

1. Los componentes de un sistema nacional de salud

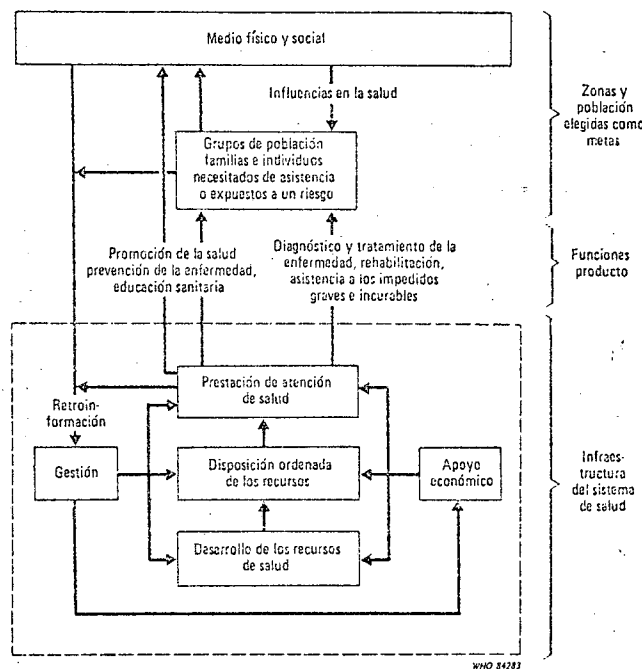
Toda sociedad puede analizarse tomando como base cierto número de sistemas relacionados entre sí, por ejemplo la agricultura, los transportes y la industria. (Estos sistemas son a menudo denominados sectores, particularmente por los economistas.) El sistema de salud suele ser una de las más complicadas de estas entidades, por haberse desarrollado lentamente con los siglos, a partir de elementos como las creencias de la gente, la ciencia, factores comerciales y otras fuerzas sociales, por lo general sin ninguna planificación deliberada o sistemática. Por otra parte, si se consideran todos los factores sociales y del medio que pueden contribuir a mejorar el estado de salud o influir en él, se advierten estrechas relaciones entre el sistema de salud y otros muchos, por ejemplo, la agricultura, la industria, la educación, etc. Por lo tanto, un sistema de salud ha de considerarse como un todo coherente que está compuesto de muchas partes relacionadas entre sí, tanto sectoriales como intersectoriales, además de la propia comunidad, y que produce un efecto combinado en la salud de la población. Para crear un sistema que tenga un propósito determinado, todas las partes han de funcionar juntas y ajustarse unas a otras. Esto puede conseguirse por medio de una comunicación constante y de una división del trabajo entre las partes.

Hay muchas maneras de describir y analizar los sistemas nacionales de salud, según el grado de minuciosidad a que se quiera llegar. En la configuración del sistema de salud influyen inevitablemente sus objetivos y valores fundamentales. En el nivel más elemental, la estructura y las interrelaciones funcionales del sistema de salud de cualquier país pueden analizarse con arreglo al modelo mostrado en la Figura 1. En este modelo simplificado de sistema de salud hay cinco componentes principales, cada uno de los cuales está directa o indirectamente relacionado con los demás (87):

- desarrollo de recursos de salud
- disposición ordenada de los recursos
- prestación de atención de salud
- apoyo económico
- gestión.

La línea intermitente que rodea estos componentes principales en la Figura 1 señala los límites de la infraestructura del sistema de salud. Las influencias sobre la salud pueden proceder del medio ambiente o de la base biológica de la población. Las actividades del sistema de salud en materia de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfer-

Fig. 1. Modelo de un sistema nacional de salud: estructura e interrelaciones funcionales



fermedad, rehabilitación y asistencia a los impedidos graves y a los incurables están dirigidas a la población, si bien algunas tienen también por objeto el medio en que vive la gente. Estas actividades están representadas por las flechas que salen de la infraestructura del sistema de salud. El sistema de salud puede ejercer sus funciones gracias a la creación y distribución de recursos. El total de los recursos que pueden asignarse fija los límites a los presupuestos en lo que hace a las nuevas inversiones y a los gastos fijos. Prácticamente en todas las sociedades, la demanda de servicios de salud excede a los recursos disponibles. En consecuencia, resulta preciso establecer un orden de prioridad para las metas y los ob-

jetivos que el sistema de salud ha de alcanzar. Pueden medirse los resultados de las actividades sanitarias y retrotraerse esta información para la gestión. La información puede estar relacionada tanto con el funcionamiento del sistema de salud (volumen, distribución y calidad del producto) como con los efectos que las actividades pueden tener en la población (repercusiones en la situación de salud y beneficios sociales). Por medio de este mecanismo de retroinformación, la gestión ejerce sus funciones reguladoras.

Para reorientar un sistema de salud de forma que pueda alcanzar una meta concreta, como por ejemplo la salud para todos, se empezará por analizar detalladamente los cinco componentes principales de la infraestructura indicados en el modelo (Fig. 2).

Desarrollo de los recursos de salud

En una fase temprana de la organización de cualquier sistema de salud hace falta desarrollar los recursos humanos y materiales necesarios para prestar asistencia sanitaria y ejercer las funciones del apoyo del sistema. Se requieren muchos tipos diferentes de recursos y su desarrollo implica diversas acciones. En su forma más simple, estos recursos de salud pueden clasificarse en cuatro categorías principales:

- personal de salud
- servicios de salud
- equipo y suministros de salud
- conocimientos sobre salud.

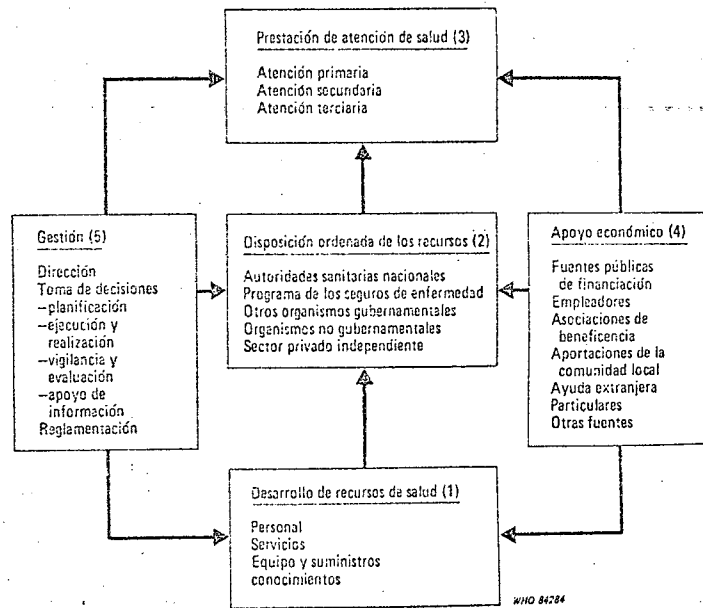
Como puede verse, la *financiación* (o «dinero») no se considera como un recurso, porque es un medio básico de intercambio social —un instrumento no específico de «valor»— que ha de transformarse en determinados recursos o servicios para formar parte del sistema de salud. Este medio de cambio es, por supuesto, indispensable y se incluirá en el «apoyo económico», que es el cuarto de los cinco componentes principales del sistema de salud. A continuación examinaremos el desarrollo de cada uno de los cuatro tipos principales de recursos de salud.

Personal de salud

Hay muchas categorías de personal de salud: médicos (generales y especialistas), dentistas, farmacéuticos, técnicos de laboratorio y de rayos X, nutriólogos, terapeutas de rehabilitación, higienistas, inspectores sanitarios, enfermeras profesionales de muchas clases (de hospital, visitadoras domiciliarias, de salud pública, etc.), administradores sanitarios,

diversos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares, etc. Suele prestarse atención a los que participan directamente en la prestación de asistencia de salud, como los médicos, las enfermeras y el personal auxiliar. No obstante, al examinar los sistemas nacionales de salud con el propósito de reorientarlos, deben tenerse presentes todos los tipos de personal de salud con el fin de decidir cuál ha de ser la composición adecuada de cada categoría.

Fig. 2. Componentes principales de las infraestructuras de un sistema nacional de salud



Cada categoría de personal ha de considerarse según las funciones que le son propias y las tareas relacionadas con ellas, el tipo de formación recibida, su número y distribución en el país, sus relaciones con personal de salud de otras clases, y otras características como las posibilidades de sustitución (23). En la medida en que todo el personal de salud está vinculado por el funcionamiento del sistema de salud, constituye en teoría un «equipo». El grado en que en la realidad existen una coordinación o un trabajo en equipo satisfactorios difiere, sin embargo, de un sistema nacional de salud a otro.

Servicios de salud

En un sistema de salud hacen falta muchos tipos de servicios (o infraestructura material). El ejemplo más conocido es quizá el de los hospitales, donde se atiende en camas a los enfermos graves, pero hay asimismo otros servicios aparte para tratamiento ambulatorio (consultorios, centros de salud o puestos sanitarios), farmacias, laboratorios, etc. En realidad, los locales en que actúa cada persona que ejerce una profesión sanitaria constituyen parte de los servicios de salud de un sistema nacional. Asociadas a los servicios de salud preventivos existen diversas instalaciones de saneamiento del medio, por ejemplo, las de tratamiento de agua, evacuación de aguas residuales y pasteurización de la leche.

El emplazamiento, el tamaño y el diseño son importantes características de los servicios de salud y tienen una influencia principal en su eficacia. Las funciones varían a menudo según la fuente de financiación o el patrocinio de los servicios, que puede corresponder a una organización o a un individuo. La construcción de hospitales modernos suele ser muy costosa y corre a cargo, por lo tanto, principalmente de departamentos gubernamentales o de planes de seguros médicos. En muchos países, sin embargo, los hospitales son construidos y administrados por organismos no gubernamentales, tales como asociaciones religiosas u otras entidades benéficas o empresas privadas. En algunos casos, pertenecen a individuos —médicos u hombres de negocios— y tienen un fin lucrativo.

Los centros de salud dedicados al tratamiento ambulatorio (sobre todo en el nivel primario) son asimismo construidos y administrados principalmente por organismos gubernamentales. En los últimos años, al comprenderse mejor la importancia de la atención primaria de salud, los centros de salud han asumido un papel más importante. También se han ampliado las funciones tanto de los hospitales como de los centros de salud. Los hospitales, que tiempo atrás estaban casi exclusivamente dedicados a la asistencia a los enfermos graves en la cama, proporcionan actualmente más tratamiento ambulatorio junto con ciertos servicios preventivos. Los centros de salud, que por su parte con frecuencia se utilizaban exclusivamente para prestar servicios preventivos, suelen ahora ofrecer tratamiento y rehabilitación también a los pacientes ambulatorios. En lugares situados en la periferia, los puestos y las estaciones de salud, con frecuencia instalados en locales sencillos de las aldeas y aun en domicilios particulares, han de considerarse como importantes servicios sanitarios, particularmente para la prestación de atención primaria de salud.

Es notable el hecho de que la manera de financiar la construcción de los servicios de salud es muy diferente de la manera de financiar su funcionamiento. Cualquiera que sea la forma en que se haya financiado la construcción, los gastos de funcionamiento —entre los que deben figurar los de adquisición de suministros y de remuneración del personal— han

de ser costeados por las cajas de seguros médicos, las subvenciones gubernamentales, las inversiones privadas u otros mecanismos, de que se tratará más adelante.

Equipo y suministros de salud

Otro tipo de recurso de todos los sistemas de salud es una gran variedad de equipo, suministros, medicamentos y demás materiales requeridos para el tratamiento y la prevención de la enfermedad. Con los adelantos de las ciencias médicas, se ha elaborado una tecnología cada vez más compleja para el diagnóstico y el tratamiento muy especializados de distintos males. El material radiológico, los aparatos de electrocardiografía, las instalaciones de análisis bioquímico y los demás innumerables recursos de este tipo permiten diagnosticar muchas enfermedades graves en una fase precoz, que es cuando el tratamiento resulta más eficaz. Este equipo es en gran parte, sin embargo, muy costoso, y en los últimos años algunos funcionarios de sanidad y parte de la población han empezado a mostrarse escépticos en cuanto a su verdadera utilidad. La relación entre el costo y la eficacia de un material muy perfeccionado puede resultar bastante insatisfactoria y algunos miembros destacados de la profesión sanitaria han abogado por el empleo de una tecnología más apropiada.

Gran parte del equipo empleado en el sistema de salud no es exclusivamente médico, sino necesario para el transporte, la refrigeración, el análisis químico, etc. Del equipo forman parte también los aparatos de prótesis, incluidas las gafas, los aparatos para la sordera y los miembros artificiales. La diversidad de equipo y de suministros empleados para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación es considerable, y es preciso que cada sistema nacional de salud halle la manera de uniformar este material, tal vez mediante el control de la fabricación en el país o la importación selectiva.

La fabricación y distribución de medicamentos y sustancias afines, como las vacunas, son unas operaciones tan importantes como complejas. Teniendo en cuenta que es una industria donde predomina la empresa privada, la fabricación y comercialización de medicamentos han de hacer frente a una abundante reglamentación pública en todo el mundo. Los medicamentos son una parte esencial del tratamiento de la enfermedad y tanto su calidad como su variedad han ido aumentando constantemente. Sin embargo, los gastos de medicamentos han ido también creciendo con gran rapidez, en particular en los países en desarrollo, en donde es preciso importar todos o casi todos los medicamentos. Para limitar el costo y proteger la calidad de la asistencia médica, algunos países han establecido listas oficiales de «medicamentos autorizados» e incluso de «medicamentos esenciales» de adquisición autorizada por los programas públicos de asistencia médica.¹

¹ Las listas de medicamentos esenciales son revisadas de cuando en cuando por un Comité de Expertos convocado por la Organización Mundial de la Salud.

Conocimientos sobre salud

Un importante recurso de todos los sistemas nacionales de salud es el conocimiento de la salud y la enfermedad, así como de los distintos métodos de prevención y tratamiento de las enfermedades y de rehabilitación de los enfermos. Está adquiriéndose continuamente nueva información de este tipo. Gran parte de estos conocimientos se han obtenido, por supuesto, con la experiencia y en muchos países la «medicina tradicional» ha acumulado un inmenso acervo de teoría y práctica del que los métodos científicos modernos no han verificado más que una fracción. No obstante, aunque muchos conocimientos médicos y relacionados con la salud proceden de una observación cuidadosa y del intercambio de experiencia, la mayor parte se deben a investigaciones científicas emprendidas con propósito deliberado. De hecho, la mayoría de los recientes adelantos en materia de protección de la salud y lucha contra la enfermedad son el resultado de trabajos de investigación que abarcan una amplia serie de temas. Los especialistas en ciencias fundamentales, como los bioquímicos y los fisiólogos, han revelado cómo funcionan las células y los órganos; los microbiólogos, los patólogos y los clínicos han reunido todos esos conocimientos para llegar a una comprensión de los mecanismos causantes de la enfermedad; los especialistas en química orgánica y los farmacólogos han preparado y ensayado nuevos medicamentos y vacunas; los médicos, los epidemiólogos y los estadísticos han elegido, entre diversos medios los más eficaces, gracias a la vigilancia y a la evaluación de las aplicaciones prácticas de unos y otros.

Las *investigaciones biomédicas* combinan observaciones de diversa procedencia y permiten hallar métodos prácticos de prevención o de tratamiento de la enfermedad. Estas investigaciones son costosas porque exigen amplios recursos, tanto humanos como materiales. Sin embargo, los resultados de las investigaciones biomédicas suelen publicarse y por lo tanto ponerse a disposición de quienes deseen aplicarlas en el mundo entero.

Las investigaciones biomédicas han aportado una importante contribución a la lucha contra las enfermedades transmisibles y a los trastornos causados por la malnutrición. Pero en la actualidad los países han de hacer frente a una carga creciente de enfermedades no transmisibles y crónicamente invalidantes, como el cáncer, las cardiopatías, la hipertensión y la diabetes, y hasta la fecha no se han hallado más que respuestas parciales a estos problemas, porque los factores etiológicos están estrechamente relacionados con las condiciones sociales y el comportamiento. Por eso se han emprendido en muchos países programas en masa contra esas enfermedades basados en gran parte en *investigaciones medicosociales* en que participan epidemiólogos, sociólogos y otros especialistas.

La *investigación sobre sistemas de salud* (antes denominada también

«investigación sobre atención médica» o «investigación sobre servicios de salud»), que se ha definido como el estudio sistemático de los medios por los cuales puede conseguirse que los conocimientos biomédicos, sociomédicos y otros pertinentes repercutan en la salud de las comunidades en determinadas condiciones, se ha convertido en un tipo cada vez más importante de investigación relacionada con la salud. Es una investigación orientada hacia la acción, que mediante el uso de métodos científicos tiende a proporcionar información y conocimientos que facilitan una mejor comprensión de los problemas de salud y de la forma de resolverlos. Las investigaciones sobre sistemas de salud pueden servir para una planificación y una distribución de recursos más racionales y deben traducirse normalmente en un mejor diseño de los sistemas de salud que permita al mismo tiempo fomentar una autorresponsabilidad mayor del individuo, de la familia y de la comunidad para la solución de los problemas de salud.

La complejidad y el alcance mayores de las investigaciones relacionadas con la salud tienen dos consecuencias principales. En primer lugar, hay ahora una necesidad imperiosa de enfocar esas investigaciones mediante grupos multidisciplinarios, lo que exige un alto grado de organización y de coordinación. En segundo lugar, los costos rápidamente crecientes de las investigaciones tanto biomédicas como sobre sistemas de salud han traído consigo una mayor necesidad de fondos del sector público y una mayor dependencia de ellos. En consecuencia, los gobiernos nacionales y las comunidades científicas han de hacer frente a un reto cada vez más difícil para identificar el orden de prioridad de las investigaciones relacionadas con la salud y establecer dentro del sistema de salud mecanismos eficaces de coordinación con miras al empleo útil y eficaz de los recursos disponibles (40).

Disposición ordenada de los recursos

Para que los diversos recursos de los sistemas de salud se conviertan en actividades sanitarias y puedan funcionar adecuadamente, hace falta una organización social de algún tipo. Se necesita una ordenación organizada para conseguir que los recursos de salud mantengan relaciones efectivas entre sí y que los distintos enfermos o los grupos comunitarios estén en contacto con los recursos por medio de los mecanismos de prestación de asistencia. La medida en que esta disposición ordenada y estas relaciones hayan de tener carácter oficial varía mucho, como se verá, según los diferentes sistemas nacionales de salud.

En cualquiera de esos sistemas, sin embargo, esta ordenación y estas relaciones pueden favorecerse de varias maneras, a veces mediante la acción gubernamental (en distintas jerarquías) y otras al margen del go-

bierno. Las principales agrupaciones u ordenaciones organizadas de recursos sanitarios pueden clasificarse en cinco categorías:

- autoridades sanitarias nacionales
- programas de seguros médicos (públicos)
- otros organismos oficiales
- organismos no oficiales (benéficos)
- sector privado independiente.

Autoridades sanitarias nacionales

Hay en casi todos los países un organismo principal de gobierno al que incumben las actividades de salud. Puede consistir en un organismo oficial especial o en una subdivisión de un organismo mayor (por ejemplo de «sanidad y asistencia social») o puede estar formado principalmente por una red de organismos que actúen en un nivel inferior (de los distintos estados, provincias o regiones). Lo más frecuente es que se trate de un ministerio de salud.

Los ministerios de salud o departamentos equivalentes se organizan de diversas formas. Suelen tener subdivisiones a las que corresponden diferentes tipos de programas de salud, tales como la educación sanitaria y el fomento de la salud, los servicios preventivos y la inspección sanitaria, los servicios de hospital y otros servicios curativos, la rehabilitación y la asistencia médicosocial de los impedidos, etc. A veces las subdivisiones se encargan de distintos elementos del sistema de salud, como la formación y la habilitación de personal de salud, el desarrollo y la supervisión de instalaciones sanitarias, la logística de equipos y suministros, o la financiación. En la mayoría de los países, hay por debajo del nivel del ministerio nacional de salud organismos provinciales o regionales o de ambas clases, en los que se puede delegar ciertos poderes o concedérseles cierto grado de autonomía para la preparación y la inspección de las actividades sanitarias.

En cuanto a los sistemas de salud en general, las atribuciones del ministerio de salud varían según los países. En algunos, toda o casi toda la responsabilidad de la organización social de los recursos y servicios de salud recae en un ministerio unificado de salud. En otros, la organización de sólo una pequeña fracción de los sistemas de salud, por ejemplo, los servicios preventivos de cierto tipo, se encomienda al ministerio de salud, mientras que otros organismos públicos o privados se encargan de las demás actividades. Al ir aumentando el potencial de las ciencias de la salud, sin embargo, suele ampliarse asimismo el ámbito de competencia de los ministerios de salud.

Programas de seguros médicos

En más o menos la mitad de los países del mundo (en particular casi todos los países industrializados), se han organizado programas especiales de seguros médicos para los asalariados y a menudo también para sus familiares. En la mayor parte de estos países, la responsabilidad del programa (a veces llamado de «seguridad social») se confía a un organismo gubernamental que es distinto del ministerio de salud o sólo está lejanamente relacionado con él. La proporción de habitantes protegidos por un programa de seguros de enfermedad puede variar mucho según los países. En los países en desarrollo donde la economía es predominantemente agrícola, esta proporción suele ser pequeña (10 % o menos), mientras que en los países desarrollados e industrializados, es por lo general grande (90 % o más). El alcance de las prestaciones (tales como la asistencia del médico, los medicamentos, la hospitalización, el tratamiento odontológico y el transporte de los enfermos) varía asimismo mucho de un país a otro.

En el sentido amplio, un programa de seguridad social es esencialmente un método que permite financiar colectivamente los gastos de protección de la población contra ciertos riesgos, incluida la enfermedad, así como también los ocasionados por el retiro y el desempleo. En lo tocante a la enfermedad, la protección puede concederse de una o dos formas principales. Puede proporcionarse dinero al paciente o en su nombre para abonar los servicios prestados por proveedores independientes (por lo general, privados) de asistencia de salud; esta *modalidad indirecta* se aplica sobre todo en países muy desarrollados y modernamente organizados. La segunda solución es que el programa de seguros médicos se encargue de emplear y supervisar a sus propios proveedores de asistencia sanitaria (médicos, hospitales, etc.) para la atención directa de salud a las personas aseguradas. Esta *modalidad directa* se usa más a menudo en los países menos desarrollados.

Tanto con la modalidad directa como con la indirecta de contribución a los gastos de atención de salud, el proceso de apoyo financiero otorga al organismo de seguros de enfermedad poderes que le permiten influir en la actuación de los proveedores de asistencia médica. De este modo, la organización de programas de seguro de enfermedad rebasa los límites de un mero mecanismo financiero hasta convertirse también en un método para determinar el contenido y la calidad de los servicios.

Otros organismos oficiales

Aparte de los dos organismos oficiales principales a que incumbe la organización de los servicios de salud que acaban de mencionarse, hay con frecuencia otros muchos que se ocupan de distintas partes del sistema de salud.

Los ministerios de educación pueden, por ejemplo, adoptar disposiciones con objeto de proteger la salud de los escolares. De un modo análogo, la protección de la salud de los trabajadores de la industria puede constituir una función secundaria de los ministerios de trabajo o de industria. Las actividades militares o de defensa nacional también abarcan por lo general medidas relacionadas con los servicios de salud requeridos por el personal militar en tiempo de paz o de guerra.

La labor de otros organismos gubernamentales dedicados a objetivos especiales —como el fomento de las comunidades rurales, la vivienda urbana, los transportes, la justicia penal o el comercio exterior— puede incluir aspectos relacionados con la salud o la asistencia médica y constituir por lo tanto parte del sistema de salud. Estas funciones puede ejercerlas el propio organismo solo o en colaboración con los ministerios de salud. Los ministerios de hacienda o los organismos de planificación nacional, que se ocupan de asuntos generales de gobierno, ejercen naturalmente también una influencia considerable en los sistemas nacionales de salud.

Organismos no oficiales

Aparte del gobierno, hay muchos organismos o asociaciones de diferente naturaleza que toman parte en el sistema nacional de salud. Algunos son organismos de beneficencia que se ocupan de determinadas enfermedades (por ejemplo, la tuberculosis o el cáncer); otros atienden a determinados sectores de la población, como los niños o los impedidos. Algunos organismos prestan directamente servicios a los pacientes, mientras que otros promueven la acción gubernamental o la educación de la población. Ciertas organizaciones benéficas prestan una forma determinada de servicios directos, como los auxilios de urgencia de la Cruz Roja o los cuidados de enfermería a domicilio de las asociaciones de enfermeras visitadoras.

En un número creciente de países tanto en desarrollo como industrializados ha prosperado bastante en los últimos años el movimiento de las *cooperativas de salud*, que se basa en planes de seguros médicos voluntarios para los trabajadores que no son asalariados, como, por ejemplo, los agricultores y artesanos independientes o los impedidos que trabajan en determinadas condiciones. Además, en varios países una proporción considerable de personas que trabajan tanto en la industria como en la agricultura están protegidas por planes de seguros médicos voluntarios patrocinados por asociaciones profesionales o compañías comerciales.

Entre las organizaciones voluntarias de salud han de contarse también las asociaciones de médicos, enfermeras y demás personal sanitario. Estas organizaciones pueden, por ejemplo, velar por el cumplimiento de códigos de comportamiento; pueden asimismo representar a sus miembros en

el apoyo o la oposición a ciertas decisiones gubernamentales de política sanitaria. Estas asociaciones profesionales pueden por otra parte contribuir a la organización de enseñanzas continuas y al establecimiento de normas para la calificación del personal de salud.

Las empresas industriales privadas aplican a veces medidas de salud o de seguridad en beneficio de sus empleados, y en este sentido participan en el sistema de salud. Organizaciones con objetivos enteramente diferentes, tales como asociaciones religiosas, sindicatos de trabajadores o sociedades de grupos étnicos, pueden prestar ciertos servicios de salud bastante accesorios en relación con su objetivo principal.

Sector privado independiente

La quinta y última categoría de ordenación organizada de los recursos de salud comprende varios tipos de personal de salud independiente que no pertenece a ninguno de los programas organizados que se acaban de mencionar, pero presta servicios a título particular. Los curanderos tradicionales, por ejemplo, actúan predominantemente en el sector privado. Los médicos, los dentistas, los farmacéuticos y otros miembros del personal de salud se dedican al ejercicio privado de sus profesiones en casi todos los países. En algunos países, el ejercicio privado de la profesión constituye la parte principal de su labor; en otros, se lleva a cabo sobre todo a tiempo parcial paralelamente al empleo en programas organizados; en otros, en fin, no constituye más que una actividad secundaria después del ejercicio de lo que se consideran funciones a tiempo completo en un programa de carácter público.

Aunque los profesionales de la salud que ejercen privadamente actúan sobre todo individualmente en locales privados, pocas veces están enteramente aislados. Los que ejercen en privado en una zona establecen con frecuencia redes para el envío y la consulta mutuos de casos (incluida la práctica en grupo). Los servicios prestados por el personal privado llevan consigo, por supuesto, normalmente el pago de honorarios, que pueden ser abonados directamente por los pacientes o en nombre suyo por programas gubernamentales o de seguros médicos. En los países en que una proporción considerable del tiempo de que dispone el personal de salud está dedicada al ejercicio privado de la profesión, tienden a surgir problemas cuando se trata de lograr una distribución equitativa de la asistencia en relación con las necesidades, particularmente si escasea el personal.

En términos generales, puede decirse que el sector privado es en el servicio de salud complementario del público. En los sistemas de salud en donde el sector público (o apoyado por organismos públicos) es relativamente débil, el sector privado tiende a ser fuerte. Donde los servicios del sector público están bien desarrollados, los del sector privado

suelen ser pequeños. En cualquier tipo de sistema de salud, sin embargo, cabe que la gente busque los servicios privados por afán de elegir a su propio médico (u otro proveedor de atención de salud), cuando puede costear sus servicios.

Prestación de atención de salud

El tercer factor principal que ha de tenerse en cuenta al analizar un sistema nacional de salud es el de la variedad de procesos mediante los cuales se prestan distintas clases de atención de salud. Estos procesos pueden variar sumamente en diferentes países o en distintos lugares de un mismo país.

La prestación de atención de salud puede clasificarse de distintas maneras. Por lo general se clasifica en relación con el objetivo del servicio prestado. De este modo se dividen las actividades de salud en actividades de promoción, preventivas, curativas, de rehabilitación y de asistencia medicosocial a las personas gravemente impedidas e incurables (19, 55).

Las actividades de *fomento de la salud* van mucho más allá de las funciones clásicas de las instituciones de asistencia de salud y tienden a crear unas condiciones del medio y un comportamiento humano que puedan influir favorablemente en la salud. Las *actividades preventivas* están dirigidas no solamente contra las enfermedades transmisibles sino asimismo contra muchas enfermedades que pueden prevenirse, como el raquitismo, el bocio endémico y la caries dental. Comprenden, aparte de las inmunizaciones, intervenciones tales como el suministro de suplementos vitamínicos, la yodación de la sal, la fluoruración del agua o la instalación de dispositivos de seguridad en la maquinaria para prevenir lesiones en los trabajadores industriales. El fomento de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen lo que se llama prevención primaria. Las *actividades curativas* consisten en el empleo de medicamentos, cirugía u otros procedimientos con objeto de interrumpir un proceso patológico o de atenuar las consecuencias nocivas de una enfermedad. Si esto se hace lo antes posible, cuando todavía puede prevenirse la invalidez o incluso la muerte prematura, puede calificarse de prevención secundaria. En algunos países, el descubrimiento temprano de la enfermedad se efectúa por medio de pruebas de detección en masa en grupos de población. La *rehabilitación* corresponde a la prevención terciaria y tiene por finalidad restablecer las funciones físicas, mentales y sociales por medio de los procedimientos médicos pertinentes; esto se realiza a menudo en cooperación con los servicios sociales (por ejemplo, talleres protegidos, reinserción social). La *asistencia medicosocial* se aplica particularmente a los casos de invalidez profunda irreversible o de enfermedad de curso pro-

gresivo en los que ni el tratamiento ni la rehabilitación pueden producir una mejora. El gran aumento de la expectativa de vida en muchos países exige formas organizadas de asistencia medicosocial, ya sea en instituciones especiales, ya sea en la comunidad, con la participación activa de la población en ambos casos.

En los sistemas nacionales de salud es más frecuente que se considere la atención de salud con arreglo a su grado de complejidad o al orden por el que se van atendiendo sucesivamente las necesidades de salud de la población. Así, los servicios que han de prestarse comprenden la atención de salud primaria, secundaria y terciaria (60). La forma de asistencia en estos tres niveles difiere entre distintos sistemas nacionales de salud, pero donde las diferencias son probablemente mayores es en las actividades curativas y preventivas de la *atención primaria de salud* (8, 9, 30, 86). Las prestaciones pueden estar a cargo de individuos, tanto si actúan en sistemas llamados tradicionales como modernos, por cuenta propia o de grupos organizados de personal de composición diversa. Entre el personal actual, pueden hacerse cargo de los servicios o bien los médicos o bien los auxiliares de salud, estos últimos con diferentes grados de preparación. Los servicios preventivos se dan con frecuencia por diferentes categorías de personal en lugares especiales, a menos que estén integrados en los servicios terapéuticos. Las formas de remuneración del personal de salud varían asimismo y se traducen en diferentes tipos de incentivos para el trabajo.

Un excelente resumen del lugar que ocupa la atención primaria de salud en la infraestructura de un sistema nacional de salud es el que aparece en la Declaración de Alma-Ata (71).

«La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.»

En los niveles *secundario* y *terciario* de la *atención de salud*, las modalidades de prestación de servicios pueden variar también desde la acción individual hasta la acción organizada. Los especialistas de medicina y cirugía pueden ejercer en privado, o como miembros del personal de los hospitales o de grupos organizados (públicos o particulares) fuera de los hospitales. El nivel de asistencia de salud que resulta más uniforme en su método de actuación en los diferentes sistemas nacionales de salud

es el terciario, que requiere prácticamente siempre unos grupos muy organizados de personal en grandes hospitales.

El proceso de consulta técnica o «supervisión de apoyo» que emana del nivel terciario (central) hacia el secundario (intermedio) y el primario (periférico) puede ser bastante espontáneo en algunos sistemas y en cambio en otros sistemático y detallado. Similarmente, el envío de pacientes del nivel de la atención primaria a la secundaria o terciaria puede realizarse con más o menos regularidad. Con frecuencia los pacientes acuden por propia iniciativa a niveles superiores, cuando la atracción ejercida por las instituciones de atención de salud de esos niveles induce a muchos pacientes a evitar los servicios periféricos, que en la mayoría de los casos podrían resultar perfectamente adecuados.

Para que la población esté efectivamente provista de atención sanitaria apropiada para sus necesidades, es preciso mantener unas relaciones continuas entre los tres niveles de asistencia. El establecimiento de relaciones de este género en un país o provincia se denominan a menudo *regionalización*, que puede hacerse con diferentes grados de rigidez en diversos sistemas (17, 49). Hay muchas maneras de interpretar la regionalización, según sean los aspectos en que más se insiste, por ejemplo, la distribución de los recursos de salud, la regulación de la afluencia de pacientes, la cooperación voluntaria u obligatoria de los servicios de prestación de asistencia sanitaria de distintos niveles y el encauzamiento estimado razonable del apoyo financiero. En materia de regionalización cabe hacer una distinción entre dos motivaciones generales. La primera hace que se insista en las necesidades y los derechos de la población en lo que hace a disponibilidad, acceso, calidad de la asistencia y participación de la comunidad en el sistema de prestación de asistencia de salud de una región. La segunda motivación es la que hace que se insista en la necesidad de un empleo racional de los recursos y de una coordinación entre sistemas de prestación de atención de salud. La primera es la más antigua, la que pide cambios radicales a favor de una organización equitativa de la asistencia de salud; en cambio, la segunda representa una preocupación más pragmática por la distribución y el empleo más eficientes que sea posible de los recursos. Ambos criterios son normativos y pueden oponerse a los enfoques empíricos y descriptivos de la regionalización comunicados por algunos países (100).

Hablando en términos generales, los sistemas de prestación de asistencia de salud dependen de los supuestos filosóficos en que se funda el sistema de salud. En un extremo, cabe considerar la atención sanitaria como equivalente de una mercancía cotizada en el mercado de la economía; en el otro, esta asistencia puede reputarse como un derecho social de toda la población de un país que requiere una planificación cuidadosa. Entre estos extremos, puede haber otros criterios, particularmente en lo que respecta a determinados grupos de población o determinadas enfermedades.

Apoyo económico a un sistema nacional de salud

Todos los recursos de salud y los mecanismos de prestación de asistencia sanitaria expuestos anteriormente requieren un apoyo económico en cualquier sociedad. Como no cabe duda que hay muchas necesidades contrapuestas en un país, tiene que haber procedimientos para encauzar el dinero hacia el sistema de salud. Contrariamente a lo que ocurre con el alimento y la vivienda, con frecuencia el individuo no puede predecir la necesidad de asistencia terapéutica y puede que ni siquiera se admita la necesidad de muchos servicios preventivos valiosos. Por otra parte la capacidad de los distintos sectores de la población de pagar el precio de los servicios de salud correspondientes a sus necesidades está supeditada a la cuantía de sus ingresos. Por estos motivos, todos los sistemas nacionales de salud han creado ciertos mecanismos de apoyo económico ajenos al funcionamiento del mercado libre.

Estos métodos de apoyo económico pueden clasificarse de diversas maneras. Un Grupo de Estudio de la OMS sobre la financiación de los servicios de salud (65) ha clasificado las fuentes de financiación como sigue:

- 1) entidades públicas (todos los niveles de la Administración, inclusive ministerios de salud, organismos de seguridad social y otros departamentos ministeriales);
- 2) empleadores (empresas industriales y agrícolas);
- 3) organizaciones voluntarias (organismos de beneficencia, seguro voluntario, etc.);
- 4) aportaciones de la comunidad (contribuciones financieras o prestaciones no remuneradas);
- 5) ayuda extranjera (gubernamental o filantrópica, normalmente esta última de asociaciones religiosas);
- 6) particulares (pago de programas organizados o compras puramente privadas), y
- 7) otras (loterías y donaciones).

La composición precisa de estas fuentes de financiación difiere mucho según los sistemas nacionales de salud. En algunos, predominan los fondos particulares; en otros, la mayor fuente de apoyo son los recursos gubernamentales, una parte considerable de los cuales puede proceder de los programas de seguros de enfermedad. Hasta cierto punto, sin embargo, las siete fuentes de financiación mencionadas se hallan en casi todos los sistemas de salud. Hablando en términos generales, la fuente 1), más las partes de las fuentes 4), 5) y 7) que afectan a los gobiernos, se califican a menudo de sector público de la financiación del sistema de salud. El resto constituye el sector privado.

En cualquier sistema nacional de salud pueden usarse diversos métodos o combinaciones de métodos de financiación. Por ejemplo, los aspectos

curativos de la atención primaria de salud pueden costearse con fondos particulares; el saneamiento del medio puede depender de los ingresos generales del gobierno, y la hospitalización puede estar en gran parte supeditada al apoyo recibido de los programas de seguros de enfermedad. Aun dentro de un tipo de servicios, como por ejemplo la hospitalización, el apoyo financiero puede provenir de fuentes particulares, de seguros voluntarios, de ingresos públicos y de la caridad.

Es importante comprender cuál es la compleja dinámica económica de los sistemas de salud, porque cada método tiene serias repercusiones sociales. La adquisición privada de los servicios, por ejemplo, significa normalmente que los servicios de salud van a los individuos o a las familias que disponen del dinero necesario y esto puede corresponder en muy escasa medida a las necesidades de salud de cada uno. La seguridad social o incluso los seguros voluntarios de enfermedad son una salvaguardia contra la imposibilidad de predecir la enfermedad y garantizan la disponibilidad de fondos en cualquier momento en que la enfermedad aparezca; sin embargo, son unos beneficios que sólo recibe la persona asegurada. Otros muy necesitados pueden estar fuera del contexto social apropiado (por ejemplo, los habitantes de aldeas remotas) para poder beneficiarse de una forma cualquiera del seguro médico. El apoyo con ingresos públicos suele significar que los servicios están disponibles para todas las personas, sin discriminación alguna; cabe, sin embargo, que su cobertura esté muy limitada y que la calidad de los servicios prestados sea mala.

Cualquiera que sea la combinación de mecanismos de apoyo económico usada en un país, es preciso que el conjunto de sumas disponibles para la financiación sea adecuado para que el sistema sea eficaz.

Gestión de un sistema nacional de salud

La función de los procesos administrativos o de gestión es algo que se ha mencionado en gran parte de la exposición que precede: su importancia para el buen funcionamiento de un sistema de salud es tan grande que esos procesos se consideran conjuntamente como un factor que influye por sí mismo en una organización y un funcionamiento eficaces. En última instancia, la modalidad de gestión empleada dependerá de la historia, la cultura y los valores sociales de un país. Asimismo dependerá inevitablemente de la estructura del poder (es decir, centralizado, federal o descentralizado) de cada país.

En vista de que palabras tales como «administración» o «gestión» adquieren diferentes significados en distintos países, parece procedente repetir las definiciones que han surgido de recientes deliberaciones internacionales al tratar de la gestión de los programas de salud o de los sistemas de salud.

En los primeros años del decenio de 1970, la palabra «administración» se utilizó con frecuencia y sobre todo para referirse a la serie entera de actividades de los procesos de gestión de los programas o sistemas de salud (91). Otras interpretaciones apuntan hacia el carácter directamente intercambiable de ambos términos, al decir por ejemplo que la «gestión sanitaria es esencialmente un sistema de atribuciones, funciones y tareas administrativas llevadas a cabo por individuos en distintos niveles de la administración con objeto de mejorar la salud de la población» (106).

Contrariamente a los puntos de vista que preceden, algunos expertos hacen una clara distinción entre administración y gestión, por ejemplo (20):

«Por *administración* se entiende la serie de técnicas usadas para el funcionamiento de una organización, inclusive la planificación, el financiamiento, la contabilidad, la dirección del personal, el análisis de sistemas, etc. Por *gestión*, en cambio, se entiende el proceso consistente en elegir oportunidades, resolver problemas, suscitar cambios y adquirir compromisos respecto a los objetivos de la organización. En otras palabras, las tareas de la gestión son las siguientes: definir el fin y la misión específicos de la organización, hacer que el trabajo sea productivo y conseguir que el trabajador suscite y gestione resultados y responsabilidades sociales. *Este tipo de "función directiva", que lleva implícita la gestión, rebasa con mucho las técnicas de administración.*»

En una resolución adoptada en 1978 por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA31.43) se da una definición a la vez más práctica y completa. Teniendo presente la importancia de aplicar procesos adecuados de gestión al desarrollo sanitario, se insta en la resolución a los Estados Miembros:

«... a que implanten o refuercen, según proceda y corresponda a sus condiciones sociales y económicas, un proceso integrado para la definición de políticas sanitarias, la formulación de programas prioritarios que permitan poner en práctica esas políticas, la habilitación de créditos preferentes en los presupuestos de salud para esos programas prioritarios, la ejecución de esos programas por medio del sistema sanitario general, la vigilancia, la fiscalización y la evaluación de esos programas de salud y de los servicios e instituciones que los ejecutan, y la aportación de una base adecuada de información para el proceso en general y para cada uno de sus elementos...»

Esta definición ha sido perfeccionada, profundizada y transformada en una serie de normas fundamentales (75) que constituyen una parte esencial de la Estrategia Mundial de salud para todos de la OMS. Parecen constituir también una base adecuada para el examen de la gestión del sistema de salud y se analizarán más adelante en este trabajo de forma más detallada. Conviene ahora resumir tres aspectos esenciales de la gestión del sistema de salud que corresponden por lo general a la definición que precede. Se trata de:

- la dirección
- la toma de decisiones
- la reglamentación.

Dirección

Las personas e instituciones participantes en la organización de sistemas nacionales de salud tienen su historia, sus tradiciones, sus fines y su estructura de poder propios, que les hacen mostrarse reacios a los cambios. La inercia institucional y la estructura orgánica de los sistemas de salud son a menudo grandes obstáculos opuestos al progreso. Para superar estos obstáculos, cada vez hace más falta una función directiva de la gestión de los sistemas de salud que permita orientar, estimular y movilizar a las personas con miras a conseguir un cambio deseable.

El carácter recíproco de la autoridad organizativa se ha traducido en la aparición de diferentes conceptos de dirección o de estilo de dirección. Con el estilo más bien autocrático de dirección que caracteriza a la teoría clásica de la gestión, el superior da órdenes y los subordinados le informan sobre la forma en que han aplicado sus directivas. Han surgido, sin embargo, otros modos de dirección, como el estilo «democrático» y el basado en la «participación». Contrariamente a lo que ocurre con el modelo clásico, las nuevas teorías se basan en la noción de que, en vista de que todos los miembros de una organización están interesados en su buen funcionamiento, deben todos ellos participar en el proceso de toma de decisiones. En los sistemas nacionales de salud de los países así industrializados como en desarrollo pueden hallarse una u otra forma de dirección; a veces se encuentran ambas en diferentes partes del sistema.

Toma de decisiones

Esto puede variar en los sistemas de salud desde un proceso implícito casi intuitivo hasta una acción muy explícita y bien organizada. El alcance, el carácter y la forma de organización del proceso de toma de decisiones dependen de la manera en que los recursos se ordenan y en particular de las diferentes características de su estructura. Esto se relaciona con la responsabilidad, que puede ir desde la que está descentralizada a la centralizada; con el sistema administrativo, que puede ser multifocal o unificado, y con el apoyo, que puede variar desde el casi completamente privado al enteramente público. Con arreglo a este contexto, deben tenerse en cuenta cuatro aspectos esenciales de los mecanismos de toma de decisiones: 1) planificación; 2) ejecución y realización; 3) vigilancia y evaluación, y 4) apoyo de información.

Hay dos aspectos diferentes, aunque estrechamente relacionados entre sí, de la *planificación* dentro de los sistemas nacionales de salud, a saber la planificación sanitaria y la planificación del sistema de salud.

La planificación sanitaria es un proceso sistemático, organizado, orientado hacia el futuro y continuo que tiene por objeto suministrar a quie-

nes toman las decisiones, pronósticos y opciones con miras a mejorar la salud de la población. Su principal propósito es, por consiguiente, comprender la situación de la salud y los factores sociales y epidemiológicos que influyen en ella. Se elige entonces una tecnología apropiada para contrarrestar los factores etiológicos y mejorar después la situación sanitaria. Ello conduce a la preparación de los planes y programas sanitarios pertinentes.

La planificación del sistema de salud lleva consigo el reajuste de todos los factores del sistema con el fin de incorporar los programas planeados y hacer que resulten operativos. Esto puede exigir cambios en la prestación de la asistencia de salud con las consiguientes repercusiones en la obtención de recursos y en el método de apoyo económico al sistema. Además, los cambios que hayan de introducirse en un momento determinado pueden tener más pronto o más tarde consecuencias que requerirán una nueva planificación del sistema de salud. Aunque lógicamente válida, esta serie de etapas de planificación sigue descuidándose demasiado a menudo en la práctica, y este es el principal motivo por el que muchos sistemas nacionales de salud no son pertinentes en relación con las necesidades del pueblo, perpetúan funciones que han dejado de tener utilidad y modifican su estructura solamente bajo la presión de una demanda urgente.

En algunos países la planificación del sistema de salud puede ser llevada a cabo enteramente por el ministerio de salud. En otros países, puede ser una atribución especial de un organismo general de planificación. A veces, los rasgos generales de la planificación de un sistema son trazados por un organismo central de planificación, mientras que la elaboración de los detalles (por ejemplo, la determinación exacta de las funciones y la plantilla de personal de los servicios de atención de salud) se dejan al arbitrio del ministerio de salud. Hay asimismo diferentes grados de centralización y descentralización en la planificación de los sistemas nacionales de salud. En algunos países, toda la planificación se lleva a cabo en la capital, pero, en la mayoría, las distintas funciones planificadoras se efectúan a escala local, lo que suele favorecer la pertinencia y la aceptabilidad de los planes sanitarios.

La *ejecución y realización* significan la transformación de los planes y programas detallados en actividades para convertirse en partes integrantes del sistema de salud: esto entraña la administración cotidiana de esos programas y su seguimiento continuo para tener la seguridad de que progresan según lo previsto. En diferentes sistemas de salud varía sobremedida en que hay una delegación hacia la periferia de la responsabilidad administrativa (descentralización). En algunos sistemas son el centro o la cumbre los que conservan casi todos los poderes importantes de decisión, limitándose la periferia simplemente a ejecutar las órdenes recibidas. En otros, gran parte de la autoridad para tomar decisiones en materia tanto de planificación como de ejecución se delega en los es-

calones inferiores a veces con arreglo a unas normas de carácter amplio establecidas por la autoridad central.

La determinación de la medida en que un sistema de salud o programas a él pertenecientes han logrado sus objetivos exige una *vigilancia* y una *evaluación* sistemáticas. Este proceso suele efectuarse en varios escalones del sistema y varía por sus detalles y por el ámbito de asuntos abarcados. No obstante, la apropiada ejecución de la tarea de evaluación no resulta nunca fácil, por la naturaleza misma de las actividades relacionadas con la salud y por la dificultad de medir cuantitativamente las consecuencias sanitarias. Es por consiguiente a menudo inevitable recurrir a un juicio cualitativo, si bien éste ha de ser respaldado, siempre que sea posible, por una evaluación cuantitativa fidedigna.

Independientemente del proceso de vigilancia y de evaluación y de los escalones administrativos a que se realice, se ha estimado que la evaluación de la comunidad (por ejemplo, mediante encuestas familiares) resulta práctica para valorar la atención primaria de salud y sus servicios de apoyo. La responsabilidad definitiva de la evaluación de todo un sistema de salud suele ser de la incumbencia de las autoridades centrales, por ejemplo, los ministerios de salud.

Para la gestión del sistema de salud es indispensable el *apoyo de información*. Sin embargo, la necesidad de información puede definirse o no de una manera realista. Es difícil, en particular, obtener la información pertinente necesaria para la formulación de políticas, planificación, programación, presupuestación, y vigilancia y evaluación. A veces la información requerida para establecer una estrategia no puede extraerse de los datos básicos, que por lo general tienen un carácter práctico. Por ejemplo, la mayoría de las veces hay abundante información relativa a los hospitales urbanos, pero en cambio existen grandes lagunas con respecto a la atención primaria de salud tanto en el medio urbano como en el rural. También puede ocurrir que el sector gubernamental parezca razonablemente cubierto y que en cambio falte información sobre el sector privado. En algunos países la transmisión de información viene dificultada por la reglamentación que protege la vida íntima tanto de los enfermos como de los profesionales que los atienden. Además, en la mayor parte de los países las investigaciones sobre sistemas de salud como fuente generadora de información están descuidadas.

Reglamentación

Otro importante aspecto de la gestión de los sistemas de salud es, junto con la dirección y la toma de decisiones, la reglamentación, que interviene en el funcionamiento de todos los sistemas nacionales de salud, aunque su ámbito de aplicación varíe considerablemente. La habilitación de personal sanitario, la aprobación de instituciones de asistencia sani-

taria, la inspección de los medicamentos o el derecho de acceso a los servicios de salud y las condiciones de empleo en ellos son distintas formas de la reglamentación legislativa. A veces el volumen de reglamentos de un sistema de salud acaba siendo engorroso, pero es preciso percatarse de que los reglamentos se utilizan precisamente frente a ciertos abusos o con ánimo de anticiparse a los problemas. Cuando en un país se promulga *legislación sanitaria*, resulta a veces difícil prever de antemano la forma exacta en que los servicios habrán de organizarse y prestarse; el texto de la ley podrá, por consiguiente, ser muy amplio, dejando al organismo público la responsabilidad de emitir reglamentos concretos.

En cualquier sistema administrativo la reglamentación depende de un comportamiento deliberado (administrado) y de un comportamiento oficioso. La *función reglamentadora administrada* es la oficialmente ejercida para establecer objetivos y otras normas, recoger y ordenar informaciones sobre las operaciones del sistema, y adoptar medidas correctivas o de adaptación. Esta función suele ser gubernamental, pero puede ser no gubernamental (como en el caso de los códigos deontológicos de las asociaciones profesionales). Una vez establecidos y aprendidos, los procedimientos de reglamentación pueden convertirse en algo habitual y difícil de modificar. La *reglamentación oficiosa* consiste en el comportamiento y las actividades que caen fuera de la esfera de gestión gubernamental, pero que sirven también para reajustar el funcionamiento del sistema. Son importantes elementos de esta categoría las normas aplicables a grupos y profesiones, los valores sociales, las comunicaciones de información y las relaciones personales. La reglamentación oficiosa se refiere por lo tanto a determinantes del comportamiento de un sistema del que la gestión no se ocupa, ya sea deliberadamente ya sea por negligencia.

Aunque la reglamentación oficial y la oficiosa sean complementarias, ello no significa forzosamente que sean siempre armoniosas. Ciertos aspectos de la reglamentación oficiosa pueden ser incompatibles con la oficial y entrar en conflicto con ella. Cuando surge semejante incompatibilidad o conflicto, es que hay una discrepancia entre la planificación de la gestión y la realidad de las operaciones. Una fuente principal de este tipo de discrepancias puede ser la incapacidad de la gestión de compaginar inmediatamente un cambio planeado con la situación estable del sistema (91). En último término, se supone que la reglamentación de todos los tipos ha de servir para regular un sistema nacional de salud a fin de lograr las metas de equidad, eficacia y eficiencia, si no del todo, por lo menos lo más completamente posible.

2. Tipos de sistemas nacionales de salud

En el capítulo que precede se analizan la estructura y las funciones de los sistemas nacionales de salud en general, pero todo sistema reviste las características del país en que funciona. Entre los 160 Estados soberanos que existen, más o menos, en el mundo no hay por supuesto dos exactamente iguales. Por razones de comodidad, sin embargo, los países se han venido clasificando en grupos o tipos con arreglo a ciertos criterios. Así, antes, los dirigentes políticos y los especialistas en ciencias sociales dividían los países en «poseedores» y «desprovistos»; actualmente, se habla de países «desarrollados» y en «desarrollo». Semejante dicotomía es a todas luces una simplificación excesiva que se ha hecho con fines prácticos. Si en cambio destacamos las características nacionales que parecen tener mayores repercusiones en los sistemas de asistencia de salud, podemos llegar a una clasificación algo más significativa al considerar a los países en sus dos dimensiones principales: económica y político-social.

Características económicas del sistema

Una importante influencia básica es el tamaño y la potencia de la economía nacional, que suele expresarse en términos de contabilidad nacional, por ejemplo, por el producto nacional bruto (PNB) o el producto interior bruto (PIB). Estas sumas de conjunto indican el volumen total de actividad económica nacional valorada a precios corrientes o constantes.¹ Dividiendo el PNB o el PIB por el total de población se llega al PNB o PIB por habitante, que constituye un indicador corriente a efectos generales de la riqueza nacional (93). El PNB por habitante puede por lo tanto servir de medida general del bienestar humano, es decir de la salud en un sentido muy lato. De hecho, muchas variables de salud están efectivamente en correlación con el PNB o el PIB por habitante (74). Los países con un alto PNB *per capita* son predominantemente países in-

¹ El PNB equivale al PIB corregido por los ingresos netos de inversiones extranjeras.

dustrialmente desarrollados, mientras que los que tienen un producto bajo son predominantemente agrícolas o en desarrollo.

Los problemas de salud han pasado en los países industrializados por varias fases de evolución, caracterizadas cada una de ellas por diferentes retos opuestos a la salud pública y a la asistencia sanitaria individual. En la fase inicial, las enfermedades infecciosas, la malnutrición y la vivienda insalubre fueron combatidas mediante mejoras socioeconómicas combinadas a medidas de salud pública como el abastecimiento de agua potable pura y la instalación de servicios de evacuación de aguas residuales. A medida que fueron progresando las ciencias, se dominaron mejor las enfermedades bacterianas y víricas por medio de la inmunización y la quimioterapia, así como por una asistencia mayor a los individuos.

La segunda fase de la evolución ha venido dominada por las enfermedades crónicas, particularmente las cardiovasculares, las cerebrovasculares y el cáncer. Los adelantos científicos y técnicos han traído consigo un gran arsenal de intervenciones médicas para el diagnóstico y la curación, mayor especialización en el ejercicio de la medicina y la transferencia de gran parte de la asistencia antes prestada en los gabinetes de los médicos y en los domicilios de los pacientes a hospitales cada vez más complejos y costosos. El coste de la asistencia de salud ha subido de manera impresionante y en la mayoría de los países se ha convertido en un motivo de considerable preocupación para el público.

Hay en algunos países industrializados indicios de una tercera fase que se podría denominar de patología social y ambiental. Las amenazas para la salud provienen no de desórdenes intrínsecos de la estructura y del funcionamiento del cuerpo sino de peligros ambientales relacionados con el desarrollo urbano y la exposición a sustancias tóxicas, así como de los cambios del comportamiento social asociados a la violencia, consumo de alcohol y uso indebido de medicamentos en proporciones epidémicas.

Los países industrializados han pasado por estas tres fases en un periodo que ha durado más de un siglo. Los países en desarrollo, por su parte, han de hacer frente al reto de tener que soportar las tres fases simultáneamente, con sólo una fracción de los recursos humanos y materiales de que disponen los países industrializados que sufren los mismos problemas. Hay gran necesidad de una cuidadosa selección de acciones prioritarias, basándose en la tecnología apropiada y en la participación directa de la propia comunidad en el proceso de atención de salud. Para que los países con recursos limitados puedan alcanzar los mayores beneficios posibles de salud hace falta que las políticas estén estrechamente relacionadas con el desarrollo socioeconómico general (20).

Características sociopolíticas del sistema

Puede darse por sentado que el sistema de salud de cualquier país forma parte de su estructura social y política. No obstante, en ciertos países la principal dificultad encontrada para definir el marco sociopolítico de los sistemas de salud es la de identificar los principales rasgos de ese marco. Entre varias propuestas más o menos complicadas que se han hecho con este fin, una parece particularmente digna de consideración, por ser lo bastante sencilla para poder ser descrita en términos cualitativos y por haberse demostrado su utilidad práctica. Un estudio internacional comparado de los sistemas de asistencia sanitaria (45) ha caracterizado los fundamentos sociopolíticos de tales sistemas con los siguientes rasgos: 1) la salud como valor social; 2) el colectivismo opuesto al individualismo, y 3) la responsabilidad distributiva.

1) El *valor atribuido a la salud* puede ir desde mucho, cuando la sociedad se hace cargo enteramente desde el punto de vista financiero y orgánico de la prestación de servicios de salud y los servicios que están razonablemente relacionados con las necesidades, pasando por moderado, cuando la responsabilidad financiera y orgánica viene compartida entre la sociedad y el individuo (por ejemplo, cuando el seguro cubre parte de los gastos de salud, quedando las demás partes fuera de disposiciones de tipo social), a poco, cuando la sociedad asume relativamente poca responsabilidad financiera y orgánica (por ejemplo, cuando están socialmente cubiertos algunos servicios especiales o grupos de población, pero la responsabilidad incumbe ante todo al individuo).

2) El *equilibrio entre colectivismo e individualismo* depende de lo que se considere como óptimo para la colectividad y de la medida en que el individuo tolere la reglamentación y la orientación. Puede ir desde el colectivismo máximo, cuando el sistema está casi enteramente encaminado a proporcionar beneficios a la sociedad como un todo, dejando poca o ninguna elección al individuo («alta puntuación») hasta el individualismo máximo, cuando la falta de salud y la asistencia sanitaria se consideran como problemas individuales, a no ser que supongan una amenaza directa para la sociedad, como en el caso de una epidemia («baja puntuación»).

3) Del mismo modo, la *responsabilidad distributiva* puede ir desde mucha, cuando cada ciudadano tiene derecho a la misma calidad de servicios y cuando las barreras opuestas al uso del servicio, por ejemplo la incapacidad de pagarlo o la imposibilidad de abonar los gastos de viaje, están en gran parte eliminadas, a poca, cuando la sociedad no asume la responsabilidad directa de la distribución de los recursos y servicios, y la distribución planificada se limita a determinados propósitos (por ejemplo, la educación o la investigación, o bien las actividades humanitarias y caritativas).

Puede calificarse de muy organizados a los sistemas nacionales de salud que tienen alta puntuación con respecto a las tres características antes mencionadas. A los que tienen baja puntuación, cabe considerarlos como modestamente organizados. Entre estos extremos, los sistemas nacionales de salud pueden reunir diversas combinaciones de características sociopolíticas.

Por supuesto que no puede elegirse un solo tipo de sistema de salud como el mejor de todos: cada tipo refleja una orientación diferente. Por ejemplo, una de las clasificaciones todavía muy generalizadas de los sistemas de asistencia médica se funda en una serie muy sencilla de criterios básicos: asistencia pública, seguros de enfermedad y servicio nacional de salud (73). Otra concede importancia sobre todo a la forma de valorar la serie de funciones que los sistemas pueden desempeñar (por ejemplo, completas o selectivas) y a la forma en que los sistemas de atención médica se derivan de procesos sociales, cognoscitivos y adaptativos que cabe generalizar (79).

Tipología de un sistema de salud con arreglo a sus características económicas y sociopolíticas

El sistema de salud de cualquier país puede situarse dentro de un marco teórico sobre la base de las estimaciones de sus características económicas y políticosociales. La *dimensión económica* de este marco puede medirse con bastante facilidad sobre la base del PNB por habitante, como se ha indicado antes (aunque esta forma de medición no refleje la distribución de los ingresos dentro de un país). No es fácil medir cuantitativamente las *características sociopolíticas* de un país, ni siquiera de su sistema de salud: para clasificar los sistemas nacionales de salud dentro de esta dimensión hacen falta unos juicios de carácter más cualitativo, que pueden basarse en la incorporación al sistema de los tres tipos de valores sociales antes mencionados.

Los sistemas de salud pueden clasificarse asimismo por sus estructuras administrativas, es decir: gubernamentales o privadas; centralizadas o descentralizadas, y pluralistas o unificadas. De ese modo, parece lógico que un marco sociopolítico en el que se conceden grandes poderes al gobierno y se deja poca libertad de acción a la empresa privada conferirá similarmente todas o casi todas las responsabilidades sanitarias al gobierno y dejará poco lugar para la práctica de la medicina privada; en cambio, en un marco totalmente opuesto, los servicios médicos y hospitalarios privados serán fuertes y los programas de salud del gobierno débiles. La centralización dentro del marco sociopolítico general se traduciría en una supervisión, unas normas y una gestión centralizadas del sistema de salud; una política de descentralización producirá de forma análoga una finan-

ciación y una supervisión de hospitales, unos seguros de enfermedad y unos programas de salud descentralizados. Una ideología política pluralista irá sin duda alguna asociada a una multiplicidad de programas de salud con las consiguientes dificultades para la coordinación; por el contrario, una estructura política generalmente unificada conducirá casi inevitablemente a la fusión de todas o casi todas las responsabilidades de salud en un organismo único, normalmente un ministerio de salud. Todos los aspectos sociopolíticos mencionados de los sistemas de salud pueden condensarse en una escala de valores de organización que va desde poca a mucha, pasando por moderada.

En el Cuadro 1 se ofrece un marco conceptual de las características de los sistemas nacionales de salud basado en estos dos factores: el grado de desarrollo económico del país y el grado de organización del sistema de salud. En teoría, cada sistema de salud existente en el mundo puede situarse en una de estas nueve categorías conceptuales. En algunas categorías habrá muchos sistemas de salud y en otras sólo unos pocos. Por otra parte, las características económicas y sociopolíticas de los países y de sus sistemas de salud van cambiando continuamente, por lo que un sistema podría estar incluido en una categoría hoy día y en otra, por ejemplo, dentro de cinco años.

Cuadro 1. Sistemas nacionales de salud: tipología basada en el grado de desarrollo económico y en el grado de organización del sistema de salud

Desarrollo económico	Organización del sistema de salud		
	Poca	Moderada	Mucha
Desarrollado (rico)	1	2	3
En desarrollo (en transición)	4	5	6
Menos adelantado (pobre)	7	8	9

Teniendo en cuenta esta salvedad, el Cuadro 1 puede servir para dar una orientación general sobre el desarrollo de estrategias con objeto de reorganizar los sistemas nacionales de salud. En principio, por ejemplo, la cuantía de los recursos para la salud será mucho mayor en las categorías 1, 2 y 3 que en las categorías 7, 8 y 9, y en las estrategias de reorganización debe naturalmente tenerse en cuenta este factor. De la misma manera, la función del sector privado en la financiación de los servicios de salud es mucho mayor en las categorías 1, 4 y 7 que en las categorías 3, 6 y 9, lo que debe forzosamente influir en la planificación de cualquier cambio del sistema. Es probable que una marcada mayoría de los sistemas nacionales de salud del mundo no pertenezca a las categorías extremas (1, 3, 7 y 9), sino a las intermedias (2, 4, 5, 6 y 8). Esto viene a confirmar aún más el que las estrategias de reorganización son muy sensibles a las características y circunstancias precisas del sistema de salud de cada país.

Hay que evitar los juicios de valor basados en la categoría dentro de la cual caiga un sistema nacional de salud. En casi todas las categorías, ciertos sistemas pueden clasificarse como muy organizados o poco organizados según criterios de pertinencia, cobertura, eficacia y eficiencia (76). Los sistemas nacionales de salud que tienen una estructura más bien flexible (poco organizados), pero que son muy eficientes tendrán quizá los efectos más favorables en la salud de las poblaciones. Por otro lado, algunos sistemas de mucha organización, pero orientados hacia los recursos o las estructuras pueden tener repercusiones menos favorables en la salud, debido a la rigidez de su organización o a un apoyo financiero inadecuado.

Principales características de los sistemas nacionales de salud de diferentes tipos

Antes de tratar del problema planteado por la reorientación del sistema de salud con el fin de alcanzar la meta de la salud para todos, puede ser útil identificar algunas características principales de los sistemas nacionales de salud de países pertenecientes a cada una de las nueve categorías que figuran en el Cuadro 1. La descripción que sigue no pretende en absoluto ser completa, pero puede ilustrar las distinciones entre los distintos tipos de sistema.

En la línea superior del cuadro, los países pertenecientes a las tres categorías (1, 2 y 3) son ricos, con un PNB por habitante de US \$3000 o más. Los sistemas de salud de la categoría 1 (*países económicamente ricos y poco organizados*) se caracterizan por unos recursos de salud relativamente abundantes de todas clases (personal, locales, material y cono- cimientos). Sin embargo, la organización de esos recursos es bastante heterogénea; se califica a menudo de pluralista, en el sentido de que hay estructuras orgánicas separadas para los diferentes grupos de población, las distintas enfermedades y las diferentes zonas geográficas o jurisdiccio- nes territoriales. La prestación de los servicios corre principalmente a cargo de recursos privados y autónomos (médicos, hospitales, farmacias, etcétera) que no funcionan como parte de un programa organizado. El apoyo financiero a estos servicios está también muy diversificado, pues la mayor parte de él procede de fuentes privadas, ya sea de particulares, ya sea de organismos de seguros voluntarios. Los procedimientos de ges- tión son también pluralistas y más bien permisivos; la planificación es sobre todo local, en vez de central; la administración está muy descentra- lizada, y hay importantes responsabilidades que se ejercen localmente. Paradójicamente, las reglamentaciones son bastante rígidas, para contra- restar distintos abusos, pero hay constantes presiones para atenuarlas. La evaluación está asimismo bastante desarrollada para hacer frente a la ne- cesidad de identificar las distintas desigualdades del sistema.

Los sistemas de salud de los países de la categoría 2 (*económicamente ricos y moderadamente organizados*) tienen asimismo recursos bastante abundantes. La mayoría de los miembros del personal de salud se forman a expensas del gobierno (contrariamente al personal de los países de la categoría 1) y la mayor parte de los servicios de salud son construidos y supervisados por poderes públicos. Además, los recursos humanos y materiales están en gran parte organizados en forma de programas de salud patrocinados por el gobierno, a fin de que haya servicios a la dis- posición de todos o casi todos los habitantes. Las modalidades de presta- ción de servicios médicos individuales varían mucho entre países de esta categoría, pero en el caso del tratamiento ambulatorio el servicio suele estar a cargo de médicos particulares (si bien varía la forma en que pue- den éstos ser remunerados). En cambio, los servicios médicos de los hospi- tales corren principalmente a cargo de grupos organizados de médicos y de personal afín empleados en la institución. La asistencia preventiva suele darse por medio de mecanismos totalmente distintos de los usados para el tratamiento. El sostén económico a todos los servicios de salud está en gran parte colectivizado bajo la supervisión del gobierno gracias al empleo de seguros médicos (seguridad social) y de mecanismos costea- dos con fondos públicos. Los fondos procedentes de esas fuentes son alle- gados y gastados por el gobierno a escala nacional y local. No obstante, sigue funcionando un importante sector privado, en particular para servi- cios extrahospitalarios. Los procedimientos de gestión están más unifica- dos que en los países de la categoría 1, siendo el gobierno nacional quien ejerce la autoridad de conjunto, si bien diversas funciones se delegan así- mismo en las autoridades locales. La reglamentación es extensa y está bastante aceptada tanto por los proveedores como por los usuarios de la atención de salud.

El sistema de salud de los países de la categoría 3 (*económicamente ricos y muy organizados*) es muy diferente del de los países de las dos categorías precedentes. El personal de salud, particularmente los médicos, es todavía más numeroso que en los países de las otras categorías y son asimismo abundantes las instalaciones de salud; el equipo y el suministro de medicamentos, sin embargo, están más limitados. Prácticamente todos los recursos funcionan como parte de un amplio sistema organizado de servicios de salud bajo la dirección central de un ministerio unificado de salud. La forma de prestación de asistencia es también muy uniforme: tanto los enfermos hospitalizados como los que reciben tratamiento ambu- latorio están a cargo de un personal asalariado que trabaja en instalacio- nes públicas; el ejercicio privado de la medicina no desempeña más que un papel reducido. Los servicios preventivos están integrados en los de tratamiento y se proporcionan mediante el mismo mecanismo. El apoyo económico al conjunto del sistema de salud se deriva casi enteramente de los ingresos públicos nacionales y, como consecuencia, la atención de salud se considera como un servicio público gratuito (salvo para los medi-

camentos y algunos artículos adquiridos fuera del hospital) para todos. Los procedimientos de gestión son uniformes en todo el país y están supervisados por una pirámide jerárquica de autoridades. Las instalaciones y los servicios de salud están todos explícitamente regionalizados. Las decisiones relativas a la producción y el uso de recursos de salud se basan todas en una planificación que establece de manera centralizada y se lleva a cabo continuamente.

En la segunda línea del Cuadro 1, los países de las tres categorías (4, 5 y 6) están económicamente menos avanzados, con un PNB por habitante de entre US \$400 y US \$3000, aproximándose la proporción mayor de ellos a US \$1500. Los recursos de los sistemas de salud de los países de la categoría 4 (*económicamente en transición y poco organizados*) son mucho más limitados que los de los países de las categorías 1, 2 y 3. En aquéllos es especialmente notoria la falta de médicos y enfermeras plenamente capacitados; por eso, gran parte de la población (que es predominantemente rural) depende para su asistencia de salud de los curanderos tradicionales y de personal auxiliar de salud. Pese a la escasez de médicos, los servicios de éstos consisten sobre todo en práctica privada y solamente una fracción del tiempo de que disponen se dedica a programas organizados de salud. La responsabilidad gubernamental en materia de salud incumbe a un ministerio central, pero otros departamentos gubernamentales desempeñan también un cometido (por ejemplo, la dirección de los grandes hospitales clínicos está a cargo de las autoridades universitarias). El gobierno local tiene pocas atribuciones y se delegan en él pocas responsabilidades. Los servicios curativos son predominantemente prestados por médicos particulares, curanderos tradicionales y vendedores de fármacos, la mayoría de los cuales no son farmacéuticos. Los servicios preventivos se proporcionan principalmente gracias a programas públicos, pero no alcanzan más que a una pequeña fracción de la población. La proporción mayor de los gastos corresponde con mucho en estos sistemas de salud a los particulares y el total de los gastos gubernamentales en salud suele ser inferior al 50 % del total general. La capacidad de gestión es más bien pequeña y la gestión no está coordinada ni siquiera a escala nacional, siendo por otra parte casi inexistente a escala local. A consecuencia de esta situación, los servicios de salud están distribuidos de modo muy desigual, pues la principal proporción de ellos va a las familias prósperas de las principales ciudades, en detrimento de la gran mayoría de los habitantes, que son pobres y viven en zonas rurales.

El sistema de salud de los países de la categoría 5 (*económicamente en transición y moderadamente organizados*) dispone de unos recursos algo mejor organizados que los de los países de la categoría 4, pero sigue habiendo marcadas discrepancias en su distribución entre zonas urbanas y rurales. Entre los diferentes tipos de recursos, las mayores realizaciones han sido por lo general la construcción de grandes hospitales urbanos. La mayoría de los trabajadores de salud de estos países están asignados

a programas públicos organizados, aunque dedican parte de su tiempo al ejercicio privado de la profesión; de la misma manera, las instalaciones de salud son predominantemente gubernamentales. En el plano nacional, el ministerio de salud está relativamente bien organizado, pero tiene a menudo que compartir su autoridad y sus recursos con un programa aparte de seguro médico (seguridad social). Los servicios tanto curativos como preventivos de salud se prestan predominantemente por medio de planes organizados en los hospitales y centros de salud del gobierno (para el tratamiento ambulatorio). El apoyo económico a los servicios de salud ha sido en gran parte colectivizado mediante dos mecanismos: los ingresos públicos producidos por la imposición fiscal y el seguro médico; este último puede cubrir solamente a una pequeña fracción de la población, pero absorbe una gran parte de los gastos totales en salud. La capacidad de gestión, los procedimientos administrativos, la reglamentación y la evaluación están más desarrollados que en los países de la categoría 4, y las autoridades provinciales o locales desempeñan un papel importante en la reglamentación y la planificación. Los países de la categoría 5 están haciendo en general constantes progresos, sobre todo en lo que hace a la ampliación de sus recursos de salud y a una distribución más equitativa de los servicios.

Los sistemas nacionales de salud de los países de la categoría 6 (*económicamente en transición y muy organizados*) se han ido organizando siguiendo unas modalidades muy diferentes de las de los países de las categorías 4 y 5. Aunque los recursos de salud puedan seguir siendo insuficientes con respecto a las necesidades, están siendo rápidamente ampliados; además, se insiste mucho en la formación de médicos, así como de auxiliares de salud que puedan ejercer al cabo de breves periodos de adiestramiento. Prácticamente todos los recursos humanos y materiales están movilizados en los amplios programas nacionales de servicios de salud organizados públicamente; subsiste muy poco ejercicio privado. El marco orgánico está esencialmente unificado bajo un ministerio único de salud que delega responsabilidades en las autoridades provinciales y locales correspondientes. Los servicios de salud se prestan a los pacientes enteramente en un marco organizado, tanto para la atención ambulatoria como para la hospitalización, y no se establece distinción alguna entre los servicios curativos y preventivos prestados a cada individuo. La parte principal del apoyo financiero procede de los ingresos públicos, la mayoría de los cuales se recaudan en el ámbito nacional, pero se delega en las autoridades locales la facultad de efectuar gastos de salud. Las funciones de gestión están más descentralizadas que en los sistemas de salud de los países de la categoría 3, si bien el gobierno nacional adopta políticas generales. La planificación sanitaria centralizada es importante, pero la reglamentación tendente a establecer normas uniformes no es tan acentuada, porque se favorecen los reajustes a las condiciones locales.

En la última línea del Cuadro 1, los países incluidos en las tres categorías (7, 8 y 9) han de considerarse como sumamente pobres, con un PNB por habitante inferior a US \$400, y en la mayor parte de los casos inferior a US \$300. El sistema nacional de salud de los países de la categoría 7 (*económicamente pobres y poco organizados*) tiene unos recursos mucho menores que los de la categoría 4. La mayor parte de estos países, si no todos, son antiguas colonias de potencias europeas que han adquirido su independencia solamente en fecha reciente. Por sus antecedentes históricos, la formación de médicos, enfermeras y demás personal de salud (con algunas excepciones) comenzó solamente hace un decenio o dos, y por eso este personal es sumamente escaso. Los médicos disponibles, por ejemplo, están enormemente concentrados en la capital de la nación, en donde dedican la mayor parte de su tiempo al ejercicio privado de la profesión. Las inversiones en instalaciones materiales se han destinado en gran parte a la construcción de uno o más hospitales muy perfeccionados en la ciudad principal, mientras que los servicios hospitalarios y los ambulatorios (centros y puestos de salud) son escasos y están muy alejados entre sí. De hecho, la principal fuente de asistencia médica para la población rural son las personas que practican la medicina tradicional. La retribución de sus servicios y el pago de los medicamentos (a menudo autoprescritos) constituyen en conjunto unos gastos relacionados con la salud mayores que la totalidad de los gastos de los programas gubernamentales. Casi todas las funciones de salud pública se dirigen desde la cumbre por conducto del ministerio de salud o una división de salud de otro ministerio; como quiera que el gobierno local es muy débil, apenas se le delegan algunas funciones.

El personal administrativo capacitado es tan escaso que casi todo él está empleado a nivel nacional. Algunas de las deficiencias de los recursos gubernamentales de salud son contrarrestadas por pequeños establecimientos (a veces provistos de camas de hospital) pertenecientes a misiones religiosas extranjeras; hay otros organismos benéficos de salud en pequeño número y relativamente inadecuados. Las asignaciones para costear actividades de salud constituyen una proporción muy pequeña del presupuesto total del gobierno y, en varios de esos países, esta proporción ha ido incluso disminuyendo. No ha habido una planificación importante para establecer programas o cooperativas de seguros médicos que puedan reforzar el apoyo económico al sistema.

Los sistemas de salud de los países de la categoría 8 (*económicamente pobres y moderadamente organizados*) disponen de unos recursos algo mayores y mejor organizados que los de la categoría 7. El personal y las instalaciones de salud son más abundantes, no porque la riqueza nacional sea superior (en realidad, el PNB por habitante puede ser inferior), sino porque se ha dado más prioridad al desarrollo de recursos y servicios de salud. También en estos países están concentrados los médicos y las camas de hospital en las zonas urbanas, pero no tanto como en

los países de la categoría 7. Se ha hecho un esfuerzo apreciable para establecer centros de tratamiento ambulatorio en zonas rurales y dotarlos de personal; en muchas aldeas hay también pequeños puestos de salud dotados de un personal sanitario auxiliar que ha seguido un adiestramiento breve. Casi todos los médicos trabajan en los servicios oficiales de salud, pero dedican también cierto tiempo al ejercicio privado de la profesión. Algunos de estos países, sin embargo, han prohibido el ejercicio privado de la medicina y la odontología. La gestión del sistema de salud incumbe principalmente a un ministerio central de salud, pero están haciéndose esfuerzos para estimular a las comunidades locales a fin de que se hagan cargo de elementos de la atención primaria de salud. Una pequeña parte del apoyo financiero se obtiene también por distintos sistemas cooperativos. Como es el gobierno quien asume la mayor responsabilidad de los servicios de salud, muchos funcionarios del ministerio de salud han recibido una formación en gestión y planificación que les permite administrar más eficazmente el sistema de salud. Las asociaciones benéficas de salud están algo más desarrolladas que en los países de la categoría 7, y las misiones religiosas extranjeras están de hecho integradas en el conjunto del sistema de salud.

Los sistemas nacionales de salud de los países de la categoría 9 (*económicamente pobres y muy organizados*) han organizado sus recursos y servicios en mayor medida que los de las categorías 7 y 8, inspirados en un principio según el cual la asistencia de salud es una responsabilidad pública que ha de asumir el gobierno en todos sus niveles. Con objeto de ampliar el personal de salud lo más rápidamente posible, se adiestra a una gran cantidad de auxiliares para que formen el personal de primera línea encargado de la atención primaria de salud. La mayoría de estos trabajadores auxiliares de salud sirven a la población en instalaciones muy modestas en asentamientos rurales y también en las ciudades. Se considera a los médicos como personal de apoyo al que se envían los casos que sufren males más complicados. Abundan por otra parte los que practican la medicina tradicional, pero se hacen constantes esfuerzos para integrarlos en el sistema organizado de salud en vez de permitirles que continúen ejerciendo en privado. Como los países de la categoría 9 son muy pobres, los servicios de salud no son todavía enteramente gratuitos, abonándose pequeños honorarios para el tratamiento ambulatorio y la hospitalización. Estos honorarios, sin embargo, no van al que practica individualmente, sino a la institución organizada en el que esa persona presta servicio (a cambio de un salario). Además, se han organizado muchos sistemas locales de seguros de enfermedad tanto en establecimientos industriales urbanos como en empresas agrícolas o comunas rurales. Con el fin de estimular la autorresponsabilidad local, se delegan mayores atribuciones para la gestión de todos los servicios de salud en las provincias y en las comunidades locales. Se da amplia publicidad a los métodos de trabajo y normas nacionales, que sin embargo se consideran como su-

gerencias más bien que como directivas rígidas. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades reciben atención muy prioritaria, insistiéndose sobre todo en la nutrición apropiada, el saneamiento del medio, la inmunización y la planificación familiar. También recibe alta prioridad la educación, por razones de desarrollo social en conjunto así como por motivos de salud.

Esta es una visión de conjunto de los nueve tipos principales de sistemas nacionales de salud que funcionan en los distintos países del mundo. Es evidente que, con ánimo de destacar los rasgos principales y exponer la situación con amplios trazos, se han simplificado en exceso las explicaciones que preceden. Se espera, sin embargo, que estas descripciones de sistemas sean lo suficientemente exactas y claras para permitir una diferenciación de estructuras y funciones entre estas nueve categorías de países y dentro de cada una de ellas. De este modo se facilitará en principio la elaboración, para el mejoramiento de los sistemas de salud, de unas estrategias que sean razonablemente apropiadas con respecto a las diversas circunstancias nacionales.

Parte 2

Estrategias para la reorientación de un sistema nacional de salud