

El Sistema de Salud como determinante de la salud poblacional

HEALTH SYSTEMS AS A DETERMINANT OF HEALTH

El sistema de salud de una nación ha sido definido por la OMS como “todas aquellas actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud” (OMS, 2000), pero más allá de esta definición normativa también puede ser comprendido como el resultado institucional del juego de fuerzas y tensiones socio-políticas, donde la respuesta organizada a las necesidades de salud, debe negociarse con múltiples intereses de los actores, en el complejo de relaciones y decisiones involucradas (Neri, 1982; Elola, 1995). Ambas definiciones son amplias y exceden a las instituciones y acciones sectoriales, abarcando a actores de la comunidad y al espacio de las políticas intersectoriales. Ahora bien las acciones que impactan en la salud de las personas y colectivos, incluyen más elementos de lo que esta definición permite. De esta manera los límites del sistema de salud podrían ampliarse sustantivamente e incorporar a gran parte de las actividades humanas (OPS, 2001).

Cuando no se asume la realidad como dada no es difícil asumir la diversidad y disparidad de preconfiguraciones conceptuales respecto de los sistemas de salud; éstas a su vez determinarán, al menos en parte, las descripciones de forma y organización de los sistemas de salud, que pretenderán estudiar el resultado sanitario, no permanente, de los procesos sociales de construcción de los estados/nación de los últimos siglos (OMS, 2007).

Intentar profundizar en el impacto de los sistemas sanitarios sobre la salud de las poblaciones y/o colectivos, presenta obvias limitaciones y grandes dificultades. Lo que cada sistema de salud es y significa aparece tremendamente heterogéneo y por otro lado cada sistema de salud afecta a una sociedad distinta, siendo entonces necesario apreciar sus beneficios y problemáticas en su debido contexto.

Quienes han observado los sistemas de salud por largo tiempo, han identificado orientadores, que les han permitido describir diversas tipologías de los mismos alrededor del mundo. Característicamente los ejes descriptores reflejan las tensiones ideológicas propias de nuestra época, es decir; el dilema de la propiedad pública / privada; el enfoque de resolución de las problemáticas societales, estado / mercado; la articulación del uso del poder centralizado / descentralizado; y otros derivados de los dilemas previamente descritos como el enfoque de seguridad social (Beveridge / Bismarkiano / Semashko); o la integración / fragmentación del sistema, etc.

La OMS por su parte y desde su espacio social, ha promovido una taxonomía basada en las funciones de los sistemas de salud, las cuales serían: provisión de

servicios, financiamiento (recaudación, acopio y compra), generación de recursos y rectoría. Propone además que sus objetivos serían: lograr niveles óptimos de salud de la población, la contribución financiera justa y la capacidad de respuesta a las expectativas de la población (OPS, 2007; OMS 2000). Ahora si bien resulta valioso estandarizar criterios de análisis de problemáticas globales, particularmente para su evaluación y comparación, este último modelo pone el énfasis en una imagen de sistema de salud como una industria de prestación de servicios, que se hace cargo de las expectativas de la población, pero no necesariamente la involucra o la valida como parte del sistema de construcción- protección de la salud. Esta imagen-discurso de los sistemas de salud no incluye una mirada sociopolítica, no elabora contenidos en torno a las relaciones de significado, que incluye a las de poder, y que en cualquier sistema les entregan su identidad. Por otro lado, esta mirada productiva de los sistemas de salud pone en un primer nivel jerárquico a los resultados y ensombrece el valor del proceso, de la deliberación, de la posible centralidad comunicativa de las construcciones humanas. Los sistemas de salud parecen ocupar también un espacio político, en torno a la apropiación individual y colectiva de los significados en torno a la salud, que puede cobrar sentido desde la perspectiva de la democracia, del juego de poderes y actores, de la lucha de clase, de la segregación o de la inclusión en el desarrollo de las sociedades.

Desde el discurso biomédico, y las evidencias que produce, las explicaciones para que un sistema sanitario impacte en la salud de la población, suelen orbitar en temas tales como el desarrollo y el acceso a los avances tecnológicos biomédicos de las intervenciones en salud. Entre ellos es posible interceptar e identificar, el desarrollo de los medicamentos como los antibióticos, cuyo ámbito de acción de mayor impacto curativo ha estado en el amplio espectro de infecciones bacterianas, llámense estas neumonías, meningitis, tuberculosis o cualquier otro descriptor patológico. Ha esto súmese la lista de técnicas y procedimientos antisépticos, que tienen su campo de acción médico quirúrgico en todas las etapas de la vida de los sanos-enfermos.

Por otro lado el desarrollo de las terapias preventivas y curativas para el manejo de problemas crónicos o derivados del envejecimiento y su

impacto en los indicadores de salud de la población adulta, es uno de los posibles mecanismos de alto impacto en la salud poblacional. Todo el desarrollo de terapias de soporte, particularmente de patologías respiratorias, cuyo espectro de impacto abarca desde la mortalidad infantil, hasta la del adulto, pudiendo mencionar la oxigenoterapia y la ventilación asistida como hitos relevantes en este dominio. A su vez el avance de la medicina interna y el manejo de las emergencias y urgencias del adulto, así como el desarrollo de la atención cerrada, permitirían la resolución efectiva del riesgo vital y de agudos.

Desde una perspectiva más preventiva, no es posible olvidar el desarrollo de vacunas y por supuesto todo el ámbito de conocimiento de las necesidades nutricionales de la población infantil, que en buena parte de los países implicó que el sistema de salud fuera una fuente relevante de nutrientes para la población infantil y materna, cuyo impacto en las competencias inmunológicas de la población es difícil de discutir. Así mismo la promoción intencionada de la lactancia materna resulta en un lugar bastante común al momento de explicar los resultados sanitarios en infantes.

Desde una mirada de salud pública, existe una importante cantidad de evidencia científica que muestra, con diversas metodologías de investigación, el impacto del sistema de salud sobre indicadores de salud poblacional. Clásicamente se cita al estudio de mortalidad y morbilidad de Marc Lalonde, a mediados de los años 70, que estimó su impacto en un 11% en la población canadiense (Lalonde, 1974). Desde entonces varios estudio econométricos y epidemiológicos han ido demostrando la importancia y la incidencia significativa de los sistemas de salud sobre la mortalidad general (Anand and Barnighausen 2004; Anand and Ravallion 1993; Bokhari et al. 2007; Cutler et al. 2006; Mackenbach 1996; McKee 2002; Robinson and Wharrad 2000, 2001), la expectativa de vida (Or, 2001), la mortalidad infantil y materna (Muldoon et al, 2011), entre otros. Al desagregar variables del sistema de salud, entre los indicadores con mayor reproducibilidad a nivel internacional, se encuentra la disponibilidad proporcional de médicos para una determinada población.

Así mismo la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (2007), en su red de conocimiento de sistemas de salud (RCSS),

llegó a similares conclusiones respecto de la fuerza de la evidencia disponible, que muestra los efectos beneficiosos del sistema de salud sobre las salud de la población, apoyándose para esto en una serie de estudios de caso múltiples y epidemiológicos especialmente encargados, además de la recopilación de la evidencia internacional disponible. En el mismo sentido el estudio de Or (2001) en países de la OCDE concluye: “...*the findings reported above suggest that the contribution of the volume of health care –or, more specifically, of the number of active physicians– to reducing mortality in OECD countries is substantial.*”

La evidencia disponible muestra que la organización interna del sistema de salud es relevante en lo que dice relación con su impacto diferencial sobre la salud poblacional, así se ha identificado que el potencial de impacto de la atención ambulatoria sobre la carga de enfermedad puede llegar hasta un 62% de todos los *DALYs* y a un 83,5% de los asociados a las 10 primeras causas, para países en vías de desarrollo (Berman, 2000). Starfiel (2005) por su parte identifica una asociación significativa entre un score de sistemas con mayor énfasis en la atención primaria de salud (APS) y mejores resultados sanitarios.

Entre las características de la APS, que algunos estudios de información secundaria han identificado asociadas significativamente con mejores resultados sanitario (todas las causas de mortalidad, mortalidad prematura por asma, enfisema, enfermedades cardiovasculares y por todas las causas), se encuentra la regulación geográfica, la capacidad de coordinación y la orientación hacia la comunidad de los servicios ambulatorios de salud (Macinko, 2003). Por otro lado la RCSS identifica como elementos claves de la APS, para explicar sus beneficios en la salud de los colectivos, la acción intersectorial y el empoderamiento social (OMS, 2007). Otros estudios han vinculado la calidad de los procesos asistenciales con los resultados de salud, tal es el caso de los aprendizajes recogidos de la experiencia de disminución de la mortalidad materna en países como Suecia (Lennart, 1991) donde la estandarización de la atención en la red de servicios obstétricos emerge como un factor determinante de sus resultados sanitarios.

Otras características de la literatura que han mostrado asociación con los resultados de salud han sido las facilidades de acceso de los servicios de salud y la experiencia de las personas con estos servicios, enfatizándose la necesidad de modelar

financieramente la organización de los servicios, de tal manera que no restrinja el acceso y se promueva la aceptabilidad de los mismos por parte de la población (Gulliford et al, 2002; OMS, 2009)

Al cerrar este escrito y habiéndome asomado a la experiencia internacional es de toda obviedad que si comparamos el desarrollo socioeconómico de los países, no encontramos una relación lineal entre este y sus indicadores de salud (WHO, 1993), lo que obliga a explorar, entre otros determinantes, las características y configuraciones específicas de los sistema de salud, que ayuden a explicar y comprender los resultados diferenciales.

El sentido común y la evidencia respaldan con fuerza la importancia del sistema sanitario, modulado por sus características, para impactar positivamente en la salud de una determinada población. Cuando un sistema de salud facilita el acceso, se orienta a la calidad, empodera a sus comunidades y actúa intersectorialmente, produce un efecto diferencialmente mejor sobre la salud de la sociedad en la cual este se ha construido. Las características antes mencionadas son consustanciales a lo que se ha denominado como la estrategia de APS, la cual no sólo ha sido concebida como un herramienta técnica al servicio de la salud de los colectivos, sino que se sustenta conceptualmente en un forma de entender la salud desde un modelo biopsicosocial y como estrategia sistémica de relación con la comunidad, incorporando y dialogando con los colectivos y promoviendo, en el mejor de los casos, la transformación de las estructuras sociales que encuadran un modo injusto el transcurso de la vida.

El debate de la salud, sus resultados y el sistema organizado que organizamos colectivamente para su promoción y cuidado, no se encuentra ajeno al juego del poder, que se da al interior de una sociedad para crearse a sí misma. Por ende el sistema de salud es uno de los reflejos simbólicos de las formas de relacionarnos al interior de ese juego dialéctico de las ideas y el poder. Al revisar el debate científico parece confirmarse el aporte de la mirada biomédica en el sistema de salud, la cual es complementaria con una forma de relación del sector con la sociedad civil/comunidad, que favorece un mirada integral, dialógica y de empoderamiento respecto de los contenidos de la salud.

Puesto en contexto histórico los sistemas de salud, tal como los conocemos hoy, son parte de la construcción de un cuerpo colectivo mayor, llá-

mese este estado/nación. Este proceso ha requerido una relación entre gobernantes y gobernados; entre estado, privados y sociedad civil, entre clases populares y una élite, que en la búsqueda de desarrollar un cuerpo colectivo, sano y productivo, se ha encontrado con la necesidad de contener dolencias y sufrimientos. En el ámbito de la atención de salud, las formas y mecanismos de esta relación se sintetizarán en el encuentro entre el personal sanitario con los miembros de la comunidad, en un marco de espacios físicos y sociales que enmarcan el orden de la relación. De esta forma la experiencia resultante facilitará o dificultará las formas individuales, familiares y colectivas de construcción de la salud.

Poner el acento en las distinciones espacio, relación y poder, es también poner en primer plano la relevancia de la trayectoria histórica de los sistemas sanitarios, de su proceso de creación e identificación, además de sus resultados. Así visto, no es sólo la función y el objetivo la que importa, su descripción funcional es insuficiente para su comprensión, resulta por tanto necesario investigar sistemáticamente la serie de decisiones que lo constituyeron y que determinan hoy su presente y también su futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anand, S., and Barnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross country econometric study. *Lancet*, 364(9445), 1603-1609.
- Anand, S., and Ravallion, M. (1993). Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives*, 7, 133-150
- Berman, P. (2000). Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, Volumen 78 (6).
- Bokhari, F., Gai, Y., and Gottret, P. (2007). Government health expenditures and health outcomes. *Health Economics*, 16(3), 257-273.
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2008). "Subsanar las Desigualdades en una generación"; Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Cutler, D., Deaton, A., and Lleras-Muney, A. (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20(3), 97-120
- Elola et al.(1995) Health Care in Western Europe. *American Journal of Public Health*, Vol. 85, No. 10.
- Kenneth, H., (2003) "Frameworks for studying the determinants of child survival" en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.81, N°.2, pp. 138-139.
- Lalonde M. (1974) A New Perspective on the Health of Canadians. A working document .Ottawa, ON: Minist. Supply
- Lennart, K. (1991)."Infant Mortality: the Swedish Experience" en *Annu. Rev. Publ. Health*, Volumen 12, pp. 177-93.
- Londoño J y Frenk, J.Banco. (1997)Documento de Trabajo 353 Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina . Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe;
- Macinko, J Starfield, B and Shi, L. (2003) Primary Care Systems and Health Outcomes in OECD Countries HSR: Health Services Research 38:3
- Mackenbach, J. (1996). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(11), 1207-1213.
- McKee, M. (2002). What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 20 (suppl. 59), 54-58.
- Muldoon et al. (2011) Health system determinants of infant, child and maternal mortality: A cross-sectional study of UN member countries. *Globalization and Health* Volumen 7:42
- Neri A. (1982) Salud y Política Social. Buenos Aires: Hachette ediciones
- Onyebuchi, A Arah1,2,3, Gert P Westert Diana M Delnoij5 and Niek S Klazinga (2005) Health system outcomes and determinants amenable to public health in industrialized countries: a pooled, cross-sectional time series analysis .*BMC Public Health* Volumen 5:81
- Or, Z. (2001), "Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries", OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 46, OECD Publishing
- OPS. (2001) Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington: OPS
- Robinson, J., and Wharrad, H. (2001). The relationship between attendance at birth and maternal mortality rates: an exploration of United Na-

- tions data sets including the ratio of physicians and nurses to population, GNP per capita and female literacy. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 445-455.
- Rose, R. (2005). *Learning from comparative public policy: A practical guide*. Abingdon: Routledge.
 - Starfield, B., and Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 60(3), 201-218.
 - Starfield, B., Shi, L., and Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
 - Wendt, C (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy* Volumen 19; 432.
 - WHO. (1993) *World Health Report: Health Systems Investing in Health* Oxford University Press.
 - WHO. (2000). *World Health Report: Health Systems Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
 - WHO (2007). *Commission on The Social Determinants of Health. Final Report Knowledge Network on Health Systems*. Genova: WHO.