

2.3 Sistemas Sanitarios comparados en países desarrollados



En este tema se aportan instrumentos para analizar la diversidad de sistemas sanitarios en países desarrollados. Variables como pueden ser, entre otras, Regulación, Financiación, Cobertura, Prestaciones, Asignación de Recursos, o Provisión de Servicios son las que luego permiten definir tipologías y modelos de sistemas sanitarios.

Autor: Francisco Sevilla Pérez

Médico. Especialista en Medicina Interna; Especialista en Gestión y Administración Sanitaria; Directivo sanitario

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Sevilla Perez F. Sistemas Sanitarios comparados en países desarrollados [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 2.3. 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:

Los sistemas sanitarios son muy heterogéneos y no existe una doctrina que permita una taxonomía universalmente aceptada que facilite su clasificación y análisis. Los sistemas, sin embargo, comparten entre ellos retos y la forma de abordar estos tiene una gran utilidad; por ello, se ha desarrollado un profundo interés en el análisis de los sistemas y las dimensiones que los condicionan como la financiación, la regulación, la asignación de recursos o la organización, para poder conocer las mejores prácticas y aprender unos de otros.

Analizar y comparar los sistemas sanitarios implica conocer su misión y objetivos por lo que el anexo recoge una sucinta aproximación a la protección de la salud y los objetivos de los sistemas que facilite su contextualización. El tema se centra en

Introducción

1. Niveles de organización y gestión en sanidad

1.1 nivel de organización y gestión referido a la relación médico-paciente

1.2 nivel de organización y gestión que se desarrolla en los centros sanitarios

1.3 nivel de organización y gestión del conjunto del sistema sanitario

2. Análisis sistemático de los sistemas sanitarios

2.1 regulación

2.2 financiación, cobertura y prestaciones

2.3 asignación de recursos

2.4 provisión de servicios

3. Tipologías y modelos de sistemas sanitarios

3.1 sistemas de protección social

3.2 producción y demanda de servicios sanitarios

Resumen

Anexo

Referencias bibliográficas

los elementos que permitan facilitar un análisis comparado, primero presentando las claves para conocer las razones de la heterogeneidad de los sistemas y la propia complejidad que estos tienen. Luego señalando las variables que necesariamente deben tenerse en cuenta en el análisis y, por último, mostrando el estado del arte en relación con las tipologías y modelos de sistemas sanitarios.

Introducción

Los sistemas sanitarios se consideran las diferentes formas de organización que una colectividad adopta para la protección de la salud de sus ciudadanos en un entorno concreto, de acuerdo con los valores y motivaciones de la sociedad en que se desarrollan¹. Los Sistemas Sanitarios reflejan el resultado del esfuerzo colectivo, y su estudio implica analizar:

a) los principios en que una sociedad se fundamenta para organizar la protección de la salud de sus ciudadanos,;

b) la garantía y extensión de dicha protección, tanto en extensión a la población como en servicios y prestaciones;

c) la organización del sistema para garantizar una provisión efectiva de servicios; y

d) los flujos financieros que se desarrollan incluyendo la asignación de recursos a los proveedores de los servicios.

Los sistemas sanitarios engloban el conjunto de políticas para garantizar la mejor salud, forman parte de los sistemas de protección social y deben diferenciarse nítidamente de los centros sanitarios: hospitales, centros de salud o cualquier otra institución, cuya función principal sea la provisión de servicios sanitarios.

La existencia de sistemas sanitarios diferentes en su organización, en la cobertura que proporcionan, o en cómo asignan los recursos financieros, contrasta con el hecho evidente de que los aspectos más visibles de la sanidad, como pueden ser la relación médico-paciente, la organización y gestión de los centros sanitarios, los tipos de cuidados que se prestan, o los servicios que se ofertan, son, en apariencia, muy similares en todos los países occidentales.

Esta separación conceptual con los servicios es clave para entender los sistemas sanitarios. Sin embargo, no es extraño, que se confundan las actuaciones de los centros y los profesionales sanitarios con las actividades de los sistemas, cuando sus campos de actuación son claramente distintos, incluso cuando los servicios sanitarios se conciben de forma integral.

Los sistemas sanitarios son muy heterogéneos, pudiendo afirmarse que no existen dos sistemas iguales con diferencias relacionadas fundamentalmente con tres aspectos:

1. La sociedad donde se desarrollan, los sistemas sanitarios son sistemas sociales y como tales responden a las características culturales, económicas, políticas y sociales del entorno en que se desarrollan.
2. La concepción y diseño del sistema, incluyendo su organización, gestión y financiación
3. Los objetivos definidos

Los sistemas sanitarios siendo muy diferentes entre ellos, comparten retos como el incremento de costes de manera que desde que existen datos fiables, la base de datos OCDE arranca sus series en 1960, el coste sanitario cada vez representa un peso mayor en relación al gasto sanitario público o al Producto Interior Bruto (PIB) de los diferentes países. Este hecho plantea

una preocupación común desde los años 80, la capacidad de financiar el coste sanitario y la forma más eficiente de hacerlo. Junto al coste, la mayoría de los sistemas sanitarios se enfrentan a otros retos como los cambios demográficos por el envejecimiento de las poblaciones, el cambio en el patrón de morbilidad y la cada vez mayor prevalencia de la cronicidad, el desarrollo tecnológico, o las crecientes expectativas de los profesionales, los ciudadanos y los usuarios en relación con los servicios sanitarios y la protección de la salud.

Estos retos, comunes a todos los sistemas sanitarios, se han convertido en los principales motores para el análisis comparado de los sistemas para facilitar la identificación, mediante el aprendizaje mutuo, de las mejores prácticas, las diferentes alternativas, o la evaluación de las propuestas en otros entornos.

Entender los sistemas sanitarios es la base para aprender, teniendo siempre presente que la heterogeneidad hace difícil establecer comparaciones, más aún al no disponer de metodologías de análisis comunes ni indicadores comparables en la mayoría de las ocasiones.

1. NIVELES DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN EN SANIDAD

Conocer los sistemas sanitarios precisa comprender los diferentes niveles organizativos que pueden encontrarse en ellos, teniendo en cuenta que en sanidad pueden diferenciarse al menos tres niveles de organización y gestión diferentes. Solo así, el análisis será de utilidad para entender mejor el funcionamiento de otros sistemas.

1.1 Nivel de organización y gestión referido a la relación médico-paciente

La relación médico-paciente es el nivel de organización y gestión clave para la protección de la salud. El objetivo de la relación médico-paciente siempre ha sido maximizar la salud del paciente y los principios en que tradicionalmente se ha basado son los de autonomía clínica y capacidad de decisión de los profesionales. Las posibilidades de actuación en este nivel de gestión eran escasas hasta comienzos del siglo XX y tenían, en general, un coste económico pequeño.

Hay tres niveles de organización y gestión; el de relación médico-paciente (clínico); el de los centros sanitarios (complejo y orientado a la producción); y el del sistema sanitario (articulando modelos de aseguramiento colectivo de riesgos de enfermar)

Desde el punto de vista organizativo, la relación médico-paciente ha dejado de ser sencilla, y ahora se desarrolla, con frecuencia, en el seno de organizaciones complejas, como puede ser un hospital, y se caracteriza por contactos múltiples con diferentes profesionales sanitarios. En la organización y gestión de dicha relación, los elementos más relevantes, probablemente sean: la especialización, la evidencia de que los recursos disponibles para la atención sanitaria no son ilimitados, la constatación de que una parte importante de las actuaciones realizadas no tienen una eficacia demostrada, y el conocimiento de que los mecanismos de pago a los profesionales no son neutrales en el proceso de toma de decisiones.

La relación médico-paciente, tradicionalmente regulada por la ética individual, ha pasado a enmarcarse en un entorno de ética colectiva que exige que las decisiones que se efectúen tengan un beneficio contrastado y un coste individual y socialmente aceptables.

1.2 Nivel de organización y gestión que se desarrolla en los centros sanitarios

Los centros sanitarios se describen casi desde el inicio de la medicina y se asociaban a la necesidad de cuidados. Los enfermos, además de un diagnóstico y una indicación terapéutica, precisaban también, y con frecuencia de forma fundamental, quien provea los cuidados que necesitan y un lugar donde recibirlos.

La aparición de una rápida sucesión de avances científicos, desde finales del siglo XIX, modificó radicalmente la concepción de los centros sanitarios y dio lugar al hospital moderno como paradigma de lo que deberían ser los servicios sanitarios, cuya misión era curar y ya no sólo cuidar.

Los hospitales se convirtieron en organizaciones complejas y la sociedad confió de forma ilimitada en ellos, no cuestionando su efectividad ni sus costes, en un periodo en el que, además, no se planteaban conflictos importantes entre el nivel de gestión de la relación médico-paciente y el de la administración de los centros.

El rápido crecimiento de los costes sanitarios en la segunda mitad del Siglo XX, consecuencia del desarrollo social y los éxitos de la medicina, y la necesidad de adecuar el gasto de los centros

a los recursos disponibles, especialmente de los hospitales, fueron las razones principales para que apareciese la necesidad de organizarlos y gestionarlos con el objetivo de que prestasen sus servicios de la forma más eficiente posible.

De esta manera, y de forma progresiva desde los años 70, se sustituye la administración en los centros sanitarios por una gestión de tipo empresarial con los siguientes objetivos:

- Maximizar la producción de servicios sanitarios y su calidad, al mínimo coste posible,
- Mejorar la satisfacción de sus usuarios, y
- Garantizar su pervivencia mediante la obtención de beneficios.

Los objetivos de los centros sanitarios han dejado de ser siempre coincidentes con los tradicionalmente relacionados con la relación médico-paciente y el conflicto de intereses, cuando se presenta, ya no puede resolverse sólo desde la ética individual.

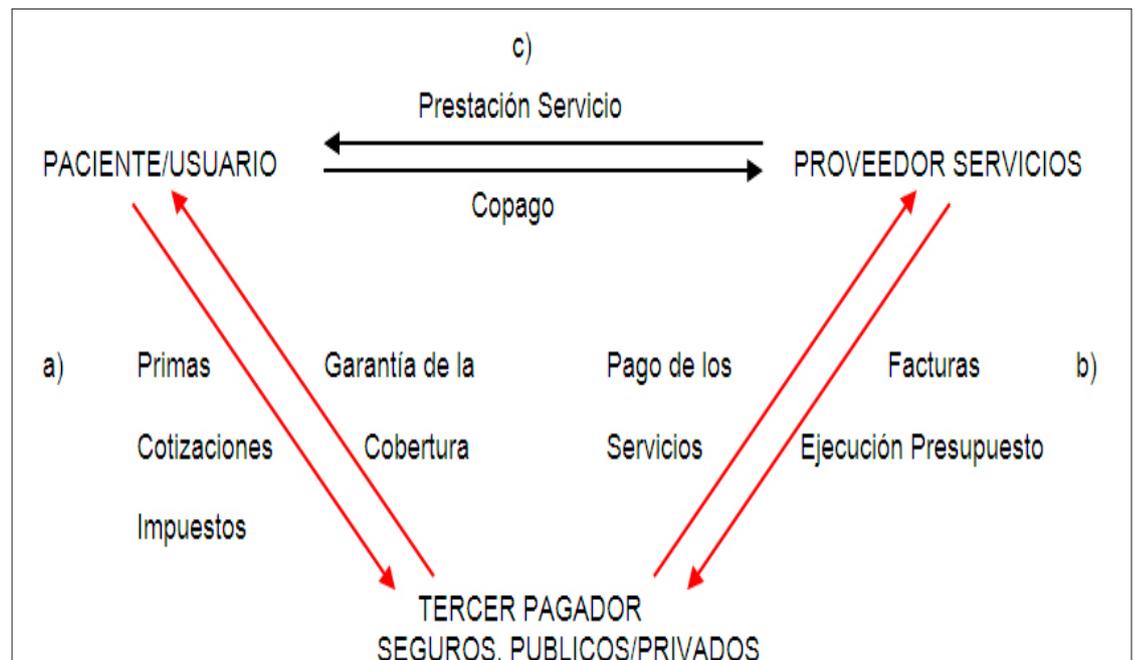
Además y, como ocurre en todas las organizaciones complejas, más aún cuando forman parte de sistemas sociales, no siempre existe un alineamiento y confluencia en los objetivos de los centros con los que buscan los diferentes agentes que intervienen en la asistencia sanitaria: los ciudadanos, los profesionales, las compañías de seguros o los Estados.

1.3 Nivel de organización y gestión del conjunto del sistema sanitario

Los sistemas sanitarios han sido definidos como los diferentes modelos, organizativos y financieros, que puede adoptar un colectivo para proteger la salud de sus miembros.

El desarrollo de los sistemas de protección social, públicos o privados, obligatorios o voluntarios, desde finales del siglo XIX, modificó la, en apariencia, simple relación entre usuarios y profesionales de la salud existente hasta entonces. El usuario dejó de hacer frente directamente al coste de los servicios, o en todo caso pasó a hacerlo en una pequeña proporción. El proveedor pudo liberarse del peso que supone el coste de los

servicios y preocuparse exclusivamente de lo que científica y técnicamente podía ofrecer². Con el desarrollo de los sistemas de seguros, apareció un tercer componente en la relación, la compañía privada o el sistema público de protección social, que asumía los costes en nombre del usuario/paciente. Las relaciones y flujos económicos que se desarrollaron pueden sintetizarse en el siguiente esquema:



En esta relación se desarrolla, en consecuencia, un esquema de flujos económicos en el que pueden diferenciarse los siguientes aspectos: a) la financiación; b) la asignación de recursos a los proveedores; y c) el copago, participación del usuario en el coste de los servicios en el momento del uso.

La implantación de esta forma de relación económica para la provisión de servicios sanitarios, se produjo en la mayor parte de los países occidentales en la primera mitad del siglo XX, con tres consecuencias, la primera con efectos inmediatos, y la segunda y la tercera a medio y largo plazo:

a) En primer lugar, se facilitó el acceso de los miembros del colectivo protegido a los servicios sanitarios, tanto en los sistemas públicos como en los privados.

b) La segunda, fue difuminar, llegando en ocasiones a eliminar, el factor coste económico en el proceso de toma de decisiones en la relación de los proveedores con los usuarios, favoreciendo

la aparición del fenómeno conocido como riesgo moral. Es decir, la actitud y disposición para utilizar servicios no necesarios o cuya utilidad es inferior al coste de producirlos, tanto por parte de los pacientes como, sobre todo, de los médicos.

c) Por último, y en los sistemas con financiación privada, se incorporan técnicas actuariales al sector de seguros sanitarios buscando relacionar el coste de la póliza con el riesgo potencial del solicitante, poniendo las bases para la exclusión de la cobertura de aquellos ciudadanos considerados como malos riesgos o la selección de los considerados como buenos cuando asumir la cobertura no es obligatorio para los seguros.

La aparición de los seguros sanitarios, sociales o privados, fue un eslabón clave, junto a la mejora en el conocimiento y la explosión tecnológica, del extraordinario desarrollo del sector sanitario puesto de manifiesto en la segunda mitad del siglo XX.

La crisis económica de los años 70 del Siglo XX, unida al escaso éxito obtenido con la introducción de la primera oleada de criterios de gestión empresarial en los centros sanitarios, provocaron un cambio en el foco de atención y dieron lugar al desarrollo de un nuevo y diferenciado campo de actuación: la organización y gestión de los sistemas sanitarios con la misión de maximizar la eficiencia del sector a través de actuaciones como las siguientes:

- Organizar la financiación y los métodos de asignación de recursos de la forma más efectiva posible en relación con los objetivos establecidos para el sector sanitario,
- Dirigir los recursos financieros disponibles a los servicios de protección de la salud con mejor coste/efectividad, de forma que todos aquellos considerados necesarios puedan ser facilitados a todas las personas protegidas con los recursos disponibles, y
- Maximizar la eficiencia en los otros niveles de organización y gestión presentes en el sector, centros sanitarios y relación médico-paciente, mediante incentivos apropiados incorporados en el mecanismo de asignación.

En resumen, los sistemas sanitarios se enfrentan a sus retos de maneras diferentes y del estudio de los métodos empleados y los resultados obtenidos pueden inferirse lecciones útiles para otros sistemas siempre que tengan en cuenta las diferentes

Los componentes de los sistemas sanitarios a efectos del análisis comparado, son a) la regulación, b) la financiación, c) los modos de asignación de recursos y d) los sistemas de provisión.

dimensiones y el entorno donde cada sistema se desarrolla.

2. ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

El análisis de los sistemas sanitarios debe abordarse a partir de diferentes componentes, básicamente la regulación, la financiación, los modos de asignación de recursos y los sistemas de provisión. En este apartado no se pretende un análisis en profundidad de ninguno de los elementos recogidos que solo se presentan como una relación, no exhaustiva, para entender la heterogeneidad subyacente en los sistemas sanitarios.

2.1 Regulación

La mayoría de los países tienen una importante carga de regulación administrativa de sus sistemas sanitarios, incluso los más liberales. La profusión en la actividad de intervención de los poderes públicos se relaciona con las características específicas del sector sanitario, que hacen de él un sector lleno de peculiaridades como sistema económico y social.

Las leyes del mercado garantizan que los bienes cuya producción es ineficiente sean expulsados y cuanto mejor funciona un mercado para un determinado bien, menor es la carga de regulación que precisa. Esta situación no es la habitual en sanidad al presentar un conjunto de especificidades y aspectos diferenciales en relación con otros productos y servicios como pueden ser:

- a) El acceso universal. En la mayor parte de los países se intenta garantizar una cobertura universal de todas o parte de las prestaciones sanitarias. Esta característica es una preocupación incluso en sistemas como el de Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), y constituye una diferenciación clara con otros bienes.
- b) La complejidad e incertidumbre en la prestación sanitaria tanto en cuanto a su necesidad como en el impacto real en la salud del paciente.
- c) El riesgo en relación con la salud con aspectos específicos, como ser:

- Seguro, siempre va a ser necesario hacer uso de los servicios.
- Impredecible, no se puede predeterminar cuándo se va a precisar.
- Estadísticamente agrupable, lo que facilita e incentiva la selección de riesgos.
- Catastrófico en salud, pero también en términos económicos, tanto por el coste de la atención sanitaria como por la pérdida de ingresos durante el periodo de enfermedad.

d) La dificultad para obtener información por la existencia de información opaca y asimetrías de información en relación con la necesidad de los servicios, su impacto sobre la salud, su forma de producirlos y su coste. En el sector sanitario, la información es un monopolio del proveedor, en detrimento del usuario pero también del financiador.

e) Una asignación de recursos dirigida por los proveedores, consecuencia directa de la especificidad anterior, con la posibilidad de creación de demanda por parte de los proveedores y, en consecuencia, la erosión plena de una de las características básicas en un sistema de mercado, la separación nítida entre demanda y oferta.

f) Externalidades, tanto positivas como negativas. Los servicios sanitarios, con frecuencia, no benefician sólo al individuo que los recibe y tienen gran importancia para toda la colectividad; el ejemplo más evidente sería la prevención o el tratamiento de las enfermedades infectocontagiosas.

g) Progreso tecnológico muy dinámico que hace difícil evaluar el patrón óptimo de cuidados. Por tanto, es muy complicado establecer una estandarización de la producción, incluso en aquellos actos más frecuentes y sencillos.

h) Tendencia al crecimiento infinito de la demanda como resultado de la combinación de unas expectativas cada vez mayores de los usuarios que se asocian a una demanda creciente de más y mejores servicios, y la capacidad de inducir demanda por los proveedores o la industria.

El sector sanitario se caracteriza por una autorregulación de las profesiones sanitarias en la mayoría de los sistemas y una actividad regulatoria intensa de los Estados en muchos elementos, desde la financiación a la entrada de medicamentos en el mercado.

La conjunción de todas estas especificidades condiciona que el sector sanitario sea un sector altamente intervenido y que la asignación de recursos sanitarios no se realice, total o parcialmente, de una forma acorde con las leyes del mercado.

La existencia o no de regulación en el sector sanitario se relaciona habitualmente con la capacidad de elección de los usuarios. Sin embargo, la realidad es que hay muchos elementos del sector diferentes de la capacidad de elección, como pueden ser la entrada en el mercado de productos como los medicamentos, la formación profesional necesaria para ejercer determinadas profesiones relacionadas con la salud, o las tarifas en el caso de los servicios de alto coste, que están regulados en prácticamente todos los sistemas sanitarios.

Los sistemas sanitarios liberales tienden a la autorregulación. Sin embargo, la competencia gestionada³, la reforma sanitaria emprendida en los 80 en EEUU y emulada en otros países, se caracteriza por la introducción de competencia en el sector con la regulación necesaria para controlar los efectos perversos asociados a la imperfección descrita en los mercados sanitarios. A pesar de ello, la introducción de poderosos incentivos en el mercado sanitario de EEUU ha llevado a lo que se ha considerado una indefensión de los usuarios y a una ingente labor legislativa tendente a garantizar desde los derechos de los pacientes hasta las estancias hospitalarias en determinados procedimientos⁴. En EEUU, además, existen también múltiples áreas de regulación como la puesta en el mercado de los medicamentos para garantizar su seguridad, o el pago prospectivo de los servicios hospitalarios en los sistemas con financiación pública.

En el otro extremo, muchos sistemas sanitarios al igual que el español, tienen una intervención administrativa que coloca al sistema público fuera de las relaciones habituales en un sistema de mercado. Este intervencionismo puede encontrarse incluso en el sector privado, como se pone de manifiesto en España en la regulación existente para fijar los honorarios profesionales de los médicos que trabajan con compañías de seguro, o el proteccionismo en la venta de medicamentos publicitarios.

2.2 Financiación, cobertura y prestaciones

Los sistemas sanitarios aunque siempre tienen como financiador último al ciudadano, suelen agruparse en tres grandes grupos en

función de la fuente principal de financiación directa que tengan:

- Ingresos generales del Estado, impuestos, directos e indirectos, y tasas,
- Cotizaciones sociales asociadas a la actividad laboral, o
- Contribuciones privadas.

En los sistemas financiados a partir de impuestos suelen encontrarse las siguientes características:

- Cobertura universal.
- La existencia de impuestos finalistas para sanidad u otros servicios públicos no es habitual y suele ser excepcional.
- La progresividad o regresividad de la financiación sanitaria se relaciona directamente con la del sistema fiscal del que forma parte y los criterios utilizados en la distribución del presupuesto.
- Los riesgos económicos asociados al coste de los servicios de protección de la salud se diluyen entre toda la población. La contribución económica se relaciona con la capacidad de pago y la utilización de servicios con la necesidad, no existiendo ninguna relación entre ambos extremos.
- Bajos costes de transacción. El sistema no requiere ningún elemento de administración o gestión específico para conformar la financiación sanitaria.

Los sistemas financiados a partir cotizaciones a la Seguridad Social, se caracterizan por:

- El derecho a la atención sanitaria se genera para los cotizantes y sus beneficiarios. No son, por tanto, sistemas con cobertura universal, aunque lo habitual es que en los países donde existen se desarrollen mecanismos para garantizar un acceso universal a los servicios sanitarios.
- La contribución económica de los trabajadores suele estar

La financiación de los sistemas sanitarios puede ser obligatoria, base de los sistemas públicos, vinculada a la condición de ciudadanía o la situación laboral, o puede ser voluntaria mediante aportaciones privadas. Las razones así como las implicaciones de los diferentes modelos de financiación en la cobertura y otros aspectos esenciales en los sistemas sanitarios, son un elemento esencial para entender la lógica de funcionamiento de los sistemas y su relación con la sociedad.

relacionada con el salario, y su mayor o menor progresividad con la organización del sistema, los tramos de cotización y los topes establecidos, o la existencia de diferentes regímenes, o fondos, con contribuciones distintas.

- La dilución de riesgos se realiza habitualmente, entre los participantes en cada régimen y no entre toda la población con cobertura sanitaria.
- La contribución económica se relaciona con la capacidad de pago y la utilización de servicios con la necesidad; sin embargo, es frecuente que exista una cierta relación entre ambos extremos, de tal manera que, con frecuencia, la cotización para colectivos diferentes sea distinta en función del riesgo potencial de sus miembros.
- Los costes de transacción son variables en función de la complejidad del sistema, a su vez dependiente de la variabilidad en los regímenes y su multiplicidad.

Lo habitual es que estos sistemas tengan altamente regulada la capacidad de elección de régimen de cobertura y pueden existir cajas centrales de compensación para equilibrar los riesgos económicos cuando la capacidad de elección de régimen se abre, como en el caso de Alemania.

Los sistemas financiados con contribuciones privadas, normalmente a través del pago de primas de seguro pero también mediante el pago directo a los proveedores, se caracterizan por:

- El derecho a la atención sanitaria es el recogido en el contrato o la póliza.
- La aportación económica se relaciona con los servicios cubiertos y las condiciones en que se prestan.
- La cobertura depende de la capacidad económica individual y el coste de la prima se asocia directamente con el riesgo sanitario y los servicios garantizados. En este mecanismo, existe una estrecha relación entre contribución económica y utilización esperada de servicios, y aquellos sujetos con un riesgo más elevado, es decir, con mayor necesidad, real o potencial, deben hacer frente a pólizas de mayor coste e

incluso, en ocasiones, no pueden acceder a la cobertura que precisan

- Los sistemas con este mecanismo de financiación tienen una escasa dilución de riesgos. En realidad, ésta es una característica intrínseca al sistema donde cada uno es responsable individualmente de sus acciones y su condición.
- Los costes de transacción suelen ser muy elevados por la necesidad de un complejo entramado administrativo para el cálculo actuarial de las primas y el cobro de las pólizas y los servicios prestados.

La conformación de la financiación sanitaria de acuerdo con este mecanismo da lugar a sistemas caracterizados por ser abiertos, en los que en teoría existe una gran movilidad entre las múltiples compañías, asociado a un riesgo alto de selección adversa, de colectivos o de riesgos, que se pretende controlar mediante diferentes actuaciones.

Un aspecto importante a resaltar es que, en los países occidentales, no existe ningún caso con un mecanismo puro de financiación de sus respectivos sistemas sanitarios y sólo puede hablarse de mecanismos predominantes. Así, el sistema privado por excelencia, el de EEUU, estaba financiado públicamente en un 47,7% en 2009, y sistemas conocidos tradicionalmente como públicos tienen una financiación privada superior al 15%: así en el Reino Unido un 19,2% del total del gasto sanitario era privado en el año 2.000 y un 15,9% en 2009, en Suecia un 15,7% en 2000 y un 19,5% en 2009, o en España un 28,4% en el año 2000 y un 26,4 en el 2009⁵.

Analizar la cobertura sanitaria implica conocer la proporción de la población que tiene garantizado el acceso a los servicios, así como las prestaciones a las que tiene derecho y como se ejerce ese derecho en relación con cada una de ellas.

En el caso de los sistemas financiados por impuestos, la cobertura es universal. Los sistemas basados en cotizaciones sociales presentan una tendencia hacia la universalización en la mayoría países OCDE, habiendo desarrollado para conseguirlo, diferentes estrategias con frecuencia complementarias:

- a) buscar la extensión máxima posible de la cobertura obligatoria de los diferentes regímenes,

b) financiar con fondos estatales la cobertura de aquellos ciudadanos sin derecho a protección y sin recursos económicos, y

c) facilitar la incorporación a uno de los fondos de aquellas personas no obligadas a hacerlo y que disponen de recursos.

La cobertura sanitaria en aquellos países con un mecanismo de financiación básicamente privado es individual por definición y, por tanto, la cobertura difícilmente es universal. Esto no quiere decir que no exista una orientación estratégica y, en ocasiones, una clara decisión política para universalizar el sistema. Este es el caso de EEUU que en los años 60 del Siglo XX creó dos grandes sistemas con financiación pública: Medicare para proporcionar cobertura sanitaria a los mayores de 65 años, y Medicaid para cubrir la atención de aquellos en situación de necesidad, es decir, los ciudadanos por debajo de un umbral de pobreza predeterminado. De esta forma se pusieron las condiciones para hacer compatible una cobertura amplia de la población y el derecho individual a elegir, incluso a no estar cubierto, al existir los mecanismos necesarios para garantizar la cobertura sanitaria a: los trabajadores y sus familias⁶, los mayores y los pobres.

La realidad, sin embargo, no respondió a este optimismo y ha sido necesaria la reforma emprendida por el Presidente Obama, 40 años después, para garantizar a todos los ciudadanos la posibilidad de poder acceder a un sistema de cobertura sanitaria

Disponer de cobertura sanitaria no implica un acceso a los servicios gratuito. De hecho, en todos los sistemas sanitarios hay prestaciones no incluidas en la cobertura por lo que el paciente debe afrontar el coste completo del servicio, o que tienen copago en el momento del uso. El copago es muy variable de unos sistemas a otros, tanto en su importancia económica como en los servicios donde se aplica. Un aspecto de especial relevancia es la aparición del "underinsured"⁷, aquella persona que tiene seguro sanitario pero que sin embargo no puede afrontar los copagos asociados a la atención que precisa, o cuyo seguro no cubre las necesidades reales del asegurado.

Al hablar de financiación sanitaria privada se incluyen los copagos, el pago directo y la compra de cobertura sanitaria privada de cualquier tipo. Los datos disponibles permiten su análisis desde múltiples perspectivas incluyendo: a) su relación con el gasto

sanitarios total (en España en 2008 el 26,3% del gasto sanitario total era financiado privadamente ocupando el puesto 9 entre los países de la OCDE con mayor gasto privado), b) su coste en valores absolutos, así en España en 2009 el gasto sanitario privado medio fue de 809 dólares de los que 620 se destinaron a copagos y el resto a cobertura sanitaria privada, o c) por el impacto del gasto privado sanitario en el consumo final medio de los hogares (en España representó un 3,2% del consumo final en 2007 frente a países como Alemania donde representó un 2,5%, Reino Unido un 1,6% ó Francia un 1,4%)⁸

En relación con las prestaciones cubiertas, los sistemas privados se caracterizan por tener establecidas listas positivas y negativas, en las pólizas; es decir, están explícitamente definidos los servicios a los que los beneficiarios pueden acceder y a cuáles no.

Los sistemas públicos con sistemas de reembolso como pueden ser Francia o Bélgica, tienen establecidos para todos aquellos servicios que financian, sistemas de tarifas y porcentaje de reembolso. En cambio, los conocidos como Sistemas Nacionales como en el Reino Unido, Dinamarca o España, se caracterizan, en general, por una menor definición y, de hecho, hasta la década de los 90 del Siglo XX, no se encuentran actuaciones para fijar las prestaciones financiadas públicamente. Una excepción la constituye la prestación farmacéutica, donde existen listas positivas o negativas de medicamentos financiados públicamente en prácticamente todos los sistemas.

2.3 Asignación de recursos

El estudio de la asignación de recursos implica analizar, por un lado, la tipología de la relación entre financiadores y proveedores y los mecanismos de pago y, por otro, la unidad de medida que se utiliza para efectuar la asignación.

El mecanismo de pago a los proveedores suele clasificarse en tres grandes apartados: el reembolso, los contratos o la asignación administrativa de un "presupuesto".

En los sistemas con reembolso, los proveedores facturan directamente sus servicios a los usuarios y estos obtienen de

La asignación de recursos y los incentivos que incorporan, pueden ayudar a explicar diferencias sustanciales en funcionamiento y resultados de modelos de sistemas aparentemente similares.

su entidad aseguradora, pública o privada, un reembolso, total o parcial en función de la cobertura establecida. En la mayoría de los sistemas con reembolso se han establecido mecanismos para que aquellos servicios de alto coste como los hospitalarios, no tengan que ser asumidos inicialmente por los ciudadanos y la factura se desglosa en dos, la parte correspondiente a la entidad aseguradora y la que el paciente debe afrontar directamente.

El reembolso es el método de pago más habitual en aquellos sistemas públicos basados en cotizaciones sociales, y en los sistemas privados. En ellos, la elección del paciente juega un papel determinante en la asignación de recursos a los proveedores.

Los contratos se establecen entre entidades aseguradoras y proveedores. El ciudadano asegurado accede a los servicios que precisa amparado en los términos del acuerdo previamente establecido. El contrato supone la fijación de los términos y características de la asignación financiera a los proveedores, así como de las condiciones que deben cumplirse para acceder a ella. Este método facilita, en principio, un mayor control de las entidades aseguradoras sobre los servicios prestados y su coste, y puede limitar la capacidad de elección del usuario a los proveedores contratados por su asegurador.

Este mecanismo de pago es frecuente tanto en los sistemas privados como públicos tipo seguridad social, en su relación con los hospitales. En estos sistemas, lo habitual es que la titularidad jurídica de los centros sanitarios no tenga ninguna relación con las entidades de seguros. Una característica de la Seguridad Social en España que la diferenció radicalmente de los otros sistemas de Seguridad Social europeos, es la decisión, tomada a mediados del Siglo XX, de construir su propia red de centros, Hospitales, Ambulatorios y posteriormente Centros de Salud, que convirtió a la entidad aseguradora pública en la principal, a veces única, proveedora de servicios, y la mayor empleadora de personal.

En los conocidos como sistemas integrados, tanto la entidad aseguradora como los proveedores, son controlados por el mismo agente, tradicionalmente el Estado. La asignación de recursos en estos sistemas se produce internamente, habitualmente a través de procesos de distribución de tipo administrativo, "asignación de presupuestos". La decisión de los usuarios tiene, en general, un papel marginal o nulo en la asignación. En la actualidad, sin embargo, hay que tener en cuenta que la integración vertical

es uno de los prototipos de la reforma en curso en EEUU, como ocurre en las Health Maintenance Organizations (HMO), una de los más conocidos es Kaiser Permanente⁹. En estos casos, la diferencia fundamental con los sistemas públicos integrados radica en la utilización, por parte de los privados, de sofisticados mecanismos de asignación de recursos tendentes a incentivar la eficiencia en la utilización de recursos, en lugar de los mecanismos de distribución administrativos tradicionales asociados a esta forma organizativa.

Los mecanismos de pago a los proveedores, reembolso, contrato o asignación presupuestaria, utilizan para su conformación, en términos monetarios, diferentes unidades de medida, siendo lo más frecuente que cada mecanismo se asocie de forma prioritaria con un tipo de unidad. Sin embargo, es posible encontrar ejemplos de combinaciones de prácticamente todos los mecanismos de pago con casi todos los tipos de unidades de medida existentes. Las unidades de medida de producto más frecuentemente utilizadas en sanidad son, el pago por acto, el caso o proceso, y la capitación.

Se entiende por acto cada una de las actuaciones profesionales, la consulta médica, la intervención quirúrgica, el análisis clínico o la prueba radiológica susceptible de dar lugar a una factura, en la que se recogen, de forma única o separada, los costes de personal, de los materiales utilizados, de utilización de recursos, etc. El pago por acto suele asociarse al mecanismo de reembolso y se utiliza en sentido estricto para retribuir a los médicos y otros profesionales. En estos sistemas, los hospitales y otros centros y establecimientos, habitualmente facturan los consumos imputados a cada acto o a cada paciente.

Los servicios que se facturan, así como las tarifas que se aplican a cada uno de dichos servicios, pueden estar sometidas, o no, a un proceso de negociación o de regulación. En EEUU donde no existía ninguna regulación en este sentido, los proveedores, tanto los médicos como los centros sanitarios, facturaban todo tipo de servicios con la tarifa que ellos determinaban. Sin embargo, la implantación del pago prospectivo desde los años 80 del Siglo XX por Medicare, y la cada vez más frecuente negociación de las facturas entre las compañías de seguro y los proveedores como consecuencia del desarrollo de la competencia gestionada, están cambiando radicalmente la situación. En otros países, como Canadá, Francia o Alemania, que retribuyen a sus profesionales, o parte de ellos, mediante pago por acto, lo habitual es que las

tarifas y en ocasiones también el volumen de facturación, estén altamente regulados.

Con caso, se hace referencia al resultado de la metodología aplicada para definir procesos asistenciales, episodios de enfermedad u otras actuaciones sanitarias que engloban, en general, más de un acto sanitario. La unidad de producto utilizada suele estar previamente establecida y tiene una tarifa que suele estar estandarizada. Dicha unidad puede ir desde muy agregada, como sería el pago a los hospitales basado en las estancias realizadas por los pacientes, a menos agregada, como sería el pago basado en los denominados Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). En EEUU donde se desarrollaron a partir de los años 70 las diferentes metodologías necesarias para establecer el pago prospectivo, la introducción del mismo transformó radicalmente el modo de asignación de recursos al establecer de forma fija tanto el qué, es decir el concepto y los servicios incluidos en cada uno de ellos que podían facturar los hospitales, un GRD por cada paciente ingresado, como la tarifa a aplicar en cada GRD con independencia de la especificidad de cada paciente y de los costes producidos al centro en la atención a cada uno de ellos.

La tercera gran unidad de medida utilizada más habitualmente en sanidad es la capitación y toma como base al usuario o al asegurado como unidad de medida, de tal manera que los proveedores son retribuidos con una cantidad predeterminada por cada uno de aquellos de los que asumen la responsabilidad de prestar los servicios que precisen.

El concepto de capitación es muy amplio, desde un mero factor de cálculo como base para fijar la retribución de los profesionales hasta incluir el coste medio previsto en que puede incurrir cada uno de los ciudadanos por todos los servicios que puedan necesitar.

En el primer caso, como retribución, el ingreso de los profesionales será función del número de usuarios a cargo del profesional; en consecuencia, el médico asumiría el riesgo de responsabilizarse de un mayor o menor número de usuarios, pero no tendría ningún riesgo asociado a la utilización de servicios diagnósticos o terapéuticos por parte de sus pacientes ni tampoco de los resultados alcanzados.

En el otro extremo, el proveedor de servicios, bien sea un

profesional trabajando de manera individual, un grupo de profesionales, o una organización, asume la responsabilidad plena sobre la gestión del coste de los servicios que puedan precisar los ciudadanos de cuya salud se responsabiliza. El proveedor asume, en consecuencia, el riesgo económico asociado a la enfermedad y al mantenimiento de la salud, al aceptar una cantidad fija predeterminada por hacerse cargo del conjunto de servicios que pueda precisar la población a su cargo.

La capitación es un mecanismo habitual de pago de los profesionales de Atención Primaria en determinados sistemas, y para su cálculo se tiene en cuenta exclusivamente el coste estimado de la actividad profesional. El desarrollo de los conocidos como GP-Fundholding¹⁰ en el Reino Unido tras la reforma introducida en los años 90 del Siglo XX, modificó radicalmente este concepto al incluir en el cálculo de la capitación, además de la retribución profesional, el coste medio previsto por un determinado conjunto de servicios que pudiesen precisar los ciudadanos. De esta forma, los médicos de Atención Primaria pasaron a asumir, en Inglaterra, el riesgo económico derivado de la mayor o menor utilización de servicios por sus pacientes.

La capitación también se encuentra con frecuencia asociada a los sistemas integrados privados, tipo HMO. En este caso, en la fijación de la tarifa se incluyen todos los servicios que se puedan precisar y conlleva un traslado completo de riesgos financieros desde el financiador al proveedor de servicios, o a la organización que asume la organización y gestión de la provisión.

En ciertos sistemas sanitarios, habitualmente públicos integrados con una gran regulación, no se emplea en sentido estricto ninguna unidad de medida preestablecida para la asignación de recursos y utilizan para hacerlo el presupuesto y los salarios profesionales.

El presupuesto se puede estimar de muy diferentes maneras, desde el gasto realizado de forma histórica, la capacidad instalada o la actividad prevista. Los proveedores, normalmente centros o establecimientos como los hospitales, reciben una cantidad global, habitualmente anual, para cubrir el coste de todos sus servicios, y su volumen puede determinarse de forma retrospectiva o prospectiva.

El salario es el método de pago más frecuente a los profesionales sanitarios en los sistemas integrados, pero puede encontrarse en sistemas con cualquier mecanismo de pago y puede estar, o no,

relacionado con la actividad desarrollada o alguna otra variable, aunque lo habitual es que sea fijo y, por tanto, independiente de cualquier variable.

Es necesario recordar que los sistemas sanitarios no suelen presentar un único mecanismo de asignación para todos sus proveedores y es frecuente encontrar diferentes métodos en cada sistema, siendo habitual que un mismo sistema asigne recursos de forma diferente a diferentes proveedores.

La asignación de recursos es uno de los aspectos de los sistemas sanitarios más estudiados por los incentivos que pueden incorporar, a pesar de lo cual el comportamiento de sus componentes está lejos de ser bien entendido como consecuencia, entre otras razones, de:

- la escasa solidez de la definición de los productos sanitarios,
- la inmensa variabilidad en resultados y en utilización de recursos para resultados similares, que se ha evidenciado en los servicios sanitarios, y
- el incipiente desarrollo de las metodologías de evaluación.

Por ello, la mayor parte de las reformas en los sistemas sanitarios se han orientado a este componente desde principios de los años 90 del Siglo XX, mientras que previamente se centraban de manera prioritaria en mejorar la gestión de los proveedores o en la proporción público-privado más adecuada para la financiación de los servicios sanitarios. La característica común de todas estas reformas sería modificar los incentivos existentes en el sistema para mejor conseguir los objetivos de efectividad, eficiencia y ajuste a los techos de gasto disponibles.

2.4 Provisión de servicios

El estudio de la provisión de servicios sanitarios implica acercarse a los aspectos más relevantes desde la perspectiva del estudio y análisis comparado de los sistemas sanitarios, y entre ellos merece la pena resaltar:

- La organización en niveles asistenciales: tradicionalmente, existían dos niveles nítidamente diferenciados, la consulta médica ambulatoria y el ingreso en un centro. Posteriormente,

con el desarrollo de las especialidades médicas se diferenciaron la Atención Primaria y la Atención Especializada, con o sin ingreso. En la actualidad, la revolución en el conocimiento y el desarrollo tecnológico han consolidado tres niveles asistenciales (primaria, especializada y sociosanitario) con una amplia gama de servicios y modalidades de atención diversas: consulta, hospitales de día, ingreso hospitalario, cirugía mayor ambulatoria, atención domiciliaria, etc. Además, es frecuente encontrar áreas específicas como pueden ser la salud dental o la bucodental, con características organizativas que pueden ser propias.

El cambio en los patrones de morbilidad y la prevalencia de la cronicidad entre los ciudadanos está condicionando una dilución de las nítidas fronteras entre niveles asistenciales en beneficio de una continuidad asistencial para garantizar la mejor atención posible en cada momento y circunstancia.

- La transformación en el concepto de atención: tradicionalmente, la asistencia sanitaria se prestaba al individuo y el médico de cabecera era el responsable de la asistencia en el que el usuario depositaba la confianza. El desarrollo de las especialidades médicas transformó la atención en asistencia a los episodios de enfermedad. En la actualidad, la demanda de atención de los ciudadanos se traduce en la necesidad de una gestión longitudinal, a lo largo de la vida o al menos de ciclos vitales largos, de todo lo relacionado con la salud de los individuos concretos y la colectividad de la que forman parte. Desde finales del siglo XX, el objetivo ya no es solo tratar la enfermedad, el objetivo es proteger la salud y satisfacer las necesidades de servicios: preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, de cuidados o cualquier otro que se pueda presentar a lo largo de la vida. La atención sanitaria ha dejado de ser una asistencia episódica y se ha transformado en un proceso cuyo objetivo principal es la protección de la salud.

- La capacidad de elección del usuario, de centro o de médico, limitada a un nivel asistencial, normalmente en la Atención Primaria, o abierta a todos los profesionales de cualquier nivel.

La organización de la provisión, la gestión del proceso de atención y la capacidad de elección de los usuarios son elementos

La organización de la provisión de los servicios o la titularidad jurídica de los proveedores, públicos o privados, y su relación con los financiadores, son dimensiones necesarias a tener en cuenta en el análisis de los sistemas sanitarios.

claves en la organización y gestión de los sistemas sanitarios. Las diferencias existentes en estos aspectos entre los sistemas pueden explicar algunas de las diferencias descritas en la literatura en el análisis comparado entre ellos, especialmente en cuanto a la utilización de recursos, el gasto sanitario y la satisfacción de los usuarios. En este sentido, el papel de la Atención Primaria suele ser clave para la organización del sistema, papel que es independiente tanto de los modos de asignación de recursos como del origen predominante de la financiación o del tipo de protección social existente.

El otro elemento a tener en cuenta para la conceptualización actual de la provisión de servicios sanitarios es la consolidación, de los conocidos como sistemas privados de provisión integrados, como consecuencia del desarrollo de la "asistencia gestionada", en EEUU¹¹.

El análisis comparado de Sistemas Sanitarios es el método utilizado de forma habitual para acercarse al conocimiento de la efectividad y eficiencia de los diferentes sistemas y suele ser extremadamente útil para analizar las propuestas de mejora a partir del conocimiento y la experiencia obtenida en otros. En este sentido, organizaciones como la OCDE o la OMS Europa han desarrollado sistemas de información y metodologías que permitan realizar dicho análisis, siendo un elemento fundamental las bases de datos que ambas organizaciones han constituido.

Los estudios más habituales de los sistemas sanitarios son los descriptivos para los que se han diseñado estructuras de análisis que permiten un abordaje homogéneo de los diferentes componentes de los sistemas sanitarios, entre ellos tienen especial utilidad los realizados tanto por la OCDE¹² como por el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios¹³.

Otros estudios cada vez más necesarios en el sector, son los de análisis de políticas concretas y de los factores condicionantes tanto internos como del entorno. Es posible encontrar una amplia literatura en relación con la prestación farmacéutica, sin embargo hay áreas relativamente opacas como la formación de precios de los medicamentos o los criterios para establecer su reembolso. En otras áreas se necesita mayor y mejor información, por ejemplo en las retribuciones profesionales y su relación con la productividad y resultados, al igual que ocurre cuando se pretende abordar la eficiencia hospitalaria o la capacidad resolutive en atención primaria.

Por último, los estudios comparativos que existen no incorporan, por ahora, metodologías consensuadas que permitan una utilidad inmediata y además, en ocasiones, no identifican claramente los niveles de análisis. En consecuencia, no es excepcional encontrar intentos de análisis comparativos entre aspectos correspondientes a niveles macro como la regulación o la financiación, con aquellos correspondientes a niveles meso, como pueden ser la organización y gestión del sistema, e incluso a nivel micro incluyendo aspectos de la relación clínica.

El análisis comparado de los sistemas sanitarios presenta todavía problemas importantes que deben tenerse en cuenta a la hora de extraer conocimiento¹⁴. En primer lugar, existen problemas prácticos relacionados con la información que se precisa, tanto en cantidad como en calidad; la OCDE y la OMS están haciendo un esfuerzo importante para la definición de los datos e indicadores de manera que sean comparables entre diferentes sistemas y entornos.

En segundo lugar, existen problemas conceptuales importantes para establecer qué se compara y, en consecuencia, qué información se obtiene; los sistemas sanitarios no son exclusivamente factores de producción de salud ni tampoco solamente proveedores de servicios sanitarios, y su misión es mucho más compleja como se ha señalado. En este sentido, es necesario progresar de manera mucho más clara en los resultados, por un lado de los servicios sanitarios y por otro, de los sistemas sanitarios, de manera que cada componente pueda confrontarse de forma clara con sus objetivos y poder analizar su eficacia y eficiencia.

Los sistemas sanitarios, por último pero no por ello menos importante, son sistemas sociales y, por tanto, la prioridad en la consecución de sus diferentes objetivos, e incluso cuando puedan ser objetivos idénticos o similares, es diferente de unas sociedades a otras, lo que implica que en ocasiones no es posible establecer elementos racionales simples de comparación.

3. TIPOLOGÍAS Y MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS

Los sistemas sanitarios se pueden agrupar para facilitar su comprensión de muy diferentes maneras¹⁵, las más habituales lo hacen en función de:

- el sistema de protección social del que forman parte,
- las relaciones o flujos económicos que desarrollan, o
- las interacciones que se establecen entre la oferta y la demanda de servicios sanitarios,

3.1 Sistemas de protección social

Los sistemas más primitivos de protección social nacieron con el objetivo de paliar las penosas situaciones asociadas a la enfermedad y se desarrollaron vinculados a razones muy dispares, como:

- la caridad con los desfavorecidos,
- los sistemas gremiales, o
- la necesidad de buscar una garantía de protección por parte de los poderosos, como en el caso de los soldados del rey.

Los poderes públicos de los países occidentales no intervinieron como tales en la protección social hasta el siglo XIX, cuando aparecieron las conocidas como Leyes de Pobres, aunque existan antecedentes ya en el siglo XVII en Gran Bretaña. En España, la Ley General de Beneficencia de 1849 entraría en esta categoría. Estas leyes se caracterizaban por establecer el concepto de necesidad y regular un sistema de protección basado en la provisión caritativa de servicios, en general por órdenes religiosas, coordinada por los poderes públicos. En las Leyes de Pobres el objetivo buscado era paliar situaciones de necesidad y no modificar la realidad; el Estado regulaba la generosidad con los necesitados pero no financiaba ni prestaba servicios, excepto en casos muy concretos, y servían fundamentalmente a necesidades de orden público.

El desarrollo, desde finales del siglo XIX, de los sistemas modernos de protección social que darían lugar a los posteriormente conocidos como "Estados del Bienestar", vino a transformar radicalmente la forma de entender la sanidad. La atención sanitaria dejó de ser un bien privado para pasar a ser un derecho, de forma similar a lo que sucede con los otros componentes

que pueden conformar los modernos Estados del Bienestar: la educación, el empleo, las pensiones, o los servicios sociales.

En la actualidad pueden definirse tres grandes grupos en los que clasificar los diferentes modelos de Estado de Bienestar presente en los países de la OCDE: los basados en la asistencia social, los sistemas de seguro relacionados con la actividad laboral y los universales. Es importante señalar que los sistemas de protección social son muy dinámicos en el tiempo y no homogéneos en cada país para sus diferentes componentes, de manera que en un mismo sistema en un mismo Estado puedan encontrarse ejemplos de cada uno de los modelos.

En los Estados del Bienestar basados en el concepto de asistencia social, el derecho está unido al concepto de necesidad. De esta forma se estratifica la sociedad, los pobres, que por su condición adquieren un derecho que los poderes públicos garantizan, y el resto de los ciudadanos que carecen del derecho y pueden acceder, de considerarlo necesario, con sus propios medios.

Este concepto, heredero directo del Estado Liberal del siglo XIX, se desarrolló principalmente en los países anglosajones y es el predominante en la actualidad en EEUU, Canadá, Australia o Nueva Zelanda. Sin embargo, el Estado de Bienestar ha evolucionado en estos países y así, en EEUU, para alguno de sus componentes como pueden ser las pensiones, el sistema podría asimilarse al de los sistemas de seguro, y en Canadá, Australia o Nueva Zelanda la atención sanitaria ha pasado a ser un derecho de ciudadanía y, por tanto, es universal. De hecho, entre los países occidentales desarrollados, EEUU¹⁶ es el único que ha mantenido la atención sanitaria como un bien estrictamente privado hasta la reforma del Presidente Obama en 2010 y la garantizaba sólo en caso demostrado de necesidad (Medicaid) o en determinadas situaciones: mayores de 65 años y enfermedad renal crónica (Medicare).

Los Sistemas Nacionales de Seguro, se caracterizan porque el derecho a los diferentes componentes que conforman el Estado del Bienestar deriva de la relación laboral, y se generan derechos diferentes en función de la actividad desarrollada. Este concepto de Estado del Bienestar es una evolución de los primeros sistemas de protección social modernos, conocidos como tipo Bismarck por haber aparecido por primera vez en Alemania a finales del Siglo XIX; se han desarrollado fundamentalmente en la Europa

continental y se consideran consecuencia directa de la capacidad de organización y presión de la clase trabajadora.

Este modelo es el dominante en países como Alemania, Francia, Bélgica o Austria. Al igual que en el caso anterior, se han producido evoluciones diferentes para los distintos componentes en cada uno de estos países, aunque con una tendencia común a la universalización de las prestaciones en el caso de la sanidad. Igualmente, es común la implicación progresiva de los Estados ejerciendo una regulación cada vez más compleja y, posteriormente, la implicación directa desde el punto de vista financiero para garantizar, también, el derecho a la atención sanitaria a los ciudadanos sin relación laboral o a aquellos que la hayan perdido.

En los sistemas universales, también conocidos como tipo Beveridge, el derecho se asocia a la condición de ciudadano; es decir, se establece el concepto de la ciudadanía social como núcleo central del Estado del Bienestar, de forma que el mero hecho de ser ciudadano genera todos los derechos derivados de los componentes definidos como propios en cada Estado.

Este concepto de Estado del Bienestar se ha desarrollado principalmente en los países del Norte de Europa, asociado a largos periodos de gobiernos socialdemócratas, y es el modelo dominante en Suecia, Noruega o Dinamarca. En el caso de la asistencia sanitaria, el ejemplo más conocido sería el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra y Gales; sin embargo, el Reino Unido, para el resto de los componentes de su Estado del Bienestar, se parece más a los sistemas nacionales de seguro que al modelo Beveridge.

3.2 Relaciones y flujos económicos en los Sistemas Sanitarios

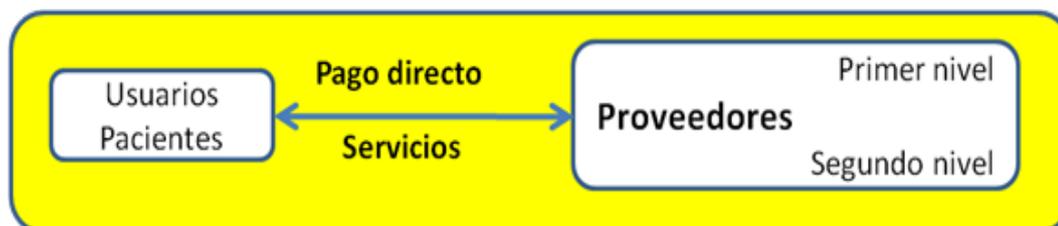
La OCDE incorporó hace muchos años una metodología para identificar diferentes subsistemas sanitarios que sigue siendo la base de la utilizada, con modificaciones, por la mayoría de los autores¹⁷. Esta metodología se basa en los modelos sugeridos por Evans en 1981 y trata de sintetizar las interacciones y los flujos económicos que se generan entre los principales agentes de los sistemas:

- los ciudadanos y las empresas;

- los usuarios/pacientes;
- los proveedores de primer y segundo nivel;
- los aseguradores o el "tercer pagador"; y
- el gobierno en su papel de regulador del sistema.

La OCDE identifica hasta 7 subsistemas basándose en las interrelaciones económicas entre los diferentes agentes; el primero sería el de pago directo y los otros 6 estarían caracterizados por seguir un esquema de cobertura del riesgo mediante alguna modalidad de seguro.

Pago directo, los pacientes acuden directamente, sin cobertura por ningún seguro, a los proveedores que consideran adecuados y pagan por los servicios que reciben. En la actualidad, tiene un papel marginal en la mayor parte de los sistemas, a pesar de lo cual es el subsistema más frecuente para la adquisición de medicamentos publicitarios, es habitual en las consultas médicas privadas e, incluso en Irlanda, ha sido durante muchos años la forma habitual para acceder a los médicos generales para una gran parte de la población.

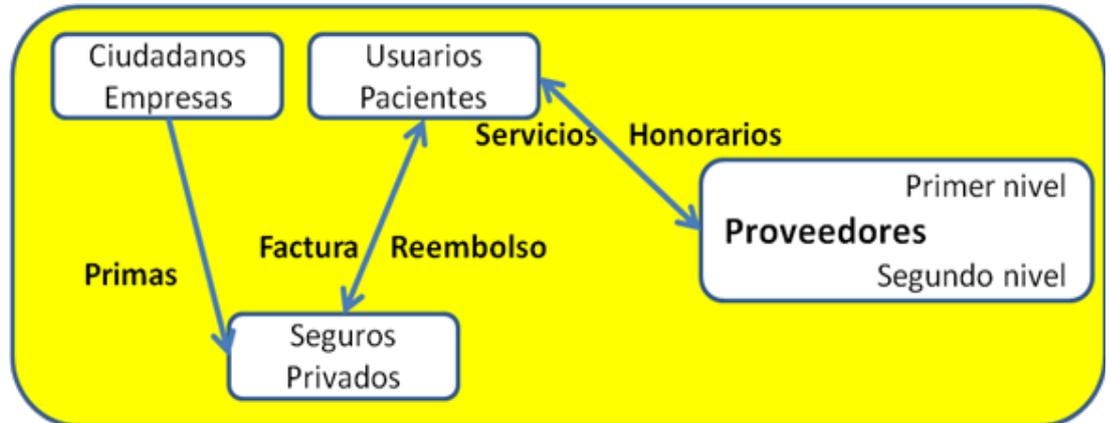


Pago Directo

Seguro voluntario con reembolso es el subsistema conocido habitualmente como seguro de enfermedad. Los ciudadanos, o sus empresas, pagan de forma voluntaria primas de seguro para la cobertura de los costes asociados a la enfermedad y los aseguradores reembolsan a los pacientes el pago de los servicios que han utilizado. Es el subsistema en el que más se han estudiado los efectos de la selección de colectivos, o de riesgos que potencialmente pueden desarrollar las compañías de seguros, y del conocido como riesgo moral para pacientes y proveedores.

Este es el subsistema más frecuente de cobertura sanitaria en Estados Unidos, aunque las reformas emprendidas en este país

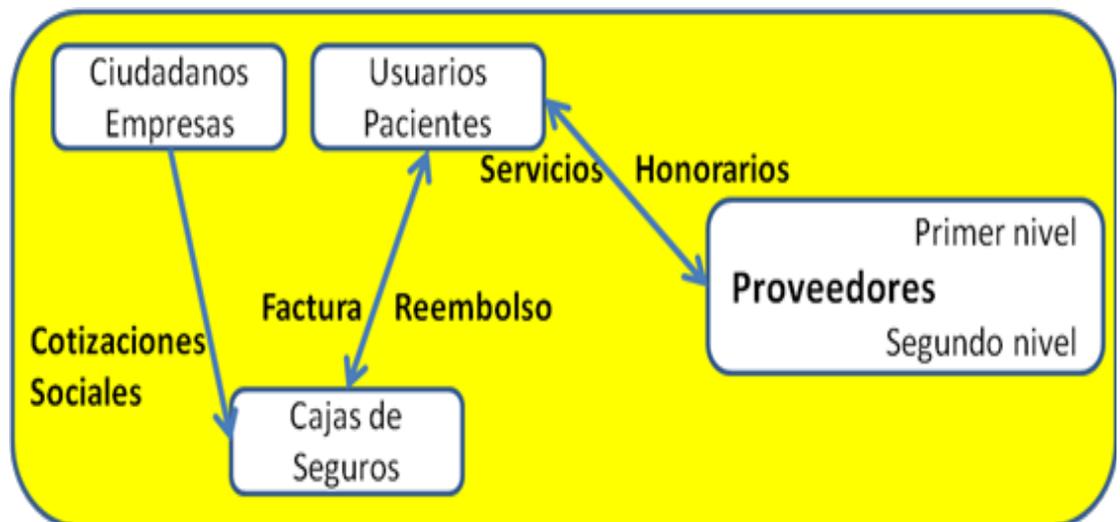
están disminuyendo rápidamente su implantación. Es, también, el subsistema más habitual para el seguro sanitario privado en países europeos como el Reino Unido u Holanda.



Seguro voluntario con reembolso

Seguro público con reembolso, es un subsistema similar al anterior en cuanto a los flujos económicos, pero obligatorio y con aseguradores públicos, lo que limita los problemas asociados, en especial la selección de riesgos. Los proveedores son independientes de los aseguradores y normalmente facturan a los usuarios que a su vez son reembolsados.

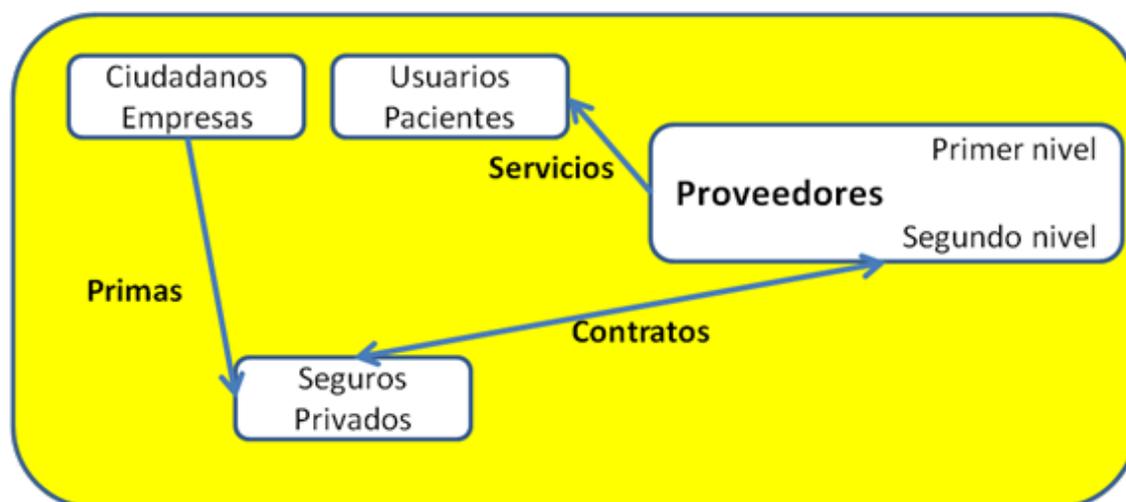
Este es un modelo que no se encuentra actualmente como predominante en los sistemas sanitarios de los países que forman la OCDE, aunque puede ser reconocido en algunos aspectos de los sistemas francés o belga.



Seguro público con reembolso

Seguro voluntario con contratos, era el modelo habitual de seguro privado en Europa y el precursor del modelo más frecuente en ciertas tipologías de HMO en Estados Unidos. Los ciudadanos, o sus empresas, pagan de forma voluntaria a las compañías de seguros una prima normalmente relacionada con el riesgo; estas compañías contratan servicios con los proveedores y los pacientes pueden seleccionar proveedor entre aquellos contratados por las compañías.

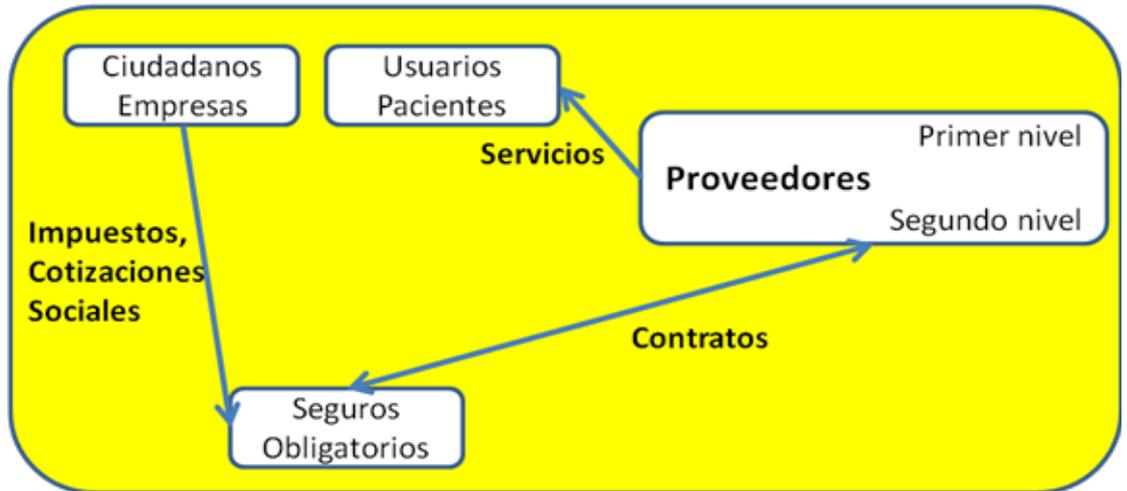
Este subsistema es en la actualidad residual en Europa, excepto en España donde puede reconocerse en algunas de las conocidas como Compañías de Asistencia Sanitaria.



Seguro voluntario con contratos

Seguro obligatorio con contratos. Inspirado en el modelo anterior, este subsistema ha sido utilizado en la mayor parte de los sistemas de seguros obligatorios. Los ciudadanos contribuyen a los fondos de seguros o las cajas mediante impuestos, cotizaciones sociales, lo más habitual, o una mezcla de ambos. Los fondos de seguros pueden estar bajo el control de los gobiernos, locales o central, o administrarse de forma totalmente independiente de éstos; en este caso, suelen estar altamente regulados, y se relacionan mediante contratos con los proveedores, que no son dependientes de los fondos y pueden ser de titularidad pública o privada. El paciente puede elegir proveedor entre los contratados por el fondo que le da cobertura.

Este es el modelo dominante en Alemania; igualmente era el modelo para la Atención Primaria en el Reino Unido, y actualmente podría reconocerse también en el caso de los hospitales británicos.



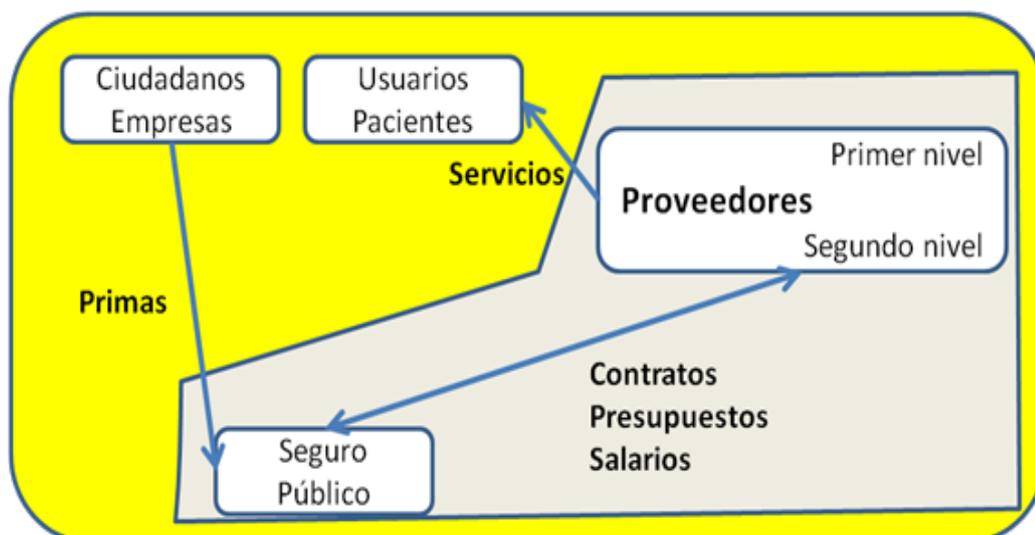
Seguro obligatorio con contratos

Seguro voluntario integrado, se encontraba en el sector privado en Europa en sus inicios pero desapareció con el desarrollo de los sistemas públicos, excepto en el caso de España, donde puede reconocerse en algunas de las compañías de asistencia sanitaria privada y también puede identificarse en HMOs. Los ciudadanos, o las empresas en relación con sus trabajadores, se afilian voluntariamente a una compañía de seguros, cuya característica principal es la integración vertical con los proveedores. Existe capacidad de elección de proveedor pero restringida a aquellos de la compañía.



Seguro voluntario integrado

Seguro integrado obligatorio, era un subsistema muy frecuente en los sistemas públicos con cobertura universal. Existe un único asegurador público que actúa de forma centralizada o descentralizada, al que contribuyen todos los ciudadanos mediante contribuciones específicas o impuestos generales, y que se caracteriza por la integración vertical con los proveedores a los que remunera mediante presupuesto o salario. En este subsistema no existe posibilidad de elección de asegurador y la capacidad para elegir proveedor suele estar limitada.



Seguro integrado obligatorio

Este es el sistema actualmente existente en España. El subsistema puede encontrarse también, paradójicamente, en Estados Unidos, en la Administración de Veteranos.

3.2 Producción y demanda de servicios sanitarios

La descripción tipológica de los sistemas sanitarios efectuada por Saltman y Von Otter a finales de los años 80 del siglo XX estaba basada en las relaciones entre producción y demanda de servicios y el marco regulatorio de ambas facetas.

De acuerdo con el esquema propuesto pueden diferenciarse cuatro modelos:

- a) Sistema de mercado, caracterizado por desarrollar relaciones de competencia tanto en el lado de la oferta como en el de la

demanda de servicios. El ejemplo más característico sería el sistema de Estados Unidos.

b) Mercado mixto, caracterizado por relaciones de competencia en el ámbito de la oferta, la elección viene determinada por el agente que realiza la compra y no por el usuario, y la asignación de recursos se basa en relaciones de contrato. El ejemplo más representativo sería la reforma hospitalaria iniciada en la época Thatcher en el Reino Unido¹⁸ ; esta reforma fue conocida como la introducción de un mercado interno, pero como señalan los autores referidos¹⁹ , se trata en realidad de un mercado mixto ya que además de competir los hospitales públicos entre sí, entran también en competencia con los centros de titularidad privada.

c) Mercado interno, conocido también como competencia pública, caracterizado por relaciones de competencia en el lado de la demanda al ser el usuario quien decide con su elección la asignación de recursos; la capacidad de elección se ejerce exclusivamente entre centros públicos y la asignación de recursos se basa en la elaboración de presupuestos flexibles que tienen en cuenta las preferencias de los usuarios. Se trata del modelo de reforma que Saltman propugnaba como reforma del sistema sueco.

d) Sistema burocrático-administrativo, no existe competencia ni en el lado de la oferta ni en el de la demanda y los ejemplos más característicos serían el SNS de España o los sistemas públicos de Suecia o el Reino Unido en una etapa previa a las reformas de los últimos años.

Esta tipología se ha convertido en un elemento de referencia habitual en el estudio de los sistemas sanitarios y puede esquematizarse en la siguiente tabla:

		Demanda	
		Mercado	Gestión y Control
Producción de Servicios	MERCADO	MERCADO Competencia ■ Demanda ■ Oferta Estados Unidos	MERCADO MIXTO Competencia ■ ? ■ Oferta Reino Unido Suecia
	GESTIÓN Y CONTROL	COMPETENCIA PÚBLICA Competencia ■ Demanda ■ ?	BUROCRÁTICO ADMINISTRATIVO No Competencia ■ ? ■ ? España

La utilización de esta tipología de los sistemas sanitarios permite analizar los modelos en función de sus relaciones de producción y las leyes que dirigen sus modos de asignación de recursos, ofreciendo una clasificación muy útil para acercarse al estudio de las reformas orientadas a estos componentes. Como se estudiará en el tema correspondiente de otro Módulo, estas reformas han ocupado un papel prioritario en la agenda pública en las dos últimas décadas del siglo XX.

Resumen de Modelos de Sistemas Sanitarios

La Tabla recoge los tres modelos de sistema sanitario más frecuentemente utilizados en la literatura y sus características principales: Servicio Nacional de Salud, Seguridad Social y Sistema privado.

Es importante recordar que no existen, en la práctica, modelos puros y que las reformas que constantemente afectan a los sistemas sanitarios modifican las características de éstos. A pesar de ello, puede decirse que estos tres modelos siguen siendo el paradigma de los diferentes sistemas sanitarios y que su comprensión es básica para entender la complejidad de los sistemas sanitarios

	MODELOS		
CARACTERÍSTICAS	SERVICIO NACIONAL DE SALUD	SEGURIDAD SOCIAL	PRIVADO
Tipo Estado Bienestar	Universal	Sist. Nacional Seguros	Asistencia Social
Regulación	Tecnocrática	Tecnocrát./Autorregulación	Autorreg./Mercado
Derecho atención sanitaria	SI	SI	NO, excepto necesidad
Base financiación	Impuestos	Cotizaciones Sociales	Privada, pago primas
Cobertura	Universal	Tendencia Universal	Capacidad de pago
Aseguramiento	Público (único)	Púb/Sin lucro (múltiple)	Privado
Acceso servicios sanitarios y trabajo	Sin relación	Vinculados	Negociado en convenio
Prestaciones	Comunes	Tendencia Comunes	Relacionada con Prima
Elección usuario	Restringida	SI	SI
Asignación recursos	Administrativa	Contratos	Competitiva
Provisión, mayoría	Pública	Priv. Sin lucro/Pública	Privada con/sin lucro
Control instituciones	Administración	Represent. Sociales	Privado Accionistas

ANEXO

A.1. ATENCION SANITARIA Y SALUD. OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Los sistemas sanitarios son complejos y multidimensionales por lo que su análisis precisa abordar todas sus diferentes dimensiones, entre ellas su papel en la protección de la salud o su impacto como sector económico y de empleo.

La protección de la salud es el principal objetivo de las intervenciones sanitarias. Sin embargo, hoy no es evidente que el principal factor de producción de salud sea la sanidad²⁰, ni tampoco que el único objetivo de los sistemas sanitarios sea su protección.

La sanidad en los inicios del siglo XXI es una función social y económica clave para el devenir de las sociedades modernas. Hablar de sistemas sanitarios implica analizar que son un factor fundamental en la protección salud, forman parte sustancial del Estado de Bienestar y conforman un entramado industrial con gran proyección en la innovación y desarrollo, siendo además un sector importante de empleo. En consecuencia, la sanidad es, en el Siglo XXI, un elemento nuclear en las políticas públicas.

Los servicios sanitarios además de cumplir funciones específicas de protección salud, forman parte sustancial del Estado de Bienestar y conforman un entramado industrial con gran proyección en la innovación y desarrollo.

A1.1 La sanidad como factor de producción de salud

Los servicios sanitarios, entendidos como el resultado de la actuación de los médicos y otros profesionales de la salud, han sido considerados históricamente el principal, cuando no el único, factor de producción de salud. La buena salud se ha considerado tradicionalmente el resultado de la atención médica.

Esta concepción se vio muy reforzada con el espectacular desarrollo del conocimiento y la explosión tecnológica, que han caracterizado a las Ciencias de la Salud, y en concreto a la medicina, en el siglo XX; de tal manera que la protección de la salud se vinculó a la capacidad, cada día mayor, de vencer el proceso de enfermedad. La medicina y las ciencias relacionadas se apropiaron de la espectacular mejoría producida en las

condiciones de vida en las sociedades occidentales en los últimos 150 años.

La confianza de los ciudadanos y la sociedad en la medicina como factores de producción de salud ha llegado a ser ilimitada; sin embargo, esta confianza debe ser matizada. La medicina es la ciencia y el arte de curar la enfermedad, y la sanidad el conjunto de servicios que tienen como función preservar la salud. Sin embargo, la protección de la salud se relaciona con múltiples factores que no pueden explicarse ni por el conocimiento médico ni por la bondad de los servicios sanitarios:

- El crecimiento en la esperanza de vida y el cambio en el patrón de morbi-mortalidad asociada al desarrollo de las sociedades, de la preponderancia de las enfermedades transmisibles a la cronicidad, está más en relación con los cambios sociales y económicos y la introducción de medidas higiénicas que con los avances científicos médicos.
- La esperanza de vida tiende a ser mayor en relación con una mayor renta per capita, mejores niveles educativos, o clases ocupacionales altas. De hecho, el gradiente descrito entre países en los indicadores de salud, e incluso dentro de una misma sociedad entre grupos sociales, se ha demostrado para los grandes grupos de enfermedad y no sólo para el conjunto.
- Las sociedades con menores desigualdades sociales y mayor cohesión social tienden a tener mejores indicadores de salud, no sólo globalmente sino también por grandes grupos de enfermedad.
- El análisis de las intervenciones médicas y sanitarias ha evidenciado que no todas ellas están adecuadamente evaluadas en cuanto a su efectividad. De hecho, se ha referido que la mayoría nunca han sido evaluadas adecuadamente.

En la protección de la salud pueden diferenciarse, al menos, tres grandes fases evolutivas en las sociedades occidentales modernas:

1. La salubrista, etapa caracterizada por una mejora en las condiciones de vida, una alimentación más completa y la introducción de medidas como el tratamiento de los residuos

o la potabilización de las aguas, entre otras medidas que están en la base de la espectacular mejoría en los indicadores de salud que empezó a producirse en las sociedades occidentales a finales del siglo XIX.

2. La médica. El desarrollo del conocimiento y de la tecnología han contribuido de manera decisiva a que en las sociedades occidentales pueda hoy vivirse más, pero fundamentalmente mejor. Es decir, se ha ganado cantidad y calidad de vida, y se puede seguir ganando, especialmente si la atención médica y sanitaria, además de mantener el énfasis en la actividad de curar, inciden en su faceta de cuidados. Probablemente, el efecto colateral más importante asociado al éxito de los servicios sanitarios haya sido su focalización en curar y el relego de la faceta de cuidar; este efecto empieza a ser clave en el siglo XXI en las sociedades caracterizadas por un perfil de morbilidad de enfermedades crónicas y un rápido envejecimiento.

3. La social. Proteger la salud en aquellas sociedades con una adecuada política salubrista y unos buenos servicios sanitarios, incluyendo los servicios de promoción y prevención, precisa actuaciones sociales. Las desigualdades sociales están en la base de la mala salud y mejorar la cohesión social sería el principal factor de producción de salud. Hoy puede afirmarse que dejar de fumar o proteger el medio ambiente, dos medidas fundamentales para mejorar la salud, está más relacionado con el desarrollo de políticas sociales y económicas que con actuaciones preventivas desde los servicios sanitarios o los salubristas.

Los sistemas sanitarios deben ser capaces de priorizar las actuaciones con mejor coste/efectividad, y estas no son universales desde el punto de vista de la salud. En este sentido, probablemente la decisión más coste/efectiva no sea la de invertir en servicios médicos si el problema es salubrista, ni tampoco la de seguir invirtiendo de manera prioritaria, y en ocasiones casi única, en dichos servicios con el objetivo de mejorar la salud, cuando se ha alcanzado la que se ha denominado fase social. La situación evolutiva de los diferentes sistemas que se pretenden estudiar es un prerrequisito en el análisis comparado si el objetivo es identificar las mejores prácticas.

La protección de la salud ha tenido tres fases evolutivas: salubrista (condiciones de vida, alimentación, entorno, etc.), médica (conocimiento y tecnología), y social (desigualdades sociales en salud)

A1.2 La sanidad elemento del Estado de Bienestar

La atención sanitaria es uno de los componentes de los sistemas de protección social modernos, consolidado como un derecho ciudadano, de todos o de colectivos concretos. El núcleo del Estado del Bienestar es el concepto de ciudadanía social y su funcionamiento y desarrollo se basan en la solidaridad y la redistribución. En este sentido, el Estado del Bienestar, además de contribuir a la mejora de la salud al facilitar el acceso a los servicios sanitarios, puede ser en sí mismo un factor de producción de salud por el papel que puede jugar en el mayor o menor grado de cohesión social allí donde se desarrolla.

A1.3 La sanidad como sector económico y de empleo

El sector sanitario es un sector productivo, con un gran impacto social y económico, y esta perspectiva no debe perderse cuando se pretenden analizar los sistemas sanitarios.

La sanidad moviliza ingentes cantidades de recursos económicos; así, el gasto sanitario per cápita en Estados Unidos fue de 7.960\$ en 2009, representando el 17,4% del PIB de dicho país en ese año, y en España fue de 3.067\$ per cápita, un 10% del PIB, encontrándose, en los países miembros de la OCDE²¹, entre 1.200\$ y 5.300\$ per capita, y entre el 7% y el 12% del PIB.

Una parte importante de este gasto, aproximadamente el 50%, se destina a costes de personal, y el otro 50% a la compra de bienes y servicios, gastos administrativos e inversiones y, también, en algunos casos, a remuneración del capital. Un aspecto determinante en el debate actual sobre los Sistemas Sanitarios es precisamente este último, tanto como motor de inversión e innovación, como por los excelentes retornos económicos asociados a la actividad sanitaria que facilita el debate sobre la oportunidad de rentabilizar, no sólo socialmente sino también financieramente, los recursos que los Sistemas Sanitarios públicos movilizan.

La importancia del sector sanitario para la economía productiva de un país es un aspecto que en ocasiones se olvida y, sin embargo, es fundamental para entender los Sistemas Sanitarios así como las fuerzas que facilitan o dificultan los cambios que en ellos se producen. Las industrias de alta tecnología, como

la farmacéutica, la de comunicaciones o la de diagnóstico por imagen, son elementos de gran importancia para el desarrollo de cualquiera de las economías de los países modernos. Uno de los retos en la gestión futura de los sistemas sanitarios probablemente esté en incorporar a los sectores industriales como aliados en la consecución de los objetivos de los sistemas.

La importancia de la sanidad como sector productivo tiene su correlato inmediato en el empleo. El sector sanitario es responsable de una parte importante del empleo en un país y su peso está relacionado con la cantidad de recursos que en dicho país se canalizan hacia el sector, pero también con la estructura que el sistema tiene y las prestaciones que facilita.

TABLA Empleo sanitario y social en relación con el empleo público total

	1995	2008
Alemania	9,1	11,6
Canadá	10,4	11,1
Dinamarca	16,8	18,4
España	5,2	6,3
Estados Unidos	11,9	12,5
Francia	9,3	9,8
Finlandia	14,3	15,2
Holanda	13,6	15,9
Irlanda	8,2	10,7
Italia	6,2	7,2
Portugal	4,6	5,9
Reino unido	10,7	12,4
Suecia	16,2	15,7

Fuente: OECD, Health at a Glance 2009

El caso de España es especialmente llamativo por ser de los países que menos empleo sanitario y social tiene, probablemente en relación con la estructura del sector; el sistema sanitario español proporciona una buena atención diagnóstica y terapéutica de agudos, con escasas prestaciones de cuidados, especialmente en las situaciones de cronicidad, y tiene un escaso desarrollo del sector social; en consecuencia, el empleo que genera es fundamentalmente un empleo de alta cualificación en el área médica y menos desarrollado en el de cuidados.

A2. OBJETIVOS SISTEMAS SANITARIOS

Al abordar un estudio comparado de los sistemas sanitarios debe incorporarse el análisis de la eficacia y eficiencia con que son capaces de alcanzar sus objetivos²². El problema, frecuente, es que:

- los objetivos de los sistemas sanitarios no son únicos ni universales,
- el sobreentendido generalizado es que el interés único explicitado suele ser la protección de la salud, y
- no todos los sistemas sanitarios tienen explícitamente definidos los objetivos que deben alcanzar,

La OCDE recoge en diferentes documentos los objetivos que considera comunes a los diferentes Sistemas Sanitarios, y en concreto en un documento de 1995²³ explicitó los objetivos que, en criterio de la organización, los gobiernos buscan en el sector sanitario:

- Equidad: los ciudadanos deberían tener acceso a un mínimo de atención sanitaria y el tratamiento debería estar basado en la necesidad de cuidados más que en la capacidad económica del usuario.
- Eficiencia microeconómica: la calidad de los cuidados y la satisfacción de los consumidores debería ser maximizada al mínimo coste.
- Control macroeconómico del coste: los sistemas sanitarios deberían consumir una parte "apropiada" del Producto Interior Bruto (PIB) de cada país.

R. B. Saltman y J. Figueras²⁴ del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, no señalan objetivos y analizan los valores de los Sistemas Sanitarios como el fruto de la estabilidad social resultante de la tensión continua entre los diferentes valores y creencias de la sociedad en que se desarrollan, y que, para una mejor comprensión, agrupan en cuatro apartados:

- Los valores que en la mayoría de las sociedades

democráticas se encuentran en tensión entre ellos: equidad, autonomía individual y eficiencia.

- El fenómeno de la salud y su comprensión, al incorporar realidades muy diversas.
- Las formas y las prioridades en la asignación de recursos, tanto entre niveles asistenciales como a los profesionales.
- Las diferentes posibilidades de regulación: la tecnocrática o experta, la autorregulación profesional, la basada en el mercado o la democrática. El método dominante en una sociedad suele reflejar las prioridades definidas por esa sociedad en su conjunto.

El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de España de 1995²⁵, recogía la explicitación de los objetivos priorizados del Sistema Nacional de Salud (SNS) con su definición:

- Equidad en el acceso: acceso a igual servicio para igual necesidad.
- Eficacia/efectividad: contribución del SNS al aumento de salud.
- Equidad en los recursos: iguales recursos para igual necesidad.
- Eficiencia microeconómica: óptima producción de servicios por recurso.
- Equidad financiera: Distribución equitativa del gasto.
- Eficiencia macroeconómica: Adecuación del gasto sanitario a la riqueza nacional.
- Satisfacción: percepción positiva por el usuario/población.
- Eficacia de nivel: capacidad de resolución por nivel asistencial.

Parece, por tanto, que los sistemas sanitarios comparten objetivos complejos pudiendo diferenciarse, en su contenido y priorización, de unos países a otros, en estrecha dependencia de los valores de las sociedades en que se desarrollan. Incluso, es habitual que en un mismo colectivo no exista un criterio único y compartido

entre todos sus miembros en relación con los valores y creencias que informan su sistema.

El análisis de los sistemas sanitarios, por tanto, debe realizarse a partir de un conocimiento profundo de la sociedad concreta en que se desarrollan y los valores que la caracterizan; solo de esta forma, pueden llegar a entenderse las razones que subyacen en los aspectos concretos que pueden caracterizar a un sistema sanitario en una sociedad concreta, o como abordan los retos a los que se enfrentan, y de esta forma contextualizar las prácticas diferentes para poder aprender de las mejores.

Notas y referencias bibliográficas

1. La definición utilizada sigue la orientación de K.L. White recogida en la Pg. XIX de "Health Services Research: Ananthology" libro del que es editor y publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 1992.

2. Autores como P. Starr (*The Social transformation of American Medicine. New York: Basic Books, 1982*) o A. Stoline y J. Weiner (*The new medical market place. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993*) señalan como una de las razones que explican el origen y desarrollo de los sistemas privados de protección social en Estados Unidos, la de proteger las rentas económicas de los proveedores en tiempos de crisis económica, en concreto durante la Gran Depresión.

3. Término acuñado para evitar la utilización de "competencia regulada", la propuesta de reforma del sistema sanitario de EEUU de Norte América lanzada entre otros autores por Enthoven y que inspiró las reformas propulsadas por Margaret Thatcher en el Reino Unido en los últimos años del Siglo XX. Una versión del propio Enthoven puede encontrarse en *Health Affairs, Suppl 1993: 24-48*, "The history and principles of Managed Competition" y permite acercarse al origen de esta propuesta de reforma que tanto impacto ha tenido tanto en la práctica como en el análisis teórico.

4. Un clásico, T. Bodenheimer, *The HMO backlash-Righteous or reactionary?*, *New England Journal of Medicine*, 1996;335: 1601-1604.

5. Los datos recogidos en este párrafo como la mayoría de los utilizados en el capítulo, provienen de la base de datos de la OCDE, en concreto *OECD Health data frequently requested data 2011*, o de la publicación *Health at a Glance* correspondientes a los años 2009 y 2010

6. En EEUU, la cobertura sanitaria de los ciudadanos con empleo es financiada en muchas empresas, total o parcialmente, como un beneficio social. Una buena descripción del desarrollo de este sistema de aseguramiento puede encontrarse en el libro de A. Stoline y J. Weiner recogido en la nota 6.

7. Un mejor entendimiento de este fenómeno, inusual en Europa, puede iniciarse con la lectura de este editorial en relación con el

"infraseguro" firmado por Perrin, J.M. "Treating underinsurance" *N Engl J Med* 2010; 363:881-883

8. OECD Health data frequently requested data 2011 y OECD Health at a Glance 2009 y 2010.

9. J. Shapiro & S. Smith, "Lessons for the NHS from Kaiser Permanente", *BMJ* 2003; 327: 1241-1242

10. Médicos de Cabecera gestores de presupuesto

11 Para una primera aproximación, además del artículo de Enthoven recogido en la nota 9, se remite al lector a F. Sevilla y V. Navarro, "La competencia gestionada: sus méritos, ¿nos permiten conocer el bosque?" *Revista de Administración Sanitaria* 1997; 1: 573-93. Para una visión diferente P.A. Rivers & K. Tsai "Managing costs and managing care", *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2001; 14/7: 302-307. Una aproximación más reciente y aproximación a la introducción de la Competencia Gestionada en sistemas públicos en K.G.H. Okma, T.R. Marmor y J. Oberlander, "Managed competition for Medicare? Sobering lessons from the Netherlands" 10.1056/NEJMp106090, *The New England Journal of Medicine* 2011

12. En la serie OECD review of Health Systems la organización ha publicado en los últimos años las relacionadas con los sistemas sanitarios de Suiza, Turquía, Finlandia, México y Corea.

13. El European Observatory on Health Systems and Policies en su serie Health Systems Profiles (HiTs) ha publicado en los últimos 10 años estudios de al menos 50 países, no todos de la Región Europea de la OMS, en muchos casos como el español con diferentes actualizaciones.

14. "The World Health Report 2000" publicado por la Organización Mundial de la Salud, dedicado al estudio de los sistemas sanitarios, y la controversia que suscitó en el mundo académico, mediático y político, es un buen ejemplo de la dificultad en el análisis comparado de estos sistemas.

15. Los interesados en una introducción a la heterogeneidad de los sistemas sanitarios y sus múltiples elementos de debate subyacentes en las reformas en curso, pueden obtener información relevante, incluyendo una amplia bibliografía, en C. Wendt, L. Frisina y H. Rothgang, "Healthcare System Types: A conceptual

framework for comaprison" *Social Policy and Administration* 43(1): 70-90, February 2009 que plantea una taxonomía de tipos de sistemas de referencia, o en D.J. Hunter, "The Health Debate", *The Policy Press, Bristol U.K, 2008*. dedicado a las reformas en curso en el National Health Service en Inglaterra. Otros estudios recientes que orientan en el análisis sistemas sanitarios son: I. Joumard, C. André y C. Nicq, "Health Care Systems: Efficiency and Intstitutions", *OECD Economics Department Working Papers*, nº 769, *OECD Publisihing* 2010, doi: 10.1785/5kmfp51f5f9t-en, y A. Wagstaff, "Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems. Evidence from the OECD", *Policy Research Working Paper 4821, The World Bank, Washington* 2009.

16. Los interesados en conocer las características el sistema sanitario de EEUU pueden acudir al *New England Journal of Medicine* y sus completas series publicadas en los años 1992/3 y 1999, M. Angell: *The American Health Care System Revisited, a new series, NEJM* 1999; 340: 48

17. Para una descripción completa de dicha metodología, su utilidad y conocer su aplicación a diferentes países se remite al lector al libro: *The Reform of HealthCare: A comparative analysis of seven OECD countries. Health Policy Studies nº. 2. Paris: OECD, 1992*.

18. Los GP-Fundholding y las Autoridades de Distrito, son los órganos compradores, es decir, son las entidades que contratan servicios para atender a los pacientes a su cargo que precisen dichos servicios. Los hospitales públicos convertidos en Trusts compiten en el Reino Unido entre ellos, y con los hospitales privados, por los contratos

19. Para un análisis más completo tanto del esquema de clasificación propuesto como del análisis de los diferentes tipos de mercados desarrollados en las reformas de los sistemas públicos se refiere, entre otros: R.B. Saltman y C. Von Otter "Public competition versus mixed markets: an analytic comparison". *Health Policy* 1989; 11: 43-55.

20. A los lectores interesados se recomienda la lectura, entre otros, de los siguientes libros: a) Illich I. *Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health*. Marion Boyars Publishers Ltd, 2000 (primera edición en 1975) b) Evans, R.G.; Barer M.L.; Marmor, T.R. (eds.) *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter, 1994. c) Wilkinson, R.G. *Unhealthy*

societies. The Afflictions of inequality. London and New York: Routledge, 1996. d) Navarro, V. The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life.

Baywood Pub Co, 2000. e) Nolte, E & Mckee, M Does health care save lives? Avoidable mortality revisited, The Nuffield Trust London 2004

21. Los datos recogidos en este anexo así como la mayoría de los utilizados en el capítulo, provienen de la base de datos de la OCDE, en concreto OECD Health data frequently requested data 2011, o de la publicación Health at a Glance correspondientes a los años 2009 y 2010

22. Un buen examen del estado actual de la medición de la eficacia con que los sistemas sanitarios alcanzan sus objetivos, así como de los retos existentes para disponer de un análisis de rendimiento adecuado puede encontrarse en P.C Smith, E. Mossialos. I. Papanicolas y S. Leatherman, "Performance measurement for health system improvement: Experiences, Challenges and Prospects" Cambridge University Press 2009

23. New Directions in Health Care Policy. Health Policy Studies No.7. Paris: OECD, 1995.

24. European Health Care reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Publications, European Series, Nº. 72, 1997.

25. Plan de Salud, 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.