
Este capítulo se publica bajo Licencia [Creative Commons BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

Tema 1. SISTEMAS SANITARIOS.

Introducción

Los sistemas sanitarios son *“las diferentes formas de organización que puede adoptar el sector sanitario en un medio concreto, de acuerdo con los valores y motivaciones de la sociedad en que se desarrollan y reflejan”*; en consecuencia, hay tantos sistemas sanitarios como países, ya que los valores y motivaciones vienen determinados por la evolución histórica de cada país, sus modelos ideológicos y políticos predominantes. En palabras de Repullo, *“es el resultado del esfuerzo colectivo para mejorar y promover la salud, y financiar y garantizar las prestaciones que lo posibilitan”*.



Los Sistemas Sanitarios son sistemas sociales y significa que deben ser analizados como uno de los mecanismos de los que se dota una sociedad para cumplir un fin, proteger la salud y prestar atención sanitaria, y eso significa que deben ser analizados a partir de la íntima relación que tienen con: los valores de los ciudadanos, el modelo de Estado, la situación socioeconómica y los intereses de la sociedad en la que se desarrollan.

Esta es una característica que tienen en común los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea, aunque muy diferentes entre sí en sus formas de organización y gestión. Probablemente esta sea la diferencia más radical con el sistema sanitario de los Estados Unidos, donde la atención sanitaria se considera un bien privado. Esta concepción distinta se traduce en una motivación colectiva muy diferente e intereses diversos, y sus resultados son sistemas completamente dispares.

Entender la asistencia sanitaria como un derecho y organizar el sistema sanitario, para garantizarlo, o como un bien privado, es radicalmente diferente, ya que un bien de estas características es un bien de mercado con todas las consecuencias. Esta matización es imprescindible tenerla siempre presente cuando se analizan actuaciones de un sistema. La existencia de sistemas sanitarios muy diferentes entre sí, que se diferencian en cómo se organizan, en la cobertura que proporcionan, o en cómo asignan los recursos financieros, contrasta con el hecho evidente de que los aspectos más visibles, como pueden ser la relación profesional sanitario-paciente, los propios centros sanitarios, los tipos de cuidados que se prestan o los servicios que se ofertan, son, en apariencia, muy similares en todos los países occidentales.

Niveles de gestión y organización en el Sistema Sanitario

Según Repullo, la separación conceptual a la que se hace referencia como clave para entender un sistema sanitario se puede explicar diferenciando los tres niveles de organización y gestión sanitarios:

- El sistema sanitario.
- El que se desarrolla en los centros sanitarios.
- El que hace referencia a la relación profesional sanitario-paciente.



a) Nivel de organización y gestión del conjunto del sistema sanitario

La aparición de los seguros sanitarios, sociales o privados, fue el primer eslabón para el extraordinario desarrollo del sector sanitario puesto de manifiesto en la segunda mitad del siglo XX y cuyos factores clave se considera que fueron:

- El desarrollo de los Estados sociales de derecho impulsando las políticas públicas que han consolidado el Estado del Bienestar.
- El gran cambio conceptual del sector que pasó de luchar contra la enfermedad a proteger la salud, cambio asumido posteriormente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años 70 y acuñado con el lema Salud para todos.
- La confianza social, tanto de la sociedad en su conjunto como de los ciudadanos, en la medicina como en la ciencia y en los centros sanitarios como en las organizaciones adecuadas para los fines buscados: vencer la enfermedad llegó a parecer posible.
- Un entorno de euforia socioeconómica.

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

Los centros sanitarios aparecen como organizaciones casi desde el inicio de la medicina y van asociados a la necesidad de cuidados. Las personas enfermas precisan con frecuencia que se les provea de cuidados y un lugar donde recibirlos cuando por criterios técnicos no pueden ser asistidos en sus domicilios.

La de una rápida sucesión de avances científicos, desde la asepsia y el conocimiento de las infecciones, hasta la anestesia y la generalización de la cirugía, pasando por los desarrollos tecnológicos como la electrocardiografía o la radiología, modificó radicalmente el concepto de centros sanitarios y dio lugar al hospital moderno como paradigma de lo que deberían ser los servicios sanitarios, cuya misión era curar y ya no sólo cuidar.

Los aspectos más destacados de este nivel se pueden concretar en:

- La evolución de los hospitales en organizaciones complejas donde realizan su actividad laboral equipos multidisciplinares en los que cada colectivo profesional aporta su especificidad, y que precisan ser gestionados para coordinar sus actividades.
- El rápido crecimiento de los costes sanitarios en la segunda mitad del siglo XX, consecuencia del desarrollo social y los éxitos de la medicina, y la necesidad de adecuar el gasto a los recursos disponibles.
- La confluencia en el tiempo de un crecimiento importante en los costes sanitarios y la crisis económica de comienzos de los años 70, la conocida como primera crisis del petróleo, provocó que, por primera vez, fuera de los círculos profesionales médicos, se cuestionara la efectividad de algunas de las decisiones médicas, se presentase exigencias de calidad distintas a las puramente técnicas y cuando se enfatizaban éstas se pidiese que se objetivasen.

c) Nivel en el que se desarrolla la relación profesional-paciente

La relación profesional de la salud-paciente es el nivel de organización y de gestión clave para la protección de la salud, y sobre él ha pivotado toda la asistencia sanitaria desde los tiempos más remotos hasta la actualidad. Los requisitos organizativos en este nivel, aisladamente considerado, son escasos, y de hecho pueden reducirse a los mínimos necesarios para garantizar el contacto en condiciones adecuadas.

La relación se basa en un proceso secuencial de toma de decisiones que se caracteriza por:

- Realizarse en un entorno bien conocido por su alta incertidumbre, a pesar de una percepción radicalmente diferente por parte de los usuarios.
- La trascendencia que supone para el paciente y

- La utilización de unos recursos cuya selección debería realizarse siempre de acuerdo con su relación coste/beneficio, entendiendo el beneficio como el impacto positivo esperado en la salud del paciente y el coste como el valor en términos económicos de los recursos empleados, pero también como el riesgo para la salud del paciente por las medidas adoptadas.

Tipos de Sistemas Sanitarios

Los sistemas sanitarios se pueden clasificar de acuerdo con:

- El sistema de protección social que conforman.
- Las relaciones o flujos económicos que desarrollan.
- A partir de las interacciones entre la producción y la demanda de servicios sanitarios.

SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Los Sistemas de Protección Social pueden clasificarse en dos grandes grupos, públicos y privados, según la orientación que determine el sistema. Las diferencias fundamentales entre estos dos tipos en relación con la salud estarían en:

- La consideración de la atención sanitaria como un derecho en los sistemas públicos o como un bien individual en los privados.
- La obligatoriedad o no de contribuir al sostenimiento económico del sistema de protección.
- La relación entre la contribución económica y el riesgo de enfermar.

RELACIONES Y FLUJOS ECONÓMICOS

La OCDE ha incorporado una metodología para identificar diferentes subsistemas sanitarios y trata de sintetizar las interacciones y los flujos económicos que se generan entre los principales agentes de los sistemas: los ciudadanos y empresas, los pacientes, los aseguradores y el gobierno

en su papel de regular el sistema.

- *Pago directo*: es el más sencillo. En este subsistema, los pacientes acuden directamente a los proveedores que consideran adecuados y pagan por los servicios que reciben, normalmente en un sistema de pago por acto. El ejemplo más claro son las consultas médica privadas. En Irlanda, ha sido durante muchos años la forma habitual para acceder a los médicos generales para una gran parte de la población.
- *Seguro voluntario con reembolso*. Es el conocido habitualmente como seguro de enfermedad. Los ciudadanos, o sus empresas, pagan de forma voluntaria primas de seguro para la cobertura de los costes asociados a la enfermedad y los aseguradores reembolsan a los pacientes el pago de los servicios que han utilizado. Este es el subsistema más frecuente de cobertura sanitaria en Estados Unidos, y el más habitual para el seguro sanitario privado en Reino Unido y Holanda.
- *Seguro voluntario con contrato*. Los ciudadanos, o sus empresas, pagan de forma voluntaria a las compañías de seguros una prima relacionada con el riesgo de enfermar; estas compañías contratan servicios con los proveedores y los pacientes pueden seleccionar proveedor entre aquellos contratados por las compañías. En España puede reconocerse en las conocidas Compañías de Asistencia Sanitaria (ADESLAS, ASISA, SANITAS...)
- *Seguro obligatorio con contrato*. Los ciudadanos contribuyen a los fondos de los seguros, las cajas o los diferentes regímenes, mediante impuestos, cotizaciones sociales o una mezcla de ambas. Los fondos son públicos y pueden estar bajo control de los gobiernos, locales o central, o administrarse de forma independiente de estos, en este caso están altamente regulados. El paciente puede elegir proveedor entre los contratados por el fondo que le da la cobertura. Este es el modelo de Alemania y para la atención primaria en el Reino Unido.
- *Seguro voluntario integrado*. Los ciudadanos, o las empresas en relación con sus trabajadores, se afilian voluntariamente a una compañía de seguros, cuya característica principal es la integración vertical con los proveedores. Existe capacidad de elección de proveedor dentro de lo que ofrece la compañía. En España, algunas compañías de seguros ofrecen este tipo de asistencia sanitaria.
- *Seguro integrado obligatorio*. Existe un único asegurador público que actúa de forma

centralizada o descentralizada, al que contribuyen todos los ciudadanos mediante contribuciones específicas o impuestos generales. En este subsistema no existe la posibilidad de elección de asegurador y la capacidad para elegir proveedor está limitada. Este es el sistema actualmente existente en España.

PRODUCCIÓN Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS

Este tipo es un referente para el estudio de los sistemas sanitarios por su utilidad para comprender las reformas en curso en la mayor de ellos y puede esquematizarse en:

- *Sistema de mercado.* Se caracteriza por desarrollar relaciones de competencia tanto en el lado de la oferta como en el de la demanda de servicios. El ejemplo más característico es el de Estados Unidos.
- *Mercado mixto.* Se caracteriza por relaciones de competencia en el ámbito de la oferta y la asignación de recursos se basa en las relaciones de contrato. El ejemplo más representativo sería la reforma hospitalaria en la época Thatcher en el Reino Unido; esta reforma implicaba no sólo competir los hospitales públicos entre sí, sino que también entraron en competencia los centros privados.
- *Mercado interno.* Caracterizado por relaciones de competencia en el lado de la demanda, al ser el paciente quien decide con su elección la asignación de recursos; esa capacidad de elección se ejerce exclusivamente entre centros públicos y en la asignación de recursos se tienen en cuenta las preferencias de los pacientes. Se trate del modelo actual en Suecia.
- *Sistema burocrático-administrativo.* No existe competencia ni en el lado de la oferta ni en el lado de la demanda y los ejemplos más característicos serían el Sistema Nacional de Salud de España o el de Reino Unido en una etapa previa a las reformas de los últimos años.