

Los Sistemas Nacionales de Salud. Una perspectiva comparativa*

JULIO FRENK MORA
Y AVEDIS DONABEDIAN

RESUMEN

Este artículo intenta desarrollar algunos de los elementos básicos para una teoría sobre la intervención del Estado en la atención médica. Primero se propone una tipología de modalidades de intervención estatal basada en dos dimensiones: la forma de control del Estado sobre la producción de servicios médicos y las bases para seleccionar a la población beneficiaria de los programas de salud. Los doce tipos resultantes proporcionan un medio para construir perfiles de modalidades que describan, en un momento dado, patrones nacionales de participación del Estado en este campo. Posteriormente, se analizan las transformaciones temporales de la intervención estatal en

la atención médica, utilizando los cambios en la forma de control y en la cobertura de la población para construir tres vías hipotéticas de intervención, las cuales pueden servir para representar amplias tendencias históricas en los principales grupos de países. En la sección final se señalan algunas variables, de acuerdo al supuesto efecto que tienen sobre los patrones de convergencia y divergencia que exhiben los países en diferentes niveles de desarrollo, en relación a las modalidades y vías de intervención estatal en la atención médica. Esta perspectiva comparativa entre naciones se ofrece como una estrategia para construir una teoría que explique la intervención del Estado, un proceso que, en gran medida, guía la experiencia médica de nuestros días.

* Una versión más extensa de este artículo apareció en la revista *Health Policy and Planning* (publicada por la Oxford University Press en asociación con The London School of Hygiene and Tropical Medicine), Vol. 2, No. 1, Marzo de 1987, págs. 17-31, bajo el título "State intervention in medical care: Types, trends and variables".

INTRODUCCION

Hace algunos años, Michel Foucault (1976) señaló la necesidad de estudiar lo que él llamó

el "modelo de desarrollo médico". Así como los economistas modernos han tenido que examinar el "despegue" económico del mundo occidental, quien desee comprender las dimensiones actuales del progreso y de la crisis en medicina debe analizar el "despegue" médico y sanitario, que se inició en Europa alrededor del siglo dieciocho.

Cualquier modelo de desarrollo médico debe describir y explicar la participación del Estado en la producción de servicios de salud. No es raro encontrar en las discusiones sobre los sistemas contemporáneos de salud, una imagen que presenta a la intervención estatal como un fenómeno relativamente reciente y limitado a las sociedades avanzadas, "post-industriales" (véase, por ejemplo, Fuchs, 1979). Sin embargo, la evidencia disponible no parece apoyar este punto de vista. La intervención del Estado en Europa se remonta a los siglos dieciocho y diecinueve (Rosen, 1972; Foucault, 1977). Además, a partir de la década de los cuarenta (y en algunos casos antes), el Estado también se ha convertido en el principal regulador y propietario de los recursos para la salud en la mayor parte de los países subdesarrollados. De hecho, algunos autores hablan de la "universalidad" de la intervención del Estado en la atención médica (Donnangelo, 1975:4). Al mismo tiempo, sin embargo, la naturaleza de la intervención varía en los distintos países: ha diferido en la forma de organización, en la cobertura de la población, en la extensión de los beneficios y en el grado de control sobre la producción de los servicios de salud.

El siguiente análisis demostrará la necesidad de usar una perspectiva comparativa para

desarrollar una teoría integral, que ayude a explicar los patrones mundiales de la intervención estatal en la atención a la salud. En la primera sección tratamos el problema básico de clasificar el fenómeno bajo estudio. En la segunda sección proponemos algunas vías hipotéticas de intervención estatal en la atención médica. De esta manera, esperamos identificar las formas en las cuales, en cuanto a intervención estatal se refiere, los países se vuelven más similares entre sí, así como las formas en las cuales éstos conservan sus diferencias o las incrementan. En la sección tercera y final mencionamos algunas de las variables más importantes, que pueden explicar por lo menos una parte de estos patrones de convergencia y divergencia entre grupos de países en diferentes niveles de desarrollo social, económico y político.

A pesar del hecho de que la intervención del Estado en el sector salud comprende un amplio conjunto de actividades, la mayor parte de nuestra discusión se enfocará hacia los servicios personales de salud y, dentro de éstos, hacia los servicios médicos. Hacemos esto porque al comparar la atención médica con áreas tradicionales de intervención estatal, como la salud pública, se observa que aquélla ha ofrecido mayores oportunidades para considerar la legitimidad de la intervención estatal, para conciliar intereses en conflicto y para adoptar formas variables de intervención.

TIPOS DE INTERVENCION DEL ESTADO EN LA ATENCION MEDICA

Esquemas Existentes de Clasificación

En vista de la amplia variación que caracteriza

a las formas de intervención gubernamental en asuntos médicos, no debe sorprendernos que la literatura sobre sistemas nacionales de salud contenga varios esquemas de clasificación basados en diferentes criterios. Una clasificación ampliamente utilizada distingue entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio nacional de salud (Terris, 1978). Otra clasificación reconoce, además de los sistemas de "libre empresa", tres tipos principales de programas públicos: seguridad social, asistencia pública y servicio universal (Roemer, 1960). Field (1973) basa su análisis en cuatro "tipos ideales" de sistemas de salud: plural, seguro de salud, servicio de salud y socializado.

Tipologías como éstas, aunque útiles para propósitos de comparaciones amplias, engloban bajo una sola categoría sistemas totales de salud, que en muchos casos mezclan varios sectores o programas muy diferentes. Un ejemplo es el de muchos países de Latinoamérica, donde el gobierno posee y opera dos subsistemas distintos: asistencia pública para los campesinos y los indigentes urbanos, y seguridad social principalmente para asalariados. En estos casos, con frecuencia es difícil determinar cuál de los dos subsistemas es dominante. Una caracterización sumaria de la totalidad del sistema es aún más difícil cuando, como sucede frecuentemente en estos países, el sistema de seguridad social se encuentra formado de diversas agencias para diferentes grupos ocupacionales (Roemer, 1975).

En resumen, muchas de las tipologías existentes consideran a los países en su totalidad como unidades de análisis. Los problemas que

ello acarrea pueden resolverse si se basa la tipología en un nivel analítico de agregación inferior al del país entero. Utilizaremos el término "modalidad" de intervención estatal en la atención médica para referirnos a este nivel de análisis. Algunos países pueden tener una modalidad única de intervención estatal, pero la mayor parte de los sistemas de atención a la salud se caracterizan por la coexistencia de diversas modalidades de importancia variable. Por lo tanto, es posible describir el patrón nacional de intervención estatal en la atención médica mediante un perfil de modalidades.

Aunque proponemos un análisis más detallado, no consideramos "modalidad" como sinónimo de programa. Un programa específico de atención médica podría constituir el único vehículo organizacional como modalidad de la intervención estatal en un país; pero, de la misma manera, varios programas, cada uno dirigido por una agencia pública diferente, podrían constituir una sola modalidad en un país. En esta forma, las modalidades representan un nivel de análisis intermedio entre el macronivel de los sistemas totales de salud y el micronivel de los programas específicos.

Definición de Modalidades

Las modalidades se definen en base a uno o más atributos relevantes; la especificación precisa de estos atributos se convierte en el problema conceptual crucial al definir las modalidades y, en consecuencia, al desarrollar un esquema de clasificación. Las distintas opciones de atributos clasificatorios permanece

como tema de controversia en la literatura sobre la comparación entre sistemas de salud (Terris *et al.*, 1977; Glaser, 1970:12; Roemer, 1976:251; Roemer, 1978).

Nosotros proponemos, como guía para la clasificación, el trabajo de Johnson (1972), en particular la noción de que la intervención estatal representa una forma de mediación entre los prestadores y los usuarios de los servicios médicos. El resultado es una tipolo-

gía basada en dos dimensiones fundamentales. La primera, la forma de control estatal sobre la producción de servicios médicos, refleja la relación del Estado con los prestadores de los servicios. La segunda, las bases para la elegibilidad, indica la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales. La figura 1 presenta la clasificación resultante de modalidades de intervención estatal en la atención médica.

Figura 1

TIPOLOGIA DE LAS MODALIDADES DE INTERVENCION DEL ESTADO EN LA ATENCION MEDICA

FORMA DE CONTROL ESTATAL	BASES PARA LA ELEGIBILIDAD		
	1. Ciudadanía	2. Contribución/privilegio	3. Pobreza
A. Propiedad concentrada	A 1. Servicio Nacional de Salud en la mayoría de los países socialistas; la mayor parte del Sistema Nacional de Salud en Suecia; atención hospitalaria en el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña; atención hospitalaria en los esquemas de Seguro Nacional de Salud en Nueva Zelanda y en varios países de Europa Occidental.	A 2. Seguridad social en España; seguridad social en Venezuela; seguridad social en India; atención médica para los militares en muchos países.	A 3. Asistencia pública en muchos países subdesarrollados no socialistas.
B. Propiedad dispersa	B 1.	B 2. Seguridad social en México; sector de propiedad pública del gobierno federal de los Estados Unidos (Administración de Veteranos, Servicio de Salud para los Indios).	B 3. Asistencia pública en muchos países subdesarrollados no socialistas; hospitales y clínicas municipales y estatales en los Estados Unidos.
C. Financiamiento	C 1. Seguro Nacional de Salud	C 2. Seguridad social en	C 3. Programa Medicaid

concentrado	en Canadá, Nueva Zelanda (atención ambulatoria), Francia (atención ambulatoria y parte de la atención hospitalaria); medicina general en el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña.	Brasil; seguridad social en Líbano.	en los Estados Unidos.
D. Financiamiento disperso	D 1. Seguro Nacional de Salud en la República Federal Alemana, Austria, Suiza, Bélgica, Japón; seguro médico público para gastos catastróficos en los Países Bajos.	D 2. Seguridad social en Argentina; seguro médico público no catastrófico en los Países Bajos; sector de seguro médico público en los Estados Unidos (Medicare, CHAMPUS, Programa de Beneficios de Salud para los Empleados Federales).	D 3.

Forma de control estatal: relación con los productores

Con respecto a la primera dimensión, es necesario, como ha sugerido Abel Smith (1965), distinguir el control estatal de la simple regulación pública. Más aún, existen diferentes formas y grados de control estatal. Algunas veces, el Estado limita su participación al financiamiento de la atención, mientras que los proveedores actúan esencialmente como contratistas privados. En otras ocasiones, el Estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, tomando a los médicos individuales como empleados del Estado (Teeling-Smith, 1965). En el primer caso, el gobierno es simplemente un comprador en el mercado de la atención médica; en el otro, es un productor. Manteniendo otros factores constantes, la propiedad significa un grado más alto de control estatal que el mero financiamiento.

Asimismo, es necesario tomar en cuenta

la estructura administrativa a través de la cual el Estado compra o produce atención médica. En cualquier organización dada, el control administrativo puede medirse mediante varios indicadores. Para nuestros propósitos presentes, sin embargo, es suficiente indicar la totalidad del grado de control que el Estado puede ejercer a través de cada modalidad de intervención. Para esto, nosotros distinguimos aquellas modalidades en las cuales el control estatal se concentra en una sola agencia o programa, de aquellas en las que el control se dispersa entre varias agencias. La distinción es importante debido a que las modalidades concentradas significan un control estatal mayor que las dispersas. Existe, por supuesto, toda una gradación de situaciones intermedias entre estos dos extremos, pero hemos elegido simplificar la clasificación focalizando la división básica entre las expresiones administrativas concentrada y dispersa del control estatal.

La combinación de las dos expresiones de

control estatal (propiedad más financiamiento o solamente financiamiento) con los dos arreglos administrativos (control concentrado o disperso), crea las cuatro categorías de la primera dimensión de nuestra tipología, las cuales se muestran en las hileras de la figura 1.

Las bases para la elegibilidad: la relación con los consumidores

Con respecto a la segunda dimensión de la tipología, es posible identificar tres principios para establecer cuáles grupos de la población son seleccionables para recibir servicios médicos que son financiados o proporcionados directamente por el Estado. Como se indica en las columnas de la figura 1, estos tres principios son: a) ciudadanía, b) contribución/privilegio y c) pobreza.

De acuerdo a las definiciones modernas de ciudadanía, la elegibilidad basada en el primer principio incluye a toda o casi toda la población. De hecho, este principio deriva de la noción de que la atención médica es un derecho social, de modo que ni la contribución financiera ni el servicio previo al Estado ni la indigencia constituyen una condición necesaria para la elegibilidad. Hay, no obstante, una diferencia importante entre la elegibilidad potencial y la cobertura real de la población. Por lo tanto, la determinación de si una modalidad de intervención estatal pertenece o no a la categoría de elegibilidad basada en ciudadanía, debería ir más allá de las declaraciones oficiales e incluir también el grado real de cobertura. Se necesitaría algún criterio, por ejemplo, la inclusión de 85 ó 90 por ciento de la población, que hiciera posible

acomodar aquellas situaciones en las cuales una modalidad se aproxima a la universalidad, pero no cubre el 100 por ciento de la población.

A diferencia de la ciudadanía, los dos principios de elegibilidad restantes son selectivos, es decir, no incluyen a toda la población. Más allá de esta similitud, existen diferencias conceptuales fundamentales entre los dos principios. En un caso, el Estado puede financiar o proporcionar servicios médicos a subgrupos particulares de la población, debido a que éstos han contribuido directamente para ese fin (como en los esquemas selectivos de seguros) y/o debido a que se les ha nombrado los beneficiarios privilegiados de la acción estatal (como las fuerzas armadas, los servidores públicos o ciertos trabajadores que ocupan una posición estratégica en la sociedad). Por otra parte, cuando la base para la selección es la pobreza, el Estado proporciona o financia los servicios médicos no como cuestión de privilegio, sino como una forma de asistencia precisamente a los grupos menos privilegiados de una sociedad. Consecuentemente, el establecimiento de incapacidad financiera se convierte en una condición necesaria, aunque no siempre suficiente, para recibir servicios médicos.

Con las categorizaciones anteriores de las dos dimensiones, nuestra clasificación crea los doce tipos de modalidades que se muestran en la figura 1.

La utilidad de esta tipología puede apreciarse al examinar la selección ilustrativa de casos mostrados en la figura 1. Además de la obvia habilidad para clasificar modalidades de intervención estatal en cualquier momento dado, la tipología propuesta puede revelar

ciertos patrones mundiales. Vemos, por ejemplo, que no todas las modalidades son igualmente probables en la práctica. Hasta ahora, no hemos encontrado casos de intervención estatal caracterizados por propiedad dispersa y por elegibilidad basada en la ciudadanía (celda B1 en la figura 1). Esta ausencia muestra que las dimensiones de la tipología son interdependientes. Parecería, por ejemplo, que las condiciones políticas, ideológicas y económicas que permiten a un Estado encargarse del suministro directo de servicios a toda la población, son hostiles a la fragmentación del control entre múltiples agencias.

Otras dos modalidades muy poco frecuentes son aquéllas en las que el Estado limita su participación al solo financiamiento de los servicios médicos para los pobres. En una de ellas (D3) parece no haber ningún caso y en la otra (C3) el único caso actual está representado, hasta donde sabemos, por el "Programa Medicaid" en Estados Unidos. Tal escasez de casos puede reflejar el hecho de que, al tratar de subsidiar la asimilación de los pobres a la medicina privada, estas modalidades van en contra de la práctica común de proveer servicios médicos para los pobres a través de un sistema separado propiedad del Estado.

Aparte de aquellas modalidades que tradicionalmente no se han usado o se han usado raramente, existen otras que ahora son relativamente poco frecuentes, pero que en el pasado se encontraban con regularidad. Por ejemplo, la compra de servicios para grupos limitados de población en base a contribución o privilegio (celdas C2 y D2 de la figura 1) era mucho más común de lo que es ahora,

por lo menos en Europa. Los primeros programas de seguridad social en Europa podrían colocarse en estos segmentos de nuestra tipología, ya que estaban dirigidos solamente a asalariados que ganaban menos de un cierto nivel de ingresos y generalmente excluían a sus dependientes, así como a los trabajadores independientes, a los campesinos, y a las clases media y alta (Starr, 1982:238). Con el tiempo, a través de extensiones sucesivas, la cobertura vino a ofrecerse en base a la sola ciudadanía.

Como lo muestran los ejemplos previos, nuestra tipología tiene la ventaja de describir situaciones (tales como las diferentes modalidades de seguridad social señaladas en la columna 2 de la figura 1), que generalmente no se distinguen en las clasificaciones más convencionales de los sistemas de atención médica. Además, nuestra tipología también incluye las categorías más convencionales, pero las contempla desde un punto de vista diferente. Por ejemplo, mientras que todos los casos en las modalidades C1 y D1 se agrupan ordinariamente bajo la amplia rúbrica de "seguro nacional de salud", nuestra clasificación permite útiles distinciones en la forma y grado de control estatal. Más aún, la tipología nos permite diferenciar y clasificar las diferentes modalidades de intervención estatal que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa que la que puede obtenerse con categorías únicas.

Otro aspecto importante de nuestro enfoque es que puede caracterizarse la totalidad de una nación en base a cuáles y cuántas modalidades existen dentro de ésta y su importancia rela-

tiva. De esta manera, pueden establecerse comparaciones entre naciones sobre la amplitud y naturaleza de la variación en la intervención del Estado. El procedimiento de clasificación y comparación puede llevarse a cabo para subdivisiones políticas más detalladas dentro de una nación.

TENDENCIAS EN LA INTERVENCION DEL ESTADO

Con algunos refinamientos adicionales, nuestra tipología puede usarse también para investigar regularidades en el desarrollo histórico de la intervención del Estado en la atención médica. Un enfoque para el estudio de las experiencias históricas de diferentes grupos de naciones es percibir la relación del Estado con los prestadores de la atención, por un lado, y con la población, por el otro, como un proceso dinámico. Para lograr esto, estas dos dimensiones deben conceptualizarse como variables continuas que caracterizan a un país en su totalidad. El impacto total de la intervención estatal (incluyendo todas sus modalidades) puede representarse por medio de la proporción de la población que se encuentra cubierta por todos los programas públicos. De manera similar, el grado al cual el Estado controla los medios para producir los servicios médicos puede representarse mediante la proporción de todos los gastos de atención a la salud (públicos y privados) en que se incurre a través de las modalidades caracterizadas por propiedad estatal, esto es:

$$C = \frac{O}{O + F + P}$$

en donde:

- C = grado de control estatal sobre la producción de servicios médicos.
- O = gastos en atención médica a través de propiedad estatal.
- F = gastos en atención médica a través de financiamiento estatal, sin propiedad.
- P = gastos en atención médica sin participación estatal alguna.

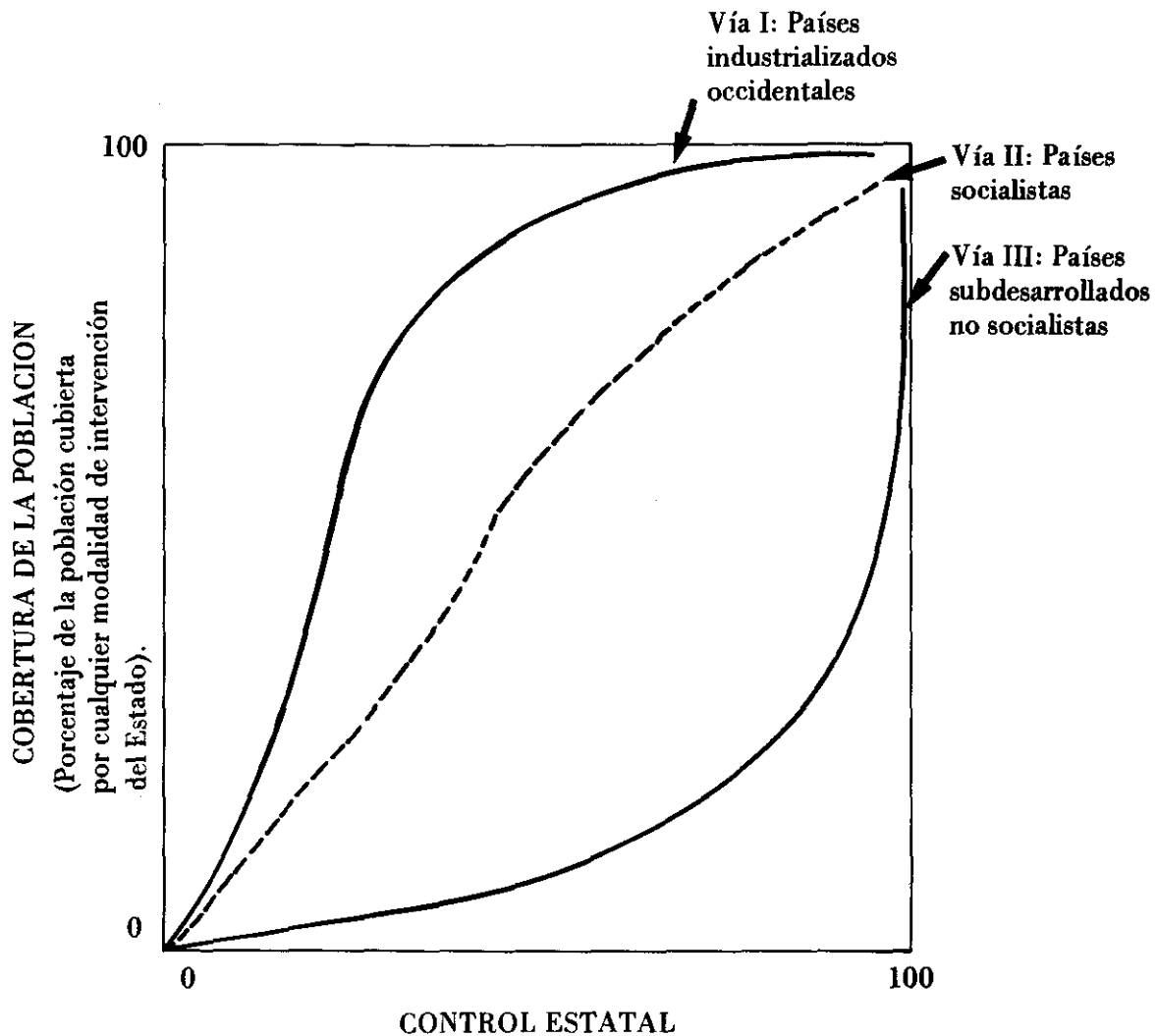
Vías de Intervención del Estado

Suponiendo que se dispone de la información necesaria, debe ser posible tratar el grado de control estatal y la cobertura de la población como variables continuas y trazar, para un país en particular, los cambios históricos de estos dos aspectos de la intervención estatal en la atención médica. Entonces, los países podrían agruparse de acuerdo a similitudes en sus desarrollos históricos. Para ilustrar este procedimiento, la figura 2 presenta tres vías hipotéticas de intervención estatal, las cuales podrían considerarse como una tipificación de los principales aspectos de diferentes experiencias históricas.

El propósito de la figura 2 es simplemente mostrar las variaciones en la forma en la que los distintos grupos de países se han desplazado a lo largo de las dos dimensiones señaladas, sin indicar la proporción en la que lo han hecho ni qué tan lejos han llegado. No debe suponerse que todos los países atravesarán, inevitablemente, toda la longitud de la vía en el futuro. Solamente las circunstancias históricas particulares de un país determinarán si éste se mueve hacia adelante y a qué velocidad.

Figura 2

VIAS DE INTERVENCION DEL ESTADO EN LA ATENCION MEDICA



(Porcentaje de todos los gastos en atención médica que se realizan a través de propiedad estatal).

La velocidad de progreso a lo largo de cada vía depende de factores locales y con frecuencia ha tenido lugar con discontinuidades y saltos. Esto es particularmente claro en el caso de muchos países socialistas, que han logrado rápidamente una cobertura universal y un control estatal pleno mediante actos de reforma totalizadores. Sin embargo, también es cierto que la mayor parte de los países de Europa Oriental ya tenían un sistema de seguridad social bien desarrollado cuando se transformaron en repúblicas socialistas y que la Unión Soviética instituyó un programa de seguro de salud antes de convertirse, en 1937, a una modalidad totalmente socializada (Glaser, 1970:20).

Muchos países de Europa Occidental han logrado un alto nivel de cobertura, pero han permanecido en niveles relativamente bajos de control estatal. Los únicos países que han atravesado la mayor parte de la vía I son Inglaterra y Suecia; esta última aun después de la promulgación en 1970 de la llamada Reforma de las Siete Coronas, la cual colocó a la mayoría de los médicos en un sistema salarial y eliminó la práctica privada dentro de los hospitales (Shenkin, 1973). No obstante, después de la elección de un gobierno conservador en 1976 fueron derogadas algunas partes de esta reforma (Biorck, 1977), indicando que es posible presentar un movimiento retrógrado a lo largo de una vía, aunque, como en el caso de Suecia, involucre solamente una distancia relativamente pequeña. Los cambios que tuvieron lugar en Chile después del golpe de Estado de 1973 (Belmar *et al.*, 1977; Stephen, 1979:345; Kritzer, 1981)

representan un ejemplo más dramático de retroceso en la intervención estatal.

Al proporcionar contrastes palpables, los movimientos retrógrados como los citados pueden ayudarnos a elucidar los factores que influyen en el desarrollo de la intervención del Estado en la atención médica. En algunos casos, sin embargo, es difícil determinar si las políticas que reducen el grado de intervención estatal son simplemente desviaciones temporales de una amplia tendencia histórica hacia una intervención cada vez mayor o si, por el contrario, éstas representan un cambio emergente en la naturaleza de la relación entre el Estado y la institución médica. La distinción es particularmente importante en vista de los recientes intentos hechos por gobiernos conservadores, por ejemplo, en la Gran Bretaña y en los Estados Unidos, para reforzar el papel del sector privado en el abastecimiento de servicios de salud (Relman, 1980; Pollitt, 1982; Vayda, 1983; Klein, 1984). El problema general, entonces, es que las vías no implican que sea inevitable la progresión hacia un aumento del control estatal y de la cobertura de la población ni tampoco que los movimientos a lo largo de una vía sean suaves y continuos.

Diferentes Patrones de Desarrollo

Las advertencias anteriores no deben impedir que apreciemos la utilidad potencial de la figura 2 para interpretar algunas tendencias fundamentales y para derivar generalizaciones que puedan ser sujetas a demostraciones empíricas. Nuestra formulación sugiere la existencia de muy distintos patrones de in-

tervención estatal, particularmente cuando son comparadas las vías I y III. La mayor parte de los países occidentales industrializados han tomado la vía I, aumentando primeramente la cobertura de su población, al tiempo que el Estado depende en gran medida del sector privado tanto para la entrega de servicios como para la administración de beneficios a través de las cajas de seguros. Aquí, las extensiones del control estatal directo más allá de las funciones de financiamiento se efectuaron sólo después de que un alto porcentaje de la población ya estaba cubierta. En términos generales, la vía III, que representa la experiencia de los países subdesarrollados no socialistas, es casi una imagen en espejo de la vía I. Con pocas excepciones, la intervención estatal en estos países no se basó en el uso de recursos privados, éstos permanecieron como un sistema separado para proporcionar atención médica a las clases media y alta. En su lugar, el Estado creó su propia red de unidades y proveedores para el cuidado de sectores de la población relativamente pequeños, que tenían acceso al sistema público porque eran pobres, porque habían contribuido a un fondo especial o porque habían sido nombrados los beneficiarios privilegiados de la acción del Estado. Solamente después de que se estableció un sistema propiedad del Estado, estos países empezaron a extender la prestación de servicios a un sector más amplio de la población.

Aunque están basadas en una cantidad razonable de observaciones, las vías de intervención estatal propuestas deben considerarse sólo como hipotéticas. Sería necesaria una investigación empírica más detallada para

determinar si estas vías verdaderamente reflejan las experiencias históricas de la intervención estatal. También tendríamos que identificar, como lo intentamos en la siguiente sección de este artículo, las principales variables que pueden ser responsables de las diferencias en las formas de intervención estatal en la atención médica.

DIVERGENCIA Y CONVERGENCIA EN LA ATENCION MEDICA: PRINCIPALES VARIABLES

Las vías de intervención del Estado parecen revelar la existencia de dos grupos de tendencias que operan en direcciones opuestas. Por un lado, existe una tendencia hacia el aumento del control estatal y a una mayor cobertura de la población entre los grupos de países. A este respecto, los países parecen converger, es decir, que se están volviendo más similares. Por otra parte, diferentes países, al moverse por diferentes vías a diferentes velocidades, pueden dar la impresión, por lo menos durante un tiempo, de que permanecen diferentes o, más aún, que divergen. Tales diferencias se ven más claramente cuando se compara el patrón de modalidades entre dos o más países en cualquier momento, utilizando la tipología establecida en la primera parte de este artículo.

Ha existido un desacuerdo sustancial en la literatura sobre atención médica con respecto a cuál de estos dos procesos, convergencia o divergencia, es predominante; mientras que algunos autores (Field, 1973; Mechanic, 1975a, 1975b; Anderson, 1977) creen que existe una tendencia definida hacia la conver-

gencia, otros (por ejemplo, Elling, 1980:80-89) rechazan explícitamente este punto de vista.

Nuestro análisis sugiere, como se indica arriba, manifestaciones de convergencia y divergencia, más que un predominio definido de una de las dos. Si esto es así, necesitamos identificar aquellas variables que tienden a producir similitudes entre las experiencias históricas de varios países y aquéllas que tienden a producir diferencias. Al intentar hacer esto, habremos de postular que los Estados modernos, al mismo tiempo que se desarrollan en respuesta a fuerzas internas diferentes para cada uno, también forman parte de un "sistema mundial" que materialmente determina el carácter y el ritmo de desarrollo en todos los Estados, como también limita la autonomía de los procesos internos de cualquier sociedad considerada (Wallerstein, 1974; Tilly, 1975:601-638; Meyer *et al.*, 1975; Meyer y Hannan, 1979:12; Bergesen, 1980:5-7). Por lo tanto, postularemos que la razón principal de las crecientes similitudes entre los países en sus modalidades de intervención estatal en la atención médica, es la presencia penetrante de fuerzas en el "sistema mundial" que incluyen: los procesos de industrialización y urbanización, la emergencia de una "economía médica mundial" y el establecimiento de una ideología mundial de la modernidad.

Por lo que respecta a las diferencias persistentes entre Estados, postularemos que ellas resultan de las fuerzas internas que operan en los niveles económico, político e ideológico. Las más importantes parecen ser: la estructura del mercado de atención médica, el sistema

de representación de intereses y las normas prevalentes acerca de la legitimidad de los auspicios y la propiedad en el sector de atención a la salud.

Los alcances de este artículo no permiten una descripción detallada de los efectos de cada una de estas variables. Lo que presentamos a continuación, por lo tanto, es solamente una breve explicación que puede servir como guía para investigaciones futuras.

Convergencia: Un Enfoque Mundial de Sistemas

Industrialización y urbanización

El proceso de desarrollo en casi todo el mundo se acompaña de cambios económicos y políticos a gran escala, que incluyen un incremento en la dependencia de los trabajadores respecto a los mercados laborales y los salarios, la concentración de mano de obra en fábricas, el crecimiento de las ciudades, la propagación de la movilización política y la consolidación del poder del Estado. Existe un acuerdo ampliamente difundido sobre el papel crucial que juegan algunos de estos cambios, especialmente aquellos vinculados a la industrialización y la urbanización (Mechanic, 1975b), en estimular la intervención de los Estados nacionales en la atención médica. La fuerza que tiene este factor para promover la convergencia en el sistema mundial, puede apreciarse al considerar la forma en la cual muy diferentes patrones de industrialización y urbanización han conducido a esquemas de seguro social notablemente similares (Sigerist, 1943; Flora y Alber, 1981).

En términos de las dos dimensiones que subyacen a las vías propuestas de la intervención estatal, el avance de la industrialización ha tenido un impacto directo en la extensión de la cobertura a medida que sectores más amplios de la población han sido incorporados al sistema industrial de producción. Asimismo, en la medida en que la industrialización prepara el camino para el surgimiento de métodos aproximadamente similares de financiamiento y organización de la atención médica, también tiende a producir convergencia en el grado de control estatal directo sobre la producción de los servicios médicos.

La economía médica mundial

Como ha señalado Mechanic (1975b), existe un "mercado internacional de conocimientos, tecnología y mano de obra" en el campo de la medicina. Está más allá de los alcances de este artículo el analizar las determinantes y la dinámica de los varios sectores de ese mercado, el cual incluye la difusión del conocimiento mediante congresos, revistas y libros de texto; la transferencia de la tecnología a través de compañías multinacionales farmacéuticas y de equipo médico, y la migración de personal médico facilitada por la estandarización de los programas de enseñanza. Cada uno de estos sectores tiende a crear, en todo el mundo, las condiciones para un modelo de trabajo médico basado en organizaciones complejas que, en la mayoría de los casos, sólo el Estado puede financiar y administrar. Aun al enfrentar patrones de enfermedad muy diferentes, prácticamente todos los Estados aceptan e implantan la me-

dicina científica y la práctica de alta tecnología que deriva de ella. Casi en todas partes, los hospitales se han convertido en las organizaciones centrales de atención y los médicos se han vuelto los proveedores dominantes. En los vastos mercados creados por una economía médica mundial, el Estado ha debido asumir cada vez más un papel conductor, pues ha sido el único actor con los recursos suficientes para ser un comprador efectivo o con el poder suficiente para controlar a los otros poderosos actores que conforman el sector privado internacional.

La ideología mundial de la modernidad

Este factor ha tendido a producir convergencia entre los países (Meyer, 1980). Así, la prestación de servicios mediante un complejo aparato estatal se ha convertido en una característica tanto de las sociedades avanzadas como de las subdesarrolladas. La existencia de un sistema de atención a la salud es ya parte de las instituciones de la modernidad y la participación del Estado en tal sistema es parte de la definición de un Estado-nación moderno.

Dos grupos de consideraciones han contribuido a legitimar la intervención estatal en la atención médica a escala mundial. El primero es la aceptación del derecho a la atención de la salud (Heckel y Cairns, 1985). El segundo surge de una expansión de las funciones legítimas de la medicina. La medicina moderna proporciona sistemas de explicación y estrategias de acción, las cuales se presentan como alternativas racionales a las

interpretaciones populares o moralistas de la experiencia.

Divergencia: Variables Internas

Estructura del mercado de atención médica

Las características estructurales del mercado para los servicios médicos inmediatamente antes de que se introduzca un programa gubernamental de salud, parecen limitar las opciones disponibles para ese programa. Como consecuencia, las diferencias en la estructura del mercado de atención médica entre los países son una fuente de diferencias correspondientes o divergencia en su forma de intervención estatal, aunque la intervención estatal por sí misma pueda alterar subsecuentemente la estructura del mercado en forma fundamental (Frenk *et al.*, 1980). Así, una parte sustancial de la diferencia entre las vías I y II (figura 2) puede explicarse mediante diferencias en la estructura de los mercados de atención médica. Los países que se han desplazado a lo largo de la vía I comenzaron con una red de recursos privados bastante bien desarrollada; ellos fueron capaces de extender la cobertura rápidamente sin aumentar en gran medida el grado de control estatal directo. Por el contrario, la baja disponibilidad de recursos privados en países que han seguido la vía III, significó que ellos fueron capaces de extender la cobertura sólo lentamente y mediante un alto grado de control estatal.

Sistema de representación de intereses

Desde el siglo diecinueve y más aún, desde el

final de la Segunda Guerra Mundial, la atención médica se ha convertido en objeto de demandas políticas, negociación colectiva, programas partidarios y presiones grupales. Las formas de entrega de servicios de salud que han emergido del intercambio de estas fuerzas, han tomado su forma de los arreglos institucionales que los grupos organizados de la sociedad civil usan para negociar sus intereses con el Estado. Debido a que estos arreglos difieren de país a país, su principal efecto ha sido una contribución a la divergencia entre las modalidades y vías de la intervención estatal en la atención médica.

De entre los muchos arreglos institucionales que representan a los intereses políticos, el más relevante para nuestro análisis es el grado de representación corporativista de los varios grupos ocupacionales comprometidos en la producción de servicios médicos, en especial de los médicos. Utilizamos el término "corporativismo" en un sentido amplio, para referirnos a un sistema de representación de intereses caracterizado por asociaciones ocupacionales jerárquicas y no competitivas, que representan los intereses de sus miembros a través de negociaciones directas con el Estado (Schmitter, 1979; Jessop, 1979).

Como se muestra en la figura 3, proponemos que la habilidad de los médicos para amoldar los programas de atención a la salud según sus propios intereses, depende no solamente de la forma en la que ellos mismos están organizados, sino también de la naturaleza y de la fuerza de otras asociaciones. Los médicos son más poderosos cuando ellos mismos están organizados de una manera corpo-

rativista, mientras que sus competidores no lo están, y son menos poderosos cuando sus

competidores están bien organizados mientras que ellos no lo están.

Figura 3

PODER DE LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS MODOS DE REPRESENTACION DE INTERESES

REPRESENTACION DE LOS MEDICOS

		CORPORATISTA	NO CORPORATISTA
REPRESENTACION DE OTROS GRUPOS	Corporatista	Asociación profesional muy poderosa (p. ej., Estados Unidos).	Asociación profesional moderadamente débil, posiblemente compartida con trabajadores de la salud no médicos (p. ej., URSS).
	No corporatista	Asociación profesional moderadamente poderosa (p. ej., Suecia).	Asociación profesional muy débil o inexistente (p. ej., México).

Normas acerca de la legitimidad de auspicios y propiedad

Zald ha demostrado la importancia de las normas acerca de los auspicios y la propiedad para el control social de las industrias en general (Zald, 1978), y de los hospitales en particular (Zald y Hair, 1972). Las diferencias entre los países respecto a quién puede legítimamente poseer, operar o emplear los recursos requeridos para producir atención médica, pueden llegar a generar diferencias en las modalidades de intervención estatal en la atención a la salud, particularmente en el

grado de control estatal directo. Una redefinición radical de las normas que gobiernan los auspicios y la propiedad, parece haber sido un elemento muy importante en el rápido aumento del control estatal entre los países socialistas. Así, una cantidad sustancial de la discrepancia entre las vías I y II puede explicarse por las diferencias en estas normas entre los dos grupos de países involucrados.

CONCLUSION

Este artículo ha intentado proporcionar al-

gunas respuestas preliminares al llamado de Foucault para analizar el modelo de desarrollo médico, que subyace a la transformación histórica de la institución social de la medicina. En particular, hemos explorado un aspecto básico de ese modelo, a saber: el proceso de intervención estatal en la atención médica. Al hacerlo, hemos adoptado una perspectiva comparativa entre las naciones para sugerir algunas proposiciones que puedan contribuir al desarrollo de una teoría de la intervención del Estado en la atención médica. Los tipos, tendencias y variables aquí descritos, representan solamente el primer paso en esa dirección. Todavía es necesario determinar empíricamente el grado de precisión de la tipología, las formas reales de las vías propuestas, los verdaderos efectos de cada variable y la posible existencia de otros factores causales.

Una teoría completamente especificada sobre la intervención estatal en la atención médica tendría que ir más allá de nuestras hipótesis con respecto al efecto separado de cada variable; se necesitan proposiciones acerca de las formas en las cuales ciertas interacciones específicas entre las variables determinan tendencias netas mundiales hacia la convergencia o la divergencia en diferentes momentos históricos.

El campo de la atención médica se encuentra todavía lejos de tener esta teoría completa de la intervención del Estado. Sin embargo, esta área de investigación ya ha sido beneficiada por varias tradiciones intelectuales, tanto dentro como fuera del campo de la salud. Existen todas las razones para creer que estas tradiciones continuarán ayudando al avance de nuestro entendimiento sobre un proceso que ha dado forma a lo que hoy es la medicina.

REFERENCIAS

- Abel-Smith, B. "The major pattern of financing and organization of medical services that have emerged in other countries", in *Medical Care* 3:33-40. 1965.
- Anderson, O.W. *Health care: Can there be equity? The United States, Sweden and England*. New York, Wiley. 1972.
- Anderson O.W. "Are national health service systems converging? Predictions for the United States", in *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 434:24-38. 1977.
- Belmar, R. et. al. "Evaluation of Chile's health care system, 1973-1976: A comparative study from health workers in Chile", in *International Journal of Health Services* 7:531-540. 1977.
- Bergesen, A. (ed.). *Studies of the modern world system*. New York, Academic Press. 1980.
- Biorck, G. "How to be a clinician in a socialist country", in *Annals of Internal Medicine* 86:813-817. 1977.
- Donnangelo, M.C.F. *Medicina e sociedade: O medico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Livraria Pionera Editora. 1975.
- Elling, R.H. *Cross-national study of health systems: political economies and health*

- care. New Brunswick, New Jersey, Transaction Books. 1980.
- Field, M.G. "The concepts of the health system at the macrosociological level", in *Social Science and Medicine* 7:763-785. 1973.
- Flora, P. and Alber, J. "Modernization, democratization, and the development of welfare States in Western Europe", págs. 37-80, in Flora, P. and Heidenheimer, A.J. (eds.). *The development of welfare states in Europe and America*. New Brunkswick, New Jersey, Transaction Books. 1981.
- Foucault, M. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *Educación Médica y Salud* 10:152-170. 1976.
- Foucault, M. "Historia de la medicalización", en *Educación Médica y Salud* 11:3-25. 1977.
- Frenck, J.; Hernández-Llamas, H. y Alvarez-Klein, L. "El mercado de trabajo médico. Evolución histórica en México", en *Gaceta Médica de México* 116:265-284. 1980.
- Fuchs, V.R. "Economics, health and post-industrial society", in *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57:153-182. 1979.
- Glaser, W.A. *Paying the doctor: Systems of remuneration and their effects*. Baltimore, The Johns Hopkins Press. 1970.
- Heckel, N.I. y Cairns, G.S. "Disposiciones sobre la salud en las constituciones del mundo", en *Salud Pública de México* 28:465-472. 1986.
- Herzlich, C. "The evolution of relations between french physicians and the State from 1880 to 1980", in *Sociology of Health and Illness* 4:241-253. 1982.
- Jessop. B. "Corporatism, parliamentarism and social democracy". Págs. 185-212, in Schmitter, P.C. and Lehmbruch, G. (eds). *Trends Toward Corporatist Intermediation*. Beverly Hills and London 6, Sage. 1979.
- Johnson, T.J. *Professions and power*. London, Macmillan. 1972.
- Klein, R. "The politics of ideology vs. the reality of politics: The case of Britain's National Health Service in the 1980s", in *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 62:82-109. 1984.
- Kritzer, B.E. "Chile changes social security", in *Social Security Bulletin* 44:33-37. 1981.
- Mechanic, D. "Ideology, medical technology and health care organization in modern nations", in *American Journal of Public Health* 65:241-247. 1975a.
- Mechanic, D. "The comparative study of health care delivery systems", in *Annual Review of Sociology* 1:43-65. 1975b.
- Meyer, J.W. "The world polity and the authority of the nation-State". Págs. 109-137, in Bergesen, A. (ed.). *Studies of the Modern World-System*. New York, Academic Press. 1980.
- Meyer, J.W., Boli-Bennett, J. and Chase-Dunn, C. "Convergence and divergence in development", in *Annual Review of Sociology* 1:223-246. 1975.
- Meyer, J.W. and Hannan, M.T. (eds.). *National development and the world system: Educational, economic and political change, 1950-1970*. Chicago, University of Chicago Press. 1979.
- Pollitt, C. "Corporate rationalization of american health care: A visitor's appraisal", in *Journal of Health Politics, Policy and Law* 7:227-253. 1982.
- Relman, A.S. "The new medical-industrial

- complex", in *New England Journal of Medicine* 303:963-970. 1980.
- Roemer, M.I. "Health departments and medical care: A world scanning", in *American Journal of Public Health* 50:154-160. 1960.
- Roemer, M. I. "Organizational issues relating to medical priorities in Latin America", in *Social Science and Medicine* 9:93-95. 1975.
- Roemer, M.I. *Health care systems in world perspective*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press. 1976.
- Roemer, M.I. "Comments on case for a national health service", in *American Journal of Public Health* 68:682-683. 1978.
- Rosen, G. "The evolution of social medicine". Págs. 30-60, in Freeman, H.E., Levine, S. and Reeder, L.G. (eds.). *Handbook of Medical Sociology* (2a. ed.). Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall. 1972.
- Schmitter, P.C. "Still the century of corporatism?" Págs. 7-52, in Schmitter, P.C. and Lehbruch, G. (eds.). *Trends Toward Corporatist Intermediation*. Beverly Hills and London, Sage. 1979.
- Shenkin, B.N. "Politics and medical care in Sweden: The seven crowns reform", in *New England Journal of Medicine* 288:555-559. 1973.
- Sigerist, H.E. "From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in social security legislation", in *Bulletin of the History of Medicine* 8:365-388. 1943.
- Starr, P. "Medicine and the waning of professional sovereignty", in *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences* 107:175-193. 1978.
- Starr, P. *The social transformation of american medicine*. New York, Basic Books. 1982.
- Stephen, W.J. *An analysis of primary medical care: An international study*. Cambridge, Cambridge University Press. 1979.
- Teeling-Smith, G. "Health services in Western Europe", in *Medical Care* 3:103-114. 1965.
- Terris, M. "The three world systems of medical care: Trends and prospects", in *American Journal of Public Health* 68:1125-1131. 1978.
- Terris, M.; Cornely, P.B.; Daniels, H.C. and Kerr, L.E. "The case for a national health service", in *American Journal of Public Health* 67:1183-1185. 1977.
- Tilly, C. (ed.). *The formation of national States in Western Europe*. Princeton, Princeton University Press. 1975.
- Tilly, C. *As sociology meets history*. New York, Academic Press. 1981.
- Vayda, E. "Private practice in the United Kingdom", in *Journal of Public Health Policy* 4:222-234. 1983.
- Wallerstein, I. *The modern world-system: Capitalist agriculture and the origins of the european world-economy in the sixteenth century*. New York, Academic Press. 1974.
- Zald, M.N. "On the social control of industries", in *Social Forces* 57:57-102. 1978.
- Zald, M.N. and Hair, F.D. "The social control of general hospitals". Págs. 51-81, in Georgopoulos, B.S. (ed.). *Organization Research on Health Institutions*. Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research. 1972.