

2.1 Sistemas de salud: evaluación y comparación internacional



Si el curar y cuidar son muy similares en todos los países, ¿qué explica y en qué consiste la gran diversidad y diferencias de sistemas de salud?

“The essence of a satisfactory health service is that the rich and the poor are treated alike, that poverty is not a disability, and wealth is not advantaged.”
Aneurin Bevan, In place of fear. London, Heinemann, 1952.

Autor: José-Manuel Freire Campo

Jefe de Departamento de Salud Internacional

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Freire Campo J M. Sistemas de salud: evaluación y comparación internacional [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 2.1. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
 by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
 is licensed under a Creative Commons
 Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
 3.0 Unported License.



Resumen:

En este Tema se profundiza en los sistemas de salud concatenando una visión global de cuatro perspectivas distintas pero muy relacionadas: (1) identificar las características principales que dan al sector salud su especificidad única y hacen del mismo el más complejo de los sectores de las sociedades modernas; al identificar sus rasgos más específicos esta perspectiva es un punto de partida esencial para profundizar en el conocimiento de los sistemas de salud; (2) explorar, en el marco conceptual de los determinantes de salud, la contribución relativa de los sistemas sanitarios a la mejora de la salud de la población y el porqué de su importancia; (3) estudiar el interés y los retos conceptuales

y metodológicos que presenta la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de un país, tanto en sus objetivos finales

1. INTRODUCCIÓN

2. CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE LOS SISTEMAS SANITARIOS⁴

3. POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS SISTEMAS SANITARIOS PARA LA SALUD

4. RETOS DE EVALUAR LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAÍSES

4.1. Dificultades y retos de la evaluación de los sistemas sanitarios en su conjunto

4.2. Un intento importante no del todo afortunado de evaluación del desempeño de los sistemas de salud: el Informe de la OMS de 2000

4.3. La evaluación de los sistemas de salud por la OCDE

4.4. Ejemplos de países que evalúan sus sistemas sanitarios: Holanda, Suecia, Canadá, USA y R. Unido.

4.5. Otras evaluaciones de interés de (o relacionadas con) los sistemas de salud

5. LA COMPARACIÓN INTERNACIONAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

5.1. Nota de cautela sobre las comparaciones internacionales

5.2. Aproximaciones y utilidad de las comparaciones internacionales de los sistemas sanitarios

5.3. Problemas y riesgos

5.4. Fuentes y recursos de interés para las comparaciones internacionales de sistemas sanitarios

Conclusiones

(salud, equidad) como en sus objetivos intermedios (eficiencia, efectividad, universalidad, etc.); (4) ofrecer una visión general de los desafíos e importancia que ofrece la comparación internacional de sistemas de salud, que en un mundo global y al igual que en otros ámbitos, tienen una importancia creciente en política sanitaria. En cada uno de estos apartados se ofrecen referencias a otros Temas, así como a recursos, enlaces y fuentes de ejemplos concretos de interés, especialmente en evaluación de sistemas de salud y su comparación internacional, con el objetivo de servir para profundizar en las ideas y materiales presentados en este texto.

Introducción

La salud individual y colectiva depende de múltiples factores, í n t i m a m e n t e relacionados entre sí por una compleja trama de causalidad; estos factores comprenden desde la herencia biológica a los servicios

Una primera pregunta importante para la política sanitaria es **estimar la contribución relativa a la salud de cada determinante**, pues ello da indicaciones para orientar las políticas públicas.

Estudio de los sistemas sanitarios está íntimamente ligado a la comparación internacional

sanitarios, pasando por el medio físico, el nivel educativo, entorno social, y muchísimos otros. El informe del ministro canadiense Lalonde en 1975 [1] supuso un importante avance conceptual al agruparlos en cuatro grandes bloques de determinantes de la salud: (1) biología humana, (2) entorno, socioeconómico y físico, (3) hábitos de vida y (4) sistema sanitario. Una primera pregunta de gran interés para la política sanitaria es **estimar la contribución relativa a la salud de cada determinante**, pues ello da indicaciones para orientar las políticas públicas. Buscar respuestas a esta pregunta es un ejercicio lleno de dificultades conceptuales y metodológicas, a pesar de lo cual es posible obtener conclusiones razonablemente sólidas para orientar las decisiones sociales.

En segundo lugar tiene también un gran interés **examinar el impacto real que en la salud colectiva tienen los servicios sanitarios**; ello implica aproximarnos al análisis y evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios. La complejidad y límites borrosos del concepto 'sistema de salud' garantizan la gran dificultad intelectual en este ejercicio que sin embargo es imprescindible para conocer en qué medida el sistema de salud de un país logra tanto sus objetivos finales de salud y equidad, como objetivos intermedios de importancia crítica (eficiencia, efectividad, calidad, etc.) Tiene un gran interés **examinar el impacto real que en la salud colectiva tienen los servicios sanitarios**, así como para saber qué combinación de elementos en la financiación, organización, gestión, gobierno, incentivos, etc., da lugar a mejores resultados.

En tercer lugar, estudio de los sistemas sanitarios está íntimamente ligado a la **comparación internacional**. La enorme complejidad de estos sistemas e instituciones, imbricados en procesos históricos y contextos peculiares, lleva a que el análisis de su estructura, y de las políticas que se desarrollan, precise de

1 Lalonde M. *New perspectives for the Health of Canadians*. Ottawa, 1975. Sobre los determinantes y el contexto del este Informe es interesante el trabajo de Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. *Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba*. Rev. Cub. Salud Pública 2007; 33(2).

La agrupación de factores que influyen en salud en estos grandes grupos además de ayudar a comprender la complejidad de todo lo que condiciona la salud, ofrece un esquema útil para formular políticas de salud. McGinnis aplicó el modelo Gestión Por Objetivos (GPO) a la política de salud, utilizando los determinantes; sus trabajos han sido la base metodológica utilizada por el Departamento de Salud de los EEUU en "*Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation*" (1980) una política que ha tenido continuidad hasta nuestros días con "*Healthy People 2020*". <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>

un enfoque hacia los sistemas como “experimentos naturales”; pero la comparación debe salvar grandes obstáculos para garantizar una validez. En un mundo global las **comparaciones internacionales** de los sistemas de salud tienen una importancia cada vez mayor; de un lado como referente de evaluación pero también como fuente de aprendizaje mutuo entre los sistemas sanitarios. Además, el peso creciente en las políticas y debates nacionales de las comparaciones internacionales en sanidad, hacen muy necesario inmunizarnos contra lo que el economista canadiense RG Evans llama “contrabando de ideas” que se produce cuando en el debate técnico y político doméstico, se enarbolan como argumentos dialécticos definitivos algunas características aisladas de otros sistemas sanitarios. Dotarse de anticuerpos intelectuales frente a este tipo de argumentaciones es razón más que suficiente para dedicar una sección de este Tema a reflexionar sobre la comparación internacional de sistemas sanitarios.

Por todo ello, **este Tema pretende** contribuir al conocimiento de los sistemas de salud ofreciendo algunas claves importantes de su cartografía desde cuatro perspectivas diferentes pero muy interrelacionadas: (1) revisando algunas de las características que determinan su especificidad y complejidad, (2) explorando el impacto relativo en la salud de los sistemas sanitarios respecto a los otros determinantes de la salud, (3) conociendo algunos aspectos básicos de la evaluación global del desempeño (*performance*) de los sistemas de salud, y (3) estudiando los retos, objetivos, utilidad y fuentes principales de comparaciones internacionales de sistemas sanitarios.

2. Características importantes de los sistemas sanitarios

La salud es el sector más complejo de las sociedades modernas. Por ello, antes de abordar el papel de los sistemas sanitarios como determinante de la salud, su evaluación y comparación, es conveniente detenernos brevemente en señalar algunos de los **elementos que contribuyen a la especificidad y complejidad de los servicios sanitarios**, que es el núcleo y componente más importante de los sistemas de salud. La importancia de conocerlos es que en estos elementos distintivos se encuentra

El peso creciente en las políticas y debates nacionales de las comparaciones internacionales en sanidad, hacen muy necesario inmunizarnos contra lo que el economista canadiense RG Evans llama “contrabando de ideas”

La salud es el sector más complejo de las sociedades modernas.

Los servicios sanitarios significan vida o muerte, salud o enfermedad por lo que son bienes de primera necesidad. Su dimensión ética está ligada a los valores sociales, políticos y religiosos profundamente enraizados, que responden a distintas visiones del mundo, culturas, ideologías.

la raíz de muchos de las claves y dificultades para comprender, diseñar, gestionar y reformar los servicios sanitarios.

En primer lugar hay que destacar que la **salud** es un bien esencial para la vida y el bienestar individual y colectivo, y que los servicios sanitarios modernos salvan vidas y previenen discapacidades. Son servicios literalmente vitales: significan vida o muerte, salud o enfermedad, por lo que son bienes de primera necesidad, cuya **dimensión ética está ligada a los valores sociales, políticos y religiosos profundamente enraizados**, que responden a distintas visiones del mundo, culturas, ideologías. La trascendencia de todo ello para el debate político, social y sanitario es evidente. Ejemplos de ello son, entre otros: el derecho a la salud (un derecho humano esencial, que algunos niegan o relativizan), el papel de la equidad y justicia social en las políticas de protección social, los dilemas éticos del comienzo (aborto) y final de la vida (eutanasia), la actitud ante la sexualidad que enfrenta a líderes religiosos con las autoridades sanitarias (prevención del SIDA), etc.

En segundo lugar, como veremos más adelante, aunque la sanidad moderna tiene una contribución imprescindible a la salud y calidad de vida, sus determinantes más importantes están fuera del sistema sanitario: en las condiciones socioeconómicas, el desarrollo humano de una sociedad, y el nivel y distribución de riqueza y poder en cada sociedad. Esta paradoja alimenta el debate de las políticas de salud y la tensión en la asignación de recursos entre los servicios sanitarios y otras políticas públicas.

Una tercera característica del sector salud se deriva de su gran **peso económico** en las sociedades modernas, tanto por volumen de recursos como por su contribución al empleo. La Error: No se encuentra la fuente de referencia muestra el porcentaje del gasto sanitario total (GST) en porcentaje del PIB en algunos países, siendo 11,1% la media de la [OCDE](#). De este importantísimo volumen

Tabla 1

Gasto Sanitario Total y Público, 2010*		
	GST % PIB	Gasto Púb. % GST
Canada	11,4	71,1
France	11,6	77,0
Germany	11,6	76,8
Italy	9,3	79,6
Japan	9,5	80,5
Spain	9,6	73,6
Sweden	9,6	81,0
UK	9,6	83,2
USA	17,6	48,2

(*) Or nearest year
Source: OECD Health Data 2012

de recursos el porcentaje medio de **gasto público** es del 72,2% (del 77,9% en los países de la Tabla 1, excluido USA). El peso del gasto sanitario en el gasto público da a la sanidad una gran relevancia en la macroeconomía [2] y moviliza la intervención en la política sanitaria de poderosos actores políticos y económicos (Banco Mundial, FMI, BCE, seguros, industria farmacéutica y de equipamiento, partidos políticos, sindicatos y profesiones sanitarias, etc.); igualmente afecta a fuertes intereses económicos, vinculados a los profesionales sanitarios, a la política y a las relaciones laborales. El gasto sanitario tiene por ello un gran peso en la agenda política y económica por su volumen, su gran impacto social y redistributivo, por la gran sensibilidad social hacia la salud y, no en último lugar, por las consecuencias que para los distintos intereses en presencia tienen las diferentes opciones sobre su financiación y distribución.

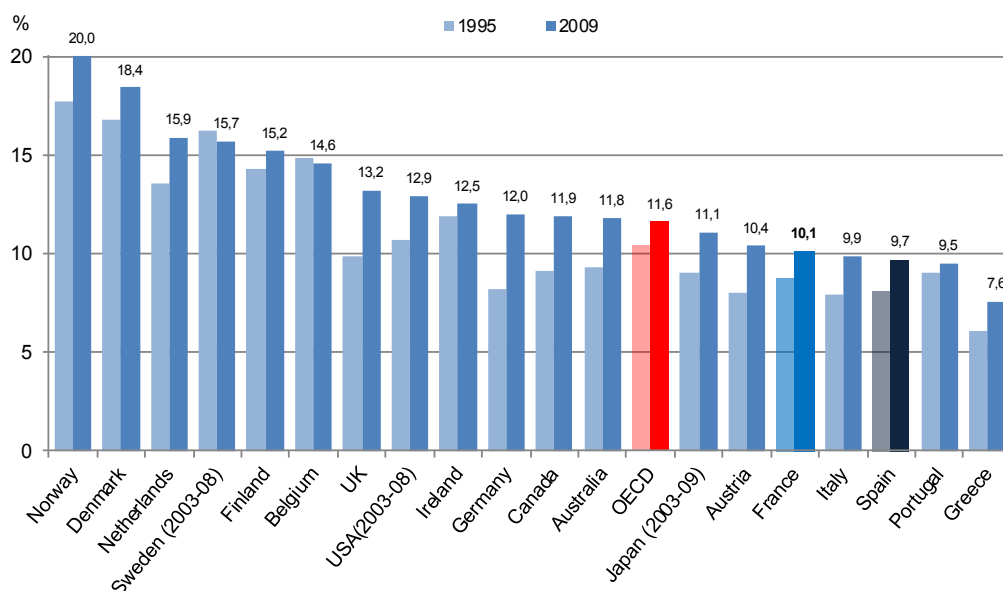
Otro aspecto de la relevancia económica de la sanidad es su **contribución al empleo total** como muestra la **Figura 1** representa de media en los países de la OCDE el 11,5% del empleo total, más del 15% en los países nórdicos, aunque solo un 9,7% en España. Entre 1995 y 2009, el empleo en este sector ha crecido de media un 2,8% en los países de la OCDE, el doble que el empleo total. El [Bureau of Labor Statistics](#) de los EEUU estima que la sanidad y asistencia social crearán un 28% de los nuevos empleos de la economía, estimando un 33% de crecimiento de este sector [3].

2 WHO. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health Chaired by Jeffrey D. Sachs [Internet]. Geneva: WHO; 2001 Dec p. 210. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>. Hsiao WC, Heller PS. "What Macro Economists Should Know About Health Care Policy," IMF, 2007. Fuchs VR. *The Contribution of Health Services to the American Economy*. NBER. UMI; 1972 [out of print, internet].

3 La sanidad, al ser intensiva en recursos humanos, tiene una gran contribución al empleo de calidad, no deslocalizable; una consideración del máximo interés en España, país con un serio problema crónico de empleo.

Figura 1

Empleo en salud y servicios sociales, % empleo civil total, 1995 y 2009 (o más cercano)



Source: OECD Annual Labour Force Statistics, en Health at a Glance 2011

cuarto elemento muy característico de la sanidad es su **componente recursos humanos**, por la gran cantidad de personas que en ella trabajan, por la gran diversidad interna de este colectivo y, de un modo especial, por la **naturaleza profesional** [4] de su actividad, elemento este que constituye quizá su **componente más específico y diferencial respecto a otros sectores**, determinante para su organización y gestión. La sanidad es básicamente un sector articulado por profesiones, todas ellas con personalidad acusada. Estos tres elementos (gran número, diversidad y naturaleza profesional), determinan **relaciones contractuales y laborales** de gran complejidad, tanto si son de tipo mercantil-profesional, como de vinculación laboral por empleo, privado o público, añadiendo éste último elementos adicionales de complejidad. Además, la concentración de personal en grandes hospitales, con miles de trabajadores, plantea los problemas propios de los grandes centros de trabajo, agudizados por confluir en ellos la relación laboral de empleo con la naturaleza profesional de la medicina.

4 El texto clásico sobre la medicina como profesión es el de Eliot Freidson. Freidson E. *Professional dominance. The social structure of medical care*. Chicago: Aldine Publishing Comp, 1970. Traducción española: Freidson, Eliot. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Península. 1978. 373 p. Una buena actualización de este tema es la monografía: Oriol-Bosch A, Pardell Alentà H. *La Profesión Médica: los Retos del Milenio* [Internet]. Barcelona; 2004. Report No.: Monografías Humanitas 7.

Un quinto elemento característico del sector salud es el **carácter profesional de la medicina** y las actividades clínicas, con su componente de ciencia, arte y actividad económica. Los servicios sanitarios son un **prototipo de organizaciones profesionales**, caracterizadas entre otros rasgos, porque en ellas el profesional tiene un amplio margen de autonomía, siendo de hecho el decisor fundamental. La multitud de decisiones médicas individuales son las que en última instancia determinan la calidad y eficiencia del conjunto del sistema sanitario, de ahí la importancia de un alto estándar de calidad en la práctica clínica. Ésta es el resultado de una intrincada interacción de los conocimientos científicos, normas, valores y culturas profesionales, incentivos, intereses, hábitos, etc.; por ello no es susceptible de ser gestionada desde una jerarquía organizativa externa, como en otras industrias. Responde mejor sin embargo a la gestión clínica colegiada, basada en la autoridad profesional que da el conocimiento, especialmente en contextos impregnados de los valores del profesionalismo-profesionalidad [5]. La relación de agente doble del médico, por un lado del paciente como profesional, y por otro de la institución como empleado de la misma, supone conflictos y dilemas, que dificultan adicionalmente alinear la práctica médica individual y colectiva, con la misión y valores del sistema sanitario. Sin embargo ello constituye un objetivo primordial.

Una sexta característica central de los servicios sanitarios modernos es el gran impacto que en ellos tienen los **avances de la investigación biomédica y las nuevas tecnologías**, de los que son a la vez clientes-usuarios y promotores a través de su actividad investigadora. Esta dinámica de avances continuos en la tecnología médica de diagnóstico y de tratamiento es quizá el impulsor más importante del aumento del gasto sanitario; un [informe de la CBO](#) (Oficina Presupuestaria del Congreso) de los EEUU de 2008 incluía estudios que estimaban en 38-65% la contribución de la tecnología al crecimiento del gasto sanitario, que solo en contadas ocasiones puede dar lugar a ahorros. Esta tensión al alza del coste plantea difíciles dilemas económicos, organizativos y éticos a los sistemas sanitarios y en la práctica clínica. Por ello, unas de la respuesta más interesantes

5 Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell Alentà H. *Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. Med Clin (Barc). 2006 Sep 9;127(9):337-42. De interés: A Report from the Scottish Medical and Scientific Advisory Committee. *Promoting Professionalism and Excellence in Scottish Medicine*. [Internet]. Edinburgh: Scottish Government; 2009. Igualmente de gran interés: *The Institute on Medicine as a Profession*.

de los países punteros ha sido poner en marcha **agencias de evaluación** [6] que evalúan la efectividad y el coste de las nuevas tecnologías (y también de las existentes). El papel del conocimiento en la práctica médica, y la necesidad de basar ésta en la mejor evidencia científica de efectividad, eficiencia, calidad y adecuación es uno de los temas de más calado de la medicina y la política sanitaria actual.

En séptimo lugar, es importante resaltar que los sistemas de salud de los países desarrollados están **basados en dos valores sociales básicos: equidad y solidaridad** [7]. La equidad, a su vez está estrechamente relacionada con la justicia social y con los derechos cívicos y humanos. La equidad en salud implica evitar desigualdades sociales injustas en los indicadores de salud, en el acceso, utilización y resultados de los servicios, en la contribución financiera a los mismos y en la satisfacción de necesidades, demandas y expectativas en relación a la salud. La solidaridad por su parte, ha sido históricamente el valor sobre el que se han construido los sistemas de protección social de los países desarrollados. La solidaridad promueve cohesión social y justicia social al hacer que las contribuciones a la salud estén basadas en la capacidad de pago y no en la necesidad. La OMS y las políticas de salud de casi todos los países hacen de la equidad un objetivo central de los sistemas de salud, incluso el Banco Mundial la ha reconocido como una condición para el desarrollo. El grado de vigencia de estos valores en los distintos países tiene un importante valor explicativo sobre la naturaleza y características de sus sistemas sanitarios.

Por último en nuestra lista, los servicios sanitarios tienen **características que los excluyen de los bienes que el mercado puede proveer** tanto por razones de eficiencia como de equidad. Este aspecto de los servicios sanitarios es tratado en el Tema 1.1 por lo que aquí simplemente lo apuntamos por

6 Es de gran interés un paseo detallado por las paginas de estas agencias de evaluación: [National Institute for Health and Clinical Excellence \(NICE\)](#), del NHS-Inglaterra; el [Swedish Council on Health Technology Assessment \(SBU\)](#), de Suecia; la [Agency for Healthcare Research and Quality \(AHCRO\)](#) de USA; el Instituto Alemán de Calidad y Eficiencia de los Servicios Sanitarios ([IQWiG](#)); [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health \(CADTH\)](#). Para una revisión reciente del tema en España, ver: Oriol de Solà-Morales. [La evaluación de tecnologías sanitarias en España](#). Fundación ALTERNATIVAS. Doc. de trabajo 171/2011

7 Judt T. *Ill fares the land: a treatise on our present discontents*. London (UK): Penguin Books; 2010. Traduc. Española: Judt T, *Algo va mal*. Madrid: Taurus; 2010. Tony Judt ha realizado una excelente revisión de las circunstancias y de los valores que posibilitaron los servicios públicos en la Europa occidental de la postguerra en este libro:

su relevancia [8]. De hecho ningún país desarrollado -tampoco los EEUU- deja en manos del mercado los aspectos claves de los servicios sanitarios.

En resumen: hemos considerado ocho características de los servicios sanitarios que determinan en gran medida su especificidad y complejidad: (1) lo que es y significa la salud, (2) la paradoja de que los determinantes principales de la salud estén fuera de sector salud, (3) el gran peso en la economía de este sector, incluida su contribución al empleo, (4) sus recursos humanos (cantidad, diversidad, relaciones contractuales), (5) la naturaleza profesional de la actividad clínica, (6) el impacto de la tecnología y los avances científico-médicos, (7) los valores sociales a los que responden los servicios sanitarios, y (8) su no encaje en el mercado como otros bienes y servicios.

3. Por qué son importantes los sistemas sanitarios para la salud

Hemos visto que los sistemas sanitarios son uno de los cuatro determinantes de la salud, individual y colectiva, junto con la biología humana, el ambiente socio-económico y físico, y los estilos de vida. Los innumerables factores agrupados en estos cuatro grandes bloques interaccionan entre si dinámicamente, de una forma extraordinariamente complicada y compleja [9], pero nos interesa conocer cuál es el **peso relativo de los sistemas de salud como determinante de la salud** en relación a los otros determinantes y **por qué son importantes** para ella.

El análisis del impacto de los sistemas sanitarios sobre la salud requiere algunas consideraciones previas. Una primera es la falta de consenso generalizado en definir los límites de lo que es un 'sistema de salud'; en las sociedades avanzadas importantes componentes tradicionales de la protección de la salud ya no son considerados parte del sistema de salud, por ejemplo: la

8 Un trabajo de referencia para este tema es: Hsiao, WC. "[*Abnormal Economics in the Health Sector.*](#)" *Health Policy*, 1995;32:1-125-139.

9 Complejo y complicado son conceptos diferentes: complicado se refiere un sistema con gran número de elementos cuyas interrelaciones pueden ser conocidas por más que ello sea dificultoso; complejo es el sistema en la interrelación mutua sus elementos determina a su vez nuevas interacciones que no es posible observar o deducir.

provisión y vigilancia del agua potable. Por otro lado, una parte substancial de la mejora en las condiciones de vida a lo largo del siglo XVIII y XIX deriva de los nuevos conocimientos y avances en la salud e higiene pública, de modo que la atribución de su impacto a la sanidad o cambios sociales ofrece no pocas dudas. Otra consideración relacionada con la anterior es que los sistemas de salud comprenden dos grandes bloques de actividades: las de salud pública, dirigidas a poblaciones o colectivos que incluyen higiene ambiental, de los alimentos, calidad del agua, vacunaciones, etc., y los servicios sanitarios personales (médicos, hospitales, etc.). Ambos forman parte del sistema de salud, y tiene gran interés conocer el impacto relativo en la salud de cada uno estos dos bloques de actividades [10]; no es infrecuente que se discuta la contribución de los servicios de salud personales a la mejora de los indicadores de salud en los países desarrollados, tanto por la gran cantidad de recursos que absorben en relación a los incrementos en la esperanza de vida, como por la comparación internacional de gasto per cápita e indicadores de salud, especialmente la esperanza de vida.

La Figura 2 muestra la relación entre gasto sanitario per cápita y esperanza de vida; la "parte plana de la curva" indicaría para algunos el bajo rendimiento de destinar recursos a los servicios sanitarios por encima de cierto umbral. Este argumento pasa por alto tres puntos relevantes: uno, los servicios sanitarios además de contribuir a una más alta esperanza de vida, mejoran muy sustancialmente su calidad, beneficios de gran valor que la Figura no recoge; en segundo lugar, es un hecho que los países operan sus sistemas de salud con diferentes niveles de eficiencia macroeconómica, y en tercer lugar, la esperanza de vida depende de muchas variables que están fuera del sistema sanitario.

10 Arah OA, Westert GP, Delnoij DM, Klazinga NS. *Health system outcomes and determinants amenable to public health in industrialized countries: a pooled, cross-sectional time series analysis*. *BMC Public Health*. 2005 Aug 2;5:81. Este trabajo es una excelente revisión de estos temas, centrándose en la potencialidad de la salud pública para mejorar la salud.

Figura 2



Por otro lado la discusión sobre la contribución de los servicios sanitarios personales a la salud está llena de dificultades conceptuales y metodológicas. En el Tema 2.2 (pág.4), se presenta el resultado de uno de los ejercicios más clásicos de este tipo de análisis, el de A. Dever de 1976. En él se comparaba para cada determinante su porcentaje de contribución a la salud y su correspondiente dotación de gasto público: así, al sistema sanitario contribuiría a la salud un 11% utilizando el 90,7% de los recursos, mientras que los estilos de vida contribuirían un 43% con sólo el 1,2% de recursos públicos. Estos datos tan contundentes, matizan mucho su rotundidad al precisar que para medir la contribución a la salud se utilizan únicamente datos de mortalidad (p.ej.: no cuentan como salud cataratas o caderas operadas), y que los "estilos de vida" dependen infinitamente más de la clase social y condiciones socioeconómicas que de los presupuestos para educación sanitaria y promoción de la salud. A pesar de ello, el estudio de Dever proporciona información de interés para las políticas públicas de salud.

Desde los años 70 ha habido grandes progresos no sólo en la ciencia y en tecnologías médicas, si no también en la epidemiología y ciencias sociales relacionadas con la salud, que nos han dado indicadores de salud más precisos, junto a potentes sistemas de información para analizarlos. Entre ellos: la medición de la Carga de Enfermedad con *Años de Vida Ajustados por Calidad* (AVACs/QALYs, en inglés) y *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (AVADs/DALYs, en inglés), así como la *Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable* (MIPSE) [11], que contabiliza las muertes que no debieran ocurrir si hubiera servicios sanitarios adecuados en tiempo y efectividad. Con estos nuevos instrumentos el Canadian Advanced Research Institute estima en un 25% la contribución del sistema sanitario a la salud, más del doble de lo calculado por Dever en 1976. Esta cuantificación es mucho menos relevante que la contribución que estos nuevos instrumentos metodológicos están teniendo al debate sobre la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios [12].

11 Ver más adelante y las referencias de la nota [22].

12 Un ejemplo reciente de esta literatura es: Nolte E, McKee CM. *In Amenable Mortality--Deaths Avoidable Through Health Care--Progress In The US Lags That Of Three European Countries*. *Health Aff* (Millwood). 2012 Sep;31(9):2114-22.

Para una revisión de este tema recomendamos: Ortun , Vicente, Meneu, Ricard and Peiro, Salvador; *El impacto de los Servicios Sanitarios sobre la salud*. (May 2004). Universitat Pompeu Fabra Economics and Business Working Paper No. 752. Available at SSRN: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=563368 v

Al analizar el impacto en la salud de los sistemas de salud en relación a otros determinantes, especialmente el entorno socioeconómico es esencial tener en cuenta el nivel de desarrollo humano [13] de las sociedades, que como es sabido se mide en nivel de riqueza, educativo y de salud. En las sociedades con bajo nivel de desarrollo humano el mayor impacto salud de la población corresponde sin duda alguna a la mejora en las condiciones de vida (superación de la pobreza, nutrición adecuada, educación, etc.) e higiene pública. Esta ha sido también la experiencia histórica de los países desarrollados en su evolución. De hecho la fuente más sólida de evidencia sobre el impacto relativo del sistema sanitario sobre la salud deriva de análisis históricos de la evolución de la mortalidad y el crecimiento de la población.

La influencia del entorno (social y físico) en la salud era bien conocida desde tiempo por los pioneros de la Higiene y la Salud Pública, como [Johan Peter Frank](#) (“*la miseria es la madre de la enfermedad*”). A partir de los años 70 este conocimiento se amplía con los trabajos de T. McKeown [14] que estudia las causas del crecimiento de la población y las tasas de mortalidad en Inglaterra, llegando a la conclusión de que fue la mejora en las condiciones de vida lo que realmente contribuyó a la disminución de la mortalidad prematura; así, p.ej., la tuberculosis experimentó un descenso dramático antes que Koch descubriera su agente causal y mucho antes de disponer de vacuna y medicinas efectivas. A pesar de la polémica entorno a las tesis y metodología de McKeown, el punto principal de su argumentación ha sido confirmado por toda la investigación posterior [15] que apunta claramente a las condiciones sociales como el determinante más decisivo de la salud de la población.

Hoy es un hecho bien documentado que los determinantes principales de la salud están fuera del sistema sanitario, y son determinantes sociales. La necesidad de llamar la atención sobre esta reflexión y darle la visibilidad y prioridad que merece ha llevado a la OMS en 2005 a poner en marcha la *Comisión sobre*

13 Ver informes sobre el desarrollo humano del PNUD/UNDP: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/>

14 McKeown T, Lowe CR. *Introducción a la Medicina Social*. Madrid: Siglo XXI; 4º ed. 1989. Las tesis de McKeown han sido polémicas, [ver: Bynum B. *The McKeown thesis*. *The Lancet*. 2008;371(9613):644–5.] pero han abierto un importante campo de análisis que ha tenido de gran influencia en la política sanitaria.

15 Evans RG, Stoddart GL. *Producing health, consuming health care*. *Soc Sci Med*. 1990;31:1347-13. Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter; 1994.

Determinantes Sociales de la Salud [16], cuyos trabajos técnicos e informe final (2008) son un referente imprescindible para las políticas públicas que tenga la equidad y la salud como objetivo, así como para conocer el estado del arte en epidemiología social y las relaciones entre salud, desigualdades y entorno social.

El título del documento final de la Comisión "[Subsanar las desigualdades en una generación](#)" es toda una declaración de intenciones, para lo cual la Comisión propone un ambicioso programa que toca todos ámbitos críticos de las políticas públicas nacionales e internacionales relacionados con la equidad (justicia social) y la salud. Unos objetivos que pretenden renovar y actualizar las políticas de la OMS de Atención Primaria (Alma Ata) y Salud Para Todos.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

OMS. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2005-08)

La constatación del impacto de los determinantes no sanitarios en la salud obliga a una política pública que tenga como uno de sus objetivos la salud de la población, de modo que minimice la carga de enfermedad prevenible socialmente. Ello ha llevado a expertos y autoridades sanitarias a propugnar "la salud en todas las políticas" [17] y la realización de "evaluaciones de impacto en la salud" [EIS-HIA] [18] de todas las decisiones y políticas públicas relevantes.

16 *Significativamente la OMS ha querido que el Informe final de la Comisión coincidiera con el 30 aniversario de la Declaración de Alma Ata y los 60 años de la creación de la OMS. En la página de Internet de [Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-08](#)) creada por la OMS. Sus trabajos completos están en la versión inglesa de la página web: [Social Health Determinants](#).*

17 *Referencias de interés sobre este tema:*

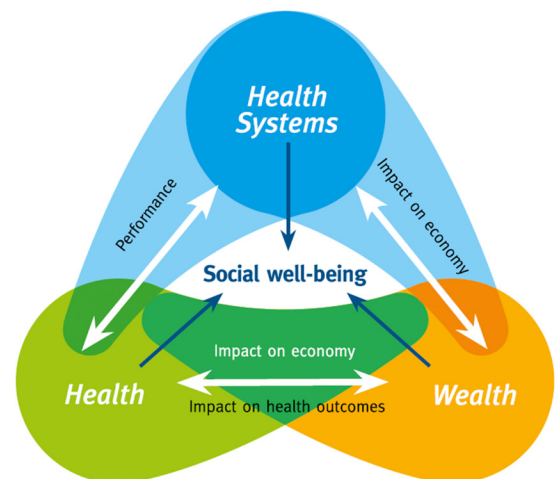
- Artazcoz L, Oliva J, Escriba-Aguir V y Zurriaga O. *La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010*". *Gac Sanit* [online]. *Gac Sanit*.2010;24(Suppl 1):1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.006>.
- Ståhl T, et al (eds). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Finnish Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. Disponible en: www.observatory.dk
- Mackenbach JP. *Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea*. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:181-184. doi:10.1136/jech.2008.077032

18 Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J, editors. [The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe](#) [Internet]. Copenhagen: WHO/Europe | European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.

No cabe dudar de la indudable contribución a la salud y a la calidad de vida que tiene el sistema sanitario, previniendo enfermedades, curando y cuidando, en definitiva: evitando mortalidad prematura, sufrimiento e incapacidades. No obstante, su impacto en la salud de la población es incomparablemente menor que el del entorno socioeconómico, pues este, además de su influencia directa sobre la salud, condiciona los hábitos de vida y, por supuesto también, la existencia y características del sistema sanitario. En el marco de esta reflexión un aspecto de gran interés es la contribución de la salud a la prosperidad económica [19], como muestran las relaciones de la Figura 3, de la Carta de Tallin (OMS-Europa).

La salud de la población es un bien en sí mismo, que contribuye al bienestar social y a la prosperidad económica. Por el contrario, la enfermedad erosiona la economía y supone grandes costes al sistema sanitario, de modo que no hay país por rico que sea que pueda permitirse un sistema sanitario universal y de calidad sin realizar paralelamente un importante esfuerzo de prevención de enfermedades, de protección y promoción de la salud. Ejemplos valiosos de estas políticas son, entre otras, algunas iniciativas de Suecia, Canadá, Reino Unido, USA [20].

Figura 3



Fuente: OMS/Europa 2008. Tallin Charter Health Systems for Health and Wealth.

En resumen: en entornos de pobreza y baja salubridad las mejoras radicales en la situación de salud son siempre el resultado de la superación de la pobreza, la desnutrición y de medidas de saneamiento e higiene pública; en estas condiciones el impacto de intervenciones asistenciales efectivas en la cantidad y calidad podría ser notable pero de efectos poblacionales limitados. En entornos con elevados niveles de desarrollo humano, de bienestar social y salubridad, en los que se disfrute

19 McKee M, Figueras J. Health systems, health, wealth and societal well-being assessing the case for investing in health systems [Internet]. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2012 [cited 2012 Aug 9]. Available from: <http://bibpurl.oclc.org/web/46335> http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf

20 Raphael D, Bryant T. The state's role in promoting population health: Public health concerns in Canada, USA, UK, and Sweden. *Health Policy* 78 (2006)39-55 DOI:10.1016/j.healthpol.2005.09.002.

ya un buen nivel de salud, la asistencia sanitaria moderna logra importantes beneficios de salud adicionales, aunque muchos de ellos son difíciles de captar por estadísticas e indicadores de salud; no obstante también en estos entornos, políticas públicas de promoción de la salud e intervenciones preventivas bien diseñadas tienen aún un gran potencial para mejorar la salud de la población.

El mensaje final importante es que *la sostenibilidad, efectividad y equidad de un sistema sanitario público, universal, de alta calidad* exige políticas públicas activas de prevención y de promoción y protección de la salud de la salud. En este sentido es imposible insistir demasiado en el papel crucial de la Salud Pública y de todo el conjunto de políticas públicas (educación, vivienda, garantía de rentas, empleo, medio ambiente, servicios sociales, urbanismo, fiscalidad de bienes y servicios etc.) que tienen un gran impacto en la salud, que por afectar a varios sectores, se conocen como políticas intersectoriales de salud, que responden al lema más actual de "salud en todas las políticas".

4. Retos de evaluar los sistemas de salud de los países

Evaluar el sistema sanitario de un país, su desempeño o rendimiento (*performance*) es un ejercicio tan apasionante como lleno de retos y dificultades conceptuales y metodológicas. Para sortearlas, lo primero es conocerlas y explicitarlas, exponiendo sumariamente algunos conceptos básicos de evaluación aplicada al sector salud. Posteriormente revisaremos la evaluación de los sistemas de salud realizada por la OMS y la OCDE que son especialmente relevantes en este campo; seguidamente revisaremos la práctica interna de evaluación de sus sistemas sanitarios de algunos países pioneros en ello, así como de algunas organizaciones que realizan un trabajo valioso en este campo. Finalmente, concluiremos con los puntos más importantes de esta sección cuyo objetivo es presentar una visión de conjunto de los temas y datos básicos de la evaluación de los sistemas sanitarios, mapeando su panorama internacional y aportando los datos que permitan orientando y profundizar en su estudio.

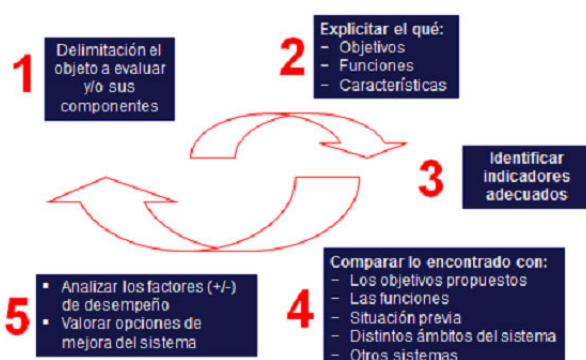
4.1 Dificultades y retos de la evaluación de los sistemas sanitarios en su conjunto.

Evaluar es comparar para ver si el objeto de evaluación responde a lo esperado, sea este un objetivo propuesto o algún otro referente o estándar. Más técnicamente, evaluar es el estudio sistemático de la relevancia, adecuación, progreso, eficiencia, efectividad, calidad, impacto, etc., de una actividad u organización.

La Figura 4 muestra los pasos que requiere la evaluación de un sistema de salud. En primer lugar, lo primero es **delimitarlo con precisión**; esto es fácil para un hospital, pero no para todo un sistema de salud, sobre cuyos límites no existe acuerdo. La OMS en su [Informe de 2000](#) [21] sobre los sistemas de salud

Figura 4

Pasos en evaluación de un sistema de salud



advertía la dificultad de "dar una definición exacta de lo que es un sistema de salud, de sus componentes y de dónde empieza y termina". Finalmente opta por definirlo como "los recursos, actores e instituciones relacionadas con la financiación, regulación y provisión de acciones sanitarias, definiendo

éstas como "todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud". Esta visión pone límites poco precisos al sistema de salud, más allá de los servicios de salud pública y de los servicios sanitarios personales, con los que sin embargo se confunde en la práctica.

En segundo lugar, evaluar requiere **explicitar el/los aspectos concretos objeto de la evaluación**. El interés primordial de evaluar el desempeño de un sistema sanitario es valorar hasta qué punto logra su objetivo primordial: salud. Sin embargo, conociendo que los determinantes principales de la salud son

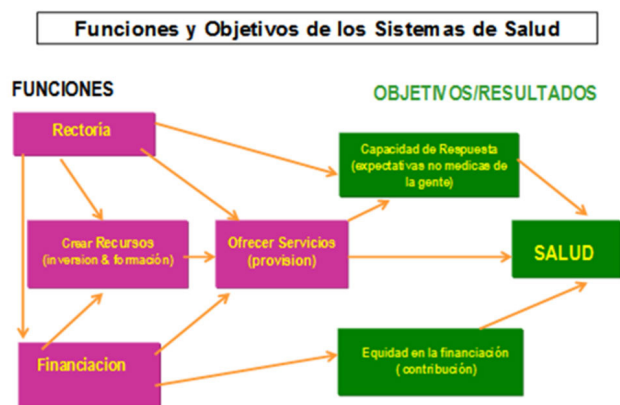
21 WHO. *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Geneva: The World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/health-systems-performance/whr2000.htm>

sociales y están fuera del sistema sanitario, los indicadores globales de salud, como **esperanza de vida o mortalidad infantil**, sólo en parte reflejan el impacto y desempeño del sistema de salud. Ello exige buscar indicadores de salud más selectivos y específicos del sistema sanitario.

Para ello uno de los más prometedores, por su especificidad, es la **MIPSE** (mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable) [], que se refiere a las muertes que no se producirían existiendo servicios sanitarios eficaces y a tiempo, e incluye la prevención. Este indicador es específico del impacto

de los servicios sanitarios en la salud (mortalidad) y puede ser descompuesto en tres componentes: (1) Muertes potenciales evitables, es decir: muertes prematuras que podrían haber sido prevenidas; (2) Mortalidad debida

Figura 5



Fuente: OMS, Informe 2000, pág. 25

a causas prevenibles, casos que no debiera haber habido; (3) Mortalidad debida a causas tratables, casos que podrían no haber fallecido. La mortalidad evitable tiene un gran potencial para informar de la efectividad del sistema sanitario, monitorizarla en el tiempo y valorar el peso relativo de la prevención y asistencia como refleja el trabajo de Nolte y McKee de la nota núm. 12.

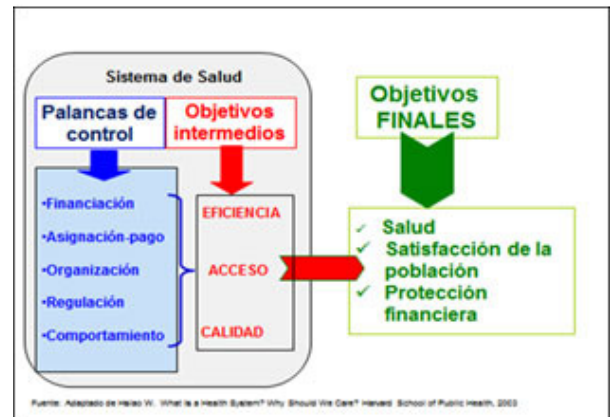
En tercer lugar, la evaluación de los sistemas de salud refleja necesariamente la gran **complejidad que tiene la evaluación de en su conjunto de un sistema determinado**. Esta evaluación ha de estar orientada a medir sus resultados de salud, que es su objetivo primordial; no obstante, existe un

22 Sobre este tema ver:

- Gispert R, Arán Barés M, Puigdefàbregas A. *La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España*. Gac Sanit [revista en Internet]. 2006Jun;20(3):184-193. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300004&lng=es.
- Nolte E, McKee M. *Does health care save lives? : avoidable mortality revisited*. Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services. London: Nuffield Trust; 2004; y
- Gay, J. G. et al. (2011), "Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues", OECD Health Working Papers, No. 55, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en>

amplio consenso internacional –no exento de tensiones- sobre otros objetivos de los sistemas de salud, como son la equidad y la satisfacción de las expectativas de la población. Evidentemente la definición de los objetivos concretos de un sistema sanitario es una decisión política de la sociedad a la que sirve el sistema sanitario, y por ello responde a sus valores y prioridades, como es evidente al comparar EEUU y Suecia.

Figura 6



La complejidad del sistema sanitario hace que sean casi ilimitados los temas susceptibles de ser evaluados y las perspectiva conceptuales de las evaluaciones. Tomando como referencia el esquema conceptual de sistema de salud de la OMS (Figura 5), la evaluación de conjunto de un sistema de salud habría de incluir la evaluación de sus objetivos y funciones, teniendo en cuenta su interdependencia, interacción mutua e impacto en los objetivos finales del conjunto del sistema.

Otro esquema conceptual (Figura 6) tiene una representación más dinámica y operativa [23] de los sistemas sanitarios al poner el énfasis en lo que Hsiao llama "palancas de control" (financiación, asignación-pago a los proveedores, organización, regulación, comportamiento de proveedores y usuarios), que son los instrumentos con los cuales los decisores pueden hacer ajustes en el sistema para mejorar su desempeño, condicionando sus *objetivos intermedios* (calidad, efectividad y eficiencia –tanto técnica como asignativa-) que son en última instancia los que determinan los *objetivos finales*, que son comunes al esquema de la OMS.

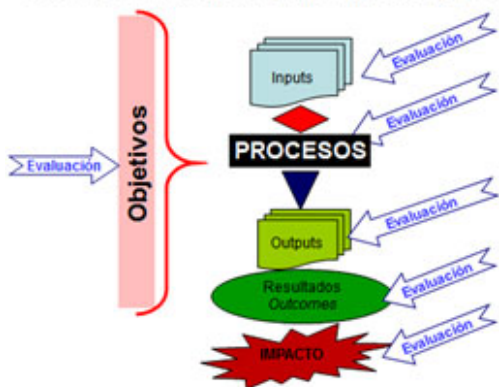
Finalmente, desde la teoría de sistemas los servicios sanitarios pueden ser representados en términos de inputs, procesos, outputs y resultados (Figura 7). Este esquema conceptual es una representación simplificada de la inmensa cantidad de

23 Este esquema está adaptado de Hsiao W en: Marc J Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R Reich. *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Publisher: Oxford University Press, Oxford; 2003, Pag 27.

inputs que entran en un sistema sanitario, de la gran cantidad de actividades-procesos que en el tienen lugar, y del gran número de output-productos que esta actividad genera. Este

esquema conceptual es más adecuado para un enfoque más meso y micro, y por ello se considera el terreno de la Investigación en Servicios Sanitarios-*Health Services Research* cuya contribución es clave para la mejora de los servicios sanitarios como, por ejemplo, como pone en evidencia la investigación sobre [Variación en la Práctica Médica](#) [24].

Figura 7
Sistema de Salud: objetivos, inputs, procesos y resultados



En cuarto lugar, pero en modo alguno en último lugar, **toda evaluación utiliza juicios de valor** (valores) al escoger el objeto de la evaluación, sus perspectivas, objetivos, indicadores y su peso relativo (ponderación) en las conclusiones. Esta consideración es de gran importancia por el peso que la perspectiva de los valores tiene en la configuración de los sistemas sanitarios y en su percepción de los mismos.

Todo ello quiere decir que la evaluación de los sistemas de salud es un ejercicio complejo, lleno de dilemas conceptuales, metodológicos y técnicos, lo cual, de entrada, muestra lo vulnerable a la crítica que es cualquier intento de dar una nota global a los países y clasificarlos según su sistema de salud. En cualquier caso, sus resultados necesariamente han de ser interpretados teniendo en cuenta estos condicionantes.

La dificultad y los retos de evaluar de los sistemas de salud son superados por la importancia en conocer su desempeño, en términos del logro de objetivos como sistema sanitario y también de rendimiento en relación a los recursos empleados (eficiencia). Por ello países desarrollados y organizaciones internacionales

24 Bernal E. El atlas VPM. Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud. 2005; 1(1): 3-4. [Atlas VPM, de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud](#). Una iniciativa de investigación que busca describir cómo las poblaciones utilizan y son atendidas por el Sistema de Salud Público con el objetivo de informar sobre su calidad, eficiencia, equidad para su mejor gobierno.

han ido poniendo en marcha las herramientas necesarias para este abordaje, que básicamente son dos: (1) marcos o esquemas conceptuales sobre los sistemas de salud [25] (sus objetivos finales, objetivos intermedios, funciones, etc.), y (2) bases de datos y sistemas de información e indicadores de calidad [26]. Así lo vienen haciendo las organizaciones y países cuyos trabajos en este campo veremos a continuación: la OMS, la OCDE, Holanda, Suecia, Canadá, R.Unido.

4.2 Un intento importante no del todo afortunado de evaluación del desempeño de los sistemas de salud: el Informe de la OMS de 2000.

El [Informe de 2000 de la OMS](#), aunque muy criticable, continúa siendo un valioso referente internacional para el estudio, análisis y la evaluación de los sistemas de salud, por lo que es de interés resumir brevemente algunos de sus puntos más relevantes.

En primer lugar, un aspecto importante del Informe es su esquema conceptual sobre cuáles son los objetivos (goals) y las funciones de los sistemas de salud, así como las relaciones entre ambos, esquematizadas en la Figura 5 y en la Tabla 2. Define tres objetivos: (1) la salud de la población, (2) responder a las expectativas de la población (responsiveness), y (3) asegurar equidad en la financiación protegiendo a la población frente a los costes de la enfermedad. Esta selección de estos objetivos es crítica en la orientación de los sistemas de salud. Decididos los objetivos, el Informe establece indicadores para los mismos y un sistema de medida que ha de incluir tanto sus valores promedio nacionales, como la equidad de su distribución en la población.

Para el objetivo de **nivel de salud medio** de la población se utilizó el indicador Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad (*DALE* en inglés), y la distribución en la sociedad de la tasa de mortalidad de menores de 5 años para medir su **equidad** en la población. El objetivo **respuesta** a las expectativas de la población se midió, para el nivel medio, con un indicador de "respeto a las personas" (dignidad, confidencialidad, autonomía), y para

25 Este trabajo es una excelente recopilación y revisión de este tema: Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003 Oct;15(5):377–98.

26 Ver Tema 2.6 sobre Indicadores para compara desempeños en sistemas sanitarios europeos.

su distribución social-equidad con un indicador de "orientación al usuario" (atención a tiempo, capacidad de elección, etc.). En la medición del tercer objetivo, equidad en la **financiación**, se tuvo en cuenta únicamente su aspecto distributivo, definiéndose como un sistema justo de financiación aquel en el que todos los hogares tienen la misma proporción de gasto en salud en relación a su gasto total, excluidos alimentos.

Este sistema dio lugar a cinco componentes de la medición del desempeño en el logro de los objetivos de un sistema de salud; de ellos, tres de ellos describirían su equidad -en salud, respuesta y financiación- y dos su calidad -en nivel de salud y de respuesta- (ver Tabla 2). Con estos cinco componentes el Informe desarrolla su muy controvertido índice del desempeño global de cada sistema de salud, sumando sus resultados con el peso relativo asignado a su importancia social en una encuesta a 1006 expertos de 125 países. Este índice global expresaría la eficiencia del sistema que el Informe define la como el "nivel de logro de resultados deseados dados los recursos disponibles", considerando en términos económicos que el nivel de desempeño es la eficiencia, siendo eficiente el sistema que logra mucho en relación a sus recursos, y a la inversa. Este índice dividido por el gasto sanitario del país reflejaría el desempeño en términos de rendimiento. El Informe no considera la efectividad y calidad como medidas de desempeño de los sistemas de salud, por integrarlas en el indicador global de logro de objetivos.

Tabla 2

Objetivos del Sistema de Salud			
	Nivel medio	Distribucion	Eficiencia
Salud	√ (1)	√ (2)	
Satisfaccion	√ (3)	√ (4)	
Equidad en financiación		√ (5)	
	Calidad	Equidad	

1. nivel general de salud de la población
2. distribución de la salud en la población
3. nivel general medio de respuesta a la expectativas
4. distribución poblacional del nivel de respuesta
5. distribución de la financiación entre la población

El Informe tiene grandes aportaciones pero también ha recibido grandes críticas [27], especialmente la construcción del índice global de desempeño y la consiguiente clasificación de los países.

27 El SNE español ocupó el puesto número 7 del mundo en el ranking de este Informe. Para un análisis del Informe son de interés, entre otros: [1] Fernandez Diaz JM. El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. Gac Sanit. 2001;15(5):453-60. [2] Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. Lancet 2000; 356: 1598-1601.

En un reciente artículo Adam Oliver [28] explica y ejemplifica la 'locura' de este tipo de ejercicios clasificatorios; describe como los resultados dependen totalmente de las ponderaciones asignadas a cada factor, y que modificaciones en su ponderación por un país (o persona) alterarían totalmente el orden resultante. Por ello, estos ejercicios deben ser vistos con una sana dosis de escepticismo, aunque parece inevitable que las clasificaciones sean utilizadas políticamente para justificar decisiones o críticas. Las críticas al Informe se extienden también a numerosos aspectos metodológico-técnicos (validez de los DALE, falta de datos y excesivas extrapolaciones, etc.) y aspectos políticos, relacionados con su perspectiva conservadora en la consideración de la financiación de la sanidad.

Dejando a un lado el Informe 2000, la OMS tanto en su sede [Central](#) como en sus Oficinas regionales, entre las que destaca la Oficina Panamericana de la Salud ([OPS-PAHO](#)), desarrolla un trabajo de gran valor para el fortalecimiento de los [sistemas de salud](#) y de los [servicios sanitarios](#), manteniendo sistemas de información, desarrollando herramientas de planificación, gestión, análisis y evaluación de todos los aspectos de los sistemas y servicios de salud. Este material es de gran interés y en su inmensa mayoría está disponible en Internet (ver enlaces en el texto), por lo que recomendamos su revisión.

Uno de los resultados más meritorios y útiles del trabajo de la OMS en relación a los sistemas de salud es el [European Observatory on Health Systems and Policies](#). Recomendamos vivamente revisar detalladamente su contenido y seguir a través de su [E-bulletin](#) los temas más relevantes de política sanitaria. Entre muchos otros trabajos de interés el Observatorio ofrece en la serie [HiT \(Health Systems in Transition\)](#) la descripción y evaluación del desempeño de los sistemas de salud de todos los países europeos de interés con un esquema y metodología comunes. [29]

28 Oliver A. *The folly of cross-country ranking exercises*. *Health Econ Policy Law*. 2012 Jan;7(1):15–7. doi:10.1017/S1744133111000260

29 Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges, and prospects*. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2009. *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects* [Internet]. [cited 2012 Aug 9]. Available from: <http://www.euro.who.int/>

4.3 La evaluación de los sistemas de salud por la OCDE.

La contribución más importante de la [OECD](#) [30] al conocimiento internacional de los sistemas de salud es [OECD Health Data 2012](#), la base de datos más completa sobre la salud y los sistemas sanitarios de los 34 países miembros. Cubre desde 1960 a la actualidad; sus datos comprenden estado de salud, factores de riesgos, recursos, utilización, gasto, financiación, etc., y actualmente está casi toda ella disponible interactivamente en [internet](#). Esta base de datos es la fuente de información para casi toda la evaluación y el análisis comparado de los sistemas de salud de los países desarrollados [31], por lo que es muy recomendable revisar en detalle su contenido y familiarizarse con su uso.

Además de mantener *Health Data* la OCDE realiza y publica valiosos informes sobre los sistemas de salud tanto en conjunto como sobre aspectos concretos de los mismos. Entre los informes sobre los sistemas en su conjunto destaca [Health at a Glance 2011](#) [32], en su sexta edición. Este informe presenta los indicadores de *Health Data* para todos los países de la OCDE, en formato gráfico, con acceso interactivo a los datos, permitiendo la comparación de diferentes dimensiones del desempeño.

En lo que se refiere a la conceptualización de los sistemas de salud y sus objetivos la OCDE sigue el esquema conceptual de la

30 La OCDE ofrece en sus páginas de Salud/Health [<http://www.oecd.org/health/>] múltiples análisis relacionados con la salud, siendo especialmente útil *OECD Health Data*: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>

Jourard I, André C, Nicq C. HEALTH CARE SYSTEMS: EFFICIENCY AND INSTITUTIONS [Internet]. OECD; 2010 May p 132. Report No.: ECO/WKP(2010)25. Available from: [http://www.oilis.oecd.org/oilis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00002BB6/\\$FILE/JT03283813.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00002BB6/$FILE/JT03283813.PDF)

31 Ver entre otros: Tchouaket EN, Lamarche PA, Goulet L, Contandriopoulos AP. Health care system performance of 27 OECD countries. *Int J Health Plann Manage*. 2012 Jun;27(2):104–29.

Hadad S, Hadad Y, Simon-Tuval T. Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2011 Dec 7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22146798>

Arah OA, Westert GP, Delnoij DM, Klazinga NS. Health system outcomes and determinants amenable to public health in industrialized countries: a pooled, cross-sectional time series analysis. *BMC Public Health*. 2005 Aug 2;5:81. (studio de 18 países de la OCDE de 1970-99)

32 OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

OMS aunque con algunos matices de interés [33]. Por ejemplo, contempla cuatro dimensiones de desempeño: (1) mejora de la salud/resultados, (2) respuesta a expectativas, (3) equidad de resultados, acceso y financiación, y (4) eficiencia, tanto macro como microeconómica.

La OECD realiza muchos otros estudios y actividades de interés para la evaluación y análisis de los sistemas de salud, siendo especialmente relevantes: *OECD Health Care Quality Reviews, Long-Term Care, Medical Practice Variations, Mental Health Systems Indicators, Inequalities in Health Care Use*.

4.4 Ejemplos de países que evalúan sus sistemas sanitarios: Holanda, Suecia, Canadá, USA y R. Unido.

Todos los países en mayor o menor medida tienen un interés especial en conocer el desempeño de sus sistemas sanitarios, tanto del conjunto como de sus componentes y funciones, y para ello han desarrollado sistemas de información y de indicadores que permiten evaluar y monitorizar tanto los objetivos finales del sistema como su eficiencia, equidad, calidad, efectividad. Algunos países destacan además por haber desarrollado metodologías e iniciativas de evaluación de su sistema que es importante conocer para aprender de ellas. Aquí hemos seleccionado las que nos parecen más relevantes y accesibles: Holanda, Suecia, Canadá y R.Unido-Inglaterra, poniendo hiperenlaces a los mismos para facilitar su consulta directa.

En todos estos informes hay que destacar que lo que los hace posible es una combinación adecuada de voluntad política de transparencia y rendición de cuentas, contar con un buen sistema de información y con capacidad técnica para su análisis.

1. Holanda.

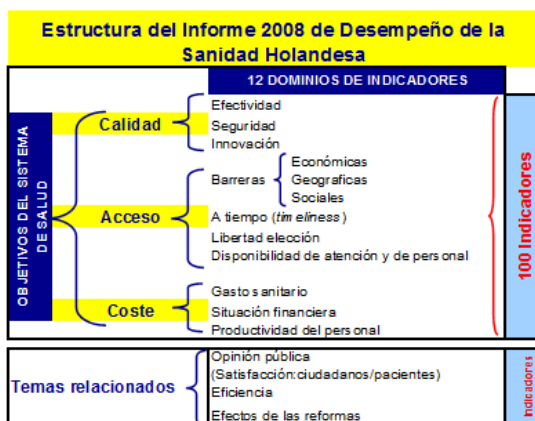
Desde 2006 (año en que entró en vigor una importante reforma) se publican anualmente los informes [Dutch Health Care Performance Reports](#), el último de los cuales es el de [2010](#). Estos informes responden a una metodología [34] propia que incluye

33 Hurst J, Jee-Hughes M. *Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 47, DEELSA/ELSA/WD(2000)8. Paris: OECD, 2001* y Hurst J., *Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges. In Smith P (ed.), Measuring Up. Improving Health Systems Performance in OECD Countries. Ottawa: OECD, 2002: pp. 35–54.*

34 Ten Asbroek AHA, Arah OA, Geelhoed J, Custers T, Delnoij DM, Klazinga NS. *Developing a*

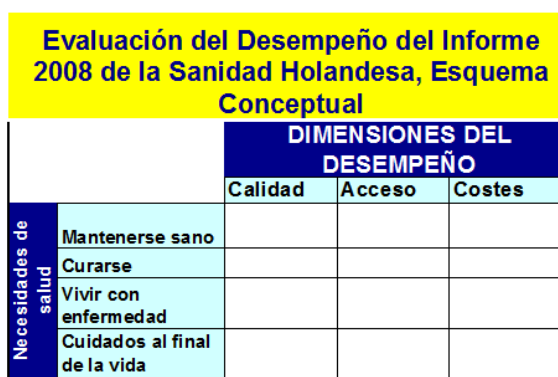
125 indicadores y que por su interés conceptual presentamos en la Figura 8 y la Figura 9. Este informe se presenta en paralelo con otro informe sobre la situación de salud en el país ([From Healthy to Better](#)).

Figura 8



FUENTE: Dutch Health Care Performance Report 2008 (DHCFR), National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), www.healthcareperformance.nl

Figura 9



FUENTE: Dutch Health Care Performance Report 2008 (DHCFR), National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), www.healthcareperformance.nl

2. Suecia.

Anualmente el Consejo Sueco de Salud y Bienestar ([Socialstyrelsen](#)) y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regiones ([SKL](#)) publican el informe sobre la sanidad del país titulado [Suecia Quality and Efficiency in Swedish Health Care Regional Comparisons](#). El informe de 2010 es quinto de esta serie cuyo objetivo es ofrecer indicadores para comparar el desempeño del sistema sanitario entre las veintiuna regiones y condados responsables de gestionar la sanidad en Suecia (al igual que Comunidades Autónomas lo son en España). Objetivo explícito de este Informe es la transparencia y una mejor gestión y control. Existe otro informe similar solo para Cáncer ([Quality and Efficiency in Swedish Cancer Care 2011](#)) con 70 indicadores incluidos resultados, satisfacción y tiempo de espera.

El Informe tiene 134 indicadores que reflejan distintos aspectos de la calidad y eficiencia del conjunto del sistema, pero también de distintos tipos de enfermedades, cuya atención puede ser

national performance indicator framework for the Dutch health system. Int J Qual Health Care. 2004 Apr;16 Suppl 1:i65-71.

Berg M van den, Heijink R, Zwakhals L, Verkleij H. Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs. Eurohealth 2010;16(4):27-29.

comparada regionalmente. Esta comparación se facilita con códigos de colores para cada indicador y región: verde si está entre las 7 primeras, amarillo entre 7-14 y rojo entre 15-21. Igualmente, una flecha hacia arriba indica mejoría respecto al periodo base mientras que hacia abajo indica empeoramiento. Es pues muy destacable el interés por la transparencia, hacer pública la información y posibilitar las comparaciones internas.

3. Canadá.

El [sistema sanitario canadiense](#) es un sistema universal, financiado por impuestos y gestionado por las provincias, cuenta con un organismo autónomo *Canadian Institute of Health Information* ([CIHI](#)) responsable de la información sanitaria y encargado, junto con *Statistics Canada* de publicar anualmente los informes sobre el desempeño del sistema sanitario canadiense: [Health Indicators 2012](#). Este informe responde, en sus propias palabras, a dos preguntas: cómo está la salud de los canadienses y cómo está la salud del sistema sanitario. CIHI ha desarrollado un interesante **modelo conceptual basado en la salud de la población** que valora **cuatro dimensiones**: (1) estado de salud, (2) determinantes no médicos de la salud, (3) desempeño del sistema sanitario y (4) características de la comunidad y del sistema sanitario para medir los servicios recibidos por los residentes de cada región. Estas cuatro dimensiones se completan con aspectos del desempeño del sistema de salud: (a) aceptabilidad, (b) accesibilidad, (c) adecuación (*appropriateness*), (d) competencia, (e) continuidad, (f) efectividad, (g) eficiencia y (h) seguridad.

4. R.Unido-Inglaterra.

El Servicio Nacional de Salud-*National Health Service* (NHS) de Inglaterra ^[35] tiene en el [NHS Information Centre](#) su entidad central responsable de recoger, organizar, analizar y difundir la información sanitaria. El esquema de referencia para la monitorización y evaluación del NHS inglés es el concepto

35 Hemos escogido Inglaterra y no el R.Unido en su conjunto porque, después de 1999 las transferencias (devolution) del [National Health Service \(NHS\)](#) a Escocia, Gales e Irlanda del Norte, el NHS de estos territorios ha evolucionado de una forma muy distinta al de Inglaterra, aunque manteniendo todos los principios fundacionales comunes del NHS británico. Para este tema, ver: Graham C. [Ten years on: what devolution has meant for the NHS](#), HSN 7may2009. NHS-Scotland. [What difference did devolution make?](#) [Internet]. The Guardian. [Scotland's very different prescription for the NHS](#) [Internet]. The Guardian, 29April2011. [Internet] I. Greer S. [Four way bet: how devolution has led to four different models for the NHS](#). London: Constitution Unit, University College London [Internet]. 2004.

balanced scorecard --Cuadro de Mandos Integral- orientado a gestión del desempeño. La filosofía *balanced scorecard* implica que “el conjunto de indicadores debería dar una visión equilibrada (*balanced*) del desempeño de la organización, reflejando sus aspectos principales, incluyendo resultados y la perspectiva de los usuarios” [36]. En coherencia con ello existe en Inglaterra todo un completo, y complejo, sistema de objetivos (*targets*) e indicadores y mecanismos medición, evaluación y monitorización, recompensa/sanción incluida.

El punto de partida es el Marco de Referencia de Resultados ([NHS Outcomes Framework](#)), que define el sistema de rendición de cuentas (*accountability*) por los resultados alcanzados en todo el NHS inglés, de acuerdo con sus objetivos (*goals*), todo ello para lograr transparencia, mejora de la calidad y medición de resultados. El *NHS Outcomes Framework* tiene los cinco dominios de alto nivel que se muestran en la

Tabla 3

NHS Outcomes Framework Structure Estructura del Marco Referencia de resultados del NHS DOMINIOS
Dominio 1. Prevenir muertes prematuras.
Dominio 2. Mejorar de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.
Dominio 3. Ayudar a las personas a recuperarse de episodios de enfermedad o accidente
Dominio 4. Garantizar que a las personas una experiencia positiva de atención
Dominio 5. Tratar y cuidar a las personas en un entorno seguro, protegiéndolos del daño evitable.

Tabla 3 y que definen las responsabilidades del NHS de Inglaterra. Cada uno de estos dominios tiene sus indicadores prioritarios (*overarching*), doce en total, que cubren las aspiraciones (*aims*) generales de cada dominio; el conjunto tiene sesenta indicadores. La versión resumida del [NHS Outcomes Framework 2012/13](#) permite hacerse una idea rápida del conjunto.

En el Portal de Indicadores ([Indicators Portal](#)) del *NHS Information Center*, además de los indicadores de resultados del NHS vistos arriba, se incluyen: (1) Indicadores de salud de la población, un compendio de más de 1000 indicadores, desagregados a nivel local; (2) Información sobre los consultorios y médicos de At. Primaria (*GP Practice data*); (3) Grupos de indicadores de desigualdades (*Local Basket of Inequalities Indicators*); (4)

36 [Audit Commission](#). *Aiming to Improve: The Principles of Performance Measurement*. London: Audit Commission, 2000. [Audit Commission](#). *On Target: The Practice of Performance Indicators*. London: AC, 2000.

Indicadores de mortalidad hospitalaria que permiten comparar los hospitales.

No existe en el R.Unido, como en Suecia y Canadá, informes que permitan comparar los Servicios de Salud de sus diferentes territorios, pero ello está muy facilitado por la riqueza y facilidad de acceso a la información.

4.5 Otras evaluaciones de interés de (o relacionadas con) los sistemas de salud

Además de la OMS y la OCDE hay otras organizaciones internacionales, no exclusivamente relacionadas con la salud, como el Banco Mundial, la OIT y el PNUD que disponen de bases de datos [37] sobre salud y servicios sanitarios, y que realizan informes periódicos que, más o menos directamente, evalúan el desempeño de los sistemas sanitarios nacionales. Entre ellos destaca el Banco Mundial que dispone de una muy completa [base de datos online sobre salud](#), y dedica no pocos de sus recursos a los sistemas sanitarios en los países de ingresos medios y bajos. En el [Índice de Desarrollo Humano](#) del PNUD uno de sus tres componentes es un indicador de salud. Por su parte, la [OIT](#) tiene un interés fundacional en protección social de la salud vinculado a su objetivo de “trabajo decente” y su base de datos laborales ([LaborSta](#)) y *Key Indicators of the Labour Market* ([KILM](#)) tiene un importante componente de servicios sanitarios por ser intensivos en personal.

Existen también organizaciones no relacionadas con los estados ni organismos internacionales que son activas y respetadas en la evaluación de sistemas de salud. Entre las más activas internacionalmente destacan dos: *The Commonwealth Fund* y *Health Policy Monitor*. La Fundación [The Commonwealth Fund](#), basada en los EEUU, está orientada a este país y a los países desarrollados de habla inglesa, realizando frecuentes comparaciones sobre el desempeño comparado de sus sistemas sanitarios, en su conjunto o algunas de sus características, con

37 La UE ha través de Eurostat y otros programas está también desarrollando indicadores de salud, ver: [1] Kramers PGN. *The ECHI project: health indicators for the European Community*. *Eur J Public Health*. 2003 Sep;13(3 Suppl):101–6. [2] www.healthindicators.eu: ECHI, ECIM [Internet]. [cited 2012 Aug 16]. Available from: http://www.healthindicators.eu/object_document/o5873n28314.html [3]HEIDI (Health in Europe: Information and Data Interface) http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

los de otros países desarrollados. [Health Policy Monitor](#), creado por la Fundación alemana Bertelsmann, cubre veinte países desarrollados y no realiza evaluaciones del conjunto del sistema sanitario. Funciona a través de un centro colaborador en cada país que aporta evaluaciones de iniciativas o aspectos de los servicios sanitarios utilizando un modelo estructurado común, lo que hace muy útiles sus evaluaciones.

En resumen: la evaluación del desempeño de los sistemas de salud **tiene tres pilares fundamentales:**

- (1) en primer lugar, la **voluntad política** de evaluar, que nace de una **cultura democrática** de buen gobierno basada en la transparencia, la rendición de cuentas y el empoderamiento de una sociedad y sus instituciones que, esto es fundamental, utilizan los resultados de la evaluación y monitorización para el debate social y la toma de decisiones;
- (2) en segundo lugar, la existencia de un **buen sistema de información** e indicadores, **totalmente abierto y disponible** para expertos y público;
- (3) **capacidad técnica y autonomía profesional** para organizar el sistema de información-monitorización, realizar y difundir los análisis y evaluaciones, de modo que sirva al conjunto de la sociedad, y no solo al gobierno de turno.

No existe el Santo Grial de un indicador simple que permita medir el desempeño de los sistemas de salud, a pesar del interés y aportaciones del análisis de la mortalidad sanitariamente evitable. Tampoco es posible encontrar fórmula alguna universalmente aceptada para evaluar en un solo indicador compuesto los sistemas de salud de todos los países y ordenarlos según su valor. La experiencia de la OMS con el Informe de 2000 comentado arriba, a pesar de su aparente rigor, es suficientemente ilustrativa. Todo ranking de este tipo refleja sobre todo las ponderaciones y valores de sus autores, y tiene la relevancia que les atribuyamos.

5. La comparación internacional de los sistemas de salud.

Las comparaciones y referentes internacionales tienen una gran influencia en todos los ámbitos de la vida de los países, también

en sanidad. La importancia social del sector salud, y el alto volumen de recursos que utiliza hace que sea de gran interés, para responsables políticos, expertos, profesionales sanitarios y ciudadanos activos, conocer cómo funcionan, cuánto cuestan, y qué resultados tienen los servicios sanitarios de otros países. De hecho los datos sanitarios de otros países son utilizados en todo tipo de entornos (profesionales, políticos, sindicales, etc.), como ayuda en decisiones y análisis, aunque en no pocas ocasiones como mero argumento descontextualizado en los debates sanitarios.

En los últimos años ha crecido el volumen de análisis comparativos de temas sanitarios, sin duda impulsado por el gran intercambio internacional que propician las instituciones supranacionales (UE, OMS, BM, OCDE, G-7, G-20, etc.), pero a ello también ha contribuido: (1) la demanda política de nuevas ideas para hacer frente a preocupaciones sobre el crecimiento de gasto sanitario y la carga de enfermedad que suponen los pacientes crónicos; (2) la disponibilidad creciente de datos internacionales –OCDE, OMS, UE, etc.-- y la facilidad de acceso a los mismos, y (3) en Europa la financiación de la UE para este tipo de estudios, así como la existencia del [European Observatory on Health Systems and Policies](#).

Las innumerables perspectivas y objetos potenciales de evaluación en y de los sistemas sanitarios, vistas en la sección anterior, pueden replicarse como comparaciones entre dos o más países en una miríada de aspectos relacionados con la salud de gran interés. Por ejemplo: logros en salud, en equidad de acceso y financiación; niveles de calidad, eficiencia, de utilización de ciertos inputs (personal, medicamentos); organización de la Atención Primaria, productividad hospitalaria, pago a médicos, satisfacción de población y pacientes con los servicios, supervivencia de ciertos tipos de tumor, consumo de medicamentos, mix de personal, etc.

5.1 Notadecautelasobrecomparacionesinternacionales

Comparar es mirar y contrastar similitudes y diferencias, ventajas e inconvenientes. Las comparaciones internacionales lo hacen cruzando las fronteras de los países y éstos, incluso

los más próximos –pensemos en Europa- se caracterizan por el complejo entramado contextual ligado a su historia, tradiciones, valores sociales, instituciones, etc., que les da una personalidad característica. Las culturas nacionales hacen que los sistemas sanitarios sean construcciones sociales e instituciones muy específicas de cada país. Por ello, el gran problema no resuelto de las comparaciones internacionales de los sistemas de salud, su caja negra, es precisamente el contexto histórico, sociológico, político e institucional y los valores sociales a los que responden los sistemas de salud. Su importancia es que ello constituye el núcleo de la especificidad de cada sistema y explica la gran mayoría de sus diferencias respecto a otros países. De hecho es el contexto cultural e institucional de un país el que explica la propia existencia de los sistemas de salud, con estructuras particulares, y por ello también las diferencias internacionales. Esta constatación obliga no tomar nunca en cuenta las características aisladas de otros sistemas. Ver Figura 10.

Figura 10



Un segundo problema relacionado con el anterior, aunque propio de toda observación, es que la realidad a observar-comparar estará siempre, en mayor o menos medida, deformada por la subjetividad de la mirada de origen. Esta deformación se ve facilitada, además porque no es infrecuente que palabras iguales signifiquen realidades distintas en cada país. Esta dificultad en distinguir entre la realidad objetiva de lo contemplado y la interpretación que de ella hace nuestra mirada, condiciona lo que se considera útil y transferible, e incluso lo que se transfiere de otros sistemas [38].

El conocimiento de los problemas existentes en las comparaciones

38 Casos llamativos de este tipo son: (1) la importación de la idea del Gerente hospitalario procedente del NHS británico, entendiéndola aquí como un nombramiento discrecional, (2) creación de las Hospital Foundations en el NHS británico inspirada

internacionales de sistemas sanitarios nos debe llevar a una comprensión muy matizada de sus posibilidades y de sus límites para informar el debate sanitario en cada país.

5.2 Aproximaciones y utilidad de las comparaciones internacionales de los sistemas sanitarios

Las comparaciones internacionales de los sistemas sanitarios, al igual que de otros sectores de la economía tienen hoy un gran peso porque

- 1) Sirven para conocer y analizar mejor el propio sistema, al ser contrastado con las características de los de otros países, y poder identificar áreas de alto o bajo desempeño comparado;
- 2) Posibilitan la identificación y evaluación de estrategias y tendencias en aspectos clave de los servicios sanitarios, como son: 1) centralización-descentralización, 2) papel de lo público-privado, 3) elección (*choice*)-planificación, 4) impuestos-contribuciones sociales, 5) responsabilidad individual-colectiva en la salud y su financiación, etc.
- 3) Permiten descubrir en otros sistemas características que son negativas, y por lo tanto a evitar, y aquellas cuya comprensión y conocimiento adquiridos en un país y contexto son generalizables y trasplantables a otros.

En el análisis político internacional de los sistemas de salud no existen reglas o marcos conceptuales universalmente aceptados, por lo que Marmor [39] apunta que le falta teoría, que existen múltiples observaciones empíricas, posibles lecciones a aprender, pero escasean las indicaciones sobre cómo abordar académicamente este campo. El estudio comparado de la política sanitaria implica tensión entre un enfoque explicativo versus

en la visita que sep 2001 realizó al Hospital Fundación de Alcorcón el ministro de sanidad del R.Unido (solo los nombres tienen algún parecido). Ref. [The Guardian 31mar2004](#); [House of Commons: NHS Foundation Trusts in the Health and Social Care \(Community Health and Standards\) Bill. R.PAPER 03/38, 29 APRIL 2003, Bill 70 of 2002-3.](#)

39 Marmor T. The unwritten rules of crossnational policy analysis. [Health Economics, Policy and Law](#), 2012;7(1):19-20. doi:10.1017/S1744133111000272. Ver también: Klein R. Learning from Others and Learning from Mistakes: Reflections on Health Policy Making', in Marmor T, Freeman R and Okma KGH (eds). [Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care](#), New Haven and London: 2009, Yale University Press.

uno prescriptivo, entre un análisis inductivo (de los hechos a las teorías) y otro deductivo (de la teoría a su confirmación empírica); entre atención a los elementos de convergencia entre sistemas y a las especificidades propias de cada uno.

Su abordaje de las comparaciones internacionales en sanidad dependerá del porqué del mismo, de si su finalidad es el mero análisis-conocimiento o está orientada al aprendizaje-utilización de enseñanzas; ello nos indicará el cómo de la comparación, los instrumentos y modelo conceptual. Así pues, dependiendo de la finalidad de la comparación, las aproximaciones posibles pueden ser:

1. Considerar las experiencias internacionales como **cuasi-experimentos naturales**, disponibles para observación y aprendizaje, de los que es posible extraer lecciones sobre lo que funciona y lo que es replicable en otro medio; esta es, por ejemplo, la aproximación utilizada cuando se revisan los costes sanitarios con los datos de la OCDE;
2. Realizar una búsqueda internacional sobre algún aspecto específico en uno o varios países para conocer el estado de la cuestión, el porqué del mismo;
3. Preguntarse por el contenido de la agenda política sanitaria de los países de interés, entendiendo que la similitud de problemas y respuestas ayuda a matizar y contextualizar las formulaciones concretas de un país, por similitud o contraste.

Una propuesta [40] de gran interés es incorporar *medidas de resultados (outcomes)* al marco conceptual para el análisis internacional comparado de la política y las políticas sanitarias [41], con el objetivo de mejorar la comprensión de lo que significan

Tabla 4

Actores, instituciones, sistemas de salud y resultados		
Análisis		
	Actores políticos Instituciones	Sistemas sanitarios
Análisis de resultados (outcomes)	No	a) Papel de las instituciones y actores políticos en la política sanitaria c) Regulación, financiación y organización
	Si	b) Actores políticos y Resultados (outcomes) de la política sanitaria d) Sistemas sanitarios y Resultados (acceso, calidad, equidad, satisfacción)

Fuente: Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*. 2012 Sep;107(1):11–20.

40 Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*. 2012 Sep;107(1):11–20.

41 Utilizamos en plural “políticas” como equivalente del inglés “policy” para referirnos a la intencionalidad y contenido de los objetivos, mientras que con “política”, equivalente a “politics” en inglés, nos

para los pacientes las reformas y el funcionamiento del sistema (ver Tabla 4)-

5.3 Problemas y riesgos

No cabe dudar de la utilidad de las comparaciones internacionales en sanidad, al igual que en otras áreas. Sin embargo, nunca se insistirá lo suficiente en la necesidad de comprender adecuadamente, en su contexto, lo que funciona o no funciona en otros países antes de importar o desechar la idea en el propio. Como muestran los ejemplos de la nota [38], la importación descontextualizada da lugar a grandes equívocos y nunca reproduce en el destino los efectos positivos que pudiera haber tenido en origen.

Además de la descontextualización, bienintencionada u oportunista, la utilización doméstica de las comparaciones internacionales presenta dos peligros igualmente a evitar por ser completamente engañosos:

- 1) Uno es el entusiasmo ingenuo sobre la importabilidad de prácticas y características de otros sistemas: se asume acríticamente que las 'mejores prácticas' de otros países se pueden trasplantar directamente sin adaptación ni pérdida de eficacia.
- 2) Otro, el opuesto, es el cinismo localista que enfatiza lo incompatible del contexto local con cualquier aportación externa, con la falacia de que la diferencia entre los países impide el aprendizaje mutuo.

5.4 Fuentes y recursos de interés para las comparaciones internacionales de sistemas sanitarios.

Las fuentes y recursos existentes para las comparaciones internacionales de sistemas sanitarios son fundamentalmente tres:

referimos a las interacciones entre actores políticos para llevar a cabo las "políticas" (objetivos). La expresión "Política Sanitaria" tiene aquí el significado que le da la OMS: "decisiones, planes, actividades que se llevan a cabo para lograr objetivos específicos de salud dentro de una sociedad.

(1) **Bases de datos y sistemas de información de los sistemas de salud.** Las consultas se puede realizar directamente en cada país de interés pero ello presenta dificultades tanto de acceso como de comparabilidad de datos e indicadores. Por ello son insustituibles las bases de datos de los organismos internacionales que garantizan definiciones e indicadores estandarizados: las más importantes son:

— **OMS:** Estadísticas de salud anuales disponibles en Excel: [World Health Statistics](#); [Datos de salud por países](#); [Registro de indicadores](#) con sus definiciones y fuentes; compendio de todos los datos en el [Global Health Observatory](#).

— **OCDE:** [OECD Health Data](#), y bases de datos de cada país.

— **Banco Mundial:** tiene un gran desarrollo de todo lo relacionado con [datos](#), entre otros incluye [salud](#), y bases de datos de todos los [países](#).

(2) **Informes descriptivo-analíticos sobre los sistemas sanitarios de los países.** Para estos estudios la referencia internacional es el [Observatory of Health Systems and Policies](#) con su serie [Health Systems in Transition \(HiT\)](#) [], disponible en internet. Incluye actualizados casi todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados con informes de cada país que responden a una misma estructura y metodología. Están pensados para (1) ser utilizados y conocer en detalle cómo cada país organizado, financia y provee sus servicios sanitarios; (2) describir el proceso, el contenido y la implementación de las reformas; (3) apuntar retos y áreas que requieren análisis más detallados; (4) servir para la difusión de información sobre los sistemas sanitarios y el intercambio de experiencias entre decisores y analistas. La OCDE también realiza [informes de países](#) vinculados a su base de datos sanitarios.

(3) **Estudios comparados de los sistemas de salud de países.** El Informe 2000 de la OMS y [Health at a Glance 2011](#) de la OCDE son dos ejemplos ya vistos de este tipo de estudios. Las principales fuentes de interés para este tipo de informes son:

42 WHO/Europe. Health system profiles (HiTs) [Internet]. [cited 2010 Dec 10]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits>

— *Observatory of Health Systems and Policies. [Snapshots of Health Systems](#)*. Esta publicación de 2005 es una presentación sucinta de los sistemas de salud de todos los países de la UE-15 a partir de los informes de cada país [43].

— *[The Commonwealth Fund](#)*: análisis comparado de trece países, de 2010 y regularmente compara los EEUU con otros países desarrollados [44]; aunque se trata de comparaciones locales dentro de los EEUU es de gran interés el *[Health System Data Center](#)* que interactivamente permite conocer el puesto que cada Estado-territorio ocupa con relación con el mejor desempeño.

Además de estos trabajos llevados a cabo por organizaciones especializadas, existe un buen número de libros y trabajos sobre sistemas sanitarios comparados del mundo académico y profesional, junto con estudios sobre su metodología, utilidad, etc. [45].

(4) Estudios comparativos de aspectos diversos de los sistemas de salud. El Informe 2000 de la OMS y Health at a Glance 2011 de la OCDE son dos ejemplos ya vistos de este tipo de estudios. Las principales fuentes de interés para este tipo de informes son:

— *[Observatory of Health Systems and Policies](#)*. Esta es quizá la fuente con más y mejores análisis comparados de diversos aspectos de interés de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. De hecho, junto a los HiTs, el punto fuerte del Observatory son los análisis, que generalmente incluyen aspectos comparativos de diferentes temas de la política sanitaria. La difusión de los análisis se realiza a través de varios tipos de publicaciones: en los libros de *[Studies](#)* publica análisis en profundidad de temas como

43 Grosse-Tebbe S, Figueras J, editors. Snapshots of health systems [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies; 2005 [cited 2012 Aug 8]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/110242/E87303.pdf

44 Squires D. *[International Profiles of Health Care Systems](#)*. The Commonwealth Fund, June 2010. Este texto se subtitula: “International Profiles of Health Care Systems, 2011. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States” En cuatro-cinco paginas sintetiza para cada país los siguientes puntos: Cobertura poblacional, Financiación, Organización, Iniciativas para mejorar calidad, Iniciativas para mejorar Eficiencia, Sistemas de control de costes y Innovaciones y reformas recientes.

45 Entre ellos ver: Conill E. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos G, et al., editors. Tratado de saúde coletiva. São Paulo;Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editora Fiocruz; 2006. Dickinson H, Ham C. Health Services in Small Countries: what are the lessons for Wales? [Internet]. 2008 Jan; Disponible en: http://www.hsmc.bham.ac.uk/news/pdfs/Governance_Small_Country_English.pdf. Backman G. et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries, *The Lancet*, Volume 372, Issue 9655, 13–19 December 2008, Pages 2047-2085, ISSN 0140-6736, 10.1016/S0140-6736(08)61781-X. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360861781X>)

[financiación](#), [descentralización](#), etc.; en los [Policy briefs](#) se trata de extraer lecciones de los trabajos del Observatorio; [Eurohealth](#) y [Euro Observer](#) son publicaciones trimestrales abiertas a colaboraciones externas, generalmente centradas en un tema.

— [Health Evidence Network \(HEN\)](#). Es también una iniciativa de la OMS/Europa formada por una red de [organizaciones](#), la mayor parte de ellas agencias europeas de evaluación de tecnología médica, cuyo objetivo es ofrecer análisis fiables, basados en la evidencia de temas (preguntas) de interés.

— [OMS-Ginebra](#): Su página de internet dedicada a [Sistemas Sanitarios](#) tiene múltiples informes basados en el análisis comparado de experiencias internacionales.

— [Health Policy Monitor](#) no ofrece directamente análisis comparados pero su página de internet está diseñada para facilitar la comparación de un tema de interés en los sistemas sanitarios cubiertos.

— OCDE. La nueva serie de la OCDE sobre revisión de la calidad de la atención sanitaria, [Health Care Quality Reviews](#) trata de analizar comparativamente lo que funciona en cada país para extraer lecciones que mejoren los sistemas sanitarios. Otras iniciativas de análisis, generalmente comparado y enfocado en el aprendizaje entre sistemas en relación a la eficiencia, la calidad y el desempeño son: [Analytical Health Projects](#), [Policy Studies](#) y [Working papers](#).

Además de estas organizaciones-instituciones focalizadas en temas sanitarios internacionales, casi todas las revistas médicas y muchas otras instituciones de todo tipo publican frecuentemente análisis comparados de temas sanitarios de gran interés. Algunos llevan consigo interesantes polémicas como la comparación del NHS británico con Kaiser Permanente de California y la de ésta con el sistema sanitario danés [46].

En resumen: los estudios comparados de sistemas sanitarios

46 **NHS vs. Kaiser:** Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002 Jan 19;324(7330):135–41. Talbot-Smith A, Gnani S, Pollock AM, Gray DP. Questioning the claims from Kaiser. *Br J Gen Pract*. 2004 Jun;54(503):415–421; discussion 422.

Dinamarca vs. Kaiser. Strandberg-Larsen M et al. [Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: a comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system](#). *BMC Health Serv Res*. 2010;10:91. Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F, et al. [A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente](#). *BMC Health Serv Res*. 2008 Dec 11;8:252.

tienen, un gran interés y una gran importancia en la política sanitaria; creciente en un mundo cada vez más interconectado. El interés y la utilidad del conocimiento comparado de otros sistemas crece exponencialmente cuando se es consciente del contexto cultural nacional y sanitario de lo que se compara.

Conclusiones

— La definición de sistemas de salud como “*todas las personas y actividades cuyo objetivo primordial es proteger y mejorar la salud*” (Informe OMS 2000) [21] apunta a la gran complejidad de los sistemas de salud, así como la dificultad de establecer con claridad sus límites por (1) la imbricación que la protección de la salud tiene con múltiples aspectos de la organización social y económica moderna (seguridad en el transporte, medio ambiente, seguridad e higiene de los alimentos, etc.), y (2) por la intrincada conexión que los servicios sanitarios tienen a su vez con todos los demás sectores (educativo, industrial, etc.).

— Los sistemas de salud, tienen una importante contribución a la salud, pero los determinantes más importantes están fuera del sistema sanitario y son sociales, derivados de las condiciones socioeconómicas (pobreza, desigualdades, educación, etc.). Éstas afectan a la salud (1) directamente a través de mecanismos no bien conocidos, (2) porque condicionan renta, nutrición, educación, etc., pero también por (3) ser factores decisivos para otros grandes determinantes de la salud, como son el medio ambiente, los estilos de vida y por supuesto, los propios sistemas de salud.

— Los sistemas de salud son muy específicos de cada país y muy diferentes entre sí. Es generalmente aceptado que deben tener tres objetivos: mejorar el nivel de salud, responder a las expectativas de la población y ofrecer protección financiera frente a la enfermedad (aseguramiento sanitario); la equidad (distribución social justa) es componente sustancial estos objetivos, de modo que su logro ha de medirse tanto por su nivel medio, como por su distribución justa entre todos los grupos sociales.

— Si bien en modo alguno cabe dudar de la eficacia e importancia de la medicina moderna, es sensato preguntarse por el desempeño de los sistemas de salud: por su eficiencia y su efectividad, y también por la equidad en el acceso, utilización y resultados de sus servicios. Siempre, pero especialmente en tiempos de crisis económica, tiene un gran interés mejorar la eficiencia asignativa y técnica, gastar menos sin efecto negativo apreciable en la salud: la monitorización y la evaluación sistemática de los servicios sanitarios son una clave importante para ello.

— Si bien la evaluación de los sistemas de salud depende de

la información y los indicadores disponibles, lo que en última instancia es crítico y decisivo para la calidad de los datos y de las evaluaciones es que unos y otras: (1) estén disponibles en abierto y sean reutilizables (transparencia), (2) que sean en la práctica utilizados para la toma de decisiones y el debate social, político y profesional. En definitiva, la existencia de evaluaciones y su calidad sólo florece en las sociedades con una alta calidad democrática en las que la transparencia y rendición de cuentas forma parte de su cultura y prácticas sociales y políticas.

— Las comparaciones y referentes internacionales tienen una gran influencia en todos los ámbitos de la vida de los países, también en sanidad para responsables políticos, expertos, profesionales sanitarios y ciudadanos activos interesados en conocer cómo funcionan, cuánto cuestan, y qué resultados tienen los servicios sanitarios de otros países. El conocimiento de los problemas existentes en las comparaciones internacionales nos debe llevar a una gran cautela en la utilización de sus resultados fuera de su contexto sanitario y cultural, inmunizándonos contra la importación descontextualizada de características de otros países y, sobre todo, su utilización demagógica en el debate sanitario.