

Héctor Javier Sánchez Pérez
Jorge Alejandro Flores Hernández
Miguel Martín Mateo

Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud

Curso GRAAL 7

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia
i de Medicina Preventiva

Universitat Autònoma de Barcelona
Servei de Publicacions
Bellaterra, 2011

Primera edició: mayo de 2011

Edició e impressió:
Universitat Autònoma de Barcelona
Servei de Publicacions
Edifici A. 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès). Spain
Tel. 93 581 10 22. Fax 93 581 32 39
sp@uab.cat
<http://publicacions.uab.cat>

Impreso en España. Printed in Spain

Depósito legal: B. 20.607-2011
ISBN 978-84-490-2680-5

Índice

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Introducción.....	9
1.2. Metodología del curso	10
1.3. Bibliografía.....	10
CAPÍTULO 2. REFLEXIONES EN TORNO A LA SALUD.....	11
2.1. Concepto de salud.....	11
2.2. Atención a la salud	14
2.3. Teoría de la transición demográfica.....	21
2.4. Transición en salud.....	26
2.5. Actividades a realizar	27
Bibliografía citada.....	28
Bibliografía recomendada.....	29
CAPÍTULO 3. INTRODUCCIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA Y A LA INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD.....	31
3.1. Epidemiología.....	31
3.1.1. Variables individuales o de persona.....	32
3.1.2. Variables de lugar	37
3.1.3. Variables de tiempo	38
3.2. Fases de la epidemiología.....	40
3.3. Preguntas epidemiológicas clave.....	41
3.4. La salud desde la epidemiología social	43
3.5. La investigación en sistemas de salud	44
3.6. Actividades a realizar	45
Bibliografía citada.....	46
Bibliografía recomendada.....	47
CAPÍTULO 4. PRINCIPALES INDICADORES EN SALUD PÚBLICA	49
4.1. Conceptos básicos. Proporción, razón y tasa. Tasas de prevalencia y de incidencia; tasas de mortalidad y letalidad	49
4.2. Tasas más utilizadas para medir el nivel de salud de una población.....	54
4.3. Enfoque de riesgo (riesgo absoluto, riesgo relativo y riesgo atribuible).....	61
4.4. Actividades a realizar	67
Bibliografía citada.....	68
Bibliografía recomendada.....	68
CAPÍTULO 5. FACTORES CONDICIONANTES DEL ESTADO DE SALUD DE UNA POBLACIÓN	71
5.1. Vulnerabilidad social.....	71

5.2. Indicadores demográficos.....	72
5.3. Indicadores socioeconómicos.....	76
5.4. Indicadores de recursos para la salud.....	79
5.5. Asignación de recursos para la salud.....	81
5.6. Actividades a realizar.....	83
Bibliografía citada.....	83
Bibliografía recomendada.....	84
CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	
ANÁLISIS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO.....	87
6.1. Concepto de calidad y su aplicación en el análisis de los servicios de salud.....	87
6.2. Atributos de la calidad.....	89
6.3. Estudios de calidad enfocados a la estructura.....	90
6.4. Estudios de calidad enfocados al proceso de la atención.....	90
6.5. Estudios de calidad enfocados a resultados.....	93
6.6. Actividades a realizar.....	96
Bibliografía citada.....	96
Bibliografía recomendada.....	97
CAPÍTULO 7. MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS PARA ANALIZAR TENDENCIAS Y SITUACIÓN ACTUAL DE PROBLEMAS DE SALUD (I).....	
7.1. Concepto de epidemia.....	99
7.2. Curva de incidencia epidémica y curva endémica.....	101
7.3. Análisis de programas de salud mediante el uso de «pirámides invertidas»..	105
7.4. Vigilancia epidemiológica.....	108
7.5. Técnica del árbol de problemas.....	114
7.6. Actividades a realizar.....	115
Bibliografía citada.....	116
Bibliografía recomendada.....	116
CAPÍTULO 8. EL PROCESO GERENCIAL EN SALUD; ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS (FODA) EN SERVICIOS DE SALUD.....	
8.1. El proceso gerencial en salud.....	117
8.1.1 Fases del proceso administrativo.....	118
8.2. Análisis FODA.....	122
8.3. Actividades a realizar.....	124
Bibliografía citada.....	124
Bibliografía recomendada.....	124
CAPÍTULO 9. ANÁLISIS DEL DERECHO A LA SALUD DENTRO DEL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	
9.1. Definición de derechos humanos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos.....	125
9.2. Pactos y convenios internacionales relacionados con derechos humanos y salud.....	127
– Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).....	127
– Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).....	127
– Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (Convención del Niño).....	127

– Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convención de la Mujer)	128
– Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Convención Racial)	128
– Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «Protocolo de San Salvador»	129
– Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT)	129
9.3. La salud desde una perspectiva de derechos humanos	131
9.4. Actividades a realizar	137
Bibliografía citada.....	138
Bibliografía recomendada.....	138
CAPÍTULO 10. MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS PARA ANALIZAR TENDENCIAS Y SITUACIÓN ACTUAL DE PROBLEMAS DE SALUD (II)	
10.1. Consideraciones acerca del proceso de investigación en salud.....	141
10.1.1. Clasificaciones de los procesos de investigación	141
10.1.2. Elección del diseño de investigación.....	144
10.2. Estudios ecológicos	144
10.3. Estudios transversales.....	145
10.4. Estudios retrospectivos (casos y controles).....	147
10.5. Estudios longitudinales (de cohorte o de seguimiento).....	147
10.6. Selección de la muestra	150
10.7. Confiabilidad y validez.....	153
10.8. Consideraciones éticas en la investigación en salud	153
10.9. Partes de un protocolo de investigación	157
10.10. Actividades a realizar	159
Bibliografía citada.....	159
Bibliografía recomendada.....	160
CAPÍTULO 11. EJERCICIO DE INTEGRACIÓN FINAL.....	
Actividad a realizar	161

Capítulo 1

Introducción

1.1. Introducción

El texto que contiene este libro constituye la guía de un curso que forma parte de las actividades académicas desarrolladas de manera conjunta entre el Grupo de Investigación de América y África Latinas (GRAAL) y El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).

Los objetivos del curso son proporcionar a los participantes, los conceptos y las herramientas metodológicas básicas para el análisis de las condiciones de salud de una población, así como de la respuesta institucional ante dichas condiciones.

Este curso está concebido como una primera parte de uno de mayores alcances en el que se incluirán aspectos relativos a econometría y análisis costo-beneficio y costo-efectividad, con lo que los participantes tendrán los elementos básicos necesarios para lograr un análisis integral de las condiciones de salud y la respuesta ofrecida por parte del Estado ante dichas condiciones.

El curso está conformado en capítulos correspondientes a los temas que lo componen. No obstante, también está pensado para que cualquier lector, aún no siendo alumno del curso, pueda iniciarse en los conceptos que aquí se ofrecen.

En el capítulo 2 se describen los diferentes conceptos de lo que se entiende por salud y por atención a la salud; asimismo, se hace una breve revisión de las teorías de la transición demográfica y transición epidemiológica o transición en salud.

En el capítulo 3 se realiza una revisión de los conceptos generales que se utilizan en epidemiología, incluyendo su definición, las variables individuales o de persona, de lugar y de tiempo, así como las distintas fases de los estudios epidemiológicos y se hace una introducción a la epidemiología social. Finalmente, también se lleva a cabo un análisis de las diferentes formas de abordar una investigación en sistemas de salud.

En el capítulo 4 se analizan y revisan las principales medidas utilizadas en salud pública, tales como las tasas en mortalidad y morbilidad, tanto globales como específicas, así como por causa y, finalmente, se hace un análisis de lo que es riesgo absoluto, riesgo relativo y riesgo atribuible, como medidas de asociación entre diversos factores que pudieran explicar una condición o un problema de salud determinado.

En el capítulo 5 se definen y presentan los factores condicionantes del estado de salud de una población. Este tema, junto con el anterior, permite ver de manera integral tanto las cuestiones de salud como los factores condicionantes, en este caso, los relativos a los factores sociodemográficos (como la vulnerabilidad social) y de recursos para la salud.

En el capítulo 6 se brindan los elementos básicos para comprender qué es y cómo se realiza el análisis de la calidad de los servicios de salud, bajo la propuesta aportada por Donabedian, de análisis de estructura, proceso y resultados en la calidad de atención a la salud.

En el capítulo 7 se revisa el concepto y cómo se realiza una «curva endémica». Se propone una revisión de los programas de salud a través de metodologías alternativas tal como la «pirámide invertida» y se proporcionan a los participantes las bases de la

vigilancia epidemiológica (o vigilancia en salud pública). Asimismo, se realiza una revisión de la técnica del árbol de problemas.

En el capítulo 8 se revisan los aspectos básicos del proceso gerencial en salud y del análisis denominado FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) en programas de salud.

En el capítulo 9 se lleva a cabo un análisis de derecho a la salud dentro del marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), a la luz de los principales instrumentos internacionales más importantes y que atañen al derecho a la salud de la población, tales como la Convención del Niño, la Convención de la Mujer, el Convenio de la no Discriminación Racial y de grupos vulnerables. También se hace una reflexión de la salud desde una perspectiva de derechos humanos y, finalmente, se efectúa una revisión de los principales aspectos que deben tomarse en cuenta para analizar el grado de cumplimiento que se tiene por parte de algunos gobiernos con este tipo de pactos internacionales, por ejemplo el principio de la progresión, el de la no regresión, el de rendición de cuentas y el de la participación comunitaria.

En el capítulo 10 se realiza una introducción al diseño de los principales estudios epidemiológicos (estudios transversales, longitudinales y estudios de casos y controles) y se hace una revisión de las principales formas de presentar un protocolo de investigación y algunos conceptos importantes como confiabilidad y validez. De igual manera, se revisan los principales aspectos éticos a considerar y cumplir en la investigación en salud.

Por último, el capítulo 11 está destinado a hacer un ejercicio final de integración, donde se propone la realización del análisis de un tema acerca de una enfermedad de importancia regional para América y África Latinas, tales como tuberculosis pulmonar, paludismo, cáncer cérvico-uterino, desnutrición infantil, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, VIH/SIDA y mortalidad materna entre otros indicadores.

1.2. Metodología del curso

Como se ha indicado con anterioridad, este libro es también la guía docente de un curso que está organizado con base en el autoaprendizaje, en el que los participantes irán recibiendo asesoría bien sea de manera presencial, o bien mediante el uso de la plataforma Moodle. El participante tendrá acceso a dicha plataforma a través de la página web residente en uno de los diversos servidores docentes de los que dispone la red GRAAL: <http://graal.uab.es> y <http://graal.org.ve>.

En cada uno de los temas se ofrece una introducción por parte del profesor, bien sea a través de presentaciones disponibles en la página web de GRAAL, mediante videoconferencia, multimedia o en forma presencial. En dichas presentaciones se dan los objetivos de cada tema, se señalan los objetivos a cumplir y los temas a tratar en cada uno de ellos.

En este libro de trabajo se encontrarán los aspectos básicos de cada uno de los temas tratados y, al final de cada tema, se proponen una serie de ejercicios a realizar dentro de los tiempos que se establezcan en el curso.

1.3. Bibliografía

Al término de cada capítulo, los participantes encontrarán la bibliografía básica correspondiente.

Capítulo 2

Reflexiones en torno a la salud

Objetivos

- Analizar las diferentes concepciones y definiciones del término «salud».
- Revisar el concepto «atención a la salud».
- Presentar las bases para el análisis del concepto «transición en salud o transición epidemiológica».

2.1. Concepto de salud

«Todo mundo sabe lo que es la salud, hasta que se intenta definirla...»

A lo largo de la historia, han existido diversas definiciones de lo que es la salud, desde aquellas referidas únicamente a cuestiones funcionales («estado en que el ser orgánico cumple todas sus funciones»), hasta las anatómicas, etcétera.

Lo que es un hecho es que de su planteamiento dependerá la manera de concebir y estructurar el conocimiento de la enfermedad y muerte como un proceso histórico y de un tipo particular de organización y relaciones sociales para su promoción y preservación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, lanzó la siguiente definición: «Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la mera ausencia de enfermedades». Sin embargo, esta definición fue criticada —entre otros aspectos— por su idealismo y porque sugiere que todos estamos enfermos a menos que se complete el bienestar de las tres esferas citadas. De igual manera, es también motivo de dudas el tratar de definir, a su vez, qué es lo que debe entenderse como «completo».

De esta forma, a la salud en no pocas ocasiones se le ha concebido únicamente como la «habilidad» para hacer o no ciertas cosas que varían de acuerdo con el sexo, la edad y la ocupación del individuo (*expectativas*), entre otros aspectos.

En términos prácticos, no existe un consenso sobre lo que es la salud como tal (algunas personas pueden estar más saludables para algunos criterios pero no para otros) y lo que es de resaltar es que es un concepto relativamente cambiante de acuerdo con la época y cultura en la que se define, tal y como se puede apreciar en los siguientes ejemplos:

- Para los mayas el estrabismo era un símbolo de belleza; en otras culturas se han practicado deformaciones físicas para llegar a estar «sano».
- Antes se pensaba que lo adecuado era alimentar a los niños desnutridos sobre todo con proteínas; hoy se recomienda más darles alimentos que den energía (cereales).
- Antes, para las úlceras del estómago se recomendaba beber mucha leche; hoy, tomar mucha agua.

- Antes para las diarreas se recomendaba principalmente el uso de sobres de rehidratación oral. Actualmente se recomiendan más las bebidas hechas con cereales, ya que estas ayudan más a evitar la pérdida de agua, a disminuir la diarrea y a combatir la desnutrición.

De igual forma, el concepto de salud va asociado, en muchos sentidos, al concepto de «normalidad», el cual, a su vez, también cambia según el momento histórico, el lugar y las condiciones en que se dé. En este sentido debe destacarse que una «anormalidad» determinada no debe ser considerada necesariamente como un estatus de enfermedad.

Por otra parte, debe señalarse que la medicina moderna ve la salud principalmente en función del conjunto anatómico y los sistemas fisiológicos, mientras otras concepciones la ubican en diferentes dimensiones. Por ejemplo, Herzlich (1978) distingue tres: la ausencia de enfermedades, la capacidad de resistirlas y el *estado del hacer* (realización de los individuos), aunque ello varía según la edad y el estatus de las personas.

En el concepto de salud se involucran:

- Las necesidades percibidas, es decir, lo que siente la gente (lo que la gente piensa que son sus mayores problemas) y que determinan los mecanismos que la gente utilizará para alcanzar su «salud».
- Las necesidades reales, es decir, las definidas «técnicamente» (salud como definición «oficial»).
- La voluntad (ganas de hacer los pasos necesarios).
- Los recursos destinados para la resolución de necesidades no satisfechas.
- Kleinman (1980), sugiere tres ambientes interrelacionados en el que se da este concepto:
 - La popular (casa o comunidad donde uno vive). Bebidas calientes (té).
 - La folklórica (trabajadores de salud no profesionales atienden diversas enfermedades desde la medicina tradicional —hierberos, curanderos, clarividentes, etcétera).
 - La profesional, según el contexto, la biomédica (terapia a base de fármacos y cirugía), occidental y oriental (la desarrollada, por ejemplo, en China y en la India).

En la definición «oficial», se puede distinguir un predominio de aspectos considerados como «negativos», es decir, para llegar a ser considerado una persona sana, el individuo no debe presentar enfermedades o anomalías en el cuerpo (primera mitad del siglo xx) y no debe sufrir malestares o sentimientos de ansiedad, angustia, dolor o síntomas que pueden estar o no acompañando a una enfermedad (presencia de alguna patología o anomalía en alguna parte del cuerpo). No obstante, una crítica de esta concepción es que *mucha gente puede estar enferma sin saberlo* (como es el caso del cáncer en sus primeros estadios, la diabetes y de algunas patologías orales). De acuerdo con la definición de salud-enfermedad, una persona está sana si no muestra signos de anomalía en el cuerpo (sin tomar en cuenta las percepciones de la persona) y que normalmente puede ser diagnosticada por un médico o un profesional de la salud.

Ante dicha concepción, diversos autores (Seedhouse, 2001; Parsons, 1988, entre otros), han propuesto la presencia de ciertas cualidades (expectativas) en cinco diferentes aproximaciones:

- Dimensión emocional, social, espiritual, sensual y sexual (visión holística).
- Estado de capacidad óptima de un individuo para desarrollar de forma efectiva los roles y tareas para los que ha sido socializado (en función de normas sociales).

- Salud como «mercancía». La salud como cosa amorfa que puede ser comprada (servicios privados), vendida (centros de salud, tiendas de alimentos) y perdida (accidentes, enfermedad).
- Salud como fortaleza (habilidad) personal. La salud como reserva de energía y capacidad para resistir y vencer enfermedades, es decir, habilidad para adaptarse a las circunstancias y nuevas situaciones («resiliencia»). Engloba la esfera mental (actitudes del individuo que le hacen sobreponerse a la adversidad).
- La salud como base de potencial personal. Suma de factores que permiten al individuo alcanzar su máximo potencial personal (lo que Seedhouse define como «*foundations for achievement*», es decir, «fundamentos para el éxito»). Algunos de estos factores son comunes a todos (condiciones ambientales), mientras que otros son de naturaleza individual o de grupo (agua, comida, acceso a la información, etcétera).

En la literatura anglosajona, se hace la distinción entre «*disease*» (enfermedad) e «*illness*» (experiencia subjetiva que puede o no acompañar a la enfermedad) (Field, 1976). Según esta concepción, la ausencia de sentimientos «desagradables» (ansiedad, dolor, angustia) sería estar saludable, es decir, sano.

En términos de la medicina social, la salud es uno de los derechos humanos primordiales. A partir de ello, puede señalarse que todos los estados deben procurar el derecho a la protección a la salud de sus habitantes, lo cual incluye —entre otros aspectos— el bienestar físico y mental de las personas, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, así como la creación de condiciones que contribuyan al pleno ejercicio de las capacidades de las personas.

Si bien es cierto que en el área de la salud los estados desarrollan una determinada infraestructura y organización de los servicios de salud para lograr los anteriores propósitos, gran parte del nivel de salud de una población depende de los siguientes dos aspectos: del modelo de atención a la salud y de las condiciones de vida de una población.

En el primer caso, los servicios de salud de los países occidentales se basan en el denominado «modelo hegemónico», el cual tiene como características ser eminentemente curativo, hospitalario y ajeno a la estructura de enfermedades prevalecientes, en el que los conocimientos en torno a la salud son propiedad de unos cuantos. No pocos autores han hecho ver la necesidad de impulsar una crítica científica que combata las inadecuaciones entre el saber y la práctica médica y sanitaria con lo que sucede en la realidad, es decir, que apunte a la desideologización de las instancias concretas de la salud y la enfermedad. Es sabido que, en la gran mayoría de los países en desarrollo, la organización y el funcionamiento de los servicios de salud obedecen a cuestiones políticas y de mercado, es decir, no se encuentran necesariamente estructurados en función de las necesidades de salud no satisfechas de la población, y más bien lo están para cubrir los intereses de la clase gobernante, tanto nacional como internacional.

Por lo que respecta a las condiciones de vida de una población, puede decirse que la situación de salud de un país depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que estas se producen y no tanto por las intervenciones médico-sanitarias. Es un hecho que las principales causas de muerte y enfermedad de las áreas pobres del mundo no son la escasez de recursos ni los procesos de industrialización, ni siquiera la tan pregonada explosión demográfica, sino más bien el patrón de dominio sobre los recursos de esos países en los que la mayoría de la población no ejerce control sobre ellos y solo es propiedad de unos cuantos. De hecho, Vicente Navarro (1981) señala que «*la única manera de romper con el subdesarrollo de la salud, es romper con la enfermedad del imperialismo*».

Bajo este enfoque, dado que la salud es un bien económico, político y social de una sociedad, debe ser una medida del desarrollo alcanzado, lo cual, a su vez, depende fuertemente de la equidad o inequidad del acceso a la tierra, los salarios, los servicios y los derechos básicos. En este sentido, la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido criticada por ser idealista y poco comprometida con la realidad, que tal y como se concibe, tiende a agravar más las desigualdades existentes (1978: «*Salud para todos en el año 2000*»; 51 Asamblea de la OMS, 1998: «*Salud para todos en el siglo XXI*»).

De esta forma, bajo la mera orientación clínica y biologicista de la medicina, no se encontrará la respuesta a las manifestaciones y repercusiones de la enfermedad y muerte: por ejemplo, puede decirse que la identificación del agente no es sinónimo de enfermedad ni de estatus de enfermo. La orientación medicalizada de la salud debe, necesariamente, ir acompañada de una visión social que revise cómo están las condiciones materiales que inciden en la distribución de la enfermedad y muerte entre los distintos grupos poblacionales: es perfectamente sabido que los grupos en peores condiciones de marginación económica y social tienen las mayores cargas de enfermedad (sobre todo de aquellas asociadas a las condiciones sociosanitarias —es decir, las infecto-contagiosas) y, en contraparte, los grupos que están en mejores condiciones tienen las mejores posiciones en cuanto a indicadores de vida y salud se refiere.

Ello es particularmente importante de considerar, ya que, en la práctica, bajo los modelos actuales que se tienen de tipo político, social y económico, la salud ha pasado de ser un bien humano a ser una gestión monetarista por la aplicación restrictiva, discrecional y sujeta a los mercados con fines políticos y económicos, tal y como lo han dictado las políticas del Banco Mundial (BM), del Fondo Monetario Internacional (FMI) e inclusive de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS).

En resumen, puede destacarse que la salud es una de las mayores responsabilidades de los gobiernos y es un elemento fundamental de desarrollo económico, por lo que todas las estructuras sociales y políticas deberían, de alguna forma, garantizar, por una parte, la seguridad social y, por otra parte, el derecho a la protección a la salud de toda la población.

Si no se realiza una revisión exhaustiva de lo que es el concepto de salud, no se podrán tener las herramientas necesarias para hacer un análisis de las estructuras organizativas de los sistemas de salud, ya que estas no toman en cuenta los riesgos sociales que se tienen en la salud y que de alguna forma, hasta ahora, prácticamente, parecen ser paliativos que no modifican las condiciones de fondo y de estructura de las condiciones de vida de una población.

2.2. Atención a la salud

En términos generales, la atención a la salud de una población —o lo que es en términos jurídicos, el derecho a la protección a la salud— se procura mediante el otorgamiento de servicios de salud. Algunos estados, como el de México, definen los «servicios de salud» como «todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad», dividiéndolas en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social (Ley General de Salud, Art. 23).¹ Otras definiciones de servicios de salud incluyen, también, la minimización de la discapacidad.

1. Ley General de Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>

Los servicios de salud pueden clasificarse en tres tipos: de atención médica, de asistencia social y de salud pública. Como ya se mencionó anteriormente, la atención médica en la gran mayoría de los países está basada en un modelo eminentemente curativo, hospitalario, ajeno a la estructura de enfermedades prevalentes.

Al igual que el concepto de salud, la organización de los servicios de salud varía de acuerdo con el contexto político, social, económico y cultural donde se encuentran inmersos. De esta forma, existen diversos factores que determinan su operación —todos ellos estrechamente interrelacionados—, entre los que se pueden citar: fuente de financiación (que a su vez determina a la población a la que van dirigidos) y el modelo de atención propiamente dicho.

Fuente de financiación

Los servicios de salud pueden ser públicos,² privados y mixtos (es decir, que se organizan y operan con recursos tanto del Estado como de empresas privadas y de los trabajadores, tal como es el caso de algunos esquemas de seguridad social). Mientras los públicos van dirigidos a satisfacer las necesidades de salud no satisfechas de la población, los privados tienen como principal fin el lucro, en tanto que los de esquema mixto representan un componente de seguridad social de trabajadores cuyos alcances se establecen en sus contratos de trabajo. No obstante, en algunos países con sistemas socialdemócratas, tal como es el caso de la gran mayoría de los países europeos, así como algunos de Norteamérica (como Canadá) el servicio público de salud es global, universal y no subsidiario.

Vale decir que es común que existan notables diferencias —inequidades— en el gasto en salud *per cápita*, según el esquema de financiación de cada tipo de servicio de salud. De esta forma, usualmente los servicios de salud que únicamente son financiados con fondos provenientes del Estado tienen menor gasto *per cápita* que los privados y mixtos.

En los servicios privados, la salud tiende a verse como una mercancía. Dado que su fin es el lucro y los inversionistas necesitan recuperar —e incrementar— sus inversiones, estos servicios son los más caros y, por ende, en la gran mayoría de los países —sobre todo de los denominados subdesarrollados— solo un 5-10 % de la población tiene acceso económico a este tipo de servicios. Contrariamente a lo que el común de la gente piensa, el mayor coste de este tipo de servicios no es necesariamente garantía de una mejor calidad de la atención.

En el caso de los servicios de salud con financiación «mixta», pueden señalarse dos grandes tipos:

- Los que funcionan con fondos de los trabajadores, de los patrones y del Estado, es decir, producto de las relaciones obrero-patronales, donde el Estado aporta de manera complementaria una parte de los gastos.

2. En algunas regiones, a los servicios de salud públicos, se les conoce también como «gubernamentales», «del gobierno» o «estatales». Pensamos que debería evitarse el término de servicios «gubernamentales», dado que en realidad dicho tipo de servicios son del Estado que no del gobierno, ya que este último es únicamente el ejecutivo y responsable del funcionamiento de dichos servicios, en tanto que la responsabilidad y la propiedad intrínsecamente son del Estado, es decir, tanto del conjunto de estructuras gubernamentales como también de los ciudadanos y de la forma de organización y funcionamiento con que se dotan a sí mismos. Nombrarlos como «gubernamentales» o «del gobierno» implica que, por una parte, la población los perciba como ajenos y no se apropie de ellos y, por otra parte, si ocurre un cambio de gobierno (institucional o por medio de otros mecanismos), el próximo no tiene por qué asumir necesariamente la responsabilidad del anterior, lo cual no tiene que ser así. Pensamos que la escasa reflexión que existe sobre estos aspectos conlleva precisamente a que la población confunda permanentemente la diferencia entre Estado y gobierno.

principalmente por el número de camas censables (es decir, para internamientos) con que cuenta.

Por su parte, el tercer nivel de atención, se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Campo de acción de mayor especialización.
- Problemas de salud de menor frecuencia.
- Constituyen hospitales de concentración.
- Atención básicamente hospitalaria y en grandes centros médicos.
- Los pacientes (se supone) son referidos del segundo nivel de atención y una vez atendidos, son contra-referidos al segundo o primer nivel —según sea el caso— para su seguimiento.
- Muy alto nivel tecnológico y de medicina especializada.
- Orientación a la limitación de daños, a la rehabilitación y al restablecimiento de capacidades de las personas.
- En algunos países incluye centros importantes de investigación, bien sea por tipo de función del organismo (neurología y neurociencias), por tipo de enfermedades (cancerología, nutrición, infecciones respiratorias, traumatología), o por tipo de población al que van dirigidos (pediatría, hospital de la mujer, gerontología, etcétera).

Como puede verse, en términos generales, los servicios de salud reflejan el denominado modelo del «Iceberg», tanto en lo que se refiere a la atención de necesidades definidas clínicamente como en los tres niveles de atención, tal como se aprecia en las figuras 2.1 y 2.2:

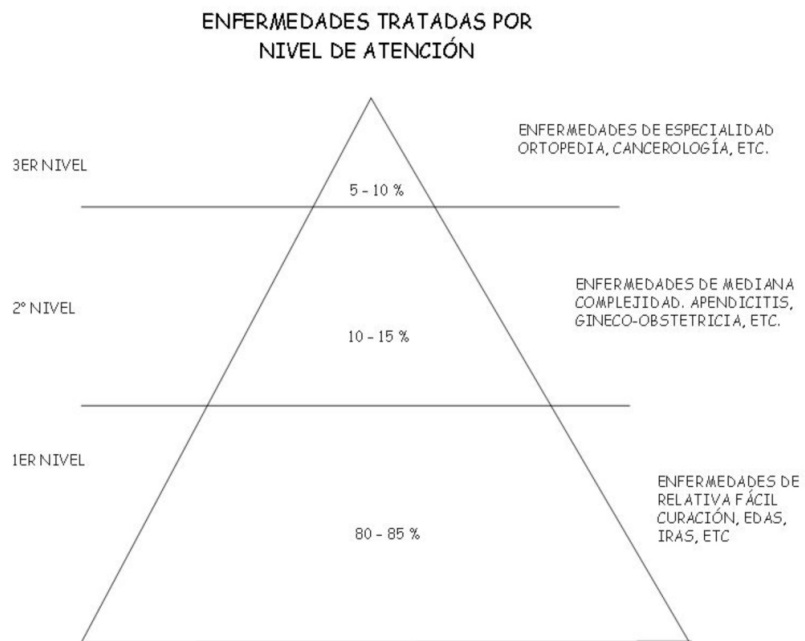


Figura 2.1. Pirámide de enfermedades tratadas según el nivel de atención

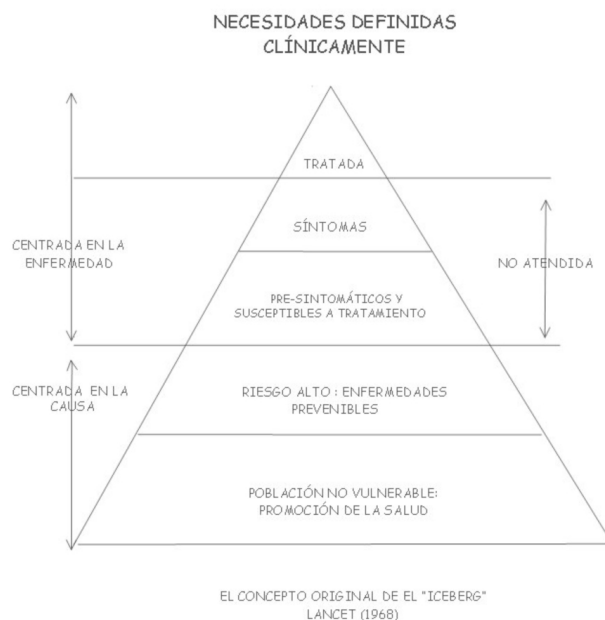


Figura 2.2. Pirámide de necesidades definidas clínicamente

2.3. Teoría de la transición demográfica

Las poblaciones en el mundo, a lo largo de la historia, han ido modificando su estructura y su composición por grupos de edad, fenómeno que se conoce como «transición demográfica». Así, de un altísimo componente de población eminentemente joven, la gran mayoría de las poblaciones tienden a hacerse cada vez con un peso mayor de población en edades de 60 y más años de edad, hecho que se conoce como «envejecimiento poblacional». Estos cambios se deben a que las poblaciones pasan de altas tasas de natalidad y mortalidad a bajas tasas de natalidad y mortalidad (Population Reference Bureau, 2003). Durante mucho tiempo los altos niveles de mortalidad y natalidad evitaron que las poblaciones tuvieran crecimientos rápidos. De hecho, algunas poblaciones hasta desaparecieron porque los niveles de natalidad no alcanzaron a compensar las muertes ocurridas en dichas poblaciones. Conforme mejoran las condiciones de vida se reducen las tasas de mortalidad. Dado que la reducción de la mortalidad precede a la reducción de la fecundidad, ello resulta en un crecimiento poblacional durante un periodo de transición.

A la caída de los niveles de mortalidad, impulsada en mayor medida por los avances médicos y la mejora en las condiciones sociosanitarias durante el siglo xx, no correspondió una reducción en igual magnitud y velocidad de las tasas de fecundidad, por lo que la población creció rápidamente, aunque en la actualidad es posible ver países que tienen niveles demasiado bajos de fecundidad, que ya tienen una tasa de crecimiento negativa, como es el caso de algunos países europeos (en el Caribe es el caso de Cuba), donde las tasas globales de fecundidad (TGF) están por debajo de los dos hijos por mujer, nivel que no alcanza a cubrir el efecto reemplazo generacional.

Así, España, Italia, Rusia y Cuba, por citar solo unos ejemplos, tienen TGF de 1,2, y si permanecen en dicho nivel —tal como las actuales circunstancias hacen suponer— en un futuro no muy lejano presentarán problemas debido a la posibilidad de que su poblaciones se reduzcan inclusive en un tercio de su población, tal como es el caso de

Ucrania (Population Reference Bureau, 2003). En este sentido, es paradójico que, mientras algunos países como China tienen una política punitiva a su población para que no tengan más que un solo hijo por pareja, en otros países como Francia y Noruega, se tenga una política en pro del crecimiento poblacional (por ejemplo, dando estímulos económicos por cada hijo, promoviendo permisos hasta por uno o dos años, con goce de sueldo por maternidad y paternidad) y en otros países se esté desperdiciando el denominado «bono demográfico», que consiste en que dada su estructura de edad actual (composición de población de 0-14, 15-64 y 65 y más años), permita que la tasa de dependencia económica (la relación entre la población económicamente inactiva, conformada por los grupos de edad de 0-14 y 65 y más años, con respecto a la población económicamente activa, es decir la del grupo de 15-64 años) sea notablemente baja.

Por ejemplo, en el caso de México (Barceleta Chávez, 2008:194-197): «En 1970 la tasa de dependencia era de alrededor de 1,1, es decir, había 1,1 personas inactivas por cada persona activa. En cambio, en 2000 la relación fue de solo 0,7 y, de acuerdo con las proyecciones existentes, seguirá reduciéndose hasta 0,6 hacia el año 2020, cuando se registrará la menor tasa de dependencia de la historia moderna del país. En otras palabras, la proporción de población en edad de trabajar continuará creciendo más rápidamente que la población dependiente en edad escolar o en edad de retiro.»

Se le denomina «bono demográfico» debido a que es una situación en la que se cuenta con una mayor proporción de población en edad de ahorrar, invertir, trabajar y producir, mientras que cada vez un menor número de personas requieren de inversiones en educación y salud. Si esta circunstancia se aprovecha de manera adecuada será posible detonar un proceso de mayor acumulación de activos y mayor crecimiento económico. Históricamente, los países con una mayor proporción de niños y jóvenes ahorran menos que aquellos que tienen la mayor parte de su población en edad de trabajar (que es cuando se observa el nivel más alto de ahorro) y vuelven a registrar reducciones en su ahorro cuando crece la población en edad de retiro (Barceleta Chávez, 2008).

En consecuencia, prácticamente la totalidad de las poblaciones, en mayor o en menor medida, tienden a modificar su estructura piramidal, la cual deja de ser de base ancha para adquirir otras formas que denotan los cambios de la estructura de la población (véanse las pirámides poblacionales de México, figura 2.4, y España, figura 2.5, que se muestran en este texto). Los principales factores que influyen en dichos cambios son, principalmente:

- Cambios en el patrón de fecundidad de la población.
- Cambios en la mortalidad.
- Migración.
- Mayor participación de la mujer en la fuerza laboral.
- El encarecimiento de los costes de la vida (procesos inflacionarios con desequilibrio entre el coste de bienes y servicios, con muy escaso avance en los niveles salariales).
- Preferencias en que las personas desean utilizar su tiempo libre (viajar, estudiar, trabajar, no tener responsabilidades de hijos, entre otros).

En épocas antiguas, la mayoría de las poblaciones tenían elevados niveles de mortalidad y de fecundidad. Actualmente, y principalmente en los países desarrollados, existe un patrón de mortalidad y fecundidad reducidas.

Por otra parte, también debe mencionarse la importancia de los factores socioeconómicos y culturales en el patrón demográfico de una población. Está plenamente documentada la existencia de una fuerte correlación entre los niveles de desarrollo socioeconómico y el comportamiento demográfico de una población, de tal manera que se

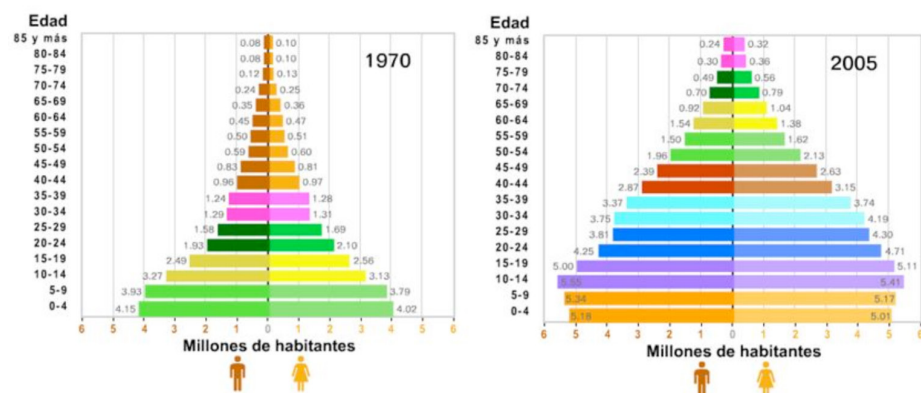


Figura 2.4. Pirámides de población en México, 1970 y 2005

Fuente: INEGI: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
 Fecha de consulta: 18 de enero de 2008.

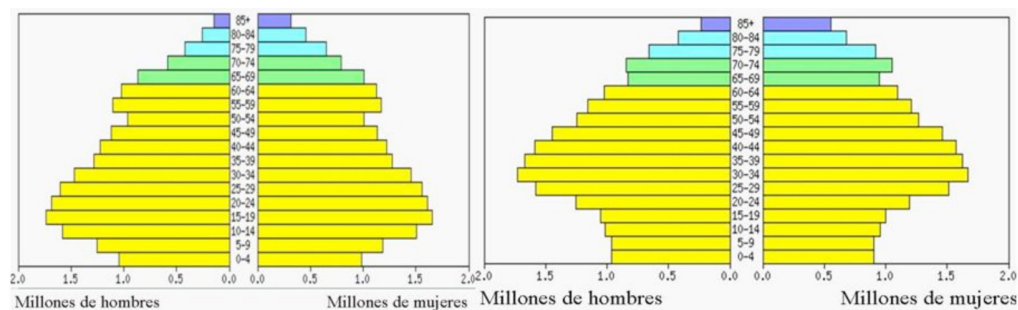


Figura 2.5.: Pirámide de población en España 1991 y 2005

Fuente: www.pdipas.us.es/o/oliva/TEMA%206.ppt

considera que un país o región determinada, mientras mayores retrasos socioeconómicos presente, su comportamiento demográfico se compondrá de alta mortalidad y alta fecundidad, en tanto que, a mayor desarrollo socioeconómico, alcanzará reducidas tasas de mortalidad y fecundidad.

En este contexto, dos fenómenos que intervienen de manera importante, son: los movimientos migratorios (ya sea en forma de emigración o de inmigración de poblaciones humanas) y los programas de planificación familiar.

Los principales movimientos migratorios que pueden darse, en sentido expulsor (emigración), obedecen a:

- Situaciones de marginación socioeconómica: la gente emigra en busca de mejores oportunidades laborales y salariales.
- Conflictos políticos, sobre todo si en estos hay presencia de guerras (incluyendo las de baja intensidad), grupos paramilitares o situaciones de hostigamiento y violación de los derechos humanos debido a disensos con el régimen imperante.
- Conflictos religiosos.
- Fenómenos que impliquen desastres naturales (tsunamis, terremotos, inundaciones, incendios, por citar solo algunos) o no naturales (accidentes nucleares, zonas de riesgo por presencia de contaminantes, como el plomo, por ejemplo).