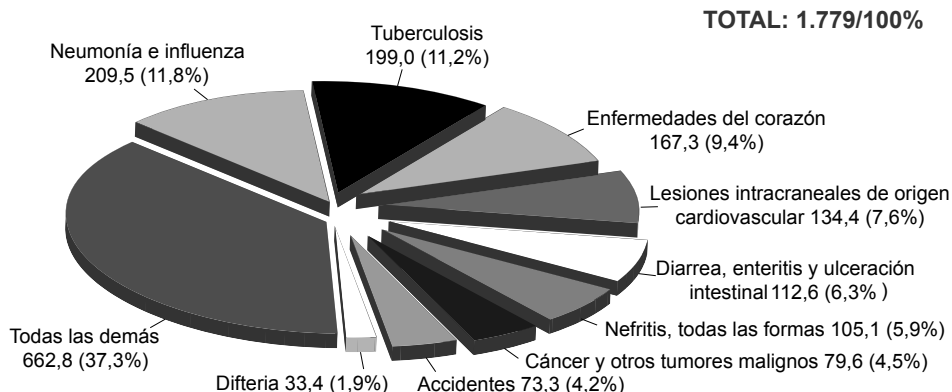


Gráfico 3b. Mortalidad (por 100.000) por causas en EE UU, 1900

Fuente: Last J. Public Health and Human Ecology.

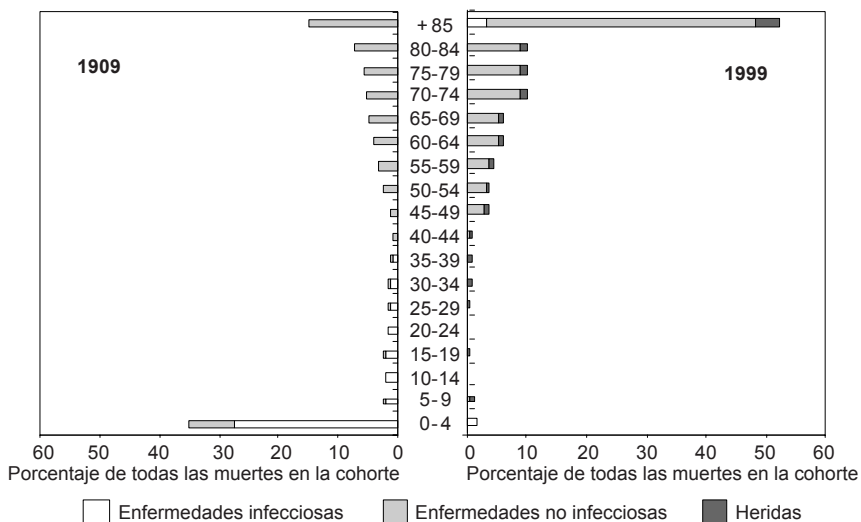


Gráfico 4. Distribución por edad de las muertes en Chile, mujeres, cohortes de 1909 y 1999

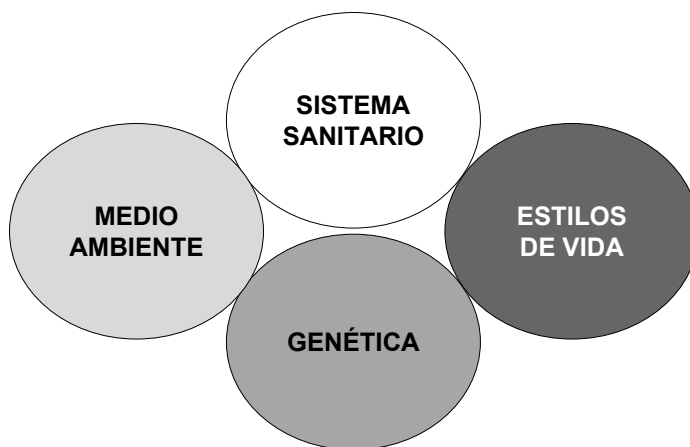
Fuente: WHO. World Health Report, 1999.

En 1972, el epidemiólogo británico Archibald Cochrane publicó otro influyente libro: *Efectividad y eficiencia, reflexiones aleatorias sobre los servicios sanitarios*. Los principios que estableció eran muy claros: sugería que, puesto que los recursos siempre serán limitados, debe usárselos para prestar de forma equitativa aquellas modalidades de asistencia sanitaria que hayan demostrado su efectividad en evaluaciones bien diseñadas.

En particular, Cochrane resaltó la importancia de usar evidencias obtenidas con ensayos controlados aleatorios (RCT, del inglés *randomized controlled trials*) porque éstos pueden aportar una información mucho más fiable que la de ninguna otra fuente de evidencia. Las proposiciones de Cochrane tuvieron una influencia profunda sobre la práctica de la Medicina y sobre la evaluación de las intervenciones médicas, y su trabajo condujo directamente al establecimiento de la *Cochrane Collaboration*, actualmente una iniciativa a escala mundial dedicada a hacer seguimiento, evaluar y resumir RCT en todas las áreas de la Medicina.

El cuerpo de evidencia sobre qué hace a la gente sana ha continuado creciendo. Basado directamente en el trabajo previo de McKeown y otros, el *Informe Lalonde* (por el nombre del entonces Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde) estableció a principio de la década de los setenta un marco teórico de cuáles son los factores clave que parecen determinar el estado de salud. Según dicho marco, son cuatro: los estilos de vida, el medio ambiente, la biología humana y los servicios sanitarios.

«Buena salud es el lecho de roca sobre el que se asienta el progreso social. Una nación de gente saludable puede hacer las cosas que hacen la vida digna de ser vivida, y conforme el nivel de salud progresa, lo mismo sucede con el potencial para ser felices. El sistema de asistencia sanitaria, sin embargo, es sólo una forma de mantener y mejorar la salud. Sobre las amenazas contra la salud que son medioambientales o están ligadas a la conducta, el sistema organizado de asistencia sanitaria puede hacer poco más que servir como red para recoger a las víctimas. La meta (del Gobierno de Canadá) continuará siendo no sólo añadir años a la vida, sino también vida a nuestros años.» (Lalonde, 1974).



*Figura 2. Lalonde: cuatro determinantes de la salud*

Fuente: Lalonde M. A new perspective on the health of the Canadians.

La contribución clave del *Informe Lalonde* fue conceptualizar la idea de política sanitaria más allá de la asistencia sanitaria. Citando a Thomas McKeown, el *Informe Lalonde* argumentó que los grandes factores contribuyentes a una mejor salud eran sobre todo los estilos de vida saludables, una mejor nutrición y un medio ambiente físico más sano. Declaró que los tres representan en la salud un papel mayor que los avances de la Medicina. El siguiente gráfico presenta las relaciones entre los cuatro determinantes.

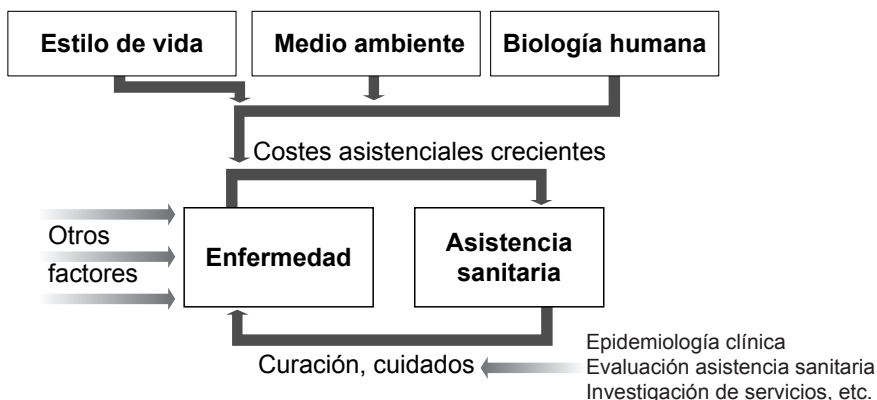


Figura 3. Relaciones entre los cuatro determinantes de Lalonde

Fuente: Evans R, Stoddart G. Producing health, consuming health services.

La tesis de Lalonde, una vez más, era que la contribución de la Medicina y la asistencia sanitaria son bastante limitadas, y que gastar más en asistencia sanitaria no daría como resultado significativas mejoras adicionales en la salud de la población. Por el contrario, otros factores como las condiciones de vida y trabajo son crucialmente importantes para conseguir una población saludable, como ilustran los hallazgos que se muestran a continuación.

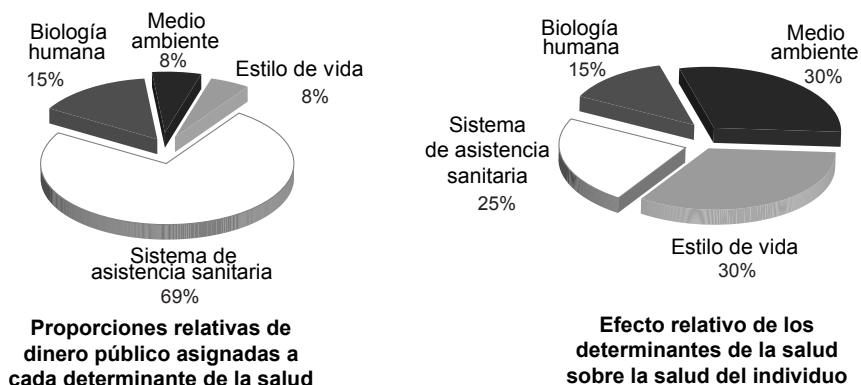


Gráfico 5: Otros factores cruciales para conseguir una población saludable según Lalonde

Fuente: Lalonde EM. A new perspective on the health on the Canadians.



## 1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD Y SALUD DE LA POBLACIÓN: EL «NUEVO» PENSAMIENTO SOBRE ASISTENCIA SANITARIA EN LA DÉCADA DE LOS SETENTA

Al amparo del marco de Lalonde tuvo lugar un desarrollo enorme del interés en el tema de cómo los factores socioeconómicos influyen sobre la salud. Se abrió paso así un debate sobre la importancia relativa de la asistencia sanitaria, las medidas tradicionales de salud pública, las políticas sanitarias idóneas y las relaciones entre el crecimiento económico, la prosperidad y la salud y bienestar de las poblaciones. Fueron identificados los siguientes factores clave:

- Los ingresos y el estatus social.
- Las redes de apoyo social.
- La educación.
- El empleo/ las condiciones laborales.
- Los entornos sociales.
- Los entornos físicos.
- Las prácticas personales relacionadas con la salud y las habilidades para hacer frente a los problemas.
- El desarrollo saludable del niño.
- La biología y la carga genética.
- Los servicios sanitarios.
- El género.
- La cultura.

Las definiciones que se aportan a continuación han sido tomadas de *Estrategias sobre la salud de la población: invertir en la salud de los canadienses* y *Hacia un futuro saludable: segundo informe sobre la salud de los canadienses*.

- Ingresos y estatus social: se entiende que es determinante de la salud más importante, considerados uno a uno. Muchos estudios muestran que el estado en términos de salud mejora en cada paso de la escala social y de los ingresos.
- Redes de apoyo social: el apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Algunos expertos concluyen que el efecto de las relaciones sociales sobre la salud podría ser tan importante como factores de riesgo del tipo del tabaco, la actividad física, la obesidad y la presión arterial alta.

- Educación: el estado de salud mejora con el nivel de educación. La educación mejora las oportunidades de conseguir ingresos y seguridad en el empleo, al tiempo que equipa a la gente con cierto grado de control sobre sus circunstancias vitales, factores fundamentales que influyen en la salud.
- Empleo y condiciones de trabajo: quienes tienen más control sobre las circunstancias de su trabajo y menos estrés relacionado con las exigencias del puesto de trabajo son más saludables. Los riesgos y heridas del puesto de trabajo son causas significativas de problemas de salud.
- Medio ambientes físicos: la calidad del aire, el agua y el suelo son influencias clave sobre la salud. Factores del entorno creado por el hombre, como la vivienda, la seguridad en el trabajo, la vida en comunidad y el diseño de las carreteras son también influencias importantes.
- Biología y dotación genética: la dotación genética del individuo, el funcionamiento de los diversos sistemas del organismo y los procesos de desarrollo y envejecimiento son un determinante fundamental de la salud.
- Prácticas personales relacionadas con la salud y habilidades para afrontar los problemas: los entornos que capacitan y apoyan las opciones y estilos de vida saludables, así como el conocimiento, las intenciones, la conducta y las habilidades para afrontar dificultades de forma saludable de la gente, son influencias importantes sobre la salud.
- Desarrollo saludable del niño: el efecto de las experiencias prenatales y de la primera infancia sobre la salud, el bienestar, la resistencia ante la adversidad y la competencia profesional en etapas posteriores es muy poderoso.
- Servicios sanitarios: los servicios sanitarios, particularmente los diseñados para mantener y fomentar la salud y prevenir la enfermedad, también contribuyen.
- Género: la palabra género apela al arraigo de determinados roles socialmente determinados: los rasgos de la personalidad, las actitudes, conductas, valores, poder relativo e influencia que la sociedad adjudica a los dos sexos sobre bases diferenciales. Las normas «de género» influyen en las prácticas y prioridades de los sistemas sanitarios. Numerosos temas en el terreno de la salud se fundamentan en estatus o roles sociales basados en el género.
- Cultura: algunas personas o grupos pueden afrontar riesgos adicionales para su salud por causa de un determinado entorno socioeconómico, que está en gran medida determinado por los valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como la marginalización, la estigmatización, la pérdida o devaluación del lenguaje y la cultura y la falta de acceso a una asistencia y servicios sanitarios culturalmente idóneos.

Cada uno de estos factores ha demostrado ser importante por sí mismo. Al mismo tiempo, están interrelacionados. Por ejemplo, un bajo peso al nacer está relacionado no sólo con problemas en la infancia, sino también en la edad adulta. La investigación muestra una fuerte relación entre nivel de ingresos de la madre y peso al nacer del niño. El efecto se produce no sólo en los grupos sociales sometidos a mayor desventaja económica. Conforme se sube cada escalón de la escala de ingresos, las madres tienen niños cuyo peso es crecientemente mayor, en promedio, que los del escalón más bajo. Ello indica que los problemas son no sólo consecuencia de la mala nutrición maternal y las prácticas de salud asociadas con la pobreza, sino que los problemas más serios tienen lugar en el grupo de ingresos más bajos. Al parecer, factores como la capacidad de hacer frente a las dificultades y la sensación de control y dominio sobre las circunstancias vitales también juegan un papel.

Por primera vez, por tanto, se presentaba la salud no como el objetivo de la vida, sino como un recurso para la vida cotidiana; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, además de en la capacidad física.

En la misma línea, se introdujo también a escala masiva el concepto de «salud de la población». Las palabras «salud poblacional» describen un enfoque de cómo mejorar la salud que se centra en la de las comunidades o poblaciones en lugar de en la de los individuos.

El concepto examina factores que mejoran la salud y el bienestar del conjunto de la población. De forma coherente con la definición de salud de la OMS, se lo contempla como un recurso para la vida cotidiana. El enfoque de salud de la población busca influir positivamente en las condiciones que capacitan a la gente para efectuar opciones saludables y elegir los servicios que fomenten y mantengan la salud.

*Tabla 1. Diferencia entre la asistencia tradicional y el enfoque de salud poblacional*

ASISTENCIA SANITARIA TRADICIONAL	SALUD DE LA POBLACIÓN
Centrada en el individuo	Centrada en el grupo
Énfasis en el tratamiento o la rehabilitación	Énfasis en las cosas que contribuyen a la salud
Aporta cuidados a los individuos con problemas	Adopta estrategias de prevención de la enfermedad que afectan a grupos o poblaciones enteros

La argumentación era que un enfoque de salud de la población aportaría los siguientes beneficios:

- Mayor prosperidad: una población saludable contribuye a una economía activa.

- Bienestar global de la población: el enfoque de salud poblacional apoya los valores de seguridad, bienestar físico y mental y trabajo; son valores que ayudan a los individuos y comunidades a resolver las necesidades básicas y poseer mayor control sobre sus vidas.
- Un sistema sanitario más capacitado para responder a su comunidad y más costo-efectivo.
- Ganancias no sólo a largo plazo, sino también inmediatas: algunas acciones producen resultados a muy corto plazo, como prevenir las lesiones mediante la mejora de las condiciones laborales.

Con este enfoque, los servicios asistenciales orientados al tratamiento, la rehabilitación y el apoyo seguirán siendo necesarios. Se plantea como importante, sin embargo, que las políticas, programas y servicios provinciales y regionales reconozcan y apoyen las citadas estrategias de salud de la población de una manera más práctica.

El marco teórico del nuevo enfoque definido por René Dubos, Thomas McKeown, Archibald Cochrane y Marc Lalonde dominó el campo de la salud durante los últimos años de las décadas de los setenta y los ochenta. Con diferencia, su principal éxito fue que la Organización Mundial de la Salud lo hiciera suyo.

## 2. Políticas sanitarias en los últimos treinta años

---

### 2.1. EL PARADIGMA DE SALUD PARA TODOS

Preocupada por el aumento de los costes de la asistencia sanitaria (ver cifras en la Parte II del texto sobre sistemas sanitarios) y estimulada por los antes citados hallazgos científicos, la Organización Mundial de la Salud lanzó en 1982 la política de *Salud para Todos* (SPT), que tendría una influencia enorme en todo el mundo y particularmente en Europa, donde se la resumió en forma de 38 metas, aceptadas por los países.



Figura 4. Metas de Salud para Todos de la OMS de 1982

Fuente: WHO. Targets for Health for All.

Según este marco, la mejora de la salud de la población requeriría poner un énfasis renovado en la planificación y las políticas, así como en el proceso estratégico, que debería comenzar con una valoración de las necesidades de salud de la población en cuestión (tamaño del problema, distribución de la carga y vulnerabilidad).

Tal valoración sería la base sobre la cual desarrollar las políticas y estrategias sanitarias, que incluirían: a) planificación y prioridades a medio y largo plazo según se las hubiera

acordado con los diversos actores sociales y b) objetivos y metas tangibles que permitirían evaluar los logros, muchos de los cuales se hallan fuera del sistema sanitario, como por ejemplo la vivienda, el transporte, la educación, etc.

En el marco teórico de las citadas estrategias habría que tomar las decisiones para desarrollar servicios mediante un equilibrio real entre los servicios de promoción de la salud, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Tal proceso lograría en conjunto mejoras en la salud (mejores niveles de la misma, satisfacción, economía, equidad...). Estos cuatro elementos están interrelacionados y constituyen un ciclo que se reajusta en el tiempo.

En su comienzo, el enfoque SPT fue enormemente original y generó entusiasmo. Durante más de veinte años dirigió el diseño de la política sanitaria en todos los países occidentales y, por extensión, en todo el mundo. Inició el paradigma de *Promoción de la Salud* y el desarrollo de nuevas herramientas de análisis e intervención, como la educación para la salud y otras, la máxima expresión de las cuales fue la *Carta de Ottawa*. Todo ello permitió la incorporación masiva de sociólogos, economistas y otros profesionales al sector sanitario, y cambió la manera en que se entendían las intervenciones en el terreno de la salud.

*Cuadro 1. Promoción de la salud según la Carta de Ottawa*

<p><b>ES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pre-requisitos para la salud</li><li>• Mediación</li><li>• Defensa</li><li>• Capacitación</li></ul> <p><b>Y SIGNIFICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Poner en pie una política saludable</li><li>• Crear entornos favorables</li><li>• Fortalecer la acción comunitaria</li><li>• Desarrollar las capacidades personales</li><li>• Reorientar los servicios sanitarios</li></ul>
--

Los Estados miembros de la Región Europea de la OMS adoptaron entonces la primera política común de *Salud para Todos* para Europa. Se acordó que los países desarrollarían —en los ámbitos nacional, regional y local— políticas de salud intersectoriales basadas en los principios de equidad en la salud y participación en la toma de decisiones. Hacia 1990, la mitad de los Estados miembros habían desarrollado documentos de política intersectorial.

A continuación se desarrollan los puntos fuertes de lo que en general se podría calificar como el «paradigma de finales de los setenta».

## Puntos fuertes de la política Salud para Todos original y del paradigma de finales de los setenta

- Los principios. La mayoría de los representantes de la citada escuela de pensamiento han defendido correctamente la necesidad de sostener todas las acciones en el campo de la salud sobre bases sólidas. La conceptualización, difusión y consolidación del principio de Equidad, en particular, es una victoria suya. Algo bastante similar puede decirse de la Intersectorialidad y el Trabajo en Equipo para la Salud, entre otros.
- Un enfoque de salud más amplio. La comprensión de la salud como «algo más que el producto de la asistencia sanitaria» debe considerarse como resultado de los esfuerzos de esa escuela. Aunque en sí no era una idea original hablando en términos estrictos, la consideración de la vivienda, la educación, etc., al abordar temas de salud en muchos países se debió en gran medida a la influencia del paradigma de los setenta y de la SPT original.
- La necesidad de centrarse en resultados de salud. Durante años, las actividades relacionadas con la salud se centraban demasiado en los recursos para la salud (*inputs*), sobre todo, número de camas o recursos humanos, y así sucesivamente. SPT desempeñó un papel decisivo en hacer que el debate girara en torno a los indicadores del estado de salud.
- Las funciones del sistema de asistencia sanitaria. La citada escuela de pensamiento es también responsable en gran medida de haber establecido la necesidad de que los sistemas de asistencia sanitaria hagan algo «más que curar». Las ideas de valorar el estado de salud de la población y diseñar estrategias para mejorarla, promover estilos de vida saludable, prevenir la enfermedad y prestar cuidados nunca habrían sido tan populares sin su actuación.
- El énfasis en «la gente y las comunidades». En un momento en que solía sentirse que los temas relacionados con la salud se estaban deshumanizando, la voz de SPT sonó con claridad y fuerza en defensa de la necesidad de un abordaje basado en consideraciones de aceptabilidad que tomase explícitamente en cuenta el interés de las comunidades.

La política de ámbito europeo fue revisada en 1991 y de nuevo en 1998 bajo la activa dirección de la OMS. En 1998 el número de metas acabó reduciéndose de 38 a 21, una cifra con una connotación obvia hacia el siglo que se avecinaba, dando así paso a *Salud21*, política que de nuevo hizo suya la Región Europea.

## 2.2. UN NUEVO ENTORNO EN LA SALUD Y LA ASISTENCIA SANITARIA

Los acontecimientos tras la caída del Muro de Berlín en ese mismo 1989, sin embargo, pusieron todas las políticas de salud disponibles ante la prueba de fuego de la práctica.

Abordar en detalle los numerosos factores que han remodelado la situación en los campos de la salud y la asistencia sanitaria en décadas recientes sobrepasaría el ámbito de este documento. Baste hacer mención aquí de los cambios en los perfiles demográficos que el envejecimiento de la población y su mezcla de cultura están acarreado, las llamadas enfermedades emergentes y re-emergentes, los avances tecnológicos, los costes crecientes, etc., como las tablas y gráficos recogidos a continuación muestran<sup>2</sup>.

Para empezar, la población de muchos países está envejeciendo, lo que está planteando un enorme reto para los sistemas sanitarios (costes adicionales, desplazamiento de los perfiles profesionales necesarios hacia los cuidados en lugar de la curación, etc.).

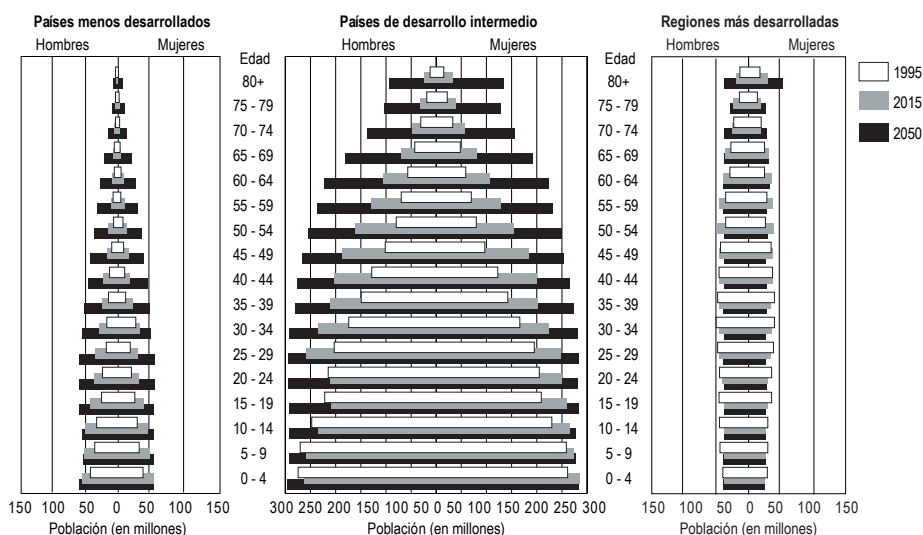


Gráfico 6. Estructura de la población por edad y sexo 1995, 2015 y 2050

Fuente: United Nations. Sex and Age Quinquennial 1950-2050.

Otro fenómeno muy importante es el de las presiones socioculturales a las que los sistemas sanitarios están viéndose expuestos como consecuencia de la creciente movilidad de la gente; dicha movilidad es debida a su vez a que el transporte se ha hecho barato y a las masivas migraciones debidas a situaciones de guerra y emergencia.

<sup>2</sup> El lector interesado puede también consultar la Parte II sobre los sistemas sanitarios, donde se aportan referencias bibliográficas abundantes al respecto.



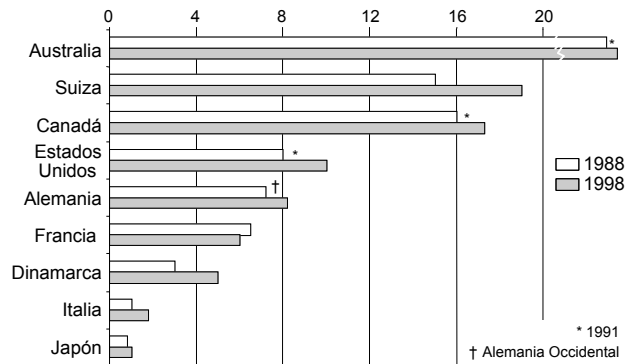


Gráfico 7. Porcentaje de población nacida en el extranjero. Algunos países

Fuente: OCDE. en: Drucker P. La próxima sociedad.

Además del resurgir de la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades infecciosas, el surgimiento de enfermedades hasta ahora «desconocidas» es visto también como un hecho preocupante.

Tabla 2. Nuevas enfermedades infecciosas. Ejemplos de agentes etiológicos y enfermedades infecciosas en humanos y/o animales desde 1973

AÑO	AGENTE	TIPO	ENFERMEDAD/COMENTARIOS
1973	Rotavirus	Virus	Causa mayor de diarrea infantil a nivel mundial
1975	Parvovirus B19	Virus	Crisis aplásica en la anemia hemolítica
1976	<i>Cryptosporidium parvum</i>	Parásito	Diarrea aguda y crónica
1977	Virus de Ebola	Virus	Fiebre hemorrágica de Ébola
1977	<i>Legionella pneumophila</i>	Bacteria	Enfermedad del legionario
1977	Virus de Hantaa	Virus	fiebre hemorrágica con síndrome renal (HFRS)
1977	<i>Campylobacter jejuni</i>	Bacteria	Patógeno entérico de distribución global
1980	Virus humano T-infectioso 1 (HLTV-1)	Virus	Leucemia-linfoma de células T
1981	Cepas productoras de toxinas de <i>Staphilococcus aureus</i>	Bacteria	Síndrome del shock tóxico
1982	<i>Escherichia coli</i> O157-H7	Bacteria	Colitis hemorrágicas; síndrome de la uremia hemolítica
1982	HLTV-2	Virus	Leucemia de célula pilosa
1982	<i>Borelia burgdorferi</i>	Bacteria	Enfermedad de Lyme
1983	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Virus	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
1983	<i>Helicobacter pylori</i>	Bacteria	Úlcera péptica
1985	<i>Enterocytozoon bienewisi</i>	Parásito	Diarrea persistente
1986	<i>Cyclospora cayentanensis</i>	Parásito	Diarrea persistente
1986	Agente de la EEB	No convencional	Encefalopatía espongiiforme bovina en ganado
1988	Virus del herpes humano (HHV-6)	Virus	Exantema súbito
1988	Virus hepatitis E	Virus	Hepatitis de transmisión entérica no -A, no -B
1989	<i>Ehrlichia chaffeensis</i>	Bacteria	Ehrlichiosis humana
1989	Hepatitis C	Virus	Hepatitis de transmisión entérica no -A, no -B
1991	Virus Guarani	Virus	Fiebre hemorrágica venezolana
1991	<i>Encephalitozoon Hellem</i>	Parásito	Conjuntivitis, enfermedad muy difundida
1991	Nuevas especies de Babesia	Parásito	Babesiosis atípica
1992	<i>Vibrio Cholerae</i> O139	Bacteria	Nuevas cepas asociadas con el cólera epidémico
1992	<i>Bartonella henselae</i>	Bacteria	Enfermedad del arañazo del gato o angiomatosis bacilar
1993	Virus sin nombre	Virus	Síndrome pulmonar del Hantavirus
1993	<i>Encephalitozoon cuniculi</i>	Parásito	Enfermedad muy difundida
1994	Sabia virus	Virus	Fiebre hemorrágica brasileña
1995	Virus del herpes humano 8	Virus	Asociado al sarcoma de Kaposi en pacientes de sida

Adaptado de: Report of the NSTC Comittee on International Science, Engineering and Technology (CISSET) Working group on Emerging and Re-emerging Infectious Diseases. Global microbial threats in 1990s. World Health Report, 1996.

Un hecho que probablemente tiene un enorme peso en el establecimiento del nuevo entorno ha sido la evolución de los costes de la asistencia sanitaria (ver también Parte II. *Elementos fundamentales de análisis de los sistemas sanitarios*). Los gastos asistenciales han seguido creciendo en todo el mundo pese al uso de muy numerosos enfoques orientados a contenerlos. La tabla que se incluye a continuación muestra un cuadro resumen del crecimiento del gasto sanitario como porcentaje de un producto interior bruto (PIB) cada vez mayor en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Tabla 3. Gasto sanitario como porcentaje del PIB: 1972-2000 según la OCDE

	1972	1982	1992	2000
Alemania	7,1	9,1	9,9	10,5
Bélgica	4,3	7,2	8,0	8,0
Canadá	7,2	8,3	10,3	8,6
Dinamarca	6,3	8,9	8,2	8,0
España	4,4	5,9	7,3	8,0
Estados Unidos	7,5	10,2	13,9	13,7
Francia	6,2	8,0	9,4	9,8
Grecia	3,2	3,6	4,5	8,0
Holanda	6,6	8,3	8,8	8,8
Irlanda	6,4	8,1	7,3	6,2
Italia	5,9	7,0	8,5	9,3
Japón	4,6	6,7	6,4	7,1
Luxemburgo	4,2	6,3	6,6	6,6
Portugal	3,6	6,1	7,4	8,2
Reino Unido	4,7	5,8	6,9	5,8
Suecia	7,5	9,6	8,8	9,2
Turquía	2,5	2,9	3,8	3,9

Fuentes: OCDE. Health Data 1998.

En todos los análisis efectuados de esta explosión de los costes un factor clave parecen ser los desarrollos tecnológicos y una población mejor informada y, por tanto, más exigente. La masiva disponibilidad de tecnologías de la información ha hecho asimismo factible por primera vez valorar la efectividad de las intervenciones médicas, el análisis de su costo-efectividad, etc., al tiempo que también han cambiado a un nivel cualitativamente superior a lo sucedido nunca antes las actitudes de los pacientes y otros aspectos relacionados.



Figura 5. Autopistas de la información sanitaria

Adaptado de: Stanford University. The future of Medicine.

Como consecuencia de los efectos combinados de todos los factores anteriores, muchos paradigmas previamente intocables se han visto sometidos a cuestionamiento. Uno de los primeros grandes pasos dados para modificar el marco de Lalonde a la hora de analizar la política sanitaria tuvo lugar a principios de la década de los noventa, cuando miembros de la Sociedad Canadiense de Investigación Avanzada incorporaron un hallazgo clave (el papel del progreso económico) en un marco -exposto en la figura siguiente- que explícitamente se oponía al marco teórico propuesto por Lalonde (Evans, Barer y Marmot, 1994).

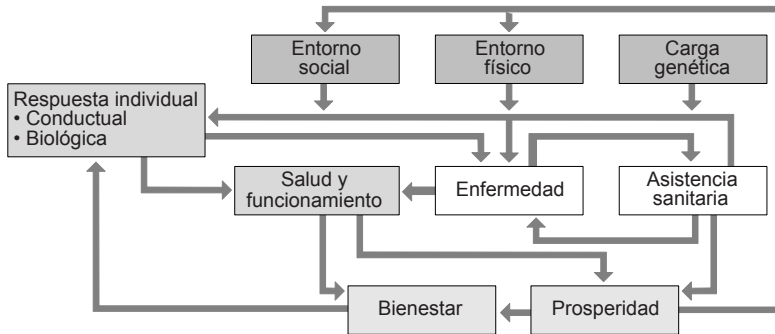


Figura 6. Factores determinantes de la salud

Fuente: Evans R, Stoddart G. Producing health, consuming healthcare.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud también se movería, por fin, hacia una perspectiva parecida en una publicación oficial (alejándose del esquema más simplista de los cuatro determinantes de la salud) para valorar las relaciones entre los ingresos per cápita y la salud, de la siguiente manera:

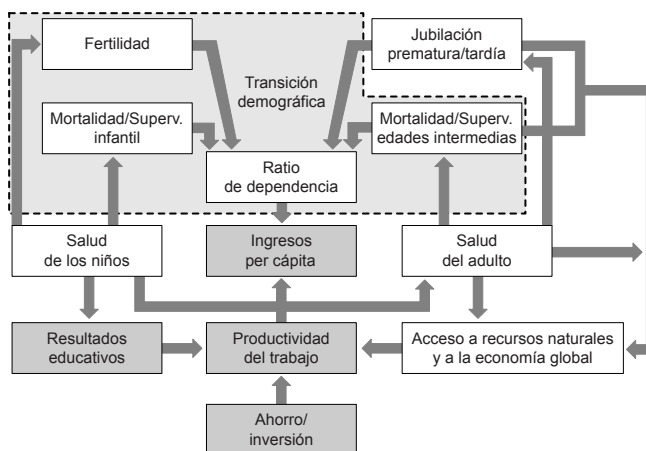


Figura 7. Relaciones entre desarrollo económico y salud

Fuente: WHO. The World Health Report, 1999.

En paralelo, científicos y políticos de todo el mundo, por razones diferentes, comenzaron a repensar las políticas y los roles en la salud y la asistencia sanitaria (ver por ejemplo Dunning, A. *Elegir en asistencia sanitaria: informe del comité gubernamental sobre opciones en asistencia sanitaria*. Rijswijk: Ministerio de Bienestar, Salud y Cultura; 1992. Comisión Parlamentaria Sueca sobre Prioridades. *Prioridades en asistencia sanitaria*. Estocolmo: Ministerio de Salud y Asuntos Sociales; 1995).

Nuevas instituciones en los ámbitos nacional e internacional irrumpieron en el campo de la salud y la asistencia sanitaria junto a la Organización Mundial de la Salud, que a su vez comenzó a prestar más atención a los temas de asistencia sanitaria que antes. Las expresiones más claras de este fenómeno pueden hallarse en una serie de documentos, libros y artículos patrocinados por la propia OMS, el Banco Mundial y la OCDE (ver por ejemplo Van Doorslaer E et al. El efecto redistributivo de la financiación de la asistencia sanitaria en doce países de la OCDE. *Journal of Health Economics* 1999; 18: 291-313. Chinitz D, Preker A, Wasem J. Equilibrar la competición y la solidaridad en la financiación de la asistencia sanitaria, en: Saltman RB, Figueras J and Sakellarides C [eds.]. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press; 1998).

Pero independientemente del alto grado de controversia creada por alguna de sus secciones y de las medidas propuestas, las mejores expresiones de este interés en los sistemas sanitarios han sido quizás el *Informe del Banco Mundial 1993: invertir en salud*, y el *Informe Mundial de la Salud 2000* de la OMS, con su énfasis en el desempeño del sistema sanitario.

### 2.3. EL INFORME DEL BANCO MUNDIAL 1993: INVERTIR EN SALUD

El decimosexto informe anual del Banco Mundial examinó las políticas sanitarias nacionales a escala mundial y midió su éxito respectivo a la hora de mejorar la salud y controlar el gasto sanitario. Analizó también los vínculos entre la salud humana, la política sanitaria y el desarrollo económico, y en qué medida la buena salud incrementa la productividad económica de los individuos y la tasa de crecimiento económico de los países. En consecuencia, propuso invertir en salud como una forma de acelerar el desarrollo, aparte del hecho de que una mejor salud es una meta en sí misma.

El informe se centró en los países en vías de desarrollo, los cuales, pese a su creciente expectativa de vida y menor mortalidad infantil, siguen afrontando grandes problemas y sufriendo indicadores de salud deficientes. Al mismo tiempo, investigó las formas en que cabría gestionar los limitados recursos para lograr mejores resultados en salud, esto es, controlar el gasto sanitario y hacer la asistencia sanitaria accesible para la mayoría de la población.

Finalmente, sobre la base de los hallazgos obtenidos en alguna de la antes citada investigación innovadora —incluida la estimación de la Carga Global de Enfermedad y la relación coste-efectividad de las intervenciones— el informe abordó las relaciones entre la asistencia sanitaria y la política sanitaria, y aportó una serie de propuestas de acción, distinguiendo entre tres tipos de países: los países de ingresos bajos, los de ingresos medios y los antiguos países del área socialista.

## Propuestas de acción según tipos de países

### *Países de ingresos bajos*

- Aumentar la escolarización. El compromiso político con la escolarización primaria universal, los programas de información y el apoyo de la comunidad internacional en este tema ha provocado un cambio dramático en un periodo de tiempo corto. Se hacía especial énfasis en la escolarización de las chicas.
- Invertir en actividades de salud pública: los suplementos de vitamina A y yodo, las campañas antitabaco, las políticas para reducir las lesiones debidas al tráfico, la cobertura vacunal, los esfuerzos por reducir la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, etc.
- Mejorar la asignación del gasto en servicios clínicos. Los gobiernos deberían invertir en la infraestructura sanitaria de los distritos, limitar la inversión nueva en hospitales centrales, reorientando dichas instalaciones hacia la actividad docente e investigadora, y mejorar la eficiencia de los grandes hospitales públicos. Al mismo tiempo, el informe recomendaba al Gobierno establecer un paquete de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales e incrementar la fracción del presupuesto asignado a la salud.
- Reducir el despilfarro y la ineficiencia. El informe identificaba un margen sustancial para reducir el despilfarro y la ineficiencia en los programas sanitarios públicos, especialmente en gestión de fármacos, y recomendaba mejorar la selección y cuantificación de los requerimientos en este terreno, así como la compra competitiva de fármacos.
- Fomentar el control y la financiación comunitarios. Estimulaba también la financiación comunitaria para mejorar la calidad y la fiabilidad de los servicios.

A la hora de implementar lo anterior, sin embargo, el informe hizo hincapié en que estos países deben plantearse también cómo resolver problemas como las demandas de asistencia terciaria de las poblaciones urbanas, las presiones retributivas de los profesionales, etc.

### *Países de ingresos medios*

- Extensión del seguro. Se fomentaban las medidas orientadas a dar cobertura universal y los esfuerzos por llegar a la población pobre. Definir un paquete básico con intervenciones costo-efectivas lo hace más factible.
- Reducir los subsidios a los grupos más pudientes. Se recomendaba reducir e incluso eliminar las subvenciones públicas a los grupos relativamente pudientes, y cobrar dinero a las personas aseguradas que usen las instalaciones gubernamentales en servicios no incluidos en el paquete básico, así como poner fin a las deducciones fiscales por el pago de las cotizaciones al seguro.
- Elección del consumidor. La solución que se proponía era mejorar la eficiencia de los servicios mediante la competencia entre proveedores en torno al citado paquete de servicios sanitarios prepagado claramente especificado.
- Contención de costes. El informe defendía el uso del prepago para establecer acuerdos con los proveedores de servicios, en lugar de exigir copagos para contener los costes. Consecuentemente, recomendaba a los gobiernos mejorar los sistemas de seguros sociales.

### *Países del antiguo bloque socialista*

- Eficiencia de los servicios gubernamentales. Se entendía que el método más importante para mejorar la eficiencia y responder a las condiciones y demandas sanitarias era la descentralización.
- Nuevas formas de financiación. Se recomendaba reformar los sistemas sobre la base de las experiencias de otros países, preservando una cobertura poblacional amplia al tiempo que se establecían los ingresos generales del gobierno como fuente de financiación dominante, o como complemento a fondos de seguros.
- Provisión competitiva y regulación pública. Se recomendaba establecer un marco legal y regulador amplio para reducir la malpraxis médica y el fraude financiero en la práctica médica privada, al tiempo que se estimulaba el desarrollo de instituciones eficientes.

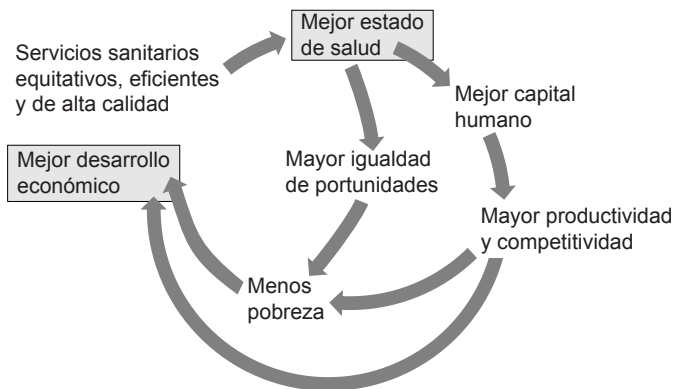
El conjunto de medidas anteriores venía resumido en el informe en tres enfoques globales:

- 1º Los gobiernos deben estimular un entorno económico que capacite a los hogares a mejorar su propia salud. Resultan esenciales políticas de crecimiento —incluidas, donde fuera necesario, las de ajuste económico— potenciadoras de un crecimiento que asegure que los pobres salen mejor parados. Lo mismo puede decirse del aumento de la inversión en escuelas, en particular para las niñas.

- 2º Redirigir el gasto público desde la asistencia especializada hacia actividades altamente efectivas y de bajo coste, como la inmunización, los programas para combatir las deficiencias en micronutrientes y el control y tratamiento de las enfermedades infecciosas. De adoptar los paquetes de medidas de salud pública y asistencia clínica esencial, los países en vías de desarrollo podrían reducir su carga de enfermedad en un 25%.
- 3º Estimular una mayor diversidad y competición en la provisión de servicios sanitarios descentralizando los de propiedad gubernamental, fomentando prácticas competitivas en la adquisición de bienes, estimulando una mayor implicación de las organizaciones no-gubernamentales y privadas en general, y regulando los mercados de seguros.

El informe señalaba que las reformas anteriores podrían traducirse en vidas más prolongadas, más sanas y más productivas para la población mundial, y especialmente para los más de mil millones de pobres de solemnidad.

En la medida en que la asistencia sanitaria contribuye positivamente a la salud —y la salud a su vez lo hace al beneficio económico mediante la mejora de la productividad y la capacidad de funcionar— los recursos usados en proveerla contribuyen a la riqueza de la comunidad. Los gastos del sistema sanitario, por tanto, pueden constituir una inversión en salud, siempre que se los introduzca del modo conocido como «círculo virtuoso». La siguiente figura refleja esas relaciones.



*Figura 8. Inversión productiva en salud: un círculo virtuoso*

Fuente: Frenk J. Comprehensive health system analysis for health system reform.

Ahora bien, la extensión del sistema sanitario *per se*, esto es: la sobre-expansión de la asistencia sanitaria, puede tener efectos negativos en el bienestar e incluso en la salud de la población, en la medida en que los recursos destinados al sistema sanitario ya no pueden

usarse para otros fines valiosos que podrían también tener efectos sobre la salud. Si no se articula adecuadamente, pues, el gasto sanitario, puede ser ciertamente una fuente de despilfarro, según se propone en la siguiente figura:



*Figura 9. Gasto no productivo en salud: un círculo vicioso*

Fuente: Frenk J. Comprehensive health system analysis for health system reform.

Sobre la base de estos nuevos hallazgos, en la comunidad sanitaria surgió la discusión en torno a la necesidad de revisar las políticas anteriores, como se explica ahora. Con el paso del tiempo, estaba quedando claro que muchos de los enfoques de Lalonde carecían de suficiente desarrollo práctico. Más aún: se iba haciendo evidente que, como sucede con muchos otros productos del intelecto, el concepto generado a finales de los setenta era producto de las condiciones sociales y científicas del entorno que modeló el pensamiento de la época.

Surgieron así los siguientes signos de interrogación sobre el paradigma de finales de los setenta:

## Signos de interrogación sobre el paradigma de finales de los setenta

### *Infravaloración de los servicios sanitarios*

Los servicios sanitarios han sido tradicionalmente infravalorados en la mayoría de los documentos de política sanitaria producidos por la escuela de Lalonde, siguiendo el razonamiento de que el impacto de las organizaciones asistenciales sobre el estado de salud es mínimo.

De forma conectada con el anterior concepto erróneo, se subestimó también la importancia de las funciones curativa y rehabilitadora. Enfatizar demasiado los resultados (*outcomes*) por contraposición a los productos (*outputs*) y procesos ha llevado a muchos a virtualmente despreciar la importancia de los sistemas sanitarios, si es que no directamente a una actitud «antisistema sanitario». Algunos (por ejemplo, la *Carta de Ottawa* de 1986, ver cuadro 1 en página 24) colocaron la «Reorientación de los servicios sanitarios» como quinta prioridad



a la hora de conseguir la salud, sobrestimando quizá con ello el impacto potencial de otros determinantes de la salud (por ejemplo, las relaciones entre los factores del entorno urbano y la salud). Tan restrictiva perspectiva de las funciones, asimismo, acarrearía en paralelo una limitación en el número de estrategias susceptibles de ser propuestas.

Como consecuencia, no se hicieron suficientes esfuerzos para clarificar las relaciones entre salud y asistencia sanitaria. No se prestó, por ejemplo, suficiente atención a estimular actividades de investigación para desenmarañar tan complejo conjunto de relaciones, muy distantes en realidad de las más bien ingenuas relaciones recogidas en siguiente figura.

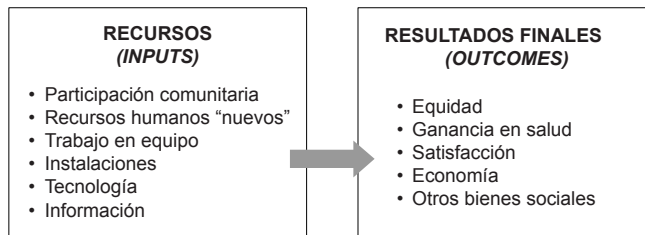


Figura 10. Salud para Todos como paradigma

Fuente: WHO. Targets for Health for All.

Más aún: según algunos, el impacto de los sistemas sanitarios ahora parece ser mayor de lo calculado por Lalonde. Por ejemplo:

- Preston, Keyfitz y Schoen han demostrado que diversos factores explican que en la actualidad pueden lograrse mejores resultados de salud a niveles de ingreso comparables (hay unos 25 años más de expectativa de vida que en 1900). Sin duda, la mayor efectividad del sistema sanitario es uno de esos factores (citado en el Informe del Banco Mundial 1993, p. 34).

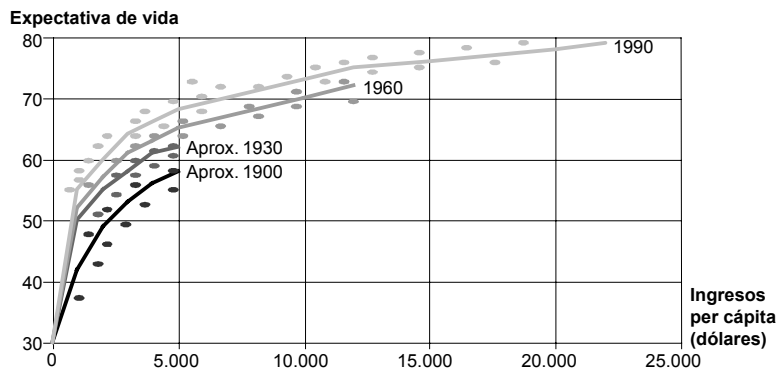


Gráfico 8. Mejores resultados en salud a niveles de ingresos similares

Fuente: Preston, Keyfitz, Schoen.

- Aun reconociendo que hace falta investigar más, el mismo *Informe Mundial de la Salud 2000* de la OMS hace referencia en la página 9 a una muestra de 115 países de ingresos medios y bajos en los que la reducción de la mortalidad entre 1960 y 1990 se explicaba en parte (casi un 50%) por la generación y utilización del conocimiento, es decir, acciones puramente ligadas al sistema sanitario (por ejemplo: medicamentos antimalaria, uso de antibióticos, programas vacunales, etc.), en tanto menos del 20% quedaba explicado por el aumento en los ingresos y menos de otro 40% por aumentos en los niveles educativos de las mujeres adultas.
- El impacto de la asistencia y los sistemas sanitarios sobre la salud y la equidad en términos agregados fue explicado por S. Anand y M. Ravallion (Desarrollo humano en los países pobres: sobre el papel de los ingresos privados y los servicios públicos. *Journal of Economic Perspectives* 1993; 7) diciendo que «la significativamente positiva correlación entre «PIB per cápita» y «expectativa de vida» opera sobre todo a través del impacto de cada PIB nacional sobre: a) los ingresos específicos de los pobres, y b) el gasto público, particularmente en asistencia sanitaria» (citado por Amartya Sen, 2000, en su libro *El desarrollo como libertad*).

### *Difundir una visión más bien distorsionada de la asistencia sanitaria*

La visión del papel de la asistencia sanitaria transmitida con la emisión de mensajes radicales sobre los estilos de vida (junto a mensajes subliminales del tipo manténgase-lejos-de-la-asistencia-sanitaria) han merecido a veces la crítica de ser «propaganda culpabilizando a las víctimas» (ver por ejemplo R.G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor [eds.]. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*). Por decirlo de una vez por todas, algunos sectores de la sociedad pueden muy bien haber recibido un mensaje bastante sesgado del papel que le corresponde a la asistencia sanitaria en la sociedad moderna.

En el terreno interno de la asistencia sanitaria en sí, la doctrina Lalonde ha sostenido también un enfoque correlacionado bastante rígido, sin conseguir, en la mayoría de los casos, transmitir una visión equilibrada del conjunto de los sistemas. La escuela SPT se ha restringido excesivamente a una posición de defensa de la atención primaria *contra* los demás componentes (apareciendo así de algún modo como contrarios a la asistencia hospitalaria y a los especialistas).

### *Una caja de herramientas casi vacía para un enfoque idealista*

El paradigma de finales de los setenta siempre ha tenido un conflicto entre teoría y práctica; con el debido respeto, el debate político se ha visto plagado de mucha confusión entre la realidad y los deseos acerca de la conducta de cualquier sistema (hablando en plata: la conciencia de que se debe cambiar de actitud no genera necesariamente ningún cambio de conducta).

La política de construcción de alianzas con los médicos en particular, (pero también con otros grupos profesionales, excepto quizás las enfermeras) ha sido bastante despreciada; demasiado poco énfasis se ha hecho sobre la necesidad de cambiar los currícula de pre y postgrado y sobre el indispensable *marketing* de estas estrategias al conjunto de la sociedad, incluido el sector sanitario privado.

Son también dignas de mención las graves carencias en los terrenos táctico y operativo, incluidas la ausencia de herramientas (para ser más precisos, herramientas basadas en la evidencia) necesarias para poner en práctica las estrategias requeridas para aplicar las funciones. La mayoría de los representantes de la escuela Lalonde nunca desarrollaron tales herramientas de manera consistente, lo que impedía la transición desde la formulación de políticas a su implementación, esto es, la puesta en práctica de las políticas sanitarias.

Las herramientas requeridas para implementar una política (sobre todo legislativas, gestoras, financieras y de provisión de servicios) deberían también haber sido apoyadas por la investigación, la docencia (desarrollo del currículum de pre y postgrado para los nuevos roles de los prestadores de servicios), así como por ensayos y pruebas a ras de suelo y proyectos bien pilotados.

### *Desconsideración de los procesos asistenciales*

La antes citada desconsideración parcial de los procesos (esto es, de los servicios) casi impidió el desarrollo de «indicadores de proceso» y sus atributos, sobre todo el impacto de la calidad técnica, la globalidad asistencial, el arte de cuidar y, en menor medida, la continuidad asistencial sobre los resultados en salud.

Valorar sólo los *outcomes* en términos de resultados en salud ha acabado constituyendo un error en la medida en que se los ha usado para dejar de lado la valoración de la satisfacción, las creencias y las percepciones de profesionales y consumidores, sobre todo por enfatizar en exceso el enfoque clásico de valoración de necesidades, por contraposición a las demandas.

La forma en que los indicadores de salud y los sistemas de información han sido gestionados desde finales de los setenta, casi confinados en exclusiva a las tasas de mortalidad y morbilidad, es un buen ejemplo de las insuficiencias de que hablamos. Por contraposición, los indicadores ajustados por calidad<sup>3</sup> son hoy día bastante comunes en la literatura, comenzando por los informes mundiales de la salud 1999, 2000 y 2001 producidos por la OMS.

---

<sup>3</sup> Como los *quality adjusted life years* (QUALY), *disability adjusted life years* (DALY), *disability adjusted life expectancy* (DALE) o similares, conocidos en español como años de vida ajustado por calidad (AVAC), años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), expectativa de vida ajustada por discapacidad (EVAD), etc.

### *Poca sensibilidad hacia las opciones individuales*

El respeto por la elección individual siempre ha sido un área mejorable en el paradigma de finales de los setenta. El correcto énfasis puesto en la equidad y en la necesidad de planificar la asignación de recursos escasos ha dado paso al discutible punto de vista de que en nombre del interés comunitario es preferible racionar rigidamente una asistencia sanitaria uniforme de calidad no testada.

Algo similar puede también decirse de la forma en que se ha defendido el principio de participación comunitaria, una de las partes más infrainvestigadas de toda la doctrina. En consecuencia, la escuela de Lalonde nunca ha hecho suya la idea de pasar desde una perspectiva de organización a otra orientada a los usuarios (esto es, tomar en serio las percepciones y juicios de los individuos en relación a la calidad global de los servicios que se les presta).

## 2.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Mientras tenía lugar el debate anterior, una línea de investigación desarrollada en paralelo estaba volviendo a poner énfasis en la importancia de los determinantes de salud, aunque desde una perspectiva ligeramente distinta. Por ejemplo, el premio Nobel Amartya Sen se basaba en las demoledoras estadísticas que muestran en todo el mundo una fuerte correlación entre PIB per cápita y salud, expresada en los siguientes datos (actualizados).

	Población (1999, en millones)	Ingresos medios anuales (dólares EEUU)	Expectativa de vida al nacer (años)	Mortalidad infantil (muertes antes de 1 año/1.000 nacidos vivos)	Mort . <5 (muertes antes de los 5 años por 1.000 nacidos vivos)
Países con menos desarrollo	643	296	51	100	159
Otros países de ingresos bajos	1.777	538	59	80	120
Países de ingresos medio-bajos	2.094	1.200	70	35	39
Países de ingresos medio-altos	573	4.900	71	26	35
Países de ingresos altos	891	25.730	78	6	6
África Subsahariana	642	500	51	92	151

*Tabla 4. Expectativa de vida y tasas de mortalidad por país, según grado de desarrollo, 1995-2000*

Fuentes: UNDP. Human Development Report 2001. Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Indicadores de desarrollo mundial del Banco Mundial, 2001.

Sen resaltó la relevancia que para la salud y el progreso tienen la libertad en general y la democracia en particular. Al mismo tiempo, identificó notables excepciones a la antes cita-

da correlación positiva entre PIB per cápita y expectativa de vida. Ciertamente, una vez se incluyen separadamente en el ejercicio estadístico estas dos variables, incluir el PIB como influencia causal adicional aporta poca explicación extra (Sen, 1993). Sen, en consecuencia, identifica dos grandes vías para mejorar la expectativa de vida: a) «mediada por el crecimiento» y b) «mediada por el apoyo», como se representa en la siguiente tabla.

		ÉXITO ECONÓMICO	
		Sí	No
ÉXITO EN AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE VIDA	Sí	OCDE tras 2ª Guerra Mundial Corea del Sur Taiwán («Mediado por el crecimiento»)	Sri-Lanka Kerala Costa Rica China (Prerreforma) («Mediado por el apoyo»)
	No	Brasil Sudáfrica Namibia Gabón	

Tabla 5. Vías para mejorar la expectativa de vida

Fuente: Inspirado en Amartya Sen. *Development as Freedom*.

Por cauces más o menos conectados con los hallazgos de Sen, algunos autores han vuelto a insistir en la importancia de la evidencia científica (fuerte, pero discutida sobre todo entre investigadores) sobre los determinantes sociales. La publicación de la Oficina Regional para Europa de la OMS, *Los hechos fundados (The solid facts)*, editada por Richard Wilkinson y Michael Marmot en 1998, intenta sistematizar las pruebas sobre los determinantes sociales de un modo comprensible. Según esta línea de razonamiento, para atacar las causas de la mala salud antes de que llegue a causar problemas, es fundamental canalizar la política y la acción sanitaria hacia afrontar sus determinantes sociales. Se trata de todo un reto tanto para quienes deben tomar las decisiones como para los principales actores y defensores de la salud pública.

Los autores resaltan que, incluso en los países más ricos, quienes tienen más viven también una vida varios años más larga y padecen menos enfermedades que los pobres (como dijo la famosa cantante de jazz, Sophie Tucker (1884-1966): «Yo he sido pobre y he sido rica. Es mejor ser rica»). Las diferencias en salud pueden entenderse como una injusticia social importante en el mundo moderno y reflejan algunas de las influencias sobre la salud más poderosas.

La asistencia médica, dicen estos autores, puede prolongar la supervivencia tras algunas enfermedades graves, pero el entorno social y económico es muy importante para que pueda mejorar la salud de la población en conjunto. Vivir en peores condiciones empeora la salud.

*The solid facts* escoge las siguientes diez importantes áreas (diferentes pero interrelacionadas) para explicar las relaciones entre determinantes sociales y salud:

1. El gradiente social (la importancia de prevenir que la gente incurra en desventaja a largo plazo). Las malas circunstancias sociales y económicas afectan a la salud a lo largo de toda la vida. La mayoría de las enfermedades y causas de muerte son más comunes conforme se desciende en la escala jerárquica. La desventaja adopta muchas formas, pero tiende a concentrarse entre la misma gente y como efecto acumulativo. Hay que ligar la política sanitaria a los determinantes sociales y económicos de la salud.
2. Estrés (cómo el entorno social y psicológico afecta a la salud). El estrés daña la salud. La ansiedad, el aislamiento y la falta de control tienen efectos sanitarios potentes. Los largos periodos de estrés social son dañinos en cualquier área de la vida en que la gente se vea envuelta. Una respuesta médica a los cambios biológicos que el estrés acarrea podría ser intentar controlarlos con fármacos. Pero donde de verdad se debería centrar la atención es más arriba, en afrontar las causas reales. Los gobiernos deberían apoyar a las familias con programas de beneficencia.
3. Primeros años de vida (la importancia de asegurar un buen entorno en la primera infancia). El retraso en el crecimiento y la falta de apoyo emocional durante la etapa prenatal y la primera infancia aumentan el riesgo de mala salud física para el resto de la vida y reducen el funcionamiento físico, cognitivo y emocional en la vida adulta. Unas circunstancias sociales y económicas adversas constituyen la mayor amenaza para el crecimiento de un niño. La política debería orientarse a reducir el consumo de tabaco por parte de los padres, aumentar el conocimiento de éstos en temas sanitarios y de necesidades emocionales, introducir programas preescolares, implicar a los padres, asegurarse de que las madres tienen recursos sociales y económicos adecuados y aumentar las oportunidades de una buena educación para todas las edades.
4. Exclusión social (y peligros relacionados). Los procesos de exclusión social y el grado de carencias relativas de una sociedad tienen un gran impacto sobre la salud y la muerte prematura. El daño para la salud proviene no sólo de la carencia material, sino también de los problemas sociales y psicológicos de vivir en la pobreza. Las sociedades que poseen políticas más igualitarias tienen muchas veces tasas mayores de crecimiento económico y mejores estándares de salud. Deberían emprenderse acciones en los terrenos de la legislación, el acceso a la asistencia sanitaria, los servicios sociales y la vivienda, así como en la provisión de ingresos y la redistribución de la riqueza.
5. Trabajo (el impacto del trabajo sobre la salud). El estrés en el puesto de trabajo cumple un papel importante como factor contribuyente a las grandes diferencias en salud, bajas laborales y muerte prematura ligadas al estatus social. El entorno

psicosocial en el trabajo es un factor importante en la generación del gradiente social de la enfermedad. La política sanitaria debería, pues, dirigirse a establecer un círculo virtuoso entre salud y productividad en el trabajo.

6. Desempleo (problemas relacionados con el desempleo y la inseguridad laboral). Los parados y sus familias están sujetos a un riesgo de muerte prematura substancialmente mayor. Los efectos del desempleo sobre la salud están ligados tanto a sus consecuencias psicológicas como a problemas financieros, especialmente las deudas. Todas las políticas, y en particular las de empleo, deberían tener tres fines: a) prevenir el desempleo y la inseguridad laboral; b) reducir los efectos negativos a los que los parados se ven sometidos; y c) recolocar a la gente en puestos de trabajo seguros.
7. Apoyo social (qué papel juegan la amistad y la cohesión social). El apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen de modo importante a la salud, dando a la gente los recursos emotivos y prácticos que necesitan para desarrollar sentimientos de cuidado, cariño, estima y valía. Por el contrario, el aislamiento y la exclusión sociales están asociados a mayores tasas de muerte prematura y peores probabilidades de sobrevivir tras un ataque contra la salud. Reducir las desigualdades en los ingresos y la exclusión social podría generar mayor cohesión social y una mejor salud de la población.
8. Adicción (efectos del alcohol y otras drogas). La dependencia del alcohol, el uso de drogas ilícitas y el consumo de cigarrillos (los tres muy asociados con marcadores de desventaja social y económica) son importantes factores que empeoran las resultantes desigualdades en salud. El trabajo para afrontar los problemas con las drogas debería no sólo apoyar y tratar a la gente que ha desarrollado patrones de uso adictivos sino también plantearse los patrones de carencia social en que dichos problemas tienen sus raíces.
9. Comida (necesidad de asegurar acceso al suministro de comida sana para todos). Una buena dieta y el suministro adecuado de alimentos son esenciales si se quiere fomentar la salud y el bienestar. El Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT, *General Agreement on Tariffs and Trade*) y la Política Agrícola Común de la UE permiten que las fuerzas de los mercados globales modelen el suministro de alimentos. Sin embargo, los comités internacionales como el del *Codex Alimentarius*, que determinan la calidad y los estándares alimentarios, carecen en ellos de representantes de la salud pública, en tanto la influencia de la industria del sector es grande. Las instituciones públicas locales, nacionales e internacionales y la industria alimentaria, deberían asegurar la disponibilidad de comida de alta calidad y fresca para todos, así como un proceso amplio de toma de decisiones y rendición de cuentas en todos los aspectos de regulación implicados, con participación de todas las partes, incluidos los consumidores.

10. Transporte (necesidad de sistemas de transporte más sanos). Transporte sano quiere decir reducir la conducción privada y estimular otras formas de moverse (como caminar, usar transporte público, montar en bicicleta, etc.). Una práctica así mejoraría a su vez la forma física de las personas, reduciría los accidentes fatales, aumentaría el contacto social y reduciría la contaminación atmosférica. Las políticas públicas nacionales y locales deberían asegurar que desplazarse sea seguro, mejorando el transporte público para viajes más largos con conexiones regulares y frecuentes.

En conjunto, estos mensajes aportan la clave para elevar los estándares de salud de la población en los países industriales desarrollados de Europa. Debe decirse, pues, que al menos hoy se reconoce ya la importancia para salud de las circunstancias sociales y económicas que muchas veces se hallan fuera del control individual.

## 2.5. EL INFORME MUNDIAL DE LA SALUD DE LA OMS EN EL AÑO 2000 Y EL INFORME DE LA COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD

Culminando los desarrollos antes analizados, en años recientes los gobiernos y muchas agencias internacionales están adaptando una nueva *Agenda de Salud Pública Basada en la Evidencia*, en la que se están revisando las responsabilidades personales y sociales, individuales y colectivas. A modo de resumen de los nuevos enfoques que se están fomentando (en ningún caso prescriptivo), se recomienda pasar:

- De las asunciones a la observación (esto es, de la rigidez al pragmatismo). La realidad debería ser el banco de pruebas final, independientemente de cuán coherente pudo haber sido, en principio, la asunción racional.
- De la prescripción a la interacción (esto es, del «orden y mando» a monitorizar la conducta de los actores). Hace falta encontrar una combinación de directrices e incentivos.
- De hacer hincapié en la provisión uniforme a valorar las transacciones incluidas en cada decisión (es decir, de la planificación rígida al desarrollo de políticas y la experimentación).
- De sólo interpretar el interés de la comunidad a también permitir al individuo la libertad de elegir en el terreno de la asistencia sanitaria.

Parece existir además un consenso amplio en que, en tanto muchos de los viejos retos para la salud (como la reducción de la pobreza, provisión satisfactoria de comida y agua, desarrollo sostenible medioambiental, lucha contra las enfermedades emergentes y re-emergentes, etc.) siguen necesitando ser resueltos, se ha abierto paso un nuevo entorno intra-asistencia sanitaria caracterizado por mayores expectativas tanto de los consumidores como de los profesionales, todas ellas ligadas a la mayor disponibilidad de información.



Lo anterior, a su vez, ha dado vía libre a nuevas perspectivas en asistencia sanitaria. En los países de Europa Central y del Este, en Estados Unidos, en la UE y en muchos países en vías de desarrollo es evidente un interés renovado en la asistencia y los sistemas sanitarios, si bien por diferentes razones en cada caso. Los procesos de cambio tienen implicaciones de gran calibre para las economías nacionales y para el bienestar de los ciudadanos, tanto en el Este como en Europa Occidental.

En este contexto, el *Informe Mundial de la Salud 2000, Sistema sanitarios: mejorar el desempeño*, producido por la OMS, intenta definir, analizar y entender el funcionamiento de los sistemas sanitarios, identificando las causas del mal desempeño y proponiendo medidas para resolverlas. El informe se analiza en cierto detalle en el texto específico sobre los sistemas sanitarios de la Parte II, al cual se remite al lector interesado.

Debe hacerse mención específica del viejo problema que todo análisis del desempeño de los sistemas sanitarios efectuado bajo los paradigmas previos afrontaba: el de establecer objetivos en términos de resultados (*outcomes*), que se supone debían conseguirse simplemente mediante la planificación de los recursos (*inputs*).

Como se comentó al analizar las insuficiencias del paradigma de los setenta, incluso los desarrollos de procesos debían hacer frente a dificultades insuperables a la hora de monitorizar la conducta de los sistemas sanitarios y sus resultados mediante servicios y productos desagregados. La siguiente figura trata de expresar esa idea.

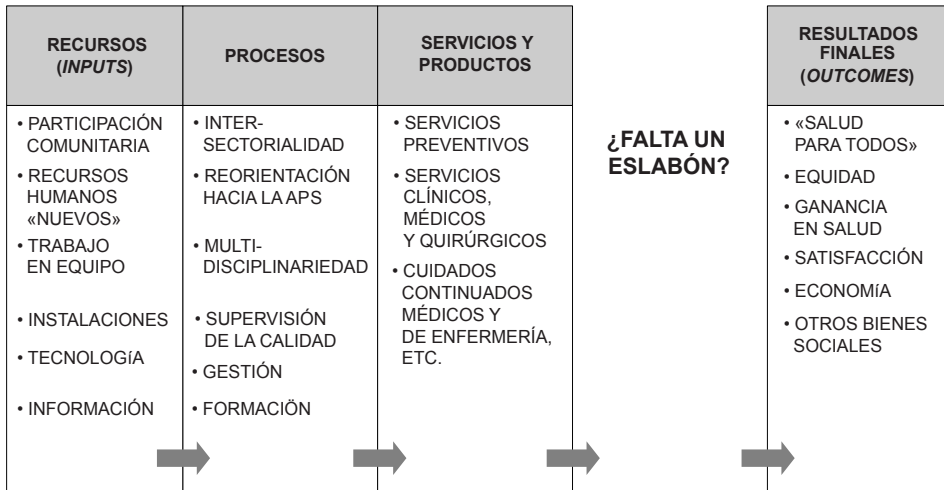


Figura 11. Representación diagramática de las dificultades para monitorizar la conducta de los sistemas sanitarios

Más aún: la experiencia mostraba una y otra vez que esta forma de razonamiento no era suficiente. El estudio del desempeño (*performance*) de los sistemas sanitarios intenta ahora aportar el «eslabón perdido» haciendo hincapié en los llamados *Resultados esperados* (esto es, en resultados intermedios más o menos fáciles de medir), y que se identifican en el *Informe Mundial de la Salud 2000*. Dicho informe define el *Análisis del desempeño* como el conjunto de actividades que incluye:

- Medir que se consiguen los objetivos.
- Medir los recursos, dentro y fuera del sistema, usados para ello.
- Estimar la eficiencia con que se usan dichos recursos a tal efecto.
- Evaluar la manera en que las funciones del sistema influyen en los logros y en la eficiencia.
- Diseñar y poner en práctica políticas para mejorar ambos (los logros y la eficiencia).

Los resultados fundamentales de los sistemas sanitarios, según el informe, son tres:

- Generar buena salud.
- Responder a las expectativas de los usuarios.
- Hacer que la contribución financiera se reparta con justicia.

El citado informe ha supuesto un hito en el desarrollo de la OMS, que se compromete a medir a partir de ahora el desempeño de los sistemas sanitarios, y extrae las siguientes conclusiones:

- «La responsabilidad última por el desempeño del sistema sanitario de un país corresponde a su gobierno mediante la función de tutela o rectoría (*stewardship*). Conseguir una población saludable debe ser una prioridad nacional.
- »Muchos países no se desempeñan conforme a su potencial, lo que da como resultado un gran número de muertes prevenibles y de vidas erosionadas por la incapacidad. El impacto de estos errores se siente sobre todo en las poblaciones más pobres.
- »Los sistemas sanitarios deben buscar no sólo mejorar la salud de la población, sino también proteger a la gente contra el coste financiero de la enfermedad (reduciendo los pagos de bolsillo).
- »Los gobiernos no deberían desconsiderar la financiación y provisión privadas de la asistencia. Muchos ministerios de salud se centran en el sector público y olvidan la posibilidad de lograr mejores niveles de desempeño de sus sistemas usando los sectores privado y voluntario.
- »La función de tutela debe abarcar la supervisión de todo el sistema.»

**EL INFORME MUNDIAL DE LA SALUD 2000**



Figura 12. Los resultados esperados y el desempeño del sistema. El eslabón encontrado

Directamente relacionado con esta discusión está el tema de la información sanitaria. A principios de la década de 1980 se crearon varios conjuntos de indicadores relacionados con los determinantes de la salud. Su objetivo era comprobar en qué medida se progresaba, predecir tendencias y dirigir atención programática y recursos a las zonas que requerían atención.

Mientras algunos de dichos indicadores se apoyaban predominantemente en las estadísticas de mortalidad, otros se centraban en los principales factores de riesgo que predisponen a la enfermedad, las lesiones y la muerte, o en una mezcla de factores de riesgo y sus resultados de salud correspondientes. Algunos incorporaban relativamente pocos apartados, en tanto otros eran mucho más globales; unos intentaban reflejar el estatus de los factores considerados sobre un tipo de escala numérica de referencia, otros se planteaban agregarlos de formas concretas o incluir factores sociales, como la educación o el ingreso económico; otros se circunscribían sobre todo a temas que están directamente en el ámbito del sector salud, y así sucesivamente.

La OMS Europa, en particular, sigue manteniendo su propia base de datos estadística de *Salud para Todos*. Aporta acceso fácil y rápido a una amplia gama de estadísticas sanitarias básicas de los 51 Estados miembros de la Organización en la Región (que, como se sabe, abarca también los países centroasiáticos de la antigua URSS). Se desarrolló a mediados de los ochenta para apoyar el seguimiento a las tendencias de salud en dicha Región Europea.

Dicha base de datos es una herramienta útil para las comparaciones internacionales y para valorar la situación de salud y sus tendencias en cualquier país europeo en un contexto internacional. Los datos los remiten los Estados miembros a la OMS Europa o se los recoge de otras organizaciones internacionales u otras fuentes. Los datos nuevos son recogidos continuamente y se publican versiones actualizadas de la base de datos dos veces al año, en enero y junio. Para ello se usan modalidades de presentación no complicadas, como gráficas o tablas.

Los indicadores en la base de datos de *Salud para Todos* cubren ampliamente varios aspectos de la salud de la población y sus determinantes. La lista de indicadores se revisa periódicamente para adaptar la base de datos a las prioridades de cada momento y a la disponibilidad de datos en los Estados miembros.

Los indicadores están organizados según los siguientes grupos:

- Estadísticas demográficas y socioeconómicas.
- Indicadores basados en la mortalidad.
- Morbilidad, incapacidad y altas hospitalarias.
- Estilos de vida.
- Medio ambiente.
- Recursos en el terreno de la asistencia sanitaria.
- Utilización y costes de la asistencia sanitaria.
- Salud maternal e infantil.

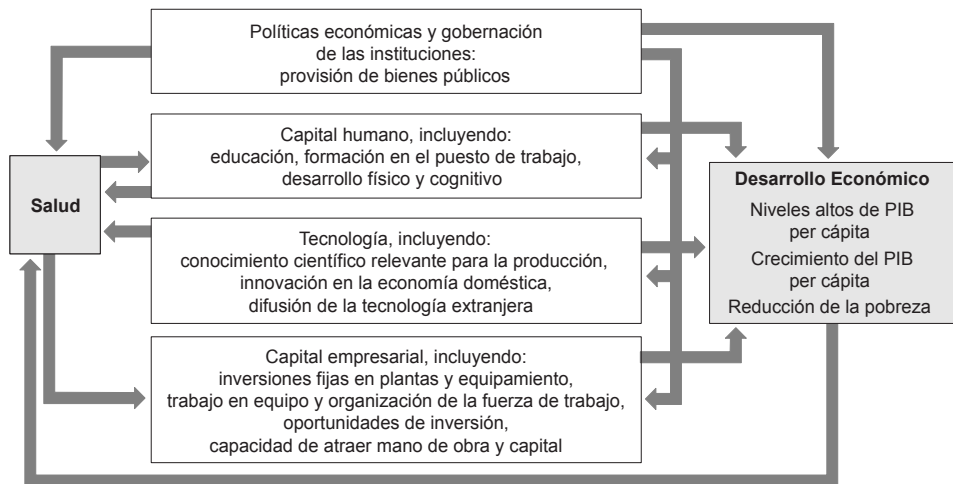
Debe señalarse que el *Informe Mundial de la Salud 2000* está teniendo también un impacto notable sobre la forma en que se recoge y trata toda la información sanitaria. Existe un interés explícito tanto en los niveles como en la distribución de la salud entre los diversos subsegmentos de la población.

Aunque un análisis completo de este tema excede el ámbito de este documento, debe mencionarse que el indicador usado tradicionalmente como índice resumen de la mortalidad era la expectativa de vida al nacer (EVN). La EVN depende de datos de mortalidad específica por edades obtenidos de: a) sistemas de registro vital; b) encuestas de salud y mortalidad del niño y el adulto; y c) sistemas muestrales de registro.

Ahora se intenta que la EVN sea sustituida por la expectativa de vida ajustada por niveles de salud (EVAS), forma de renombrar el indicador EVAD, (expectativa de vida ajustada por discapacidad), como medida resumen del nivel de salud alcanzado en una población concreta. La EVAS se basa en la EVN pero incluye un ajuste por el «tiempo transcurrido en situación de salud deficiente». La medición de dicho tiempo transcurrido en situación de salud deficiente depende en parte de estudios de la carga de enfermedad y de los resulta-

dos estandarizados de instrumentos de encuesta transversal desarrollados usando la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Incapacidad y Salud (FIS, antes conocida como CIDSEI-2).

Finalmente, la OMS también ha patrocinado recientemente otro documento importante desde el punto de vista de la política sanitaria. Se trata del trabajo de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, que presentó su informe a la Directora General en diciembre de 2001. Dicho informe –basado en gran medida en los hallazgos antes presentados en este documento– propone un marco de acción nuevo en el cual invertir en salud se concibe ahora no sólo como un producto sino también como una precondition para el desarrollo, como se expresa en el siguiente figura.



*Figura 13. La salud como input para el desarrollo económico*

Fuente: Commission on Macroeconomics and Health. Report: Investing in health for economic development.

En palabras sencillas, la figura anterior sintetiza la evidencia existente de que *salud* debe ser considerada a la vez:

- 1) Un *producto* social (es decir, el estatus de salud indica los niveles de progreso social, sin duda algo conocido durante décadas).
- 2) Un *factor* para el progreso social (esto es, que la salud contribuye al progreso social y económico, como antes se apuntó).

Tal es la fascinante línea basal sobre la cual las propuestas de políticas deben plantearse en las décadas venideras.

### 3. Fundamentos prácticos de política sanitaria

---

Al principio de este libro se señaló que en todas las sociedades la política sanitaria es, entre otras cosas, el fruto de cómo cada sociedad aborda a) aspectos de conocimiento y b) aspectos de poder.

Los apartados 1 y 2 han abordado desde una perspectiva histórica la forma en que ha ido cambiando el conocimiento de los determinantes de la salud. Este apartado 3 intentará ahora prestar atención a los aspectos de poder; esto es, a cómo conseguir que el conjunto de los «actores sociales» se pongan de acuerdo en aplicar una determinada visión (una «política»), con su reparto de los pesos y los beneficios correspondientes.

#### 3.1. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Aunque el gran público casi nunca conoce las políticas sanitarias como tales, existen ejemplos de las mismas que han llegado a ser famosas, tanto a nivel internacional como nacional, han recibido un apoyo amplio e incluso han llegado a ser conocidas por sus nombres (por ejemplo, la de *Salud para Todos* de la OMS, o *La Salud de la Nación* en el Reino Unido en 1992, por citar sólo algunas).

Aun a riesgo de sobreesimplificar, debe decirse que la política sanitaria de una sociedad ni se improvisa ni está nunca grabada en piedra, sino que la crean actores políticos específicos dentro de un contexto específico. Como antes se señaló, es frecuente encontrar que un país haya identificado desde tiempo atrás indicadores de salud problemáticos o características preocupantes en su sistema sanitario, incluyendo (por mencionar sólo unos pocos):

- Indicadores deficientes entre grupos específicos de la población.
- Uso ineficiente de los recursos específicos y ubicación inadecuada de recursos a servicios de salud costo-efectivos.
- Falta de incentivos para que los trabajadores sanitarios den lo máximo de sí.
- Regulación o supervisión inadecuadas de los proveedores privados y públicos.
- Distribución no equitativa de recursos entre las zonas urbanas y rurales.
- Distribución no equitativa de recursos entre los pobres y otros sectores de la población más pudientes.

Pero aun así, la situación a veces pasa «desapercibida» durante años. Entonces, sin causa aparente muchas veces, un tema u otro es percibido por la sociedad en un momento dado como inaceptable y se emprenden acciones para corregirlo. En general, ese poner en pie las

propuestas que se plantean para superar esa situación es los que se conoce como «elaborar una política sanitaria». La cantidad de recursos dedicados a cada una de esas propuestas que compiten entre sí, la calidad de dichos recursos, así como los arreglos funcionales y organizativos (qué acciones en concreto se llevarán a cabo para servir a qué grupos de «clientes») son aquí el aspecto decisivo.

Algunas políticas sanitarias se basan en objetivos de salud amplios, en tanto otras están más centradas en los sistemas sanitarios como tales —en sentido amplio, esto es, incluyendo los servicios de salud pública y los de asistencia personal.

También es importante señalar que mientras algunas políticas tienen un horizonte a largo plazo, otras se orientan a la acción a medio y corto plazo. Independientemente de otras consideraciones, la experiencia muestra que los ciudadanos actuales raras veces entienden los necesarios enfoques multidisciplinarios e intersectoriales para mejorar la salud a medio o largo plazo como incompatibles con mejoras tangibles en los servicios.

La siguiente figura refleja las diferencias entre salud, servicios y recursos necesarios, según se las presentaba en el enfoque de planificación tradicional que dominó la escena de la política sanitaria en las décadas de los setenta y los ochenta. Las necesidades en salud, servicios y recursos eran presentadas como la diferencia conceptual entre el estado de salud, los servicios sanitarios y los recursos movilizados, respectivamente. En términos técnicos, la evidencia muestra que a la sociedad contemporánea le ha resultado difícil saltar de los recursos a los servicios y de éstos a la salud. Muchas veces se ha visto que mejoras sustanciales en los servicios no mejoraban la cantidad o calidad de los servicios producidos, o que estos últimos no conseguían contribuir en ninguna medida decisiva a mejorar la salud de la población servida.

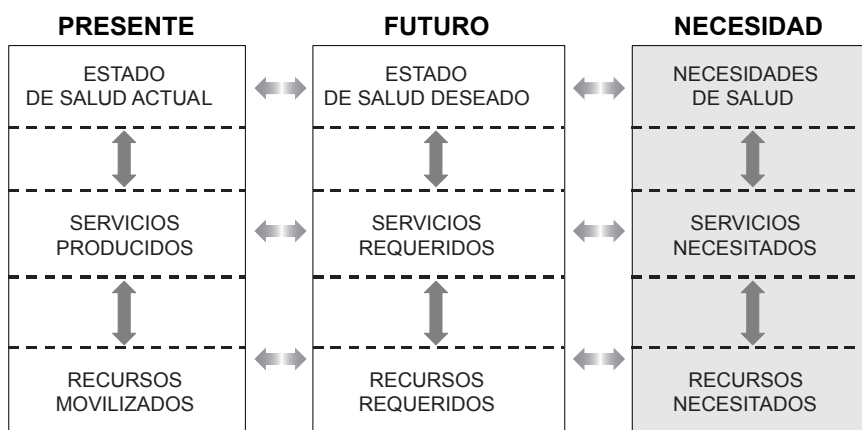


Figura 14. Diferencias entre salud, servicios y recursos necesarios

Adaptado de: Pineault R. La planification des services de santé.

En las últimas décadas se han producido avances respecto al enfoque anterior. En general, las políticas sanitarias se desarrollan según un conjunto de reglas y procedimientos susceptibles de ser replicados, es decir, puestos en práctica, aprendidos y mejorados sistemáticamente. Esta sección del documento abordará algunas de las técnicas básicas para que el lector se familiarice con ellas. Se basan en gran medida en el documento de G. Walt de 1994: *Health Policy; An Introduction to Process and Power*. Zed Books. London and New Jersey, y el de R. Saltman y J. Figueras (eds.) de 1996: *Reforma de la Asistencia Sanitaria en Europa, Análisis de las Estrategias Actuales*, OMS, adonde se remite al lector para una cobertura más detallada del tema.

En primer lugar se presentan algunas definiciones y luego los elementos esenciales de un marco ya bien sometido a prueba. También se ha desarrollado un programa informático (Reich M, 1996. *Applied Political Analysis for Health Policy-Computer Assisted Political Analysis*) que constituye una valiosa herramienta de apoyo.

Quizá valga la pena señalar explícitamente que lo que sigue está basado en un entendimiento democrático del desarrollo político (Canada Research Institute, 1995). Para maximizar las fortalezas sociales y sacar provecho a las oportunidades, al tiempo que se combaten las debilidades y se evitan las amenazas que pudieran presentarse, se asume que: a) la elaboración de las políticas es un campo abierto a la sociedad, o sea que no sólo una minoría sabe o está interesada en ellas; b) las políticas pueden hacerse, es decir, pueden ser el resultado de una intervención; y c) la elaboración de las políticas puede ser racional, o lo que es lo mismo: las pasiones o los trucos no son necesariamente su elemento natural.

Son definiciones importantes:

- Fines, objetivos, metas: «Desenlaces preferidos en una situación dada» (Beishon J y Peters G, 1981).
- Políticas: «Formulaciones amplias de fines y medios en consonancia entre sí, diseñados para constituirse en guías para las decisiones de conducta en la organización. Las políticas tienden a estar escritas de modo tal que aporten un margen considerable cuando se interpreten y cuando se pongan específicamente en práctica.»
- Agenda política: «Lista de temas o problemas a los cuales los funcionarios del gobierno, la gente fuera del mismo pero asociados más o menos de cerca a dichos funcionarios y la sociedad en general prestan alguna atención en un momento dado» (Kingdom, en Walt, 1994).
- Desarrollo y análisis de la política: «Disciplina de las ciencias sociales aplicadas que usa la razón y las pruebas para a) clarificar problemas públicos; b) valorar dichos problemas; y c) abogar por soluciones específicas» (Canada Research Institute, 1995).
- Sistema político: «Conjunto de instituciones y procesos implicados en la asignación autorizada de valores para la sociedad» (Easton 1965, citado en Walt, 1994).



### 3.2. VALORES

En general, a la hora de diseñar una política de salud y servicios sanitarios son muchas las áreas de contenido importantes. Desde una perspectiva tecnocrática, en una propuesta de reforma de los servicios sanitarios, por ejemplo, cabe considerar cuatro áreas clave:

- 1) La carga de enfermedad y su distribución en la sociedad (incluidos los determinantes de la salud).
- 2) La demanda, utilización y satisfacción con los servicios sanitarios.
- 3) Las percepciones y expectativas sociales relacionadas tanto con la salud como con los servicios.
- 4) Algunos atributos (por ejemplo, la efectividad, eficiencia y calidad) de la provisión de servicios.

Se las puede resumir en la siguiente figura:

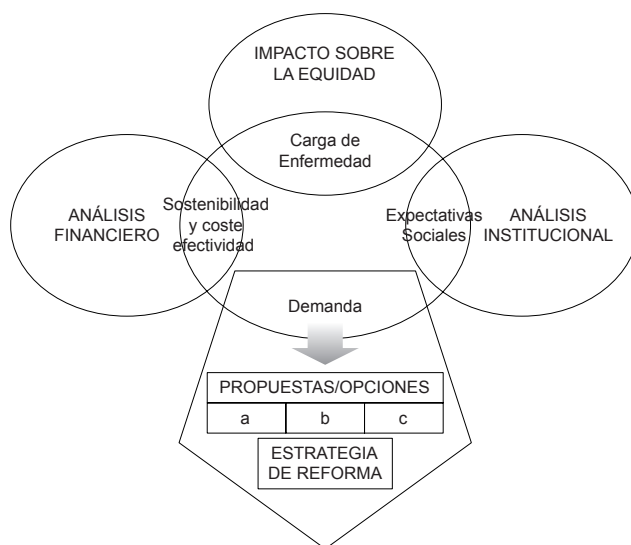


Figura 15. Contenidos de una política de reforma sanitaria

Enfoques similares pueden encontrarse en muchas otras propuestas de política sanitaria, pero Walt (1994) es extremadamente convincente cuando explica la necesidad de entender que los objetivos compiten entre sí y que los tecnócratas no son necesariamente los mejor equipados para «imponer» sus objetivos a la sociedad. Determinar cómo establece la sociedad sus prioridades y preferencias resulta por tanto crucial, lo cual requiere disponer de un modelo que explique la conducta social.

Hay a este respecto dos modelos fundamentales: a) la explicación centrada en la sociedad; y b) la explicación centrada en el Estado.

La primera puede a su vez basarse en:

- a) Un enfoque de clases (la toma de decisiones está dominada por los intereses de cada clase social).
- b) Enfoques pluralistas (ninguna élite domina las decisiones, sino que todas ellas compiten entre sí, y los resultados políticos redundan en el interés del público).
- c) Enfoques de elección pública (el Estado no es un árbitro neutral entre los grupos que compiten unos con otros, sino un actor con sus propios intereses. De ese modo, las políticas no redundan necesariamente en el interés público).

La explicación centrada en el Estado, por su parte, puede basarse en:

- a) El modelo del actor racional (quienes elaboran las políticas efectúan sus opciones sobre bases racionales, lo que da como resultado un conjunto de opciones políticamente óptimas).
- b) Políticas burocráticas (que hacen hincapié en las posiciones de quienes las elaboran en las organizaciones y en cómo dichas posiciones influyen sus opciones políticas).
- c) El enfoque de los intereses del Estado (quienes elaboran las políticas son gente que toma activamente decisiones y genera con ello respuestas a los problemas, determinando así los resultados políticos).

Existen siempre, por tanto, propuestas alternativas que buscan captar el apoyo de la sociedad. La capacidad para determinar qué metas y objetivos deberían perseguirse depende del modo en que las sociedades juzguen la importancia comparativa de propuestas alternativas en competencia entre sí. Esto se efectúa mediante los «valores» (las cosas que tienen significación e importancia para la gente). Los valores pueden ser:

- Materiales (por ejemplo, el consumo de bienes como los frigoríficos y los teléfonos, etc.).
- De servicios (la buena calidad de la educación o de la asistencia sanitaria, etc.).
- Simbólicos o espirituales (el derecho a decir lo que uno piensa en público, o a un juicio justo, la posibilidad de no tener un hijo no deseado, etc.).

En conjunto, además de los valores, un sistema político se compone de: a) demandas efectuadas por individuos o grupos; b) recursos poseídos o recolectados (impuestos); y c) apoyos, simbolizados por las adhesiones, los votos, la voluntad de pagar impuestos, etc.

En principio, los valores son, con mucho, el elemento más decisivo en una política sanitaria. En las sociedades en las sociedades democráticas usualmente se extienden entre dos polos (el «libertario» y el «igualitario»), cada uno de ellos con sus propios defensores y proponentes.

La siguiente figura (Donabedian, 1971) presenta ambos polos y la forma en que impactan sobre cada sociedad, sobre cómo cada una percibe la responsabilidad social, etc. Los valores operan tanto en el terreno general como en los criterios considerados deseables en los servicios sanitarios.

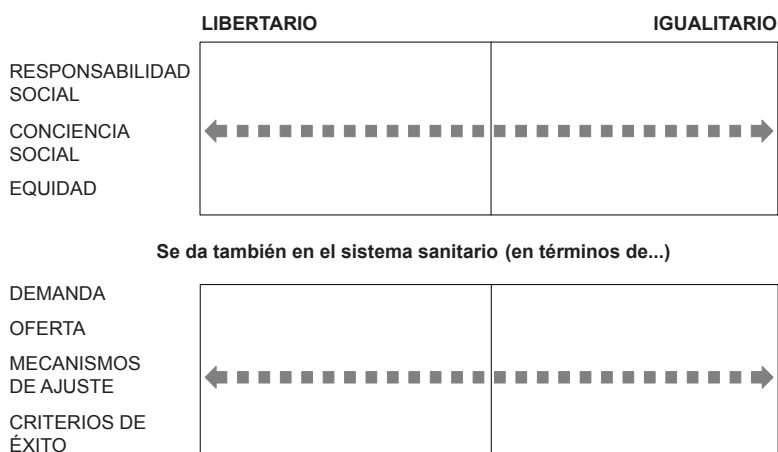


Figura 16. El continuo de puntos de vista sociales

Fuente: Donabedian, A. Social responsibility for personal health services: an examination of basic values. Citado por Williams A en: Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle.

La iniciativa de la OMS Europa *Salud21* como inspiración de la política y las estrategias sanitarias de cada país en los años venideros, resalta tres valores básicos:

- La salud como derecho humano fundamental. La calidad de vida experimentada por un individuo tiene muchos determinantes, entre los cuales la salud es de particular importancia. Las tradicionalmente reconocidas necesidades del ser humano – como el acceso a un lugar donde vivir, a la comida y a no ser perseguido– están todas íntimamente relacionadas con su bienestar físico y mental.
- Equidad. Todo el mundo posee el derecho básico a alcanzar el máximo estado de salud posible, con independencia de su grupo étnico, religión, género o cualquier otra consideración. No deberían existir diferencias de salud entre países más ricos y más pobres; o, dentro de un país, entre los ciudadanos con distinto nivel de riqueza. La alta correlación observable entre pobreza y estilos de vida no saludables indica que atajar las causas de la pobreza probablemente mejorará la salud.

- Participación y rendición de cuentas. Todos los sectores de la sociedad deben ser estimulados a reconocer sus responsabilidades en lo concerniente a asegurar el acceso a servicios sanitarios idóneos según su necesidad. Deben introducirse estructuras que permitan una participación significativa de la comunidad en los órganos encargados de elaborar la política sanitaria. Deben también existir mecanismos democráticos y transparentes que aseguren la rendición de cuentas al público en todos los entornos en que se preste asistencia sanitaria.

Es importante entender que a, largo plazo, los valores de la sociedad, la ideología prevalente y las relaciones de poder determinarán el equilibrio entre fines y objetivos mediante una combinación de acciones públicas y privadas.

Los individuos se verán así influidos por un conjunto de opciones que las autoridades públicas «pre-enmarcarán» para las organizaciones. A este respecto se adjunta a continuación una popular representación, elaborada por la canadiense Nancy Milio:



Figura 17. Instrumentos de política pública: crear opciones

Fuente: Milio, N. Promoting Health through Public Policy.

### 3.3. EL PROCESO POLÍTICO

En consecuencia, los procesos de desarrollo de las políticas tienen lugar sobre la base de los valores que prevalezcan en cada caso. Los libros de texto incluyen las siguientes cuatro etapas:

- a) Identificación del problema y reconocimiento de los temas (o *issues*, en inglés) (¿cómo entran los temas en la agenda política?, ¿por qué algunos temas ni siquiera se discuten?).
- b) Formulación de la política (¿quién la formula?, ¿cómo se la formula?, ¿de dónde parten las iniciativas?).
- c) Implementación de la política (¿qué recursos se usan?, ¿quién está implicado?, ¿cómo se pone en práctica una política?).
- d) Evaluación de la política (¿consiguió la política sus objetivos?, ¿está teniendo consecuencias inesperadas?).

Desde este punto de vista, la política sanitaria no es otra cosa que un proceso como tal, en el cual la sociedad se ve expuesta a propuestas alternativas recabando su apoyo. Este documento recomienda usar un marco de análisis de las políticas sanitarias que ha demostrado ser muy útil y que consiste en diferenciar entre el «contexto», las «partes interesadas», o actores, el «contenido» y el «proceso». Si bien se lo discutió originalmente en el marco de las reformas de los sistemas en los países en vías de desarrollo, aporta un poderoso arsenal analítico en la mayoría de las situaciones, incluidos los países desarrollados.

La representación diagramática de ese marco de análisis es la siguiente:



*Figura 18. Marco para el análisis de las políticas*

Fuente: Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries.

Primero es importante entender el contexto, dentro del cual deben analizarse la situación macro-económica, el entorno político y los antes comentados valores sociales. Para valorar las opciones de éxito de una propuesta política, pues, conviene de entrada entender de qué modo influye la situación económica, política, etc., en la escena del país.

Segundo, desarrollar una política sanitaria requiere la cooperación de todos los actores, permitiendo a cada parte interesada trabajar en asociación hacia fines comunes mientras defienden sus intereses específicos legítimos. Entre dichos actores se cuentan sobre todo los ciudadanos, los organismos profesionales, quienes elaboran las políticas y los grupos de interés. Los ministerios de sanidad, así como los parlamentos, tienen una importancia obvia. Otras muchas instituciones y grupos de interés directa o indirectamente implicados en la salud, como las organizaciones internacionales de dentro (por ejemplo, la OMS, UNICEF y el Banco Mundial [BM]) o fuera de las Naciones Unidas (por ejemplo, la Unión Europea) pueden también desempeñar un papel importante.

Tercero, los principales elementos en el proceso político son la distribución del poder y la autoridad, y su «operacionalización», incluyendo el ritmo de implementación, las alianzas que se establezcan, etc. (en la jerga, el «mapa» de los apoyos).

Finalmente, el contenido de cada política es lo que les da su especificidad. El término «elaboración de la política sanitaria» incluye un conjunto de propuestas que van de objetivos sociales amplios a otros más concretos. Como se señaló, puede alternativamente afectar a mucha gente o sólo a un segmento de la población. Una política sanitaria también puede centrarse en factores causales amplios («determinantes de salud») o simplemente abordar un problema de salud concreto. En general, actualmente se tiende a presentar el contenido de las políticas ligado a las «funciones» de los Sistemas Sanitarios (ver Parte II de este libro).

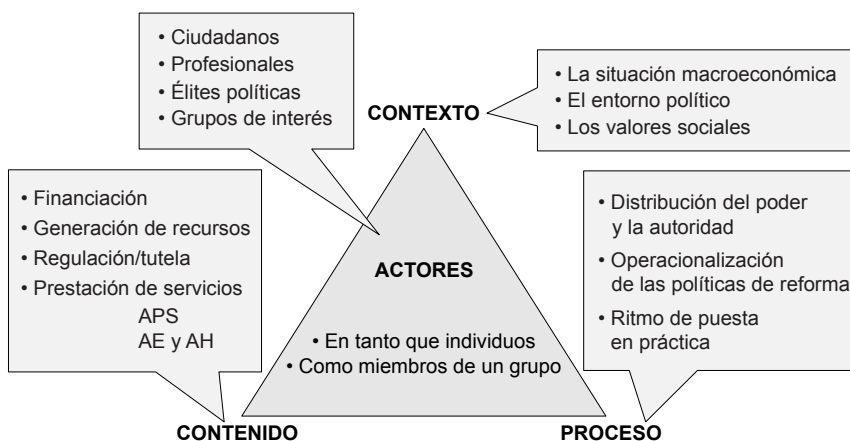


Figura 19. Resumen del marco teórico completo

Fuente: Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries.

Por último, no debe acabarse este texto sin explicar la importancia de tener en cuenta que para la eventual puesta en práctica de las políticas, éstas deben cumplir ciertos criterios (Bonoli, 2000):

- Dependencia de camino (la «inercia» de la política anterior).
- Capacidades del gobierno (para «negociar» los nuevos roles).
- Viabilidad técnica (los «requisitos técnicos» de los nuevos esquemas).

Coherentemente con la idea de que toda política sanitaria es en esencia un proceso, hoy se admite que, en realidad (Canada Research Institute, 1995), los problemas políticos rara vez se solucionan; la mayoría de las veces simplemente se los reformula, o incluso se quedan sin resolver. Por esa razón, es más correcto describir el análisis y desarrollo de políticas como una metodología para estructurar los problemas que como una forma de resolverlos.

## Referencias bibliográficas Parte I

---

- ASHTON J, SEYMOUR H. *La Nueva Salud Pública. La experiencia en Liverpool*. Barcelona: Masson, SG Editores, 1990.
- BEISHON J, PETERS G. *Systems Behaviour*, 3rd. edn. Open Systems Group for Open University: Harper and Row, 1981.
- BONOLI G. *The politics of pension reform; institutions and policy change in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- CANADA RESEARCH INSTITUTE. *The Essential Guide to Policy Development and Analysis, mimeo. Framework for Policy Analysis*, 1995: 319.
- COCHRANE AL. *Effectiveness and Efficiency-Random Reflections on Health Services*. Leeds: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1971.
- COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD. *Indicadores de desarrollo mundial del Banco Mundial*. Ginebra: OMS, 2001.
- COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH. *Report: Investing in health for economic development*. Geneva: WHO, 2001.
- DONABEDIAN A. Social responsibility for personal health services: an examination of basic values. *Inquiry*, 1971; 8 (2): 3-19.
- DONALDSON RJ. *Essential Community Medicine*. Hingham: MTP Press, 1983.
- DRUCKER P. La próxima sociedad (separata). *The Economist*; noviembre 2001.
- DUBOS R. *El Espejismo de la Salud*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1975.
- DUNNING A. *Choices in health care: a report by the government committee on choices in health care*. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Culture, 1992.
- EVANS R, BARER ML, MARMOR TR. *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruiter, 1994.
- EVANS R, STODDART G. Producing health, consuming health services. *Soc Sci Med*, 1990; 31 (12): 1359.
- FRANK J, MUSTARD J F. The Determinants Of Health From A Historical Perspective. *Daedalus, Journal Of The American Academy Of Arts And Sciences*, 1995; Fall 123 (4).
- FRENK J. Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform. *Health Policy*, 1995; 32: 257-277.
- GALBRAITH JK. *La anatomía del poder*. Barcelona: Plaza & Janés Editores., 1986
- ILLICH I. *Limits to Medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. New York: Penguin Books, 1976.



- JAMISON DT, MOSLEY WH, MEASHAM AR, BOBADILLA JL. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford Medical Publications, 1993.
- LALONDE M. *A new Perspective on the Health of Canadians*. Canadá: Department of National Health and Welfare, 1974.
- LAST JM. *Public Health and Human Ecology*. London: Prentice-Hall International Editions, 1987.
- MCKEOWN T, LOWE CR. *An Introduction to Social Medicine*. Oxford: Blackwell, 1976.
- MILIO N. *Promoting Health through Public Policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
- MOSSIALOS E, DIXON A, FIGUERAS J (eds.). *Funding Health Care Options for Europe*. Buckingham: European Observatory Series/Open University Press, 2001.
- OECD. *Health Data 1998. A Comparative Analysis of 29 Countries*. En: WHO. World Health Report 2000. Copenhagen: WHO, 2000.
- PINEAULT R, DAVELUY C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: SG y Masson S. A., 1989.
- PRESTON SH, KEYFITZ N, SHOEN R. Causes of Death: Life Tables for National Populations. En: World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. N.Y.: Oxford University Press, 1993.
- SALTMAN R, FIGUERAS J (eds.). *European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies*. Geneva: WHO, 1996.
- SALTMAN RB, FIGUERAS J, SAKELLARIDES C. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- STANFORD UNIVERSITY. The future of Medicine. *The Economist*, 1994; March.
- SEN A. *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf, 1999.
- SWEDISH PARLIAMENTARY PRIORITIES COMMISSION. *Priorities in health care*. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1995.
- UNDP. *Human Development Report 2001*. New York: Oxford University Press, 2001.
- UNITED NATIONS. *Sex and age quinquennial 1950-2050 (The 1996 Revision)*. Geneva: UN, 1996.
- VAN DOORSLAER E (et al.). The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries. *Journal of Health Economics* 1999; 18: 291-313.
- WALT G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. New Jersey: Zed Books, 1994.
- WILLIAMS A. Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*, 1988: 173-183.
- WORLD BANK. *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANISATION-REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Targets for Health for All*. Copenhagen: WHO, 1985.
- WORLD HEALTH ORGANISATION-REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Targets for Health for All. The healthy policy for Europe*. Updated edition 1991. Copenhagen: WHO, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANISATION-REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *The Solid Facts. Social Determinants of Health*. Copenhagen: WHO, 1998.

---

WORLD HEALTH ORGANISATION, HEALTH AND WELFARE CANADA. *Canadian Public Health Association*. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO; 1986.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *World Health Report 1999. Making a Difference*. Geneva; 1999.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva; 2000.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva; 2001.

**Parte II. Elementos fundamentales  
de análisis de los sistemas sanitarios**

## Presentación de la Parte II

---

Tras la Parte I sobre políticas de salud, ésta sobre sistemas sanitarios intenta ayudar a entender y manejar uno de los temas principales de las organizaciones sanitarias públicas y privadas: los sistemas sanitarios. El texto no intenta ser un manual exhaustivo en tan complejo campo, sino más bien una guía útil para la formación continuada. Tampoco pretende sustituir a materiales de formación más reglados (libros, etc.); a repasar los cuales se invita al lector interesado.

En particular en los últimos años se ha producido una enorme cantidad de material de análisis de los sistemas. Mención específica debe hacerse del trabajo producido por el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, especialmente la serie *Health Care Systems in Transition* y el libro *Reformas Sanitarias en Europa, Análisis de las Estrategias Actuales*, consultados en profundidad para elaborar el presente texto.

Debe explicarse también que la sección sobre funciones de los sistemas sanitarios se ha apoyado en dos publicaciones de la OMS: a) el *Informe Mundial de la Salud 2000, Sistemas sanitarios: Mejorar el desempeño*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000; y b) Frenk J, Murray JL. Un marco para valorar el desempeño de los sistemas sanitarios. *Boletín de la OMS 2000*; 78 (6): 717-731.

Otra fuente importante del presente texto ha sido la documentación interna de Técnicas de Salud, alguna de ella producida en trabajos de consultoría para la OMS y para el Banco Mundial. Al final de esta Parte II, como antes se señaló, el lector encontrará una lista de documentación sobre sistemas sanitarios para consulta en mayor profundidad.

Si bien se ha hecho todo tipo de esfuerzos para sustanciar todo lo recogido en el texto mediante su correspondiente referencia bibliográfica, es importante reseñar aquí que cualquier posible error de opinión o punto de vista en este documento es sólo y enteramente responsabilidad del autor.

La estructura de esta Parte II es la siguiente:

- Tras esta presentación, el lector encontrará la sección sobre las funciones de los sistemas sanitarios (financiación, generación de recursos, producción de servicios y tutela o rectoría). Su introducción recoge en primer lugar los principales conceptos, tras lo cual se analizan separadamente cada una de las cuatro funciones.
- Luego se presentan los conceptos esenciales de los modelos de sistemas, poniendo el énfasis sobre los vínculos entre cada modelo y sus orígenes históricos y sociales.

- Se finaliza prestando atención a las reformas de los sistemas, tema clave en este cambio de siglo. Se cubren algunos aspectos metodológicos e instrumentales sobre la evolución del concepto y la forma de efectuar el seguimiento a dichas reformas, prestándose atención brevemente a los procesos de reforma en los países tanto de Europa Occidental como Central y del Este.

# 1. Funciones de los sistemas sanitarios

## 1.1. CONCEPTOS: FINES, FUNCIONES Y DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Existe una considerable confusión conceptual y terminológica acerca de qué debe entenderse por «sistema sanitario» (sus fronteras o límites). Términos como «servicios sanitarios», «servicios de asistencia sanitaria», «sistema sanitario», «sector salud», etc. se usan unas veces como equivalentes y otras como términos de significado distinto, lo cual constituye un factor obvio de distorsión. Ni que decir tiene que se trata de mucho más que de un asunto gramatical; lo que está en juego son percepciones sobre roles sociales, responsabilidades institucionales, derecho a usar recursos y, en definitiva, poder, todas ellas con enormes implicaciones prácticas.

El asunto se complica incluso más por el hecho de que el concepto de sistema sanitario suele verse bajo luces distintas en los diferentes lugares; es decir, el concepto no es ni unívoco ni universal (por ejemplo, en algunos sitios, alguna gente ve a los proveedores de cuidados a la tercera edad no estrictamente sanitarios como parte del sistema sanitario; y otros, en otro sitio, los ubican como parte de los servicios sociales; hay lugares en que la medicina tradicional se incluye dentro del sistema, pero en otros no, etc.).

Más aún: el concepto tampoco es inmutable puesto que los servicios y las prestaciones cambian con el tiempo, desplazando así los límites asistenciales y las fronteras de los sistemas.

La siguiente figura muestra una posible forma de ver las diferencias entre los conceptos de «servicios sanitarios», «sistema sanitario de salud» y «sector salud».

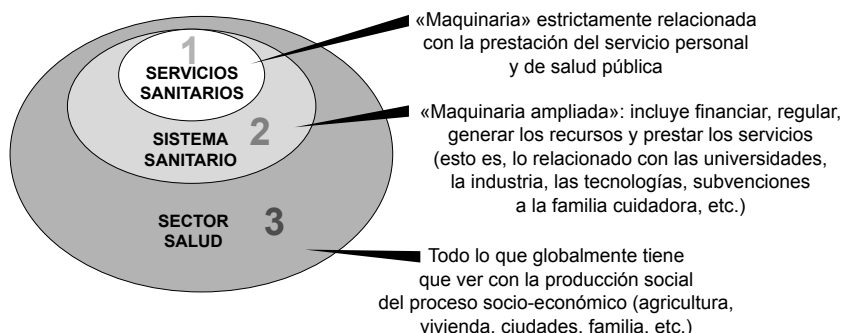


Figura 20. Diferencias y confusiones conceptuales

Para el *Informe Mundial de la Salud 2000* un sistema sanitario incluye «todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir acciones de salud», concepto que define «cualquier esfuerzo, sea en el terreno de la asistencia personal, los servicios de salud pública o mediante iniciativas intersectoriales, cuyo propósito primario sea promover, restaurar o mantener la salud».

Además de las fronteras o límites, son también importantes los fines, las funciones y el desempeño de los sistemas sanitarios.

En rigor, como se muestra en la figura siguiente inspirado en Donabedian, los *outcomes* o resultados que potencialmente cabe conseguir a través del sistema sanitario son ciertamente numerosos.

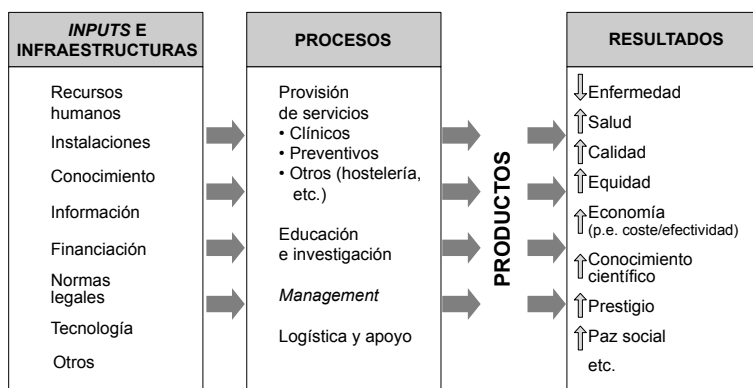


Figura 21. Resultados potenciales a través del sistema sanitario

Fuente: Durán A, De Manuel E, Oleaga I. No Publicado. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996

La pregunta crítica es: ¿cuáles son los *fines genuinos* de un sistema sanitario?: de todos los recogidos arriba, según el *Informe Mundial de la Salud 2000* hay tres intrínsecos a los que el sistema sanitario contribuye y que requieren énfasis: a) una buena salud; b) la capacidad de responder a las expectativas no sanitarias de la gente; y c) la justicia en la contribución financiera a la salud.

Desde luego, ninguno de los tres es incompatible con los muchos otros resultados, que se consideran objetivos intermedios (ver también la sección sobre seguimiento de la reforma de los sistemas sanitarios), como pueden ser:

- Aceptabilidad: cómo responden los sistemas a las expectativas de los ciudadanos.
- Acceso: si los pacientes pueden obtener los servicios que necesitan en el sitio y momento correctos.
- Idoneidad: si la asistencia es relevante para las necesidades y se basa en estándares establecidos.

- **Competencia:** conocimiento y habilidades de quienes proveen la asistencia en relación con la que en concreto prestan.
- **Continuidad:** cómo encajan entre sí los servicios, incluida su coordinación, integración y facilidad de «navegación».
- **Efectividad:** si cada servicio individual funciona en cuanto a que afecta a la salud como resultado.
- **Eficiencia:** las más de las veces concebida como eficiencia técnica, o la capacidad de lograr los mejores resultados al menor coste.
- **Sostenibilidad:** capacidad del sistema para aportar su infraestructura, como la mano de obra, las instalaciones y el equipamiento, ser innovador y responder a las necesidades que surjan.

Pero los sistemas sanitarios no pueden lograr sus resultados espontáneamente por las buenas o simplemente por «inspiración». Por contra, como cualquier otra organización compleja, deben desarrollar actividades y tareas de carácter más o menos sistemático («funciones»), si quieren conseguir los fines que se plantean.

Se entiende que los sistemas llevan a cabo fundamentalmente cuatro de esas funciones que, representadas en la figura que sigue, son:

1. La financiación, incluida la recogida de ingresos, la puesta en común de los fondos y la compra.
2. La provisión de servicios sanitarios personales y no personales.
3. La generación de recursos, incluidos los recursos humanos, las instalaciones, etc.
4. La tutela o función de supervisión del sistema.

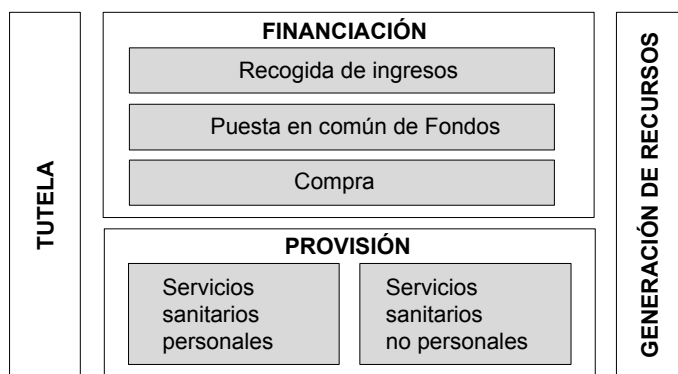


Figura 22. Funciones de los sistemas sanitarios

Fuente: Murray CJL, Frenk, J. A WHO framework for health system performance assesment.



## 1.2. FINANCIACIÓN

«Financiación del sistema sanitario es el proceso por el cual se recaudan los ingresos de fuentes primarias y secundarias, se los acumula en depósitos comunes de fondos y se los asigna a actividades llevadas a cabo por los proveedores de servicios» (Frenk y Murray, 2000).

«El propósito de la financiación sanitaria es hacer disponible el dinero, así como ofrecer a quienes prestan los servicios los incentivos idóneos para asegurar que todos los individuos pueden acceder a una asistencia sanitaria y una salud pública efectiva.» (*Informe Mundial de la Salud 2000*).

El enorme incremento del gasto sanitario en décadas recientes ha llevado a los gobiernos a plantearse nuevos esquemas que garanticen una financiación idónea de los sistemas. Al objeto de asegurar dichos fines, cabe distinguir tres subfunciones en la financiación de todo sistema sanitario:

1. Movilización de recursos.
2. Puesta en común (*pooling*) de riesgos y recursos.
3. Asignación de recursos.

A continuación, se las comenta por separado.

### Movilización de recursos, recogida de ingresos

La recogida de ingresos es el proceso mediante el cual el sistema sanitario recibe dinero tanto de fuentes primarias (domicilios y compañías) como secundarias (gobiernos y donantes). El diseño estratégico de esta subfunción afecta profundamente al desempeño del sistema sanitario, especialmente en temas de acceso a los servicios.

Si bien todos los aspectos de la financiación son importantes, la decisión crítica que hay que adoptar para construir un sistema de financiación es el nivel de prepago, es decir, cómo colectar los recursos *ex-ante* en relación con el momento de uso de los servicios.

Existen varias maneras de recoger ese dinero: mediante los impuestos generales, mediante contribuciones obligatorias a un sistema sanitario social, mediante cotizaciones a un seguro sanitario voluntario privado, mediante pagos «de bolsillo» y mediante donación. Idealmente, la situación más justa sería aquella en que se diera una separación completa entre contribución y utilización (especialmente de las intervenciones de coste elevado). Con ello se permitiría una contribución al uso común de los recursos basada en la riqueza frente a un uso basado en la necesidad.

Por el contrario, en la medida en que a los pacientes se les exija pagar una cantidad sobre la marcha como precondition para recibir asistencia, la vinculación contribución-uso será mayor la restricción al acceso para los pobres será mayor. La financiación por impuestos genera la máxima separación entre pago y uso, en tanto en el pago de bolsillo dicha separación no existe.

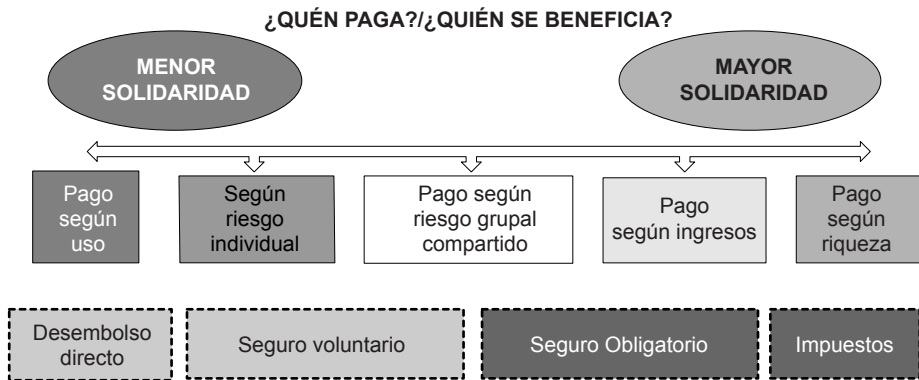


Figura 23. La solidaridad en la financiación sanitaria

Alegando razones de justicia y eficiencia, todos los países desarrollados tienden a separar contribución y utilización, como antes se dijo. Separar contribución y utilización exige crear agencias responsables con gran capacidad institucional y organizativa, para evitar consecuencias indeseadas. Cuando dichas instituciones son débiles (como sucede en los países en vías de desarrollo), la recogida de ingresos se hace imposible y esa separación no puede manejarse. El alto porcentaje de economía informal y la debilidad institucional de esos países bloquea incluso el establecimiento de cotizaciones de seguridad social para el sistema.

Más aún: en los países de ingresos bajos a veces es necesario imponer un copago para acceder a determinadas intervenciones, ya sea para aumentar los ingresos (si la capacidad financiera del sistema es limitada) o para reducir la demanda (cuando la sobreutilización es evidente). El uso de copagos debe estudiarse con mucho cuidado, porque usualmente tiene más efectos de «racionamiento» que de «racionalización». En pocas palabras, la experiencia muestra que sólo deben usarse copagos para necesidades de bajo coste y relativamente predecibles.

Considerando todos los aspectos, según el *Informe Mundial de la Salud 2000* deben usarse siempre que sea posible métodos de prepago, excepto cuando los costes administrativos implicados fuesen desproporcionadamente altos.

Otra decisión clave en relación con la colección de recursos es cuántas agencias deben desarrollarla. Conviene analizarla tomando en cuenta dos factores: a) economías de escala y

b) concentración; tienen que ver con la puesta en común de recursos y riesgos, que se comenta a continuación.

## Puesta en común (pooling) de riesgos y recursos

*Pooling* es el nombre que se da a la acumulación en común y la gestión de los recursos recogidos, para minimizar el riesgo financiero de los individuos que pagaron su asistencia sanitaria, haciendo que compartan las prestaciones. En el momento en que los recursos se ponen en común dejan de estar asignados a cada contribuyente individual y pasan a ser de todos. Es lo que se conoce como la «función de aseguramiento», y está directamente ligada a la incertidumbre que rodea el uso de las acciones de salud.

Poner en común es la principal forma de repartir los riesgos entre los participantes, incluso una vez que la separación entre contribución y utilización es total. Dicho *pooling* no solo minimiza los costes para los pacientes, sino también para los proveedores. En intervenciones sanitarias de alta probabilidad y bajo coste, sin embargo, los pacientes podrían preferir el pago de bolsillo en lugar de la puesta en común.

Los temas principales en cuanto al *pooling* que afectan al desempeño del sistema sanitario son, por tanto:

- Separar la puesta en común de fondos según grupo de población.
- Separar los fondos puestos en común para servicios de asistencia personal y no personal.
- Establecer subvenciones cruzadas entre contribuyentes de alto y bajo riesgo.

Los esquemas estructurales necesarios para diseñar la función de puesta en común son:

- Tamaño y número de fondos puestos en común.
- Mecanismos para transferir fondos entre dichos *pools*.
- Derecho o no de elegir y competición entre *pools* al apuntarse a uno u otro.
- Gobernación de las instituciones que mantengan los *pools* de fondos.

El tamaño de los depósitos en común es el principal aspecto de esta subfunción. Debe señalarse que los grandes depósitos tienen ventajas muy importantes: a) economías de escala, b) la ley de los grandes números, y c) las subvenciones cruzadas de los individuos de bajo riesgo a los de alto riesgo. Más aún: los *pools* grandes aumentan la disponibilidad de recursos para los servicios sanitarios, disminuyen los costes administrativos marginales y aseguran fondos suficientes para pagar los servicios. Finalmente, cuanto mayor es el número de gente asegurada, más fácil es reducir la incertidumbre en cuanto a la necesidad.

Ahora bien, si dichos depósitos sólo toman en cuenta el riesgo de utilización y no el nivel de ingresos, pueden generar problemas de equidad porque la asociación entre disponibilidad de recursos y necesidad es inversa (esto es, quienes más necesitan los servicios son quienes menos pueden pagarlos). Para asegurar un desempeño no regresivo de los sistemas es necesario introducir mecanismos que permitan subvencionar al pobre a la vez que se esparce el riesgo. Esa es la razón por la cual la mayoría de los gobiernos están introduciendo subsidios gubernamentales y mecanismos compensatorios de diversos tipos, tanto en los sistemas de *pools* múltiples (Argentina, Colombia, Holanda) como en las organizaciones de un único depósito (Brasil).

	Fuente de los fondos			
	PRIVADA		PÚBLICA	
• <b>Forma de pago</b>	Del bolsillo	Seguro privado	Seguro social	Impuestos generales
• <b>Portador del coste</b>	Individual	<i>Riesgos cada vez más compartidos</i>		Toda la población
• <b>Cobertura</b>	Excluye a los más pobres	<i>Crecientemente equitativo</i>		Universal
• <b>Ejemplos actuales</b>	La mayoría de los países de ingresos bajos	EEUU	Países de ingresos medios y algunos de la OCDE	Otros países de la OCDE

Figura 24. Financiación: puesta en común de los riesgos y patrones de cobertura

Fuente: WHO. World Health Report, 1999.

Las políticas de modernización de los sistemas sanitarios, por tanto, deben centrarse en promover la creación de depósitos tan grandes como sea posible. Al respecto conviene resaltar:

- Lo anterior no está en contradicción con crear un único depósito que a su vez comprenda varios otros, si su tamaño y sus mecanismos de financiación permiten esparcir el riesgo simultáneamente con subvencionar a las personas pobres.
- Cuando no resulta posible crear un único *pool* grande (por el contexto social, debilidad institucional, etc.), establecer *pools* pequeños es mejor que pagar simplemente de bolsillo. Más aún: esos depósitos pequeños pueden ser el primer paso para establecer uno mayor más tarde, integrando los ya existentes.

La competición entre *pools* puede tener varias ventajas: es un incentivo para aumentar la innovación y la actitud de responder a las expectativas y reducir costes, ya que cada uno deberá captar clientes para sobrevivir, sin disponer de un «mercado cautivo» como en el

caso de un *pool* único. El principal problema de la competición, sin embargo, es la conducta selectiva, tanto en relación con los *pools* (selección de riesgo) como con los consumidores (selección adversa).

Por esta razón es asimismo fundamental establecer la necesaria regulación para evitar diversas consecuencias negativas, como:

- Exclusión del *pool*. Para evitar excluir a los necesitados de la puesta en común de los riesgos hace falta una mezcla de regulación (participación obligatoria sin relación con las cotizaciones según riesgo, establecer el riesgo como media de la comunidad, prohibición de «la letra pequeña...») e incentivos financieros (mecanismos de compensación del riesgo, subvenciones para que los pobres se adhieran al *pool*...). El problema, sin embargo, es que todo ello genera costes de transacción altos.
- Es también necesario desarrollar reglas en cuanto a los criterios de entrada y salida de las organizaciones, las actividades que éstas pueden desarrollar, cómo proteger al contribuyente y reglas en cuanto a inversiones y gestión, etc.

En la mayoría de los casos, la compra y la puesta en común de los riesgos las hace la misma organización. Ahora bien, algunos países, como por ejemplo Colombia o EE UU, están intentando separar ambas funciones.

## Asignación de recursos, compra de intervenciones

Comprar intervenciones es el proceso por el cual con los recursos colectados y puestos en común se paga a los proveedores institucionales o individuales a cambio de que desarrollen un conjunto de intervenciones asistenciales. El objetivo de comprar es asegurar que el paquete de intervenciones de salud que se ha de prestar sea el adecuado, mientras se asegura que no se erosionan ni la capacidad de respuesta ni la justicia financiera del sistema.

La compra puede efectuarse de forma pasiva (esto es, simplemente siguiendo un presupuesto o pagando las facturas que se presenten) o activamente / estratégicamente (pugnando por mejorar de forma continua y maximizar los resultados de salud del sistema mediante la contratación selectiva y los esquemas de incentivos).

La compra estratégica requiere tres decisiones principales:

- ¿Qué intervenciones comprar? Deben desarrollarse criterios para escoger qué intervenciones incluir y qué otras se excluyen. Las acciones sanitarias a comprar dependerán de los objetivos del sistema (definidos por las autoridades o por el mercado) y de la responsabilidad que se descentralice al proveedor. En un mercado, la demanda de los llamados bienes públicos o parcialmente públicos con grandes externalidades no es la adecuada, por lo que se requiere asignar dinero público para comprar estos tipos de bienes. Es fundamental, por tanto, prestar atención desde el punto de vista

social, por ejemplo, a la gente seriamente enferma o al bienestar de las generaciones futuras. Los programas financiados deben asimismo, en la medida de lo posible, ajustarse a las expectativas y deseos de la gente.

- ¿Dónde comprar las antes citadas intervenciones? Para que la compra de servicios responda a las expectativas hacen falta buenos procesos de contratación, procedimientos de control efectivos y criterios para escoger a los proveedores. El tamaño del proveedor es un factor clave para evitar que la compra se vea envuelta en procesos de microgestión. La solución puede estar en definir «unidades de compra» al tiempo que se escoge en cada contexto el tamaño y la forma más adecuados. Esta fórmula permite también comprar usando contratos a largo plazo.
- ¿Cómo comprar las intervenciones? La forma de comprar los servicios puede variar mucho, desde una compra directa de intervenciones a la compra de *inputs*. El método a elegir debe depender principalmente de dos objetivos:
  - Evitar la microcompra (excepto en los casos de intervenciones no frecuentes, de alto coste).
  - Diseñar métodos efectivos de pago, presupuestación y contratación, que permitan ofrecer incentivos a la conducta de los proveedores, orientados a lograr los fines del sistema

Es también importante que el mecanismo de compra escogido permita controlar la calidad la cantidad de los servicios prestados, pues existe una relación entre los mecanismos de compra y la conducta de los proveedores.

Tabla 6. Mecanismos de pago a proveedores y comportamiento de éstos

Mecanismos	Conducta de proveedores			
	Prevenir problemas de salud	Prestar servicios	Responder a expectativas legítimas	Contener costes
Presupuestos por partidas	+/-	--	+/-	+++
Presupuesto global	++	--	+/-	+++
Capacitación (con competición)	+++	--	++	+++
Pago relacionado con diagnóstico	+/-	++	++	++
Pago por acto	+/-	+++	+++	---

**Nota:** +++ efecto muy positivo; ++ algún efecto positivo; +/- poca o ninguna variación; -- algún efecto negativo; --- efecto muy negativo

Fuente: WHO. World Health Report, 1999.

Citando textualmente el *Informe Mundial de la Salud 2000*, «Los compradores deben moverse de pagar en el lado de la oferta a mecanismos de pago a la demanda, de la contratación implícita a la explícita, y del pago por acto a alguna forma de mecanismos de pago por riesgo compartido». No obstante, según el informe, lo anterior requiere explícitamente «un alto nivel de capacidad técnica, organizativa e institucional, así como bastante influencia política, dada la probable resistencia de los proveedores a acarrear más riesgos y a que se les haga rendir más cuentas, particularmente en el sector público».

### 1.3. GENERACIÓN DE RECURSOS

Los sistemas sanitarios no son sólo instituciones que prestan o financian servicios, sino también organizaciones que deben producir los *inputs* necesarios para prestarlos. Los más importantes de esos *inputs* son los recursos humanos, los físicos (instalaciones y equipamiento) y el conocimiento. Es importante señalar que esos *inputs* son generados por organizaciones como las universidades, las instituciones educativas, compañías específicas (como las corporaciones farmacéuticas...), etc.

La figura siguiente, de nuevo tomada del *Informe Mundial de la Salud 2000*, identifica tres recursos clave: a) los recursos humanos, b) el capital físico, y c) los bienes consumibles, ligándolos entre sí y con los recursos financieros necesarios para generarlos, en un extremo, así como con la producción de intervenciones de salud en el otro.

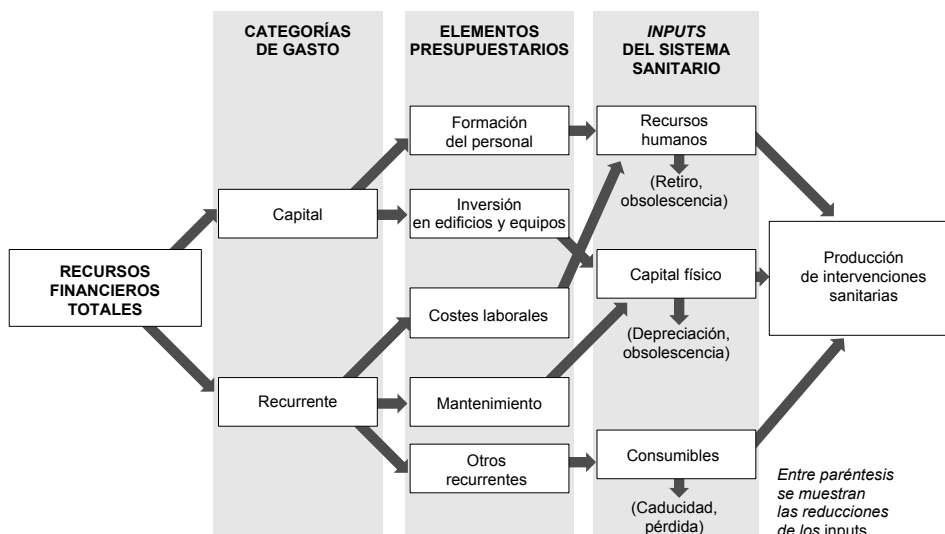


Figura 25. Inputs del sistema sanitario: de los recursos financieros a las intervenciones sanitarias

Fuente: WHO. World Health Report, 2000.

En términos globales, por tanto, puede decirse que a efectos de planificación estratégica y sistemas de gestión, las organizaciones responsables de generar los recursos de los sistemas sanitarios *deben ser tomadas en cuenta* de la misma forma que se hace con las instituciones prestadoras de servicios.

Nótese que en muchas sociedades desarrolladas, los recursos del sistema los produce sobre todo el sector privado, excepto en el caso de los recursos humanos. Dentro de cada país, si bien los bienes consumibles y la mano de obra no cualificada se producen fácilmente en el ámbito local, *inputs* como los medicamentos y el equipamiento médico especializado provienen usualmente de fuera, respaldados por patentes que exigen largos procesos de investigación. Asegurar una producción idónea de recursos comporta pues una necesidad de regulación, específica para cada caso (para la prestación local, debe incluir una mezcla de control de la producción, la distribución y la calidad; en el segundo caso, la tutela debe evitar que las grandes compañías comerciales dominen los mercados).

El aspecto decisivo en la producción de recursos es que, en principio, para conseguir un único fin o llevar a cabo una única intervención cabe combinar o intercambiar todos los diferentes tipos de *inputs* de varios modos. Cada sistema sanitario debe pues esforzarse por buscar permanentemente, en base a la evidencia, la combinación de *inputs* que le resulte más costo-efectiva.

## **Inversión y bienes futuros**

Según la definición económica típica, se llama capital al conjunto existente de bienes productivos (recursos humanos y físicos). Desde ese punto de vista, una inversión es cualquier adición a este *stock* de capital. El progreso tecnológico tiene una influencia importante en el capital, puesto que las inversiones se vuelven obsoletas debido a los cambios tecnológicos.

Como antes se mencionó, el elemento clave para el éxito del sistema es el equilibrio entre la mezcla de recursos. Pero la experiencia muestra que decisiones equivocadas en el pasado han causado importantes desequilibrios en muchos países (sobre todo pobres), hasta el punto de distorsionar el normal funcionamiento de los sistemas.

Por ejemplo, en el pasado las inversiones se centraron sobre todo en acumular infraestructura física. Ahora bien, una vez efectuada dicha inversión (o donación) inicial, el país carecía de capacidad para coleccionar recursos suficientes y mantener ese capital físico (esto es, cubrir los costes laborales y los gastos recurrentes). Como consecuencia, mientras en los países de ingresos altos se ha producido un cambio de la asistencia especializada a la ambulatoria basada en las nuevas tecnologías, reduciendo el coste de asistir a los pacientes fuera del hospital, los países de ingresos bajos se han visto forzados a seguir con sus viejas infraestructuras, más caras.

Un factor clave del sistema sanitario en todos los países es, pues (¡como en cualquier otro sector de la economía!) conseguir un balance y una articulación idóneos entre todos los



tipos de recursos. El equilibrio adecuado en los países pobres, sin embargo, se ve enormemente condicionado por la escasa disponibilidad de recursos. Este factor afecta plenamente a las nuevas tecnologías y el conocimiento, el acceso a los cuales tiene costes de oportunidad extremadamente altos para ellos. Lo anterior plantea la necesidad de algún tipo de protección internacional del derecho de dichos países pobres a tener acceso a tecnologías extremadamente importantes, pero cuyos precios habitualmente se fijan en el contexto internacional (véase por ejemplo el caso de los productos farmacéuticos y el sida en África).

## Desarrollo de los recursos humanos

Puesto que por su propia naturaleza los sistemas sanitarios modernos son organizaciones de mano de obra intensiva, los recursos humanos son el *input* más importante para cualquier sistema. Hablar de recursos humanos significa hablar de una mezcla compleja de promotores de la salud y prestadores de asistencia sanitaria, personal clínico y no clínico con diferentes cualificaciones. Es esencial equilibrar dicha mezcla para lograr la provisión más costo-efectiva posible.

El desempeño de los sistemas sanitarios depende mucho del conocimiento, las habilidades y la motivación del personal. Los recursos humanos son por tanto un tipo de capital, de modo que la educación y la formación son las inversiones clave para ajustarlos a las necesidades de salud de la sociedad mediante el desarrollo de unos conocimientos y habilidades adecuados.

Al contrario de lo que sucede con otros tipos de capital, como por ejemplo el físico, el capital humano no se vuelve obsoleto con el uso. Con todo, sin embargo, se lo debe mantener para adecuarlo a las nuevas tecnologías y al nuevo conocimiento. La actualización de éstos puede lograrse con una educación y formación continuas en el puesto de trabajo. En la misma medida, si no se toman en cuenta las necesidades de salud, prioridades y recursos disponibles en el futuro, el sistema podría afrontar crisis en etapas posteriores de su desarrollo. Es asimismo importante plantearse los retos futuros en el momento de planificar el componente educativo del sistema.

La motivación del *stock* humano es otro elemento clave. Se la logra mediante buenas condiciones laborales, así como con incentivos y compensaciones financieros. Debe, sin embargo, prestarse atención al hecho de que la motivación de los recursos humanos depende no sólo de la situación actual, sino también de las expectativas futuras. Además, el tipo de incentivos usados para motivar al personal (por ejemplo, un método de pago concreto) tiene usualmente grandes repercusiones sobre el uso de otros recursos.

Para muchos países en vías de desarrollo y de ingresos medios, uno de los mayores problemas en relación con los recursos humanos es la fuga de cerebros de su personal cualificado, que suele emigrar en busca de mejores condiciones de trabajo. Ello sucede no sólo entre países (de los pobres a los ricos) sino también dentro del país (de las regiones pobres a las ricas y del sector público al privado).

## Conocimiento y desarrollo tecnológico

El incremento en conocimiento y tecnología aumenta la capacidad de los recursos humanos para resolver problemas y su productividad, mejorando así el desempeño global del sistema. No obstante, como antes se explicó, la actualmente imparable introducción de nuevas tecnologías puede también hacer que los recursos humanos se vuelvan obsoletos si no se los forma continuamente en cómo usar los conocimientos necesarios.

El conocimiento nuevo suele también afectar a la organización del sistema, porque pueden hacer falta procedimientos más efectivos de llevar a cabo las intervenciones. Por desgracia, frecuentemente muchos sistemas sanitarios no son especialmente dinámicos y se resisten a los cambios necesarios, que de ese modo se vuelven mucho más lentos de lo que deberían.

En resumen, no existe un modelo perfecto de equilibrio de *inputs*. De hecho, la mezcla de recursos usados en los diferentes países varía mucho, no sólo entre países pobres y ricos, sino también entre países con ingresos medios similares, como puede verse a continuación. Por decirlo de una vez por todas, tanto los países desarrollados como los no desarrollados muestran desequilibrios en sus combinaciones de *inputs*.

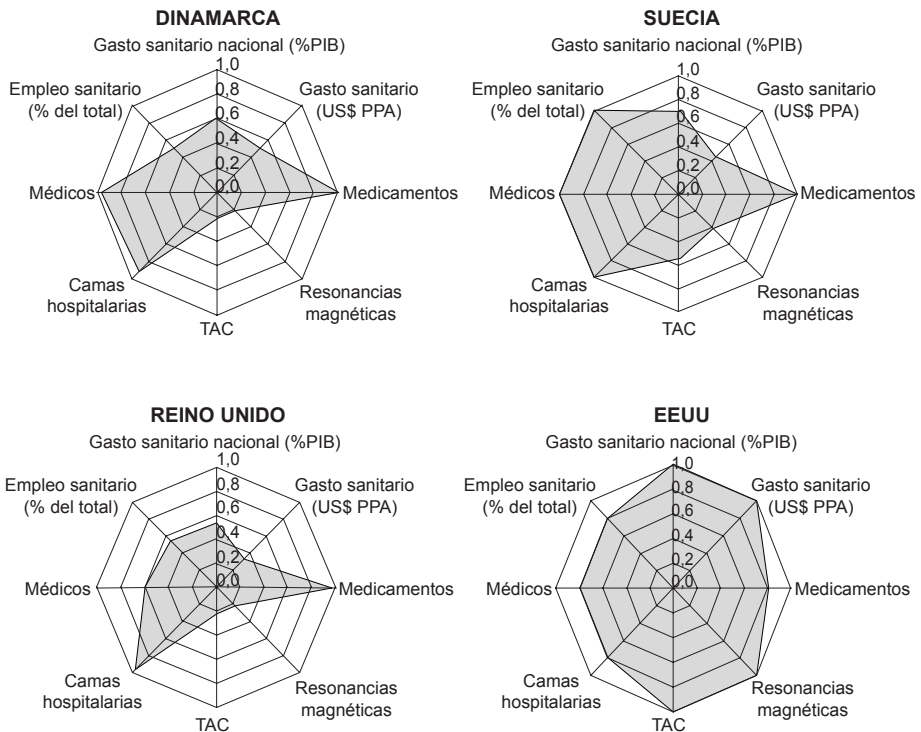


Gráfico 9. Mezcla de inputs en los sistemas sanitarios: comparación de cuatro países de ingresos altos, en torno a 1997

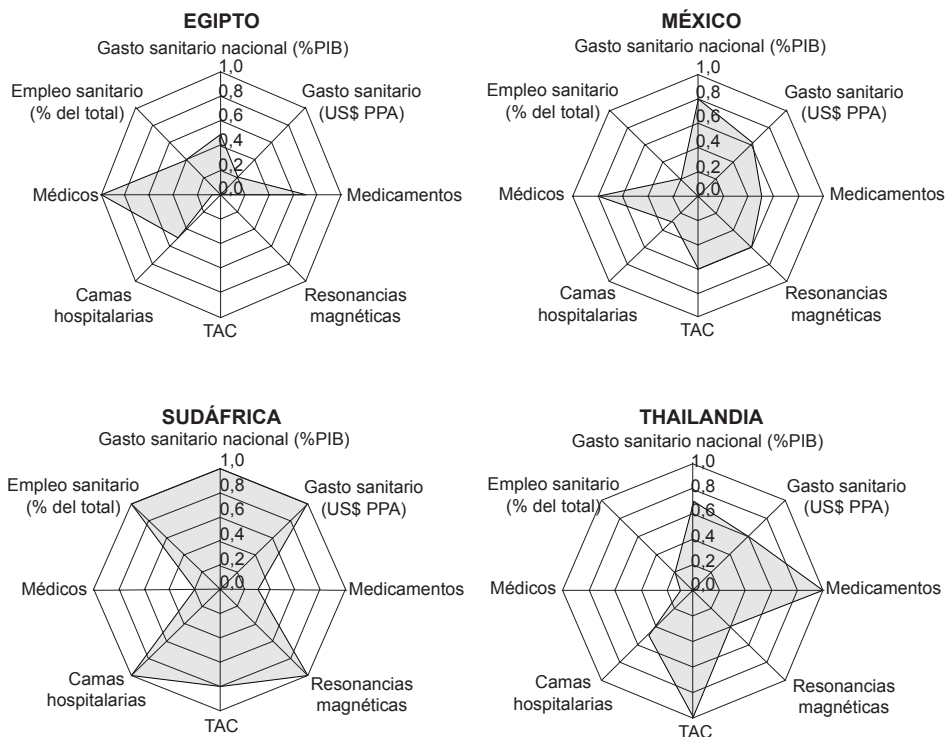


Gráfico 10. Mezcla de inputs en los sistemas sanitarios: comparación de cuatro países de ingresos medios, en torno a 1997

Fuente gráficos 9 y 10: WHO. World Health Report, 1999.

Parte de las diferencias anteriores puede explicarse por variaciones en los precios relativos. Sin embargo, influyen también sobre la estructura final de la mezcla de recursos otros factores como las necesidades específicas de salud de los países, las prioridades sociales, el método principal de pagar a los prestadores de servicios, etc.

Cambiar los patrones de inversión es siempre muy complejo en términos políticos, puesto que los tipos de decisiones implicadas se adoptan siempre bajo la presión de los grupos de interés (positiva o negativamente) afectados, que tratan de influenciar las decisiones.

La solución parece estar en una combinación de a) tomarse el tema muy en serio; b) ser sabios en la planificación a largo plazo; c) tener buena comunicación con los principales actores del sistema acerca de las políticas futuras; y d) contar con sistemas de información y contabilidad fiables.

## 1.4. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Se entiende aquí por producción de servicios la función de los sistemas sanitarios por medio de la cual *inputs* y factores específicos se combinan en un proceso de producción buscando prestar una intervención de salud.

Como antes se explicó acerca de la función de generación de recursos, a veces los *inputs* productivos faltan o se los «mezcla» en proporciones extrañas. La función de producción de servicios no considera esto como el hecho central, sino que resalta que la mala organización, las articulaciones inadecuadas de proveedores, etc., *per se* pueden generar productos deficientes, hacer difícil que lleguen las intervenciones de salud a la población a la cual se pretende alcanzar, y así sucesivamente. Lo importante es que esto puede suceder incluso si los *inputs* necesarios existen y el apoyo financiero es adecuado y está distribuido de manera justa.

Dos temas son, pues, vitales en la producción de servicios: a) qué servicios se producen o deberían producirse, incluidos los temas de establecer prioridades y racionar; y b) cuál sería la forma de mejorar la producción de servicios.

Conviene abordar separadamente a estos respectos los servicios de asistencia personal y no personal.

### Servicios que hay que producir y prestar. Racionamiento de servicios

Las asimetrías de información existentes en relación con la salud y la asistencia sanitaria hacen inadecuado prestar las intervenciones simplemente teniendo en cuenta la demanda. Una tarea central en todo sistema sanitario es, pues, decidir acerca de («escoger») qué servicios deben tener prioridad en términos de producción, al menos para recibir financiación pública.

Esta priorización entre muchos servicios posibles tiene aspectos técnicos, éticos y políticos.

La decisión de priorizar intervenciones implícita o explícitamente asume que es virtualmente imposible para el sistema ofrecer todos los servicios posibles a todos los usuarios posibles. De ahí que para que el sistema pueda generar los mayores niveles de salud posibles a partir de los recursos disponibles, debe hacer una lista de los servicios, esto es, debe colocarlos por «orden de importancia». Esto suele hacerse usando criterios de coste-efectividad.

Conviene decir, no obstante, que el análisis coste-efectividad tiene serias limitaciones:

- Primero existe el problema práctico de que el este análisis sólo debe aplicarse a intervenciones concretas dentro de un contexto concreto (y no ampliamente contra todas las enfermedades o causas). Y el coste de evaluar un número de intervenciones tan grande podría ser prohibitivo.

- Otro elemento que hay que tener en cuenta aquí es el papel del sector público para proteger al pobre y resolver los fallos del mercado de seguros. La equidad, otra meta clave de cualquier sistema sanitario justo, no se aborda idóneamente con el análisis coste-efectividad, sino con un esquema justo de cotizaciones y gastando dinero público en la gente pobre.

Lo que hace realmente difícil establecer prioridades explícitas, «objetivas», por tanto, es el hecho de que algunos de los criterios para establecerlas son bastante incompatibles entre sí (el ejemplo típico son la eficiencia y la equidad), lo cual vuelve el establecimiento de prioridades inevitablemente político. Por eso, como resultado de la diferente ponderación (explícita o implícita) de los criterios, los servicios realmente prestados por los diferentes sistemas son muy variables.

Junto a la priorización —y más o menos en paralelo— los sistemas sanitarios usualmente aplican mecanismos de racionamiento, inicialmente encaminados a racionar las intervenciones no urgentes para que el sistema pueda centrarse antes que nada en la asistencia más necesaria. Existen dos abordajes principales del racionamiento:

- El más común («racionamiento implícito») es imponer controles estrictos del gasto no dirigidos a ningún grupo específico de enfermedades o categoría amplia de intervenciones (por ejemplo, simplemente topar las obligaciones presupuestarias). Este racionamiento tiene desventajas como reducir la calidad, que los recursos los capturan los proveedores políticamente fuertes y que se excluye a segmentos de la población.
- El racionamiento explícito, por contra, sigue prioridades previamente establecidas según criterios predeterminados (sociales, políticos o de coste-efectividad). Ello permite definir un «paquete básico» que se supone incluirá las llamadas intervenciones esenciales. Cabe usar tres abordajes:
  - Excluir todos (o la mayoría) de los servicios raros pero muy caros. Es consistente con el enfoque de coste-efectividad, pero maximiza la exposición de la gente al riesgo financiero.
  - Excluir de los esquemas de prepago los servicios comunes pero muy baratos; este enfoque resulta no equitativo para la gente pobre.
  - Racionar todos los servicios en la misma proporción (equivale a simplemente no poner criterios).

Las desventajas del racionamiento explícito son que muchos servicios no incluidos siguen siendo demandados a los proveedores a quienes se coloca frente a dilemas imposibles debido a los llamados «límites de la racionalidad». De ahí que para racionar explícitamente sea indispensable conseguir un apoyo fuerte de los proveedores y los consumidores, lo que

a su vez explica las dificultades con que este método se ha encontrado hasta ahora siempre que se lo ha intentado aplicar (Oregón, Holanda, etc.).

## Organización de los servicios: eficiencia y calidad

Una vez establecidos mecanismos de priorización y racionamiento, los resultados de salud dependerán de las características organizativas e institucionales del sistema, especialmente la eficiencia y calidad de su producción. Estos rasgos (ligados a la flexibilidad y la capacidad de responder a los incentivos de la organización) varían mucho, sin embargo, entre países e incluso en el interior de ellos. Los aspectos críticos aquí son a) la configuración de la prestación de servicios; b) la interacción entre compra y provisión; y c) los incentivos usados.

Primero, en relación con la configuración de la prestación de servicios, cabe hacer una distinción importante entre servicios dispersos y concentrados:

- Los servicios dispersos consisten en pequeñas unidades que trabajan de formas (por definición) dispersas, más o menos competitivas, difíciles de integrar y supervisar (por ejemplo, la atención primaria). No se benefician de economías de escala y se los usa cuando el mercado es una manera satisfactoria de organizar los *outputs*.
- Como contraste, los servicios concentrados son actividades especializadas y caras, como la Asistencia Hospitalaria, que se benefician de las economías de escala y de alcance. Se los usa porque para ellos la integración es la mejor solución. Para asegurar la eficiencia y la calidad, sin embargo, deben establecerse límites máximos y mínimos a la integración.
- Se han desarrollado asimismo modelos híbridos, por ejemplo en programas de control de las enfermedades infecciosas en algunos países.

Segundo, dependiendo de la interacción entre compra y provisión, los servicios sanitarios pueden organizarse según tres tipos:

- a) Burocracias jerárquicas. Este primer tipo resulta útil cuando se necesita un enfoque fuertemente coordinado, pero tiene varias debilidades a la hora de prestar servicios sanitarios:
  - Usualmente no son tan efectivas para reducir tamaño o reorientar prioridades como lo son cuando hay que expandir capacidad y añadir servicios
  - Se las suele asociar con muchas de las mismas pegas que los mercados privados en términos de abuso de poder monopolista.
  - Son excesivamente rígidas, con procesos ineficientes que producen asistencia de baja calidad y falta de capacidad de respuesta a las expectativas de la población.

- b) Interacción directa, con bases mercantiles a corto plazo, entre pacientes y proveedores. Este tipo de organización posee el alto nivel de innovación y flexibilidad para responder a las necesidades específicas. Ahora bien, expone a los individuos a los riesgos financieros derivados de la enfermedad si no se ponen adecuadamente en común (*pool*, ver antes) los recursos financieros.
- c) Las imperfecciones de ambas modalidades han llevado a desarrollar soluciones mixtas mediante arreglos contractuales a largo plazo sometidos a algún grado de control no mercantil.

Por todo lo anterior se han desarrollado medidas que buscan hacer a los proveedores más flexibles y sensibles a la influencia de los incentivos organizativos del sistema en favor de la eficiencia y calidad. Los principales incentivos para los proveedores sanitarios son los siguientes:

- Grado de autonomía.
- Grado de rendición de cuentas.
- Grado de exposición al mercado.
- Grado de responsabilidad financiera.
- Grado de mandato no financiado.

Los incentivos organizativos son especialmente importantes en el sector hospitalario, debido a su papel clave en la provisión de servicios. El desplazamiento desde un modelo jerárquico hacia un entorno de incentivos depende de la naturaleza de los servicios y la capacidad de crear un estilo de rendición de cuentas respecto a los objetivos públicos mediante mecanismos indirectos, como la regulación y la contratación.

INCENTIVOS	ORGANIZACIÓN		
	UNIDAD BUROCRÁTICA	UNIDAD CONTROLADORA	UNIDAD MERCANTIL
Derecho de decisión	Jerarquía vertical		Autonomía de gestión
Responsabilidad	Control directo jerárquico		Normas, regulaciones y contratos
Exposición al mercado	Asignación presupuestaria directa		Ingresos no presupuestarios
Responsabilidad financiera	Bolsillo público		Propietarios privados
Mandato y su financiación	Mandato no especificado, no financiado		Especificado, financiado y regulado

Figura 26. Relaciones incentivos y formas organizativas

Fuente: WHO. World Health Report, 2000.

Para evitar el riesgo de fragmentación inter e intra-niveles debida a la creciente autonomía y sus consecuencias sobre la eficiencia y la calidad, actualmente se está fomentando la «integración virtual», es decir, el uso de sistemas de comunicación modernos para compartir información de modo rápido y fácil.

## Servicios personales y no personales

Las antes citadas consideraciones sobre la producción de servicios, como se apuntó, son de aplicación distinta a cada diferente tipo de servicios. La literatura técnica suele distinguir entre los consumidos directamente por un individuo y que sobre todo le benefician sólo a él o ella, por una parte, y las acciones aplicadas a toda la comunidad, por la otra.

Los primeros usualmente reciben el nombre de «servicios sanitarios personales» y pueden ser de naturaleza preventiva, diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora (por ejemplo, una intervención quirúrgica, una prescripción farmacéutica, etc.). Los segundos se llaman «servicios sanitarios no personales» (por ejemplo, la cloración del agua, la educación para la salud a nivel de masas, etc.).

En los servicios sanitarios personales el tema clave es la relación entre los proveedores y su entorno. La forma en que los proveedores desempeñen sus actividades dependerá de cómo esté organizada la provisión asistencial. La organización de la provisión, una parte de la cual habitualmente está en manos del sector privado, depende de varios factores:

1. La integración o no integración de funciones, es decir, si las funciones de compra y provisión son efectuadas por una única organización, o por el contrario una organización aparte realiza los contratos con los proveedores.
2. Las relaciones de los proveedores entre sí, es decir, si son entidades separadas o forman redes de diferente complejidad (relaciones entre niveles asistenciales e incluso entre la asistencia pública y la privada).
3. La forma en que se gestiona cada organización proveedora en cuanto a articulación de tareas, sistemas de control, relaciones de autoridad, dotación de personal, puestos directivos, etc.

Los servicios sanitarios no personales son bastante diferentes en su naturaleza (bienes públicos, externalidades sustanciales) y por eso se los organiza como tales. En la mayoría de los países, el sector público cumple el principal papel.

La decisión más importante a la hora de diseñar servicios sanitarios no personales es escoger entre que una sola organización preste una amplia gama de servicios sanitarios no personales o que múltiples organizaciones especializadas presten servicios específicos (por ejemplo, promoción de la salud, salud ocupacional o seguridad en carretera). Igual que antes, aquí la integración entre funciones, la autonomía y la gestión interna de las organizaciones son también factores importantes.



Como se verá en la sección sobre reformas de los sistemas sanitarios, en estos últimos años los países han intentado introducir nuevas combinaciones y modalidades de enfoque organizativo. Han comprobado que las mismas organizaciones pueden desarrollar servicios sanitarios no personales y personales (por ejemplo, incentivando a los proveedores privados a prestar servicios no personales o externalizando servicios previamente integrados).

## 1.5. TUTELA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Tras haber analizado anteriormente las otras tres funciones (financiación, generación de recursos y producción de servicios), el texto prestará ahora atención a la función de asegurar que todas las influencias se ejercen hacia el logro de fines sociales comunes y que se toman adecuadamente en cuenta los intereses de todos los actores sociales.

En un contexto dominado por la ya citada asimetría de información, es probablemente la función más importante en cualquier sistema sanitario, porque no sólo influye sobre las demás funciones, sino que también posibilita el logro de los fines del sistema sanitario.

Ha habido algún debate sobre el nombre más adecuado para esta función, y se han propuesto varios (por ejemplo, rectoría, regulación, modulación, etc.). Obviamente, cada uno comporta algunas diferencias de contenido, que también han sido debatidas, pero aquí no se las abordará en detalle. Este texto usa «tutela» como traducción de *stewardship*, el nombre inglés manejado en el *Informe Mundial de la Salud 2000*.

Al objeto de asegurar un progreso equilibrado del sistema sanitario es imprescindible regular diversas áreas, tales como (Ovretveit 1995):

- El gasto de capital (por ejemplo, en el Reino Unido el de capital público).
- Las instalaciones o el equipamiento (por ejemplo, el certificado de necesidad en Estados Unidos).
- Los precios (por ejemplo, el esquema de precios del *Medicare* norteamericano).
- Los servicios (por ejemplo, registrar los hogares de enfermería y asilos, o los servicios de ambulancia).
- La práctica profesional, cosa que habitualmente regulan las propias profesiones (en el Reino Unido incluye el sitio donde pueden ejercer los médicos de cabecera [*general practitioner, GP*]).
- La operación de los servicios (por ejemplo, la calidad y seguridad de las máquinas de rayos x).
- Otros temas, por ejemplo:
  - Prohibir la práctica privada en determinadas condiciones.

- Obligar a los pacientes a efectuar pagos directos obligatorios.
- Restringir el suministro de equipamiento caro.
- Especificar los derechos y obligaciones, etc.

Pero la función de tutela es un concepto más amplio que el de regulación. Se trata de una metafunción que engloba a todas las demás e incluye como aspectos o subfunciones principales:

- La formulación de la política sanitaria; esto es:
  - Definir la visión y dirección del sistema sanitario, la forma en que funciona el sistema, o lo que es lo mismo, las interrelaciones entre las otras tres funciones.
  - Establecer y acordar los criterios de priorización.
  - Fomentar en los demás sistemas sociales medidas encaminadas a mejorar la salud (lo que en inglés se conoce como *advocacy*).
- La regulación, que a su vez incluye:
  - Sentar reglas de juego justas, a dos niveles: la regulación sanitaria de bienes y servicios, y la regulación de la asistencia sanitaria.
  - Proteger al consumidor: debido a las asimetrías de información existentes en los sistemas sanitarios, las autoridades sanitarias han de proteger al paciente.
- Aportar inteligencia, en el sentido de valorar el desempeño y compartir la información con los diversos actores sociales. Para lograr una buena dirección y ajustar el diseño escogido es fundamental valorar el desempeño en las otras tres funciones y compartir dicha valoración de modo transparente.

La mezcla de todos estos aspectos o subfunciones es también un elemento clave del diseño de un sistema sanitario. A tal respecto, el factor principal es cómo se asignan las responsabilidades entre las diferentes ramas y niveles del gobierno.

## El papel de los gobiernos

El rol de los ministerios de sanidad ha cambiado con el tiempo, desplazándose de llevar directamente la asistencia sanitaria clínica (primaria más hospitales) hacia desempeñar un papel clave en términos de tutela. Las principales responsabilidades reguladoras de un ministerio de salud (Baris 1995, no publicado) son:

- Valorar las necesidades de salud y asistencia sanitaria de la población a niveles nacional y subnacional.
- Defender ante el gobierno (consejo de ministros) los temas de salud y asistencia sanitaria.

- Diseñar y desarrollar políticas de salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad).
- Modular la financiación global de la asistencia sanitaria y asesorar a las agencias pagadoras (gubernamentales) sobre temas de financiación y prestación de servicios.
- Desarrollar la concesión de permisos y acreditación de todo el personal e instalaciones sanitarias en uso, al tiempo que se adoptan medidas relacionadas con las necesidades futuras.
- Decidir sobre la ubicación futura de instalaciones y sus correspondientes servicios y tecnología, es decir, efectuar la planificación de los recursos físicos.
- Decidir acerca de estándares correctos de prestación de servicios, tanto a nivel extra como intra-hospitalario, y asegurar que se aplican.
- Modular el sector farmacéutico, es decir, asegurar la calidad y seguridad de los medicamentos registrados, y fijar sus precios.
- Arbitrar siempre que sea preciso entre pagadores, proveedores y consumidores, y sobre todo asegurar la protección de estos últimos.

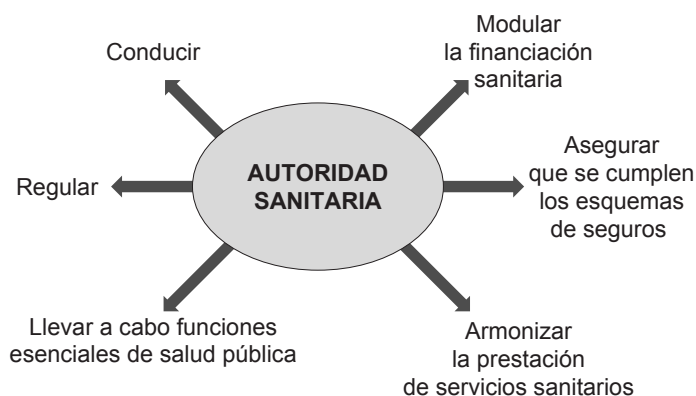


Figura 27. Posibles dimensiones de la función de tutela

Fuente: WHO. *European Regional Consultation on Health System Performance Assessment.*

Sólo por medio de la tutela, y como responsable último del desempeño global del sistema sanitario de un país, los gobiernos pueden afrontar los principales retos relacionados con los sistemas sanitarios, caso de la regulación del sector privado, los proveedores y aseguradores, dirigir la investigación farmacéutica hacia fines comunes, equilibrar los recursos humanos y físicos, etc.

Muchos ministerios de salud, sin embargo, especialmente los de los países en transición, deben hacer frente a un conjunto de problemas intrínsecos. El *Informe Mundial de la Salud* los analiza en detalle utilizando analogías llamativas (por ejemplo, habla de «mio-pía», «visión de túnel», «capacidad visual selectiva», etc.). Más adelante en este texto se los revisa en relación con los problemas encontrados durante las reformas sanitarias en los países en transición desde la economía comunista a la de mercado.

## El papel de los demás actores

La tutela, sin embargo, no es sólo responsabilidad de los gobiernos: lo es también de todos los demás actores (ver Parte I sobre política sanitaria). El sistema sanitario es *también* una arena donde las diferentes partes implicadas intentan defender sus intereses, como podría verse en la pregunta: ¿quién está mejor situado para valorar las necesidades de salud y dirigir el sistema? (¿son el Estado y los políticos en sentido amplio, los expertos sanitarios, los profesionales asistenciales o los pacientes directamente?).

Un componente fundamental de la tutela, por tanto, es la conducta responsable de todos los actores («autorregulación»). Los compradores y proveedores de servicios, por ejemplo, deben asegurar que maximizan los resultados en salud con sus intervenciones. Para ganar (y mantener) la confianza social, los médicos deben suscribir códigos éticos y profesionales. Y así sucesivamente.

Esto se hace, como antes se apuntó, mediante una visión política clara que haga explícitos los fines de la política sanitaria y deje explícitas las transacciones que correspondan, delimitando el papel y las funciones del sector privado.

Otra herramienta clave es disponer de sistemas de información idóneos que permitan monitorizar los resultados de todos los proveedores e introducir mecanismos de garantía de calidad como la acreditación de instalaciones y el *audit* médico.

La tutela tiene también una dimensión internacional relacionada con la asistencia externa, en su caso.

La función de tutela se vuelve particularmente importante cuando se trata el tema de la privatización. La introducción de incentivos de mercado en forma de maximización del beneficio —junto al relajamiento del control gestor directo y de los mecanismos de rendición de cuentas— pueden dar como resultado una serie de incentivos perversos para los proveedores privados.

De hecho, la experiencia reciente con la privatización ha mostrado claramente que para que los modelos del sector privado triunfen hacen falta mucha más capacidad gestora y más información de la actualmente disponible en muchos países.

En la medida en que la privatización es un esfuerzo para introducir una conducta más emprendedora en sistemas previamente basados en el «orden y mando», una buena tute-

la o rectoría exige construir un marco regulador robusto. Si el rol tutelador de los gobiernos es débil, en particular, independientemente de los méritos o cualquier otra consideración de modelos concretos, la privatización inevitablemente creará nuevos y graves problemas.

Como señala un *Policy Brief* (resumen de política) del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, «para asegurar que se cumplen los requerimientos de tutela tanto éticos como de eficiencia, dicho marco regulador ha de incluir los siguientes tres tipos distintos de regulación:

- «Primero. Debe incluir medidas que positivamente estimulen la conducta emprendedora o empresarial en el seno de zonas concretas previamente elegidas del sector salud. Muchas de dichas medidas comportan relajar prohibiciones previamente, de modo que se hagan posibles enfoques más innovadores de la prestación de servicios. En Suecia, por ejemplo, a principios de los noventa se fijó una «garantía de servicios» de 90 días para que los pacientes recibieran 10 prestaciones concretas antes sometidas a largos tiempos de espera. Si el hospital al que el paciente estaba adscrito era incapaz de efectuar la prestación dentro del marco de dichos 90 días, el paciente podía reclamar el derecho a obtener el servicio en cualquier otro hospital del país, y su condado de origen debía pagar a éste directamente la factura por dicho procedimiento.
- «Segundo. Debe haber una regulación que restrinja la conducta empresarial individual para facilitar la sostenibilidad de los mercados. En Alemania, por ejemplo, la mayor competición desde 1989 en busca de subscriptores por parte de los fondos de enfermedad ha venido acompañada de un conjunto de mecanismos cada vez más estricto del riesgo retrospectivo y colectivo, para asegurar que la selección adversa no socava la estabilidad financiera a largo plazo de los fondos con mayores porcentajes de suscriptores ancianos, desempleados o crónicamente enfermos.
- «Tercero. Debe haber una regulación que restrinja la conducta empresarial individual de modo que se protejan los objetivos sociales nucleares en áreas como el acceso a la salud pública y la seguridad, la cohesión social y la calidad asistencial. Cabe señalar una amplia variedad de mecanismos reguladores en los Estados miembros de la Región Europea de la OMS que, por poner un ejemplo, exigen a las compañías de seguros tener sus tarifas con base comunitaria en lugar de según la experiencia de cada persona, o que obligan a prestar servicios adecuados a todos los pacientes, o a acreditarse a todos los hospitales y proveedores. Para poner en práctica con éxito dicho marco regulador tripartito, deben cumplirse varios prerrequisitos organizativos. Entre ellos están aportar información idónea sobre las actividades asistenciales de los proveedores, y monitorizar adecuadamente la conducta de éstos. La buena tutela incluye también exigir los mismos altos estándares de desempeño a los proveedores privatizados que a los públicos.»

Cabe ahora, finalmente, hacer un resumen del desempeño del sistema sanitario, que depende de las citadas cuatro funciones de los sistemas.

La principal idea tras el concepto de desempeño es enfatizar la importancia de valorar qué se consigue con los recursos dedicados en cada sistema sanitario concreto. Es un tema importante no sólo en el plano de la investigación científica sino sobre todo desde el punto de vista de la responsabilidad social, dada la inmensa cantidad de recursos (escasos) dedicados a los sistemas sanitarios en todo el mundo.

Así pues, como se señalaba en el apartado 2.5 de la Parte I, la valoración del desempeño del sistema sanitario (*health system performance assessment* [HSPA]) es un conjunto de actividades que incluye:

- Medir si se han alcanzado las metas.
- Medir los recursos del sistema sanitario y no sanitario usados para conseguir dichos resultados.
- Estimar la eficiencia con que se usaron los recursos para ello.
- Evaluar la forma en que las funciones de los sistemas influyen en los niveles observados de logro y eficiencia.
- Diseñar y poner en práctica políticas para mejorar el logro y la eficiencia.

Valorar un desempeño, por definición, exige tomar en cuenta algunas diferencias conceptuales importantes. Se habla así de:

- Logros (valores absolutos de lo alcanzado).
- Desempeño (logro en relación con los recursos).
- Potencial (lo conseguible con los recursos disponibles).

De ese modo, se abre la posibilidad de calcular un índice de logro global, que sería la suma ponderada de las puntuaciones alcanzadas en varios indicadores concretos. Adicionalmente, podría asimismo medirse la eficiencia de conseguir dicho nivel de logro (llamado índice de desempeño) y compararlo con el logro «potencial», teniendo en cuenta los recursos del sistema sanitario y otros recursos no sanitarios usados para producir un determinado nivel de salud.

De algún modo, la medición del desempeño del sistema sanitario apenas si está empezando como actividad sistemática, y está probablemente entre los retos más importantes que los sistemas afrontan actualmente en todo el mundo. Este texto prestará alguna atención al tema más adelante en la sección siguiente, cuando se aborden las reformas de los sistemas sanitarios en el apartado 3.

## 2. Tipos de sistemas sanitarios

---

Además de los límites, funciones, fines y desempeño de los sistemas sanitarios, un conjunto de elementos habitualmente usados para entenderlos es la forma en que se los estableció y luego evolucionaron.

Por eso se incluyen a continuación los siguientes aspectos: a) el trasfondo histórico de cada sistema, incluyendo su contexto sociocultural, político y económico; y b) las dinámicas y políticas a través de las cuales cada sistema se desarrolló.

En esta sección y en la siguiente se usan los elementos anteriores para explicar los diferentes modelos de sistema sanitario y los procesos de reforma seguidos en los diversos países, con especial énfasis en la Europa Central y del Este.

### 2.1. HISTORIA BÁSICA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Muchos de los rasgos de los sistemas sanitarios de hoy responden a periodos históricos determinados, como se recoge perfectamente en el capítulo introductorio de los libretos de la serie *Health Care Systems in Transition* (HIT) producidos por el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. Cada sistema sanitario debe ser visto por tanto, como un producto social histórico. Han «cristalizado» sus funciones a través de un proceso bastante complejo de evolución social y política, tema que debe ser correctamente entendido.

Y con todo, los sistemas sanitarios, como nosotros los conocemos, son un producto innegable del siglo XX. Si bien los libros de texto llevan alguna razón conceptual cuando se remontan al buscar los orígenes de los sistemas sanitarios contemporáneos a Hipócrates, etc., es importante señalar que nadie en el pasado podría haber previsto que las sociedades ricas dedicarían por término medio hasta un 8-10% de su PIB a juntar varios miles de camas, en sitios poblados por varios miles de trabajadores sanitarios, enfermeras, etc., especializados en técnicas extremadamente sofisticadas ligadas a tecnologías complejas. Esa es la razón por la cual esta sección centrará el análisis en finales del siglo XIX- principios del XX, cuando todo comenzó.

El primer mensaje a tener en cuenta es que ha habido un proceso en el que, conforme las sociedades se hacían más ricas, iban dedicando cada vez más recursos en paralelo a hacerse cargo de la muerte, la enfermedad y el sufrimiento como propósito primordial (ver en tablas 7 y 8 la evolución de las cifras del gasto sanitario).

Ahora bien, estos recursos sólo podían a su vez beneficiarse del conocimiento y la tecnología disponible en cada momento, en términos médicos, farmacológicos y asistenciales así como de las habilidades organizativas y gestoras usadas para manejar el recién creado sistema.

Al objeto de facilitar la lectura, esta presentación seguirá el patrón de acontecimientos seguido en Europa Occidental (desde luego distinto del que tuvo lugar, por ejemplo, en los países de Europa Central y del Este o en Asia Central, donde desarrollos similares sólo tuvieron lugar mucho después y mediante procesos específicos).

A finales del siglo XIX, la situación de salud en Europa Occidental estaba caracterizada por: a) enfermedades infecciosas súbitas, altamente letales; y b) poca ciencia y casi ninguna tecnología médica.

Tanto la asistencia sanitaria individual como la salud pública se desarrollaban sobre bases empíricas y se hallaban en manos de instituciones caritativas, hospitales de la iglesia, lazaretos y hospitales mentales. Los costes médicos como tales eran muy bajos y no existía nada que ni de lejos pudiera considerarse similar a la «industria sanitaria» o a «sistemas de seguros».

Cuando aparecía la necesidad —y si se la podía pagar— la asistencia sanitaria era una relación de uno-a-uno directamente pagada por el paciente o su familia conforme a sus medios. Muchos países habían empezado ya a rodar medidas más o menos efectivas de salud pública (por ejemplo, aislamiento de los casos de enfermedades infecciosas) y esquemas de beneficencia, particularmente notables por diversas razones en países como Inglaterra o Rusia.

Entonces la industrialización trajo consigo los primeros esquemas serios para prepagar los servicios y asegurar los riesgos. Como es bien sabido, los sindicatos alemanes pusieron en pie con éxito para sus miembros seguros grupales «privados sin ánimo de lucro», que inmediatamente condujeron a un seguro público de cobertura limitada patrocinado por el Estado, en lo que se conoce como modelo Bismarckiano en honor del político prusiano que introdujo el esquema.

El pago a los médicos en esos primeros esquemas tenía lugar con las primeras versiones de tarifa por acto, salario y (en menor grado) capitación, que luego se mantendrían con el tiempo.

Continuando las tendencias anteriores, la primera mitad del siglo XX se caracterizó por los descubrimientos tecnológicos, el crecimiento económico y el desarrollo de la ciencia.

Como consecuencia, los médicos aumentaron su poder y presencia en la sociedad en tanto que depositarios de esa ciencia. Desde un punto de vista social, la politizada Europa de la época sacó al primer plano temas como las desigualdades en salud (la exclusión de riesgos y procesos, la selección adversa, etc.).

Las dos guerras mundiales fueron entonces inmensamente importantes para el desarrollo de los sistemas sanitarios.



Por una parte, lo que quedó fueron sociedades devastadas centradas en recuperarse de tales experiencias, que acordaron construir sistemas de protección social (incluida la sanitaria), tanto para compensar el sufrimiento como para prevenir su repetición, lo que se convirtió en un enorme motor para poner en pie los sistemas sanitarios. Por otra, el personal asistencial había tenido la oportunidad de practicar técnicas innovadoras frente a situaciones extremas, lo que sirvió para formarles y aumentar sus cualificaciones.

La acción combinada de todo lo anterior condujo al lanzamiento de los modernos sistemas sanitarios europeos.

Tras la Segunda Guerra Mundial (segunda mitad del siglo XX), las expectativas sociales tuvieron su reflejo en un enorme incremento relativo de todo tipo de costes (estructura, recursos humanos, tecnologías, etc.), incluyendo los hasta entonces poco tenidos en cuenta costes administrativos (registros, información, atención al público, etc.). Fueron los gobiernos quienes se pusieron al frente de esta tendencia implicándose directamente en muchas áreas de la provisión asistencial. Los indicadores de salud pronto se dispararon y las expectativas no hicieron sino crecer.

Pese a todas las diferencias en la forma en que se articularon los mecanismos concretos de cada país, todos ellos fueron de hecho grandemente desarrollados tras la guerra y para sociedades que tenían muchas cosas en común, como:

- Pirámides poblacionales con una mayoría de niños y gente joven.
- Recursos económicos escasos.
- Acceso limitado a la información y la formación.
- Una actitud política caracterizada por aceptar las «relaciones de arriba a abajo».

No debe por tanto sorprender que, independientemente de las diferencias entre modelos, los servicios sanitarios de la posguerra fueran bastante similares entre sí. A lo largo de todo el mundo desarrollado, dichos sistemas se centraban fundamentalmente en lo referente a grupos de clientes y tipos de servicios en:

- La asistencia sanitaria a las madres y los niños, incluida la salud escolar.
- Las enfermedades infecciosas.
- La salud laboral.
- Las patologías agudas, etc.

A principios de los setenta y coincidiendo con la crisis del petróleo que siguió a la guerra del Yom-Kippur en Oriente Medio, el entusiasmo original se enfrió. Ello fue debido a una serie de hallazgos (Dubos, McKeown, Cochrane –ver Parte I) que planteaban dudas sobre la relación entre las mejoras en salud y los aumentos de costes, por una parte, a la vez que ponían de manifiesto serias desigualdades en salud, por la otra.

Se empezó entonces a proponer soluciones y herramientas nuevas, como la Epidemiología, la Planificación, la Economía de la salud, la Promoción de la salud o la Gestión para mejorar el arsenal sanitario. La Organización Mundial de la Salud en particular asumió una posición de liderazgo fomentando la atención primaria y la política de *Salud para Todos* en los años setenta y primeros ochenta. Las siguientes tablas muestran la evolución del gasto per cápita y de la fracción pública del mismo en los países occidentales entre 1960 y 2000.

*Tabla 7. Evolución del gasto per cápita y de su fracción pública en los países de la OCDE, 1960-2000*

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
<b>Alemania</b>	98	135	228	484	856	1.175	1.522	2.713
<b>Australia</b>	99	127	219	463	696	998	1.310	1.730
<b>Austria</b>	69	94	172	389	716	984	1.383	2.277
<b>Bélgica</b>	55	84	135	320	607	879	1.242	1.918
<b>Canadá</b>	109	155	264	457	773	1.244	1.811	1.783
<b>Dinamarca</b>	70	125	226	363	618	807	1.051	2.574
<b>España</b>	14	38	87	198	342	452	774	1.071
<b>Estados Unidos</b>	143	204	346	592	1.064	1.711	2.601	4.187
<b>Finlandia</b>	57	95	172	320	539	855	1.291	1.789
<b>Francia</b>	75	124	215	409	736	1.083	1.528	2.396
<b>Grecia</b>	16	27	61	107	192	282	400	905
<b>Holanda</b>	74	106	222	441	742	931	1.286	2.041
<b>Irlanda</b>	37	52	102	246	477	572	748	1.326
<b>Islandia</b>	53	88	146	307	611	889	1.379	2.149
<b>Italia</b>	51	83	162	296	600	814	1.296	1.855
<b>Japón</b>	27	64	133	269	540	792	1.119	2.373
<b>Luxemburgo</b>	-	-	160	340	657	930	1.392	2.580
<b>Noruega</b>	95	-	141	322	573	846	1.193	2.283
<b>Nueva Zelanda</b>	49	77	183	369	568	747	995	1.416
<b>Portugal</b>	-	-	48	166	265	398	554	845
<b>Reino Unido</b>	80	101	155	286	474	685	985	1.303
<b>Suecia</b>	94	151	285	496	897	1.150	1.455	2.456
<b>Suiza</b>	96	141	281	541	886	1.224	1.640	3.564
<b>Turquía</b>	-	-	-	39	67	66	133	118
<b>MEDIA OCDE</b>	<b>70</b>	<b>104</b>	<b>180</b>	<b>343</b>	<b>604</b>	<b>855</b>	<b>1.212</b>	<b>1.984</b>

Fuentes (tablas 7 y 8): Schieber G, Poullier JP, Greenwald L. US Health Expenditure Performance: International Comparison and Data Update. Health Spending, Delivery and Outcomes in OECD Countries. WHO. World Health Report, 2000.

Tabla 8. Gasto público como porcentaje del gasto sanitario. OCDE 1960-2000

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000
<b>Alemania</b>	66	71	70	77	75	74	72	77
<b>Australia</b>	48	54	57	71	63	71	68	72
<b>Austria</b>	69	70	63	70	69	67	67	67
<b>Bélgica</b>	62	75	87	80	83	82	89	83
<b>Canadá</b>	43	52	70	76	75	75	72	72
<b>Dinamarca</b>	89	86	86	92	85	84	83	84
<b>España</b>	59	51	65	77	80	81	80	71
<b>Estados Unidos</b>	25	25	37	41	42	41	42	44
<b>Finlandia</b>	54	66	74	79	79	79	81	74
<b>Francia</b>	58	68	75	77	79	77	74	77
<b>Grecia</b>	64	71	53	60	82	81	77	66
<b>Holanda</b>	33	69	64	73	75	75	71	71
<b>Irlanda</b>	76	76	82	79	82	77	75	77
<b>Islandia</b>	67	78	83	87	88	91	87	84
<b>Italia</b>	83	88	86	86	81	77	78	57
<b>Japón</b>	60	61	70	72	71	73	72	80
<b>Luxemburgo</b>	-	-	-	92	93	89	91	91
<b>Noruega</b>	81	-	92	96	98	96	95	82
<b>Nueva Zelanda</b>	78	81	80	84	84	85	82	72
<b>Portugal</b>	-	-	59	59	72	56	62	57
<b>Reino Unido</b>	85	86	87	91	90	86	84	97
<b>Suecia</b>	73	80	86	90	93	90	80	78
<b>Suiza</b>	61	61	64	69	68	69	68	69
<b>Turquía</b>	-	-	-	49	27	50	36	74
<b>MEDIA OCDE</b>	<b>63</b>	<b>68</b>	<b>73</b>	<b>76</b>	<b>76</b>	<b>76</b>	<b>74</b>	<b>74</b>

Conforme el tiempo pasó y las sociedades fueron cambiando (sociedades más ricas, ciudadanos mejor informados y más exigentes, nuevos desarrollos tecnológicos, etc.), en muchos países pudo observarse un proceso de «reposicionamiento» de los sistemas sanitarios. En cada caso, las sociedades se fueron adaptando para afrontar las nuevas necesidades de salud de maneras diferentes. Pero el conocimiento profundo de los sistemas sanitarios seguía siendo limitado.

Finalmente, los noventa presenciaron un nuevo empujón en el interés por entender y usar mejor los sistemas sanitarios, estimulado por la continuación del incremento de los costes y las consecuencias políticas de la caída del Muro de Berlín.

La sección sobre funciones de los sistemas sanitarios ya mostró (ver figuras y gráficos en 1.3) las disparidades existentes entre los *inputs* de cada sistema sanitario. Cualquier cuadro resumen mostraría también disparidades en los patrones de utilización, resultados de salud y sus costes entre países, y en la relación entre ellos, como se expresa en las siguientes tablas:

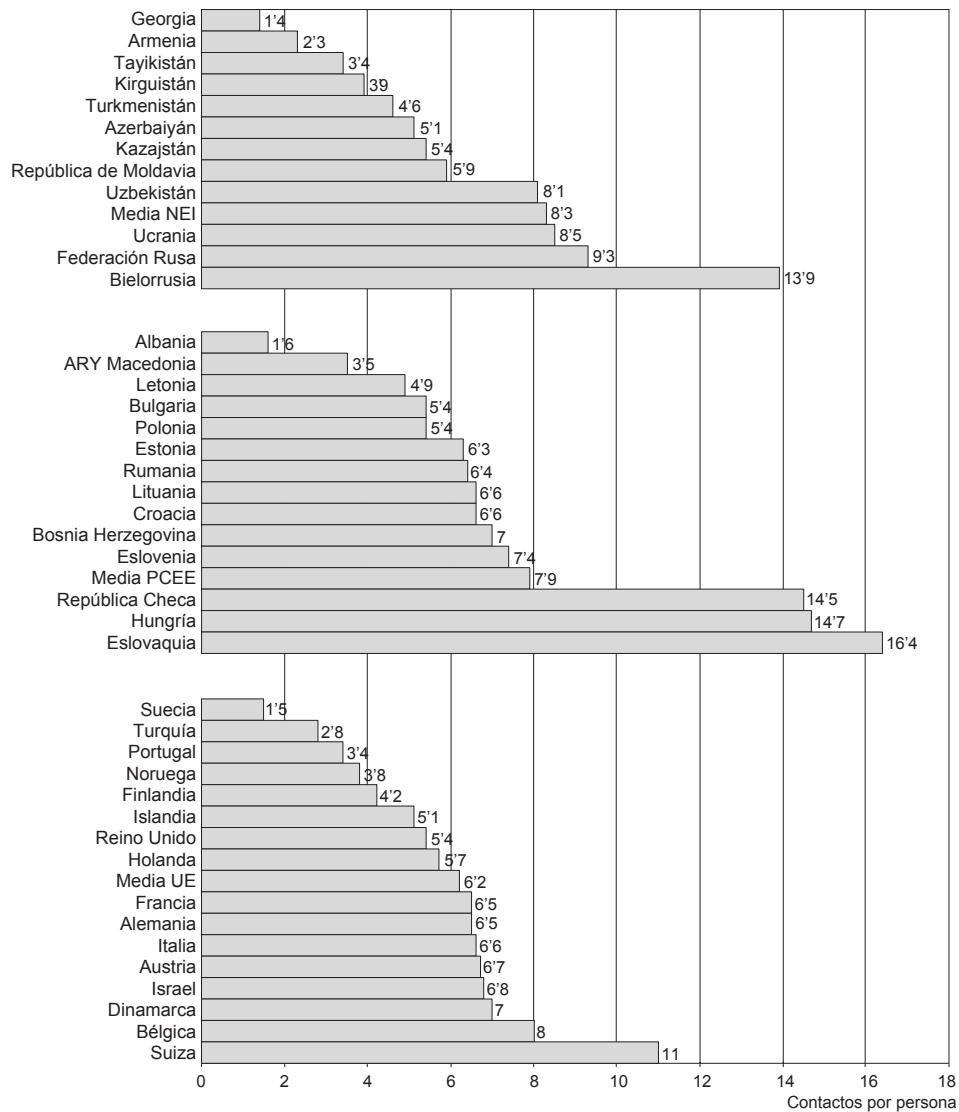


Gráfico 11. Contactos anuales con el médico de consulta externa por persona.  
OMS Región Europea, 1999 o último año disponible.

Fuente: WHO. Health for All. Database.

Tabla 9. Utilización de los ingresos y desempeño de los hospitales de agudos en Europa Occidental. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible

	Camas hospitalarias por 1000 habitantes	Admisiones por 100 habitantes	Estancia media en días	Tasa de ocupación (%)
Alemania	7'0 <sup>a</sup>	19'6 <sup>b</sup>	11'0 <sup>a</sup>	76'6 <sup>b</sup>
Austria	6'4 <sup>a</sup>	25'8 <sup>a</sup>	6'8 <sup>a</sup>	75'4 <sup>a</sup>
Bélgica	5'2 <sup>b</sup>	18'9 <sup>c</sup>	8'8 <sup>b</sup>	80'9 <sup>c</sup>
Dinamarca	3'4 <sup>a</sup>	18'7	5'7	78'3 <sup>a</sup>
España	3'2 <sup>c</sup>	11'2 <sup>c</sup>	8'0 <sup>c</sup>	77'3 <sup>c</sup>
Finlandia	2'5	19'7	4'5	74'0 <sup>d</sup>
Francia	4'3 <sup>a</sup>	20'3 <sup>d</sup>	5'6 <sup>a</sup>	75'7 <sup>a</sup>
Grecia	3'9 <sup>g</sup>			
Holanda	3'4 <sup>a</sup>	9'2 <sup>a</sup>	8'3 <sup>a</sup>	61'3 <sup>a</sup>
Irlanda	3'2 <sup>a</sup>	14'6 <sup>a</sup>	6'8 <sup>a</sup>	84'3 <sup>a</sup>
Islandia	3'8 <sup>d</sup>	18'1 <sup>d</sup>	6'8 <sup>d</sup>	
Israel	2'3	17'9	4'3	94'0
Italia	4'5 <sup>a</sup>	17'2 <sup>a</sup>	7'1 <sup>a</sup>	74'1 <sup>a</sup>
Luxemburgo	5'5 <sup>a</sup>	18'4 <sup>e</sup>	9'8 <sup>c</sup>	74'3 <sup>e</sup>
Malta	3'8		4'2	79'3
Noruega	3'3 <sup>a</sup>	14'7 <sup>c</sup>	6'5 <sup>c</sup>	81'1 <sup>c</sup>
Portugal	3'1 <sup>a</sup>	11'9 <sup>a</sup>	7'3 <sup>a</sup>	75'5 <sup>a</sup>
Reino Unido	2'4 <sup>a</sup>	21'4 <sup>c</sup>	5'0 <sup>c</sup>	80'8 <sup>a</sup>
Suecia	2'5	15'6 <sup>a</sup>	5'1 <sup>c</sup>	77'5 <sup>c</sup>
Suiza	4'0 <sup>a</sup>	16'4 <sup>a</sup>	10'0 <sup>a</sup>	84'0 <sup>a</sup>
Turquía	2'2	7'3	5'4	57'8

Nota: a=1998' b=1997' c=1996' d=1995' e=1994' f=1993' g=1992

Fuente: WHO. Health for All. Database.

Tabla 10. Utilización de los ingresos y desempeño de los hospitales de agudos en PCEE. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible

	Camas hospitalarias por 1000 habitantes	Admisiones por 100 habitantes	Estancia media en días	Tasa de ocupación (%)
ARY Macedonia	3'4	8'8	8'8	63
Bosnia Herzegovina	3'3 <sup>a</sup>	7'2 <sup>a</sup>	9'8 <sup>a</sup>	62'8 <sup>d</sup>
Bulgaria	7'6 <sup>c</sup>	14'8 <sup>c</sup>	10'7 <sup>c</sup>	64'1 <sup>c</sup>
Croacia	3'9	13'2	9'4	87'2
Eslovaquia	7	18,4	9'6	69'8
Eslovenia	4'6	16	7'6	73'2
Estonia	5'6	18'4	8	69'3
Hungría	5'7	21'8	7	73'5
Letonia	6'3	20	--	--
Lituania	6'4	20'6	9'1	78'8
Polonia	--	--	--	--
República Checa	6'3	18'2	8'7	67'7
Rumanía	--	--	--	--

Nota: a=1998, b=1997, c=1996, d=1995, e=1994, f=1993, g=1992

Fuente (tablas 10 y 11): WHO. Health for All. Database.

Tabla 11. Utilización de los ingresos y desempeño de los hospitales de agudos en la antigua URSS. 1999 o último año disponible.

	Camas hosp. por 1000 hab.	Admisiones por 100 hab.	Estancia media (días)	Tasa ocupación (%)
Georgia	4'6	4'7	8'3	83,0
Kazajstán	5'8	14,0	12'3	92'6
Kirguistán	6'1	15'5	12'8	92'1
República de Moldavia	6'8	14'4	14,0	71,0
Federación Rusa	9,0	20,0	13'7	84'1
Tayikistán	6'1	9'4	13,0	64'2
Turkmenistán	6'0 b	12'4 b	11'1 b	72'1 b
Ucrania	7'6 a	18'3 a	13'4 a	88'1 a
Uzbekistán	--	--	--	--

Nota: a=1998, b=1997, c=1996, d=1995, e=1994, f=1993, g=1992

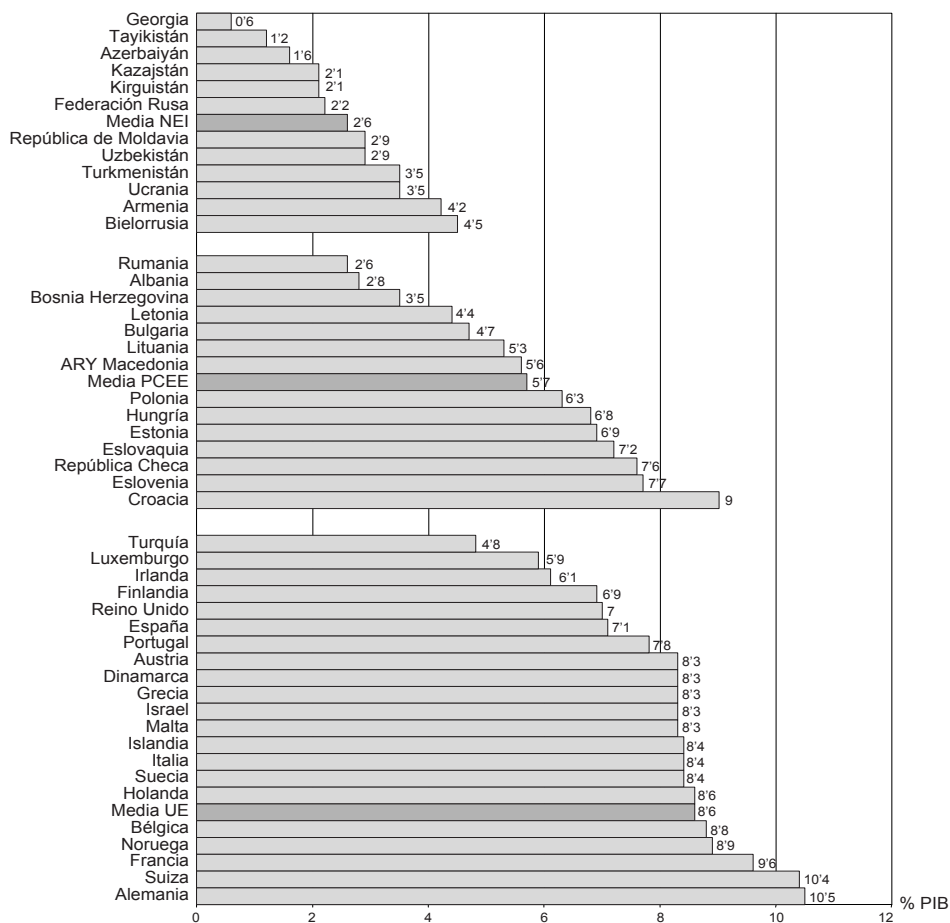
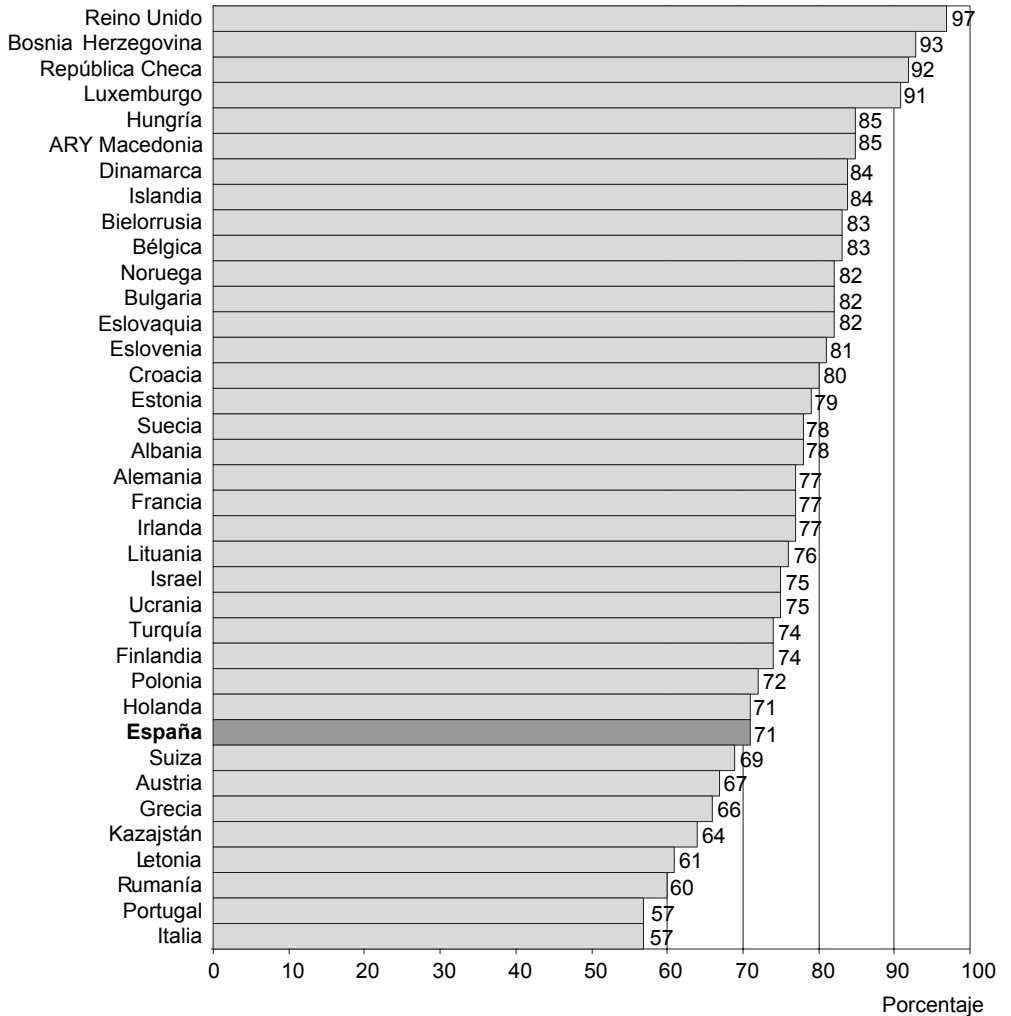


Gráfico 12. Gasto sanitario total en salud como porcentaje del PIB. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible



*Gráfico 13. Gasto sanitario público como porcentaje del total en la Región Europea de la OMS, 2000*

Fuente (gráficos 12 y 13): WHO. World Health Report. Health Systems Improving Performance.

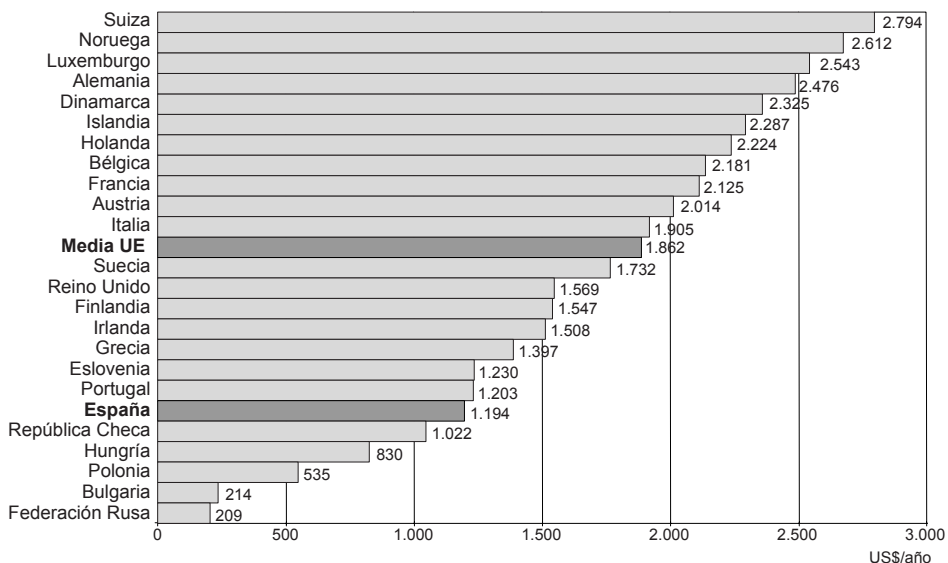


Gráfico 14. Gasto sanitario per cápita en dólares EE UU a paridad de poder adquisitivo en Europa, 2002

Fuente: WHO. European Health Report, 2002.

Tabla 12. Expectativa de vida al nacer, expectativa de vida a los 60 años y mortalidad infantil en países de la OCDE

	Expectativa de vida al nacer		Expectativa de vida a los 60 años (ajustada según discapacidad)		Mortalidad infantil
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Alemania	73'7	80'1	14'3	18'5	5'0
Bélgica	74'5	81'3	15'8	19'6	6'0
Canadá	76'2	81'9	16'0	18'9	6'0
Dinamarca	72'9	78'1	14'2	17'2	5'2
España	75'3	82'1	16'8	20'1	5'0
Francia	74'9	83'6	16'8	21'7	5'1
Grecia	75'5	80'5	16'9	18'8	7'3
Holanda	75'0	81'1	15'4	19'7	5'2
Hungría	66'3	75'1	11'7	15'5	10'6
Irlanda	73'3	78'3	13'9	16'6	5'5
Italia	75'4	82'1	16'2	19'9	5'8
Japón	77'6	84'3	17'5	21'6	3'8
Luxemburgo	74'5	81'4	15'8	19'7	4'9
Portugal	72'0	79'5	14'0	17'7	6'9
Reino Unido	74'7	79'7	15'7	18'6	6'1
Estados Unidos	73'8	79'7	15'0	18'4	7'8

Fuentes: WHO. World Health Report 1999. World Health Report, 2000



Impulsadas por ese nuevo interés, otras agencias internacionales, además de OMS (por ejemplo, la OCDE y el Banco Mundial), comenzaron entonces a publicar informes y propuestas para el sector salud en general y para los sistemas sanitarios en particular. El *Informe del Banco Mundial en 1993: invertir en salud*, como se señaló en la Parte I de este documento, fue particularmente influyente, con su propuesta de elaborar un paquete asistencial «básico» y otro «suplementario» y reformar la financiación de los sistemas con énfasis sobre el lado de la demanda.

Este fue el contexto en el que la OMS publicó el *Informe Mundial de la Salud 2000* reevaluando el rol del sistema sanitario como determinante de la salud, e incorporando varios otros factores clave hallados recientemente por los investigadores —por ejemplo, la relación entre democracia y salud, o entre la macroeconomía (incluyendo la prosperidad en un extremo y la pobreza en el otro) y la salud, que al año siguiente enfatizaría el informe a la Directora General de la OMS de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud).

El siglo XXI promete aportar nuevos e importantes retos para los sistemas sanitarios a niveles demográfico, epidemiológico, tecnológico y de expectativas, con implicaciones directas de costes sobre la equidad y la sostenibilidad.

## 2.2. MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS

Como se señaló, los servicios sanitarios modernos se crearon a finales de los años cuarenta del siglo XX. En los diferentes países se intentaron distintos esquemas para hacer frente a la financiación y producción de servicios, la generación de los recursos necesarios y la regulación de los sistemas.

Una forma útil de entender esos esfuerzos es la relación que los mismos representan entre oferta y demanda de servicios.



Figura 28. Servicios sanitarios como interacción entre demanda y oferta

Desde esta perspectiva, y hablando en general, puede establecerse un *continuum* entre algunas fórmulas de organización de los sistemas sanitarios. En los extremos, unas están orientadas sobre todo a la oferta (con el modelo Semashko ruso como paradigma) y otras orientadas a la demanda (el llamado modelo liberal de EE UU). Arreglos como el modelo Beveridge británico y el Bismarck alemán son soluciones intermedias.

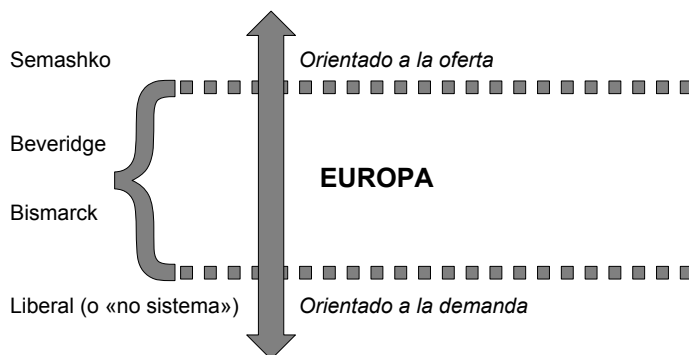


Figura 29. Modelos tradicionales de sistemas sanitarios

Fuente: Hsiao WC. Comparing Health Care Systems: what nations can learn from one another.

## Modelo Semashko

El sistema sanitario tipo Semashko es el extremo orientado a la oferta de los sistemas y toma su nombre del ministro de salud del primer gobierno comunista en Rusia, presidido por Lenin en los años veinte. Posee las siguiente características:

- La asistencia se financia con fondos colectados de la economía centralmente planificada.
- El sistema lo controlan el partido comunista y las instituciones estatales,
- Existe acceso libre para todos los ciudadanos o residentes (con una cantidad seria de pagos «bajo cuerda»).
- Los servicios son gestionados y prestados por funcionarios del Estado (la única modalidad de empleo existente).
- A los médicos se les paga por salario.

Todos los países comunistas tuvieron este modelo. Tras los cambios políticos que siguieron al colapso de la Unión Soviética, el número de países Semashko ha disminuido drásticamente.

Cuadro 2. Principales rasgos del modelo Semashko

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiado por el presupuesto estatal</li> <li>• Controlado por el Gobierno mediante un sistema de planificación centralizada</li> <li>• Formalmente acceso libre para todo el mundo</li> <li>• Todos los empleados son asalariados</li> <li>• No existe el sector privado</li> <li>• Gasto bajo del sector por considerarlo (erróneamente) de poca prioridad por ser «no productivo»</li> </ul>	<p><b>CHINA</b> <b>CUBA</b> <b>VIETNAM</b> <b>COREA DEL NORTE</b></p>
---	---

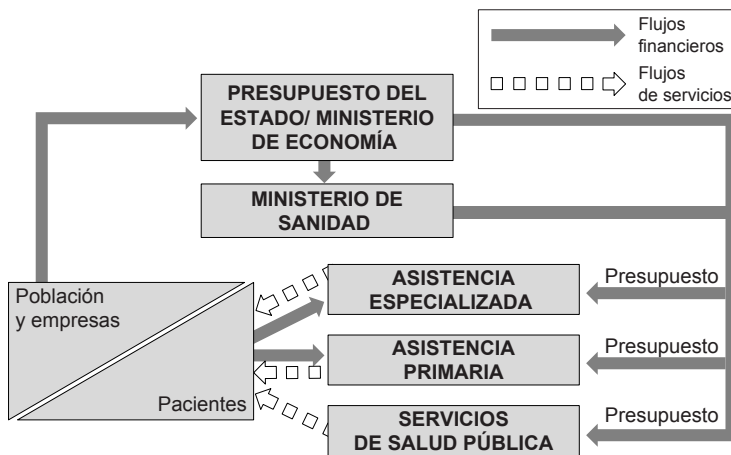


Figura 30. Representación diagramática del modelo Semashko de sistema sanitario

## Modelo Beveridge

El sistema sanitario tipo Beveridge (también conocido como Servicio Nacional de Salud) se introdujo por primera vez en Gran Bretaña tras la Segunda Guerra Mundial bajo inspiración del *Informe Beveridge* emitido en 1942, que de hecho formalizaba el modelo organizativo adoptado por Suecia en la década de los treinta. Las principales características de este modelo de sistema son las siguientes:

- La asistencia se financia mediante impuestos, pero existe un componente sustancial de sector privado.
- El control del sistema lo ejerce el parlamento.
- Existe acceso libre a los servicios fundamentales para todos los ciudadanos o residentes.

- Las instituciones de prestación de servicios son gestionadas y la asistencia suele ser prestada por empleados del Estado, pero caben otras modalidades, como el «auto-empleo» de los médicos de cabecera.
- Los médicos son asalariados o se les paga mediante capitación.

Todo el norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, el Reino Unido) adoptaron (o ajustaron) este modelo tras la Segunda Guerra Mundial. El sur de Europa (Grecia, Italia, Portugal, España) se unió al grupo en los ochenta.

Cuadro 3. Principales rasgos del modelo Beveridge

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiado por impuestos</li> <li>• Controlado por el Gobierno</li> <li>• Presupuestos estatales</li> <li>• Algún sector privado</li> <li>• Acceso libre para todos los ciudadanos</li> <li>• Gestión claramente estatal</li> <li>• Médicos pagados mediante salario o capitación</li> <li>• Algún copago</li> </ul>	<p><b>PAÍSES ESCANDINAVOS</b>  <b>REINO UNIDO</b>  <b>PAÍSES MEDITERRÁNEOS</b></p>
---	--

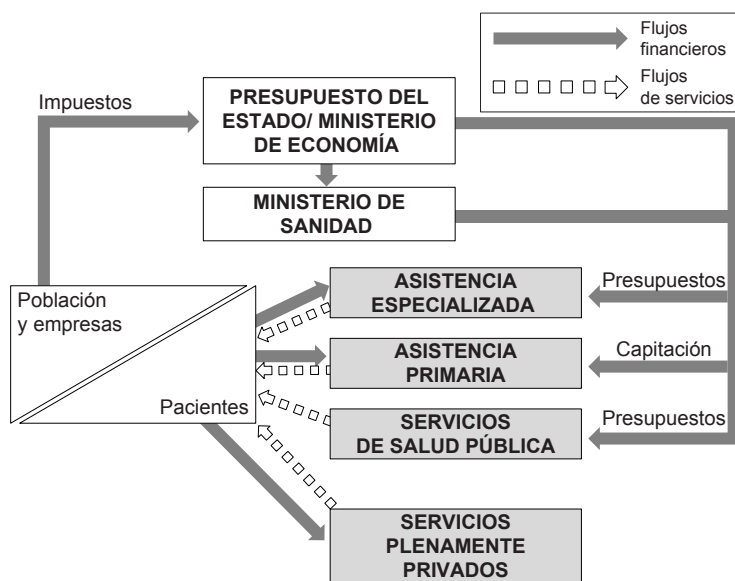


Figura 31. Representación diagramática del modelo Beveridge de sistema sanitario

## Modelo Bismarck

En los llamados sistemas sanitarios bismarckianos las figuras clave son los fondos estatutarios u obligatorios, basados en ciertos rasgos bien definidos (las más de las veces, la pertenencia a una profesión concreta), gestionados por representantes de los asegurados y respaldados por la legislación estatal, de modo que los ciudadanos que carecen de acceso ordinario a esos fondos son cubiertos por el estado (o forzados a suscribir esquemas de seguro privado, si son ricos). La asistencia se financia con cotizaciones obligatorias que pagan a medias la compañía y el trabajador y los servicios suelen prestarlos organizaciones privadas sin ánimo de lucro. A los llamados médicos autoempleados se les paga a base de una tarifa por acto y los hospitales reciben un presupuesto global.

El llamado modelo bismarckiano o de seguros sanitarios se inspiró en la legislación social alemana de 1883. Existían ya en Centroeuropa entre las dos guerras mundiales y se los sistematizó tras la Segunda Guerra Mundial.

Cuadro 4. Principales rasgos del modelo Bismarck

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiado mediante cotizaciones obligatorias pagadas por patronos y empleados, o por impuestos</li> <li>• Los recursos se entregan a organismos financieros no gubernamentales estatutarios - los "Fondos"</li> <li>• Estos Fondos contratan hospitales, médicos de familia, etc., quienes prestan servicios - mediante contratos "presupuestados" o por pago por acto</li> </ul>	<b>AUSTRIA BÉLGICA FRANCIA ALEMANIA HOLANDA</b>
---	---

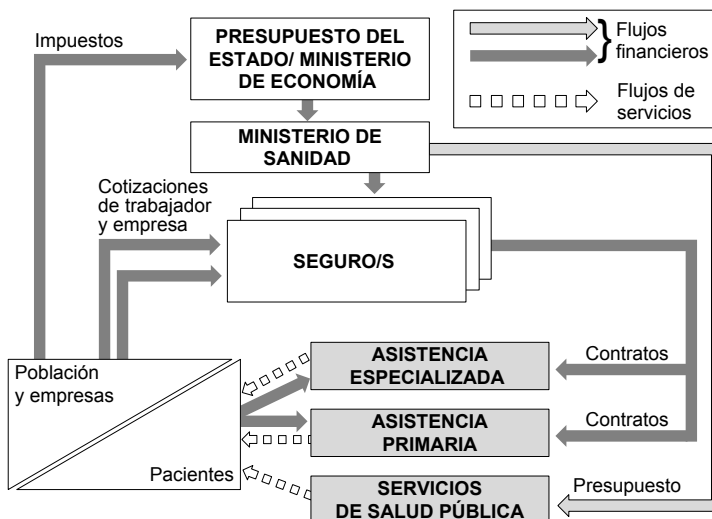


Figura 32. Representación diagramática del modelo Bismarck de sistema sanitario

## Modelo liberal

El principal rasgo de los sistemas sanitarios tipo liberal es su intento deliberado de partida a negarse a poner consideración alguna por encima de las fuerzas del mercado y la libertad individual (de ahí la referencia al concepto de «no sistema» muchas veces hallado en la literatura cuando aborda el modelo EE UU).

La piedra angular en este abordaje es la (comparativamente) escasa intervención estatal en la financiación y organización sanitarias, dando pie a que los individuos bien deban pagar directamente los servicios según su uso o alternatively deban adquirir un seguro privado de salud. El sistema funciona por tanto como muestran a continuación el cuadro 5 y la figura 33.

Cuadro 5. Principales rasgos del modelo tipo liberal

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes/consumidores adquieren servicios sanitarios personales pagando directamente a los proveedores, o asegurándose mediante el pago de pólizas a aseguradoras privadas con ánimo de lucro.</li> <li>• Los proveedores de servicios los prestan bien contra el pago directo de los pacientes, o presentando sus facturas con tarifas por cada servicio que incluyen los costes incurridos.</li> <li>• Las aseguradoras, como terceras partes pagadoras, ofrecen a los consumidores cobertura de seguro a su medida previo pago de sus pólizas, y pagan a los proveedores de servicios cuando éstos les presentan sus facturas.</li> </ul>	<p><b>ESTADOS UNIDOS SUIZA</b></p>
--	--

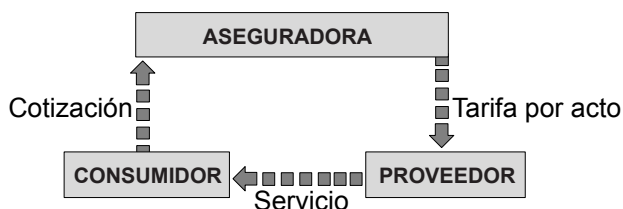


Figura 33. Financiación sanitaria en EE UU. Modelo tradicional de pago por acto

Ahora bien, el seguro privado tiene muchos inconvenientes, como la selección de riesgos, los altos costes de transacción, la segmentación del mercado y —lo peor de todo— su incapacidad para ofrecer servicios a quienes no pueden pagarlos (ver la función de financiación en la sección previa).

Las consecuencias conocidas en el caso norteamericano son: a) el fracaso cuando hay que proveer servicios a casi el 17% de la población; y b) una espiral inflacionista en los costes que hace al sistema ser el más caro del mundo en todos los sentidos.

En respuesta a todo lo anterior, EE UU se han visto durante décadas presionados a aumentar la cobertura y evitar el riesgo de gastos catastróficos en caso de enfermedad, dando pie a un modelo asistencial muy complejo en el cual coexisten diferentes submodelos. Por ejemplo, junto al hegemónico seguro privado, EE UU tiene dos sistemas sanitarios casi Semashko para cubrir a la *Veterans' Administration* (soldados) y los servicios asistenciales a la Reserva India. El Estado, asimismo, opera dos esquemas de seguro financiados públicamente (*Medicare* y *Medicaid*) al objeto de ayudar a los ancianos y a los muy pobres, respectivamente.

## 3. Reformas de los sistemas sanitarios

---

### 3.1. EVOLUCIÓN Y REFORMA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

En la sección anterior sobre aspectos esenciales de la historia de los sistemas sanitarios se cubrió ya una parte de su evolución. Este análisis se centrará ahora en las dos últimas décadas. La Oficina Europea de la OMS ha contribuido bastante al proceso de aprendizaje en este tema mediante el trabajo del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y especialmente con el ya mencionado libro *Reformas sanitarias en Europa, análisis de las estrategias actuales*, editado en 1996 por R. Saltman y J. Figueras. Se remite al lector a dicho texto para un análisis más profundo del tema.

#### Países occidentales

En los países occidentales los esfuerzos se han centrado desde el principio en aumentar el acceso de la población a los servicios sanitarios (hasta que se ha conseguido en sentido amplio la cobertura universal) y en poner énfasis en la satisfacción aumentando la calidad de los servicios. Hablando en términos generales, ello fue posible por la mayor disponibilidad de recursos que el crecimiento económico sostenido comportó. Requirió asimismo un alto grado de esfuerzo flexible y organizado para afrontar los retos que se presentaban.

Lo que sigue son ejemplos de reformas recientes de los sistemas sanitarios en algunos países de la OCDE a finales de los ochenta y principios de los noventa.

- Idoneidad, equidad y protección de ingresos.
  - Ampliar la cobertura de los sistemas de seguros: España, 1984, 1986 y 1989; Holanda, comienzos de 1990; Irlanda, 1991.
- Eficiencia macroeconómica.
  - Facturación extra por parte de los médicos: Francia, 1980.
  - Incrementos menores de costes compartidos: la mayoría de los países, fechas diversas.
  - Presupuestos globales para los médicos: Alemania, 1977; Bélgica, 1991.
  - Pago capitativo a los médicos: Irlanda, 1989.
  - Presupuestos globales para los hospitales: Holanda, 1983; Bélgica, 1984; Francia, 1984-1985; Alemania, 1986.



- Eficiencia microeconómica, elección y autonomía.
  - Paso de un modelo de seguro social presupuestario a uno contractual: antigua Alemania del Este, 1991.
  - Competición gestionada entre médicos: Alemania, 1977; Reino Unido, 1990.
  - Competición gestionada entre productos farmacéuticos: Alemania, 1977; Holanda, 1991.
  - Competición gestionada entre hospitales: Alemania, 1977; Reino Unido, 1992; Holanda, principios de los noventa.
  - Competición gestionada entre aseguradoras «detentadoras de presupuestos»: Reino Unido, 1991; Holanda, principios de los noventa.

En general, las lecciones que hay que extraer de los procesos de reforma en los veinticuatro países de la OCDE, según J. Schieber (1993), podían resumirse de la siguiente manera:

- Ha sido más fácil ampliar los procesos y desarrollar la infraestructura del sistema que reducir capacidad y controlar costes.
- A pesar de una gran expansión en el acceso, sigue habiendo diferencias significativas entre grupos. Ello sugiere la necesidad de políticas específicas centradas en las poblaciones con menos servicios.
- Los incrementos en el gasto no han estado necesariamente correlacionados con mejoras de la salud.
- Las estrategias de costes de contenido fundamentalmente macro no han producido eficiencia a nivel micro, y viceversa.
- Las mejores estrategias para controlar los costes y estimular la eficiencia han sido dar poder a los consumidores y poner en pie esquemas en que «el dinero sigue al paciente» en un contexto de presupuestos globales.
- La mayoría de los países afrontan un exceso de médicos, sobre todo especialistas, y de camas hospitalarias. El éxito en controlar ambas ha sido sólo parcial.
- Las expectativas de los consumidores, las nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población siguen empujando al alza los costes sanitarios en todos los países.
- Los costes administrativos parecen ser más altos en los esquemas de seguros privados y sociales que en los servicios nacionales de salud.
- Factores sociales, como la pobreza, el abuso de las drogas, el embarazo en la adolescencia, el sida y otras enfermedades socialmente inducidas, tienen un gran efecto sobre los costes y sobre los resultados.
- El pago por acto fragmentado de los servicios, como sucede en EE UU, sin un único comprador o un único conjunto de reglas que aplicar en todo el sistema ha sido el

enfoque con menos éxito para controlar los costes y garantizar el acceso, aunque habitualmente consigue niveles de calidad altos.

- Para desarrollar, implementar y evaluar las políticas de una manera efectiva, hacen falta datos a niveles micro y macro, así como personal cualificado.

## Países de Europa Central y del Este

Los sistemas sanitarios de la Europa Central y del Este fueron menos capaces de introducir el tipo de ajuste antes comentado en el Oeste por razones tanto económicas (falta del crecimiento económico idóneo) como por causa de las rígidas estructuras políticas existentes en la sociedad comunista de entonces.

En el terreno de los sistemas sanitarios, parece haber consenso en la literatura sobre que la situación en dichos países se fue caracterizando por:

- Resultados en salud deficientes que erosionaron la confianza social en la efectividad del sistema sanitario y contribuyeron a desacreditarlo.
- El sistema sanitario era difícilmente sostenible y se demostró incapaz de adaptarse a las nuevas demandas sociales, tanto por falta de recursos como por su rigidez estructural. El resultado fue su incapacidad para aportar calidad asistencial y servir a la población de un modo eficiente.
- Falta de satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos. Repetidamente decepcionados, los ciudadanos y los profesionales sanitarios acabaron convencidos de que el viejo sistema era incapaz de tratarlos con estándares similares a los que veían en Occidente.

Cuando se produjeron los cambios políticos simbolizados por la caída del muro de Berlín tras 1989, los países de Europa Central y del Este se vieron de pronto frente a retos de enorme calado si querían hacer la transición hacia la economía de mercado y hacia gobiernos democráticos. La agenda política estuvo caracterizada por los siguientes temas:

- Una demanda de equidad y accesibilidad a los servicios sanitarios.
- Una reafirmación de los derechos individuales, expresados como énfasis en la calidad asistencial.
- Un afán de reforma del sistema sanitario, buscando asegurar la sostenibilidad financiera de una asistencia sanitaria moderna.

En cada uno de los sistemas de las sociedades post caída del muro de Berlín las medidas de reforma se ajustaron al mismo patrón *global* usado para reformar otros sectores. Algunos países fueron más radicales que otros; hubo países que se movieron más rápido y otros menos; algunos países intentaron consensuar las medidas y otros no, etc.

Las medidas introducidas por cada gobierno reformista como parte del «paquete» que debía asegurar una transición sin sobresaltos y efectiva incluían: medidas de mejora de la salud, propuestas de descentralizar los servicios del nivel central a niveles inferiores, cierta privatización de las instalaciones asistenciales y cambios en la financiación.

El presente texto se centrará ahora en analizar dos áreas principales:

- a) La experiencia con la reforma de la financiación del sistema sanitario, con énfasis específico en el seguro sanitario y las relaciones contractuales.
- b) La forma en que se ha puesto en práctica el proceso reformador, dentro de una perspectiva más amplia del marco regulador.

## La reforma de la financiación del sistema sanitario

La reforma de la financiación ha sido la piedra angular de los procesos de reforma en la mayoría de los países del Centro y Este de Europa. Este campo ha dado pie a numerosas propuestas, a veces contradictorias. Se han explorado e intentado variedad de esquemas organizativos, financieros y gestores, desde enfoques realmente innovadores en un extremo a una disfrazada continuidad de los sistemas previos o restricciones despiadadas del gasto, en el otro. En conjunto, aportan una valiosa experiencia, tanto positiva como negativa para los encargados de la toma de decisiones en la región.

## Terceras partes pagadoras

La evidencia muestra que ha habido una fascinación en estos países con los esquemas de seguro tipo Bismarck. Muchos los han visto como el mecanismo idóneo para usar mejor los recursos disponibles mediante la compra estratégica de productos y servicios. Consecuentemente, han sido muchos los lugares en que se han puesto en pie fondos de seguros sanitarios sobre todo sociales, pero en algunos casos también privados.

El atractivo de los fondos de seguros sanitarios (FSS) en los países en transición tiene tras sí sólidas razones:

- Los FSS son percibidos como mecanismos de protección presupuestaria contra la insuficiencia de recursos y los recortes arbitrarios al finalizar cada ejercicio que caracterizan los últimos años de gobierno comunista.
- Su mecanismo se entiende que vincula las cotizaciones con los derechos de quienes las pagan.
- Son asimismo de algún modo vistos como expresión del muy deseado pluralismo social.

- En algunos países se ha presentado a los FSS con el glamour de retornar a «esquemas de éxito del periodo de pre-guerra».
- Finalmente, no debe infravalorarse la influencia de países como Alemania, Holanda, Francia, etc. (todos ellos con sistemas Bismarck) como modelos a seguir.

Uno de los patrones más comunes de conducta ha sido, pues, establecer una tercera parte pagadora diferente del presupuesto estatal. La responsabilidad de comprar servicios sanitarios le ha sido adjudicada a dichos fondos, la mayoría de ellos dotados al efecto de ramas regionales o locales.

Muchos países (los Estados Bálticos, Bulgaria, Croacia, Hungría y otros) optaron por un esquema único y obligatorio. Otros, como la República Checa, Eslovaquia y Rusia, optaron por esquemas obligatorios de seguro sanitario pero basaron la reforma en poner a competir entre sí a las compañías de seguros. A mediados y finales de los noventa el mercado de seguro voluntario en el este y centro de Europa seguía siendo bastante pequeño.

El énfasis de los fondos de seguro en comprar asistencia sanitaria ha estado en las mejoras de la eficiencia económica. También se ha enfatizado la planificación (tanto estratégica como operacional) de la prestación de servicios médicos como consecuencia del *contracting*. Se suponía que no conseguir contratos con los fondos tendría un efecto (explícito o implícito) de «limpieza» sobre la estructura prestadora de servicios, quitando de en medio a las unidades que no fuesen capaces de alcanzar estándares de calidad mínimos.

En la mayoría de estos países, consecuentemente, el papel del gobierno y las autoridades sanitarias en la financiación se ha reducido. Más que nada, se centra en las inversiones de capital (en algunos, el gobierno compartía esta responsabilidad con las municipalidades) y en cubrir los gastos de los hospitales universitarios y los «centros nacionales» de asistencia terciaria.

## Viabilidad del sistema en términos financieros

El nivel de financiación de la asistencia sanitaria parece ser un factor clave para establecer un seguro sanitario viable basado en un paquete explícito de servicios y en contratar con los proveedores.

En los países de Europa Occidental que poseen sistemas de seguro sanitario obligatorio, el gasto público en salud expresado como porcentaje del PIB está en el rango entre el 5'9 % (Holanda) y el 7'9 % (Alemania). La experiencia general de los países de Europa Central y del Este con sistemas similares apunta a que cifras de financiación pública al 3-3'3 % del PIB hacen la contratación casi inviable; las aseguradoras simplemente no consiguen pagar todas las facturas que les emiten los proveedores.

Se ha sugerido que estos países deberían tener un mínimo gasto público en salud por encima del 4'0 % del PIB para que el seguro sea viable.

## Comprador único frente a fondos compitiendo entre sí

Países como la República Checa, Eslovaquia y Rusia —que de entrada pusieron en práctica esquemas de seguros sanitarios basados en la competencia entre fondos— muestran resultados claros, aunque distintos de los que pretendían. Su intención explícita era que en cuanto los recién establecidos fondos de seguros pudiesen cumplir ciertos criterios financieros y cubrir a un determinado número de gente, debería dejarse a las fuerzas libres del mercado hacer el resto. De forma coherente con ese principio, escogieron el pago de tarifa por acto como mecanismo de retribución a los profesionales y a las instituciones.

El análisis de lo sucedido con ellos, sin embargo, confirma las experiencias previas en Occidente con el seguro competitivo fragmentado. Pese a la existencia de legislación encaminada a asegurar la calidad asistencial y la equidad en el acceso, todos los países experimentaron un crecimiento en los servicios, un incremento en los costes y una falta de cobertura para quien no pudiese afrontar los gastos correspondientes (mediante la selección de riesgos o la simple denegación de asistencia). Ahora bien, mientras sociedades más desarrolladas quizá puedan hacer frente a ese aumento de la factura, las consecuencias en países pobres en transición económica se han demostrado severas.

En todos los casos, hubo que introducir nueva legislación definiendo los mecanismos de puesta en común de los riesgos, imponiendo topes al volumen y los gastos totales y cambiando los sistemas de pago. No obstante, aun cuando el gobierno debió entrar en liza para garantizar la solvencia (esto es, cubrir la mayoría de las deudas) de uno o dos de los principales fondos, los demás fondos, que se habían vuelto insolventes, dejaron en el sistema —sobre todo en los hospitales— sus deudas acumuladas, así como serios problemas de equidad.

Una variante de este conflicto ha tenido lugar en el proceso de descentralización descontrolado introducido en los Estados Bálticos (con la parcial excepción de Estonia) y en Rusia (quien de este modo posee dos de los principales «factores centrífugos»). Probablemente como reacción contra el exceso de centralización en el pasado, dichos países renunciaron a cualquier mecanismo para aplicar una asignación regional de recursos igual (o relacionada con las necesidades). Ello tuvo como resultado problemas de equidad graves.

Un patrón similar de desigualdades en la ubicación territorial de los recursos se produjo en Croacia simplemente dejando que el dinero del seguro fluyese hacia las zonas con más instalaciones sanitarias.

## Procesos de negociación

En la mayoría de los países del Este y Centro de Europa, como se ha dicho, los fondos de seguros sanitarios son los organismos legalmente responsables de comprar servicios para la población. Sus contrapartes contractuales directos son las instituciones y proveedores de servicios sanitarios. Los contratos suelen concluirse por un periodo limitado, usualmente un año (por ejemplo Bulgaria, Hungría, Letonia, Lituania, Eslovaquia) o dos años (República Checa).

Si bien el grado de autonomía gestora concedida a los fondos difiere entre países, de entrada el marco contractual se negoció con los proveedores de servicios sin mucha intervención del gobierno. En términos generales, en el momento de lanzarse las reformas se permitió a los recién establecidos fondos un margen amplio para negociar con los proveedores (asociaciones médicas, hospitales, médicos de cabecera, etc.) la gama de servicios, los precios unitarios o los «puntos» que habría que pagar por servicio, el valor monetario de cada punto, las condiciones de trabajo, etc. La idea era, en principio, que contratar resultaba intrínsecamente bueno en una sociedad orientada al mercado, y podía ayudar a corregir la inadecuada función de planificación.

La experiencia de los países muestra sin embargo que cuando los incrementos de coste y los problemas sociales surgieron, el gobierno (usualmente los ministerios de salud y finanzas) no tuvieron más remedio que implicarse al objeto de asegurar tanto el cumplimiento de los requisitos legales como el interés público. Los fondos han visto así reducirse en años recientes su margen de negociación.

La lección es que transformar pagadores indiferentes en compradores informados sólo puede conseguirse si estos últimos aprenden a seleccionar las «rutas» más racionales para los pacientes, las intervenciones médicas que son costo-efectivas y los proveedores eficientes. Para algunos, la única forma de hacerlo es implicar a los compradores en la planificación e incluso en la gestión de la asistencia sanitaria en cooperación con los proveedores sanitarios. De nuevo, fortalecer la función de planificación en los países en transición es para muchos uno de los objetivos de la contratación, «madurando» así las relaciones cuasi mercantiles en el sistema.

## Contratación selectiva

Pese al hecho de que a los fondos de seguro se les suele requerir por ley cumplir un papel activo en «asegurar la calidad asistencial» y la legislación permite a las aseguradoras seleccionar proveedores, en la práctica muchos factores han limitado y siguen limitando la contratación selectiva en los países del Centro y Este de Europa. Se incluyen entre ellos:

- En la mayoría de esos países no existe regulación como tal sobre el concurso selectivo (es decir, no se exige a los compradores que contraten selectivamente según procedimientos previamente aprobados relacionados con la calidad).
- Los gobiernos (en muchos casos, los propietarios de las instalaciones médicas) están interesados en mantener la red existente para evitar problemas políticos con el paro y el cierre de centros, por lo que presionan a las aseguradoras a contratar con todos los proveedores disponibles.
- Existen restricciones institucionales históricas a la competición entre proveedores; el modelo Semashko se basaba en una jerarquía de proveedores en un mercado

segmentado según tipo de instalación (por ejemplo, en la URSS hospitales de *oblast*, de ciudad, de *rayon*, rural, etc.) con poco solapamiento entre ellos.

- Finalmente, y lo que es peor, las tarifas de pago para cada tipo específico de centro médico dentro de la jerarquía vertical son usualmente las mismas, por tanto la competición de precios sólo puede existir entre proveedores de niveles diferentes. El resultado habitual es que incluso allí donde la competición es posible (por ejemplo, consultorios aislados solos o de grupo, entidades públicas y privadas) los fondos no seleccionan a los proveedores, sino que contratan con todos los proveedores con licencia para ejercer. Esto tiene obviamente un impacto negativo sobre los planes iniciales de remodelar las instituciones prestadoras de servicios.

## Métodos de pago

Los métodos de pago a los proveedores a fin de cuentas han persistido sin demasiados cambios en la pasada década de reformas en el Centro y Este de Europa. Algunos países (Lituania y la mayoría de las repúblicas de la antigua Unión Soviética) mantuvieron los pagos a los hospitales relacionados con los *inputs*.

El sistema inicial en muchos otros países, sin embargo, combinó habitualmente un enfoque de cama-día corregido mediante factores como la población servida, el número de médicos empleados o el nivel de actividad previa, con considerables elementos de pago por acto. Pocos países han introducido los seguros sanitarios exigiendo de entrada en sus contratos topes globales a los pagos totales y medidas restrictivas relacionadas con la estancia hospitalaria.

En el contexto de presiones ejercidas por pacientes y médicos y esquemas de financiación no muy bien diseñados, lo anterior condujo a grandes excesos de gasto y a las subsiguientes deudas para los hospitales. La experiencia húngara, al principio con pagos por acto y estancia asociados con aumentos en el volumen de servicios y en los costes globales, fue también una fuente de lecciones.

Los pagos en los hospitales están siendo gradualmente reemplazados ahora por pagos por caso. Con variaciones nacionales, los grupos de diagnóstico relacionados (GDR) se están volviendo el mecanismo más frecuentemente usado para nivelar algunas de las diferencias heredadas de la financiación relacionada con los *inputs*. En la mayoría de los casos se han establecido periodos de transición de duración variable. En este contexto, a los médicos hospitalarios se les paga con una combinación de los viejos salarios más algún incentivo relacionado con el desempeño (frecuentemente basados en un enfoque de «puntos» similar al alemán).

La evidencia de los países muestra que los pagos en consulta externa han cambiado usualmente más rápido que en el sector hospitalario. Muy pronto, tras el comienzo de la reforma, la mayoría de los médicos que trabajaban en centros ambulatorios dejaron de ser empleados asalariados y comenzaron a ser pagados como empresarios independientes, y al menos parcialmente con mecanismos de pago por acto.

Una vez más, confirmando las experiencias previas en Occidente, el pago por acto ha demostrado ser un poderoso incentivo para que los médicos «sobreproduzcan» servicios. Combinado en particular con presupuestos ilimitados (como sucedió, por ejemplo, en la República Checa, Hungría, etc.), esta forma de pago contribuyó poderosamente a los aumentos de costes, el desbordamiento presupuestario y los déficit.

En un momento u otro, la mayoría de los países debieron introducir topes al gasto y el pago por acto fue suplementado o sustituido por sistemas capitativos más o menos sofisticados (por ejemplo, ajustados por edad, o por trabajar en zonas distantes, etc.). Se han ensayado asimismo formas diversas de detención presupuestaria por parte de los GP, inspiradas en los esquemas del *National Health System* (NHS) británico (recientemente modificados a su vez). Con todo, muchos especialistas del ámbito extrahospitalario siguen siendo pagados con el método del pago por acto.

## **Roles de los ministerios de sanidad y hacienda**

Inicialmente, como se señaló, en los países del Centro y Este de Europa, los ministerios de sanidad restringieron su implicación directa en los procesos de reforma del sistema sanitario. Aparte de inspirar los valores de dichas reformas, simplemente se dedicaron a emitir directrices de salud pública y pagar los costes recurrentes y las inversiones de capital de la asistencia terciaria. Virtualmente todo el campo fue entregado a:

- Los recién nombrados fondos, para que colectaran suficientes recursos.
- Las instituciones prestadoras de asistencia sanitaria, para quienes había que hallar una solución definitiva.
- Las organizaciones profesionales, sobre las que se depositaron muchas esperanzas de cambio.

Cuando las consecuencias negativas de esa actitud de *laissez faire* se hicieron evidentes, los ministerios de sanidad (y los de hacienda) adoptaron un papel más activo. La experiencia muestra que los repartos originales de funciones entre el ministerio de sanidad y los fondos de seguros tuvieron que rediseñarse pronto en virtualmente todos los países del Centro y Este de Europa tras los primeros intentos.

Las consecuencias de ese enfoque erróneo de la regulación del sistema fueron dejar a los pacientes hacer frente al grueso de los costes con sus propios bolsillos y en algunos casos (aunque no hay demasiada evidencia dura al respecto), una restricción en los recursos asignados a los programas de salud pública. En casos concretos (Hungría, Eslovaquia, Lituania al principio) los nuevos esquemas incluso han quitado al fondo la indispensable autonomía requerida para comprar estratégicamente en otro movimiento pendular. Un caso diferente es quizás Kirguistán, que ha comenzado a desplazarse hacia el modelo de comprador único integrando los ingresos del presupuesto general con las cotizaciones sanitarias obligatorias mediante una colaboración positiva entre el ministerio y el fondo.



## Seguro sanitario voluntario / seguro privado

El seguro sanitario voluntario privado sólo se ha desarrollado marginalmente en los países del Centro y Este de Europa durante la pasada década. Por el momento, se halla bastante limitado, aunque está creciendo; los subscriptores no son demasiado numerosos y ninguna compañía privada tiene peso sustancial en la región.

En la mayoría de los casos (Croacia, República Checa, Hungría, Rusia, etc.) el seguro privado cubre servicios no prestados bajo el sistema público (por ejemplo, la cirugía cosmética, alguna asistencia dental, copagos por los medicamentos, balnearios médicos, etc.) así como derechos extra del tipo de mejor acomodo al hospitalizarse, el derecho a saltarse los tiempos de espera, etc.

Solo en Letonia las grandes compañías están comprando pólizas de grupo para sus empleados, convirtiéndose así en grandes compradoras de seguro privado. Existen pruebas, sin embargo, de que las compañías privadas podrían estar explotando la confusión de la gente entre qué es seguro obligatorio y qué el paquete básico de servicios.

Varios factores podrían explicar el limitado alcance del seguro voluntario en estos países:

- La razón global clave es probablemente la limitada riqueza de la mayoría de las sociedades implicadas, en sí un factor limitante para introducir un seguro.
- En la mayoría de los países el paquete básico es amplio y los esquemas de seguro obligatorio cubren, al menos sobre el papel, la mayoría de los servicios.
- Los pacientes consideran muchas veces el pago bajo cuerda una solución más barata a sus problemas que adquirir una póliza de seguros adicional.
- En algunos países, las compañías aseguradoras carecen de los recursos y habilidades necesarios para ser competitivas en el campo sanitario.

Parece improbable que ninguno de estos países vaya a verse tentado a estimular el seguro privado como esquema central de prepago, particularmente tras las lecciones aprendidas con el seguro público competitivo.

## Los medicamentos y los copagos como señales preocupantes

La evidencia analizada en cuanto a las reformas de la financiación del sistema sanitario en los países del Centro y Este de Europa señala dos áreas que emiten un mensaje inequívocamente preocupante:

- Los costes de los productos farmacéuticos.
- La omnipresencia del copago en el momento del uso.

En ambas áreas se está produciendo un coste directo sobre los consumidores, lo que puede reducir el apoyo público a las reformas y eventualmente amenazar su desarrollo posterior. El acceso a medicinas de calidad, seguridad y eficacia garantizadas a un coste que la sociedad y el paciente puedan afrontar se está demostrando tarea casi imposible en estos países.

Dadas la alta necesidad y los altos precios, la factura farmacéutica se ha vuelto uno de los factores más inmanejables a favor del incremento de costes. Los costes de los medicamentos engullen ahora una fracción enorme del gasto sanitario global en muchos países de la zona, y especialmente en las repúblicas de la antigua Unión Soviética (frecuentemente por encima del 30%; en algunos casos el 50-60%, comparado con entre el 10% y el 20% en los países de Europa Occidental).

De hecho, muchos países del Centro y Este gastan ya más del 2% de su PIB en medicamentos. Y ello es así pese a los comparativamente bajos niveles de gasto, como puede observarse en la siguiente tabla.

*Tabla 13. Gasto farmacéutico en Europa y antigua URSS*

Gasto farmacéutico per cápita	Europa Occidental	Europa del Este	Nuevos Estados independientes antigua URSS	Población
>\$300	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Islandia, Suiza			164 mill.
\$200-300	Dinamarca, Finlandia Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, Portugal, Suecia, Gran Bretaña			163 mill.
\$100-200	Grecia, Irlanda, España	República Checa, Hungría, Eslovenia		76 mill.
\$20-100		Bulgaria, Croacia, Estonia, Letonia, Lituania, ARY de Macedonia, Polonia, Eslovaquia, Turquía	Rusia	280 mill.
\$10-20		Rumanía	Armenia, Bielorrusia Georgia, Kazajstán, Ucrania	109 mill.
<\$10		Albania	Azerbaiyán, Kirguizistán, Moldavia, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán	54 mill.

Datos: OCDE 2000 y WHO/EURO 2000 o último año disponible en: OMS EURO, Informe Europeo de la Salud.

Peor aún, puesto que en la mayoría de las repúblicas de la antigua Unión Soviética —y en menor medida el Centro y Este de Europa— los gastos se financian privadamente (lo que no es el caso en Europa Occidental), los gastos en medicamentos de estos países tienen un impacto severo sobre la economía doméstica, dañando especialmente a los pobres.

Siguiendo líneas similares, existe amplia evidencia de lo generalizado de los pagos no oficiales en el sector salud. Un estudio en Polonia a finales de los noventa encontró que el 46% de los pacientes pagaba por servicios que oficialmente eran gratuitos. Lo que es peor —y por las razones ya apuntadas— la financiación de fracciones sustanciales de la asistencia ha ido cayendo cada vez más sobre el pago de bolsillo de los consumidores, hasta alcanzar cifras como las siguientes (Langenbrunner y Wiley, 2002):

- Polonia: 29% de los costes totales
- Kazajstán: 42% de los costes totales
- Rusia: 52% de los costes totales
- Georgia y Azerbaiyán: por encima del 80% de los costes totales

La experiencia muestra claramente que todos estos países vieron la concesión de un nuevo estatus legal a los proveedores de servicios sanitarios como una necesidad clave para implementar la reforma. Por eso en muchos sitios se dio a los médicos de cabecera el estatus de contratistas independientes y se les dejó ejercer en sus propios locales. En casos concretos (por ejemplo, los Estados Bálticos) los países incluso han reestructurado policlínicos de propiedad estatal en consultas separadas donde los generalistas y especialistas ambulatorios operan como empresarios independientes vinculados mediante contrato.

Los hospitales públicos en ningún caso han sufrido cambios de profundidad comparable. Una razón para ello ha sido el largo proceso de financiación inadecuada de su capital sufrido por los edificios de los hospitales y otros centros en los últimos años del viejo régimen. Sólo recientemente las autoridades locales los han conseguido mejorar poco a poco y reamueblarlos.

En esas circunstancias es difícil imaginar que los inversores privados pudieran interesarse en comprar o verse envueltos en el tema de ninguna otra forma. Aun así, en muchos países (Bulgaria, República Checa, Estonia, Letonia y Lituania) su nuevo estatus de organizaciones públicas sin ánimo de lucro han dado a las grandes instituciones prestadoras de servicios nuevos derechos y responsabilidades contractuales.

Con la excepción de algunas cátedras de Medicina General que se han establecido en países concretos, tampoco ha habido grandes cambios ni en el número ni en los perfiles formativos de los recursos humanos del sector. La indecisión de los gobiernos, presiones políticas de las universidades o un ejercicio inteligente de lobby por parte de los médicos, han contribuido a proteger sus intereses profesionales.

Ello es observable en la evolución del número de médicos en la región, que ha continuado creciendo, incluso teniendo en cuenta la limitada migración. La evolución de las camas hospitalarias es otro indicador del mismo fenómeno (los cambios en Occidente, por ejemplo, han solido ser más drásticos).

### Aspectos de regulación

Los frecuentes cambios legales en los países del Centro y Este de Europa son prueba viva de los problemas que plantea manejar a los actores de forma constructiva. Tener reglas explícitas es importante en cualquier sociedad estable. Pero muchos ministerios de sanidad parecen no haber entendido de su pasado que centrarse exclusivamente en legislar y emitir leyes y decretos como forma de hacer política sanitaria es relativamente fácil y barato... además de servir de poco.

Como se señaló antes en la sección sobre funciones de los sistemas sanitarios (ver en particular la función de tutela o *stewardship*), los ministerios de estos países han olvidado la necesidad de construir coaliciones y ofrecer incentivos. En particular, las relaciones entre los encargados de producir políticas públicas y los médicos como profesión son habitualmente escasas y llenas de sospechas. Los ministerios de sanidad en el Centro y Este de Europa parecen no haber tenido tiempo, experiencia o inclinación para cultivar un rol distinto para las organizaciones profesionales y fomentar la autorregulación profesional (es decir, apoyar las buenas prácticas, certificar las condiciones de afiliación, compartir experiencias y ofrecer formación continuada ligada al servicio).

La fascinante lección de la experiencia en estos países es que una conducta recíproca también es observable en los demás actores. Por ejemplo, junto a abundante «captura reguladora blanda» —es decir, cooptar a los reguladores para hacer las regulaciones más favorables para ellos—, muchos médicos han tendido a implicarse políticamente en el parlamento. Un enfoque autoritario y bastante manipulador (por contraposición al diálogo franco y justo entre las partes) parece permear el sistema.

En los casos más extremos, las autoridades reguladoras carecen muchas veces de la capacidad de hacer seguimiento de lo que sucede. Por ejemplo, no tienen inspectores para visitar regularmente todas las instalaciones o todas las fábricas relacionadas con la producción industrial de alimentos; unos controles en Albania en 1999 mostraron que 55 de 61 puestos de mercado minorista inspeccionados poseían permiso emitido por las autoridades locales, pero sólo 14 reunían los estándares básicos de higiene y saneamiento (WHO, 2000).

### Los problemas de vista de los ministerios de sanidad

Los ministerios de sanidad en los países del Centro y Este de Europa han mostrado una actitud equiparable a problemas de visión. En primer lugar, como las personas afectadas de miopía, sólo «reconocen» a ciertos individuos y organizaciones del sector, muchos de los cuales se hallan muy cerca o incluso están directamente financiados por el propio ministe-

rio. Prestan poca atención a cualquier otra cosa (por ejemplo, los proveedores no gubernamentales y el sector privado), así como a las expectativas de la gente.

### **Insuficiente cualificación técnica**

Muchos ministerios de sanidad y equipos encargados de la reforma en esos países han optado por enfoques técnicos sofisticados para los cuales no existen en sus sociedades las necesarias habilidades técnicas. Para empezar, y comprensiblemente, existe poca experiencia real con los sistemas de seguros modernos y con la contratación. Si bien son capaces de coleccionar enormes cantidades de información sobre cuentas, registros personales, inventarios, etc. (que usualmente muy poca gente lee), esas burocracias públicas han demostrado en general ser incapaces de llevar adelante los sistemas sanitarios contemporáneos. Pese a todo, las reformas han insistido en basar sus sistemas sobre esquemas de medición de los *output*, mecanismos de pago, flujos de información, etc., a veces más complejos que los de muchos países occidentales.

Lo mismo cabe decir sobre la falta de habilidades para montar una estrategia de comunicación pública. Es asombroso el poco debate sobre políticas públicas que tiene lugar con base en la evidencia. Los ministerios de sanidad fallan una y otra vez a la hora de articular un debate público que aporte información y a la de consultar, tomando en cuenta criterios objetivos (como la carga de enfermedad, el coste-efectividad de las intervenciones disponibles, los servicios existentes, los valores explícitos y los derechos y obligaciones de los diferentes actores). Y aun así, el correspondiente ejercicio de capacitación del personal ha sido a parches y discontinuo (a estas alturas sigue sin haber en todos estos países una Escuela de Formación en Gestión de Servicios Sanitarios). Tanto el personal recién reclutado como la plantilla existente sigue necesitando imperiosamente mejorar sus habilidades empresariales, analíticas y de negociación.

### **Conflictos con los plazos**

Pero formar a la gente requiere tiempo, aspecto que se ha mostrado imposible de manejar en los países del Centro y Este de Europa. La rápida rotación de los funcionarios sénior y un entorno políticamente sobrecargado han demostrado ser graves peligros contra la buena regulación. De entrada, las repercusiones de los cambios políticos en los altos mandos son usualmente devastadores, lo cual impide construir memoria institucional y corporativa alguna. Muy pocos equipos se han mantenido durante todo el proceso de reforma (en algunos casos, la emigración y la promoción a puestos en agencias internacionales también ha representado su papel). En un marco social y político tan volátil, las lecciones aprendidas y las alianzas (internas y externas) construidas durante la fase de lanzamiento se pierden.

Probablemente en relación bidireccional con el anterior fenómeno (es decir, siendo a la vez su causa y su efecto), a las decisiones de inversión y desarrollo organizativo muchas veces les ha faltado perspectiva estratégica. Se presta poca atención, por ejemplo, a mejorar el balance entre las inversiones y la financiación recurrente, así como a consideraciones de

sostenibilidad. En muchos casos, los edificios nuevos, el equipamiento y los vehículos ocupan la primera plana por razones de visibilidad (y frecuentemente también por otras razones más discutibles).

Los políticos y los niveles altos de las burocracias públicas deben aprender a hacer un esfuerzo consciente para asegurar que se reconoce y valora la necesidad de «memoria corporativa», tanto en los procesos políticos como en los de gestión de la reforma del sistema.

## Lecciones clave aprendidas

Quizás la lección clave que hay que aprender de las reformas sanitarias en los países del Centro y Este de Europa sea que «el proceso de implementación de la reforma es como mínimo tan importante como su contenido y debe por consiguiente recibir la misma cantidad de atención» (Walt, 1994). Lo asombroso es que difícilmente puede decirse que se trate de una reflexión novedosa. Fue el mismo consejo inequívocamente emitido más de 20 años atrás, cuando se analizaban las pre-condiciones para llevar a cabo una reforma con éxito, como Figueras y Saltman muestran en el cuadro siguiente.

*Cuadro 6. Factores que influyen sobre la aplicación de una reforma*

FACTORES FACILITADORES	REFORMAS SANITARIAS ACTUALES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulación clara de objetivos políticos</li> <li>2. Un objetivo principal evita la confusión</li> <li>3. Características técnicas sencillas</li> <li>4. Existen los conocimientos y la tecnología</li> <li>5. No se necesitan nuevos recursos</li> <li>6. Cambio del <i>status quo</i> marginal</li> <li>7. Más fácil consensuar un cambio gradual</li> <li>8. Puesta en práctica por un solo agente</li> <li>9. La colaboración entre sectores complica el proceso</li> <li>10. Puesta en práctica rápida; con plazos cortos, menos resistencias y distorsiones</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Metas de reforma a menudo en conflicto</li> <li>2. Múltiples objetivos, algunos de ellos en conflicto con valores políticos y sociales</li> <li>3. Rasgos de gran complejidad</li> <li>4. Falta experiencia y formación</li> <li>5. Deben desarrollarse sistemas caros de información y análisis de coste</li> <li>6. Se piden grandes cambios de <i>status quo</i></li> <li>7. Esos cambios grandes generan oposición</li> <li>8. Reformas a menudo pluralistas (es difícil la colaboración público-privado)</li> <li>9. Reformas complejas y ejecución lenta</li> <li>10. Deben diseñarse y establecerse nuevos sistemas (procedimientos e instituciones)</li> </ol>

Fuente: Cleaves P. Implementation amidst scarcity and apathy political power and policy design.

¿Se ha perdido entonces una década de reforma sanitaria en estos países? Pese a algunos errores obvios, indicadores de salud poco satisfactorios, incrementos de costes y un cierto sentido de cansancio con el tema, la respuesta es no, por tres razones fundamentales:

- El sistema previo también padecía considerables ineficiencias y prácticas potencialmente dañinas.

- Experiencias similares en Occidente (por ejemplo, las reformas sanitarias en España, Portugal, Italia, Holanda y el Reino Unido) han demostrado que el periodo de tiempo razonable para juzgar estos desarrollos supera la década. Y estos países al menos están ahora mejor preparados que nunca para producir servicios de calidad para sus ciudadanos.
- Con los matices que se quiera, el público en el Centro y Este de Europa (muchos en países que serán pronto miembros de la Unión Europea) sigue usando los sistemas sanitarios y mostrando una confianza notable en ellos, como puede verse en las cifras de contactos anuales con un médico y de utilización de los hospitales.

Los retos, no obstante, son sin duda formidables. La mayoría de las instituciones sanitarias (especialmente públicas) de los países ex comunistas siguen prestando los mismos servicios de antes, en tanto sus clientes han cambiado enormemente sus gustos y preferencias, sus expectativas y su educación e información. Cómo se afronten estos retos en los próximos años marcará la diferencia.

### 3.2. SEGUIMIENTO DE LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Además de las anteriores valoraciones cualitativas, la pregunta es: ¿pueden evaluarse las reformas de los sistemas sanitarios con algún grado de precisión cuantitativa? Como se ha repetido en el texto, en años recientes, especialmente en torno al *Informe Mundial de la Salud 2000*, está teniendo lugar un debate conceptual y terminológico sobre esos temas.

Cualquier persona con un trabajo técnico o político en los sistemas sanitarios debe preocuparse por actualizar su propia capacidad de contribuir a valorar el desempeño del sistema sanitario. Las formas que puede adoptar incluirían:

- Consultar y revisar la metodología de valoración del desempeño de los sistemas sanitarios en su propio país.
- Colaborar con instituciones internacionales para, y formar en:
  - Valorar las funciones nucleares.
  - Medir y analizar, a nivel nacional y subnacional, los fines y funciones del sistema sanitario.
  - Usar los análisis para inspirar el desarrollo político nacional.
  - Desarrollar y poner en práctica respuestas políticas idóneas.
  - Monitorizar las consecuencias: esto es, discutir el desarrollo de medidas de los fines intermedios y los sistemas de información.

La principal lección quizá ha sido insistir en la necesidad de abordar los temas de medición en el sector salud con mucha cautela. En términos conceptuales, los retos son enormes. En cuanto a medir el nivel y la distribución de la salud, por ejemplo, las dificultades halladas

para pasar primero de los indicadores de mortalidad y morbilidad a los de años de vida ajustados por calidad, luego a los años de vida ajustados por discapacidad, y una vez más a la expectativa de vida ajustada por discapacidad y ahora a la expectativa de vida sana (*health-adjusted life expectancy*, [HALE], en inglés) sirven para señalar lo complejo de la tarea. ¡Medir con indicadores aceptados la capacidad de respuesta a las expectativas no sanitarias y la justicia de la contribución financiera no va a ser menos difícil! Conforme este debate progresa, todos los profesionales implicados deben al menos tener una idea de cómo valorar la reforma del sistema sanitario. Eso es lo que esta sección intenta aportar.

Para empezar, hace falta definir qué se entiende por reforma. Según *Partnership for Health Reform (Medir el desempeño del sistema sanitario: manual de indicadores, 1997)*, una reforma es: «un proceso que busca cambios mayores a nivel nacional en las políticas, los programas y las prácticas relacionadas con los fines y prioridades; las leyes y las regulaciones; la estructura organizativa de los servicios sanitarios; y las fuentes, mecanismos y ubicación de recursos en el terreno financiero. Es deliberada, planificada y se entiende que conduce a cambios a largo plazo, permanentes, en lugar de a cambios ad hoc o una respuesta de emergencia. Tiene que ver con buscar soluciones a los grandes problemas en el sistema sanitario e implica a muchos actores e instituciones».

A continuación, el siguiente requisito para poder evaluar un sistema es tener datos basales precisos sobre: a) los arreglos funcionales en que se basa (es decir, cómo están organizadas la financiación, la generación de recursos, la producción de servicios y la tutela); y b) el estado de salud de la población en cuestión. Ni que decir tiene, reunir toda esta información es, en sí, un reto formidable para cualquier país.

Adicionalmente, el análisis de la reforma de un sistema sanitario puede hacerse desde tres perspectivas mutuamente complementarias:

1. Análisis macro: política de reforma del sector.
2. Análisis meso: análisis del desempeño del sistema sanitario.
3. Análisis micro: análisis gestor específico de una institución.

### **a. Análisis macro: política de reforma del sector salud**

En tanto la mayoría de los problemas del sector salud identificados por los encargados de la reforma tienden a ser relativamente «técnicos», diseñar y poner en práctica una reforma del sector salud es un proceso preeminente político, como el trabajo de algunos autores ha demostrado. Según Walt y Gilson (1994), y como antes se señaló en la Parte I, el análisis de la reforma política de un sistema sanitario debe hacerse según un modelo que incluye: el contexto en que se desarrolla la política, su contenido, los actores implicados y el proceso de desarrollar dicha política (véase figura 19).



- Los actores deben ser considerados como individuos y como miembros de su grupo, y cabe clasificarlos en ciudadanos, profesionales, élites políticas y grupos de interés.
- Dentro del contexto debe analizarse la situación macroeconómica, el entorno político y los valores sociales.
- Los principales elementos en el proceso político son la distribución del poder y la autoridad, la operacionalización de la política de reforma y el ritmo de implementación.
- Finalmente, el contenido de la reforma incluye cómo afectan las propuestas de reforma a las funciones del sistema.

Monitorizar y analizar una política de reforma del sistema sanitario exige, además, desarrollar cuidadosamente un conjunto de indicadores para hacer el seguimiento de la evolución de cada dimensión.

Un análisis un poco más sofisticado desde un punto de vista macro considera las relaciones entre el nivel político de la iniciativa, los objetivos planteados y las estrategias desarrolladas para lograrlos. Frenk (1995) sugiere esos vínculos en la siguiente tabla.

Tabla 14. Vínculos entre nivel político, objetivos y estrategias según Frenk

NIVEL POLÍTICO	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<b>Sistemático</b>	Equidad Calidad Eficiencia	Bases para establecer los derechos Mecanismos institucionales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismos de participación</li> <li>• Niveles de gobierno</li> <li>• Mezcla público-privado</li> <li>• Participación social</li> <li>• Participación intersectorial</li> <li>• Generación de recursos</li> </ul>
<b>Programático</b>	Eficiencia asignativa	Establecimiento de prioridades coste-efectividad
<b>Organizativo</b>	Eficiencia técnica y calidad	Diseño organizativo, incentivos Diseño organizativo, valores Productividad, desempeño
<b>Instrumental</b>	Mejora del desempeño	Sistemas de información Investigación científica Innovación tecnológica Desarrollo de los recursos humanos

Fuente: Frenk J. Comprehensive Policy Analysis for Health Systems Reform.

Evaluar una reforma de un sistema sanitario es asimismo (Ovretveit, 2001):

- Describir el «instrumento» de la reforma (por ejemplo, una ley) y el proceso de su puesta en práctica.
- Reunir datos sobre los cambios en el desempeño de los servicios sanitarios y en la salud (datos de resultados u *outcome*).
- Valorar si esos datos son realmente resultado de la reforma (es decir, juzgar en qué grado la reforma causó o influyó los cambios en los indicadores de *outcome*).

## b. Análisis meso: análisis del desempeño del sistema sanitario

Comprender los sistemas sanitarios requiere prestar atención a un conjunto de diversos factores. Cada sistema sanitario es, entre otras cosas:

- Un sistema de relaciones de poder.
- Una esfera de intereses políticos y grupos de presión.
- Un sistema de control social.
- Un espacio para el desarrollo biomédico.
- Un mecanismo de redistribución de recursos.

El modelo de la figura siguiente intenta aclarar el tipo de relaciones que existen en el sistema sanitario; se asume que dentro de un conjunto concreto de valores sociales y la influencia variable de distintos actores, deben ligarse un cierto número de *inputs* mediante procesos que conducen a determinados productos esperados con la afectación de la necesaria función. Habría entonces determinados resultados definibles en términos de salud y otros objetivos a nivel agregado (de la población).

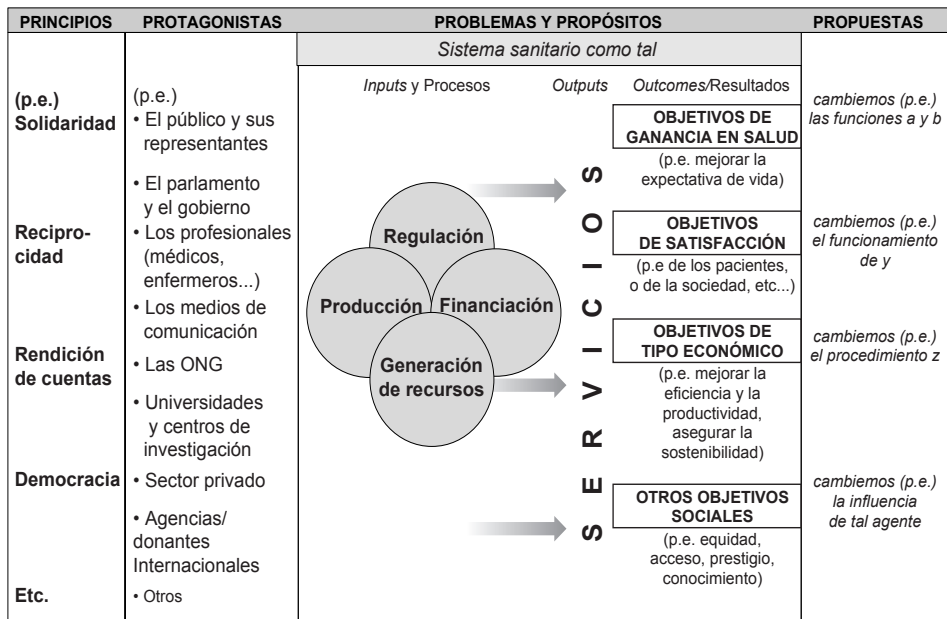


Figura 34. Marco para ligar las políticas, los objetivos y las funciones en una reforma de los servicios sanitarios

Fuente: Durán A, De Manuel E, Oleaga I. No publicado.  
Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

En las secciones I.2.5 y II.1.1 ya se presentó la metodología propuesta por el *Informe Mundial de la Salud 2000* de la OMS para evaluar el desempeño de cada sistema.

Por supuesto, como antes se señaló, los sistemas sanitarios en la vida real son extremadamente complejos y podría decirse sin faltar a la verdad que muchos atributos comentados son más bien simplistas.

Para empezar, hay muchos otros factores en el medio ambiente, la economía y la sociedad que también afectan a la salud de la gente. Hasta ahora, ningún único conjunto de indicadores se ha demostrado capaz de capturar el cuadro entero de los resultados en salud y sus determinantes (están los problemas de atribución de causalidad, los factores mediadores, las relaciones temporales, etc.).

Segundo, hace falta muchísima investigación para vincular unívocamente las funciones con cada resultado concreto, un área más bien escasamente desarrollada en el momento actual.

Existen también problemas de medición. La experiencia midiendo *inputs* y procesos, y hasta cierto punto también *outputs*, es amplia; se requieren indicadores sobre todo cuantitativos y la necesaria información es razonablemente fácil de hallar en la mayoría de los países.

Ahora bien, para evaluar el logro de un sistema sanitario las dificultades objetivas son numerosas y residen, en particular, en la escasez de enfoques cualitativos que midan las variables y los atributos implicados con precisión.

La OMS ha iniciado (como revisión de compañeros —*peer review*—) un estudio científico del desempeño de los sistemas sanitarios. Incluye actualizar la metodología y los indicadores relevantes para valorar la efectividad y la eficiencia, así como nuevas fuentes de datos para el desempeño de los sistemas sanitarios. Está en marcha asimismo un plan multianual de investigación.

Toda persona con responsabilidades en los sistemas necesita recibir formación para poder participar en dicho proceso en cuanto la metodología esté lista para su puesta en práctica, si no durante la actual fase de discusión en sí.

### **c. Análisis micro: análisis gestor específico de una institución**

Finalmente, analizar la *gestión* institucional es otro aspecto muy importante de cualquier análisis del sistema sanitario.

Usando un enfoque y las herramientas tomadas de las escuelas de pensamiento de los negocios, cabe hacer una distinción en las instituciones de prestación de servicios entre: a) *inputs*, por ejemplo, la financiación, el personal, el conocimiento; b) los *procesos*, por ejemplo, la gestión, la coordinación; c) los *outputs* y productos, por ejemplo, los servicios producidos, etc.; y finalmente d) los *outcomes*.

Aplicado a cada institución separadamente, este enfoque generaría un cuadro casi caleidoscópico, cuya recogida, interpretación y digestión sería en sí mismo otro reto.

En el análisis del desempeño de cada institución concreta incluida en el sistema asistencial, el progreso puede medirse en esencia en términos de mejora de la efectividad y la eficiencia.

Existen varias perspectivas en el seguimiento de cada una de esas dimensiones (Kaplan y Norton, 1996):

- La perspectiva del cliente
- La perspectiva de la financiación
- La perspectiva de los recursos humanos
- La perspectiva de los procesos internos

Para cada una de esas dimensiones y perspectivas es posible definir indicadores adecuados, compatibles con las estrategias y objetivos establecidos por cada organización a la luz de su misión.

#### **d. Conclusión**

Quizá resulte paradójico acabar un libro como éste reconociendo que después de todo, seguimos sabiendo poco sobre la conducta de los sistemas sanitarios.

Pese a la cantidad sustancial de literatura producida cada año, las comparaciones entre sus *inputs* y procesos por un lado y sus resultados por la otra, permite pocas generalizaciones. Muy frecuentemente, la literatura sobre el sistema sanitario está llena de conclusiones ideologizadas y formulaciones políticas. La conclusión más sensata es que necesitamos investigar mucho más.

La intención de este documento, como se ha señalado repetidamente, es ayudar al lector a beneficiarse de la investigación en marcha. Información adicional puede consultarse en las publicaciones enumeradas a continuación como referencias.

## Referencias bibliográficas Parte II

---

La sección sobre funciones de los sistemas sanitarios ha sido elaborada en gran parte sobre la base de dos publicaciones de la OMS, así como documentación interna de Técnicas de Salud:

- Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas sanitarios: Mejorar el Desempeño*. Ginebra; 2000.
- Frenk J, Murray CL. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*; 2000; 78 (6): 717-731.

Otros documentos también consultados son los siguientes:

ANELL A, BARNUM H *The allocation of capital and health sector reform*. In: Saltman et al. *Critical challenges for health sector reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.

CHAWLA M et al. Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures. *Health Economics*, 1998; 7: 4.

CLEAVES P. Implementation amidst scarcity and apathy political power and policy design. En: Grindle M, eds. *Politician policy implementation in the Third World*. Princeton NJ: Princeton University Press, 1980.

DURAN A, SHEIMAN I, SCHNEIDER M. Forthcoming, Contracts In The Health Sector. En: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (eds.). *Effective Purchasing For Health Gain*. Buckingham: Open University Press, 2002.

ENSOR T, DURAN A. Fraud and corruption as challenges to effective regulation in the health sector. En: *Regulating entrepreneurial behaviour*. Buckingham: Open University Press and European Observatory on Health Care Systems, 2002.

ENSOR T, THOMPSON R. Health Insurance as a catalyst to Change in Former Communist Countries. *Health Policy*, 1998; 43 (3): 203-218.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 1999.

*Health Care Systems in Transition, Croatia*

*Health Care Systems in Transition, Hungary*

*Health Care Systems in Transition, Poland*

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 2000.

*Health Care Systems in Transition, Czech Republic*

*Health Care Systems in Transition, Estonia*

*Health Care Systems in Transition, Lithuania*

*Health Care Systems in Transition, Slovakia*

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 2001.

*Health Care Systems in Transition, Latvia.*

*Health Care Systems in Transition, Russian Federation*

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Regulating the private sector. *Policy Brief*. Forthcoming, 2002.

FIELD MG. *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1957.

FRENK J. Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform. *Health Policy*, 1995; 32: 257-277.

FRENK J, MURRAY JL. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; 78 (6): 717-731.

GERDTHAM UG, JONNISON B. International comparisons of health expenditure theory, data and econometric analysis. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North Holland, 2000.

HSIAO WC. Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn From One Another. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992; 17 (4): 613-636.

KAPLAN R, NORTON D. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 1996.

KUTZIN J, IBRAIMOVA A, KADYROVA N, ISABEKOVA G, SAMYSHKIN Y, KATAGANOVA L. *Innovations in Resource Allocation, Pooling and Purchasing in the Kyrgyz Health Care System*, Kyrgyzstan RAP Case Study, Mimeo, 2001.

LANGENBRUNNER J, WILEY M. Paying Hospitals in Eastern Europe and the Former Soviet Union. En: MCKEE M, HEALY J (eds.). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press and European Observatory on Health Care Systems, 2001: 258.

MCMENAMIN I, TIMONEN V. Poland's Health Reform: Politics, Markets & Informal Payments. *Journal of Social Policy*, 2002; January.

MURRAY CJL, FRENK J. A WHO framework for health system performance assesment. *GPE Discussion Paper n° 6*. Geneva: WHO, 1999.

OCDE. *Health Data 1996*. Paris: OCDE, 1996.

OMS EURO. *Informe Europeo de la Salud*. Copenhague: OMS, 2002.

OVRETVEIT J. *Purchasing for health*. Buckingham: Open University Press, 1995.

OVRETVEIT J. *How to evaluate a health care reform*. Goteborg: The Nordisk School of P. H., 2001.

OSBORN D, GAEBLER T. *Reinventing government*. Reading, MA, Addison Wesley, 1993.

PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM. *Measuring Results of Health Sector Reform: A Handbook of Indicators*, 1997.

PREKER AS, FEACHEM RGA. *Health and Health Care*. En: BARR N (ed.) *Labour markets and Social Policy in Central and Eastern Europ*. Oxford: WB/LSEPS, Oxford University Press, 1994: 298.

PREKER AS, JAKAB M, SCHNEIDER M. Health Financing Reforms in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union. En: FIGUERAS J, MCKEE M, MOSSIALOS E, SALTMAN R (eds.). *Funding Health Care Options for Europe*. Geneva: European Observatory Series; 2001.

REICH MR, COOPER D. *Policy Maker*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University, 1996.

- SALTMAN R, FIGUERAS J (eds.). *European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO, 1996.
- SAVAS S, SHEIMAN I, et al. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998: 159.
- SCHIEBER GJ. *Conference on Health Sector Reform in Developing Countries*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health International, 1993.
- SCHIEBER G, POULLIER JP, GREENWALD L. US Health Expenditure Performance: International Comparison and Data Update. *Health Care Financing Review*, 1992.
- SCHIEBER G, POULLIER JP, GREENWALD L. Health Spending, Delivery and Outcomes in OECD Countries. *Health Affairs*, 1993.
- SCHNEIDER M, CERNIAUSKAS G, MURAUSKIENE L. Health Systems of Central and Eastern Europe. *BASYS*, 2000.
- SHEIMAN I. Forming the system of health insurance in the Russian Federation. *Soc Sci Med* 1994; 10: 1425-1432.
- UNDP. *Human Development Report for CEE and CIS*. New York: Oxford University Press, 1999.
- WALT G. *Health Policy: an Introduction to Process and Power*. London: Zed Books, 1994: 12-35.
- WALT G, GILSON L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 1994; 9 (4): 353-370.
- WILDAVSKY. *Speaking Truth to Power: the Art and Craft of Policy Analysis*, 1979.
- WORLD BANK. *Financing health care: issues and options for China*. China 2020 Series. World Bank: Washington, DC., 1997 (As referred to in Yip W, Eggleston K, p.326).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *European Regional Consultation on Health System Performance Assessment*. Copenhagen: WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Health for All Data Base*, Copenhagen: WHO, 1989, 1995, 1998, 2001, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Health Care Reforms in Europe. Proceedings of the First Meeting of the Working Party on Health Car Reforms in Europe*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 1999*. Geneva: WHO, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 2000*. Geneva: WHO, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Draft Policy and Strategy Document for Health System Reform in Albania*. Copenhagen; WHO, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *European Health Report*. Copenhagen (en prensa): WHO, 2002.
- YIP W, EGGLESTON K. Provider payment systems in China: The case of hospital reimbursement in Hainan Province. *Health Economics*, 2001; 10 (4)June.

## LISTADO DE SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS

AE	Atención especializada
AH	Atención hospitalaria
APS	Atención primaria de salud
ARY	Antigua República Yugoslava (de Macedonia)
AVC	Accidente Vascular Cerebral
AVAC	Años de vida ajustado por calidad
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
BM	Banco Mundial
DALE	<i>Disability adjusted life expectancy</i>
DALY	<i>Disability adjusted life years</i>
EE UU	Estados Unidos
EEB	Encefalopatía espongiforme bovina
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EVAD	Expectativa de vida ajustada por discapacidad
EVAS	Expectativa de vida ajustada por niveles de salud
EVN	Expectativa de vida al nacer
FIS	Clasificación Internacional de Funcionamiento, Incapacidad y Salud (antigua CIDSEI-2)
FSS	Fondos de seguros sanitarios
GATT	<i>General Agreement on Tariffs and Trade</i> (Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio)
GDR	Grupos de diagnóstico relacionados
GP	<i>General practitioner</i>
HALE	<i>Health-adjusted life expectancy</i>
HIT	<i>Health care systems in transition</i>
HHV	Virus del herpes humano



HLTV	Virus humano T-linfotrópico
HRFS	<i>Hemorrhagic fever with renal syndrome</i>
HSPA	<i>Health system performance assessment</i>
NEI	Nuevos Estados Independientes (parte de la antigua URSS)
NHS	<i>National Health System</i>
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PCEE	Países de Europa Central y del Este
PIB	Producto interior bruto
PPA	Paridad de poder adquisitivo
QUALY	<i>Quality adjusted life years</i>
RCT	<i>Randomized controlled trails</i>
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SPT	Salud para Todos
TAC	Tomografía axial computerizada
TBC	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia)
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WHO	<i>World Health Organization</i>

## ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS

### Cuadros

<i>Cuadro 1.</i> Promoción de la salud según la Carta de Ottawa.....	24
<i>Cuadro 2.</i> Principales rasgos del modelo Semashko.....	103
<i>Cuadro 3.</i> Principales rasgos del modelo Beveridge.....	104
<i>Cuadro 4.</i> Principales rasgos del modelo Bismarck.....	105
<i>Cuadro 5.</i> Principales rasgos del modelo tipo liberal.....	106
<i>Cuadro 6.</i> Factores que influyen sobre la aplicación de una reforma.....	123

### Figuras

<i>Figura 1.</i> Relación simplista de retroalimentación entre enfermedad y asistencia sanitaria.....	12
<i>Figura 2.</i> Lalonde: cuatro determinantes de la salud.....	17
<i>Figura 3.</i> Relaciones entre los cuatro determinantes de Lalonde.....	18
<i>Figura 4.</i> Metas de <i>Salud para Todos</i> de la OMS de 1982.....	23
<i>Figura 5.</i> Autopistas de la información sanitaria.....	28
<i>Figura 6.</i> Factores determinantes de la salud.....	29
<i>Figura 7.</i> Relaciones entre desarrollo económico y salud.....	29
<i>Figura 8.</i> Inversión productiva en salud: un círculo virtuoso.....	33
<i>Figura 9.</i> Gasto no productivo en salud: un círculo vicioso.....	34
<i>Figura 10.</i> <i>Salud para Todos</i> como paradigma.....	35
<i>Figura 11.</i> Representación diagramática de las dificultades para monitorizar la conducta de los sistemas sanitarios.....	43
<i>Figura 12.</i> Los resultados esperados y el desempeño del sistema. El eslabón encontrado.....	45
<i>Figura 13.</i> La salud como <i>input</i> para el desarrollo económico.....	47
<i>Figura 14.</i> Diferencias entre salud, servicios y recursos necesarios.....	50
<i>Figura 15.</i> Contenido de una política de reforma sanitaria.....	52
<i>Figura 16.</i> El continuo de puntos de vista sociales.....	54

<i>Figura 17.</i> Instrumentos de política pública: crear opciones.....	55
<i>Figura 18.</i> Marco para el análisis de las políticas .....	56
<i>Figura 19.</i> Resumen del marco teórico completo .....	57
<i>Figura 20.</i> Diferencias y confusiones conceptuales .....	65
<i>Figura 21.</i> Resultados potenciales a través del sistema sanitario.....	66
<i>Figura 22.</i> Funciones de los sistemas sanitarios.....	67
<i>Figura 23.</i> La solidaridad en la financiación sanitaria .....	69
<i>Figura 24.</i> Financiación: puesta en común de los riesgos y patrones de cobertura .....	71
<i>Figura 25.</i> Inputs del sistema sanitario: de los recursos financieros a las intervenciones sanitarias .....	74
<i>Figura 26.</i> Relaciones incentivos y formas organizativas .....	82
<i>Figura 27.</i> Posibles dimensiones de la función de tutela .....	86
<i>Figura 28.</i> Servicios sanitarios como interacción entre demanda y oferta .....	101
<i>Figura 29.</i> Modelos tradicionales de sistemas sanitarios.....	102
<i>Figura 30.</i> Representación diagramática del modelo Semashko de sistema sanitario .....	103
<i>Figura 31.</i> Representación diagramática del modelo Beveridge de sistema sanitario.....	104
<i>Figura 32.</i> Representación diagramática del modelo Bismarck de sistema sanitario .....	105
<i>Figura 33.</i> Financiación sanitaria en EE UU. Modelo tradicional de pago por acto .....	106
<i>Figura 34.</i> Marco para ligar las políticas, los objetivos y las funciones en una reforma de los servicios sanitarios .....	127

## Gráficos

<i>Gráfico 1.</i> Tuberculosis respiratoria. Mortalidad anual media: Inglaterra y Gales .....	14
<i>Gráfico 2.</i> Mortalidad anual media (varones): Inglaterra y Gales, 1850-1970.....	15
<i>Gráfico 3. a)</i> Mortalidad por causas en EE UU, 1900 .....	15
<i>Gráfico 3. b)</i> Mortalidad por causas en EE UU, 1982.....	16
<i>Gráfico 4.</i> Distribución por edad de las muertes en Chile, mujeres, cohortes de 1909 y 1999.....	16
<i>Gráfico 5.</i> Otros factores cruciales para conseguir una población saludable según Lalonde.....	18

<i>Gráfico 6.</i> Estructura de la población por edad y sexo 1995, 2015 y 2050.....	26
<i>Gráfico 7.</i> Porcentaje de población nacida en el extranjero. Algunos países.....	27
<i>Gráfico 8.</i> Mejores resultados en salud a niveles de ingresos similares .....	35
<i>Gráfico 9.</i> Mezcla de <i>inputs</i> en los sistemas sanitarios: comparación de cuatro países de ingresos altos, en torno a 1997.....	77
<i>Gráfico 10.</i> Mezcla de <i>inputs</i> en los sistemas sanitarios: comparación de cuatro países de ingresos medios, en torno a 1997.....	78
<i>Gráfico 11.</i> Contactos anuales con el médico de consulta externa por persona. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible .....	96
<i>Gráfico 12.</i> Gasto sanitario total en salud como porcentaje del PIB. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible.....	98
<i>Gráfico 13.</i> Gasto sanitario público como porcentaje del total en la Región Europa de la OMS, 2000 .....	99
<i>Gráfico 14.</i> Gasto sanitario per cápita en dólares EE UU a paridad de poder adquisitivo en Europa, 2002 .....	100

## Tablas

<i>Tabla 1.</i> Diferencia entre la asistencia tradicional y el enfoque de salud poblacional .....	21
<i>Tabla 2.</i> Nuevas enfermedades infecciosas. Ejemplos de agentes etiológicos y enfermedades infecciosas en humanos y/o animales desde 1973.....	27
<i>Tabla 3.</i> Gasto sanitario como porcentaje del PIB: 1972-2000 según la OCDE.....	28
<i>Tabla 4.</i> Expectativa de vida y tasas de mortalidad por país, según grado de desarrollo, 1995-2000.....	38
<i>Tabla 5.</i> Vías para mejorar la expectativa de vida .....	39
<i>Tabla 6.</i> Mecanismos de pago a proveedores y conducta de éstos .....	73
<i>Tabla 7.</i> Evolución del gasto per cápita y de su fracción pública en los países de la OCDE, 1960-2000.....	94
<i>Tabla 8.</i> Gasto público como porcentaje del gasto sanitario. OCDE 1960-2000.....	95
<i>Tabla 9.</i> Utilización de los ingresos y desempeño de los hospitales de agudos en Europa Occidental. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible.....	97

Tabla 10. Utilización de los ingresos y desempeño de los hospitales de agudos en PCEE. OMS Región Europea, 1999 o último año disponible .....	97
<i>Tabla 11.</i> Utilización de los ingresos y desempeño de los hospitales de agudos en la antigua URSS, 1999 o último año disponible .....	98
<i>Tabla 12.</i> Expectativa de vida al nacer, expectativa de vida a los 60 años y mortalidad infantil en países de la OCDE.....	100
<i>Tabla 13.</i> Gasto farmacéutico en Europa y antigua URSS.....	119
<i>Tabla 14.</i> Vínculos entre nivel político, objetivos y estrategias según Frenk.....	126

## MAPA POLÍTICO DE EUROPA Y ASIA CENTRAL

