



UNIVERSIDAD
POLITECNICA
DE VALENCIA

Universidad Politécnica de Valencia

Facultad de Administración y Dirección de Empresas

Situación socioeconómica de los países de la OCDE y la repercusión en los resultados de la salud

Autora: Raquel López García

Directora del proyecto: D^a Isabel Barrachina

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han apoyado para la realización de este trabajo. A mis padres, familia, amigos y compañeros de carrera que me han ayudado en los momentos que he necesitado. Mención especial para mi directora del proyecto, Isabel Barrachina, que sin su tiempo e implicación no hubiera conseguido realizar esta tarea.

ÍNDICE

Resumen

1. Objeto del TFC y justificación de las asignaturas relacionadas

2. Objetivos

- 2.1. Determinación de las dimensiones socioeconómicas que más diferencian a los países de la OCDE
- 2.2. Determinar la influencia de los factores socioeconómicos en la salud de la población.
- 2.3. Evolución de la situación relativa de los países según dimensiones socioeconómicas y sanitarias en el tiempo.

3. Antecedentes

- 3.1. Sistemas de salud de los países de la OCDE.
- 3.2. Organización para la cooperación y desarrollo económico
- 3.3. Influencia de factores socioeconómicos en la salud

4. Metodología

- 4.1. La reforma de los sistemas sanitarios
- 4.2. Determinación y análisis de los siete sistemas con más crecimiento

5. Discusión de los resultados obtenidos y conclusiones

Bibliografía

Anexos

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La organización para la Cooperación y Desarrollo Económico es una organización internacional intergubernamental que reúne a los países más industrializados de economía de mercado. En la OCDE, los representantes de los países miembros se reúnen para intercambiar información y armonizar políticas con el objetivo de maximizar su crecimiento económico.

En dichos países los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la Seguridad Social; los recursos son limitados, por ello, resulta cada vez más importante el concepto de eficiencia y el grado de aprovechamiento de estos recursos. La diferencia entre las necesidades y los recursos disponibles exigen que éstos se utilicen de la forma más eficiente posible para conseguir los objetivos planteados.

Así mismo, el sector sanitario es hoy día uno de los sectores más importantes a nivel socioeconómico, en primer lugar, por el impacto social que supone velar por la salud de los ciudadanos y en segundo lugar, por la cantidad de recursos económicos que consume. Representa aproximadamente un 8,5% del PIB, según datos de la OCDE.

Este trabajo trata de diferenciar a los países integrantes de la OCDE, es decir, los países del mundo occidental con nivel medio o alto de desarrollo, en lo relativo a los sistemas y a los indicadores de salud utilizando los datos del programa de Naciones Unidas para el Desarrollo(PNUD). Éste es un organismo mundial que promueve el cambio y conecta a los países con los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para ayudar a los pueblos a forjar una vida mejor. Está presente en 177 países y territorios, trabajando con los gobiernos y las personas para ayudarles a encontrar sus propias soluciones a los retos mundiales y nacionales del desarrollo.

En virtud del artículo 1 de la convención firmada en París el 14 de diciembre de 1960, la cual entró en vigor el 30 de septiembre de 1961, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) promoverá las políticas elaboradas para lograr las mayores tasas sostenibles de crecimiento económico y empleo, y un nivel de vida creciente en los países miembros, junto con el mantenimiento de la estabilidad financiera para así contribuir al desarrollo de la economía mundial; contribuir a una expansión económica saludable de los países miembros y en los no miembros dentro del proceso de desarrollo económico; y contribuir a la expansión del comercio mundial sobre una base multilateral y no discriminatoria de acuerdo con las obligaciones internacionales.

OBJETIVOS

En este contexto, en primer lugar, el objetivo general consiste en relacionar un dato de resultado en salud con las variables estudiadas, es decir, la influencia de los aspectos socioeconómicos en los logros sanitarios.

En segundo lugar, los objetivos específicos tratan de detectar cuales son las dimensiones que más diferencian a esos países y más concretamente la relación entre características sanitarias y de salud y de desarrollo económico; se observarán también las diferencias en las dimensiones socioeconómicas en un intervalo temporal.

METODOLOGÍA

Los datos han sido tomados de la propia OCDE y están referidos a todos los países que componen dicha organización.

Los métodos estadísticos aplicados son en una primera etapa la descripción de datos, es decir, un análisis factorial (extracción de factores) de componentes principales para reducir la dimensión del problema y detectar los factores de variabilidad más importantes. Así mismo, es importante apreciar la presencia de correlaciones entre las variables. En una segunda etapa realizamos una regresión multivariante para encontrar la ecuación que relacionen las variables socioeconómicas y de salud con la variable de resultado en salud que hayamos escogido.

RESULTADOS

Vamos a comparar los principales indicadores de la actividad del servicio en el 2010 respecto de la actividad del servicio dado en el año 2000.

CONCLUSIONES

Surgen una serie de conclusiones claras de este estudio sobre la reforma de los sistemas sanitarios en siete países de la OCDE: algunas acerca de los problemas que condujeron a las reformas que se están introduciendo; algunas sobre el contenido de las propias reformas; algunas sobre el resultado de las reformas; algunas sobre la incertidumbre que continúa.

Aunque los países compartan objetivos semejantes para sus sistemas de asistencia sanitaria, puede diferir la importancia que les conceden;

La mayoría de los sistemas de asistencia sanitaria están contruidos a partir de sólo unos cuantos subsistemas comunes, lo que nos ayuda a comparar la experiencia a través de las fronteras. Sin embargo, no existen dos países que compartan exactamente la misma mezcla de subsistemas y es posible que existan diferentes interacciones entre los distintos subsistemas que limitarán la posibilidad de realizar transferencias válidas de experiencia;

Aunque se pueda ofrecer experiencia técnica a través de las fronteras, esto será de poca utilidad si el país se enfrenta a obstáculos políticos insuperables para el cambio;

Algunas de las reformas más importantes en concreto las de los Países Bajos y el Reino Unido, implican la experimentación de nuevos mecanismos cuyos efectos plenos no se verán hasta mucho tiempo.

CAPÍTULO 1

Objeto del TFC y justificación de las asignaturas relacionadas

El presente trabajo fin de carrera tiene por objeto encontrar las dimensiones que más diferencian a los países, más concretamente los de la OCDE.

En las siguientes tablas, se exponen la relación entre las asignaturas cursadas durante la carrera de Gestión y Administración Pública en la que se apoya la realización de este proyecto y los capítulos del mismo.

Tabla 1: Justificación de las asignaturas relacionadas con los puntos 3.1, 3.2 y 3.3.

Capítulo del TFC	Introducción a la economía de la salud (3.1)
Capítulo del TFC	Servicios sociales de salud pública (3.2)
Capítulo del TFC	Influencia de factores socioeconómicos en la salud(3.3)
Asignaturas relacionadas	Servicios sociales de salud pública Gestión de calidad Sistema económico y financiero I Sistema económico y financiero II
Breve justificación	Las dos primeras asignaturas nos servirán para obtener una idea general del sector sanitario como servicio público, explicar su situación actual y cómo influye en la economía. Así también será de gran utilidad para enmarcar cómo se gestiona la calidad en los servicios públicos. En el capítulo de "influencia de los factores socioeconómicos en la salud" nos serán de gran ayuda las asignaturas de sistema económico y financiero, ya que analizaremos las variables que afectan y diferenciaremos entre efectos a corto y a largo plazo.

Tabla 2: Justificación de las asignaturas relacionadas con el punto 4.

<p>Capítulo del TFC</p>	<p>Análisis del modelo de regresión en el servicio de salud(4)</p>
<p>Asignaturas relacionadas</p>	<p>Estadística I</p> <p>Estadística II</p> <p>Introducción a la informática</p>
<p>Breve justificación</p>	<p>En cuanto al análisis del modelo de regresión nos eran de gran ayuda las asignaturas de Estadística II porque en dicho apartado se analizarán datos estadísticos. Por otra parte, la asignatura de introducción a la informática nos servirá para el manejo del programa Microsoft office Excel, fundamental para la realización de la matriz de datos como de factores. Así pues, nos es útil para nombrar los factores que vamos aportar para el análisis, cómo para ver cómo se sitúan los países en relación a las dimensiones que representan dichos componentes</p>

CAPÍTULO 2

Objetivos

El objetivo general del presente trabajo será:

- Relacionar un dato de resultado en salud con las variables estudiadas, es decir, la influencia de los aspectos socioeconómicos en los logros sanitarios.

Los objetivos específicos a alcanzar son los siguientes:

- Detectar cuáles son las dimensiones que más diferencian a esos países y más concretamente la relación entre características sanitarias y de salud y de desarrollo socioeconómico

CAPÍTULO 3

Antecedentes

3.1. SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAÍSES DE LA OCDE

El sector sanitario es hoy día unos de los sectores más importantes a nivel socioeconómico, en primer lugar, por el impacto social que supone velar por la salud de los ciudadanos y en segundo lugar, por la gran cantidad de recursos económicos que consume. Representa un 8.5% del PIB.

En los países de la Organización para la cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la Seguridad social; los recursos son limitados, por ello, resulta cada vez más importante el concepto de eficiencia y el grado de aprovechamiento de estos recursos. La diferencia entre las necesidades y los recursos disponibles exigen que éstos se utilicen de la forma más eficiente posible para conseguir los objetivos planteados.

El sector de la sanidad se ha convertido en uno de los sectores más relevantes de las economías desarrolladas. Los recursos dedicados a la salud absorben más del 8% del PIB. Incluso en la mayoría de los países este porcentaje no ha parado de crecer y se ha duplicado cada vez más.

Así pues, la sanidad resulta esencial para el nivel de vida y bienestar de una comunidad.

En la mayoría de los países, las prestaciones sanitarias constituyen uno de los pilares básicos del Estado de bienestar.

Por otro lado, el porcentaje del PIB que los países más desarrollados dedican al gasto sanitario se ha duplicado en los últimos años, pasando de un 4% a más de un 8% de media (según datos de la OCDE)

A continuación, os muestro una tabla en la cual se observa la evolución de la relación del gasto sanitario con el PIB de una serie de países de la OCDE.

De esa manera podremos observar si el incremento en todos ellos es significativo o no.

Tabla 3.1. Evolución del gasto sanitario/PIB

País	1960	1970	1980	1990	1996	2002
Alemania	4.3	6.2	8.7	8.5	10.9	10.9
Australia	4.3	5.3	7.6	7.1	8.3	7.7
Bélgica	3.4	4	6.4	7.4	8.9	9.1
Canadá	5.4	7	7.1	9	9	9.6
Dinamarca	3.6	6.1	9.1	8.5	8.3	8.8
España	15	3.6	5.4	6.7	7.6	7.6
EEUU	5	6.9	8.7	11.9	13.2	14.6
Finlandia	3.8	5.6	6.4	7.8	7.6	7.3
Francia	3.8	5.4	7.1	8.6	9.5	9.7
Grecia	2.4	6.1	6.6	7.4	9.6	9.5
Irlanda	3.7	51	8.4	61	6.6	7.3
Islandia	3	4.7	6.2	8	8.4	9.9

Italia	3.6	5.2	7	8	7.5	8.5
Japón	3	4.5	6.5	5.9	7	7.6

Fuente: Elaboración propia creada a partir de OCDE.

Así pues, observamos que Estados Unidos, como indica la tabla es el país con mayor presencia privada en la provisión de servicios médicos, representa casi el 15% de su PIB.

De otro lado, observamos a España con un 7.6% que sigue estando por debajo de la media de los países de la OCDE llegando a estancar en los últimos años.

Por ello, concluimos que el gasto sanitario ha crecido espectacularmente en todos los países desarrollados, pasando desde 1960 del entorno del 4% del PIB a una media superior del 8%.



Antes de analizar el concepto o conceptos específicos de "Economía de la Salud", vamos a intentar entender el origen de este término, es decir, el porqué fue necesario crear un concepto económico aplicado a la salud pública.

Hay dos claros motivos de carácter científico en la medicina que han originado este fin:

1.- En primer lugar, existen nuevos productos terapéuticos que han proporcionado tratamientos para muchas enfermedades infecciosas que, en muchos países industrializados, eran causas de hace menos de veinte años.

Estas nuevas técnicas médicas, han aumentado la capacidad de los profesionales cambiando los patrones en la organización de los servicios de salud y por eso, muchos problemas asociados con los costos y los gastos de la atención médica, se han intensificado y han estimulado los esquemas de prepago para sufragarlos.

En esta misma línea, también se han planteado muchos interrogantes sobre la propia naturaleza del "mercado" en relación a los servicios de salud; a las relaciones de la capacidad de planta con el uso de servicios y a las variaciones en la demanda al esquema de prepago. Por ejemplo, hay nuevos planteamientos referidos a los cambios en la demanda por pago a terceros en la atención médica y en otros métodos alternativos de compensación sobre el precio de los servicios de salud.

2.- En segundo lugar, está la posibilidad de aumentar la esperanza de vida a nivel mundial.

En muchas de las naciones de Asia y África, la esperanza de vida, era de unos

30 años, pero actualmente se encuentra cerca de los 70 años. El aumento potencial en la esperanza de vida en naciones densamente pobladas, hace que se genere un tremendo problema

de balance entre población y recursos y también entre fuerza de trabajo y producto. Como hemos comentado, los avances en la medicina, en las terapias y en la salud pública deberían ser aplicados rápidamente y con gastos mínimos para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad en estas naciones.

Aspectos como la fumigación con DDT, la inmunización con BCG y el tratamiento con

penicilina han producido resultados dramáticos en la reducción de muertes por malaria, tuberculosis y sífilis.

Sin embargo, todo este esfuerzo para reducir la mortalidad ha causado la búsqueda de respuestas a cuestiones económicas específicas, con la consecuente intensificación de la pobreza.

La inversión de capital en la salud pública, ha hecho preguntarse a los diferentes gobiernos el valor monetario del hombre sobre su capacidad productiva.

En definitiva, todos estos cambios relativamente recientes, necesitan, un análisis del uso óptimo de recursos para mantener y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.

Además, los cambios han sido presionados por la necesidad de formular políticas públicas de salud en países menos desarrollados y políticas privadas para el mercado médico.

Por otra parte, tenemos que hacer un estudio de la aplicación de la Ciencia Económica al campo de la salud, es decir, una disciplina basada en la asignación eficiente de los recursos monetarios en este campo.

Con este objetivo, analizaremos los instrumentos y herramientas desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX para poder comparar entre las diferentes alternativas, contrastando costes y beneficios para la construcción de infraestructuras que se fueron adoptando progresivamente en el campo de la salud.

A lo largo de los años, se han ido desarrollando nuevas técnicas y formas de medición y análisis como, por ejemplo, el Análisis Coste-Utilidad, y se han ido incorporando técnicas estadísticas cada vez más sofisticadas para el análisis de la información.

En el desarrollo de la Economía de la Salud, existe una doble vertiente.

Por un lado, se ha estudiado a nivel teórico, incorporando los avances logrados en la misma a otras ramas de la economía y por otro, esta disciplina se ha preocupado por la investigación y la resolución de todos los problemas de salud y servicios sanitarios, que van, desde la financiación y la sostenibilidad a niveles macro y micro, hasta la medida de la producción en salud y la determinación de las preferencias de los ciudadanos, pasando por la regulación y la financiación de los medicamentos, entre otras muchas áreas de trabajo.

Actualmente, la Economía de la Salud es una de las disciplinas más relevantes dentro del campo de la Economía, ya que su influencia ha traspasado los ámbitos estrictamente económicos llevando a la Economía más allá de las fronteras del especialista económico y está influyendo en la toma de decisiones en el sector sanitario.

Es importante destacar que, hoy en día, existe una Cátedra específica en esta área que, tiene como uno de sus objetivos, que la Economía de la Salud se conozca cada vez mejor por los profesionales sanitarios para ayudar en la toma de decisiones sanitarias.

Y también hay que resaltar que, en el sector sanitario, ha surgido un nuevo espacio en el desarrollo de la economía de la salud y es el llamado " Estado del Bienestar".

En este sentido y después de las dos guerras mundiales acontecidas durante el siglo XX, los gobiernos han asumido la necesidad de que todo ciudadano pueda acceder, en menor o mayor medida a la igualdad de condiciones en la sanidad.

Las consecuencias del progresivo envejecimiento de la población y de la constante introducción de nuevas tecnologías son razones suficientes, que explican, que el gasto sanitario sea la partida del gasto público que más haya crecido.

Hay que decir que, durante el siglo XX y, sobre todo, a partir de la década de los ochenta, las tasas de crecimiento del gasto sanitario se enfrentan a numerosos cambios políticos y sociales que suponen cuestionar el seguimiento, de este gasto específico, y también el cambio de la configuración de los mismos sistemas sanitarios.

Por todos estos motivos y circunstancias se ha llegado a la conclusión de hacer una profunda reflexión acerca de la correcta gestión de los recursos sanitarios y a la formación en esta materia de los profesionales sanitarios, en los que recae cierto grado de responsabilidad en la gestión del gasto.

DIVERSAS PERSPECTIVAS DEL TÉRMINO "ECONOMÍA DE LA SALUD"

En este apartado vamos a distinguir entre varios puntos de vista del concepto de "Economía de la salud".

1.- En primer lugar, podemos decir que, la definición administrativa, siempre ha considerado a la economía de la salud, como cualquier investigación que trate o interrelacione el dinero con la salud.

Por poner algunos ejemplos, existen dos revistas médicas muy prestigiosas en EEUU que relacionan la economía con la salud en sus títulos dando una primera visión de lo que los profesionales de la salud consideran que debe ser el campo de estudio de la economía de la salud.

"Medical Economics", es una revista de administración para los médicos que se compone de artículos acerca de los métodos y las finanzas del oficio de los médicos. En 1957, se publicaron los primeros artículos sobre el ingreso de los médicos, las horas de práctica, sus especialidades, la determinación de honorarios, los desarrollos

del seguro de salud voluntario y el costo de la práctica médica incluyendo los seguros por errores, los problemas de impuestos como la definición de los gastos y los problemas de planificación estatal.

Otra publicación pionera es "Public Health Economics", editada por el

Grupo de Economía de la salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, compendia artículos y temas nuevos.

En las primeras ediciones de esta revista, en 1944, se publicaron nuevos temas sobre los programas de salud del gobierno, las visiones de los profesionales sobre la organización y el financiamiento de los servicios, la educación médica, la organización y los servicios de hospitales, las necesidades y servicios de salud oral, los planes de seguro voluntario, y la educación de la salud pública.

En la introducción de la primera edición, el Dr. Sinai señaló: "C..) esta publicación es un tributo tangible para C..) contribuciones hacia el desarrollo de 'una combinación nueva y vital de las ciencias médicas y sociales. La combinación es la economía de la salud pública".

Por lo tanto, desde la perspectiva administrativa, queda claro que, la "economía de la salud" pertenece a las ciencias sociales, incluyendo a la administración pública, y, en forma restringida, para referirse a los métodos de negocios de organización y de pago.

2.- Desde el punto de vista de los economistas, éstos no se han pronunciado demasiado a lo largo de los años, sobre la organización del mercado de los servicios de salud o sobre las ganancias netas de la inversión en la salud de la gente.

Para este colectivo, el mercado médico posee una serie de características especiales que lo marcan como una excepción a las proposiciones económicas generales y que lo diferencian del mercado de la economía clásica:

- Primero, la búsqueda del beneficio no es una explicación adecuada de la actividad del "mercado" médico porque, desde un principio, la atención sanitaria en los hospitales, ha sido primordialmente pública o en su defecto, a través de instituciones sin ánimo de lucro por lo tanto, los médicos ido aceptando su papel social en la comunidad y han atendido a

los enfermos anticipando la salud por encima de todo y sin remuneración alguna por su tiempo y sus conocimientos (Hipócrates).

En términos económicos, esto supone una contradicción ya que la motivación de los profesionales de la salud, es una atención desde el punto de vista exclusivamente médico y no comulga con el negocio de la industria.

- Por otra parte, en la medicina, el precio no es el único mecanismo por el cual la demanda y la oferta de los servicios médicos y de salud alcanzan el equilibrio.

Algunas de las asociaciones médicas privadas, han provisto servicios necesarios para aquellos que no pueden pagar y las tarifas por los servicios han sido calculadas con base en burdas evaluaciones sobre la capacidad de pago.

Es evidente que, en economía, el sistema de precios es el instrumento para la asignación de bienes entre consumidores y sus demandas.

Hasta hace muy poco, el precio competitivo ha estado ausente del mercado médico. -

También, los servicios médicos son servicios personales; es decir, el dinero no puede ocultar la transacción. Para los economistas, el dinero, es la parte más importante de todas las transacciones de negocios, y éste, está bastante ausente del intercambio médico, entre quienes prestan los servicios y quienes los reciben.

- Por otra parte, los consumidores, en este caso, los pacientes, no escogen entre servicios de salud y otros bienes y servicios, sino que utilizan sus recursos para mantener y mejorar su salud.

Esta tabla de preferencias del consumidor sugiere que los patrones de consumo de las familias se distorsionan cuando son golpeadas por la enfermedad.

La compra de servicios de salud para la prevención de enfermedades contagiosas e infecciosas, como la viruela, la poliomielitis y la tos ferina, producen una utilidad, o un beneficio, para la comunidad como un todo, con lo cual, la compra de servicios por parte de un individuo para su propia cura beneficia a su prójimo.

Estos "beneficios extras al comprador" o "economías externas" en la prevención de la enfermedad, son ejemplos de que el precio del mercado subestima el beneficio marginal y total producido, con lo cual, los servicios preventivos de salud serían sub producidos, a menos que agencias administrativas, como gobiernos o asociaciones privadas sin ánimo de lucro, entren al mercado.

3.- Respecto al punto de vista de los recursos humanos, fue Malthus, quién en 1798, publicó "El ensayo sobre los principios de población" refiriéndose a una serie de postulados económicos que dieron una visión sobre la relación del hombre contra la naturaleza.

Entre los postulados que destacaba Malthus resalta el tratamiento que le da a la economía de la salud con " la ley de hierro de los salarios"

Posteriormente, en 1880, Alfred Marshall, escribió los "Principios de economía "un proyecto que representó la transición de la economía clásica a la moderna.

Este autor, entre sus muchas ideas dijo: "(...) los primeros economistas razonaron como si el carácter y la eficiencia del hombre pudiera ser considerada una cantidad

fija (...) (La Economía) está prestando cada año una mayor atención a la flexibilidad de la naturaleza humana y a la forma en la cual el carácter del hombre afecta y es afectado por los métodos prevalecientes de producción, la distribución y el consumo de la riqueza'.

Marshall, consideraba que además del propio crecimiento de la población había que cuidar también su salud y fortaleza. Con estas palabras suyas podemos resumir el esfuerzo y el empeño de sus pensamientos:

"Estamos próximos a considerar las condiciones de las cuales dependen la salud y la fortaleza física, mental y moral. Ellas son las bases de la eficiencia en la industria, de la cual depende la producción de riqueza material; recíprocamente, la mayor importancia de la riqueza material está en que, cuando es usada sabiamente produce un aumento de la salud y la fortaleza física, mental y moral de la raza humana".

DEBATE DE POSTURAS

Existen tres aspectos que necesitan un análisis:

1.- El primero es la del propio Marshall acerca de la presión de la población sobre los gastos y los recursos para áreas subdesarrolladas del mundo.

2.- El segundo se refiere al valor del capital del hombre. En este aspecto fueron Dublin y Lotka, dos demógrafos y estadísticos quienes contribuyeron al trabajo sobre la metodología de evaluación del capital representado por el hombre.

Ellos analizaron "el valor de capital del hombre como valor presente, descontado de los ingresos futuros del salario, reducido por los costos de nacimiento, educación y mantenimiento durante la vida laboral."

En su estudio recopilan las ideas de numerosos expertos sobre el tema como: Sir William Petty, Adam Smith, William Farr, Frederick Engel, Alfred Marshall, Irving Fisher, y otros.

3.- Y el tercero se refiere a la aplicación de la relación "costo beneficio" en los programas de salud.

Aquí aparece un importante estudio del siglo XVI (Jean Bodin), que, en 1775, indujo al ensayo de Richard Cantillon sobre "la naturaleza del comercio".

En 1835, Quetelet, un estadístico social publicó a su vez: "En sus primeros años, el hombre vive a expensas de la sociedad; él adquiere una deuda que debe pagar luego y, si muere antes de que lo pueda hacer, su vida ha sido una carga más que un beneficio para sus conciudadanos

(. ..)".

Los estudios económicos sobre costo-beneficio de los programas de salud han sido desarrollados principalmente por administradores de la salud y otros profesionales de la salud más que por economistas.

Otros autores como Hermann y M. Biggs mostraron el interés de los administradores de la salud en su eslogan acuñado hace más de tres décadas y media por el Departamento de Salud de New York: "La salud pública puede comprarse; con limitaciones naturales una comunidad puede determinar su propia tasa de mortalidad".

DEFINICIÓN DE ECONOMIA DE LA SALUD

La economía de la salud es un modo de investigación cuyo objeto de estudio es la óptima utilización de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud.

Su objetivo principal consiste en evaluar la eficiencia y la eficacia de la organización de los servicios de salud, así como de promover nuevas formas de mejorar esta organización.

Este campo incluye, la promoción de la salud, involucrando a todos los estatutos derivados de los servicios ofrecidos por los profesionales de la salud.

Su ámbito incluye a los alimentos necesarios, a la vivienda digna y a la vestimenta limpia por parte de las organizaciones, pero, aunque estos contribuyen de manera importante a la salud y el bienestar, deben ser excluidos del alcance de los estudios de economía de la salud.

Lo cierto es que, numerosos economistas del bienestar tomaron preferencias, expresadas en el mercado, como la guía para el uso óptimo de recursos cuyos principios se basan en:

- En primer lugar, el consumidor prefiere evitar la enfermedad y la compra de servicios de salud. Como se señaló anteriormente, hay "beneficios extras al comprador" medibles en la compra individual de servicios médicos. Otras personas en la comunidad se benefician de esta compra. Las compras por algunos consumidores, por ejemplo, de la vacuna de influenza durante la epidemia reciente previno la dispersión de la enfermedad".

Esto significa que: "El valor de los servicios médicos para cada consumidor no dependía de su consumo de estos servicios sino también de las decisiones de sus conciudadanos. Aquellos que no compraron la vacuna también se beneficiaron. Entonces, el valor social de los servicios médicos es mayor que el valor marginal privado. Las decisiones individuales de un

consumidor son entonces inadecuadas como una guía eficiente para la asignación óptima de recursos para propósitos de salud, puesto que a partir de ellas se presentaría una subvaloración de los servicios de salud, lo cual resulta en una subproducción de estos servicios."

-- En Segundo lugar, se encuentran las medidas de control de contaminación del aire y el agua, la fluorización del agua y el control del mosquito para controlar los servicios de salud que no se prestan para la fijación de precio en el mercado por cuanto las preferencias de la sociedad por ellos no pueden ser adecuadamente valoradas en el mercado.

Por otro lado, el sistema de precios para los servicios individuales no se aplica en todos los casos, por ejemplo en:

(a) los medicamentos necesarios no son excluidos de la atención cuando se enferman,

(b) la seguridad pública y la salud algunas veces requieren, de provisión directa de servicios de salud y la separación del individuo de la vida en comunidad.

También es cierto que, los servicios de hospitales públicos para ciertos enfermos como pacientes con tuberculosis o enfermos mentales, se encuentran fuera del sistema de precios de mercado.

- En tercer lugar, la asignación de recursos de salud se encuentra determinada por una combinación de decisiones privadas y decisiones administrativas.

Las "decisiones administrativas" son determinadas por el gobierno, por las agencias sin ánimo de lucro y por las organizaciones de profesionales.

Y, finalmente, las decisiones sobre las diferentes instalaciones para la atención de la salud, como la construcción y el tamaño de un hospital, son tomadas por agencias voluntarias.

Por otra parte, la Asociación de Enfermeras visitadoras o visitas a domicilio, determina la disponibilidad de la atención de enfermería a tiempo parcial en muchas comunidades.

En los medios rurales, el contenido y la calidad de los servicios de salud, se determinan, a través de organizaciones regionales asociadas con escuelas de medicina.

Los principios dependientes de estas decisiones administrativas y la forma en la que éstos influyen en la asignación de recursos de salud, necesitan renovarse y hacer nuevas exploraciones.

En cuanto a los economistas, éste colectivo ha dejado de lado las teorías del gasto público, posicionándose a favor de las teorías del análisis de la programación presupuestal del gobierno

Por ejemplo, en EEUU, en 1957 y a través de la Comisión Mixta de Economía del Congreso, para la política de gasto federal para el crecimiento económico y la estabilidad, estimuló el desarrollo de diferentes principios. para la determinación del presupuesto público.

Otro aspecto que influye en la economía de la salud, es el efecto de los programas de salud sobre los recursos de trabajo y la producción, es decir, las ganancias que se obtienen con el producto como consecuencia de los servicios de salud que pueden igualar o exceder los recursos usados en salud.

Esto significa que, la cantidad y la calidad de los nuevos recursos de mano de obra, deben ser comparados con la mano de obra empleada en la provisión de servicios de salud.

Por ejemplo, la cantidad de mano de obra que se utiliza en la provisión de servicios de salud en Estados Unidos habría que compararla con las ganancias por la participación de la fuerza de trabajo que resulta de tasas de mortalidad reducidas.

Aquí se ha demostrado que, en Estados Unidos, estas comparaciones, han resultado ser estar en un declive en cuanto a las separaciones de la fuerza de trabajo de todos los grupos de población hasta los 65 años.

Los problemas de medición de costo-beneficio

Dos autores, como son, Winslow y Myrdal. han propiciado un tremendo discurso acerca de los conceptos y los métodos de medición, requiriendo estudios más profundos.

Esto significa que los aumentos reales en la producción, y no en el potencial y bajo las mismas condiciones de empleo, deberían ser medidos contra el costo de los servicios de salud para determinar su relación con el óptimo económico.

Hablamos aquí, de un término llamado "El óptimo económico" que muestra la relación de la cantidad de recursos de salud requeridos para proveer atención para todas las enfermedades de la población.

Este óptimo económico, puede hallarse por debajo o por encima de la cantidad de servicios sugeridos por los " estándares profesionales".

Los estándares profesionales de requerimientos de recursos de salud son familiares para los médicos y se basan en la planificación profesional para los servicios de salud.

Los estándares profesionales de la educación profesional son: los requerimientos para ingresar a las profesiones de la salud, los estándares de hospitales, y en ocasiones los estándares de calidad.

En estos casos, son los gobiernos quienes, a través de medidas obligatorias, determinan los estándares de la salud pública.

La vacunación es un ejemplo de estos estándares ya que requiere una condición para la admisión a la escuela, y define estándares para la distribución de leche, la manipulación de alimentos y la oferta de agua.

La Comisión Nacional de Estados Unidos sobre Estadísticas de Vida y de Salud indicó que la información cuantitativa proveería bases para- evaluar instalaciones de salud, personal y programas al igual que determinar cómo los recursos disponibles deberían ser divididos entre programas.

En un estudio anterior, Lee y Jones relacionaron enfermedades de la población con el volumen necesario de servicios de salud y los requerimientos de mano de obra."

Este objeto incluye todos los factores que determinan las reglas de precios para los servicios de salud, así como las formas en los materiales, los bienes, el recurso humano y la infraestructura necesaria, en el momento y lugar correctos y en las proporciones apropiadas para proveer servicios de salud, y formar los diferentes bienes y servicios de salud.

Los mecanismos que regulan los bienes y servicios son "negociados" en el mercado, por las compras de los consumidores de bienes y servicios de la salud, por los códigos profesionales de desempeño y por las decisiones de planificación y presupuesto de agencias gubernamentales y voluntarias.

En su objeto de estudio, la economía de la salud, también contempla los efectos de los servicios de salud sobre el tamaño, el carácter y la eficiencia de la fuerza de trabajo y la población.

Esta economía, plenamente planificada, pretende ganar un acuerdo sobre la interacción entre niveles de vida, niveles de producción y bienestar físico y mental.

Dentro del interés de la economía de la salud se encuentran los factores de salud que ocasionan aspectos como:

- la ausencia laboral,
- el retiro del trabajo,
- la rotación laboral,
- la calidad
- el desempeño del trabajador
- y la satisfacción del trabajador

Por otra parte, los aspectos más importantes que necesitan ser considerados, actualmente, en un tratamiento comprehensivo de la economía de la salud son:

- la interacción de servicios de salud
- el producto nacional bruto,
- el crecimiento de la población,
- el desarrollo económico y
- la productividad de la fuerza de trabajo
- los problemas de salud asociados con el desarrollo industrial
- la oferta de servicios de salud;
- la utilización de servicios y la fijación de su precio;
- y la financiación de los programas de agencias públicas y sin ánimo de lucro.

Los estudios de Eli Ginzberg, Herbert Klarman y otros autores, así como el alcance de sus análisis, han aumentado la comprensión del concepto de la economía del sistema hospitalario y también han promovido las diferentes discusiones para llegar a acuerdos entre el sistema económico y el sistema sanitario.

Especialmente, el trabajo de Ginzberg ha provocado un examen de los problemas específicamente económicos de la salud del recurso humano y de los métodos empleados en su atención, así como, un número creciente de tesis doctorales en economía que se refieren a estos y otros problemas similares.

En definitiva y para terminar este apartado, podemos decir que la administración de la salud, ha equiparado, en general, la "economía de la salud" con "cuestiones de dinero en el campo de la salud".

Pero, por otro lado, no siempre es el dinero el problema central de la economía de la salud ya que ésta se interesa por el uso óptimo de recursos económicos escasos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud pública, teniendo en cuenta los usos alternativos de estos recursos.

Por otra parte, los principales problemas en economía de la salud son dos:

- 1.- la organización del mercado médico
- 2.- y el rendimiento neto de la inversión en la salud de las personas.

Hemos podido comprobar que, las preferencias del consumidor no son una guía adecuada para la asignación óptima de recursos para la salud, es evidente que existen razones para que esto sea así:

- En primer lugar, un consumidor siempre, prefiere evitar la enfermedad que requiere el uso de recursos en su atención.
- En segundo lugar, sus conciudadanos se benefician de los servicios médicos que él compra, por ejemplo "inyecciones contra la gripe" durante una epidemia reciente.
- Y en tercer lugar, las decisiones individuales subvaloran los servicios de salud y crean subproducción de estos servicios, a menos que se cuente con la acción de agencias privadas y gubernamentales.

CONCEPTO DE SALUD

Podemos empezar citando la definición del concepto de salud de la Organización

Mundial de la Salud (OMS) 1946, según esta, «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad».

En este sentido la OMS considera a la salud no sólo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social y esto resulta ser una definición muy progresista ya que reconoce y subraya que las intervenciones para la salud, incluyen las intervenciones sociales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc además de los servicios clínicos que se centran en lo somático y psicológico,

Por otra parte, se encuentra el concepto de Salud Pública, esta concepción es mucho más difícil de responder, pero en todo caso, se puede definir como, la actividad encaminada a mejorar la salud de la población.

Como siempre, en estos términos, existen algunas especificaciones que separan la «salud» y la «población».

En 1952, la OMS representó una expansión "salubrista" redactada por diversos especialistas en salud como los autores John Brotherton, y Karl Evang, que respondieron al gran optimismo generado tras la Segunda Guerra Mundial para crear un mundo mejor en contra de los ideales fascistas estableciendo el Estado del Bienestar como una mejora de la calidad de vida en las poblaciones occidentales.

Aunque esto pudiese parecer un adelanto, provocó seros problemas epistemológicos sobre términos clave de la definición de la salud pública, como «salud», «bienestar» y «población».

La OMS, se considera apolítica y a histórica, es decir, debería evitar conceptos políticos, conceptualizado científicamente, y aplicando a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud evita, el problema epistemológico del poder.

Por otra parte, debemos decir que, los conceptos de salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también son conceptos políticos.

La salud y la enfermedad son prácticas médicas reconocidas por las instituciones sanitarias que están, desgraciadamente, influidas por los contextos sociopolíticos y monetarios.

Particularmente en el caso de la homosexualidad, este concepto significaba una enfermedad hasta `principios de los años setenta. A través de este colectivo la economía de la salud, se lucró, en numerosas ocasiones de las condiciones sexuales de los pacientes, no como una condición humana sino como una elección sexual.

La Salud Pública

El concepto de "Salud Pública" se concibe como una actividad gubernamental y social de naturaleza multidisciplinaria e interdisciplinaria, que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad.

Según la OMS la Salud Pública es "la actividad encaminada a mejorar la salud de la población, ahora bien, para entender mejor esta definición tenemos que desglosar los términos utilizados en ella, a saber, «salud» y «población».

De nuevo y según la OMS , «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad».

Esta definición reconoce y subraya que las intervenciones salubres incluyen tanto a los servicios clínicos como a los psicológicos y también a las intervenciones sociales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.

El profesor, Milton Terris afirmaba que la salud pública :

«la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos

organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le

asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud» (Terris, 1964).

Según este concepto, la salud pública es una ciencia que abarca todas las ciencias y disciplinas que la integran.

Empieza por la identificación, pasando por el diagnóstico y la terapia de los enfermos hasta el diagnóstico epidemiológico y la terapéutica ambiental y social, abarca desde la curación clínica hasta el dictado de medidas que evita enfermedades y otros daños a la salud, es decir, incluye todas las acciones que se desarrollan sobre el individuo, la comunidad y la sociedad: promoción de la salud, prevención de enfermedades y daños, diagnóstico temprano, el tratamiento precoz para limitar las incapacidades, y rehabilitación, la cual tiene que ser tan integral como la propia salud pública, o sea, física, mental y social.

Otro médico reconocido, el Dr Rojas Ochoa, salubrista cubano, define la salud pública como "una ciencia (compleja y multifacética) que tenía tres fuentes esenciales, la epidemiología, ciencia nuclear o central y diagnóstica de la salud pública; la

bioestadística, encargada de la recolección, análisis e interpretación mediante métodos de investigación científica los eventos y hechos relevantes ocurridos, y la Medicina Social, ocupada del papel de los factores sociales en el origen de la salud-enfermedad, así como de la necesidad de acción gubernamental en las áreas de prevención de enfermedades y la atención médica".

Otros expertos determinan que "la salud pública" posee múltiples disciplinas y cada una de ellas contribuye a lograr su objetivo final, es decir, la protección de la salud. Entre estas disciplinas se encuentran la Economía de la Salud, la Sociología, las Ciencias Políticas y

otras ciencias sociales como las ciencias biológicas y físicas, la propia Medicina, la Higiene, la Biología, la Botánica y muchas otras.

También se reconocen ciencias como la Ingeniería en Salud Pública, la Hidrología, la Climatología, la Enfermería, la Estomatología y la Nutrición y disciplinas como Medicina Comunitaria-Social-Preventiva, la Educación para la Salud, la Administración de Salud, la Salud Pública Veterinaria y el Trabajo Social de Salud Pública.

La importancia de las administraciones públicas en España, en cuanto a la financiación de la sanidad es enorme: el 75% del total está financiado por las administraciones, partida distribuida por el sector público entre las regiones basándose en los criterios de: renta per cápita, necesidad, poder de presión, históricos, gastos, y productividad:

Criterios	Concepto	Inconvenientes
Per capita	Misma cantidad de dinero por habitante	Equidad puede no ser buen medidor
Necesidad	A mayor necesidad mayor nivel de recursos	¿Cómo medir la necesidad?
Gasto histórico	Recibir lo mismo que antes del proceso descentralizador	Conserva la situación preexistente
Gasto efectivo	Reembolso al final de los gastos realizados	Prima la ineficiencia
Eficiencia productiva	Más a quien mejor lo hace.	Cómo medir eficiencia

Una serie de transformaciones en las sociedades del mundo desarrollado occidental que de nuevo tienen una gran influencia en la redefinición del sujeto de intervención de los sistemas sanitarios.

En la famosa década de los sesenta, muy conflictiva, surgen grandes movimientos sociales que cuestionan las relaciones de poder dominante en aquellas sociedades. En Francia, por ejemplo, el Mayo francés paraliza la sociedad. En Italia se da el otoño caliente; en Estados Unidos surgen los movimientos antiVietnam y el movimiento de derechos civiles, así como las huelgas generales de los obreros mineros; en Suecia se organiza una huelga general, etc. No existe ningún país desarrollado que no se encuentre afectado por estos movimientos sociales. En España se dan los grandes movimientos sociales, en los que juega un gran protagonismo el movimiento obrero, que comienza a debilitar y resquebrajar el sistema franquista.

En estos, movimientos sociales se cuestionan las relaciones de poder, que afectan también al sector sanitario. Un rasgo común de todas las movilizaciones y huelgas obreras es el tipo de demandas, que trascienden las clásicas exigencias sindicales de aumento de sueldo y piden un cambio en las condiciones de trabajo y una mejora de su calidad. Los mineros de Estados Unidos, por ejemplo, piden no sólo una mayor seguridad en el trabajo sino también un cambio en el ritmo y condiciones del mismo. Los trabajadores del automóvil de Detroit exhiben carteles mostrando el daño que causa a la salud cada etapa del proceso de producción. En Suecia, los mineros protestan por las condiciones de trabajo, exigen cambios en el ambiente laboral y promueven una huelga general. En Francia y, en Italia los trabajadores y empleados toman las fábricas y exigen, entre otras cosas, que en el trabajo se pueda cantar y escuchar su canto. «Voliamo cantari mentre laboramo» es el eslogan que aparece en la puerta de la FIAT, ocupada por sus trabajadores.

En todos estos movimientos obreros hay elementos comunes, es decir, protestas en contra de las condiciones de trabajo y del sistema de recompensa al daño sufrido. En su lugar, se exigen mejoras en las condiciones y calidad del trabajo.

En respuesta a estas presiones, el sujeto de intervención se redefine y analiza no sólo el daño «accidente laboral» y la exposición a riesgos laborales (tóxicos, físicos y psicológicos), sino también el daño creado por las relaciones de poder dentro del trabajo y sus indicadores, tales como falta de autonomía y responsabilidad del trabajador, así como falta

de infraestructura social de apoyo y sus consecuencias en la salud de la población empleada.

Así aparecen los estudios de Karasek, Johnson, Hall y otros, que muestran una relación clara y directa entre la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y la ausencia de control por parte del trabajador sobre sus condiciones de trabajo, la inercia y monotonía en el mismo y la ausencia de redes de apoyo (Johnson y Joamseen, 1989). Estos estudios contribuyen a redefinir la salud laboral, pues no sólo incluyen la seguridad en el trabajo (exposición a riesgos), sino también valoran el trabajo y su calidad como factor saludable o nocivo. Es en esta época cuando el National Institute of Health de Estados Unidos muestra que la variable más importante para explicar la longevidad es la satisfacción en el trabajo.

Junto a esta relación trabajo-salud surge una creciente concienciación por la relación entre otras dimensiones ambientales y la salud. Se toma conciencia de que el cáncer ha ido aumentando a partir de los años cincuenta, paralelamente al crecimiento de la producción petroquímica. Esta concienciación promueve intervenciones estatales que regulan, controlan e incluso eliminan sustancias tóxicas en el ambiente. Uno de los casos más críticos ha sido la eliminación del plomo en la gasolina y su disminución en el nivel atmosférico.

En ocasiones estas regulaciones han desplazado el flujo de producción de estas sustancias desde países más estrictos a países, como España, donde tal regulación ha sido históricamente más débil. Un ejemplo, entre otros, es la prohibición de la extracción y elaboración de asbestos en Estados Unidos y Alemania en los años sesenta, que determinó el desplazamiento de estos procesos a África del Sur y España, ya en los setenta.

Otro elemento de concienciación, capítulo muy importante de intervenciones, ha sido la relación entre salud y consumo. En los años ochenta y noventa existe un mayor interés por la protección al consumidor, a través de las campañas de higiene del alimento y de otros productos del consumo.

Más recientemente, se observa la preocupación social por el consumo de tipo intelectual, como la violencia en los medios de información y difusión —prensa y cine— que ha generado demandas de intervención para mejorar la salud mental de la población

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA

Hemos visto a lo largo de las páginas anteriores cómo el concepto de salud pública ha ido evolucionando y ampliándose, al ir redefiniéndose la salud y el sujeto de intervención.

Veamos ahora cuáles son las funciones de los servicios de salud.

Podemos observar que lo que hacemos o debiéramos hacer en los servicios de salud es incidir para que la línea B (enfermedad) esté lo más cercana posible a la línea A (salud). Dependiendo del momento de la intervención, hablamos de una intervención preventiva primaria, secundaria o terciaria. (Gráfico 3.2).

Intervención Preventiva Primaria (IPP) es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad. Caso bien conocido de este tipo de intervención es el destinado a inmunizar a la población en contra de ciertas enfermedades contagiosas. La IPP más importante es la consagrada a mejorar las condiciones económicas y sociales de la población y a ofrecerle los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses, así como desarrollar su potencial político.

La Intervención Preventiva Secundaria (IPS) está encaminada a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales.

Las campañas de detección son los ejemplos más característicos de esta intervención.

Intervención Preventiva Terciaria (IPT) es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus

necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Ésta incluye la medicina curativa, la atención de crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente.

Aquí hay que hacer hincapié en que la mayor parte de los recursos se invierten y consumen en la medicina clínica que, como se puede ver en el gráfico 3.2, representa una parte de la IPT, y tiene como objetivo mejorar las condiciones biológicas, somáticas y psicológicas del enfermo. Esta medicina curativa consume del 90 al 95 % del total del gasto médico de la mayoría de los países occidentales. En cambio, las intervenciones de mayor eficacia para la mejora de la salud de la población han sido las de prevención primaria (IPP). En realidad, los mayores cambios en cuanto a mortalidad que han ocurrido en los siglos XIX y XX se han debido a transferencias ajenas a la medicina clínica. En el siglo XIX, la reducción de la mortalidad se produjo gracias al aumento de la producción agrícola y las mejoras en la nutrición.

Podemos ver cómo en Inglaterra, por ejemplo, la gran reducción de mortalidad por tuberculosis fue anterior.

3.2. ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION Y EL DESARROLLO ECONÓMICO.

La OCDE es la sucesora de la OECE (Organización Europea para la Cooperación Económica), resultado del Plan Marshall y de la Conferencia de los Dieciséis (Conferencia de Cooperación Económica Europea), que existió entre 1948 y 1960 y que fue liderada por el francés Robert Marjolin. Su objetivo era el establecimiento de una organización permanente encargada, en primer lugar, de garantizar la puesta en marcha de un programa de recuperación conjunta (el Plan Marshall) y, en particular, de supervisar la distribución de la ayuda.

La organización nació cuando veinte países, tanto de América del Norte como de Europa, se adhirieron a la «Convención de la OCDE» llevada a cabo en París el 14 de diciembre de 1960.

Los países miembros se comprometen a aplicar los principios de liberalización, no discriminación, trato nacional y trato equivalente.

El principal requisito para ser país miembro de la OCDE es liberalizar progresivamente los movimientos de capitales y de servicios.

3.3. INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LA SALUD.

DETERMINANTES DE LA SALUD

En la actualidad, los dos principales determinantes de la salud son los avances tecnológicos sanitarios y el precio de los fármacos o la industria farmacológica.

Por tecnología sanitaria se entiende "cualquier método utilizado para promocionar la salud, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades y mejorar la rehabilitación o los cuidados sanitarios a largo plazo."

El término "tecnología" en este contexto no se refiere únicamente a nuevos medicamentos o a dispositivos sanitarios sofisticados, sino que incluye además intervenciones de Salud Pública, organización de la atención sanitaria, programas de cribado y servicios sanitarios o medidas que tengan un impacto potencial sobre la salud de las poblaciones o de grupos concretos de personas."

En España, las decisiones económicas referidas a la salud, se toman dependiendo de la estrategia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (EETS), que depende del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, éste es un instrumento de referencia para todos aquellos agentes implicados en los procesos de realización, interpretación, evaluación de la calidad y utilización de evaluaciones.

El objetivo de este grupo de profesionales expertos es identificar, seleccionar y ordenar, un conjunto de recomendaciones para guiar las evaluaciones económicas de cualquier tipo de tecnología sanitaria, incluyendo fármacos, equipamiento sanitario, técnicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, programas de salud pública, desarrollo de nuevos modelos de servicios sanitarios basados en telemedicina, etc.

La EETS es un instrumento utilizado, en la actualidad, por la Unión Europea para la toma de decisiones sanitarias de nuevas tecnologías con el objetivo de usar elementos como la justicia, la equidad, el acceso o la libertad de elección.

A principios de los años 90 países como Canadá y Australia dieron algunas pautas que condicionaron la financiación pública de los medicamentos y ligaron la negociación de los precios de los mismos a la relación incremental entre su coste y efectividad.

Igualmente, fue a comienzos de los 90 cuando Europa, aportó la experiencia del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) que supuso un antes y un después en el papel y la influencia de este tipo de agencias en el proceso de toma de decisiones.

Con esta aportación quedó instaurado el principio de que los responsables sanitarios europeos tienen el deber de poner a disposición de sus ciudadanos aquellos avances tecnológicos que ayuden a mejorar su esperanza y calidad de vida e invertir recursos en prevenir problemas de salud.

Por otra parte, con este tipo de medidas, también se tiene en cuenta que, estas mejoras conllevan un mayor gasto sanitario y que su adopción indiscriminada implica un serio riesgo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos.

Como consecuencia, podemos añadir que, queda establecido un gran debate en torno al cambio cultural que ha supuesto la existencia y el trabajo desempeñado por el NICE en estos años sin duda han contribuido a modificar la visión sobre las responsabilidades de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y a subrayar las potenciales ventajas de contar con sus recomendaciones.

En este sentido, España fue uno de los primeros países en proponer la estandarización metodológica aplicable a estudios de EE. Fue la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, entre los años 1993 y 1998 quien se encargó de crear un equipo de trabajo coordinado por el DR Joan Rovira (Universidad de Barcelona) y el DR Fernando Antoñanzas (Universidad de la Rioja), para la elaboración de informes para el establecimiento de una metodología estándar para la EE de tecnologías y programas sanitarios, incluyendo medicamentos.

Evidentemente, uno de los factores determinantes que disparan el gasto sanitario es la difusión de tecnología de alto coste, que, aunque, lógicamente, favorece los procesos diagnósticos y terapéuticos, su utilización es objeto de discusión y no se presenta siempre como claramente justificada.

Por lo tanto, la innovación tecnológica es uno de los aspectos más controvertidos y complejos de la asistencia sanitaria, especialmente la hospitalaria, porque:

- 1.- Actualmente, en muchas ocasiones, la tecnología médica es ineficaz e insuficiente.
- 2.- Aunque sea muy costosa, su coste no es el verdadero problema (no supera el 0,5% de total de costes de salud). El problema es la general expansión de este servicio y los sutiles efectos que puede tener en los médicos y en el público.

- 3.- La forma en que dicha tecnología se incorpora al sistema asistencial es inadecuada. En los profesionales sanitarios y en los usuarios se despiertan expectativas suscitadas por la novedad y, rara vez, la nueva tecnología es seriamente evaluada antes de su introducción.
- 4.- El ritmo de cambio de esta tecnología es muy vivo.
- 5.- Existen enormes variaciones en el uso de procedimientos técnicos, incluso entre regiones de un mismo país.

En este aspecto y según la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (julio, 1991), en su recomendación número 47, "debería establecerse un mecanismo estable para evaluar cualquier nueva tecnología sanitaria, con carácter previo a su difusión, de modo que su eficacia técnica y su eficiencia económica queden suficientemente garantizadas".

LA MEDICIÓN DE LA SALUD

Existe un término que se llama "indicador de salud " que se refiere a la característica relacionada con la salud de un individuo o de una población.

En salud pública, los indicadores de salud de la población se usan para identificar la magnitud de un problema determinado de salud, también se utilizan para reflejar el cambio en el nivel de salud de una población a lo largo del tiempo y para mostrar diferencias entre diferentes poblaciones así como para evaluar hasta qué punto los objetivos de determinados programas han sido alcanzados.

El objetivo principal de los indicadores de salud es proporcionar la información que permita evaluar la magnitud y la tendencia de diversos fenómenos de salud en España y en sus comunidades autónomas.

Otro objetivo es comparar la situación de salud en España otros países de la Unión Europea.

Las características generales de estos indicadores se pueden definir en cuatro formatos que serían :

- 1) La variedad en los fenómenos que reflejan la situación de salud
- 2) La tendencia y distribución geográfica
- 3) La homogeneidad de las estimaciones
- 4) y el acceso rápido a gran cantidad de datos sanitarios.

Por otra parte existe una enorme variedad de fenómenos que reflejan la situación de la salud.

Entre ellos están multitud de informes y publicaciones sobre la situación de la salud pública que , entre otras cosas, se limitan a difundir un número reducido de indicadores de salud generales.

Estos informes pretenden hacer pública una idea global de la situación actual del sistema sanitario en un ámbito geográfico concreto o en una población determinada, pero , sin embargo, no dan acceso a una aproximación detallada, porque no contienen indicadores específicos, ni ofrecen ninguna información desagregada por una serie de características relevantes.

La situación actual de la salud en España se resume de la siguiente manera: a través de la esperanza de vida e indicadores afines, de la mortalidad por las principales causas de muerte, de la morbilidad causada por diferentes enfermedades y accidentes, de la

incapacidad y salud percibida, de la salud materno-infantil y finalmente, de los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud.

Para demostrar estos datos , incluimos diversos indicadores específicos por diversos problemas de salud y en la mayoría de los casos, se presenta la información desagregada por género, edad y comunidad autónoma.

Diferentes indicadores de la salud

La Esperanza de vida

Uno de los indicadores de salud es la esperanza de vida, a partir de ahora (EV), es la definición clásica de llamar al estado de salud de la población.

La EV supone un indicador que refleja no sólo el nivel de salud, sino el nivel social, económico y sanitario de un lugar concreto.

Por otra parte ,la esperanza de vida a una edad determinada, es el promedio del número de años que se espera que viva un individuo de esa edad , y manteniendo las tendencias actuales en las tasas específicas de mortalidad por edad.

Este promedio se refiere al conjunto de los individuos de la población y no sólo a uno en particular, que podrá vivir más de lo indicado por la esperanza de vida o, por el contrario, fallecer antes de la expectativa correspondiente.

Por tanto, nos referimos a una medida hipotética, porque se no miden las probabilidades reales de supervivencia.

El cálculo se basa en las tasas actuales de mortalidad que, están sujetas a cambios en el tiempo, la ventaja fundamental radica en que puede utilizarse para comparar diferentes regiones o países y para observar su evolución en el tiempo, ya que no está influida por las diferencias en la estructura de edad de las diferentes comunidades objeto de comparación.

La EV comenzó a medirse en España en 2011 y era de unos 82,3 años aproximadamente.

Lógicamente, la esperanza de vida disminuye con el paso del tiempo y por ejemplo, en el año siguiente, 2012, la esperanza de vida al año de edad, a los 15 años, a los 45 años y a los 65 años fue 81,6, 67,7, 38,5 y 20,9 años, respectivamente.

Como en la mayoría de los países desarrollados, en España se ha observado una evolución ascendente de este indicador a diferentes edades a lo largo del siglo pasado.

El incremento en la esperanza de vida al nacer en la última década –entre 2000 y 2011– fue de 2,9 años. Desde principios del siglo XX la esperanza de vida ha sido superior en las mujeres que en hombres, con un incremento paulatino de la diferencia a favor de las mujeres. En España, la esperanza de vida al nacer en 2011 era 79,3 años en hombres y 85,3 años en mujeres. Esta diferencia a favor de las mujeres se mantiene a cualquier edad. A los 65 años, la esperanza de vida en 2011 era 18,7 años en hombres y 22,8 años en mujeres. No obstante, el aumento de la esperanza de vida en los últimos años ha sido mayor en hombres que en mujeres. La esperanza de vida al nacer aumentó entre 2000 y 2011 3,2 años en hombres y 2,5 años en mujeres.

Como se ha señalado, la EV presenta en la mayoría de los países desarrollados una evolución temporal ascendente; sin embargo, ello no implica necesariamente que todos los años de vida en los que se incrementa este indicador sean años en buen estado de salud,

ya que los individuos pueden sufrir enfermedades y problemas de salud que les ocasionen una pérdida de calidad de vida aunque no produzcan la muerte de manera inmediata.

En general, esto ocurre con las enfermedades denominadas crónicas, cuya presencia contribuye a que la tasa de mortalidad pierda progresivamente valor como indicador de la situación de salud de las poblaciones. Se especula sobre si, en el futuro, el aumento de la EV se acompañará de un incremento de la morbilidad, con un auge progresivo de enfermedades crónicas y trastornos mentales, o si la mayor duración de la vida transcurrirá en buena salud, gracias a los progresos médicos y a la prevención de las enfermedades. Por ese motivo, las medidas tradicionales de mortalidad son actualmente insuficientes para evaluar el estado de salud, caracterizado por enfermedades y problemas de salud de carácter crónico que no se traducen en mortalidad de forma inmediata.

Se hace necesario, por tanto, medir la enfermedad a través de sus consecuencias, como la limitación de actividad o la incapacidad. En este sentido, la elaboración de índices del estado de salud de la población, como los años de vida saludable (AVS) –basada en la mortalidad y la limitación de actividad–, permite sintetizar en una sola medida no sólo la duración sino también la calidad de la vida. La medida de la limitación de actividad utilizada para el cálculo de los AVS proviene del indicador global de actividad (de siglas en inglés GALI), que se ha venido incorporando a los cuestionarios de buena parte de las encuestas de salud de los países europeos. GALI es un índice simple de incapacidad subjetiva que trata de capturar, en una única pregunta, cuatro dimensiones: la presencia de limitación de actividad, si se trata de una limitación para las actividades que la gente normalmente realiza, si esa limitación, en el caso de que exista, se debe a un problema de salud y si su duración es de al menos 6 meses.

La pregunta para la medición del GALI en la población adulta utilizada en la encuesta española de salud de 2011 fue la siguiente: «Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?: Gravemente limitado/a; Limitado/a pero no gravemente; Nada limitado/a». En función de esa información se construyen dos indicadores relativos a cualquier nivel de limitación y a la limitación grave. En España, esta

pregunta se incorporó al cuestionario en la encuesta nacional de salud en el año 2007, y se incluyó de nuevo en 2011. Esos dos años son precisamente los que se presentan en las tablas y figuras adjuntas.

Los AVS a una edad indican el promedio del número de años sin limitación de actividad que aún restan por vivir a una persona de esa edad x hasta su fallecimiento. El concepto es similar al de la EV. Posee, igualmente, la ventaja de no estar influida por la estructura de edad de las comunidades objeto de comparación y el inconveniente de no utilizar probabilidades reales de supervivencia sin limitación, al estar basada en las tasas específicas por edad de mortalidad y de limitación de actividad del momento actual, las cuales están sujetas a cambios en el tiempo. Para su cálculo se precisa, además de datos de mortalidad, información sobre limitación de actividad, y se utiliza la metodología descrita por Sullivan en 1971 para la tabla de vida, que se basa en aplicar a los años vividos en cada intervalo de edad el complementario de la prevalencia de limitación de actividad.

La Esperanza de vida en buena salud

Otro índice del estado de salud de la población, como los AVS, es la esperanza de vida en buena salud (EVBS), cuyo interés principal se centra también en la evaluación, en años, del impacto que, sobre la calidad de vida, ejerce la presencia de enfermedades. La diferencia con los AVS es que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva que los individuos tienen de su propio estado de salud, en lugar de ponderarlos por la limitación de actividad.

La EVBS a una determinada edad x representa el número medio de años que, en buena salud, restan por vivir a una persona de esa edad hasta su fallecimiento. Posee, asimismo, la ventaja de la EV de no estar influida por la estructura de edad de las zonas geográficas objeto de comparación y el inconveniente de no utilizar probabilidades reales de supervivencia en buena salud, al obtenerse a partir de las tasas específicas por edad de mortalidad y de valoración de la salud actuales.

Para su cálculo se ha empleado igualmente el método propuesto por Sullivan en 1971, basado en las tablas de vida. Los datos sobre mortalidad proceden del Movimiento Natural de la Población Española, publicado por el INE, y los de autovaloración del estado de salud, de las Encuestas Nacionales de Salud, realizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad– y, desde el año 2003, en colaboración con el INE

La diferencia entre las comunidades autónomas con mayor y menor EVBS fue de alrededor de 12 años. Madrid y Navarra, con 65,2 años y La Rioja (64,2 años) fueron las comunidades con mayor EVBS, y Canarias (53,2), Murcia (55,5) y Galicia (57,8) las comunidades con menor EVBS. En cuanto a la tendencia del indicador entre 2006 y 2011, hubo grandes variaciones según comunidad autónoma: mientras que en Canarias la EVBS descendió algo más de 1 año, en Galicia creció 10 años en el periodo considerado.

Tabla 1.1.1. Esperanza de vida al nacer y a 1, 15, 45 y 65 años, según sexo. España, 2000-2011

	2000	2007	2009	2011
AMBOS SEXOS				
Al nacer	79,4	81,1	81,8	82,3
1 año	78,8	80,4	81,1	81,6
15 años	65,0	66,5	67,2	67,7
45 años	36,2	37,5	38,1	38,5
65 años	18,8	20,0	20,5	20,9
HOMBRES				
Al nacer	76,1	77,8	78,7	79,3
1 año	75,4	77,1	77,9	78,5
15 años	61,6	63,3	64,1	64,7
45 años	33,3	34,6	35,2	35,6
65 años	16,7	17,8	18,3	18,7
Al nacer	82,8	84,3	84,9	85,3
1 año	82,1	83,6	84,1	84,6
15 años	68,3	69,8	70,2	70,7
45 años	39,0	40,4	40,8	41,2
65 años	20,6	21,9	22,4	22,8

La Mortalidad

En la actualidad los datos de mortalidad continúan siendo de gran utilidad para evaluar el estado de salud de la población, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias, dadas las limitaciones que presentan otro tipo de indicadores sanitarios para la realización de comparaciones geográficas y temporales.

En España, los datos sobre las defunciones están incluidos dentro de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población, producidas por el Instituto Nacional de Estadística (INE). El proceso establecido para recoger los datos que se incluirán en el registro de mortalidad se inicia cuando el INE envía a todas las oficinas del Registro Civil los Boletines Estadísticos de Defunción (BED) y los Boletines Estadísticos de Parto (BEP).

El BED debe cumplimentarse siempre que el fallecimiento ocurra después de las 24 horas de vida. Por su parte, El BEP contiene un apartado donde se recoge la información correspondiente a toda muerte fetal tardía y a todo nacido vivo y fallecido antes de las 24 horas de vida.

El apartado de los boletines estadísticos referido a las causas de muerte debe ser rellenado y firmado por el mismo médico que certifica la defunción o que asiste al parto; el resto de los datos son consignados por los familiares u otras personas obligadas por la Ley a realizar la declaración. Los Registros Civiles remiten los datos de las características incluidas en esos boletines para su incorporación al registro de mortalidad. La causa de muerte se codifica con arreglo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Entre 1980 y

1998 estuvo en vigor la 9ª revisión de la CIE, con 17 grandes grupos y 1178 categorías de causas de muerte y, a partir de 1999, entró en vigor la 10ª revisión de la CIE, con 21 grandes grupos y 2036 categorías de causas de muerte.

Tradicionalmente, el INE codificaba primero las variables demográficas y, posteriormente, se codificaba la causa de la defunción. Sin embargo, desde 1983, el INE ha establecido convenios de colaboración con las comunidades autónomas, de forma que los departamentos de estadística de las comunidades son las que realizan las labores de codificación de la causa de defunción de los citados boletines de aquellas defunciones ocurridas en su ámbito territorial. Posteriormente, las comunidades autónomas devuelven al INE los boletines debidamente codificados, si bien antes han incorporado la información que contienen sobre cada fallecido a sus respectivos registros de mortalidad.

Por lo que se refiere a la tendencia experimentada en las últimas dos décadas, hombres y mujeres experimentaron una tendencia similar: entre 1991 y 2011, la tasa ajustada de mortalidad por edad descendió alrededor de un 33 % en hombres y en mujeres. El descenso porcentual en la tasa ajustada de mortalidad entre 2001 y 2011 fue 20,5% en hombres y 17,8% en mujeres.

Navarra y Madrid fueron las comunidades autónomas con una menor mortalidad general en 2011: su tasa de mortalidad ajustada por edad fue alrededor de un 12-14%% inferior a la tasa de mortalidad del conjunto del Estado. La mortalidad general más alta se observó en Ceuta y Melilla, cuya tasa de mortalidad ajustada por edad fue un 20% superior a la media estatal, y en Andalucía, con una tasa un 12% superior a la del conjunto del Estado.

Mortalidad por enfermedades no transmisibles.

La mayor parte de las defunciones en España, al igual que en los países de su entorno socioeconómico, se producen como consecuencia de enfermedades no transmisibles. Sólo las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son responsables de las tres quintas partes de todas las defunciones.

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares

En el conjunto de la población las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte. En 2011, el 31% de los fallecimientos se produjeron por esa causa de muerte. No obstante, mientras que en las mujeres suponen la primera causa de muerte con el 34% de las defunciones, en los hombres suponen la segunda causa de muerte, después del cáncer, con el 27% de las defunciones. En 2011 murieron en España por enfermedades cardiovasculares 257 personas por cada 100.000 habitantes. En hombres la tasa fue de 237 por 100.000, mientras que en mujeres la tasa fue de 275 por 100.000. El descenso del riesgo de mortalidad entre 1991 y 2011, evaluado a través de la tasa de mortalidad ajustada por edad, fue del 51% en hombres y del 55% en mujeres. Algo más de la mitad de ese descenso se ha producido en los años transcurridos en la presente década.

El 54% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares son debidas a la enfermedad isquémica del corazón y a la enfermedad cerebro vascular.

En efecto, la enfermedad isquémica del corazón constituye una parte importante de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. En 2011, el 29% de dichas muertes fueron debidas a enfermedad isquémica del corazón, lo que supuso una tasa de mortalidad de 75 por 100.000 habitantes. En hombres, las defunciones por enfermedad isquémica del corazón ese año representaron el 37% de las defunciones por enfermedades

cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 88 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 23% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 63 por 100.000.

No obstante, la mayor parte de ese descenso se ha observado en la presente década, ya que entre el año 2001 y el año 2011 el descenso en la tasa de mortalidad ajustada por edad fue alrededor del 35% en ambos sexos. En este descenso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, observado igualmente en otros países desarrollados desde el inicio del último tercio de siglo XX, probablemente haya influido una menor incidencia de la enfermedad, como consecuencia de una menor exposición de la población a los factores de riesgo, junto a una mayor supervivencia de los enfermos, como consecuencia de una mejora en los tratamientos.

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón presenta un patrón geográfico característico, observándose una mortalidad más alta en el sureste y una mortalidad más baja en el norte (figura 2.2). La única excepción es Asturias, que presenta una mortalidad relativamente elevada y Madrid que presenta una mortalidad relativamente baja. Ceuta mostró la mayor mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en 2011 con una tasa un 50% superior a la de España. También se observó una tasa de mortalidad alta por esta enfermedad en Asturias, como se ha comentado, y en la Comunidad Valenciana, cuya magnitud fue un 28% superior a la de España. Por su parte, Navarra, Madrid, Cataluña y el País Vasco fueron las comunidades autónomas con menor mortalidad por esta enfermedad: la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón en estas comunidades fue alrededor de un 23% inferior a la mortalidad del conjunto del Estado. La otra enfermedad que contribuye al elevado número de defunciones por enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados es la enfermedad cerebro vascular.

En 2011, la enfermedad cerebro vascular, con una tasa de mortalidad de 63 por 100.000 habitantes, y un 24% de toda la mortalidad cardiovascular, constituyó la segunda causa más frecuente de muerte por enfermedades cardiovasculares, después de la enfermedad isquémica del corazón. Tradicionalmente en España, como en otros países mediterráneos, la enfermedad cerebro vascular constituía la primera causa de muerte cardiovascular. No obstante, desde la segunda mitad de los años noventa de la pasada centuria, España y los países mediterráneos se parecen más a países del centro y norte de Europa en cuanto a la proporción que representan las defunciones por ambas causas de muerte, ya que la enfermedad isquémica del corazón constituye en la actualidad la causa más frecuente de mortalidad cardiovascular.

En hombres, las defunciones por enfermedad cerebro vascular en 2011 representaron el 23% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 53 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 26% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 71 por 100.000. Al igual que en otros países de su entorno, la mortalidad por enfermedad cerebro vascular ha presentado una tendencia descendente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Así, por ejemplo, desde el año 1991 hasta 2011, el riesgo de mortalidad por enfermedad cerebro vascular ha descendido en España un 63% en hombres y un 65% en mujeres (figura 2.3). Y dos terceras partes de ese descenso se ha producido desde el año 2001. Como en el caso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, la mortalidad por enfermedad cerebro vascular es más alta en la zona sureste (figura 2.4).

La mayor tasa de mortalidad en 2011 se observó en Ceuta y Andalucía, cuya magnitud fue un 38% superior a la de España. Madrid y Canarias fueron las comunidades autónomas con una mortalidad más baja, siendo un 36%, y un 29% inferior a la media del conjunto del Estado.

Mortalidad por cáncer

El cáncer hace referencia a un conjunto de enfermedades diversas en las que una o más células del organismo se alteran de tal modo que proliferan de manera incontrolada dando lugar a millones de células con la misma alteración, algunas de las cuales pueden extenderse a otras partes del organismo e, incluso, invadirlas.

En España, como en el resto de los países de su entorno socioeconómico, los tumores malignos representan la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. En 2011, la tasa de mortalidad por tumores malignos fue de 229 por 100.000 habitantes, lo que supuso el 27% de todas las defunciones ocurridas en ese año. En hombres, la tasa de tumores malignos fue de 286 por 100.000 habitantes, lo que supuso el 32% de todas las defunciones, mientras que en mujeres la tasa de mortalidad fue de 173 por 100.000 habitantes y un 22% de las defunciones. Aunque la importancia relativa de la mortalidad por cáncer se ha incrementado en los países desarrollados, esto no se debe a un aumento de su tasa de mortalidad, ya que ésta se encuentra en ligero descenso. Por ejemplo, en España, desde mediados de los años noventa, la tasa de mortalidad ajustada por edad descendió alrededor del 15%, tanto en hombres como en mujeres.

El tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón es la neoplasia maligna que más muertes produce en los varones: alrededor del 27% de las muertes por cáncer en el sexo masculino en España fueron causadas por este tumor en 2011, con una tasa de mortalidad de 77 por 100.000 habitantes. En mujeres la mortalidad por este tumor maligno representó el 9% de todas las muertes por cáncer y una tasa de mortalidad de 15 por 100.000 habitantes. El riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón ha presentado un continuo incremento en los varones a lo largo de la segunda mitad del siglo XX hasta el año 1995, en el que se invierte la tendencia y comienza a descender (figura 2.5).

Concretamente, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en varones descendió en España un 15% entre 1995 y 2011.

En las mujeres, por el contrario, la tasa de mortalidad apenas experimentó variaciones hasta el inicio de los años noventa y, además, su magnitud era extraordinariamente baja si se compara con los países del entorno socioeconómico. Sin embargo, a partir de esa fecha, se invirtió la tendencia en el riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres, de tal forma que entre 1991 y 2011 la tasa ajustada de mortalidad prácticamente se multiplicó por dos ya que se incrementó en un 97% (figura 2.5). Al hábito tabáquico se le considera el principal factor de riesgo del cáncer de pulmón: entre el 80 y 90% de las muertes por esta causa en los países desarrollados ha sido atribuido al tabaco. La diferente tendencia observada en hombres y en mujeres refleja probablemente el paulatino abandono de este hábito en los hombres y la incorporación de este hábito por las mujeres.

Las comunidades autónomas con mortalidad por tumor maligno de pulmón más alta en 2011 fueron Asturias y Extremadura, cuya tasa de mortalidad ajustada por edad fue un 27% y un 19% superior a la media del conjunto del Estado. Por su parte, las comunidades autónomas con menor mortalidad fueron La Rioja y Madrid con un 15% y un 12% inferior a la media de España.

La neoplasia maligna más frecuente en la mujer es el tumor maligno de mama. En las mujeres españolas, la tasa de mortalidad por este tumor en 2011 fue 27 por 100.000. Ese año, un 16% de todas las defunciones por cáncer en la mujer se debió a esta causa. Como en los demás países desarrollados, la mortalidad por este tumor presentó una tendencia creciente.

Entre 1993 y 2011, el riesgo de mortalidad por cáncer de mama en mujeres se redujo en un 30% (figura 2.6). Este descenso en la mortalidad por cáncer de mama, que también se

ha observado en otros países, puede deberse tanto a una disminución en la incidencia debido a cambios en los factores de riesgo como a un aumento en la supervivencia debido a mejoras en el tratamiento o al impacto de los programas de detección precoz de este tumor.

La magnitud de la mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer presenta heterogeneidad entre las comunidades autónomas (figura 2.7). En 2011, Cantabria y Andalucía fueron las comunidades autónomas que presentaron mayor mortalidad por este tumor –un 15% superior a la media del Estado-, mientras que Melilla y La Rioja y presentaron la menor mortalidad por este tumor –un 35% y un 28% inferior a la media del Estado, respectivamente.

El cáncer de colon es el segundo tumor maligno más frecuente en la mayoría de países occidentales, después del cáncer de pulmón en el varón y del cáncer de mama en la mujer. En España, en 2011, supuso el 11% de las defunciones por todos los tumores malignos, con una tasa de mortalidad de 25 por 100.000 habitantes.

En hombres representó el 10% de todas las defunciones por tumores malignos y una tasa de mortalidad del 29 por 100.000 habitantes mientras que en mujeres representó el 12% de todas las defunciones y una tasa de mortalidad del 21 por 100.000 habitantes. Se trata de un tumor maligno que afecta principalmente a las edades avanzadas de la vida: casi tres cuartas partes de las defunciones se producen a partir de los 70 años de edad.

La mortalidad por cáncer de colon ha experimentado una tendencia creciente durante la segunda mitad del siglo XX. En España, la mortalidad por cáncer de estómago a finales de los años setenta era tres veces superior a la mortalidad por cáncer de colon; sin embargo, debido al importante descenso del riesgo de cáncer de estómago y al ascenso paulatino de

la frecuencia del cáncer de colon, a principio de los años noventa la mortalidad por cáncer de colon superó a la mortalidad por cáncer gástrico.

Entre 1991 y 2011, el riesgo de mortalidad, evaluado a través de la tasa de mortalidad ajustada por edad, aumentó un 37% en hombres y un 6% en mujeres (figura 2.8). Las comunidades autónomas con mortalidad por tumor maligno de colon más alta en 2011 fueron Asturias y Castilla y León, cuya tasa de mortalidad ajustada por edad fue un 15% superior a la media del conjunto del Estado, respectivamente. Por su parte, Navarra y Madrid fueron las comunidades autónomas con menor mortalidad, cuya tasa fue un 15% inferior a la media de España.

Mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por diabetes mellitus, por enfermedad crónica del hígado y cirrosis hepática y por enfermedad de Alzheimer.

En hombres, las defunciones por esa causa representaron el 6% de todas las defunciones y una tasa de mortalidad de 52 por 100.000, mientras que en mujeres un 3% de las defunciones fueron debidas a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuya tasa de mortalidad fue 17 por 100.000.

Las defunciones por esta causa se producen en las edades avanzadas de la vida: algo más de las tres cuartas partes ocurren en mayores de 74 años.

La mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica experimentó una tendencia ascendente hasta el inicio de los años noventa. Desde 1991 hasta 2011 el riesgo de

mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica descendió un 38% en hombres y un 45% en mujeres (figura 2.9).

Murcia y Andalucía fueron las comunidades autónomas con una mortalidad más alta por esta enfermedad en 2011 –alrededor de un 21% superior a la media de España–, mientras que Cantabria y Castilla y León fueron las comunidades autónomas con la mortalidad más baja –alrededor de un 22% inferior a la media del conjunto del Estado. Las defunciones por diabetes mellitus representaron el 2,6% de todas las defunciones ocurridas en España en 2011 y una tasa de mortalidad de 22 por 100.000. En hombres, las defunciones por diabetes mellitus representan el 2% de todas las defunciones y una tasa de mortalidad de 18,0 por 100.000 habitantes, mientras que en mujeres representan el 3% de las defunciones y una tasa de mortalidad de 25 por 100.000. Se asume que la mortalidad subestima la magnitud de esta enfermedad, ya que el estudio de la causa básica de la muerte impide conocer el número de fallecidos con diabetes mellitus y muestra sólo los fallecidos por diabetes mellitus.

En los últimos cuatro lustros la mortalidad por esta enfermedad ha experimentado en España un lento pero paulatino descenso, al igual que en otros países de su entorno socioeconómico. Es posible que el mejor control de los factores de riesgo asociados a la morbilidad y la mortalidad en las personas diabéticas, junto a un aumento de la supervivencia de estos enfermos haya contribuido a esta disminución de la mortalidad en los países desarrollados. Entre 1991 y 2011, el riesgo de mortalidad por esta enfermedad disminuyó en España un 25% en hombres y un 49% en mujeres (figura 2.10).

Esta diferencia en la magnitud del descenso entre hombres y mujeres ha dado lugar a que la tasa de mortalidad ajustada por edad, tradicionalmente más alta en mujeres que en hombres, sea ahora mayor en hombres que en mujeres. Concretamente, a partir del año 1998 la tasa de mortalidad ajustada por edad es más alta en hombres que en mujeres.

La mortalidad por diabetes mellitus muestra en España un patrón geográfico: las comunidades del sureste presentan la mortalidad más alta (figura 2.11). Canarias fue la comunidad autónoma con una mortalidad por diabetes mellitus más alta en 2011 – alrededor de 3,8 veces superior a la media de España. Por su parte, Cantabria fue la comunidad autónoma con una mortalidad más baja –un 74% inferior a la media del Estado.

La cirrosis hepática y enfermedad crónica del hígado fue responsable del 1,2% de las defunciones en 2011, con una tasa de mortalidad de 10 por 100.000 habitantes. En hombres, el porcentaje de defunciones que produjo esta enfermedad fue del 1,7, con una tasa de mortalidad de 15 por 100.000 habitantes, mientras que en mujeres ese porcentaje fue del 0,7, con una tasa de mortalidad de 5,6 por 100.000 habitantes.

Asturias, Canarias y Andalucía experimentaron la mayor mortalidad por la cirrosis hepática y enfermedad crónica del hígado en 2011, cuya tasa ajustada de mortalidad por edad fue un 60%, un 34% y un 28% superior, respectivamente, a la tasa de mortalidad ajustada por edad del conjunto del Estado.

Madrid, Navarra y La Rioja fueron las comunidades autónomas con menor mortalidad: su tasa de mortalidad ajustada por edad fue un 47%, 29% y un 26% inferior, respectivamente, a la tasa de mortalidad ajustada por edad de España.

Mortalidad por la enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer es la causa de muerte en el 3,1% de todas las defunciones—1,8% en hombres y 4,5% en mujeres. Más del 90% de las defunciones por esta enfermedad se producen en personas mayores de 74 años. El número de defunciones por 100.000 habitantes fue 16 en hombres y 36 en mujeres. Desde el año 1991, el riesgo de mortalidad por esta enfermedad se ha multiplicado por 5 en hombres y por 6 en mujeres, tal y como se observa en la figura 2.13. No hay que descartar que este incremento tan espectacular se deba a un cambio en el patrón diagnóstico por parte de los médicos, de tal forma que en los últimos años se hayan diagnosticado como enfermedad de Alzheimer enfermedades que antes no eran catalogadas como tales.

Mortalidad por accidentes de tráfico

Un 15% de las defunciones ocurridas en España se deben a accidentes de tráfico. La contribución de las defunciones por accidentes de tráfico a las defunciones por el conjunto de causas externas ha ido descendiendo en España: en 1991 representaban el 42% y en 2001 el 36%.

En general, las muertes por accidentes de tráfico representan el 1%, en la población de 15 a 44 años. la trascendencia sanitaria de este tipo de accidentes radica en que afecta a individuos jóvenes: un 45% de los fallecidos por accidentes de tráfico tienen entre 15 y 44 años y el 73% de las muertes se producen antes de los 65 años de edad. Sin embargo, igual que ocurre con el conjunto de los accidentes, la mortalidad es solamente un indicador parcial de la magnitud del problema, debido a las incapacidades que también originan.

La mortalidad por accidentes de tráfico es mucho más frecuente en hombres que en mujeres: por cada muerte en mujeres hay 3,5 muertes en hombres. Desde finales de los años setenta del siglo XX hasta el inicio de los años noventa, la mortalidad por esta causa de muerte presentó una tendencia en forma de onda sinusoidal, sin embargo, desde el año 1990, el riesgo de mortalidad por esta causa de muerte ha experimentado una tendencia descendente.

Mortalidad por suicidio

Este tipo de muerte es mucho más frecuente de lo que aparenta, es mucho mayor en hombres que en mujeres: por cada suicidio en mujeres en España, se produjeron tres suicidios en hombres.

En España, en los últimos tres lustros, el riesgo de mortalidad por suicidio se ha mantenido igual, después de una tendencia ascendente que se observó hasta mediados de los años ochenta (figura 2.15). No obstante, desde el año 2003 se observa un ligero descenso: por edad disminuyó un 19% en hombres y un 20% en mujeres.

Mortalidad por enfermedades transmisibles

Las muertes por enfermedades infecciosas de la Clasificación Internacional de Enfermedades representaron en 2007 el 1,6 % de todas las defunciones.

Este porcentaje era del 1% en 1985, antes de la aparición del sida, y subió hasta casi el 3% a mediados de los años ochenta. Desde ese año, la mortalidad proporcional por enfermedades infecciosas ha ido bajando debido al descenso de la mortalidad por sida, hasta el año 2000 y a partir de esa fecha se mantiene estabilizada.

Mortalidad por sida

Este tipo de mortalidad experimentó un importante aumento entre 1985 y 1995, pero a partir de entonces ha descendido significativamente. El mayor número de muertes por sida en España se observó en 1995, con 4.529 defunciones en hombres y 1053 en mujeres. Entre 1995 y 2011, el riesgo de mortalidad por sida se redujo en un 85%, tanto en hombres como en mujeres (figura 2.16). El mayor riesgo se observó en Ceuta, con una tasa de mortalidad ajustada por edad 2,6 veces superior a la de España, y en la Comunidad Valenciana, Asturias y Andalucía, con una tasa de mortalidad ajustada por edad era un 39%, 31% y 30% superior, respectivamente, a la de España. Aragón y Extremadura mostraron el menor riesgo de mortalidad por sida: alrededor de un 50% inferior al riesgo de mortalidad en el conjunto del Estado.

LA ATENCIÓN SANITARIA

La evolución del sistema sanitario español, está íntimamente relacionada con la historia política del país y por lo tanto con la historia y el desarrollo de la Seguridad Social.

El Congreso de los Diputados aprobó la Ley General de Sanidad en 1986 (Ley Orgánica 14/86, de 25 de abril) y a partir de aquí se crea el Sistema Nacional de Salud como un instrumento eficaz para garantizar el acceso equitativo de todos los ciudadanos al sistema sanitario y lo configura como el conjunto de los servicios de la administración del Estado y de los servicios de salud de las CCAA, convenientemente coordinados (Preámbulo y art. 44 de la LGS).

Los servicios sanitarios quedan concentrados bajo la responsabilidad de las CCAA, mientras que los poderes de dirección en lo básico y la coordinación son competencia del Estado.

La LGS, “es un hecho de primera magnitud para la consolidación de nuestro estado del bienestar”. (Ortega Suárez (1999)).

Con su promulgación se establecen dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada, y hace especial hincapié en la integración de todos los servicios asistenciales públicos, hasta entonces disgregados y dependientes de diputaciones, ayuntamientos, etc),

La Atención Primaria Sanitaria (APS)

En la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Alma Ata, URSS se define este término como: «Asistencia 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 es 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»

Esta definición incluye elementos esenciales, como el carácter accesible y próximo de la APS, También la adaptación a las posibilidades y necesidades de cada país y el enfoque a las familias y a la comunidad.

Por otra parte, la definición, subraya que la APS debe actuar como puente entre el sistema sanitario y los otros factores del desarrollo social y económico de la comunidad, haciendo imprescindible la colaboración entre los diversos sectores para poder cubrir las muchas necesidades y problemas de salud.

Otro elemento conceptual clave incluido en esta definición, es el que hace referencia a la participación individual y comunitaria en todas las fases y procesos de atención de salud. No sólo la participación formal de las instituciones de gobierno local (ayuntamientos) o nacional, sino también la generación de dinámicas potentes de interacción entre los líderes del sistema sanitario y las organizaciones, y estructuras de participación y gestión de la comunidad.

Tenemos que distinguir entre el concepto de APS y el de asistencia médica primaria o atención familiar. La Atención Primaria, incluye un abanico mucho más amplio de actividades, como por ejemplo, la nutrición y la garantía de provisión de alimentos esenciales, la salubridad del agua y el saneamiento básico y la contaminación medioambiental en países con menor nivel de desarrollo. (Barbara Starfield)

Actualmente se considera a la APS como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario, es decir, la puerta de entrada de los usuarios y pacientes que toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

Los elementos que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- Integral, que se encarga los problemas de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, o sea sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisociables de los procesos de salud-enfermedad.
- Integrada, abordando los procesos de atención sanitaria como una forma constante y coordinada de las actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.

- Continuada y longitudinal, es decir, ofreciendo un seguimiento a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).
- Activa, ya que la realizan profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que actúan de forma activa detectándolos en sus fases más precoces.
- Accesible, esto significa que no existen barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- Desarrollada por equipos de profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- Comunitaria y participativa: enfocando la atención de los problemas de salud desde una perspectiva personal, colectiva y comunitaria.

En España, fue El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud el que fijó las bases de la Atención Primaria.

La Atención Domiciliaria.

Cuando nos referimos a este concepto tenemos que hablar de otro que está directamente ligado, se trata de la “Dependencia”

Según el Consejo de Europa. (Oslo, 2000) la “Dependencia es un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones

solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”. En base a esta definición Querejeta González en su libro Discapacidad/Dependencia editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2004, propone una dependencia como “la situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad”.

La definición que hace la Organización mundial de la salud es “la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.” (OMS).

Partiendo de estas definiciones de la dependencia, es importante recalcar que la asistencia domiciliaria no es, en España, una forma de acción social moderna del todo, sino que tiene unos antecedentes importantes en la historia de la protección social

Según Martín Tejedor, de los Servicios Sociales, en su libro, “La Ayuda a Domicilio en España”, “el concepto de ayuda a domicilio debe ser abierto y flexible, para poder incluir en él servicios prestados en diversas sociedades y en situaciones bien distintas. Se puede describir como conjunto de servicios de índole material y no material que se realizan por una persona, denominada normalmente auxiliar, en beneficio y a petición de otra necesitada en el ámbito más próximo al beneficiario. La índole de los servicios va desde lo material a lo que podemos denominar genéricamente como espiritual, pasando por un sin fin de prestaciones”.

Otros autores coinciden en la idea de que “la ayuda a domicilio es un servicio social que está dotado de una singular calificación por las prestaciones que otorga a un gran número de personas: minusválidos, familias con problemas, enfermos convalecientes, toxicómanos y especialmente personas de edad avanzada”. (Alonso Seco, José María y Bernardo Gonzalo: La Asistencia Social y Los Servicios Sociales En España. Ed. B.O.E. Madrid 1997. Pág...235.)

Desde siempre se ha contado con una asistencia a las personas más desprotegidas , desde las cofradías de tipo religioso en el siglo XII , los humanistas en el siglo XVI, los ilustrados

en el siglo XVIII y la Beneficencia que fue el primer servicio público asistencial en el siglo XVIII.

Ya en el siglo XX, La Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social, hizo posible una reforma en este sentido: “potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas comprendidas en su campo de aplicación a las de carácter técnico, tanto preventivas como recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras”.

A raíz de esta Ley, se crean los Servicios Sociales, con doble vertiente, las prestaciones y los órganos sanitarios asistenciales.

En primer lugar, y por Orden Ministerial de 19 de marzo de 1970, se estableció el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos. Entre las funciones que se le encomendaron sobresale: la organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios. Entre las actividades previstas se encuentran, el aseo personal y limpieza del hogar, el lavado de ropa, la asistencia médica a domicilio, el servicio de comida, la mejora del hogar, la compañía a ancianos enfermos, la terapia ocupacional, la asistencia social, moral y jurídica y el servicio de peluquería y biblioteca.

Por otra parte, el Decreto 2531/70, de 22 de agosto, crea el Servicio Social en el que sus principales funciones son, atender a la asistencia de los minusválidos en el orden sanitario, social y familiar.

Posteriormente, se fue configurando la “ayuda a domicilio” y a partir del Real Decreto 1433/1985, de 1 de agosto, se empieza a ofrecer una cobertura universal, al extender la atención a toda la población marginada.

Unos años más tarde y concretamente en la Comunidad de Madrid, se promulga la Ley de la Comunidad de Madrid referente al servicio de asistencia domiciliaria que, establece en su artículo 8º: “El servicio de ayuda a domicilio tendrá como objeto prevenir situaciones de crisis personal y familiar, prestando una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o los familiares que se hallen en situaciones de especial necesidad para facilitar la autonomía personal en el medio habitual”.

Y en el desarrollo de la Ley se publicó el Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de ayuda a domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, actualizado el 15/11/2004.

Posteriormente, se crea el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD) 2004-2007 constituyendo un servicio que permite mantener a la persona en su entorno habitual durante el mayor tiempo posible, además le asegura una atención digna y también evitan, en muchas ocasiones, el ingreso hospitalario, reduciendo, los problemas derivados su institucionalización.

El PMAD 2004-2007 ordena que, en el núcleo del sistema, deba haber una enfermera especializada, que pueda proporcionar los cuidados necesarios y además un amplio asesoramiento en hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria.

Según este Plan, las enfermeras son las personas que mejor catalizan la acción sanitaria en la atención domiciliaria por dos motivos fundamentales:

El primero, porque constituyen el segundo grupo de profesionales que trabajan en Atención Primaria (por detrás de médicos y pediatras), por lo cual, su potencial de cuidados y su presencia domiciliaria les coloca en una posición privilegiada para la prestación de atención en el domicilio al enfermo y a sus cuidadoras familiares.

Y en segundo lugar, porque, la tradición cuidadora de estas profesionales que trabajan en atención especializada, les da el papel imprescindible para establecer una continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales.

Fuera de España, existen otros modelos de Atención Primaria como el "Hospice" y los Cuidados Paliativos de los países anglosajones de finales de los setenta, que se han vuelto a poner de "moda". Estos sistemas utilizaban el domicilio como lugar perfecto para la atención en procesos donde la hospitalización tradicional no sólo no añade mejoras en la calidad de vida y de atención sanitaria de los pacientes, sino que en muchos casos las empeora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermeras son el mayor grupo de profesionales de la salud que ponen en contacto a la población con el sistema sanitario, y conforman el núcleo de la atención continuada de los grupos de población más vulnerables y desfavorecidos.

Por otro lado, el incremento en la demanda de cuidados específicos, y dentro de la Atención Especializada, tiene un gran coste por ingreso hospitalario, por lo que ha conducido a nuevos modelos de atención especializada, es decir, la atención de enfermería hospitalaria dentro del propio domicilio del paciente, la hospitalización a domicilio.

En 1947, se creó la primera unidad de sistemas clínicos de atención domiciliaria (Home care) en Guido Montefiori (New York) por el Dr. E. M. Bluestone y fue instaurado como un servicio más de la oferta sanitaria adaptada a los sistemas sanitarios nacionales (Norteamérica, Canadá y Europa comunitaria).

A día de hoy, en España, muchos centros sanitarios han iniciado experiencias pilotos y han desarrollado este tipo de asistencia con gran éxito entre los pacientes. Este sistema resuelve dos problemas importantes de la sanidad española: en primer lugar, el alto coste del sistema sanitario y en segundo, la gran demanda de camas hospitalarias. De este modo, la hospitalización a domicilio permite optimizar los recursos disponibles, ya que las estancias hospitalarias, son uno de los mayores gastos.

En 1982, se crea en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, la primera unidad funcional de hospitalización a domicilio y, desde entonces, se ha ido extendiendo por toda España, con un gran éxito de aceptación por los resultados obtenidos, a través de los estudios de seguimiento de actividad y análisis de costes, eficacia, efectividad y eficiencia, que han ido mejorando y desarrollando redes de comunicación que ayudados por la tecnología se implementan como muy útiles socialmente, con una oferta abierta y de garantía de la calidad asistencial.

Las nuevas tecnologías permiten desarrollar incluso, cirugías sin hospitalización, desde el domicilio con un aparataje más pequeño y portátil permitiendo acercar los tratamientos al entorno de los pacientes, sobre todo en diálisis y nutrición parenteral.

Todo esto se realiza a través de unos sistemas de comunicación en línea la tele enfermería (telemetría, videoconferencias, contacto telefónico directo con el paciente desde su domicilio con Enfermería, etc.)

Con este sistema se produce una significativa reducción de costes, además se consigue una disponibilidad de camas en los hospitales y también la reducción de estancias innecesarias. Por otra parte, el grado de satisfacción del paciente y de la familia aumenta.

En definitiva, este sistema hace que se traslade la Atención Especializada, técnica, individual y específica de un problema fisiopatológico a un entorno domiciliario que, pasada la fase aguda, retornará a la Atención Primaria, con gran carga asistencial para los enfermeros.

En cuanto a la normativa, La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como otras normativas jurídicas tanto nacionales como de las Comunidades Autónomas, junto a nuevas estrategias en materia sanitaria en relación con la capacidad del paciente y la familia a elegir su propio cuidado y beneficiarse de ayudas para ello, da a los profesionales de Enfermería el momento y la oportunidad de ofertar un nuevo producto dentro de la atención sanitaria que en Europa, Canadá y Estados Unidos ya está dando sus primeros frutos, los servicios "Nurses Home"

Estos sistemas de asistencia van dirigidos a la atención de Enfermería en el domicilio y se trata de servicios específicos para las necesidades de atención primaria en situaciones concretas, permanentes o temporales, sustituyendo a la Enfermería de Atención Primaria.

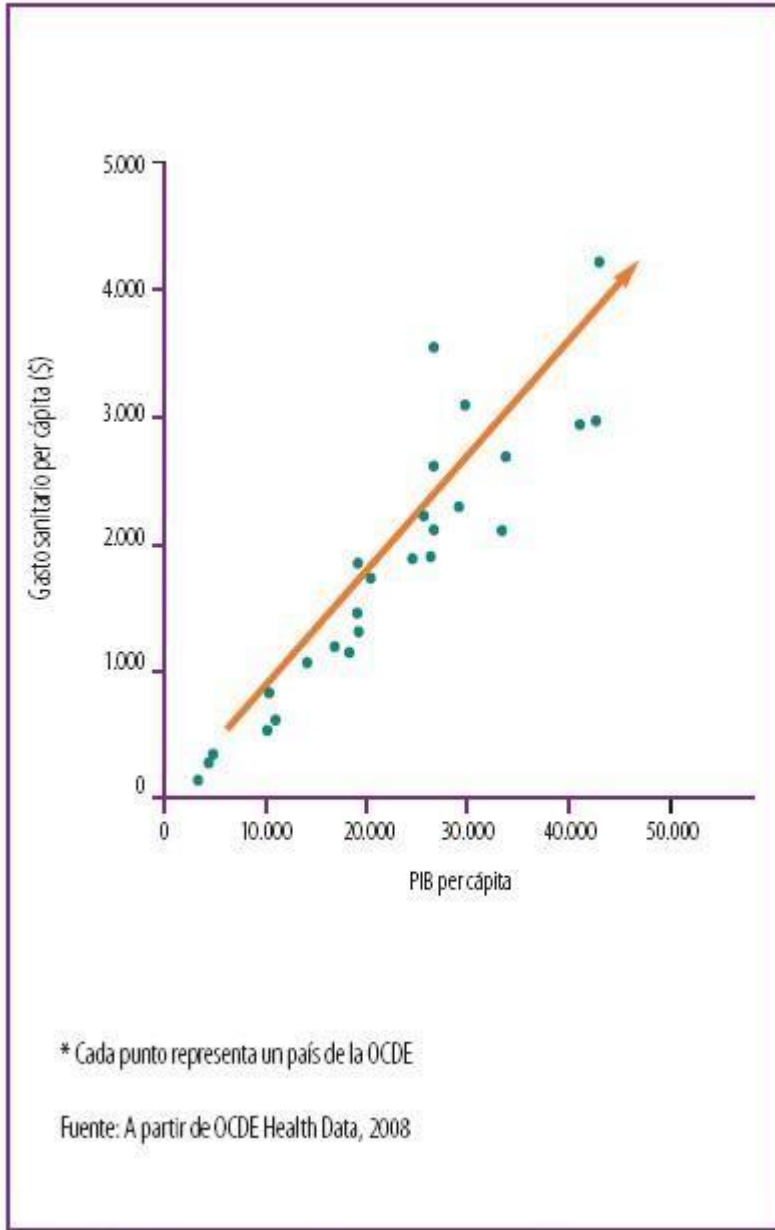
GASTO, CRECIMIENTO Y SALUD

El gasto sanitario ha crecido espectacularmente y de una manera progresiva en todos los países desarrollados, las cifras han pasado del 4% del PIB en 1960 a una media del 8,4% en 2006 (OCDE, 2008).

Hay que destacar que es el sector público es quién financia, casi por completo, este gasto en la casi todos los países desarrollados, con porcentajes medios superiores al 75%, con la excepción de EEUU y dos países de la OCDE (Corea del Sur y México).

Los autores Cullis, Jones (1998) y Newhouse (2002) en respuesta a la pregunta de si un mayor gasto garantiza un mejor nivel de salud para la población establecieron una ley empírica que hoy en día es aceptada por el resto de los autores.

Para ellos, según se desarrolla y crece la renta per cápita de los países, el gasto sanitario por habitante, crece más que proporcionalmente :



Relación entre el nivel del PIB y el gasto sanitario

Este gráfico demuestra que cuanto mayor es el nivel de vida de un país, mayor es la proporción de recursos que destina a la sanidad, esto significa que el gasto sanitario por habitante crece con el nivel de desarrollo y a mayor ritmo que el PIB per cápita.

En cualquier sociedad, el índice para calibrar el estado de salud ,comparándolo en el tiempo y respecto a otros países, es el que se refiere a la esperanza de vida al nacer y los relacionados índices de mortalidad.

Esto dos índices que resultan muy sencillos de calcular son , sin embargo, los más utilizados y su explicación es que en muchos países sin medios sofisticados , estos dos son los únicos disponibles y fiables.

Pero, en cambio, en los países desarrollados, estos índices globales resultan poco significativos porque no aparecen niveles más específicos relacionados con otros factores como el político y el económico.

En estos países , los fines de la política sanitaria, de la planificación y control resultan más interesantes otros índices más específicos, como es el caso de los de morbilidad, los perfiles de salud y las escalas de utilidad, etc.

En definitiva, podemos destacar que desde los años sesenta hasta nuestros días, el crecimiento del gasto sanitario ha sido muy elevado en los países desarrollados, donde el Estado es el principal financiador de ese gasto.

Esto se traduce en que la sanidad se ha convertido en un objetivo prioritario de las economías occidentales dentro de la consolidación del llamado estado del bienestar.

Factores como, la universalización de la cobertura sanitaria, el envejecimiento de la población y la introducción de tecnologías punta han sido las principales causas de ese crecimiento.

Por otra parte, resaltamos que cuanto mayor es el nivel de desarrollo de los países, mayor tiende a ser también el gasto sanitario. Sin embargo y en concordancia con los autores que

hemos citado anteriormente, el crecimiento del gasto, no implica necesariamente, mejoras evidentes y relevantes en los niveles de salud de los ciudadanos.

Por otra parte, tenemos que hablar de la dificultad de la gestión de esos gastos sanitarios. En la gestión de estos gastos influyen numerosos agentes que influyen en dicho gasto y que principalmente son:

- En primer lugar se encuentran los pacientes, que en este caso son los clientes del sistema.
- En segundo lugar están los ciudadanos, siendo éstos , no sólo los pacientes sino también los potenciales usuarios del sistema.
- En tercer lugar aparecen los profesionales o el conjunto de personas que trabajan en el sector sanitario y que asumen directamente la responsabilidad en la prestación de sus servicios. Los principales son los médicos y el personal de enfermería.
- En cuarto lugar están las Instituciones productoras que producen los servicios sanitarios como son los hospitales, los centros de salud, etc...
- En quinto lugar se encuentran las agencias o empresas que manejan el dinero como las compañías de seguros u otras agrupaciones empresariales o de profesionales que hacen efectivas las políticas de aseguramiento.
- y por último está el financiador, es decir, aquel que se hace cargo de los gastos que ocasiona la atención sanitaria.

En teoría todos estos agentes deberían compartir un mismo objetivo pero no siempre es así ya que en numerosas ocasiones, es más fuerte el interés económico que el bien social.

Tabla 1. Confluencia y conflicto de intereses entre los distintos agentes del sistema sanitario

Qué esperan los/de los	Pacientes	Profesionales	Instituciones productoras	Agencias compradoras	Financiador	Ciudadanos contribuyentes
Pacientes		Juramento hipocrático	Comodidad	Acceso ilimitado	Gratuidad	Solidaridad
Profesionales	Conductas apropiadas		Satisfacción (retribución + otros)	Libertad clínica	Suficiente financiación	Adhesión
Instituciones productoras	Consumo racional de servicios	Agencia perfecta + aptitud		Financiación estable	Transparencia	Lealtad
Agencias compradoras	Utilización adecuada del sistema	Actitud	Tarifas mínimas		Suficiencia	Elección
Autoridad financiadora	Racionalidad individual	Ética	Eficiencia	Cobertura comprensiva		Racionalidad colectiva
Ciudadanos contribuyentes	Racionalidad individual, seguro prudente	Ética + eficiencia	Externalidades de opción	Reputación Excelencia + coste mínimo	Baja fiscalidad	

Fuente: López I Casasnovas (2001)

MERCADO

Como en cualquier otro aspecto, en el sistema sanitario también existe un mercado, este término se define como aquel mecanismo mediante el cual, se enfrentan los intereses contrapuestos de quienes quieren comprar algo (demandantes) y quienes están dispuestos a venderlo (oferentes).

Todos los mercados se basan en la ley de la oferta y la demanda, en este sentido, la demanda refleja las cantidades que los compradores (pacientes) están dispuestos a adquirir según el precio.

Es evidente que cuanto más alto sea el precio, menor será la cantidad que los demandantes estén dispuestos a comprar.

Sin embargo, si el precio baja, los compradores estarán más interesados en adquirir mayores cantidades de producto.

Como en todos los mercados, la oferta refleja las cantidades que, según el precio, los vendedores están dispuestos a poner a la venta.

En general, cuanto más elevado sea el precio, mayor será la cantidad ofrecida y de ahí que la oferta exprese los deseos de los productores.

A su vez, y a medida que se incremente el precio, los productores estarán dispuestos a ofrecer una cantidad mayor.

En todo mercado es necesario que se produzca un equilibrio, y el precio de equilibrio es aquél que permite que coincidan las cantidades que los vendedores están dispuestos a ofertar con las que los compradores desean comprar.

A ese precio el mercado se vacía y no se producen excesos de demanda ni de oferta.

El mercado garantiza, normalmente, que el precio tienda hacia el equilibrio. Si el precio fuera demasiado alto se produciría un exceso de oferta y la única forma de dar salida a esos excedentes sería bajando el precio hasta alcanzar

el de equilibrio y viceversa, si el precio fuera demasiado bajo, el exceso de demanda empujaría los precios al alza.

El consumidor como demandante tiene un poder para decidir sobre los sectores en que debe aumentarse la producción y en cuáles debe disminuirse. Pero puede verse excluido del consumo si no paga o los productores no están interesados en ofertar a los precios fijados.

TIPOS DE MERCADO

1. El número de participantes: es un elemento esencial y una de las clasificaciones más conocidas es la de Stackelberg según la cual los mercados sanitarios suelen ser monopolísticos, como son los medicamentos patentados, u oligopolísticos, como el de los seguros médicos privados.
2. Por las características del bien producido: si es un producto estandarizado será un mercado perfecto y si los bienes no son homogéneos, estamos ante un mercado imperfecto. En el caso de la asistencia sanitaria, la gran parte de los bienes y servicios están diferenciados, ya sea por marca o por el prestigio o la cualificación.
3. El precio de los bienes: esta clasificación depende de la existencia de un único precio o varios para un mismo bien. Si sólo existe un precio el mercado será transparente; en caso de lo contrario, se dice que presenta fricciones o rozamientos. De nuevo, lo más habitual en la asistencia sanitaria es que existan fricciones y rozamientos.
4. La capacidad de influencia sobre los precios: en este sentido se clasifican en función de la capacidad que poseen los agentes que intervienen en ellos para influir en el precio. Si los participantes consideran el precio como dado, los mercados son normales, mientras que si éstos pueden alterarlo, el mercado se denomina forzado. En la asistencia sanitaria los mercados son generalmente forzados.
5. La regulación del mercado: si los consumidores y oferentes pueden relacionarse sin trabas ni intervenciones públicas, el mercado será libre. Mientras que si los poderes públicos regulan la actividad fijando precios máximos o mínimos, el mercado será intervenido o regulado. Los servicios sanitarios son de las actividades económicas más reguladas en todos los países del mundo. Incluso en países como EEUU en los que la asistencia sanitaria está más orientada al mercado, el sector sanitario es el más regulado de todos los sectores que componen la actividad económica del país.

Podríamos decir, en términos generales, que los mercados de atención sanitaria suelen ser mercados imperfectos, forzados, intervenidos y con fricciones, motivo por el que la competencia perfecta suele ser más la excepción que la norma.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

4.1. LA REFORMA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

● LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO EN BELGICA

El sistema belga de asistencia sanitaria puede ser descrito como un matrimonio entre el aseguramiento sanitario nacional y el ejercicio de la medicina independiente. El aseguramiento sanitario obligatorio cubre la mayoría de los riesgos de toda la población, los riesgos menores y mayores, del 85% de la población.

● LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO EN FRANCIA

Este sistema es el más complejo del estudio. Combina el seguro sanitario universal racional , que implica un reparto de costes y un aseguramiento complementario en el aspecto financiero junto a un sistema de prestación pluralista, interviniendo tanto quienes prestan los servicios pública como independientemente en el aspecto de las prestaciones.

● LA REFORMA DE LA SANIDAD EN ALEMANIA

Durante 45 años Alemania ha contado con dos sistemas sanitarios; uno en el cual se adopta unos servicios financiados y prestados de manera pública y otro en el cual se produce el acuerdo sobre la financiación del servicio sanitario.

● LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO EN IRLANDA

El sistema sanitario irlandés contiene una combinación única de instituciones privadas y públicas. La principal fuente de financiación es la tributación general.

● LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO EN LOS PAÍSES BAJOS

Incluye un programa uniforme de aseguramiento sanitario nacional para todos los residentes de los países bajos, integración tanto de la asistencia sanitaria como de los servicios sociales relacionados dentro del programa y por supuesto la retirada de la implicación directa del Estado en la determinación del volumen y el precio de los servicios sanitarios y orientación hacia la competencia regulada tanto en el mercado del aseguramiento sanitario como en el de sanidad.

● LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Se consolida un sistema sanitario nacional donde se incluye la extensión del aseguramiento obligatorio del 90% a la práctica totalidad de la población, una mejor planificación e integración tanto de la asistencia primaria como hospitalaria, una mayor financiación a partir

Situación socioeconómica de los países de la OCDE y la Repercusión en los resultados de la salud

de la tributación general y el comienzo del traspaso de la administración sanitaria a las comunidades autónomas.

● LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO EN EL REINO UNIDO

El Reino Unido ha contado con un Servicio Nacional de Salud complementado con un sector privado.

4.2. DETERMINACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS SIETE SISTEMAS CON MÁS CRECIMIENTO

El propósito es el de comparar el crecimiento y el comportamiento de los sistemas de asistencia sanitaria en los siete países donde se produjeron más reformas. Los datos proceden de una serie de fuentes, incluyendo la base de datos sanitarios de los países de la OCDE.

➤ **Nivel y crecimiento del gasto sanitario**

El cuadro 4.2.1 muestra datos globales sobre el gasto sanitario de los siete países. Esto supone que el gasto sanitario per cápita y la proporción de ingresos gastados en sanidad son más elevados cuanto mayor es el PIB per cápita. También el gasto sanitario es menor de lo esperado en países que ejercen un control central sobre los presupuestos sanitarios.

Así pues, observamos que en la columna 1, la mayoría de las variaciones registradas en el gasto sanitario per cápita se explican mediante una línea de regresión que vincula el gasto sanitario per cápita con el PIB per cápita.

Admitimos pues una posible subestimación del gasto sanitario en Bélgica y en Alemania, ya que el gasto sanitario per cápita quedaría por encima de la línea de la regresión para los primeros cuatro países del cuadro.

El Reino Unido que se habría basado en la financiación mediante tributos generales quedaría muy por debajo de dicha línea.

Por otro parte, si nos fijamos en el resto del cuadro observamos que todos los países han reducido drásticamente su tasa de crecimiento del gasto sanitario en relación con el PIB.

España, así pues, estaba construyendo los servicios sobre una base baja pero con un índice modesto dado su rápido crecimiento económico. Irlanda recorta los servicios de una

base alta a pesar de la fuerte recuperación económica y el Reino Unido mantuvo una partida de gasto sanitario constante pese al fuerte crecimiento de su economía.

TABLA 4.2.1: Gasto sanitario y partidas del gasto sanitario respecto al PIB

	Gasto sanitario per cápita	Gasto sanitario en % del PIB 2010	Gasto sanitario en % del PIB en 2005	Gasto sanitario en % del PIB en 2000	Partida del gasto sanitario 2010-05	Partida de gasto sanitario 2005-00	PIB per cápita precios constante
Bélgica	1227	4,1	6,6	7,6	61	15	20
Francia	1532	5,8	7,6	8,8	31	16	18
Alemania	1487	5,9	8,4	8,1	42	-4	20
Irlanda	819	5,6	9,6	7,5	71	-22	39
Países bajos	1287	6	8	8	33	0	14
España	777	3,7	5,6	6,5	51	18	28
Reino Unido	974	4,5	5,8	6,2	29	7	28

Dada la asociación positiva esperada entre partidas de gasto sanitario y PIB per cápita, esto sugiere que los países con sistemas principalmente integrados tuvieron una contención del gasto mayor que los basados en un modelo de reembolso y que habían adoptado sólo de manera parcial los presupuestos globales.

➤ **Recursos y actividad de la sanidad**

El cuadro 4.2.2 presenta una serie de datos globales transectoriales de la base de datos sanitarios de la OCDE y de otras fuentes sobre el número de médicos, camas y actividad hospitalarias para identificar los efectos causados por las diferencias entre los sistemas de pago.

Así pues, las primeras cuatro columnas son prueba de que los tres países tienen unos índices de consultas más elevados, mayores tiempos de consulta y mayores índices de prescripción que los de España, los Países Bajos y el Reino Unido que pagan a los médicos por persona o por salario. Esto significa que comparados con los pagos por persona los honorarios por servicio fomentan las consultas.

Por otra parte, pasando a las tres columnas del cuadro que se refieren a los hospitales existen diferencias entre los siete países en el número de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes. Esto se puede asociar con el gasto sanitario per cápita y la propiedad pública.

Irlanda, España y Reino Unido con una alta proporción de camas públicas, poseen menos camas para enfermedades graves por cada 1000 habitantes que Alemania y Bélgica, con una proporción menor de camas públicas. Sin embargo, los Países Bajos se acercan más a la media.

Tres países que han informado sobre las listas de espera hospitalarias, España, Irlanda y el Reino Unido, cuentan con sistemas de hospitales integrados. Sin embargo, con la excepción de Irlanda, también tienen un número relativamente bajo de camas para enfermedades graves per cápita.

Las comparaciones entre países sobre el comportamiento de los médicos sugieren otras diferencias importantes entre los países que pagan a los médicos unos honorarios por servicio y los que pagan por persona.

TABLA 4.2.2: CIFRA DE MÉDICOS, ÍNDICES DE ACTIVIDAD MEDICA Y HOSPITALARIA

	Medico en ejercicio por cada 1000 hab	consulta a especialista MG	Duración de la consulta	medicamentos prescritos	camas hosp por cada 1000 hab	admisión por cada 1000 hab	duración media de hosp
Bélgica	3,2	7,4		9,9	5,5	17	10
Francia	2,5	7,8	14	10	5,6	20,6	7,2
Alemania	2,8	10,8	9	11,2	7,6	18,7	12,4
Irlanda	1,5	6,5		9,5	4,7	16,4	7
Países bajos	2,4	5,4	5	3,7	4,8	10,4	11,5
España	3,5	4,2	3	9,6	3,5	9	9,7
Reino Unid	1,4	5,2	8	6,5	3,2	12,9	7,8

➤ **Igualdad en la financiación y en la prestación**

La financiación es ligeramente progresiva en Irlanda y en el Reino Unido; proporcional en la práctica a los ingresos en Francia; ligeramente regresiva en España y en los Países Bajos.

Por último, en el Reino Unido sugiere que en este país la prestación de la asistencia sanitaria es bastante igualitaria.

➤ **Estado de salud y resultado sanitario**

En el cuadro 4.2.3 se proporcionan datos sobre la esperanza de vida y sobre los cambios en la mortalidad perinatal de los siete países. España, con el gasto sanitario más bajo per cápita de los siete países tiene una esperanza media de vida igual o mayor a la más alta entre los demás países.

Podemos recalcar que las variaciones en la mortalidad perinatal es posible que nos digan algo sobre la eficacia de los servicios de maternidad. La mortalidad perinatal es el principal componente de la mortalidad evitable.

En la tabla observamos que se produjo una fuerte caída en la mortalidad perinatal en los siete países probablemente como resultado de la aplicación de nuevas técnicas de rescate de bebés de poco peso. Alemania por su parte, ha sido la primera.

La esperanza media de vida puede ocultar diferencias en la dispersión de la edad de fallecimiento o desigualdad sanitaria.

Tras estandarizar la edad se produce menos desigualdad en la edad de fallecimiento en Irlanda y en el Reino Unido que en Alemania, Bélgica y los Países Bajos y que estos cinco países quedan por debajo del puesto alcanzado por España. Francia ocupa un puesto intermedio o alto en términos de desigualdad.

TABLA 4.2.3: ESPERANZA DE VIDA Y MORTALIDAD PERINATAL

	Esperanza de vida en mujeres	Esperanza de vida en hombres	Mortalidad perinatal 2010	Mortalidad perinatal 2005	% del cambio a mort perinatal
Bélgica	79,1	72,4	1,42	1,02	-28
Francia	80,6	72,5	1,29	0,89	32
Alemania	79,0	72,6	1,16	0,64	45
Irlanda	77,0	71,0	1,48	0,99	33
Países B	79,9	73,7	1,11	0,96	14
España	80,1	74,5	1,44	1,00	-31
R.Unido	78,64	72,8	1,34	0,90	33

➤ **Satisfacción con los sistemas sanitarios**

En general el sistema sanitario funciona bastante bien y sólo se necesita pequeños cambios para que funcione mejor. Los resultados sugieren unos niveles relativamente altos de satisfacción en países como Alemania, Francia y Países Bajos. Todos ellos combinan niveles moderados o altos de gasto sanitario per cápita con una cobertura de asegurados universal, altos niveles de elección para el paciente y apoyo. Se encuentran en niveles relativamente bajos de satisfacción en países como Italia y Reino Unido que combinan bajos niveles de gasto sanitario per cápita con una cobertura universal y apoyo en un modelo público integrado en el cual el dinero nos ayuda al paciente.

Situación socioeconómica de los países de la OCDE y la Repercusión en los resultados de la salud

Por último y para finalizar, el menor nivel de satisfacción se reserva para el país con el nivel más alto de gasto sanitario per cápita: los Estados Unidos que es el único país de la investigación con brechas significativas en la cobertura del aseguramiento sanitario.

CAPÍTULO 5
Conclusiones

5-DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y CONCLUSIONES

La mayoría de la gente de los siete países sigue prefiriendo la financiación pública como el medio de financiación del acceso a la asistencia sanitaria básica.

Ningún país redujo la cobertura prestada por el sector público y dos países, España y Países Bajos, extienden la cobertura obligatoria a toda la población. El aseguramiento sanitario voluntario se ha convertido en complementario en la mayoría de países. El reparto de los costes en el sistema público continúa siendo moderado o muy moderado en todos los países.

Así pues, la percepción de que el tratamiento acorde con la necesidad en lugar de acorde con la capacidad económica probablemente maximizará la suma de mejoras en la sanidad.

Surgen una serie de conclusiones claras de este estudio sobre la reforma de los sistemas sanitarios en los siete países de la OCDE; algunas acerca de los problemas que condujeron a las reformas que se están introduciendo; algunas sobre el contenido de las propias reformas; algunas sobre el resultado de las reformas.

Algunas de las reformas más importantes que se han descrito en concreto las de los Países Bajos y el Reino Unido implican la experimentación con nuevos mecanismos cuyos efectos plenos no se verán hasta mucho tiempo después.

Así pues, aunque los países compartan objetivos semejantes para sus sistemas de asistencia sanitaria puede diferir la importancia que les conceden.

La mayoría de los sistemas de asistencia sanitaria están contruidos a partir de sólo unos cuantos subsistemas comunes, lo que nos ayuda a comparar la experiencia a través de las fronteras. Sin embargo, no existen dos países que compartan exactamente la misma mezcla de subsistemas que limitarán la posibilidad de realizar transferencias válidas de experiencia.

Por último quiero dejar reflejado que aunque se pueda ofrecer experiencia técnica a través de las fronteras, esto será de poca utilidad si el país se enfrenta a obstáculos políticos insuperables al cambio. Los gobiernos son los responsables de establecer el nivel del grueso del gasto sanitario, garantizar la cobertura universal de los gastos sanitarios, disponer de los asuntos relativos a la igualdad y la distribución, establecer las reglas que rigen las operaciones del mercado, asegurar la adecuación y transparencia de la información. El mercado es responsable de otros asuntos concernientes a la financiación local y a la prestación de la asistencia.

Además los Países Bajos y el Reino Unido están maniatados por la falta de metodología para ajustar los pagos por persona o las primas de seguros por el riesgo. Los siete países

carecen de información adecuada sobre el producto marginal del gasto sanitario para informar sobre las decisiones difíciles que los gobiernos han de tomar en el ámbito de gasto sanitario público.

Sobre todo, los países de la OCDE carecen de los medios adecuados para calibrar el resultado sanitario y la calidad de la asistencia, aunque existan señales de progreso prometedoras.

BIBLIOGRAFÍA

Cullis, J.G. y West, P.A. (1984). Introducción a la Economía de la Salud. Versión castellana: J.M. Cabasés. ED DescleédeBroker. Bilbao.

Drumond, M.F. et al. (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes.

Folland, S.; Goodman, A. y Stano, M. (2003). The Economics of Health and health Care. Prentice Hall, New Jersey.

Gold, M. (1996). Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford University Press, New York.

Hidalgo A.; Corugedo I. y Del Llano, J. (2000). Economía de la Salud. Ediciones Pirámide.

López Casanovas, G. y Ortún, V. (1998). Economía y salud. Fundamentos y políticas. Ediciones Encuentro.Madrid.

Neumann, P.J. (2005). Using cost-effectiveness analysis in health care. Oxford UniversityPress, New York.

Pinto, J.L. y sánchez, F.I. (2003). Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. (Disponible en la web).

Zweifel,P y Breyer, F. (1997): Health Economics Oxford Universiy Press, New CorkOxford.

ANEXOS

- 1 Dublin, L. 1., and Lotka, A. J. The money value of aman. Rev. ed. New York, Ronald Press Co., 1946.
- 2 Health is wealth (An abridged version of referenee 9). Geneva, World Health Organization (1952).
- 3 Leibenstein, H. Economic backwardness and economic development, New York, John Willey and Sons, Ine., 1957; eh. 10.
- 4 Marshall, A. Principles of economics, Ed. 8, London, Maemillan and Co.,1938; (a) p. 764, (b) p. 193.
- 5 Quetelet, quoted in René Sand: The advance to social medicine. London, Staples Press, 1952;p. 584.
- 6 U. S. Department ofLabor, Bureau oflabor Statisties: Tables ofworking life for women. Bull1204. Washington, D.C., U.S. Government Printing Offiee, 1957.
- 7 U. S. Department ofLabor, Bureau oflabor Statisties: Tables ofworking life; length ofworking life for men. Bull. 1001. Washington D.C., U.S. Government Printin.g Offiee, 1950.
- 8 U.S. National Health Survey: Health statistics. Preliminary report on volume for dental care. United Estates, July-September 1957. Publie Health Serviee Pub. No. 584-B2. Washington D.C., Government Printing Offiee, 1958; p-7.

Situación socioeconómica de los países de la OCDE y la Repercusión en los resultados de la salud

9 U.S. National Health Survey: Health statistics. Preliminary report on volume for physician visits, United States, July-September 1957. Public Health Service Pub. No. 584-B1. Washington D.C., Government Printing Office, 1958; p-13.