

Sistemas de salud. Modelos

María Seguí-Gómez, Estefanía A. Toledo Atucha, José Juan Jiménez-Moleón

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población¹. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud². Entre éstas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción.

Los principios de este sistema son que ha de contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente. Según la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse por¹:

- Ser *universal*, entendiendo por universalidad la cobertura total de la población.
- Prestar una atención *integral* que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Ser *equitativo* en la distribución de los recursos.
- Ser *eficiente*.
- Ser *flexible* para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- Ser *participativo*: toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

FUNCIONES DEL SISTEMA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN SU CONFIGURACIÓN

Un sistema sanitario incluye servicios y actividades de protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y rehabilitación y reinserción. Así, según la OMS, un sistema de salud que funcione bien debe responder de manera equilibrada a las necesidades y expectativas de la población con los siguientes objetivos³:

- Mejorar el estado de salud de los individuos, las familias y las comunidades.
- Defender a la población ante amenazas para su salud.
- Proteger a las personas ante las consecuencias económicas de la enfermedad.
- Proporcionar un acceso equitativo a un cuidado centrado en la persona.
- Hacer posible que las personas participen en las decisiones que atañen a su salud y al sistema sanitario.

Un sistema sanitario es una estructura compleja. A continuación se exponen algunos de los factores que influyen en su configuración.

Factores sociales

En sus orígenes, la relación médico-paciente se entendía como una relación privada y la asistencia sanitaria como un bien individual. Una consecuencia potencial de esta concepción parcial es que la enfermedad podía generar situaciones de desamparo y quebranto económico. Debido al conocido ciclo de Horwitz pobreza-enfermedad (v. cap. 38), la enfermedad tiende a seleccionar a los más pobres, que son quienes cuentan con menos recursos para costearse una atención privada (selección adversa de riesgos). Para paliarla, surgen los primeros sistemas de protección social, en general ligados a la caridad con los desfavorecidos, los sistemas gremiales o la necesidad de buscar una garantía de protección por parte del Estado. En ocasiones, el Estado garantizaba la generosidad con los necesitados, pero no financiaba ni prestaba servicios, excepto en casos muy concretos.

El desarrollo, desde finales del siglo XIX, de los sistemas modernos de protección social transforma la concepción de la sanidad. La asistencia sanitaria deja de ser un bien exclusivamente privado para pasar a ser también un bien social. La asistencia sanitaria se erige en *derecho*, tal como sucede con la educación, el empleo o las pensiones. Se desarrollan diferentes modelos de sistemas sanitarios. Inicialmente, el derecho a la asistencia sanitaria deriva de la existencia de una relación laboral. Así, este derecho se limita exclusivamente a los trabajadores y sus familias.

Después de la Segunda Guerra Mundial surge la idea del Estado de Bienestar y el derecho a la salud se asocia a la condición de ciudadano con independencia de cuáles sean sus recursos económicos. Esto conlleva una mayor conciencia social acerca de la protección de la salud individual y hace que se entienda el sistema sanitario como un servicio público tutelado por el Estado.

Desarrollo científico y técnico de la medicina

Algunas sociedades no consienten que haya sufrimiento por ausencia de recursos económicos o sociales. Sólo si existe un sistema bien organizado se podrá dar respuesta a las necesidades y demandas cada vez mayores de la sociedad.

Especialización e interdependencia de los profesionales sanitarios

El crecimiento del conocimiento biomédico hace que cada vez sean más los profesionales sanitarios procedentes de diversas ramas (medicina, farmacia, enfermería, odontología, etc.) implicados en el sistema de salud. A su vez, en cada rama se da una especialización cada vez mayor. Lo realmente importante es el trabajo multidisciplinario y su integración en redes.

Crecimiento de gastos

Ligado al desarrollo científico y técnico, surgen nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas que conllevan un aumento del gasto sanitario, lo que conduce en ocasiones hasta límites insostenibles. Pese a que, a nivel individual, habitualmente será incierta cualquier predicción sobre qué enfermedad puede llegar a sufrir una persona concreta, en cambio, a nivel poblacional, esta incertidumbre desaparece, de tal forma que la frecuencia y las características de las enfermedades en la población son estadísticamente agrupables y económicamente predecibles. Lo cual permite introducir herramientas de control.

La creación de los sistemas sanitarios implica la coordinación de aspectos tales como la financiación del sistema, a quién asistir (*cobertura*) y de qué (*prestaciones, cartera de servicios*), y cómo organizar la provisión y el pago de los servicios provistos.

ORGANIZACIÓN

Para poder proveer un servicio, hace falta atender criterios de¹:

- **Regulación:** conjunto de reglas o normas que una sociedad adopta para garantizar un funcionamiento adecuado y la consecución más efectiva de sus fines. Consiste en definir quién hace qué y cómo se hace.

- **Financiación:** la financiación es el pago realizado por los servicios recibidos, es decir, cómo se pagan estos servicios.
- Articulación del *aseguramiento* y la *compra* (cómo se garantiza que los servicios se puedan proveer).

La combinación de estos factores da lugar a numerosas posibilidades. Para poder entender el estado actual, tal vez sea necesario considerar los factores que han influido más en la evolución de los sistemas sanitarios⁴. A continuación, se explican mejor estos conceptos.

Financiación

La financiación es el pago realizado como contraprestación por los servicios recibidos. En sanidad normalmente se entiende como el modo en que, de forma voluntaria u obligatoria, los ciudadanos contribuyen económicamente a cubrir los gastos asociados a las prestaciones sanitarias.

Existen tres grandes modelos de financiación que se corresponden con los grandes modelos de sistemas sanitarios:

- Sistemas financiados a partir de los *ingresos generales del Estado*, normalmente por *impuestos*. Se trata de un sistema económicamente cerrado e impide la selección adversa de colectivos* o de riesgos**. Este tipo de sistemas se caracterizan por:
 - Cobertura universal.
 - La contribución de los ciudadanos al sistema sanitario depende de la capacidad económica, personal o familiar, y no del consumo de servicios. Los impuestos finalistas (destinados directamente al gasto sanitario) son poco frecuentes.
 - La cuantía de la financiación sanitaria guarda relación directa con la del sistema fiscal a la que pertenece. La progresividad o regresividad de la financiación sanitaria está relacionada directamente con la del sistema fiscal del que forma parte y, por tanto, con los criterios utilizados en la distribución del presupuesto.
 - Los costes económicos asociados al uso de los servicios sanitarios se diluyen en toda la población. Las aportaciones (impuestos) se relacionan con la capacidad económica de cada uno, mientras que la utilización del servicio se vincula con las necesidades de salud.
 - La financiación se canaliza en un flujo único.
 - Los costes de transacción son bajos ya que no se requieren elementos de gestión detallados. Es decir, el sistema no requiere elementos de administración

* Cuando no se dan estas características en el sistema, las personas de bajo riesgo tienden a salirse del sistema sanitario para ahorrarse ese dinero y las personas de alto riesgo tienden a quedarse porque no pueden afrontar el autoaseguramiento.

** Las compañías de seguros tratan de retener a los sujetos de bajo riesgo y ahuyentar a los de alto riesgo.

o gestión específicos, excepto los generados en la elaboración del presupuesto y su distribución.

- Sistemas financiados a partir de las *contribuciones sociales asociadas a la actividad laboral*. Se caracterizan por lo siguiente:
 - El derecho a la atención se deriva de la condición de trabajador o cotizante y se hace extensible a sus beneficiarios.
 - La contribución económica guarda relación con el salario.
 - La progresividad es dependiente de la organización del sistema en relación con los tramos de cotización y los topes establecidos, aunque también pueden existir múltiples regímenes o fondos, con contribuciones distintas.
 - La dilución de riesgos no se produce a nivel de toda la población sino sólo a nivel de los trabajadores y sus beneficiarios. La contribución económica se relaciona con la capacidad de pago, y la utilización de servicios, con la necesidad. Sin embargo, es frecuente que exista una cierta relación entre ambos extremos, de manera que la cotización para colectivos diferentes sea distinta en función del riesgo potencial de sus miembros (p. ej., trabajadores de riesgo).
 - Los costes de transacción varían según la complejidad del sistema.
- Sistemas financiados a partir de *contribuciones privadas*, a través del pago de primas de seguros privados, o bien mediante el pago directo a proveedores. Sus características son:
 - El único derecho a la asistencia sanitaria es el que se deriva del contrato por el pago realizado.
 - La aportación económica es la que establece el proveedor o, en su caso, la entidad aseguradora, y se relaciona con los servicios prestados o cubiertos y las condiciones en que se prestan.
 - La cobertura depende de la capacidad económica individual y el coste de la prima guarda relación directa con el riesgo sanitario de quien contrata.
 - La dilución de riesgos es mínima. El coste está directamente relacionado con el riesgo sanitario individual del beneficiario.
 - Los costes de transacción son elevados, hay mucho trabajo administrativo para saber quién ha de pagar, qué y cuándo.
 - Genera servicios abiertos, una gran movilidad entre compañías y un alto incentivo para la selección adversa de colectivos o de riesgos.

En realidad, en los países desarrollados occidentales no puede hablarse de un modelo de financiación único, sólo puede hablarse de modelos predominantes.

Cobertura y prestaciones

El nivel de cobertura sanitaria indica la proporción de la población que tiene acceso a los sistemas sanitarios.

Por ejemplo, en el caso de los sistemas financiados por impuestos existe cobertura universal.

Es necesario determinar la cartera de servicios del sistema entre los que se incluirán tanto servicios de restauración de salud (atención primaria y especializada) como de prevención y promoción de la salud. Para decidir qué hacer y qué ofertar deberían considerarse las necesidades de salud de los usuarios, o sus demandas, así como la capacidad de oferta de los proveedores. En muchas ocasiones, el entorno sociopolítico y sus antecedentes históricos adquieren un gran protagonismo en esta decisión.

Pago a los proveedores

El pago al proveedor de la asistencia sanitaria (ya sea el profesional individual o la institución donde éste trabaja) puede realizarse de varios modos:

- *Pago por reembolso*: los proveedores realizan la prestación y después pasan factura. Ellos dictan los precios.
- *Contratos*: existe un acuerdo entre el financiador y el proveedor. El acuerdo suele ser de tipo prospectivo y regula una cantidad y las condiciones que se deben cumplir para su cobro. El financiador tiene más control sobre el coste que en el modelo anterior, pero limita la capacidad de elección de los usuarios de proveedor a aquellos que tienen un acuerdo con el financiador.
- *Sistemas integrados*: tanto el financiador como el proveedor están controlados por un único agente (p. ej., el Estado).

Respecto al pago de los servicios, hay otra dimensión que debe considerarse: la unidad de pago. Ésta puede ser:

- *Por acto* (consulta médica, intervención quirúrgica, etc.): cada intervención o servicio genera una factura. Éste es el método más frecuente en el pago por reembolso.
- *Por caso o proceso* (proceso asistencial, episodio de enfermedad, actividad asistencial): se factura por la provisión de servicios durante la duración de la enfermedad, no por cada acto. Es frecuente en contratos. La unidad de producto suele estar establecida y tiene una tarifa estandarizada (p. ej., el pago basado en grupos relacionados con el diagnóstico [GRD])*.
- *Por capitación* (de usuario o de asegurado): se asigna una cantidad por persona a cubrir y el proveedor tiene libertad de gestión de esa cantidad, independientemente de que la persona enferme o no y de cuál sea su enfermedad.
- *Por presupuesto*: los proveedores, centros o establecimientos reciben una cantidad global para cubrir el coste de sus servicios. Esto incluye el pago del salario

* Véase: www.unav.es/departamento/preventiva/sp-sis y www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm (consultado el 16 de julio de 2012).

del profesional y de los medios necesarios para realizar su trabajo.

- *Por salario*: es la forma de pago a los profesionales más frecuente en los sistemas integrados. El profesional cobra por sus servicios una cantidad previamente estipulada y que rara vez depende del volumen específico de los servicios realizados.

Hay que hacer notar que los mecanismos de asignación de recursos pueden no ser únicos en un sistema.

Los atributos que definen un sistema de salud son varios y para cada uno de ellos existen diferentes opciones posibles

TAXONOMÍA DE LOS SISTEMAS

Existen varios modos de clasificar los sistemas sanitarios según se incida en aspectos relacionados con los sistemas de protección social, el tipo de producción y la demanda de servicios, o las relaciones que se establezcan entre los diferentes actores del sistema y los flujos económicos entre ellos:

1. *Clasificación en función de los sistemas de protección social*. Los sistemas se pueden clasificar en:

- Sistemas públicos*:
 - La asistencia sanitaria se considera un derecho.
 - Las contribuciones al sistema sanitario, ya sea como impuestos o como cuotas, son obligatorias.
 - La contribución no está relacionada con el riesgo individual.
- Sistemas privados*:
 - La asistencia sanitaria se considera un bien individual.
 - Las contribuciones al sistema no son obligatorias.
 - La cuantía de las contribuciones está relacionada directamente con el riesgo de enfermar y el potencial uso de servicios del sujeto.

2. *Clasificación en función del tipo de producción y la demanda de servicios*. Según Saltman y Von Otter⁵, se clasifican en:

- Sistemas de mercado*: se establecen relaciones de competencia tanto desde el lado de la oferta (quién provee los servicios) como desde el lado de la demanda (a qué pacientes se atiende); es decir, el usuario puede elegir quién le presta los servicios, pero los proveedores también pueden rechazar la asistencia a un determinado usuario.
 - *Mercado mixto*: un usuario puede acudir a varios proveedores, pero un proveedor no puede rechazar a un usuario.
 - *Mercado interno*: diferentes usuarios pueden estar demandando diferentes servicios, aunque no todos se pueden atender. Se asegura la provisión del

servicio, aunque no quién será el proveedor final (p. ej., mercado interno de servicios entre hospitales según los resultados).

- Sistemas burocrático-administrativos*: no existe competencia ni por parte de los usuarios ni de los proveedores.
3. *Clasificación en función de las relaciones y flujos económicos*. Siguiendo los modelos sugeridos por Evans⁶, se distinguen:
- Pago directo*: el paciente escoge al proveedor y le paga habitualmente por acto.
 - Seguro voluntario con reembolso*: los ciudadanos pagan voluntariamente un seguro. Cuando enferman, pagan de forma directa (directo) al proveedor, pero el asegurador después les reembolsa el importe. Generalmente no hay restricción de proveedor.
 - Seguro público con reembolso*: similar al anterior pero obligatorio y con aseguradores públicos.
 - Seguro voluntario con contratos*: los ciudadanos o las empresas para las que trabajan pagan voluntariamente un seguro. Los seguros contratan proveedores y los pacientes pueden escoger como proveedores a aquellos con los que la compañía ha establecido un contrato.
 - Seguro obligatorio con contratos*: parecido al modelo anterior, pero los ciudadanos contribuyen por impuestos y/o cotizaciones sociales.
 - Seguro voluntario integrado*: los ciudadanos o empresas contratan un seguro con una compañía. Ésta integra varios proveedores. Los pacientes pueden escoger proveedor, pero sólo entre los de la compañía.
 - Seguro integrado obligatorio*: los ciudadanos pagan mediante contribuciones específicas o impuestos generales. De nuevo hay integración con los proveedores, que reciben un presupuesto o un salario. No existe libertad de elección del asegurador y la de proveedor está limitada.

En el sistema participan hasta tres actores: los usuarios, los proveedores y los financiadores.

MODELOS

Como se ha comentado al clasificar los sistemas sanitarios en función de los sistemas de protección social, se pueden diferenciar dos alternativas opuestas: quienes opinan que la asistencia sanitaria es un bien privado frente a aquellos que reconocen el derecho a la salud. Para los primeros, la financiación de la asistencia estará basada bien en el pago directo, bien en la compra voluntaria de una póliza de seguros. Por el contrario, el entender la salud como un derecho implica una transformación del sistema de financiación y, por ende, de la organización y la estructura del sistema sanitario. Del equilibrio entre estas posiciones

TABLA 57-1 Comparación de los principales modelos de sistema sanitario

	Seguros sociales	Sistema nacional de salud	Libre mercado
Países	Centro de Europa	Norte y sur de Europa	EE.UU.
Concepción de la salud	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Derecho, o bien tutelado por los poderes públicos	Bien de consumo
Garantías del Estado	Prestaciones sanitarias	Prestaciones sanitarias y su financiación	Prestaciones sanitarias financiadas sólo en casos concretos
Financiación	Cuotas obligatorias de trabajadores y empresarios	Impuestos. Contribuciones complementarias de sistemas de seguros sociales	Privada y voluntaria Cofinanciación de trabajadores y empresarios
Cobertura	Trabajadores y personas dependientes de ellos	Universal	Asegurados
Vinculación a los proveedores	Por contrato	Por integración	

surgen tres grandes modelos de sistemas sanitarios: seguros sociales, sistema nacional de salud y libre mercado.

La tabla 57-1 resume las características de los tres modelos de salud más comunes en el mundo. Debe destacarse que ningún país tiene un modelo único y exclusivo. En general coexisten diferentes modelos en proporciones diferentes y para patologías y servicios diferentes.

Seguros sociales

Iniciado en los gremios y cofradías de la Edad Media; mediante el pago periódico de una cantidad recibían los servicios de cirujano, botica y entierro. En su formato más actual surge en Alemania en 1883, por adaptación del canciller Bismarck. Se trataba de un sistema de previsión que ofrecía a los trabajadores y a sus familias protección económica frente al riesgo de enfermedad.

Actualmente, su característica clave es que los diferentes componentes que conforman el Estado de Bienestar derivan de la *relación laboral*. Hoy en día está presente en varios países del centro de Europa (la «Europa liberal») como Alemania, Francia, Bélgica o Austria.

En este sistema, la salud se concibe como un derecho o un bien tutelado por los poderes públicos. El Estado garantiza las prestaciones sanitarias. El sistema se financia mediante cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores y la colaboración del Estado es variable. Los beneficiarios son los cotizantes y las personas dependientes de ellos. La vinculación a los proveedores es por contrato. El pago a los proveedores se hace mediante contratos y por número de servicios. Existe libertad de negociación entre usuarios, proveedores y aseguradores.

El sistema se concentra fundamentalmente en las funciones de restauración de la salud y, en menor medida, en las actividades de promoción y prevención. Rara vez incluye actividades sobre el medio ambiente, que están bajo la responsabilidad de otros sistemas.

Servicio (sistema) nacional de salud

Nace en el Reino Unido tras la Segunda Guerra Mundial, en 1948. Pese a que tiene orígenes rusos, con el modelo

Semashklo (URSS, 1918), se conoce también como Sistema Beveridge, que fue un economista británico que fijó las bases del futuro Estado de Bienestar en el Reino Unido. En su informe *Report on Social Insurance and Allied Services*, recoge que todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a participar de los beneficios de la economía, y que es responsabilidad del Estado asegurarle el acceso a éstos. Especial atención debe prestarse a los sectores más desfavorecidos de la sociedad: parados, enfermos y ancianos.

Este modelo es típico de los países socialdemócratas, incluida España.

En este sistema, la salud se concibe como un derecho, o bien tutelado por los poderes públicos. El Estado garantiza y financia las prestaciones sanitarias. El sistema se financia principalmente mediante impuestos y la asignación de los recursos se hace a través de los Presupuestos Generales del Estado. La universalidad y la equidad son las bases del sistema. Todos los ciudadanos son beneficiarios, con independencia de su actividad laboral. La vinculación a los proveedores es por integración en el sistema, y su pago, por salario. Existe un control gubernamental de proveedores y de financiación. Pueden existir algunos copagos por parte de los usuarios. También puede coexistir una prestación privada de servicios de carácter complementario y opcional. Con frecuencia aparecen problemas de burocracia, sobreutilización, ineficiencia y listas de espera.

El gasto global expresado como porcentaje de producto interior bruto es generalmente menor que en el modelo de seguros sociales.

Libre mercado

Es el sistema predominante en EE.UU. La salud se concibe como un bien de consumo. La mayoría de los centros sanitarios son privados, existe una desregulación de la provisión de los servicios sanitarios. La principal fuente de aseguramiento son las empresas con cofinanciación de los trabajadores y de los empresarios, pero coexisten con seguros privados. Pese a la predominancia del sistema de libre mercado, también existen subpoblaciones que se benefician de pequeños «sistemas nacionales de salud o

de seguridad social»; por ejemplo, en EE.UU., el Estado garantiza la cobertura y la financiación de los mayores de 65 años, militares, nativos americanos y de los pacientes con insuficiencia renal crónica (*Medicare*) y de los pobres (*Medicaid*).

Los costes totales de este sistema son elevados. Existen problemas de equidad y accesibilidad.

COSTES

El país con un mayor coste sanitario del mundo ha sido históricamente EE.UU., que ha pasado de 4.703 dólares per cápita en el año 2000 a 7.410 en 2009^{*,7-9}; 1.059 veces más que la República Democrática del Congo, con 7. Puntualmente, y en el año 2009, el país con mayor gasto sanitario per cápita fue Mónaco, con 7.521 dólares, seguido por EE.UU. En este ranking, España ocupa la posición 21 de 191 países, con un coste de 3.150 en el año 2009 (1.036 en el año 2000).

El porcentaje de este gasto que procede de los sistemas sanitarios gubernamentales es un buen correlato del modelo de sistema sanitario vigente. Según datos de la OMS, en Guinea el 15,2% del gasto sanitario total procede de fondos gubernamentales y en Tuvalu es el 98,8%. En España, este porcentaje supone el 72,1% (puesto 60)⁹.

Más allá de las razones políticas, hoy en día es el control del gasto el principal responsable de las modificaciones que se implementan en diferentes lugares.

EVALUACIÓN

La figura 57-1 muestra la relación entre el gasto per cápita en salud y la esperanza de vida al nacimiento en 2009. En conjunto, la gráfica sugiere que *no* existe una relación lineal entre ambos factores, lo que refuerza la idea de que no sólo es un tema de cantidad de recursos invertidos. Así, se observa que a mayor gasto per cápita, mayor expectativa de vida hasta un determinado punto (1.500 a 2.000 dólares) en el que ulteriores o subsiguientes incrementos del gasto sanitario no se traducen en ganancias de la expectativa de vida. No sólo eso; hay países que han alcanzado una expectativa de vida superior a los 70 años con un gasto per cápita inferior a los 500 dólares, aunque por debajo de los 100 dólares la expectativa de vida no suele superar los 60 años.

*Todas las cifras en esta sección se expresan per cápita y en dólares internacionales para facilitar la comparación.

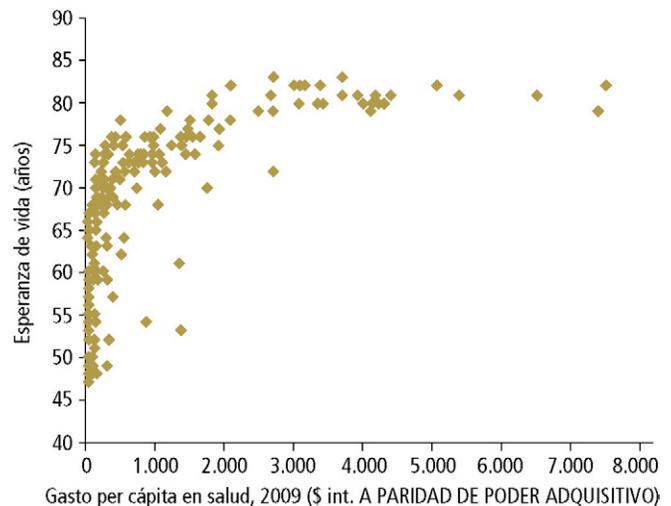


FIGURA 57-1 Gasto sanitario per cápita (dólares internacionales) y esperanza de vida al nacer (años), en varios países (año 2009). Para actualizar los datos consultar: <http://www.unav.es/departamento/preventiva/sp>. Tomado de OMS (<http://apps.who.int/ghodata/>; consultado el 23 de junio de 2011); de elaboración propia.

La efectividad y la eficiencia de los sistemas sanitarios hay que evaluarlas con el mismo rigor metodológico que el resto de intervenciones sanitarias¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: OMS; 2000. (ver <http://www.who.int/whr/2000/en/>).
2. Álvarez-Dardet C, Ronda E, Aranaz JM, Aibar C. Modelos de sistemas sanitarios. En: Sierra-López A, Sáenz-González MC, Fernández-Crehuet J, et al, eds. *Piédrola Gil, Medicina Preventiva y Salud Pública*, 11.ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008. p. 1241-57.
3. OMS. Key components of a well functioning health system. Ginebra: OMS; 2010.
4. Marset Campos P, Sáez Gómez JM, Sánchez Moreno A. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V, et al. eds. *Salud Pública*, Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 819-45.
5. Saltman RV, von Otter C. *Planned Markets and Public Competition*. Estocolmo: Open University Press; 1992.
6. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med*. 1990;31:1347-63.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2003.
8. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report Health Financing System. The path to universal coverage. Ginebra: OMS; 2010.
9. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory Data Repository [consultado el 24 de junio de 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/>
10. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO*. 2000;78:717-31.

1. La siguiente definición: «La estructura social creada para satisfacer las necesidades de la población en salud en los hogares, lugares de trabajo, sitios públicos y comunidades» se aplica a:
 - a) Modelo de seguros sociales
 - b) Modelo de sistema nacional de salud
 - c) Sistema sanitario público
 - d) Atención primaria de salud
 - e) Sistema sanitario

Correcta: *e*. Se trata de la definición de sistema sanitario según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. Un sistema sanitario, según la OMS, debería poseer las siguientes características, excepto:
 - a) Universal
 - b) Integral
 - c) Igualitario
 - d) Flexible
 - e) Participativo

Correcta: *c*. Un sistema igualitario implicaría tratar por igual a todos los miembros de una sociedad. Un sistema sanitario debe ser equitativo, es decir, el reparto de recursos y servicios debe orientarse para reducir las desigualdades en salud. Esto implica que las intervenciones no serán igualitarias sino que dependerán de las necesidades en salud.

3. Un sistema de salud de libre mercado:
 - a) Concibe la salud como un derecho
 - b) Es típico de países desarrollados
 - c) Es incompatible con un sistema de seguridad social
 - d) Es universal
 - e) Incluye el pago directo de servicios por parte de los pacientes

Correcta: *e*. El sistema de libre mercado incluye el pago directo porque, al considerarse la salud un bien individual y de consumo, cada persona es la que en parte determina la cuantía que dedica a su salud, para qué servicios y con qué proveedores.

4. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre un sistema de seguridad social y un sistema nacional de salud?
 - a) El primero concibe la salud como un derecho y el segundo como un bien
 - b) En el primero los servicios son para los contribuyentes y en el segundo, para todos
 - c) En el primero no hay cobertura integral de servicios sanitarios y en el segundo sí
 - d) El primero es un sistema más equitativo que el segundo
 - e) Todas las anteriores son diferencias entre los dos sistemas

Correcta: *b*. El sistema nacional de salud se financia a través de los impuestos de tal modo que la prestación de servicios es según las necesidades en salud, independientemente de la contribución realizada a través de los impuestos. En el sistema de seguridad social, sin embargo, el derecho a la atención se deriva de la condición de trabajador o cotizante y se hace extensible a sus beneficiarios.