

2.2 Paradigmas de organización de los sistemas de salud.



Introducción al análisis de los sistemas de salud, y a los distintos modelos de análisis de los sistemas de salud, con énfasis en los países desarrollados

Autor: Alberto infante Campos

Profesor de la ENS Departamento de Salud Internacional

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Infante Campos A. Paradigmas de organización de los sistemas de salud [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 2.2. Disponible en: dirección 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 primer lugar, en este capítulo se presentan, de manera necesariamente muy resumida, algunos conceptos básicos de tipo histórico necesarios para comprender el funcionamiento de los sistemas de salud como el resultado de un proceso histórico complejo en el que han intervenido, y siguen interviniendo, multitud de actores con aspiraciones e intereses no siempre coincidentes. Y, también, para situarlos en el contexto más amplio del sector de la salud y de las relaciones que el sector de la salud

tiene con otros sectores de la vida social. Se analizan luego algunas características estructurales de los sistemas de salud tales como la segmentación, la fragmentación y la organización por

Introducción

1. Un poco de historia

2.-Segmentación, Fragmentación, Niveles de análisis

3. Modelos de análisis

4. Funciones esenciales de los sistemas de salud

Conclusiones

Referencias bibliográficas

niveles. A continuación, se presentan y discuten varios de los modelos más comúnmente utilizados en nuestro medio para analizar los sistemas de salud. Y, por último, se desarrollan las funciones esenciales que desarrollan los sistemas de salud. Si bien, en el texto se hacen referencias a los países en vías de desarrollo o emergentes (sobre todo de América Latina y el Caribe) la mayor parte del mismo está pensado teniendo en cuenta el "mundo desarrollado" occidental. Dado el carácter básicamente introductorio de este capítulo, es importante tener en cuenta las referencias que en él se hacen a otros capítulos donde muchos de los temas tan solo

mencionados en este se desarrollan con mayor amplitud y detalle.

Introducción

Podemos definir los sistemas de salud como las diferentes formas que adopta la protección de los riesgos para la salud y la atención de los daños a la salud en cada sociedad. En un momento dado, un sistema de salud es el resultado de múltiples interacciones encaminadas a proteger y, en su caso, a mejorar la salud colectiva e individual, así como a financiar y a organizar la prestación de cuidados de salud.

Esta forma de considerar los sistemas de salud tiene varias consecuencias importantes.

En primer lugar, significa que los sistemas de salud tienen una historia (en algunos casos bastante dilatada en el tiempo) cuyos

rasgos fundamentales conviene conocer para comprender su funcionamiento presente y sus tendencias de futuro. Con frecuencia, los sistemas de salud de un país están formados por varios subsistemas originados en épocas diferentes y que responden a distintas lógicas de funcionamiento.

En segundo lugar, significa que los sistemas de salud son el resultado de las interacciones mantenidas por numerosos y diversos actores (por ejemplo, profesionales, pacientes, familias, gobiernos, parlamentos, jueces, proveedores, medios de comunicación, etc.) cuyas características y comportamientos también conviene conocer.

En tercer lugar, significa que son sistemas complejos (pues incluyen leyes, normas, prácticas, conocimientos, percepciones, intereses, opiniones, esquemas de organización a diferentes niveles, etc.) y dinámicos (cada uno de los actores que los forman y cada uno de los elementos principales se hallan en movimiento o sometidos a numerosas tensiones)

En cuarto lugar, significa que los sistemas de salud responden a una serie de valores y principios que en algunos casos son explícitos, y se hallan recogidos en códigos y en leyes, y en otros casos son implícitos. Muchos de estos valores y principios suelen ser objeto de discusión frecuente y rara vez son compartidos totalmente por todos los actores involucrados, algunos de los cuales pueden sostener, incluso, valores contrapuestos.

En quinto lugar, significa que, pese a la gran complejidad derivada de los puntos anteriores, al interior de los sistemas de salud es posible identificar una serie de funciones básicas y de niveles de actuación diferenciados para lo cual se han desarrollado metodologías específicas.

En sexto lugar, significa que los sistemas de salud están ubicados en el interior de un amplio y diverso conjunto de interacciones que los distintos agentes sociales (individuos, familias, empresas, gobiernos y otros poderes del estado, medios de comunicación, etc.) establecen entre sí (lo que comúnmente se denomina "la sociedad"), que influyen en esas interacciones y son influidos a su vez por ellas.

Y en séptimo lugar, pero muy importante, significa que un sistema de salud no se limita a prestar cuidados personales pues también puede prestar servicios de salud colectiva (por ejemplo, educación para la salud, control de alimentos o vacunaciones)

En consecuencia, rara vez uno solo los actores (por ejemplo, la máxima autoridad sanitaria nacional o regional) dispone de toda la información y de los instrumentos necesarios para “dirigir” o “controlar” de manera fehaciente y completa la dinámica de un sistema de salud, el cual se mueve, en el mejor de los casos, impulsado por la resultante de un conjunto continuado de consensos y disensos entre los principales actores.

El sistema de salud y el sector de la salud

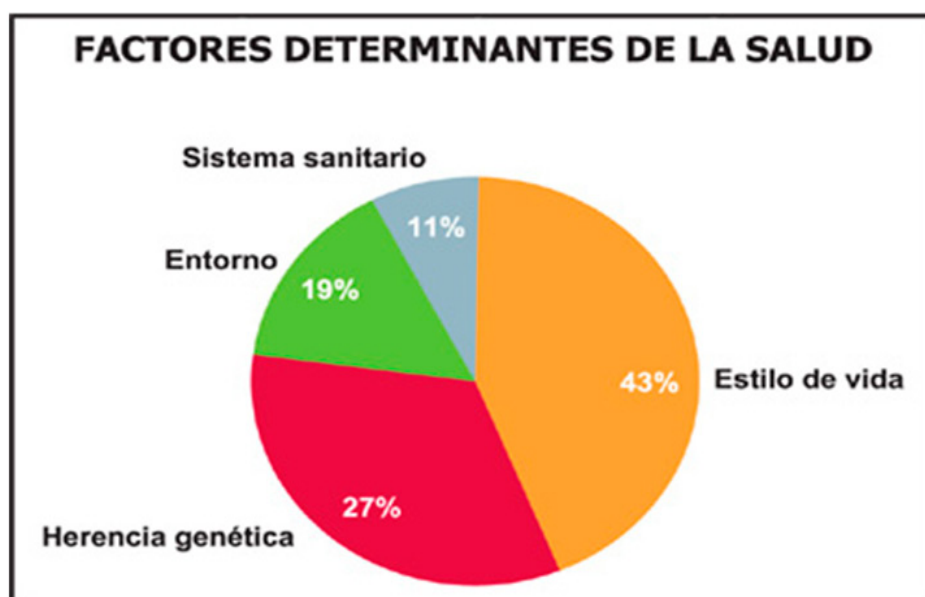
Aunque la influencia del medio ambiente y de las condiciones de vida sobre la situación de salud se conoce desde antiguo, ha sido a partir de los años 70 del pasado siglo cuando estas influencias se han ido conceptualizando en un cuerpo coherente de doctrina (los llamados “determinantes sociales de la salud”).

Si bien este asunto se presenta con mayor detalle en otro módulo del curso, no se puede dejar de mencionar aquí la línea de reflexión iniciada a mediados de los años 70 del pasado siglo tras la publicación del *Informe Lalonde* (1974) (1) y del trabajo de G. E. Alan Dever (1976) (2) cuyo resultado principal ha sido ubicar a los sistemas de salud en un contexto más amplio.

Como puede verse en el diagrama 1, la acción de los sistemas de salud (y, más específicamente, de los sistemas de prestación de cuidados) aún siendo relevante, tendría un peso menor sobre la situación de salud de las poblaciones que otros determinantes que fueron identificados.

Concebir los sistemas de salud no como algo estático sino como el resultado dinámico de las múltiples interacciones desarrolladas a lo largo del tiempo por diversos actores para proteger y, en su caso, a mejorar la salud colectiva e individual, así como para financiar y a organizar la prestación de cuidados de salud, tiene importantes consecuencias conceptuales y prácticas.

Diagrama N° 1



Sin embargo, tal como señaló Alan Dever, los sistemas de salud consumían una proporción muy superior del gasto público cuando se comparaban con la proporción destinada a los otros determinantes (ver tabla Nº 1)

Tabla Nº 1

	% Gasto público
Sistemas de salud	90.7
Biología	6.9
Medio Ambiente	1.6
Estilos de Vida	1.2

Fuente: Alan Dever, G. E (2)

Si bien el trabajo de Alan Dever se refería solamente a los Estados Unidos de Norteamérica, fue objeto de críticas metodológicas, y desde su publicación casi todos los países han puesto en marcha actuaciones para mejorar el medio ambiente y los estilos de vida, se admite que sigue existiendo una desproporción muy grande entre los porcentajes de gasto público destinados a los cuatro grupos de determinantes.

Las dos primeras *consecuencias* de lo anterior fueron el surgimiento de la promoción de la salud (incluida la educación sanitaria) como un campo de conocimiento y de práctica específico, así como la creciente importancia que se otorga al trabajo intersectorial para desarrollar las actuaciones y conseguir objetivos en salud pública.

La visión intersectorial de la salud sitúa en primer plano las relaciones del sector de la salud con otros sectores de la vida social tales como la educación, los servicios sociales, la vivienda, la producción y distribución de alimentos, el empleo, etc. los cuales influyen poderosamente en el estado de salud de las poblaciones y en las percepciones de la gente sobre su propia situación de salud y sobre cómo son atendidas sus necesidades

de salud.

Una tercera consecuencia ha sido ampliar el concepto mismo de *sistema de salud* el cual sería solamente un subconjunto de un conjunto más amplio denominado "*sector de la salud*" del cual formarían parte no solamente las redes públicas y privadas de establecimientos de salud que prestan servicios preventivos o curativos a las personas sino también muchos otros actores que desarrollan tareas de formación, de investigación, de información, de apoyo y asesoramiento, etc.

1. Un poco de historia

Hasta comienzos del siglo XIX en el mundo "occidental" la atención sanitaria se reducía a la relación entre el médico y un paciente y era una relación privada que incluía una contraprestación económica (el paciente le pagaba al médico en moneda o en "especie"). Desde entonces se han ido desarrollando diversos sistemas para atender las situaciones de necesidad sanitaria.

En lo fundamental estos sistemas comenzaron a organizarse por la iniciativa de asociaciones privadas de tipo gremial, de distintas confesiones religiosas, o de grupos de personas privadas con fines caritativos. Una notable excepción la representan las organizaciones de la sanidad militar, a través de las cuales, y desde antiguo, los Estados se hacían cargo de la atención sanitaria de sus ejércitos y, en ocasiones, de los soldados heridos o mutilados en campaña cuando habían sido desmovilizados.

Desde mediados del siglo XIX en los países "occidentales" se van desarrollando diversos modelos de protección social de la salud que, en una primera aproximación, pueden catalogarse en tres grandes grupos:

- a) Asistencia social para pobres (vinculada a la condición de necesitado)
- b) Sistemas de Seguro Social (vinculados a la condición de trabajador afiliado o de beneficiario)
- c) Sistemas Universales (vinculados a la condición de ciudadano o de residente)

Estos tres modelos pueden coexistir en un mismo país y lo

Lo que habitualmente entendemos por sistema de salud es tan solo un subconjunto de un conjunto más amplio denominado "sector de la salud" del cual forman parte las redes públicas y privadas de establecimientos de salud, y también, las entidades que forman a los profesionales y trabajadores de la salud, los institutos de investigación, las corporaciones profesionales, las organizaciones patronales y sindicales, las industrias, etc.

Los sistemas de salud de la UE comparten una serie de valores esenciales (Universalidad, Acceso a atención de calidad, Equidad y Solidaridad) y de principios compartidos (Calidad, Seguridad, Atención basada en la Evidencia y en la Ética, Participación del paciente, Derecho a reparación, Intimidad y Confidencialidad)

La UE es competente en materia de salud pública así como en la regulación de mercados de bienes y de servicios que afectan a los sistemas de salud. La organización de los sistemas de salud sigue siendo competencia de los Estados Miembros.

habitual es que uno de ellos sea hegemónico o dominante. En la actualidad, de los grandes países desarrollados solamente los Estados Unidos de Norteamérica mantienen el modelo a) como modelo dominante. En este país, la atención de la enfermedad es un bien estrictamente privado salvo en casos de necesidad demostrada (*Medicaid*) o en aquellas situaciones especiales (mayores de 65 años y enfermos renales – *Medicaire*) para las que existen fondos públicos destinados a financiar la atención sanitaria. En los demás países desarrollados, la protección de la salud y la atención a la enfermedad son bienes públicos tutelados por el Estado. Esta tutela suele estar consagrada en las leyes y puede ser exigida, en determinadas circunstancias, ante los tribunales.

Este tema será desarrollado extensamente en otro de los módulos del curso por lo que no se trata en profundidad aquí.

En la actualidad, en el caso de la Unión Europea (UE) la responsabilidad sobre la organización y el desempeño de los sistemas de salud sigue siendo una competencia de los Estados Miembros. No obstante, en 2006 el Consejo de Ministros adoptó una serie de *valores esenciales* (Universalidad, Acceso a atención de calidad, Equidad y Solidaridad) y de *principios compartidos* (Calidad, Seguridad, Atención basada en la Evidencia y en la Ética, Participación del paciente, Derecho a reparación, Intimidad y Confidencialidad) por los sistemas de salud de los Estados Miembros (3). Estos valores y principios se incluyeron en la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza aprobada en 2011 (2011/24/UE), que es la primera en su género aprobada por la UE.

2. Segmentación, Fragmentación, Niveles de análisis.

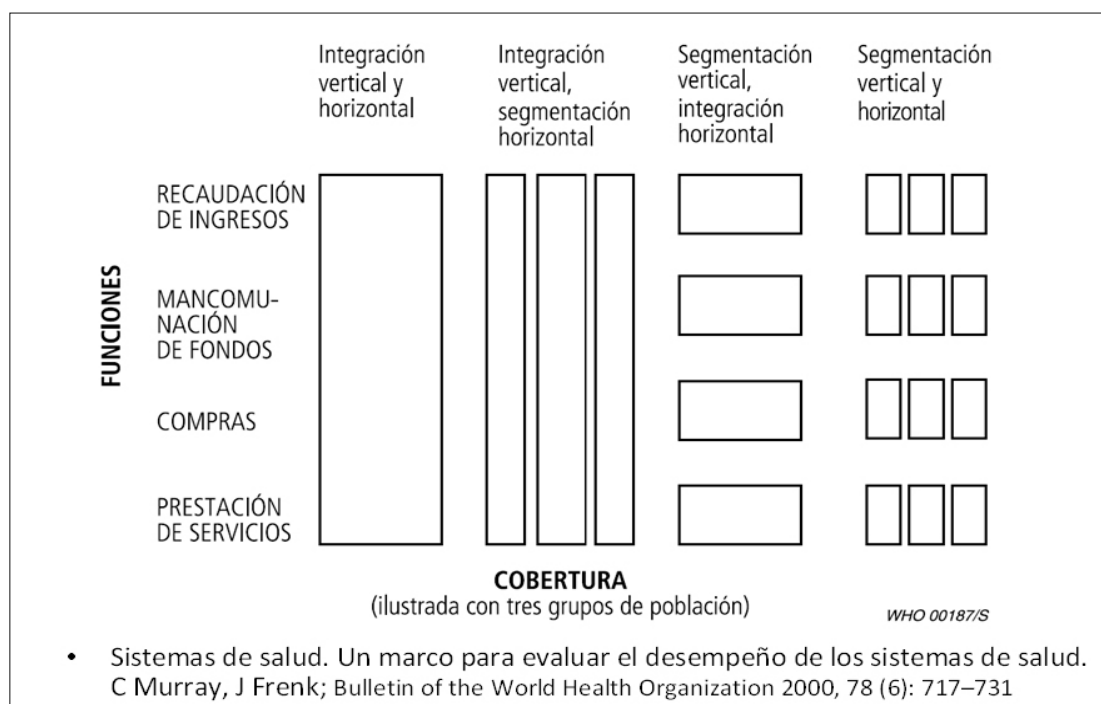
Se entiende por *segmentación* de los sistemas de salud la existencia de subsistemas diferentes en función de las distintas fuentes y modalidades de financiación, las cuales reflejan una segmentación social por capacidad de pago ó por inserción en el mercado laboral. Un ejemplo muy común es la coexistencia en un mismo país (o territorio) de un subsistema público financiado mayoritariamente por impuestos, otro subsistema público financiado mayoritariamente por cuotas, y un tercer subsistema financiado mayoritariamente mediante donaciones (y habitualmente destinado a las poblaciones no cubiertas por

los dos anteriores: pobres, migrantes irregulares, etc.)

La *segmentación* es, por tanto, una característica vertical pues estos subsistemas (que, a su vez, también pueden estar segmentados al interior de cada uno de ellos) no suelen comunicarse entre sí y a menudo funcionan como compartimentos estancos. La segmentación consolida la desigualdad entre grupos sociales y tiende a perpetuar la exclusión social de los grupos desfavorecidos.

Se entiende por *fragmentación* la coexistencia en un determinado país (o territorio) de servicios de salud dependientes del mismo o de distintos subsistemas, que actúan sin la necesaria coordinación y/o integración.

La fragmentación es, por tanto, una característica horizontal pues fomenta el que las unidades prestadoras de cuidados trabajen desconociendo a aquellas otras que actúan en un mismo territorio, lo cual incrementa la probabilidad de duplicación de servicios, de pérdida de oportunidades, de aumentos en los costos globales de operación y de riesgos innecesarios para los pacientes.



Modelos de sistemas de salud , según el tipo de integración

http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_149-162_spa.pdf

Aunque la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud han sido bien documentadas y se admiten como un rasgo básico de los países de América Latina y el Caribe (4) (y otras

En todos los sistemas de salud, incluidos los de financiación pública, existen grados de segmentación y de fragmentación que conviene conocer para determinar hasta qué punto están justificados o son causa de ineficiencias que podrían tal vez evitarse

zonas menos desarrolladas del mundo), se encuentran también presentes, en mayor o menor grado, en los sistemas de salud de los países "occidentales" desarrollados (por ejemplo, entre el Sistema Nacional de Salud y la asistencia sanitaria de financiación pública prestada a través de las Mutualidades – segmentación – o entre los dispositivos de atención a urgencias y emergencias de Cruz Roja, Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid fragmentación).

Además de lo anterior, para caracterizar adecuadamente un sistema (o subsistema) de salud conviene distinguir, al menos, tres *niveles de análisis*, tal como ha sido propuesto por Ortún Rubio (5):

- **Nivel Micro:** en el que fundamentalmente interactúan pacientes y profesionales con el propósito de resolver problemas de salud concretos, y cuyos ámbitos de relación suelen ser el domicilio, el nivel primario y el hospital (o centro de atención especializada)

- **Nivel Meso:** en el que fundamentalmente interactúan profesionales y gerentes con el propósito de garantizar las condiciones materiales y organizativas necesarias para la resolución de los problemas de salud que se plantean en el nivel anterior, y cuyos ámbitos de relación son los establecimientos sanitarios y las redes de servicios de salud.

- **Nivel Macro:** en el que fundamentalmente interactúan políticos y ciudadanos con el propósito de establecer las condiciones de liderazgo y de legislación, las modalidades de financiación y de cobertura, y el reparto de las responsabilidades (por ejemplo, el grado de descentralización de la gestión del subsistema público de salud) y de los recursos entre los subsistemas y los territorios

Aunque esta separación no es rígida pues existen zonas de solapamiento entre los tres niveles, ella permite ubicar bastante bien actores, problemas y responsabilidades, y, en general, se adecua a los esquemas de organización más frecuentes de los distintos subsistemas de salud.

Lo ideal sería que, al menos al interior de cada subsistema, los tres niveles actuaran de manera *sinérgica* (es decir, alineándose con las mismas prioridades y persiguiendo los mismos objetivos) y *sincrónica* (es decir, persiguiendo objetivos comunes al mismo tiempo) pero la experiencia demuestra que esto no siempre ocurre. Lograrlo es, precisamente, uno de los objetivos básicos de aquellos que tienen asignada la rectoría o conducción del

sistema.

3. Modelos de análisis de los sistemas de salud

A continuación se presentan varios modelos de análisis de los sistemas de salud que se han seleccionado por ser los más comúnmente utilizados en nuestro medio. Todos ellos deben ser tomados simplemente como lo que son: instrumentos conceptuales para comprender la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud. Han sido diseñados y suelen ser usados por distintos organismos (y consultores) internacionales para organizar la información, a menudo fragmentaria y dispersa, sobre los sistemas de salud. Ninguno da cuenta de todas las complejidades inherentes a estos sistemas, ni está libre de críticas. Tampoco sustituyen al conocimiento concreto y detallado del modo de organizarse y de funcionar del sistema de salud de un país (o territorio) determinado.

El modelo de Evans

En 1981, R. Evans (6) formuló un modelo para analizar los sistemas de salud con base en un análisis empírico de diez países desarrollados. Este modelo toma en cuenta solamente las diferentes modalidades de financiación, de pago a los prestadores y de regulación de esos flujos que se pueden identificar en un determinado sistema de salud.

En el modelo de Evans, las dos modalidades básicas de financiación son la financiación pública u obligatoria y la privada o voluntaria. Y las cuatro modalidades de pago a los prestadores de los servicios de salud son: a) pago directo de las personas sin seguro; b) pago directo con reintegro por seguro; c) pago indirecto por parte de terceros mediante contratos; d) pago indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organizaciones con integración vertical. De la combinación de las dos fuentes de financiamiento con cada uno de las cuatro modalidades de pago a los prestadores surgen ocho combinaciones posibles de financiación y pago. Sin embargo, una de ellas (el pago obligatorio con desembolso directo y sin seguro) no se da en la práctica. Tal como se desarrolla ampliamente en otra unidad didáctica, las siete modalidades restantes son:

1. Voluntario, de desembolso directo.
2. Voluntario de reintegro (a pacientes)
3. Público de reintegro (a pacientes)

4. De contrato voluntario
5. De contrato público
6. De integración vertical voluntario
7. De integración vertical público.

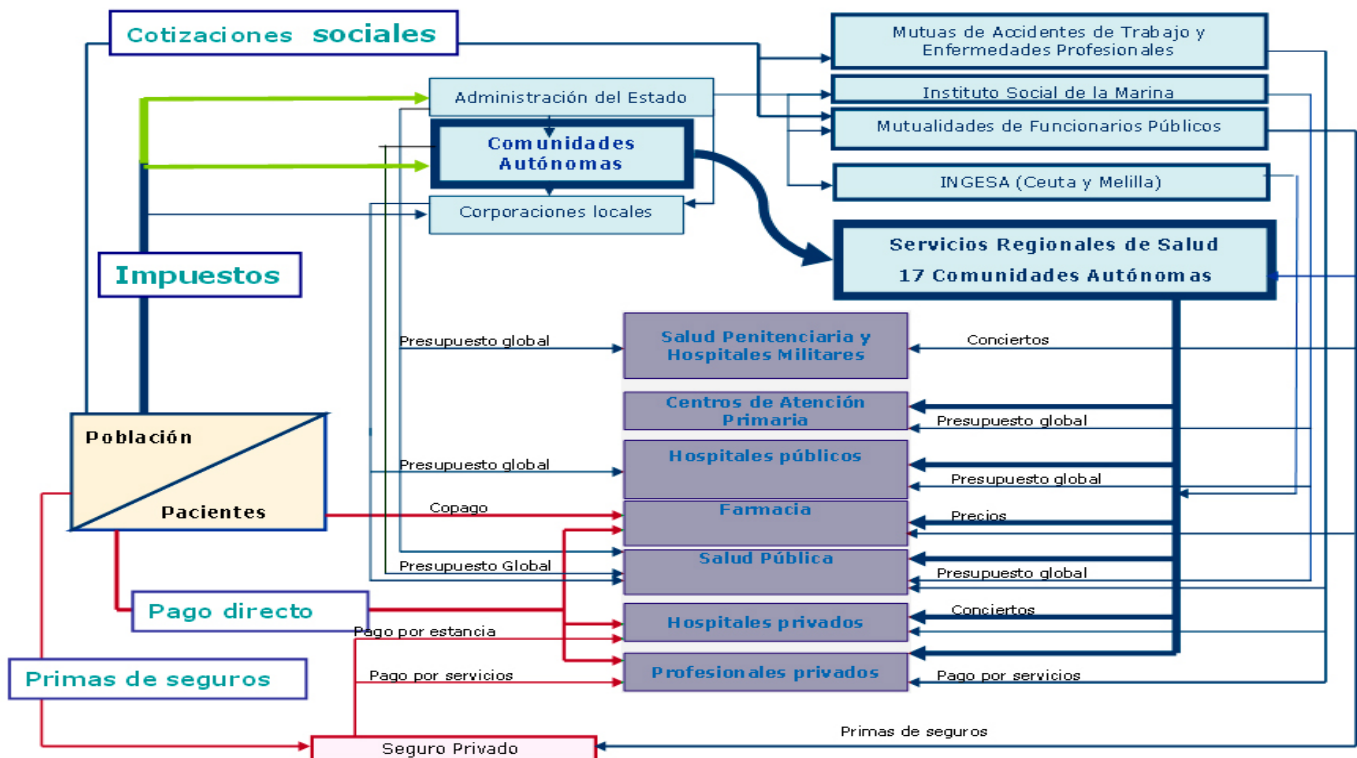
Una de las principales ventajas de esta clasificación (y del modelo en su conjunto) es que permite un análisis tanto de los actores involucrados en los flujos financieros como de los propios flujos (en magnitud y dirección). De este modo, permite visualizar los posibles impactos de las medidas de reforma sobre ellos.

Una segunda ventaja consiste en que cada modalidad suele constituir un circuito cerrado de financiación y de pago, de modo que resulta posible deconstruir un sistema complejo en subsistemas más simples de acuerdo a los flujos de recursos que se generan.

Una tercera ventaja es que el esquema de los flujos financieros entre los actores se puede complementar con el esquema de flujos de pacientes (o servicios) entre ellos de modo que se pueda acabar teniendo una idea bastante aproximada de quién paga, a quién y por qué (Ver diagrama N° 2)

Diagrama N° 2

Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma 2002



La principal limitante de este modelo radica en su concepción misma pues solo sirve para analizar los elementos que incluye y deja fuera aspectos sustantivos de los sistemas de salud tales como los mecanismos de toma de decisiones, los criterios de inclusión o no inclusión de poblaciones, los recursos no financieros, el impacto sobre la salud de las acciones desarrollados, o la calidad y utilidad de las prestaciones.

Desde su formulación, el modelo de Evans ha tenido (y sigue teniendo) un profundo impacto en el análisis de los sistemas de salud. Ha contribuido poderosamente al desarrollo de la economía de la salud y de las cuentas nacionales de salud. Y aunque no estuvo en la intención de su autor, también ha sido usado como marco conceptual por los defensores de las reformas de los sistemas públicos de salud orientadas a la "demanda"; es decir, en la idea de que "el dinero (público) siga las preferencias de los pacientes".

Como conclusión cabe decir que el análisis de los actores involucrados en los flujos financieros, así como de la magnitud y la direccionalidad de estos flujos y de los mecanismos de pago a los proveedores, son una parte esencial e insustituible del análisis de los sistemas de salud pero que no da cuenta de otros elementos tan importantes como ellos. Pero que pueden producirse problemas si se toma esa parte por el todo (7).

[El modelo desarrollado por OPS/OMS](#)

Hasta mediados de los años 90, y al igual que en otras partes del mundo, y como consecuencia de la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud en la mayoría de los países, en América Latina y el Caribe predominaba la tendencia marcada a reducir el sector de la salud al sistema de servicios que prestan cuidados de salud; a reducir además este al subconjunto de servicios de financiación pública; y, con frecuencia, a considerar solamente la red de prestadores que dependían de una sola entidad pública (por ejemplo, la red de servicios dependientes del Ministerio de Salud, la red de servicios de la Caja del Seguro social, etc.).

De 1996 a 2007 y en el contexto de una iniciativa orientada a apoyar a las autoridades nacionales en los procesos de reforma sectorial, la Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud, desarrolló un importante esfuerzo de conceptualización y análisis del sector de la salud y de los

El "modelo de Evans" es muy adecuado para el análisis de las relaciones entre los actores vinculados por flujos financieros y ha de ser completado con análisis que tengan en cuenta otros elementos esenciales de la dinámica de los sistemas de salud

sistemas de salud de los países de la región que se concretó en la elaboración de unos "*Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud*" (8) y, posteriormente, en la elaboración de unos "*Lineamientos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud de los países de la región*" (9) que dieron origen a la edición y revisión de los Perfiles de los sistemas de salud de los países de las Américas.

Este enfoque parte de una definición "amplia" del *sector de la salud* como el "conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas, actores y actividades cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud, prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos, o investigar y capacitar en estos campos, incluyendo, si procede, la atención al ambiente y la medicina tradicional". A continuación, los sistemas de salud de los países se dividen en un subsistema de financiación mayoritariamente pública y otro de financiación mayoritariamente privada.

En el subsistema de financiación mayoritariamente pública se incluyeron: el Gobierno central, la(s) institución(es) del Seguro Social, las Fuerzas Armadas y otros actores del nivel central, los Gobiernos regionales (o provinciales o estatales), los Municipios, las Universidades y Escuelas de Medicina, de Enfermería y de otras profesiones de salud, los institutos y centros de investigación científica y tecnológica, los laboratorios de producción y control de los medicamentos, derivados de sangre y otros insumos, las agencias públicas reguladoras (de flujos financieros, de seguros de salud, de proveedores, del ejercicio del derecho a la salud, etc.)

En el subsistema de financiación mayoritariamente privada se incluyeron: las empresas aseguradoras de la salud, los prestadores individuales o institucionales de servicios (con y sin ánimo de lucro), las Universidades y Escuelas de Medicina, de Enfermería y de otras profesiones de salud, así como las empresas fabricantes e importadoras de equipos, medicamentos, materiales e insumos.

A continuación se propuso analizar diversos aspectos del sector de la salud, a saber: a) el contexto político, económico y social del país; b) la situación demográfica y epidemiológica; c) la promoción de la salud, la prevención y la regulación sanitaria; d) los actores políticos e institucionales, y la organización general del sistema; e) los recursos humanos y tecnológicos; f) las

modalidades de financiamiento y gasto en salud; h) los modelos de atención (es decir, el modo en que se efectúa la provisión de los servicios tanto en términos de oferta como de demanda).

Todo ello como un paso previo a la elaboración de unas *conclusiones* sobre las fortalezas y debilidades, y las amenazas y las oportunidades de los sistemas, así como de unas *recomendaciones* sobre cómo orientar (o reorientar) los procesos de reforma de los sistemas en una dirección determinada. Para la OPS/OMS esta dirección debía ser en el sentido de fortalecer la equidad (en situación de salud y en acceso), la efectividad y la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social, categorías estas que se presentaron como *conceptos-clave* del análisis.

La principal fortaleza de este modelo de análisis radica en que trata de no dejar fuera ningún aspecto relevante para el desempeño de los sistemas de salud y permite una visión bastante completa del sector de la salud. La segunda fortaleza radica en que la metodología está diseñada para que el análisis se haga con participación (o incluso en su totalidad en el caso de los Perfiles) por actores nacionales y no solamente por consultores externos.

Su principal limitación radica en que es complejo, exige acceder y manejar datos de diversas fuentes, y toma tiempo (para cohesionar el equipo de analistas y para realizar el trabajo de campo). Una segunda limitación procede del hecho de que al combinar aspectos cuantitativos y cualitativos, la interpretación de los resultados y la formulación de conclusiones y recomendaciones no siempre resultan sencillas.

El modelo del Observatorio Europeo de Sistemas de Salud

Al tiempo que la OPS/OMS desarrollaba el suyo, y en el marco de las reformas de los años 90, en Europa se creó el Observatorio Europeo de Sistemas de Salud que en la actualidad está formado por la Oficina Regional Europea de la OMS, los Gobiernos de Bélgica, Finlandia, Irlanda, Holanda, Noruega, Eslovenia, España, Suecia, la región del Veneto (Italia), la Comisión Europea & Banco Europeo de Desarrollo, el Banco Mundial, la Unión Francesa de Fondos de Seguros de Salud, la *London School of Economics and Political Science* y la *London School of Hygiene & Tropical Medicine*

Uno de los productos más conocidos del Observatorio es la serie

Los análisis que incluyen a todos los actores y a todas las relaciones que se dan en el sector de la salud son complejos, cuestan dinero y toman tiempo. Por tanto, sus conclusiones no siempre son factibles, y cuando se hacen, no suelen llegar a tiempo para satisfacer las urgencias de los decisores políticos.

titulada "Sistemas de salud en transición" (10), que consiste en una serie de informes de entre 150 y 250 páginas sobre los sistemas de salud de los países que forman parte de la región europea de la OMS (más Canadá, Japón, Corea, Australia y Nueva Zelanda). De modo similar al modelo de OPS/OMS, estos informes son elaborados por un grupo de consultores seleccionados por el Observatorio los cuales trabajan en estrecha colaboración con los técnicos y las autoridades nacionales, si bien la responsabilidad final del contenido del informe corresponde al Observatorio. Algunos de los informes ya han sido revisados dos veces.

El índice de capítulos de uno de los informes de país que ya ha sido revisado nos puede permitir comprender el enfoque adoptado, el cual guarda también bastantes similitudes con el modelos de análisis de OPS/OMS: a) Introducción (incluye: geografía y socio-demografía, contexto económico y político, y situación de salud); b) Estructura organizativa (incluye: panorámica del sistema de salud, antecedentes históricos, empoderamiento de los pacientes); c) Financiamiento; d) Planificación y regulación; d) Recursos físicos y humanos; e) Provisión de servicios (incluye: salud pública, vías y rutas de los pacientes; atención primaria, atención especializada, urgencia, medicamentos, rehabilitación y cuidados intermedios, cuidados de larga duración, cuidados paliativos, salud mental); e) Principales reformas (incluye tanto las reformas recientes como los desarrollos futuros); f) Evaluación del sistema de salud (incluye: introducción, cuál es el rendimiento del sistema y retos para la gobernabilidad); g) Conclusiones; h) Apéndices.

Como puede verse, esta forma de mirar los sistemas de salud presenta notables semejanzas con la desarrollada por la OPS/OMS.

Las dos principales fortalezas de este modelo de análisis residen en el rigor académico y la experiencia de los expertos y de algunas de las instituciones participantes, así como en la capacidad para acceder a las mejores fuentes de datos nacionales fiables y actualizados.

Al igual que sucedía con el modelo desarrollado por la OPS/OMS, su principal limitación es que la producción del Informe es laboriosa y toma tiempo, por lo que los perfiles suelen actualizarse cada 4-6 años.

El modelo desarrollado para el "Informe sobre la situación sanitaria mundial del año 2000"

En el año 2000, el informe que sobre la situación sanitaria del mundo el secretariado de la OMS presenta anualmente a la Asamblea Mundial de la Salud, se dedicó a los sistemas de salud (11).

Para elaborarlo, se diseñó una metodología específica mediante la cual se identificaron cuatro funciones básicas que han de cumplir los sistemas de salud: rectoría o supervisión; manejo y distribución de recursos, tanto de inversión como humanos; financiamiento (captación, reparto de riesgos, y compra de servicios); y prestación de los servicios.

Estas funciones básicas se desarrollarían para atender tres grandes objetivos referidos respectivamente a: la situación de salud; las expectativas no clínicas de la población acerca de sus sistemas ("*responsiveness*"); la distribución más o menos equitativa de las cargas financieras necesarias para sostener cada sistema de salud ("*fair financial contribution*").

El logro de cada uno de los objetivos se exploraba a través de varias dimensiones. El equipo redactor del Informe realizó varias consultas regionales para definir conceptos y términos y realizó una encuesta mundial para evaluar alguna de las dimensiones (en particular la "*responsiveness*"). Luego el equipo asignó pesos a cada dimensión y construyó una tabla con indicadores de logro para cada país, tanto para cada dimensión como para el conjunto del sistema. De este modo, los sistemas de salud de los países aparecieron clasificados de mejor a peor en función de los resultados del ejercicio.

Como era de esperar, se originó una fuerte polémica de alcance global tanto sobre la metodología empleada como sobre los resultados obtenidos (12, 13).

En relación a la metodología, entre otras cosas, se criticaron la imprecisión de conceptos como "*responsiveness*" o "*fair financial contribution*", la escasa representatividad de la encuesta realizada y el carácter arbitrario de los pesos asignados a las distintas dimensiones.

Desde el punto de vista de los resultados, se criticaron la inconsistencia del índice agregado y la utilidad de unas comparaciones y de una clasificación sobre cuya pertinencia y

Resulta muy arriesgado comparar sistemas de salud en su conjunto, incluso los de países que tienen similitudes históricas y culturales y comparten una voluntad de integración regional. Cuanto más se agrega, y más cualitativas son las variables más indeterminaciones se ve uno obligado a admitir. En general, resulta más fácil, y probablemente más útil, comparar elementos parciales y cuantitativos para los que existan series temporales comúnmente admitidas como fiables.

utilidad para la toma de decisiones los comparados y clasificados (es decir, los países) no habían podido manifestarse previamente.

Pasados los años el mencionado Informe es citado a menudo como un intento, acaso loable, pero fallido de analizar y comparar los sistemas de salud a escala mundial y no ha tenido continuidad.

[El modelo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico \(OCDE\)](#)

Desde mediados de los 80 del pasado siglo, la OCDE viene produciendo una *base de datos* (ECOSANTÉ) sobre los sistemas de salud de los Estados Miembros, en coordinación con las autoridades nacionales responsables (normalmente ubicadas en los Ministerios de Salud y de Economía y/o en los organismos que elaboran y difunden las estadísticas oficiales).

La base de datos se ha ido actualizando cada 2-3 años, al mismo tiempo que se ampliaba el número de indicadores y de países incluidos, y se mejoraban sus funcionalidades para hacerla más interactiva. Permite realizar series temporales de una o de varias variables, hacer comparaciones cuantitativas de variables aisladas y correlacionar variables y países, y dispone de un buen aplicativo para confeccionar tablas y gráficos.

La última versión disponible (2011) (14) organiza las distintas variables en los siguientes capítulos: a) Estado de salud; b) Recursos (humanos, físicos y tecnológicos), c) Uso de los recursos en salud; d) Cuidados de larga duración; e) Gasto sanitario; f) Financiación; h) Protección social en salud (modalidades de aseguramiento); i) Mercado farmacéutico; j) Determinantes no médicos de la salud; k) Referencias demográficas; l) Referencias económicas.

Además de las mencionadas anteriormente, su mayor fortaleza radica en que hoy en día es la más utilizada por las autoridades, los agentes económicos y los medios de comunicación de los países miembros. Sin embargo, pese al tiempo transcurrido y al trabajo desarrollado para la normalización de conceptos y definiciones, aún quedan zonas "ambiguas" (por ejemplo, la inclusión o no de ciertas partidas de gasto social como gasto sanitario, o el reparto del gasto de farmacia entre atención primaria y atención especializada)

Sus dos mayores limitaciones son que el aplicativo no es de manejo intuitivo y requiere algún entrenamiento, y que no es de

acceso libre y hay que comprar cada actualización.

En 2010, se ha publicado el primer "*Health at a glance: Europe 2010*" (15) que es un informe conjunto realizado con base en las estadísticas nacionales recogidas en las bases de datos de OCDE (ECOSANTE), de la Unión Europea (Eurostat) y de la Oficina Regional Europea de la OMS, usando para ello el aplicativo (levemente modificado) de la OCDE. De acuerdo con las variables recogidas en esas bases, el Informe analiza las tendencias europeas (de los 27 EEMM de la UE más los países candidatos) agrupadas en los siguientes capítulos: a) Situación de salud; b) Determinantes de salud; c) Recursos, Servicios y Resultados; d) Gasto en salud y financiación; e) Anexo: Información adicional sobre demografía y contexto económico.

Se espera su publicación anual.

4. Funciones esenciales de un sistema de salud

Para comprender el funcionamiento de un sistema de salud en un momento dado conviene identificar y comprender cuáles son y cómo se desarrollan sus funciones esenciales.

A finales de los años 90 del pasado siglo, la OPS/OMS, en el marco de una iniciativa de fortalecimiento de la salud pública en las Américas, definió once *Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)* (16) que son las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar su objetivo central que es el mejorar la salud de las poblaciones. Además, desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública.

Las once funciones tienen que ver con: 1) el monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población; 2) la vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública; 3) la promoción de la salud; 4) la participación social en la salud, 5) la formulación de políticas y la regulación sanitaria; 6) los servicios de salud pública; 7) el acceso equitativo a servicios de salud; 8) la capacitación y el desarrollo de los recursos humanos en salud; 9) la garantía de la calidad de los servicios de salud; 10) la investigación en salud, 11) la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia.

Regulación, financiación, aseguramiento y cobertura, y prestación de servicios son las cuatro funciones básicas que habitualmente se tienen en cuenta para comprender el funcionamiento de los sistemas de salud en el nivel macro. Comprender bien que actores intervienen en cada una de ellas, y como se articula con las otras tres resulta esencial.

Cada una de ellas se desagrega a su vez en una serie de subfunciones.

Este enfoque permite también visualizar las diferencias conceptuales y prácticas entre el *sistema de salud* en su conjunto, de cuya conducción normalmente las leyes encargan a los Gobiernos, y el *sistema de prestación de cuidados personales* (el grueso de cuyas actividades cae dentro de la función 7 aunque también desarrolla actividades relevantes en las funciones 9, 10 y 11), cuya gestión puede estar más o menos segmentada, fragmentada y descentralizada, y cuyas redes y establecimientos de salud pueden tener modalidades de gestión muy distintas.

Sin embargo, tal como hemos visto en la sección anterior, en los países de la OCDE se suele aplicar un esquema analítico diferente, más ligado al sistema de prestación de cuidados personales, en el cual identifican las siguientes funciones básicas: regulación, financiación, cobertura y prestaciones, asignación de recursos, y prestación de servicios.

Regulación. Se entiende por regulación la función de elaborar leyes y otras normas mediante la cuales los Estados (y otros actores, por ejemplo las corporaciones profesionales) tratan de influir en los comportamientos de los distintos agentes que constituyen el sistema de salud. Los sistemas sanitarios liberales tienden a limitar la intervención del Estado y a confiar en la autorregulación de los agentes. Sin embargo, las "imperfecciones del mercado sanitario" (incertidumbre, información asimétrica, papel de agencia del médico, frecuentes externalidades, tendencia a la selección de riesgos, existencia de riesgos catastróficos, etc.) han llevado a que hasta en USA haya un importante grado de regulación pública (por parte de los estados y del gobierno federal) sobre las condiciones en que se aseguran y se prestan los cuidados de salud. Por su parte, los sistemas sanitarios europeos tienen grandes zonas de la atención sanitaria fuera de las habituales relaciones de mercado. Más aún en el caso de los SNS que en los modelos de seguro social. Sin embargo, desde mediados de los años ochenta del pasado siglo, a raíz de la reforma Thatcher del *National Health Service* de Inglaterra y Gales, se aprecia una tendencia sostenida a crear "mercados internos" (si bien muy regulados) dentro de los sistemas sanitarios de financiación pública.

Financiación. La función de financiación consiste en coleccionar los fondos necesarios para pagar los distintas actividades que

desarrollan los sistemas de salud así como en establecer los criterios de asignación de dichos fondos.

Para coleccionar esos fondos hay que determinar quién contribuye, con cuánto, cómo lo hace, y para qué.

Para responder a las tres primeras cuestiones, a lo largo del tiempo se han ido estableciendo diversas modalidades (o "fuentes") de financiación de los servicios de salud. Las tres más comunes son: a) los ingresos del Estado; b) las cuotas (bien sean cuotas sociales o "primas" a aseguradoras privadas); c) el pago directo de bolsillo. Sin embargo, no hay sistemas puros. En casi todos conviven los tres aunque uno suele ser dominante (por ejemplo, en USA el 45% del gasto sanitario es público y en UK o Suecia aproximadamente el 20% gasto es privado). Con todo, existe bastante evidencia de que cuanto mayor es la proporción del pago directo de bolsillo menos equitativo resulta el sistema.

En 2005, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a desarrollar sistemas de financiación de sus servicios de salud tales que toda la población tuviera acceso a estos servicios sin sufrir "dificultades financieras" por tener que pagarlos de su bolsillo. Un análisis detallado y actualizado de esta cuestión a nivel mundial (denominada "acceso universal" en la terminología de la OMS) puede verse en el *"Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial 2010: La financiación de los sistemas de salud"* (17)

Para responder a la cuarta cuestión se establecen distintas *modalidades de cobertura*. Se entiende por cobertura la proporción de población que tiene garantizado el acceso a uno, a varios, o la totalidad de los servicios de salud ofertados. En los sistemas financiados por impuestos, la población cubierta tiende a ser toda la que reside en un determinado país o está asimilada a ella ("universalidad", que en España se acaba de garantizar plenamente a partir del año 2012). Conviene advertir que universalidad no necesariamente significa gratuidad en el punto de prestación del servicio pues en muchos sistemas existe lo que se denominan copagos. En los sistemas financiados por cuotas se tiende a ampliar la cobertura con vistas a lograr la universalidad mediante diversos mecanismos, incluidas las aportaciones financieras del Estado a la seguridad social, o bien obligando a todo el mundo a suscribir un seguro sanitario (por ejemplo, Holanda, Singapur, Japón). En estos sistemas los copagos son más frecuentes. En los modelos basados en el pago de bolsillo (USA, entre los países desarrollados, y el resto

del mundo no desarrollado, incluidos los países emergentes) la cobertura no es universal y hay proporciones relevantes de la población sin acceso garantizado a servicios de salud.

Para responder a la cuarta pregunta, es decir a qué prestaciones y servicios la población "cubierta" puede acceder, en los sistemas financiados por "primas" y gestionados por aseguradoras privadas suele haber listas positivas y negativas muy detalladas, periodos de carencia, "preexistencias" y topes (en dinero y en tiempo). En los sistemas de seguro social también suele haber listas detalladas (y algunas otras restricciones), que en ocasiones son diferentes en función de los distintos regímenes de seguro si bien se aprecia una cierta tendencia a la unificación en bastantes países. En los sistemas financiados con impuestos la definición de las prestaciones ha llegado mucho más tarde y suele ser menos detallada (por ejemplo, en España el primer intento data de 1993 y para el SNS está vigente un decreto aprobado en 2005). Una excepción suele ser la prestación farmacéutica que en varios países con sistemas financiados por impuestos no es de prescripción libre sino que ha de hacerse de entre una lista de productos determinados.

Un tema recurrente en la cobertura es la "selección de riesgos". Este procedimiento, frecuente en los sistemas financiados mediante "primas" a aseguradoras privadas, consiste en que tanto las aseguradoras como los proveedores tratan de defenderse de los pacientes potencialmente más consumidores de recursos (por ejemplo, quienes están en peor situación de salud, ejercen profesiones de riesgo, padecen enfermedades crónicas, son ancianos, tienen una enfermedad mental, o han sufrido politraumatismos) y captar a los más baratos (en general, jóvenes y sanos). Los mecanismos empleados para ello son numerosos. Algunos son explícitos, constan en las pólizas de aseguramiento y pueden llegar hasta negarse a asegurar (o a establecer primas "disuasorias"). Otros son implícitos y consisten en transferir los denominados "malos riesgos" a otro asegurador (normalmente el sistema sanitario de financiación pública). Algunos países han establecido regulaciones para frenar estas prácticas pero solamente un país desarrollado (Canadá) tiene limitaciones estructurales pues sus compañías aseguradoras privadas tienen prohibido por ley asegurar los riesgos sanitarios ya cubiertos por el sistema sanitario público.

Por lo que se refiere a la *asignación de recursos* conviene diferenciar, por un lado, los distintos tipos de relaciones que

se establecen entre los financiadores y los prestadores o proveedores, y por otro, las distintas unidades de medida empleadas para retribuir a estos últimos. En el primer caso, los tres tipos básicos son: a) el contrato; b) el reembolso y; c) el presupuesto. En el segundo, son: a) el acto; b) el caso, el proceso o la actividad; c) la población (asegurada o total). Si bien este tema, que está estrechamente vinculado a la financiación y a la cobertura, se discute con detalle en otro capítulo y no se desarrolla aquí, sí conviene mencionar que uno de los problemas centrales de la asignación de recursos radica en el reparto de los riesgos financieros, es decir, quién y cómo corre con el riesgo de tener que afrontar una eventual insuficiencia financiera (bien por infra-financiación bien por un retraso excesivo en la misma) entre el financiador y el proveedor.

En todo caso, en materia de asignación de recursos, ningún mecanismo es perfecto, todos presentan ventajas e inconvenientes, en general derivados de: a) la difícil definición de los distintos "productos sanitarios" y, en consecuencia, del cálculo de sus costes; b) la gran variabilidad de resultados obtenidos aplicando los mismos sistemas; d) el carácter fuertemente ideológico de los debates; d) los diversos intereses en presencia; e) la escasez de evaluaciones serias y oportunas.

Prestación o provisión. Es aquella función de los servicios de salud en la cual la demanda sanitaria se encuentra con la oferta, el lugar donde los profesionales de la salud y otros trabajadores del sistema interactúan con pacientes, familiares, policías, jueces, representantes de la industria, educadores, medios de comunicación, etc. Probablemente se trate de la función más compleja y más importante de los sistemas de salud, y la que justifica a las demás. Para comprenderla bien hay que examinar ambos términos de la relación. Esta función es objeto de análisis detallados en otros módulos del curso por lo que no va a ser presentada aquí de un modo pormenorizado. Simplemente recordaremos algunos elementos básicos que afectan a la provisión de servicios de salud en la actualidad.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que, en uno u otro momento, y en mayor o menor medida, los sistemas de salud prestan servicios de información, de promoción de la salud, de prevención, de formación, de atención primaria, de atención especializada, de atención a las urgencias sanitarias y a las emergencias, de dispensación de medicamentos y otros productos sanitarios, de certificación y peritaje, y de apoyo

psicológico y social. Es decir, no se limitan a prestar cuidados personales de salud.

En segundo lugar, los ámbitos donde se presta la atención sanitaria pueden ser: el domicilio, las vías y espacios públicos, los medios de transporte, los establecimientos sanitarios, los centros educativos, los centros de trabajo, los centros de detención e internamiento, etc.; es decir, sus actuaciones pueden tener lugar prácticamente en cualquiera de los lugares donde se desarrolla la vida de las personas.

En tercer lugar, dada la gran variedad de tipos de servicios de salud y de ámbitos atención sanitaria, garantizar la continuidad de ésta a lo largo del ciclo de vida y, también, a la hora de responder a una demanda de salud, se configura como un reto básico para garantizar la utilidad de la atención y evitar los efectos indeseados de la misma. Una de las estrategias que se han propuesto desde hace varias décadas para lograrlo es reorganizar los sistemas de salud con base en la atención primaria, aumentando la capacidad de resolución de los profesionales que trabajan en este nivel para que puedan actuar como verdaderos garantes del recorrido de los pacientes a través del sistema. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, en la práctica totalidad de los países desarrollados la mayor parte de la capacidad de decisión y del gasto en asistencia sanitaria sigue situada en el nivel especializado.

En cuarto lugar, que los pacientes y sus familias disponen cada vez de más de un mayor acceso a información sobre sus problemas de salud. Esto no siempre significa que esta información sea fiable. Con todo, los pacientes y sus familias tienden a ser cada vez más autónomos en lo que respecta a las decisiones sobre su salud y el papel de los profesionales ha ido cambiando desde una actitud basada en el paternalismo autoritario ("el médico decide por el paciente") a otra más igualitaria basada en el consejo experto ("el médico presenta opciones y riesgos y el paciente y/o su familia decide"). Una consecuencia del aumento del nivel de exigencia de los pacientes (y del surgimiento de una importante industria de intermediación y de pleiteo en torno a ella) ha sido el aumento de "litigiosidad" lo que ha llevado, a su vez, al incremento de la denominada "medicina defensiva".

En quinto lugar, las sociedades contemporáneas están mucho más "medicalizadas" ahora que hace tan solo cuarenta o cincuenta años. Esto significa que los temas relacionados con

la salud y con la atención de la salud ocupan un lugar más destacado en las preocupaciones de los ciudadanos y en los medios de comunicación social. Y que cada vez hay más presiones para que situaciones de la vida o ciertos parámetros biológicos que antes se consideraban "normales" entren dentro del campo de atención de los profesionales de la salud (por ejemplo, la menopausia, las tallas bajas, algunos comportamientos infantiles, determinados niveles de colesterol en sangre, etc.). Las causas de este fenómeno son múltiples y entre ellas destacan básicamente dos: el aumento de la esperanza de vida y de la proporción de personas mayores en la población; y el desarrollo de poderosas industrias (de ámbito nacional y global) vinculadas con el sector de la salud.

En sexto lugar, recientemente algunas industrias vinculadas con el sector de la salud (por ejemplo, la industria farmacéutica o la de telecomunicaciones) están desarrollando estrategias para "relacionarse" directamente con los pacientes sin "pasar" por los sistemas de prestación de cuidados. Las presiones para aumentar la lista de medicamentos y productos sanitarios que pueden venderse sin prescripción médica, para aumentar las posibilidades de publicitar medicamentos y productos sanitarios, las estrategias orientadas a "monitorizar" a domicilio ciertas constantes vitales, o algunos desarrollos de la "tele-asistencia" van en esa dirección. A su tradicional estrategia de influir sobre las decisiones de los prescriptores (sobre todo de médicos y de enfermeras) determinadas industrias están añadiendo una estrategia orientada a influir en las asociaciones de pacientes para que estas recomienden sus productos y servicios o para que influyan en las decisiones de los prescriptores y de las autoridades de salud.

Bibliografía y enlaces.

1. Ministry of National Health and Welfare. *A new perspective on the health of Canadians. A Working document.* Ottawa, 1974.

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.

2. Alan Dever, G. E. *An epidemiological model for health policy analysis.* *Social Indicators Research*, 2, 1976, p. 455

3. Conseil de l'union européenne. *Valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'UE. Conclusions du Conseil.* Bruxelles, june 2006 (23.05) (OR. en)

4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *La Salud en las Américas . Vol 1. pags 314-19.* Washington DC 2007

5. Ortún Rubio, V. *Gestión Sanitaria y Calidad. Conferencia inaugural del XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.* Santander 13-16 de octubre de 1998. <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper10.pdf>

6. Evans, R. *Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-care Industry,* en: Van der Gaag, J y PERLMAN (eds.) *Health, Economics and Health Economics.* Amsterdam. Apud. OECD 1992

7. Tobar, F. *Herramientas para el análisis del sector salud.* *Medicina y Sociedad.* vol. 23, 2, 2000, pág. 83 y sucesivas

8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Sectoriales en Salud* Washington, D.C. 1996 http://www.crid.or.cr/cd/CD_Inversion/pdf/spa/doc9654/doc9654.htm

9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *"Lineamientos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud de los países de la región"* Washington DC. 2006

10. European Observatory on Health Systems and Politics. *Health Systems in transition. Country Profiles.* <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>

11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra. 2000. <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>
12. Navarro, V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet* 2000; 356: 1598-601
13. Almeida, C., Braveman, P., Gold, M.R. et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357: 1692-97
14. OECD. OECD Health Data 2011. París, 2011 <http://www.oecd.org/document/>
15. OECD. Health at a glance Europe 2010. Paris, 2010 <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>
16. Organización Panamericana de la salud/ Organización Mundial de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington DC, 2000 <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm>
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación sanitaria mundial: La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal. Ginebra 2010. http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf