



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Yepes, Francisco J.

Análisis comparativo de los sistemas de salud: Algunos aspectos metodológicos

Salud Pública de México, vol. 33, núm. 4, julio-agosto, 1991, pp. 392-395

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633411>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD: ALGUNOS ASPECTOS METODOLÓGICOS

FRANCISCO J. YEPES, M.C., DR. P.H.⁽¹⁾

Yepes FJ.
Análisis comparativo de los sistemas de salud:
algunos aspectos metodológicos.
Salud Publica Mex 1991;33:392-395.

RESUMEN:

En este artículo se introduce al análisis comparativo de sistemas de salud, su relativo poco desarrollo y su importancia para ilustrar el proceso de formulación de políticas y para ser utilizado en la formación de los cuadros directivos de la salud. Igualmente analiza algunas de las dificultades metodológicas que hacen de él un campo particularmente difícil que requiere de cuidado y prudencia en su estudio. En una forma somera pasa sobre diferentes condicionantes y limitaciones de este análisis: la necesidad de conocer el contexto socio-histórico-político-económico y las dificultades metodológicas de comparar los aspectos financieros, los recursos humanos, la infraestructura física, la tecnológica, los esquemas organizacionales y los niveles de salud.

Palabras clave: sistemas de salud, formulación de políticas, análisis comparativo

Yepes FJ.
Comparative analysis of health systems:
Methodological aspects.
Salud Publica Mex 1991;33:392-395.

ABSTRACT:

This paper discusses the comparative analysis of health systems, its relative low level of development, its great importance for training health sector leaders and some of the difficulties and limitations for implementing it transnationally. The appropriate understanding of the sociohistorical conditions and the economic and political context are of germane importance for comparative analyses. Moreover, analysis of the financial aspects of health systems, as well as that of the physical or technological infrastructure, of the human resources, or the organizational structure and also of the health levels bring about particular difficulties which need adequate methodological developments.

Key words: health systems, policy making, comparative analysis

Solicitud de sobretiros: Dr. Francisco J. Yepes. Profesor-investigador de la Facultad de Estudios Interdisciplinarios. Pontificia Universidad Javeriana. Carrero 7a, N° 4062, Edificio 25, 3° piso, Apartado Aéreo 56710, Bogotá, Colombia.

EL ANÁLISIS COMPARATIVO de sistemas de salud es un campo cuya importancia no corresponde al grado de desarrollo que ha logrado hasta hoy y que no ha sido utilizado en todo su potencial en el proceso de formación de los futuros decisores ni en la formulación de las políticas de salud.

Si bien el análisis comparativo se aplica tanto a los micro como a los macrosistemas, nuestro propósito en este artículo es ubicarnos a nivel del análisis de estos últimos.

El conocimiento de las experiencias de otros países, de sus éxitos, de sus fracasos y de sus dificultades, es un

(1) Profesor-investigador de la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
Fecha de recibido: 14 de marzo de 1991 Fecha de aprobado: 7 de junio de 1991

elemento pedagógico de la mayor importancia para abrir horizontes que muestren alternativas y den voces de alerta más allá de las limitadas experiencias nacionales.

Creemos que se requiere un esfuerzo concertado de la comunidad científica a fin de avanzar y solidificar este campo de estudio, para contribuir en una forma mucho más sistemática a la formulación y desarrollo de las políticas contemporáneas de salud en nuestros países.

Esencialmente, el análisis comparativo de sistemas de salud debe permitirnos extraer de la práctica universal, aquellos aspectos que han sido exitosos en la construcción de unos sistemas de salud más equitativos, efectivos y eficaces, dándonos elementos de juicio sobre su relatividad temporal y cultural a fin de valorarlos adecuadamente.

Sin embargo, para poder saber en realidad por qué unos sistemas han sido más exitosos que otros, necesitaríamos poder identificar aquellos aspectos que han hecho la diferencia, y éste es precisamente lo más difícil en el análisis comparativo; por una parte debido a la complejidad y multiplicidad de las variables en juego, y por otro, por los problemas de las metodologías para establecer equivalencias internacionales en la construcción, medición e interpretación de los indicadores utilizados, lo cual conlleva grandes dificultades para precisar en muchos aspectos cuáles son las diferencias reales así como para interpretarlas.

De todas maneras, aún cuando no siempre es posible establecer la relación de causalidad entre las modalidades particulares observadas y su grado de éxito o fracaso, siempre es importante enriquecer nuestra perspectiva con el conocimiento de las experiencias y enfoques de otros.

La siguiente es una lista, que no pretende ser exhaustiva, de algunos de los condicionantes que deben tomarse en cuenta.

CONTEXTO SOCIO-HISTÓRICO-POLÍTICO-ECONÓMICO

Es imposible acercarse inteligentemente al estudio de los sistemas de salud sin tener un conocimiento apropiado de los condicionantes históricos, sociales, políticos y económicos que han conducido su desarrollo en uno y otro sentido. Pretender sacar conclusiones para otros contextos sin haber entendido antes las situaciones históricas que condujeron a un proceso y condicionaron su éxito o fracaso es simplemente imprudente.

Entender los "feldsher" rusos y los médicos descalzos chinos requiere conocer su origen y el contexto en el cual se consolidaron o modificaron, como lo requiere entender el proceso de convivencia de la medicina occidental con la medicina tradicional en China o el desarrollo en el servicio Nacional de Salud inglés de una forma de pago para los especialistas y otra para los médicos generales, o la existencia en la mayoría de los países latinoamericanos de un sistema de salud con diferentes compartimentos para las distintas clases sociales.

Es pues fundamental, al acercarse al estudio comparativo de los sistemas de salud, tener un conocimiento mínimo sobre el proceso histórico de los países y de los respectivos sistemas de salud, sobre las costumbres de la población y de la clase dirigente, sobre el pasado y presente de la cultura política, la estructura de gobierno actual y los componentes centrales de la economía.¹

COMPARACIÓN DE ASPECTOS FINANCIEROS

El nivel del esfuerzo social. A pesar de que el análisis financiero es el área de los estudios comparativos que más atención ha merecido, es un hecho que presenta numerosos problemas metodológicos. Por una parte, el análisis del esfuerzo total de una sociedad en términos de la proporción de producto interno bruto (PIB) que se dedica a la salud está limitado por las dificultades de comparación debidas a la sobrevaloración de las tasas de cambio en los países en desarrollo y a las diferencias en los precios relativos de los bienes y servicios del Sector Salud.^{2,3} Además el nivel de asignación no dice nada acerca del grado de distribución en la población. Por otra parte, distintos niveles de salud con sus variados problemas requieren diferentes esfuerzos.³

La equidad y la eficiencia. A lo anterior deben añadirse otros aspectos de gran importancia en el campo del financiamiento, como son los de la equidad y la eficiencia. Un mismo nivel de esfuerzo social en salud puede hacerse con muy diferentes niveles de equidad y eficiencia, lo cual plantea adicionales dificultades para los análisis comparativos. La mayor o menor equidad de un sistema se puede medir de diferentes maneras ya sea a través de la distribución de los recursos financieros, de los recursos físicos y humanos, o de la accesibilidad final a los servicios de salud por los distintos grupos de población. En realidad la medición última de equidad

debería estar dada por la determinación de la existencia de mayores o menores diferenciales en los niveles de salud entre los grupos sociales. De igual manera, si aceptamos que el producto final de los sistemas de salud es la producción de años de vida útil, la eficiencia debería medirse, en última instancia, en términos del número de años de vida útil producidos por cada unidad monetaria destinada a salud.

El origen del financiamiento. Si los fondos destinados a la salud provienen de una sola fuente o de varias, su composición, y el mayor o menor grado de control que el Estado tenga sobre las mismas, son aspectos muy importantes a considerar con consecuencias sobre la capacidad de establecer prioridades, dirigir el gasto, y buscar equidad y eficiencia. Las condiciones para hacerlo son indudablemente diferentes si los recursos de salud provienen total o casi totalmente de los impuestos generales de la nación, como es el caso del Reino Unido o la Unión Soviética; si provienen de los impuestos locales principalmente, como en Suecia; si proceden de los aportes de los empleados y empleadores, como en España, o si provienen de múltiples orígenes, como en Estados Unidos y la mayoría de los países Latinoamericanos. La notable capacidad de controlar el gasto mostrada por el sistema canadiense a partir de su reforma de 1974 contrasta por ejemplo, con el fenómeno contrario observado en Estados Unidos.

El destino del financiamiento. Lo mismo acontece con el destino que se da a los fondos del Sector Salud. Su distribución entre atención terciaria y atención primaria hace una diferencia, como igualmente lo hace la diferente proporción con que se asignen por grupos sociales y geográficos, con las implicaciones del caso, de nuevo, sobre la eficiencia y la equidad. La experiencia costarricense, por ejemplo, es notable al mostrar el impacto de una destinación estable durante un periodo prolongado a la atención primaria.⁴ Aún cuando el área de los estudios de costo beneficio y costo efectividad no es exactamente una de las más desarrolladas en salud, ya hay suficiente información que permite documentar el diferente efecto-costeo de numerosas destinaciones de los recursos financieros para la salud.⁵

COMPARACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La comparación de los recursos humanos encuentra también múltiples dificultades que tienen que ver con los distintos niveles de comparabilidad.

Dos sistemas de salud con perfiles y niveles similares de recursos humanos pueden variar notablemente en cuanto a la calidad de los mismos, a su distribución geográfica, a su disponibilidad para diferentes grupos sociales y a su productividad.

Un análisis de los perfiles de recursos humanos a nivel genérico puede no ser suficiente porque las microespecificaciones de un particular tipo de recurso humano pueden mostrar diferencias que eventualmente tienen un impacto importante. Es el caso, por ejemplo, de hablar a nivel genérico de recursos médicos cuando el análisis de los diferentes tipos de médicos puede ser significativo, como sería el caso de la gran proporción de médicos familiares en Canadá y demás especialidades en Estados Unidos.

Indudablemente las funciones de producción pueden variar notablemente, no sólo a nivel de diferentes combinaciones de recursos humanos, sino también a nivel de combinaciones recurso humano-recurso tecnológico.

COMPARACIÓN DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

Tal vez una de las comparaciones más utilizadas a nivel internacional es la de los índices de elementos de infraestructura por unidad poblacional (cama/habitante, centro o puesto de salud/habitante).

Las limitaciones también han sido planteadas en múltiples ocasiones: las diferentes calidades, disponibilidades (accesibilidad) para diversos grupos poblacionales (geográficos, socioeconómicos), variables, niveles de productividad, distintos perfiles por tipo de servicio (agudo, crónico) o por nivel tecnológico (primario, secundario).

COMPARACIÓN DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Esta tal vez sea una de las áreas más subdesarrolladas al interior del análisis comparativo de los sistemas de salud. Aquí debemos hablar tanto de tecnologías duras (equipamiento) como de tecnologías blandas, y al interior de éstas, no sólo todo lo relacionado con los procesos de mantenimiento y recuperación de la salud (fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación), sino con la gestión de los mismos. En todas ellas es importante tener en cuenta no sólo el perfil de las tecnologías existentes, sino su grado de difusión en las prácticas del sistema (mayor o menor predominancia).

COMPARACIÓN DE ESQUEMAS DE ORGANIZACIÓN

Los sistemas de salud universales son ricos en múltiples formas organizativas con todo tipo de variantes: sistemas estatizados con alto grado de centralización (Cuba), sistemas provinciales con algunos elementos mínimos comunes establecidos a nivel nacional (Canadá), sistemas locales (Suecia) y elementos de competencia introducidos en un esquema estatal (Reino Unido).

El análisis de los esquemas de organización es de una gran riqueza potencial para abrir los horizontes de los decisores del sector. Sin embargo, parece que éste es un campo hasta ahora fundamentalmente descriptivo y escaso en estudios comparativos.

Tal vez el campo micro ha sido el más abundantemente estudiado desde la perspectiva de los sistemas Kaiser y de los HMO, posiblemente por su impacto a nivel del control de los costos de la atención de la salud, mediante el desestímulo a las hospitalizaciones y cirugías. Son múltiples las variables que se deben tener en cuenta: estatización-privatización, centralización-descentralización, estructuras competitivas-estructuras imperfectas, gestión autoritaria-gestión participativa, presencia-ausencia de cogestión comunitaria, presencia-ausencia de una puerta de entrada definida, etcétera.

COMPARACIÓN DE NIVELES DE SALUD

El nivel de salud es en última instancia el criterio de éxito de un sistema de salud. A pesar de que existen dificultades de comparabilidad que provienen de la diferente calidad de los datos (subregistros, calidad de los diagnósticos, calidad en registro y transcripción de datos) y de las distintas estructuras demográficas de las poblaciones, aquí tal vez es donde más experiencia internacional existe en análisis comparativos.

CONCLUSIONES

El autor pretende dar una visión muy somera sobre algunas de las complejidades del análisis comparativo de los sistemas de salud a nivel transnacional. Estas complejidades son una voz de alerta a fin de estimular en nuestro medio el desarrollo de estudios que traten de profundizar en las diferentes dimensiones planteadas y que nos permitan tener un mejor conocimiento de las ventajas relativas de las diferentes experiencias.

Por otra parte, hay que enfatizar la importancia de utilizar este tipo de análisis como una herramienta docente de la mayor utilidad para la formación de los recursos humanos directivos del sector.

REFERENCIAS

1. Saltman RB. The international handbook of health-care systems. New York: Greenwood Press, 1988.
2. Zschock DK. Financiamiento de la salud en el Tercer Mundo. Bogotá: Tercer Mundo, 1980.
3. Abel-Smith B. Estudio internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud. Ginebra: OMS, 1969.
4. Saenz L. Salud sin riqueza. El caso de Costa Rica. San José: Ministerio de Salud-Unidad Sectorial de Planificación, 1985.
5. Jamison DT, Mosley HW. Selecting disease control priorities in developing countries. En: Jamison DT, Mosley HW, ed. Disease control priorities in developing countries (en preparación).