

Sistemas sanitarios públicos: Análisis comparativo de organizaciones sanitarias y desigualdades sociales

Emilio J. Castilla

La pregunta de si los países evolucionan en una misma dirección no se ha contestado todavía de una manera satisfactoria. Algunos científicos/as sociales han defendido la existencia de un proceso de convergencia de los sistemas nacionales debido a los requerimientos de la economía contemporánea. Otros/as defienden la idea de divergencia más bien por motivos políticos y culturales (véanse WEINBERG, 1969, MEYER, 1970, KERR *et al.*, 1971, MILLAR, 1972, DEUTSCH, 1973). De cualquier manera, tanto los procesos de convergencia como de divergencia a nivel internacional son el resultado de la interacción de países en la sociedad global, más que de la evolución independiente de países aislados (MEYER, BOLI y CHASE-DUNN, 1975) ¹.

En el campo de la sociología comparativa, sociología médica y estratificación social, este estudio presenta una formulación teórica para entender el proceso de convergencia y divergencia que se observa en los aspectos más importantes de los sistemas sanitarios nacionales a finales del siglo XX. En este artículo, se examinan las formas que estos sistemas sanitarios toman desde los años sesenta. En concreto se analiza la evolución en el gasto sanitario (total y público) así como en el nivel de cobertura sanitaria por el sector público. Durante la segunda mitad del siglo XX, se observa una tendencia convergente clara en las formas generales que toman los sistemas nacionales sanitarios. Así, los distintos sistemas sanitarios son cada vez más similares en sus formas organizativas principales. Pero, al mismo tiempo, la composición y utilización de tales sistemas sanitarios diverge considerablemente en las últimas décadas. Existe una gran disparidad entre países, particularmente con respecto a la dis-

ponibilidad y uso de recursos sanitarios nacionales, y al empleo en el sector sanitario. Al mismo tiempo, se produce una convergencia en el estado de salud de la población que no se puede explicar por la composición de los sistemas sanitarios nacionales. Los países tienden a tener poblaciones más saludables con el paso del tiempo. Pero dichas mejoras en la salud parecen converger a pesar de que existe variedad en la composición y utilización de los diferentes sistemas sanitarios. Una explicación de tal variación en los sistemas sanitarios se debe a la existencia de varios aspectos culturales nacionales. Los gobiernos de países individualistas tienden a ofrecer un gasto público sanitario más pequeño, y cubrir una menor proporción de población en sus gastos médicos (todo ello, en comparación con países con una cultura más colectiva).

Se observa que los sistemas sanitarios nacionales son diferentes aunque al mismo tiempo los niveles de salud de la población son bastante similares. Lo que realmente afecta la salud de la población no es la manera en que los sistemas sanitarios nacionales se organizan o desorganizan, sino más bien el efecto de variables sociales importantes como son el nivel de desigualdad socioeconómica en la distribución de recursos (por ejemplo, de ingresos o educación). Este artículo presenta un marco teórico (y empírico) con el fin de explicar cada uno de estos argumentos propuestos conjuntamente. El proceso de cambio con respecto a los sistemas sanitarios nacionales se examina con datos longitudinales sobre las estructuras de cuidado de salud nacionales, así como el estado de salud de población en los países de la OCDE desde los años setenta.

Teoría e hipótesis

Sociólogos/as defensores de un proceso de convergencia a nivel internacional afirman que los países industriales son cada vez más semejantes en sus estructuras económicas y sociales a pesar de las diferencias culturales, políticas e históricas que existen. Las sociedades convergen, supuestamente, con el fin de mejorar en eficacia y eficiencia, y en ese proceso de convergencia se crean un conjunto de instituciones nacionales adaptadas a las necesidades de las economías industriales contemporáneas (INKELES y ROSSI, 1956, TÖENNIES, 1963, ROSTOW, 1960, KERR *et al.*, 1960). Estas consideraciones del proceso de convergencia son bien comunes en los ensayos científicos de finales del siglo XIX y principios del XX. Enfatizan el Estado-nación en sus propias condiciones como actores aislados que evolucionan independientemente de otros Estado-nación. En reacción a tales líneas de pensamiento funcionalista, los científicos/as sociales han continuado el debate de la convergencia tras la segunda guerra mundial. En este momento no existe consenso alguno a favor o en contra del proceso de convergencia entre las naciones industriales en áreas de la vida económica, sistemas políticos y sistemas de estratificación (GREW, 1984, MEYER *et al.*, 1975, BAUM, 1974).

Según concepciones institucionales, los Estado-naciones están inmersos en una cultura global exógena y racionalista que define la naturaleza, propósito, recursos, tecnologías y soberanía del Estado-nación «apropiado» (MEYER, 1994). Los vínculos y relaciones nacionales entre países, las organizaciones internacionales (gubernamentales y no gubernamentales), y las varias comunidades científicas juegan un papel importante en este proceso de integración internacional, explicando que la variación a nivel internacional en las características generales internas de cada país disminuye con el tiempo. Los sistemas nacionales se organizan de acuerdo con modelos y estructuras similares, como resultado de la influencia de la «sociedad global». Esta sociedad o sistema mundial produce un discurso poderoso con un impacto importante a nivel nacional, aunque dicho sistema mundial no posee autoridad alguna para actuar a nivel nacional. Los cambios que se producen en la estructura del Estado-nación se deben a varias oportunidades y presiones provenientes de los modelos culturales racionalistas y universalistas existentes en una amplia gama de sectores sociales —por ejemplo, en la economía (MEYER *et al.*, 1975), educación (MEYER, RAMÍREZ y SOYSAL, 1992), organización de los derechos humanos (BOLI, 1987; TUTSUI, 1998), o de los derechos de la mujer (BERKOVITCH, 1993; CHARLES, 1992; RAMÍREZ y WEISS, 1979), institucionalización de la ciencia (WUTHNOW, 1989), cuidado del medio ambiente (FRANK, 1992), bienestar social (STRANG y CHANG, 1990), y modelos de dirección empresarial (GUILLÉN, 1994). Todos ellos son estudios que analizan el impacto de este sistema institucio-

nal mundial en la organización y funcionamiento de varios de los aspectos de los sistemas nacionales.

Ciertos sectores nacionales son más propensos a incorporar prácticas y procedimientos que se institucionalizan (y, en consecuencia, consideran) como racionales en la sociedad actual en lugar de incorporar reglas técnicas de eficacia. Tal y como MEYER y SCOTT (1992) sugieren, a finales del siglo XIX la mayoría de los países desarrollados vivieron una «revolución organizacional». Como resultado, se racionalizaron muchos de los sistemas sociales en organizaciones formales². Educación, ciencia, sanidad y bienestar social en general se perciben como estructuras organizativas poco racionales de acuerdo con las técnicas de eficiencia predefinidas (esto es, razones funcionalistas asociadas con el desarrollo nacional). Son ejemplos, sin embargo, de sistemas nacionales poco limitados por reglas o procedimientos técnicos. A pesar de que son sectores poco técnicos, están regulados por principios de carácter institucional. Organizaciones en contextos técnicos son aquellas en las que el producto o servicio se produce e intercambia en un mercado donde se premian las organizaciones con controles eficientes durante el proceso de producción. Por consiguiente, en ambientes técnicos, las organizaciones desarrollan estructuras que coordinan y controlan sus actividades. De manera que las estructuras que aumentan la eficacia de las organizaciones, proporcionan también una ventaja comparativa en relación con organizaciones que son menos eficientes en sus controles. En el otro extremo, algunas organizaciones operan en ambientes institucionales, caracterizados por la elaboración de reglas y requisitos que las organizaciones deben respetar si desean recibir apoyo y ser legítimas en su existencia y funcionamiento. Organizaciones de ambientes institucionales apremian la utilización de estructuras y procesos que son deseables (aunque no tienen por qué ser necesariamente eficientes, ni tan siquiera eficaces). No seguir tales principios estructurales calificados como «correctos y apropiados» por el sistema institucionalizado es irracional y dificulta tanto la expansión como la supervivencia de la organización en el tiempo (véase MEYER y ROWAN, 1977).

En el caso de la organización de sistemas de salud nacionales, las reglas técnicas que definen sus bases organizativas son todavía bastante inciertas. No es obvio de qué manera la tecnología y recursos existentes en el sector sanitario necesitan ser movilizados para promover y extender la salud de la población de modo eficiente. Ni tan siquiera existe principio alguno universal para una dirección eficaz de los sistemas sanitarios; los científicos/as sociales tienen todavía que conceptualizar nuevos indicadores de las mejoras en el cuidado de pacientes. Además, es difícil discernir qué proporción de dichas mejoras de salud se debe al sistema sanitario, y qué proporción se debe a factores que no son sanitarios, como puede ser el aumento en el consumo de dietas equilibradas, un medio ambiente más lim-

pio, medios de transporte y lugares de trabajo más seguros, y una distribución más justa de ingreso y educación.

En las sociedades contemporáneas se presta atención y valor a la salud nacional, la cual se define cada vez más como bien colectivo. Sin embargo, la organización nacional de sistemas sanitarios no sigue necesariamente principios científicos, económicos y tecnológicos. Esto significa que la organización de los sistemas sanitarios, así como sus objetivos, tecnologías y recursos no se caracterizan por contar con una definición consensual y universal estandarizada acerca de su eficiencia. Por el contrario, la adopción de ciertos sistemas sanitarios con el paso del tiempo en diferentes países se debe más bien a circunstancias institucionales. Los modelos nacionales de organización de los sistemas sanitarios se entienden mucho mejor cuando se examina el papel de los vínculos de un país con otros, o bien cuando se observa la participación nacional en asociaciones internacionales (más que factores funcionales internos al país). Tanto el porcentaje de producto interior bruto (PIB) gastado por un gobierno nacional como el porcentaje de población cubierta por gastos médicos han seguido pautas similares en las últimas décadas, principalmente bajo la influencia de un discurso internacional sobre la provisión de salud por parte de los gobiernos nacionales. El sistema institucionalizado mundial compuesto de países, organizaciones internacionales y asociaciones profesionales (entre otros actores sociales) promueven una mejora continua de la salud en la población y un aumento en el acceso público a servicios para el cuidado de la salud. En este sentido, hay una tendencia convergente con respecto a las características generales de los sistemas sanitarios nacionales, principalmente en gastos sanitarios y nivel de cobertura pública. Los sistemas sanitarios nacionales son cada vez más similares con el paso del tiempo como consecuencia del desarrollo. Así, se sugiere que como resultado de las presiones a nivel nacional por parte de la sociedad global:

Proposición 1. La variación internacional en las formas o características generales de los sistemas sanitarios disminuye con el tiempo.

Además de la consideración de tendencias isomórficas en la organización nacional de sistemas sanitarios, los argumentos institucionales ayudan a explicar el carácter indirecto de dicha influencia como resultado de la naturaleza institucional de los vínculos entre las tendencias mundiales en aspectos sanitarios y los modelos sanitarios nacionales particulares (es decir, estructura y políticas sanitarias de países). Las «reglas» institucionales mundiales predicen la convergencia de lo que hacen los países pero no en cómo lo hacen. El sistema mundial se expande, proponiendo a los países qué hacer y qué no hacer. Este sistema mundial no fuerza a los países a operar de una manera determinada, porque todavía la soberanía descansa al nivel estatal. Esta «sociedad global» es ilimitada en su habilidad para definir e influenciar las acciones y decisiones a nivel nacional. Por todo ello, las estructuras nacionales particulares

nunca son completamente consensuales e idénticas para todo Estado-nación del mundo. La diversidad en culturas e historias nacionales además de la existencia de grupos de interés nacionales afectan la manera en que se definen y organizan específicamente dichas estructuras globales en cada país. Con respecto a la salud, aunque las dimensiones más generales de los sistemas de salud nacionales tienden a reflejar características de modelos mundiales de organización sanitaria y, por lo tanto, tienden a cambiar en direcciones similares, existen todavía diferencias internacionales importantes en las estructuras de salud y políticas sanitarias particulares de cada país. Esto sucede primordialmente por lo que respecta a la disponibilidad y utilización de recursos de cuidado de salud a nivel nacional. De aquí se deriva que:

Proposición 2. La variación internacional en la composición y utilización de los sistemas sanitarios nacionales no disminuye necesariamente con el tiempo.

Es decir, que a pesar de la tendencia convergente a nivel internacional en las formas más generales de los sistemas sanitarios nacionales como puede ser el porcentaje del PIB gastado en salud o el nivel cobertura sanitaria pública, existen todavía variaciones nacionales importantes. La evolución de los sistemas sanitarios nacionales es el resultado de continuas interacciones entre las recomendaciones mundiales acerca de un sistema sanitario adecuado, por un lado, y las peculiaridades culturales, históricas, políticas y económicas particulares de cada país que restringen la implementación de tales recomendaciones. Las diferencias nacionales en la organización y utilización específica de los sistemas sanitarios se deben principalmente a variaciones nacionales en culturas y sistemas de valores nacionales. Así, en este estudio se propone que las variaciones nacionales en variables sociales y culturales (como el nivel de individualismo nacional) afectan la cantidad de gasto público en salud, así como el nivel de protección social nacional, entre otras características generales de los sistemas nacionales sanitarios:

Proposición 3.1. Los países con culturas individualistas tienden a gastar una menor proporción de su riqueza en el cuidado de la salud pública.

Proposición 3.2. Los países con culturas colectivistas tienden a ofrecer una mayor protección sanitaria pública.

Emerge así una pauta de interés que necesita ser explorada con mayor profundidad. Los países no sólo tienden a tener poblaciones más saludables con el tiempo, pero también las mejoras en su salud parecen converger a pesar de la tendencia divergente en la composición y organización de los sistemas sanitarios nacionales. Al final, tal y como predicen los científicos/as sociales a favor de la tesis de convergencia, los países industriales políticamente y culturalmente diversos son más iguales en lo que se refiere al estado de salud de su población:

Proposición 4. *La variación internacional en el nivel de salud de población nacional disminuye con el tiempo.*

Al examinar la asociación entre las dimensiones de los estructuras sanitarias nacionales y las mejoras en la salud de la población, los teóricos/as del bienestar social proclaman el beneficio de un mayor gasto público en la salud de la población. En su discusión acerca del acceso a sistemas de cuidado médico se supone frecuentemente que aumentando e igualando el acceso de la población a recursos sanitarios públicos se eliminan las disparidades en la salud a nivel nacional, y por consiguiente aumenta el estado de salud conjunto. Por otro lado, son varios los estudios que muestran que esta asociación entre sistemas sanitarios y salud se ha supervalorado en la mayoría de casos. En los Estados Unidos, por ejemplo, el gasto público en el cuidado médico no explica más que un 10% de la variación en el estado de salud de la población (de acuerdo con el Departamento de Salud, Educación y Bienestar en los Estados Unidos en 1979). La correlación entre la disponibilidad y utilización de recursos sanitarios y la salud de la población es débil y tiende a disminuir o incluso desaparecer durante varios períodos de tiempo analizados (véase WILLIAMS, 1990 para una excelente revisión de estudios de este tipo). De acuerdo con estas últimas observaciones, una vez que se controla por el nivel de desarrollo nacional, se deberían rechazar las dos proposiciones de bienestar siguientes:

Proposición 5.1. *Los países que gastan más en el cuidado público de la salud tienen poblaciones más saludables.*

Proposición 5.2. *Los países que proporcionan una protección pública sanitaria más elevada tienen poblaciones más saludables.*

La explicación que se mantiene a la hora de rechazar estas hipótesis del bienestar social es que la salud de la población depende mucho más de variables sociales que de la estructura nacional específica en el gasto y cobertura sanitaria pública. La relación existente entre las desigualdades sociales y el nivel de salud a nivel nacional es un problema ya clásico en diversos estudios sociológicos. Sociólogos/as y psicólogos/as (INKELES 1959, HOUSE, 1981) desde hace ya años vienen señalando que las diferencias en la salud son en parte debidas a las condiciones y experiencias de vida que se derivan de la posición estructural de la persona en la sociedad. Todo ello debido a que las estructuras sociales afectan los valores y conductas de las personas. En esta línea de pensamiento, WILLIAMS (1990) sugiere la existencia y persistencia de una asociación estrecha entre la estructura de desigualdades socioeconómicas y el estado de salud nacional. En este sentido, la preocupación actual por los problemas de gastos sanitarios elevados, o por igualar el acceso a recursos sanitarios no son probablemente la mejor manera de solucionar los diferenciales de salud. Esto no quiere decir que aumentos y mejoras en el sistema sanitario no tienen impacto alguno

en el bienestar y salud de la población nacional. Lo que se intenta subrayar es que el nivel de salud de una población no mejora necesariamente si el nivel de desigualdad en el acceso a los sistemas de ocupación y de educación permanece elevado. De aquí, se propone que los países con niveles bajos de desigualdad en la distribución de renta tienden a mostrar unos diferenciales menores en la salud, y, por consiguiente, sus poblaciones son en conjunto más saludables:

Proposición 6. *Una mayor desigualdad socioeconómica nacional en la distribución de recursos reduce la salud de la población nacional.*

Plan de investigación

Datos

El proceso de cambio en los sistemas sanitarios se examina usando los datos longitudinales de sección cruzada de las estructuras sanitarias nacionales y el estado de salud de la población para los países de la OCDE durante el período que va desde 1960 hasta 1990³. Esta base de datos refleja los esfuerzos de varios gobiernos nacionales por mejorar sus sistemas sanitarios y evaluar las mejoras de salud que se han producido. Los datos analizados aquí son datos agregados a nivel nacional para 22 países de la OCDE, obtenidos del *OECD Health Data 1995*. Estos datos proporcionan estadísticas sobre la salud y el cuidado sanitario, en el área de la OCDE en las tres últimas décadas, por año y país⁴. Estos datos se seleccionaron para su estudio por dos motivos. Primero, los datos específicos y extensos en la salud de la población nacional y sistemas sanitarios sólo están disponibles para los países ricos e industrializados. Segundo, estos datos proporcionan una extensa lista de medidas que son comparables para los diferentes países de la muestra. Dichas medidas además son disponibles a través del tiempo durante, por lo menos, cuatro momentos en el tiempo (separados por cinco o diez años).

Debido a la disponibilidad de los datos y al tamaño de la muestra para este estudio, el análisis aquí realizado tiene varias limitaciones que, si se superan, podrían mejorar el conocimiento futuro acerca de las organizaciones sanitarias y desigualdades sociales a nivel nacional. Primero, hay problemas en lo que respecta a la selección de países para el estudio. En este ensayo se analizan los sistemas sanitarios de países de la OCDE en el período que va de 1960 a 1990. Aunque la formulación teórica que se proporciona aquí se puede extender fácilmente para todos los sistemas sanitarios nacionales, los estudios en el futuro deberían de examinar si dichas proposiciones generales con respecto a las características de los sistemas sanitarios naciona-

les y el estado de salud operan de manera similar en los países menos desarrollados.

Segundo, se han seleccionado las variables para este estudio en base a (a) su relevancia para la descripción de las dimensiones mayores de los sistemas sanitarios y el estado de salud de la población; (b) la comparabilidad de medidas para los países y a través del tiempo; y (c) la disponibilidad de series temporales para un número importante de países. Análisis futuros deben de incluir nuevas variables de salud (y no sólo la esperanza de vida o tasas de mortalidad)⁵. Se necesitan indicadores más sofisticados para evaluar la variabilidad en el estado de salud y calidad de vida de la población que serían de interés para los científicos/as sociales.

Variables, hipótesis y metodología

En la sección anterior se desarrollaron una serie de proposiciones generales acerca de los aspectos más importantes de los sistemas sanitarios nacionales a finales del siglo XX. En esta sección se describen las medidas utilizadas en el estudio así como las hipótesis que se derivan de tales proposiciones teóricas. También se describe la metodología utilizada para analizar cada uno de los argumentos teóricos propuestos. Para probar las proposiciones acerca de las similitudes y disparidades entre los sistemas de salud nacionales, se realiza una serie de análisis longitudinales de cambio en varias variables de interés. Las proposiciones relacionadas con los efectos de los sistemas sanitarios nacionales en la salud de la población se prueban utilizando modelos multivariantes de regresión durante el período de 1960-90. También se estiman modelos de regresión para examinar los argumentos acerca del impacto de variables culturales (como el nivel de individualismo nacional) en las características más generales de los sistemas sanitarios nacionales, así como las proposiciones referentes a los efectos de desigualdades sociales en el estado de salud de la población nacional.

En este estudio se mide la variación internacional utilizando el *coeficiente de variación* (es decir, el cociente entre la desviación estándar de una variable y la media aritmética de dicha variable, expresado como porcentaje) en lugar de la medida más común como es la desviación estándar o variación de una variable. Una de las ventajas del coeficiente de variación es que este coeficiente ajusta el nivel de variación de variables para los diferentes niveles de la media aritmética. Todo ello porque es razonable esperar, por ejemplo, que una diferencia en la desviación estándar de diez puntos tenga una interpretación diferente alrededor de una media de 100 que alrededor de una media de 10. Cuanto mayor sea la disminución en el coeficiente de variación para una determinada variable o característica durante el período de tiempo especificado, mayor es el grado de

convergencia. Dado que se dispone de información durante períodos de tiempo diferentes, también se presenta una medida de la tasa anual de cambio para cada una de las variables que identifican un determinado sistema sanitario nacional o el nivel de salud de la población. La tasa anual de cambio en el coeficiente de variación (expresado en porcentaje) se calcula de la siguiente manera (WILLIAMSON y FLEMING, 1977):

$$\frac{\left(\frac{CV_{T_2} - CV_{T_1}}{CV_{T_1}} \right) \times 100}{T_2 - T_1}$$

donde CV_{T_1} es el coeficiente de variación en el año 1, y CV_{T_2} es el coeficiente de variación para un año posterior 2. De manera que valores positivos de esta tasa anual de cambio indican aumentos en la variación en los países incluidos en la muestra durante el período de estudio⁶. En otras palabras, cuanto más negativa sea dicha tasa de cambio, menor es la variación existente con el paso del tiempo, y en consecuencia mayor es la tendencia hacia la convergencia.

La Proposición 1 afirma que hay convergencia en las formas generales de los sistemas sanitarios nacionales. La *forma general de un sistema sanitario nacional* se refiere a las características principales del sistema sanitario, que se operacionalizan utilizando el gasto sanitario y el nivel de protección social: (a) el gasto sanitario público y total; y (b) el nivel de cobertura pública de los gastos sanitarios, atención primaria de salud, gastos farmacéuticos y terapéuticos. Según la Proposición 1, y dadas las variables disponibles para este estudio, se deriva la hipótesis siguiente:

Hipótesis 1. *El coeficiente de variación en el gasto de salud y porcentaje de población cubiertos por gastos médicos disminuye con el tiempo; en otras palabras, la tasa anual de cambio en la variación de estos indicadores generales es negativa.*

La Proposición 2 es acerca del proceso de divergencia con respecto a la composición y utilización de los sistemas sanitarios nacionales. El término *composición y utilización de los sistemas sanitarios* se refiere a la disponibilidad y uso de los recursos destinados al cuidado de la salud así como el empleo en el sector sanitario. Se operacionaliza con los indicadores siguientes: (a) la actividad profesional como el empleo en el sector sanitario (como porcentaje del empleo total), y el número de médicos/as activos (como porcentaje de la población total); (b) los recursos disponibles en hospitales como camas disponibles por cada mil habitantes, personal hospitalario, enfermeros/as y médicos/as por cama de hospital, número de camas en hospitales privados, entre otros; (c) la utilización de hospitales como días de cama de hospital por paciente ingresado, tasa de admisión en hospitales, duración de la hospitalización en días, tasa de ocupación hospi-

talaria (como porcentaje de camas disponibles), y (d) la utilización de ambulatorios como el número de pacientes vistos por cada médico/a y el consumo de productos farmacéuticos por persona. De acuerdo con la Proposición 2:

Hipótesis 2. El coeficiente de variación en indicadores referentes a la composición y utilización de los sistemas sanitarios nacionales, más específicamente en la disponibilidad y uso de recursos sanitarios nacionales, así como el empleo en el sector sanitario, no disminuye con el paso del tiempo; en otras palabras, la tasa anual de cambio en la variación de tales indicadores no es negativa.

La diversidad existente en la composición y utilización de sistemas sanitarios nacionales puede explicarse por los rasgos culturales de una sociedad. En este estudio se examina el grado de individualismo en una sociedad. Las Proposiciones 3.1 y 3.2 proponen una relación entre las variaciones en los niveles de individualismo nacional y las dimensiones principales de los sistemas sanitarios nacionales públicos (es decir, cuánto gastan los gobiernos en recursos sanitarios, y qué porcentaje de la población está cubierta por un sistema sanitario público)⁷. La pregunta a contestar es si los países individualistas gastan verdaderamente menos en recursos sanitarios públicos y cubren una menor proporción de la población contra los costos médicos con un sistema sanitario público (todo ello en comparación con sociedades más colectivistas). Utilizando la investigación de TRIANDIS sobre individualismo y colectivismo en los países del mundo, existen una variedad de atributos que indican si un país particular es individualista o colectivista. TRIANDIS señala que los países con *culturas colectivistas* tienden a favorecer actitudes que reflejan sociabilidad, interdependencia, comunicación y una mayor integración familiar. Por el contrario, los *países individualistas* favorecen autosuficiencia y autonomía individual, hedonismo, competición y la separación emocional de grupos sociales. De las Proposiciones 3.1 y 3.2, y dada la evolución temporal en los gastos sanitarios y niveles de cobertura pública de gastos sanitarios nacionales, se derivan las siguientes dos hipótesis de trabajo:

Hipótesis 3.1. El nivel de individualismo tiene un efecto negativo y significativo en la tasa de crecimiento del gasto público en el cuidado de salud.

Hipótesis 3.2. El nivel de individualismo tiene un efecto negativo y significativo en la tasa de crecimiento del porcentaje de población cubierta contra gastos sanitarios.

Para probar estas hipótesis se estima un modelo de regresión multivariable usando el método de estimación por mínimos cuadrados ordinarios (MCO). Para aumentar la muestra de observaciones, se compila una base de datos longitudinal con información para los 22 países de la OCDE en los años 1970, 1980, y 1990. Esta base de datos de panel permite aumentar la

eficacia de las estimaciones por MCO. Una manera sencilla de controlar por las variaciones temporales (y también las posibles correlaciones en el tiempo) es mediante la introducción de dos variables dicotómicas en cada una de las ecuaciones (una por cada año, menos el año de referencia)⁸. Para evaluar la Hipótesis 3.1, se estima el modelo de regresión donde la tasa anual (media) de crecimiento en el gasto público sanitario (como porcentaje del PIB y *per capita*) es función lineal de la tasa de crecimiento en el PIB *per capita*, y de una variable que mide el grado de individualismo a nivel nacional. Para probar la hipótesis 3.2, las ecuaciones de la regresión tienen la tasa anual de crecimiento en la protección social contra gastos médicos y gastos hospitalarios como variables dependientes⁹.

Si las Hipótesis 3.1 y 3.2 son correctas, es de esperar que el nivel de individualismo tenga un impacto negativo y significativo en la tasa de crecimiento del gasto público sanitario así como en el porcentaje de población cubierta por gastos sanitarios. Se utiliza el *índice de individualismo* calculado por HOFSTEDE (1980) como medida de individualismo para cada país. A pesar de los problemas existentes en su cálculo, este índice de individualismo de HOFSTEDE (IIH) es el índice de naturaleza continua más reciente que ordena a 40 países del mundo de manera sistemática según su nivel de individualismo¹⁰. El índice es que el resultado de un análisis factorial en el que se incluyen las diferencias nacionales en la contestación a catorce preguntas por parte de gerentes de organizaciones en cada país¹¹. Cuanto mayor es el índice, mayor es el nivel de individualismo del país. El índice de individualismo va desde 0,27 (en Portugal) a 0,91 (en Estados Unidos). El nivel de individualismo más alto se alcanza para el caso de los Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña, Canadá y Países Bajos. Entre los países más colectivistas están algunos países mediterráneos como Portugal, España, pero también Japón, Austria y Finlandia.

La Proposición 4 hace referencia al proceso de convergencia en el estado de salud de la población. Los indicadores para medir el estado de salud relativo para cada país (disponible durante el período 1960-1990) es la esperanza de vida para varones y mujeres en el momento del nacimiento, a la edad de 40, y a la edad de 60 (en años), la mortalidad infantil (como porcentaje del número de nacimientos vivos), la tasa bruta de mortalidad (medida como el número de muertes por cada mil habitantes), el porcentaje de población 65 años o mayor, y la edad media y mediana¹². De la Proposición 4 se deriva que:

Hipótesis 4. El coeficiente de variación en los indicadores de salud de la población disminuye con el tiempo; en otras palabras, la tasa anual de cambio de los indicadores de salud es negativa.

En este estudio se espera rechazar la tesis del bienestar en lo que respecta al beneficio de gastos públicos sanitarios adicionales y un acceso más equitativo al sistema sanitario público en la salud de la población. Así, de acuerdo con las Proposiciones 5.1 y 5.2 (tesis del bienestar), los países que gastan más en salud y proporcionan una cobertura pública universal contra gastos sanitarios deberían tener las poblaciones más saludables. Aquí se sostiene que esto no es necesariamente cierto. Se propone rechazar las hipótesis de trabajo siguientes:

Hipótesis 5.1. *El gasto público sanitario tiene un importante efecto positivo en la salud de la población.*

Hipótesis 5.2. *El nivel de cobertura pública contra gastos sanitarios tiene un importante efecto positivo en la salud de la población.*

Por el contrario, en este estudio se muestra que la salud de la población depende más de variables sociales que de la estructura de gasto nacional en particular. En este sentido, la Proposición 6 sugiere que los países con unos niveles más bajos de desigualdad socioeconómica tienen poblaciones más saludables que los países con niveles altos de desigualdad:

Hipótesis 6. *El nivel de desigualdad socioeconómica tiene un efecto negativo y significativo en la salud de la población.*

Para probar tanto las Hipótesis 5.1 y 5.2 como la Hipótesis 6, se estiman una serie de ecuaciones de regresión múltiple utilizando el método de los MCO. Así, el nivel de salud de la población se considera como función lineal de una serie de características de los sistemas sanitarios nacionales. Para aumentar la muestra de observaciones, se compila una base de datos longitudinal con información para los 22 países de la OCDE para los años 1970, 1980 y 1990.

Pocas medidas agregadas a nivel nacional existen para evaluar el estado de salud de poblaciones. Con el propósito de probar la Hipótesis 6, se utilizan como variables dependientes: la esperanza de vida al nacer tanto para mujeres como varones, y la tasa de mortalidad infantil. Además, en los análisis de regresión se controla por el nivel de desarrollo económico de un país utilizando el PIB (retardado cinco años en el tiempo). Debido a la muestra relativamente pequeña de países con datos disponibles y comparables, se presta atención a las dos dimensiones más importantes de un sistema sanitario nacional público: (a) el gasto sanitario público y (b) el porcentaje de cobertura pública sobre gastos médicos y gastos hospitalarios. El gasto público sanitario se mide en miles de dólares *per capita* a precios constantes. Una gran desventaja de esta variable continua es que varía ampliamente de año a año para cada país. Para controlar por las posibles fluctuaciones temporales, se toma el promedio del gasto público sanitario *per capita* durante los períodos siguientes: 1960-65, 1970-75 y 1980-85. En

cuanto al nivel de protección social se utiliza la proporción de la población cubierta respecto de los gastos médicos, y la proporción de población cubierta respecto de los gastos hospitalarios de cuidado al paciente (estas variables también se retardan cinco años)¹³.

El argumento acerca de la desigualdad socioeconómica se operacionaliza calculando el cociente entre el porcentaje de renta recibida por el 20% más rico de familias y el porcentaje de renta recibida por el 20% más pobre de familias del país. Se calcula a partir de varios volúmenes del *Human Development Report* durante las cuatro últimas décadas¹⁴. Un cociente menor indica una menor desigualdad nacional en la distribución de la renta. De acuerdo con esta medida, Estados Unidos tiene el mayor nivel de desigualdad en la distribución de la renta en comparación con la mayoría de países europeos miembros de la OCDE. En los años ochenta, los países de la OCDE tienen un promedio de 6,3 (en comparación con un 16,8 para los países en vías de desarrollo). Esto significa que, en media, el porcentaje de renta recibida por el 20% más rico de las familias es seis veces el porcentaje recibido por el 20% más pobre de familias.

Sistemas sanitarios y salud nacional

Tendencias en el gasto social en la salud

El cuidado de la salud es el segundo artículo más importante de gasto social en los países de la OCDE, siendo un 8,4 por ciento de PIB en 1993, y en promedio un 12 por ciento del total del gasto público. También es uno de los sectores que emplea más de un 6 por ciento del empleo total (*OECD Health Data 1995*). La proporción del PIB destinada a gasto sanitario total pasa de casi un 4 por ciento en 1960 a casi un 9 por ciento en 1993 para los países de la OCDE. Esto representa una tasa de crecimiento dos veces mayor que la tasa de crecimiento del PIB durante el período de 1960 a 1990.

La proporción pública de gasto sanitario total aumentó aún más rápidamente (de un 2,4 por ciento en 1960 a un 6,2 por ciento en 1990), y, en promedio, es casi un 75 por ciento de los gastos sanitarios en 1993. La mayor parte de dicho aumento se debe a la expansión de la cobertura de gastos sanitarios por parte del sector público a principios de los años setenta. A mediados de los años setenta el acceso tanto físico como financiero a los hospitales públicos era casi universal a lo largo de los

países de OCDE, y la provisión pública de ambulatorios y servicios primarios estaba casi igualmente extendida.

Desde 1975 ha habido una disminución en la tasa de crecimiento de los gastos sanitarios totales, y también en la componente pública de dicho gasto (Apéndice 1: columnas 1-3). Esto se debe a un crecimiento económico lento desde mediados de los años setenta y a la generalización de políticas destinadas a limitar el crecimiento del gasto sanitario, tanto con respecto a los precios como a la utilización o intensidad del cuidado sanitario. Las tasas de crecimiento anuales son 8,3 y 5,9 por ciento durante los años 1960-70 y durante 1970-80, respectivamente. Dicha tasa disminuye hasta un 3 por ciento en los años noventa.

Existen diferencias considerables en los países de la OCDE, tanto en la porción del PIB destinada al cuidado de la salud (Apéndice 1: columnas 4-7) como en el nivel del gasto *per capita* (columnas 8 y 9). Tradicionalmente, parte de estas diferencias se relacionan con las diferencias en las formas de vivir; por ejemplo, el gasto sanitario típicamente aumenta de manera más que proporcional con aumentos en la renta personal. Hoy en día, el acceso a servicios sanitarios, tanto a cuidados primarios como a hospitales, es casi universal a lo largo de los países de la OCDE. Se produce una tendencia a aumentar el porcentaje de población elegible para una cobertura pública. En los años ochenta, un 75% de los países de la OCDE tienen una cobertura pública de gastos sanitarios totales casi universal comparado con sólo un 58% de los países de la OCDE en los años setenta. En 1990, el porcentaje medio de población elegible para una cobertura pública de gastos sanitarios en el área de la OCDE es 95,5% (Apéndice 1: columna 11).

Tendencias en la salud de la población

Aún hoy en día, a pesar de los cambios tecnológicos que se producen en los últimos años, es bastante difícil evaluar las mejoras en el estado de salud de las poblaciones, así como poner un valor a los resultados obtenidos tras los programas de salud. Es igualmente imposible distinguir el efecto que tienen los sectores sanitarios nacionales en la salud de la población de factores más generales, como son las condiciones medio-ambientales, estilos de vida y educación en temas de salud. Se observa una mejora en la calidad de vida (esto es, vida con buena salud) en los países industriales. La mortalidad infantil se ha reducido considerablemente. En 1960, y en promedio para los 22 países de la OCDE, tres bebés de cada cien se murieron antes de su primer cumpleaños. Este número es aún menor hoy en día: uno por cada cien (Apéndice 2: columnas 7 y 8). La esperanza de vida ha aumentado, incluso para la cohorte de más edad. Las mujeres nacidas en 1990 se espera que vivan

al menos siete años más que las nacidas en 1960. En comparación con los varones quienes viven cinco años más (Apéndice 2: columnas 1-6). Las mujeres con 60 años de edad ahora viven casi cuatro años más que las mujeres que tenían 60 años en 1960 (dos años en el caso de varones). La mejora ha sido pues mayor para las mujeres que para los varones.

En los últimos treinta años la mayoría de los países de la OCDE experimentan primero un aumento seguido de un marcado declive en la tasa total de fecundidad. Todo esto hasta el punto que, con muy pocas excepciones en los países de la OCDE, la fecundidad está ahora por debajo del nivel que se necesita para asegurar el reemplazo de la población (*OECD Health Data 1995*). Como consecuencia de esta tendencia a largo plazo hacia una menor tasa de nacimientos y una mayor longevidad, casi todos los países de la OCDE experimentan un proceso de envejecimiento rápido de la población a finales del siglo. La proporción de la población de 65 años o más de edad aumenta de un 9,6% a casi un 14% de la población en el período que va de 1960 a 1990 (Apéndice 2: las columnas 11 y 12). Para el año 2040, se prevé que de un 20% a un 29% de las poblaciones de los países de la OCDE tendrán más de 65 años. Este envejecimiento de la población es uno de los cambios, y a su vez retos, más significativos del siglo XXI. Este envejecimiento va a tener probablemente un fuerte impacto en la evolución de los programas sociales llevados a cabo por los gobiernos de diferentes países.

Resultados

Convergencia en las formas generales de los sistemas sanitarios nacionales

En esta sección se examina la tesis de convergencia por lo que respecta a las formas generales o características de los sistemas sanitarios nacionales. Por *forma general de un sistema sanitario nacional* se hace referencia a las características principales del sistema sanitario. En este estudio se operacionalizan estas formas generales utilizando el gasto sanitario y el nivel de cobertura pública contra gastos sanitarios. La Tabla 1 presenta la evolución de dichas características generales entre 1960 y 1990. Según la teoría de la convergencia, se debería observar un declive en el coeficiente de variación para las dimensiones principales de los sistemas de salud nacionales durante el período de estudio (es decir, una tasa anual de cambio en el coeficiente de variación con signo negativo). A pesar de las diferencias que existen todavía en las cantidades destinadas a gastos sanitarios en los diferentes países de la OCDE, se apoya la tesis de la convergencia en lo que se refiere a las dimensiones más generales de los sistemas sanitarios nacionales (Hipótesis 1). La tendencia en el gasto público total y gasto sanitario total va, aunque débil, en la direc-

Tabla 1

Evolución de las características generales de los sistemas sanitarios durante el periodo 1960-1990

Dimensión	Indicador		1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	Tasa anual de cambio en el coeficiente de variación
Gasto público total	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media	533,54	747,72	126,23	224,07	371,17	5.612,05	7.425,57	
		CV	39,29%	34,70%	28,12%	25,25%	30,80%	29,57%	28,07%	-0,95%
	Porcentaje del PIB	Media	30,56	33,06	37,68	41,86	43,10	46,51	46,50	
		CV	21,21	22,92	22,47	21,81	23,63	20,99	19,24	-0,32%
Gasto sanitario total	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media	673154	102,76	174,09	343,18	605,45	892,73	1.267,36	
		CV	14,19%	41,22%	42,40	34,87%	33,66%	36,80%	36,71%	-0,74%
	Porcentaje del PIB	Media	3,88	4,51	5,30	6,60	7,09	7,39	7,83	
		CV	23,48	18,81	20,87	16,40	17,38	17,73	18,84	-0,66%
Gasto sanitario público total	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media	39,23	65,23	125,63	261,50	460,04	666,18	934,81	
		CV	49,60%	42,48%	40,02%	33,36	31,12%	31,33%	29,22	-1,37%
	Porcentaje del PIB	Media	2,37	2,99	3,86	5,05	5,45	5,55	5,83	
		CV	34,06	29,02	27,65	21,51	21,31	17,66	16,61	-1,71%
Protección social	Consumo sanitario total	Media	74,65	81,10	87,40	90,29	94,20	95,16	95,51	
		CV	34,79%	28,55%	22,45%	17,34%	14,28%	13,79%	13,92%	-2,00%
	Atención primaria de salud	Media	70,77	77,40	84,91	87,79	91,23	92,01	92,21	
		CV	41,50	36,95	24,60	23,15	20,19	19,61	19,77	-1,74%
	Gasto farmacéutico	Media	66,19	72,95	78,46	82,83	84,96	87,44	87,64	
		CV	46,79	43,92	39,13	33,30	31,07	29,42	29,41	-1,36%
	Servicios de atención al paciente	Media	75,05	81,45	89,60	93,60	94,82	95,49	95,62	
		CV	33,87	28,72	18,80	14,15	13,87	13,41	13,53	-2,00%
	Gastos terapéuticos	Media	66,19	72,95	78,46	82,83	84,96	87,44	89,40	
		CV	49,79	43,92	39,13	33,30	31,07	29,42	28,20	-1,45%
Gasto total en atención al paciente	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media	25,77	40,50	78,70	161,71	293,90	432,80	593,90	
		CV	54,05%	49,93	48,62%	42,10%	39,51%	40,78%	41,27	-0,79%
	Porcentaje del PIB	Media	1,55	1,78	2,33	2,98	3,36	3,50	3,65	
		CV	25,82	30,49	37,08	32,54	28,35	26,09	28,27	0,32%
Gasto público en atención al paciente	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media	22,29	35,32	67,09	142,77	260,86	367,64	496,45	
		CV	72,10%	62,47	60,29%	50,22	48,84%	43,52%	41,60%	-1,41%
	Porcentaje del PIB	Media	1,16	1,51	2,09	2,73	3,05	3,05	3,09	
		CV	46,89	52,62	52,57	44,00	42,78	36,68	35,06	-0,84%
Gasto total en consultas	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media			55,58	110,93	169,61	267,29	390,35	
		CV			34,29	38,67%	49,76%	47,69%	47,39	1,91%
	Porcentaje del PIB	Media			1,71	2,03	1,88	2,04	2,23	
		CV			19,88	22,18	37,73	38,27	37,92	4,54%
Gasto público consultas	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media			26,06	58,28	90,93	149,68	216,95	
		CV			58,74%	46,26%	57,76%	52,46%	53,40%	-0,45%
	Porcentaje del PIB	Media			0,81	1,11	1,10	1,23	1,32	
		CV			57,36	48,90	53,51	46,29	47,09	-0,89%
Gasto total en bienes médicos	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media			29,20	47,72	73,86	107,41	161,67	
		CV			41,26%	36,94%	42,87%	43,53%	38,86	-0,29%
	Porcentaje del PIB	Media			0,93	0,93	0,90	0,93	1,03	
		CV			37,71	40,13	38,68	38,55	30,30	-0,98%
Gasto público en bienes médicos	Valor <i>per capita</i> (en dólares)	Media			12,63	25,40	38,73	58,05	85,36	
		CV			67,13%	58,34%	61,09%	62,24%	57,94%	-0,68%
	Porcentaje del PIB	Media			0,38	0,50	0,49	0,50	0,54	
		CV			70,62	58,03	53,20	55,88	53,72	-1,20%

Nota: CV = Coeficiente de variación. El coeficiente de variación es el cociente entre la desviación estándar y la media aritmética, expresada como porcentaje.

Fuente: OECD Health Data 1995.

ción de convergencia. Además, la tendencia en el caso del gasto público en la atención de pacientes, consultas y bienes médicos/as también va en la dirección de convergencia.

Los resultados del análisis de convergencia en la proporción de la población cubierta contra gastos médicos, atención primaria de salud, costos farmacéuticos, servicios de atención de pacientes y gastos terapéuticos señalan a su vez un proceso de convergencia internacional considerable. Los países tienden a parecerse más tanto en las proporciones de PIB destinadas a gastos sanitarios, como en las proporciones de población cubiertas por sus sistemas sanitarios públicos nacionales.

A pesar de la tendencia hacia políticas nacionales similares en lo que se refiere a gastos sanitarios y protección social, existen todavía disparidades importantes entre países. Por ejemplo, aunque todos los países de la OCDE han tenido una experiencia común de expansión y subsecuente reducción del gasto social en salud durante los últimos treinta años, existen todavía diferencias importantes entre países (tanto en el nivel de gasto alcanzado como en las tasas de crecimiento del gasto más recientes). En los años ochenta, el gasto privado destinado al cuidado de la salud va de 42 a 601 dólares *per capita*. Este intervalo es aún mayor (426 – 1.126 dólares) en el caso del gasto sanitario de carácter público. En 1990, de los 22 países de la OCDE estudiados, tres países gastan menos de un 5,5% de su PIB en gastos públicos sanitarios. En el otro extremo, seis países gastan más de un 7% de su PIB (Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Noruega y Suiza). El proceso de desaceleración en el crecimiento de los gastos sanitarios es claro en todos los países de la OCDE. Sin embargo, cuatro países redujeron sus proporciones de gasto entre 1990 y 1993, mientras que nueve países aumentaron dicha proporción por lo menos en medio punto en los últimos treinta años —los casos de Suiza y Holanda tiene un interés particular dado que su parte del gasto aumenta en un 1%.

Divergencia en la composición y utilización de los sistemas sanitarios nacionales

Este estudio confirma la Hipótesis 2 con el cálculo de coeficientes de variación altos en las características específicas de los sistemas de cuidado de salud nacionales —debido a que el sistema mundial propone unos modelos generales que definen la naturaleza, propósito, recursos y tecnologías de lo que se considera un sistema sanitario apropiado, mientras que son los gobiernos nacionales quienes deciden las maneras específicas a la hora de proporcionar el cuidado de la salud nacional. Así, casi todos los indicadores que miden el nivel de actividad profesional, equipamiento hospitalario, personal sanitario y la utilización de ambulatorios hace pensar en una cierta tendencia divergente durante el período de 1960 a 1990 (Tabla 2). Es de interés ver cómo el coeficiente de variación en el número

de camas hospitalarias aumenta en una tasa anual del 3%. Con respecto a los otros indicadores del nivel de utilización de hospitales, la tendencia en el uso *per capita* de instituciones sanitarias, tasas de admisión en instituciones sanitarias y la duración media de estancia en instituciones hospitalarias es fuerte en la dirección de divergencia —con coeficientes de variación aumentando, por lo menos, a una tasa del 2% anual.

En resumen, existen disparidades en la naturaleza de los servicios proporcionados por los diversos sistemas sanitarios nacionales. La mayor parte de tales diferencias en la cantidad de recursos disponibles así como en la utilización de servicios médicos y recursos se pronuncian aún más en las últimas décadas.

Culturas individualistas y colectivas

La Tabla 1 muestra cómo los coeficientes de variación en las características generales de los sistemas sanitarios nacionales son altos en 1960 y tienden a disminuir desde 1960 a 1990. La tasa anual de cambio de dichos coeficientes es de 1,4 para el gasto público en atención al paciente; 0,4 para consultas ambulatorias; y 0,7 para bienes médicos. Sin embargo, estos coeficientes de variación permanecen relativamente altos, sobre todo en comparación con los niveles tan bajos de variación asociados con la salud de la población. Por ejemplo, en 1990 el coeficiente de variación medio para el gasto público en la atención de pacientes, consultas y gastos médicos es de un 45%. De manera que, aunque las diferencias nacionales disminuyen con el tiempo, dichas diferencias son todavía elevadas al final del siglo. Estas diferencias en las formas de los sistemas sanitarios nacionales están asociadas con variaciones nacionales en los procesos sociales y culturales internos.

La Tabla 3 presenta los resultados de los cuatro modelos de regresión para la muestra agrupada de 22 países en 1970, 1980 y 1990 (N = 66). El objetivo de estas ecuaciones es explorar los efectos de factores culturales como el nivel de individualismo en la decisión gubernamental de gastos sanitarios y cobertura social. Cada columna de la tabla lista una ecuación diferente para cada dimensión del sistema sanitario público, con los efectos de la tasa de crecimiento anual del PIB y el nivel de individualismo nacional. Las dos ecuaciones (las columnas 1 y 2 de la Tabla 3) explicando la variación en la cantidad de recursos públicos destinados al cuidado de la salud revela un efecto negativo significativo del nivel de individualismo en la tasa de crecimiento del gasto público sanitario, tanto en su valor *per capita* (p 0,05, estadístico de una cola) como en el porcentaje del PIB (p ,1). Tal y como indica el R-cuadrado, el modelo sugerido explica un 55% de la variación total del gasto público sanitario *per capita*. Del análisis se deriva que sociedades colectivistas tienden a tener una tasa de crecimiento anual más alta en el gasto público que sociedades individualistas.

Tabla 2

Evolución en la composición y utilización de los sistemas sanitarios durante el período 1960-1990

Dimensión	Indicador		1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	Tasa anual de cambio en el coeficiente de variación
Actividad profesional	Empleo en el sector sanitario (como % del empleo total)	Media	2,17	2,68	3,17	4,19	5,01	5,64	5,23	
		CV	44,30%	40,57%	41,01%	41,29%	37,64%	35,54%	35,73%	-0,64%
	Médicos/as activos (como % de la población total)	Media	1,12	1,20	1,30	1,58	1,89	2,26	2,53	
		CV	23,84	21,96	17,83	18,59	21,01	23,97	26,53	0,38%
Recursos hospitalarios y personal	Camas de hospital (por 1.000 habitantes)	Media			9,99	10,40	10,34	9,86	9,55	
		CV			29,00%	30,29%	33,55%	37,18%	46,81%	3,07%
	Camas de hospital para agudos (por 1.000 habitantes)	Media			5,490	5,67	5,59	5,11	4,71	
		CV			23,65	19,07	22,04	24,46	30,79	1,51%
	Camas psiquiátricas (por 1.000 habitantes)	Media				2,25	2,07	1,75	1,46	
		CV				41,60	55,50	46,24	48,64	0,81%
	Camas geriátricas (por 1.000 habitantes)	Media				2,98	3,50	3,73	3,57	
		CV				61,76	84,20	77,14	72,90	1,20%
	Personal hospitalario (personal por cama)	Media				1,25	1,51	1,78	1,96	
		CV				42,64%	35,44	42,60%	40,27	-0,37%
	Personal de enfermería (enfermeras/os por cama)	Media				0,34	0,57	0,65	0,81	
		CV				32,37	63,10	40,15	45,73	2,75%
	Camas es hospitales provados (como % del total de camas)	Media			40,58	36,79	39,73	29,54	24,54	
		CV			62,31	63,20	87,28	83,58	95,97	2,70%
Utilización de hospitales	Días de cama de hospital por paciente ingresado	Media	3,03	2,95	3,03	2,96	3,09	2,99	2,73	
		CV	27,93%	29,48%	32,62%	35,67%	39,76%	42,50	44,87	2,02%
	Días de cama de hospital de agudos por paciente ingresado	Media					1,61	1,74	1,34	
		CV					22,78	31,14	32,85	4,42%
	Tasa de admisión en hospitales (pacientes como % de pob.)	Media		11,52	12,63	14,10	15,30	16,31	16,99	
		CV		29,11	29,42	28,02	27,97	29,81	33,41	0,59%
	Tasa de admisión en hospitales de agudos (pacientes como % de pob.)	Media					14,96	15,14	15,90	
		CV					15,90	23,20	24,26	5,26%
	Duración de la hospitalización en días	Media		25,52	23,73	21,08	19,37	17,66	15,96	
		CV		38,14	42,81	42,27	52,77	56,57	63,78	2,69%
	Duración de la hospitalización de agudos en días	Media			13,81	11,09	10,66	9,87	8,51	
		CV			24,00	22,82	25,47	25,53	27,87	0,81%
	Tasa de ocupación hospitalaria	Media				80,35	80,79	81,36	79,47	
		CV				8,67	9,70	8,84	10,38	1,31%
	Tasa de ocupación en hospitales de agudos (como % de camas disponibles)	Media				76,45	76,97	76,31	76,45	
		CV				7,22	6,80	8,14	7,49	0,25%
	Rotación de camas (casos por cada cama al año, excluyendo psiquiátricos)	Media		17,96	19,42	20,44	22,20	23,74	24,55	
		CV		26,76	27,72	30,08	29,05	32,03	29,91	0,47%
Utilización de ambulancias	Pacientes vistos por cada médico/a	Media			4,18	5,62	5,84	5,91	6,06	
		CV			40,22	52,95%	47,61	41,52%	38,31%	-0,24%
	Consumo farmacéutico (media de unidades por persona)	Media			8,88	9,53	10,25	10,12	12,03	
		CV			55,15	63,14	64,00	75,98	76,34	1,92%

Nota: CV = Coeficiente de variación. El coeficiente de variación es el cociente entre la desviación estándar y la media aritmética, expresada como porcentaje.

Fuente: OECD Health Data 1995.

Tabla 3

Coefficientes del modelo de regresión estimado por MCO del efecto del desarrollo económico y el nivel de individualismo nacional en varias de las características del sistema sanitario nacional. Muestra de 22 países de la OCDE para 1970, 1980 y 1990 (N=66)

Variables Independientes	Variables Dependientes: La tasa anual media de crecimiento para varias características del sistema sanitario nacional (a) (como porcentaje)			
	Gasto sanitario público		Cobertura sanitaria pública sobre gasto sanitario	
	Per capita	Porcentaje del PIB	Médicos/as	Hospitalarios
Constante	19,82***	12,93***	7,10***	5,66**
Tasa de crecimiento anual del PIB <i>per capita</i> (en los últimos 5 años) (a)	1,18***	-0,07***	-0,32***	0,20
Índice de individualismo nacional (HOFSTEDE, 1980)	-0,07***	-0,04***	-0,04***	-0,05**
Año 1980	-6,06***	-3,91***	-0,85***	-3,50***
Año 1990	-10,05***	-6,66***	-2,88***	-3,20***
R cuadrada ajustada	0,55	0,40	0,17	0,20
Estadístico F	18,08***	9,64***	3,04***	3,63***
N	66	66	66	66

Nota: Los niveles de significación son: * p < 0,15; ** p < 0,10; *** p < 0,05 (dos colas).

(a) La tasa anual media de crecimiento se calcula para los cinco años más recientes:

Tasa anual de crecimiento (%) en los últimos cinco años = $[(Y2 - Y1)/Y1] * 100 / 5$

donde Y2 es el valor de la variable dependiente al principio de la década (esto es, 1990, 1980 y 1970), e Y1 es el valor de la variable dependiente cinco años antes (1985, 1975 y 1965 respectivamente)

Fuente: OECD Health Data 1995; HOFSTEDE, 1980; y Human Development Report (varios volúmenes).

Al mismo tiempo, dado que los países colectivistas ponen un valor mayor en el bienestar de la colectividad, es de esperar que ofrezcan una protección social más alta contra gastos de salud que los países individualistas. Las ecuaciones de regresión presentadas en la columna 3 y 4 de la Tabla 3 tienen como variables dependientes el crecimiento anual medio de protección pública por gastos médicos y por gastos hospitalarios. El coeficiente asociado con el índice de individualismo nacional es negativo y significativo. Además, el intervalo de confianza del 95% para dicho coeficiente de regresión del nivel de individualismo incluye siempre valores negativos. Los modelos de regresión explican ahora alrededor de un 20% de la variación total en el nivel de cobertura social de los países de la OCDE. Estos últimos resultados apoyan débilmente la Hipótesis 3.2, según la cual los países colectivistas tienden a proporcionar un nivel más alto de protección sanitaria pública.

En resumen, las sociedades individualistas parecen gastar menos en el cuidado de salud (gasto público sanitario) y pro-

porcionan un nivel más bajo de protección pública de gastos sanitarios, todo ello en comparación con sociedades colectivistas.

Convergencia en el nivel de salud de la población

Hasta ahora se ha considerado la evolución en los sistemas sanitarios nacionales. Esta sección examina el proceso de convergencia en lo que respecta a la salud de la población. La Tabla 4 presenta la evolución temporal de las medidas diversas del estado de salud de la población durante el período 1960-90 (disponibles sólo en determinados años). Los datos sugieren un proceso de convergencia importante en la mejora de salud de la población (Hipótesis 4). Así se observa que el coeficiente de variación para la esperanza de vida al nacer es un 3,2 por ciento en 1960 y un 1,5 por ciento en 1990; esto se traduce en una disminución media de un 1,8 por ciento anual. En el caso de la esperanza de vida al nacer para mujeres, la tasa media de disminución es un 1,6 por ciento; 1,7 por ciento para el caso de la esperanza de vida para varones. Estos resultados confirman la teoría de convergencia en lo que respecta al nivel de salud en los países de la OCDE.

Tabla 4

Evolución en el estado de salud de la población durante el período 1960-1990

Dimensión	Indicador		1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	Tasa anual de cambio en el coeficiente de variación
Esperanza de vida	Total	Media	70,21				73,71		76,21	
		CV	3,21%				1,61%		1,51%	-1,77%
	Mujeres al nacer	Media	73,00		75,00		77,63		79,54	
		CV	2,75		2,10		1,65		1,44	-1,59%
	Mujeres a los 40 años	Media	36,69		37,61		39,49		40,90	
		CV	2,44		2,61		3,00		2,74	0,41%
	Mujeres a los 60 años	Media	19,10		19,90		21,46		22,68	
		CV	3,76		4,54		4,78		4,25	0,43%
Varones al nacer	Media	67,97		68,83		71,01		73,16		
	CV	3,66		2,60		2,21		1,81	-1,68%	
Varones a los 40 años	Media	32,69		32,67		39,94		35,56		
	CV	4,52		4,37		3,66		3,27	-0,92%	
Varones a los 60 años	Media	16,27		16,22		17,17		18,33		
	CV	6,63		6,50		5,87		4,85	-0,89%	
Mortalidad	Mortalidad infantil (como % de nacimientos vivos)	Media	2,93	2,42	2,03	1,60	1,15	0,92	0,75	
		CV	47,22%	46,27%	47,04%	41,52%	34,86%	30,04%	18,56%	-2,02%
	Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)	Media	9,59	9,64	9,71	9,51	9,41	9,46	9,37	
	CV	17,91	17,48	17,44	18,85	18,27	17,69	16,79	-0,21%	
Datos demográficos	Población de 65 años o mayor (como % de la población total)	Media	9,56	10,13	10,94	11,69	12,45	12,83	13,54	
		CV	18,87%	19,41%	19,32%	19,47%	19,03%	16,09%	15,39%	-0,61%
	Edad media	Media	31,27	31,53	32,59	33,43	34,56	35,61	36,51	
	CV	9,41	7,54	7,21	6,06	6,90	6,33	5,28	-1,36%	
Edad mediana	Media	29,24	28,56	30,03	30,69	31,84	33,57	34,60		
	CV	14,53	17,03	9,89	9,90	9,47	9,26	8,75	-1,33%	

Nota: CV = Coeficiente de variación. El coeficiente de variación es el cociente entre la desviación estándar y la media aritmética, expresada como porcentaje.

Fuente: OECD Health Data 1995.

Los datos para las tasas de mortalidad apoyan también la tesis de la convergencia. En el caso de la proporción de mortalidad infantil, el coeficiente de variación disminuye de un 47,2 por ciento en 1960 a un 18,6 por ciento en 1990; en promedio esto supone una disminución de un dos por ciento anual. En el caso de la tasa bruta de mortalidad, el coeficiente de variación pasa de un 17,9 por ciento a un 16,7 por ciento (en promedio un 0,2 por ciento de disminución anual). La tendencia no es fuerte, pero va en la dirección de la tesis de la convergencia.

Los coeficientes de variación para el porcentaje de población 65 años de edad o mayor, la edad media/mediana nacional también disminuye durante el período de estudio. En el caso de edad media, el coeficiente pasa de un 9,4 por ciento a

un 5,6 por ciento en 1990; esto en promedio supone una disminución de un 1,4 por ciento anual. Una vez más, estos resultados apoyan la tesis de la convergencia.

Salud, sistemas sanitarios y desigualdades socioeconómicas nacionales: un plan de acción

Varios análisis multivariados preliminares sobre la variación de salud de la población en los países de la OCDE muestran que un gasto público sanitario mayor y un nivel de protección social elevado no parecen predecir necesariamente el nivel de salud de la población de cada país¹⁵. La Tabla 5 muestra las estimaciones por MCO de los coeficientes obtenidos para cinco

Tabla 5

Coefficientes del modelo de regresión estimado por MCO del efecto de varias de las características del sistema sanitario nacional, desarrollo económico y desigualdad socioeconómica en el nivel de salud de la población. Muestra de 22 países de la OCDE para 1970, 1980 y 1990 (N=66)

Variables Independientes	Variables Dependientes: Varios indicadores del nivel de salud de la población			
	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida para mujeres	Esperanza de vida para varones	Mortalidad infantil (% de nacimientos vivos)
Constante	72,90***	73,65***	68,07***	2,13***
PIB <i>per capita</i> en miles de dólares (retardado 5 años)	0,03***	0,02***	0,02*	-0,01***
Gasto sanitario público <i>per capita</i> en miles de dólares (retardado 5 años)	-0,03	0,05	0,03	-0,00
Cobertura sanitaria pública de gastos médicos como % de la población cubierta (retardada 5 años)	-0,28	-0,38	-0,43*	0,04
Cobertura sanitaria pública de gastos hospitalarios como % de la población cubierta (retardada 5 años)	0,30	0,40*	0,45*	-0,05
Desigualdad socioeconómica (retardada 10 años) (a)	-0,23***	-0,10	-0,26***	0,09***
Año 1980	-1,37***	0,69	0,16	-0,19
Año 1990	-0,70	-0,82	0,65	0,09
R cuadrada ajustada	0,71	0,74	0,68	0,73
Estadístico F	13,71***	16,26***	12,29***	15,37***
N	66	66	66	66

Nota: Los niveles de significación son: * p < 0,15; ** p < 0,10; *** p < 0,05 (dos colas).

(a) El nivel de desigualdad socioeconómica se operacionaliza calculando el cociente entre el porcentaje de renta recibida por el veinte por ciento más rico de familias y el porcentaje de renta recibida por el veinte por ciento más pobre de familias del país. Se calcula a partir de varios volúmenes del *Human Development Report* durante las cuatro últimas décadas.

Fuente: *OCDE Health Data 1995*; HORSTED, 1980; y *Human Development Report* (varios volúmenes).

modelos de regresión incluyendo una muestra conjunta de 22 países en 1970, 1980, y 1990 (N = 66). Cada columna de la tabla lista una ecuación por separado, con la pendiente asociada a varias dimensiones de los sistemas sanitarios públicos y del nivel de desarrollo socioeconómico del país.

En la columna 1 de la Tabla 5, la esperanza de vida al nacer se estudia como función de una serie de variables relacionadas con el nivel de desarrollo y desigualdad socioeconómica nacional, así como con las características del sistema sanitario público. Las columnas 2, 3 y 4 informan acerca de los resultados de regresión para la esperanza de vida de mujeres, varones, y la mortalidad infantil, como variables dependientes. Como era de esperar, en todos los modelos, el nivel de desarrollo socioeconómico (medido como el PIB *per capita*) tiene un efecto positivo y significativo en la propensión de un país a tener poblaciones más saludables, con una mayor esperanza de vida y una menor mortalidad (p,1, prueba de una cola). Sin embargo, el efecto del gasto público *per capita* en el estado de salud de la población no es significativo en ninguno de los modelos

propuestos. En el caso de la esperanza de vida en el nacimiento, el efecto del gasto sanitario público tiene un efecto incluso negativo (aunque no significativo). La relación entre el gasto público y el estado de salud parece ser opuesta a la relación defendida por los teóricos/as del bienestar social (Hipótesis 5.1). Una explicación posible de estos resultados podría ser que, dado que los países de OCDE tienen un nivel alto de desarrollo, el gasto adicional en la salud no tiene efecto positivo alguno en el estado de salud de la población puesto que tales poblaciones ya viven relativamente vidas largas. En esta línea de pensamiento, los/as economistas que estudian temas de salud señalan que las reducciones en las tasas de mortalidad de los últimos años así como las mejoras en la calidad de vida se deben al gasto adicional en educación formal de la población de un país, más que al gasto adicional en la atención sanitaria (AUSTER, LEVENSON y SARACHEK, 1969, FUCHS, 1979).

Ninguno de los modelos anteriores confirma la hipótesis de que la adopción de un sistema sanitario público universal mejora la salud de la población global (Hipótesis 5.2). Al contrario,

el signo de los coeficientes es el opuesto al predicho por los/as teóricos/as del bienestar en el caso de protección social contra gastos sanitarios. Sin embargo, aunque el nivel de importancia de tales estimaciones difiere ligeramente para diversos modelos, estos coeficientes no son estadísticamente significativos. Parece que las variables relacionadas con el "cuidado de la salud" consideradas en este estudio no captan adecuadamente los beneficios asociados con los sistemas sanitarios públicos eficaces y universales. Tales sistemas sanitarios no parecen mejorar necesariamente el estado de salud de los ciudadanos/as. Además, los sistemas sanitarios pueden llegar a tener un impacto negativo en los resultados de salud nacionales, a menos que tales sistemas se combinen o complementen con varias políticas públicas de educación, vivienda, etc. Los/as científicos sociales interesados en el análisis comparativo necesitan más datos sobre estilos de vida, estructuras familiares, diferencias de renta y educación que podrían explicar tales diferencias en el nivel de salud de la población.

Los sistemas de desigualdades nacionales juegan un papel importante en el nivel de salud de la población. Este análisis apoya la Hipótesis 6 según la cual las políticas públicas adoptadas para reducir el nivel de desigualdades socioeconómicas tienen un efecto positivo importante en la propensión de un país a tener una población más saludable. Tres de los cuatro modelos de regresión presentados en este artículo predicen que unos mayores niveles de desigualdad socioeconómica suponen un mayor diferencial en salud, y por lo tanto un estado de salud de la población global más bajo. Estos efectos negativos del nivel de desigualdades en varios de los indicadores del nivel de salud de la población son significativos excepto en el caso de la esperanza de vida de las mujeres en el momento del nacimiento ($p < 0,05$). Esto último resalta la importancia de incluir variables como grupo étnico y género a la hora de examinar diferenciales en los resultados de salud de la población. Los cuatro modelos aquí presentados son los más apropiados (en comparación con los modelos anteriores) pues explican por lo menos un 70% de la variación existente en los niveles de salud¹⁶.

Discusión de resultados

Los sistemas sanitarios nacionales no se organizan necesariamente de acuerdo con principios económicos y tecnológicos. Por el contrario, son los factores institucionales los que han motivado la adopción de ciertos modelos sanitarios en diferentes tipos de sociedades. Los modelos nacionales de organizar sistemas sanitarios no se definen de acuerdo con factores funcionales internos sino que más bien vienen a ser definidos por los vínculos de una nación con otras naciones, las asociaciones in-

ternacionales y organizaciones científicas. Históricamente se observa que tanto el porcentaje del PIB gastado como la proporción de personas cubiertas en la atención sanitaria en los países desarrollados evolucionan de manera bastante similar. Los sistemas sanitarios de los países están siendo influenciados por la tendencia internacional en la provisión de cuidado de salud. En el presente estudio se muestra que las dimensiones más generales de los sistemas sanitarios nacionales tienden a desarrollarse y cambiar de manera isomórfica (la tesis de la convergencia).

Las diversas formas nacionales, en muchas áreas específicas, reflejan modelos mundiales, y cambian en direcciones similares a pesar de la diversidad internacional en culturas y recursos locales. Los países tienden a alcanzar lo mismo aunque de maneras diferentes. Adoptan de manera selectiva estructuras distintas para sus sistemas de salud durante el siglo XX, dependiendo de los problemas a los que se enfrentan y también dependiendo de factores interiores como es el grado de individualismo, las actividades de determinados grupos profesionales y el papel del Estado¹⁷. Cuando se examinan los aspectos más específicos de los sistemas sanitarios nacionales, no existe evidencia alguna de un proceso de convergencia en la composición y utilización de los sistemas sanitarios nacionales en el tiempo (esto incluye recursos hospitalarios, personal hospitalario y utilización de los recursos sanitarios).

Las diferencias en la organización y utilización de los sistemas sanitarios nacionales se asocian con variaciones nacionales en ciertas variables sociales y culturales. El análisis aquí presentado sugiere que el nivel de individualismo explica algunas de tales diferencias organizativas nacionales. Los países individualistas gastan menos en recursos sanitarios directos que los países colectivistas. Las sociedades más colectivistas a su vez cubren un porcentaje más alto de la población contra gastos sanitarios.

El análisis confirma la tesis de la convergencia en lo que respecta al estado de salud de la población. Los países se asemejan cada vez más en la esperanza de vida, la tasa de mortalidad y otras características demográficas nacionales. Pero los países del mundo no sólo tienden a tener poblaciones más saludables a través del tiempo sino que también dichas mejoras en la salud parecen converger a pesar de la existencia de sistemas sanitarios nacionales diferentes y divergentes. La correlación entre los recursos sanitarios nacionales y la salud de la población es bastante débil. Dicha correlación tiende a disminuir e incluso desaparecer a lo largo del tiempo. Los países con un mayor gasto sanitario *per capita* y con un grado de cobertura pública universal de la atención sanitaria no tienen necesariamente poblaciones más saludables. En este sentido, las variables sociológicas son más explicativas de las divergencias nacionales en los sistemas sanitarios, y de las convergencias na-

cionales en el estado de salud. Las estructuras de desigualdad en la distribución de recursos como renta y educación de un país parecen jugar un papel significativo en la formación de sistemas sanitarios nacionales y afectan el nivel de salud de la población del país. El efecto de otras variables de interés sociológico necesita ser explorado con mayor detenimiento con análisis nacionales longitudinales.

El presente estudio muestra algunos de los factores sociológicos y económicos que afectan la propensión de un país a tener poblaciones más saludables. Como es de esperar, el nivel de desarrollo socioeconómico tiene un efecto positivo y significativo en la salud de la población. Pero ninguno de los modelos del análisis confirma la hipótesis de que un mayor gasto sanitario público mejore directamente la salud de la población. Al contrario, se muestra que el signo del impacto puede ser incluso negativo. Al final, lo que realmente afecta el nivel de salud nacional no es la manera de organizar los sistemas sanitarios nacionales, sino más bien variables sociales como estilos de vida y niveles de desigualdad socioeconómica. En este sentido, el presente análisis respalda la proposición de que las políticas públicas diseñadas con el fin de reducir desigualdades socioeconómicas tienen un efecto positivo en la propensión de un país a tener una población más saludable. Los sistemas sani-

tarios nacionales podrían incluso tener un impacto negativo en el nivel nacional de salud a menos que dichos sistemas se combinen y complementen con otras políticas públicas que disminuyan las desigualdades sociales. Con esto no se afirma que un incremento en los gastos sanitarios sea irrelevante. El presente estudio confirma la existencia de una asociación importante y persistente entre los sistemas de estratificación social y el nivel de salud de la población. Sin embargo, no se lograrán mejoras significativas en la salud de la población si los sistemas de empleo y educación básicos siguen siendo injustos y desiguales con el paso del tiempo.

El presente estudio de los sistemas sanitarios de los países de la OCDE hace pensar en la necesidad de análisis longitudinales, comparativos y multidimensionales para una evaluación más comprensiva y completa de los sistemas sanitarios nacionales y del nivel de salud de la población. La salud no debe considerarse meramente como la interacción de factores económicos y biológicos, porque actualmente el nivel de salud de la población depende más bien de procesos económicos, biológicos y sociales. En este respecto, se necesita prestar una mayor atención a los factores sociológicos que influyen en los sistemas sanitarios y en la salud de la población.

Apéndice 1

Evolución de las características generales de los sistemas sanitarios para los países de la OCDE (1960-1990)

País	Tasa anual de crecimiento del gasto sanitario total (a precios constantes en 1990) (%)			Gasto sanitario total (como % del PIB)		Gasto sanitario público (como % del PIB)		Gasto sanitario público <i>per capita</i> (en dólares)		Porcentaje de la población elegible para cobertura de gastos sanitarios totales	
	1960-70	1970-80	1980-90	1960	1990	1960	1990	1960	1990	1960	1990
Australia	3,7	4,7	4,1	4,9	8,2	2,4	5,6	46	896	100	100
Austria	3,6	4,7	1,3	4,4	8,4	3,1	5,6	46	922	78	99
Bélgica	5,2	8,1	2,9	3,4	7,6	2,1	6,8	33	1.109	58	99
Canadá	6,5	5,1	3,4	5,5	9,4	2,3	6,9	45	1.255	68	100
Dinamarca	9,3	4,2	1,2	3,6	6,5	3,2	5,3	59	879	95	100
Finlandia	11,4	5,4	3,5	3,9	8,0	2,1	6,5	30	1.045	55	100
Francia	8,7	7,2	5,1	4,2	8,9	2,4	6,6	41	1.146	76	100
Alemania	5,1	5,9	1,5	4,8	8,3	3,2	5,9	61	1.091	85	92
Grecia	12,1	5,0	4,7	2,9	5,3	1,9	4,5	10	333	30	100
Islandia	9,0	6,8	5,5	3,3	7,9	2,5	6,9	39	1.190	100	100
Irlanda	8,7	10,8	-1,2	3,8	6,7	2,9	5,0	27	559	85	100
Italia	8,5	6,7	3,4	3,6	8,1	3,0	6,3	41	1.029	87	100
Japón	13,7	9,0	3,7	3,0	6,8	1,8	4,8	16	841	88	100
Holanda	8,4	2,2	2,0	3,8	8,0	1,3	5,7	23	914	71	69
Nueva Zelanda	...	2,4	0,9	4,3	7,4	3,5	6,1	74	819	100	100
Noruega	5,8	6,9	2,9	3,3	7,5	2,6	7,1	37	1.137	100	100
Portugal	...	10,9	4,2	...	6,6	0,8	3,6	5	336	18	100
España	16,1	7,8	5,4	1,5	6,9	0,9	5,4	8	640	64	99
Suecia	9,7	3,4	1,7	4,7	8,6	3,4	7,7	66	1.312	100	100
Suiza	8,1	2,3	3,6	3,3	8,4	2,0	5,7	57	1.205	74	100
Reino Unido	5,2	4,8	2,0	3,9	6,0	3,3	5,1	64	803	100	100
Estados Unidos	6,5	4,8	3,6	5,3	12,7	1,3	5,2	35	1.105	20	44
Media aritmética	8,3	5,9	3,0	3,9	7,8	2,4	5,8	39,2	934,8	74,7	95,5
Desviación estándar	3,3	2,5	1,7	0,9	1,5	0,8	1,0	19,5	273,1	26,0	13,3
Coefficiente de variación	39,7%	41,8%	56,3%	23,5%	18,8%	34,1%	16,6%	49,6%	29,2%	34,8%	13,9%

Nota: Los gastos en precios constantes se calculan a partir de los datos sobre precios actuales deflactados por el índice de precios al consumo privado.

La media es la media aritmética no ponderada de los datos que se muestran para los países de la OCDE.

Fuente: *OECD Health Data 1995*.

Apéndice 2

Evolución en el estado de salud de los países de la OCDE (1960-1990)

País	Esperanza de vida						Mortalidad				Datos demográficos			
	Total		Mujeres al nacer		Varones al nacer		Infantil (% de nacimientos vivos)		Tasa bruta (por cada 1000 habitantes)		Población de 65 años o mayor		Edad media	
	1960	1990	1960	1990	1960	1990	1960	1990	1960	1990	1960	1990	1960	1990
Australia	70,7	76,5	73,9	80,1	69,7	73,9	2,0	0,8	8,5	7,0	8,4	11,2	28	32
Austria	68,7	74,8	71,9	79,0	65,4	72,5	3,8	0,8	12,7	10,7	11,9	15,1	33	35
Bélgica	70,3	75,2	73,5	79,1	67,7	72,4	3,1	0,8	12,4	10,5	12,0	15,0	32	36
Canadá	71,0	77,0	74,3	80,4	68,4	73,8	2,7	0,7	7,8	7,2	7,6	11,0	28	32
Dinamarca	72,1	75,8	74,1	77,7	72,3	72,0	2,2	0,8	9,6	11,9	10,6	15,6	32	37
Finlandia	68,5	75,5	71,6	78,9	64,9	70,9	2,1	0,6	9,0	10,0	7,5	13,4	28	37
Francia	70,3	76,4	73,6	80,9	67,0	72,7	2,7	0,7	11,3	9,4	11,6	14,0	33	35
Alemania	69,7	75,2	72,4	79,1	66,9	72,7	3,4	0,7	11,6	11,3	10,2	...	32	37
Grecia	68,7	76,1	70,4	79,4	67,3	74,1	4,0	1,0	7,3	9,3	8,1	14,0	34	38
Islandia	73,2	77,8	75,0	80,3	70,7	75,7	1,3	0,6	6,6	6,7	8,1	10,6	24	29
Irlanda	69,6	74,6	71,8	77,5	68,5	72,0	2,9	0,8	11,5	9,1	11,1	11,4	28	28
Italia	69,2	76,0	72,3	80,2	67,2	73,6	4,4	0,8	9,6	9,5	9,2	36
Japón	67,9	78,6	70,0	81,9	65,5	75,9	3,1	0,5	7,6	6,7	5,7	11,9	28	37
Holanda	73,2	77,2	75,5	80,1	71,6	73,8	1,8	0,7	7,5	8,6	9,0	12,8	28	37
Nueva Zelanda	70,9	75,2	73,9	78,3	68,7	72,4	2,3	0,8	8,8	7,9	8,7	11,0	25	31
Noruega	73,4	77,1	75,9	79,8	71,4	73,4	1,9	0,7	9,2	10,9	11,1	16,3	32	37
Portugal	63,3	74,0	67,2	77,9	61,7	70,9	7,8	1,1	10,5	10,4	8,1
España	69,0	77,0	72,2	80,5	67,4	73,4	4,4	0,8	8,6	8,6	8,1	13,4	32	32
Suecia	73,1	77,4	74,9	80,4	71,2	74,8	1,7	0,6	10,0	11,1	11,8	17,8	...	37
Suiza	71,2	77,4	74,1	80,9	68,7	74,0	2,1	0,7	9,8	9,5	11,1	14,9	32	37
Reino Unido	70,6	75,7	74,2	78,6	68,3	72,9	2,3	0,8	11,5	11,2	11,7	15,7	32	37
Estados Unidos	69,9	75,9	73,1	78,8	66,6	71,8	2,6	0,9	9,5	8,6	8,8	12,2	28	32
Media aritmética	70,2	76,2	73,0	79,5	68,0	73,2	2,9	0,8	9,6	9,4	9,6	13,5	29,9	34,7
Desviación estándar	2,2	1,2	2,0	1,1	2,5	1,3	1,4	0,1	1,7	1,6	1,8	2,1	3,0	3,0
Coefficiente de variación	3,2%	1,5%	2,7%	1,4%	3,7%	1,8%	47,2%	18,6%	17,9%	16,8%	18,9%	15,4%	9,9%	8,6%

Nota: La media es la media aritmética no ponderada de los datos que se muestran para los países de la OCDE.

Fuente: OECD Health Data 1995.

Notas

¹ Dirigir correspondencia a Emilio J. Castilla, Department of Sociology, Stanford University, Stanford CA 94305-2047, Estados Unidos (correo electrónico: castilla@leland.stanford.edu). Agradezco los comentarios y ayuda de Roberto Fernández, David Grusky, Mark Granovetter, Jesús M. de Miguel, John W. Meyer, Francisco Ramírez, Nancy B. Tuma y Morris Zelditch. Gracias también por los consejos y sugerencias que me dieron colegas del *Social Stratification Workshop* y del *Comparative Sociology Workshop* en la Universidad de Stanford.

² Los/as institucionalistas denominan *racionalización* al proceso por el cual la actividad humana se controla y estructura con un determinado objetivo, sentido y/o significado. De esta manera, se intenta evitar que dicha actividad humana sea calificada de irracional, caótica, o corrupta, y, a su vez, se consigue que dicha actividad sea aceptada y legitimada por la sociedad.

³ Los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en su origen (1960) son Alemania, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía. Los siguientes países se convirtieron en miembros posteriormente en los años indicados entre paréntesis: Japón (1964), Finlandia (1969), Australia (1971), Nueva Zelanda (1973) y México (1994).

⁴ La información contenida en estos datos es la recogida hasta el dos de marzo de 1995.

⁵ Aunque se ha producido un avance considerable en los últimos años, los países de la OCDE todavía no evalúan sus sistemas sanitarios de manera satisfactoria. Se debe principalmente a que aún existen pocos indicadores apropiados para dicha evaluación de los sistemas sanitarios. Varias organizaciones internacionales se han limitado a la recolección de datos para un número pequeño de indicadores estándar. Los datos sobre esperanza de vida al nacer y en otras edades posteriores, así como la mortalidad infantil, proceden de anuarios nacionales y algunas veces de revistas demográficas.

⁶ Implícito en el cálculo de esta tasa anual es el supuesto de que cualquier período de diez, veinte o treinta años es equivalente a cualquier otro. Dicho estadístico se calculó para diferentes períodos de tiempo, y se detectó una variación clara en la tasa de cambio de un período a otro. Siempre se encontró una tendencia consistente en la dirección de convergencia o divergencia en el tiempo (según el tipo de características de los sistemas sanitarios que se evalúan).

⁷ Se recomienda leer el siguiente artículo: MEYER, John W., David FRANK y David MIYAHARA, 1995. 'The individualism polity and the prevalence of professionalized psychology: A cross-national study.' *American Sociological Review* 60: pp. 360-377.

⁸ Para simplificar, se asume que todas las diferencias temporales se capturan con las dos variables dicotómicas incluidas en el modelo. Además, se asume que el efecto de las variables independientes es constante para todos los países y en todo momento del tiempo. Véase John JOHNSTON, 1984. *Econometric Methods*. Nueva York, Nueva Jersey: McGraw-Hill. También, se recomienda mi cuaderno metodológico número 25 publicado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (1998): *Análisis Dinámico*.

⁹ Para evaluar las Hipótesis 3.1 y 3.2 las variables dependientes son: (a) el promedio anual de la tasa de crecimiento del gasto público sanitario *per capita*; y (b) el promedio anual de la tasa de crecimiento de la cobertura social pública de los gastos sanitarios. Ambas variables se calculan para cada uno de los países de la OCDE durante tres períodos de tiempo (1985-1990; 1975-1980; y 1965-1970 respectivamente). De manera que la muestra agrupada consiste en 66 casos (22 países por tres períodos).

¹⁰ HOFSTEDE muestra que con el índice de individualismo y el de masculinidad es posible explicar las diferencias nacionales en las contestaciones de los trabajadores a las 14 preguntas sobre aspiraciones en el trabajo. Un análisis de factor mostró que casi la mitad de la variación nacional en el promedio de las puntuaciones para todas las preguntas se podía explicar considerando ambos factores. El índice de individualismo se basa en el primero de dichos factores, y explica un 24 por ciento de la variación nacional en los promedios de las respuestas a tales preguntas. El índice de individualismo está relacionado estrechamente con la importancia dada al «tiempo personal» en una determinada sociedad («tener un trabajo que proporcione tiempo suficiente para la vida familiar o personal»); y relacionado negativamente con el «nivel de formación en el trabajo» de la persona («tener posibilidades de formación en el trabajo para mejorar sus habilidades o adquirir nuevas habilidades»).

¹¹ HOFSTEDE proporciona una explicación completa acerca de las normas generales asociadas con una sociedad con un IIH bajo y con un IIH alto (1980: p. 235). Un nivel de individualismo bajo en una sociedad implica las características siguientes: (a) en dicha sociedad, las personas nacen en familias extensas o clanes que las protegen a cambio de lealtad; (b) conciencia colectiva; (c) orientación colectiva; (d) la identidad personal está basada en el sistema social; (e) dependencia emocional de las personas respecto de las organizaciones e instituciones; (f) énfasis en pertenecer a organizaciones o colectividades; (g) la vida privada está controlada por organizaciones o clanes a los que las personas pertenecen; las opiniones de estas organizaciones afectan a las personas; (h) pericia, orden, obligación, seguridad y apoyo son proporcionados por organizaciones o clanes sociales; (i) las amistades son relaciones sociales estables; se tiene una necesidad de prestigio dentro de dichas amistades; y (j) se valoran las decisiones en grupo. Por el contrario, una sociedad con un nivel elevado de individualismo: (a) cada uno/a debe de cuidar de uno/a mismo y de su familia inmediata; (b) conciencia individualista; (c) egoísmo; (d) la identidad personal está basada en el individuo; (e) independencia emocional del individuo de las organizaciones e instituciones sociales; (f) énfasis en la iniciativa y logro individual; ideal de liderazgo; (g) cada persona tiene el derecho a una vida y opinión privada; (h) autonomía, variedad, placer, seguridad financiera individual; (i) una necesidad de amistades específicas; y (j) se valoran las decisiones de la persona.

¹² Estudios y datos recientes proporcionan indicadores como la esperanza de vida en buena salud. Los datos longitudinales nacionales son muy escasos todavía, y carecen de dichos indicadores de estado de salud más informativos.

¹³ Durante las últimas tres décadas, el papel de los sistemas sanitarios mixtos público-privado ha sido debatido extensamente. Un análisis comparativo de la eficiencia de los sistemas sanitarios es imposible si no se hace referencia al sistema de protección social que ofrecen. Otras dos medidas de los efectos del bienestar social en temas de política sanitaria se utilizan para medir la protección social: (a) la proporción de la población cubierta por gastos sanitarios, y (b) la proporción cubierta por gastos de atención al paciente.

¹⁴ Otras medidas de desigualdad como el coeficiente de Gini sólo están disponibles para un determinado período de tiempo, y por lo tanto no se pueden utilizar en el análisis presente.

¹⁵ Las Hipótesis 5.1 y 5.2 se analizaron también utilizando el análisis de varianza multivariable (MANOVA) donde los diferentes indicadores de la salud de la población son variables dependientes y el nivel de desarrollo del sistema sanitario es el factor exploratorio. El test de MANOVA es apropiado en este caso porque el método requiere un conjunto de variables dependientes continuas interrelacionadas sí, además de un factor o variable que identifica grupos diferentes de actores sociales (FINN, 1974). En un grupo de países se incluyeron aquellos países de la OCDE con un gasto público sanitario alto y con un sistema social de protección casi universal durante el período 1960-1990 —Austria, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Italia, Noruega, Suecia y Suiza. El otro grupo incluye el resto de países de la OCDE que o bien tienen un nivel de gasto sanitario público comparativamente bajo o cuyo sistema de cobertura social no es universal durante el período de estudio. Las variables dependientes son seis: esperanza de vida al nacer, esperanza de vida para mujeres y para varones, porcentaje de la población de 65 años o mayor, edad media, mortalidad infantil y tasa bruta de mortalidad. Los diferentes estadísticos F indicaron que no existe razón para rechazar la hipótesis de que las medias para cada uno de los indicadores de salud son diferentes para los dos grupos de países. En otras palabras, la salud en los países del norte de Europa caracterizados por sistemas sanitarios públicos caros no es significativamente diferente del nivel de salud de países con sistemas sanitarios más baratos. Esto parece ser verdad en todos y cada uno de los períodos analizados.

¹⁶ Los modelos de regresión no parecen violar ninguno de los supuestos de la estimación por mínimos cuadrados ordinarios (MCO). El gráfico de los residuos con las predicciones de la variable dependiente y con cada una de las variables independientes en la ecuación no muestran pauta sistemática alguna que sugiera la violación posible del supuesto de función lineal de regresión o del supuesto de homocedasticidad. Por el contrario, los residuos se distribuyen de manera aleatoria alrededor del valor cero. Un histograma de los residuos marcó que la distribución de los residuos es normal. Examinando la matriz de variables independientes y el valor del factor de inflación de la varianza (*variance inflation factor*, en inglés) asociado

con cada una de las variables independientes, no parece haber problema de multicolinealidad en los modelos.

Creo que las proposiciones consideradas en el presente estudio se pueden aplicar también para el caso de los países del Tercer Mundo (no sólo a los países de la OCDE); aunque dichos países se caracterizan por tener organizaciones sociales

tradicionales, desigualdades socioeconómicas extremas, y una carencia relativa de autonomía (en tanto que dichos países están subordinados a gobiernos desarrollados). Estos países también participan en la «sociedad global internacional» y por lo tanto son influenciados por los mismos procesos sociales que afectan a los países de la OCDE.

Bibliografía

- ABBOT, Andrew y Stanley DE VINEY. 1992. «The Welfare State as a transnational event: Evidence from sequences of policy adoption». *Social Science History* 16: 245-274.
- ALBER, Jens, Gösta ESPING-ANDERSEN y Lee RAINWATER. 1996. «Studying the Welfare State: Issues and queries». Pp. 339-47 en *Comparing Nations and Cultures*, editado por A. Inkeles y M. Sasaki. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- AUSTER, Richard, Irving LEVENSON y Deborah SARACHEK. 1969. «The production of health: An exploratory study». *Journal of Human Resources* 4: 411-436.
- BAUM, Rainer C. 1974. «Beyond convergence: Toward theoretical relevance in quantitative modernization research». *Sociological Inquiry* 44: 225-240.
- BERKOVITCH, Nitzá. 1993. *From Motherhood to Citizenship: The World-Wide Incorporation of Women into the Public Sphere in the Twentieth Century*. Tesis doctoral, Departamento de Sociología, Stanford University, Stanford, California.
- BIRENBAUM, Arnold. 1995. *Putting Health Care on the National Agenda*. Westport, Connecticut: Praeger.
- BOLI, John. 1987. «World polity sources of expanding State authority and organizations, 1870-1970». Pp. 71-91 en *Institutional Structure*, editado por G. Thomas et al. Beverly Hills, California: Sage.
- BOLI, John y George M. Thomas. 1997. «World culture in the world polity: A century of international non-governmental organization». *American Sociological Review* 62 2: 171-190.
- BRAUM, Dennis D. 1991. *The Rich Get Richer: The Rise of Income Inequality in the United States and the World*. Chicago, Illinois: Nelson-Hall.
- CASTILLA, Emilio J. 1998. *Análisis Dinámico*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CHARLES, María. 1992. «Cross-national variation in occupational sex segregation». *American Sociological Review* 57 4: 483-502.
- DOBBS, Frank. 1994. *Forging Industrial Policy: The United States, Britain, and France in the Railway Age*. Nueva York: Cambridge University Press.
- FELDSTEIN, Paul J. 1979. «An introduction to the economics of medical care». Pp. 1-14 en *Health Care Economics*, editado por P. J. Feldstein. Nueva York: John Wiley & Sons.
- FINN, Jeremy D. 1974. *A General Model for Multivariate Analysis*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- FINNEMORE, Martha. 1996. *National Interests in International Society*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.
- FRANK, David. 1992. *Global Environmentalism: International Treaties and Nation-State Participation*. Tesis doctoral, Departamento de Sociología, Stanford University, Stanford, California.
- FUCHS, Victor R. 1979. «Economics, health, and post-industrial society». *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57 2: 153-182.
- GREW, Raymond. 1984. «The nineteenth century European State». Pp. 83-120 en *State-Making and Social Movements*, editado por C. Bright y S. Harding. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Press.
- GUILLÉN, Mauro F. 1994. *Models of Management: Work, Authority, and Organization in Comparative Perspective*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- HOFSTEDE, Geert, Bram NEUJEN, Denise OHAYV y Geert SANDERS. 1990. «Measuring organizational cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases». *Administrative Science Quarterly* 35 2: 286-316.
- HOFSTEDE, Geert. 1980. *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Londres: Sage Publications.
- HOFSTEDE, Geert. 1983. «Dimensions of national cultures in fifty countries and three regions». Pp. 335-355 en *Explications in Cross-Cultural Psychology*, editado por K. J. Deregowski, S. Dziurawiec y R. C. Annis. Lisse, Holanda: Swets and Zeitlinger.
- HOUSE, James S. 1981. «Social structure and personality». Pp. 525-561 en *Social Psychology: Sociological Perspectives*, editado por M. Rosenberg y R. H. Turner. Nueva York: Basic Books.
- HOUSE, James S. 1996. «Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 21: 877-883.
- INKELES, Alex. 1959. «Personality and social structure». Pp. 249-276 en *Sociology Today*, editado por B. K. Merton, L. Brown y L. S. Cottrell. Nueva York: Basic Books.
- INKELES, Alex y Peter H. ROSSI. 1956. «National comparisons of occupational prestige». *American Journal of Sociology* 61: 329-339.
- JEPPERSON, Ronald. 1991. «Institutions, institutional effects, and institutionalism». Pp. 143-163 en *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, editado por W. Powell y P. DiMaggio. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- JEPPERSON, Ronald. 1992. *National Scripts: The Varying Construction of Individualism and Opinion across the Modern Nation-States*. Tesis doctoral, Departamento de Sociología, Yale University, New Haven, Connecticut.
- JOHNSTON, John. 1984. *Econometric Methods*. Nueva York: McGraw-Hill.
- KERR, Clark, John T. DUNLOP, Frederic HARBISON y Charles MYERS. 1960. *Industrialism and Industrial Man*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- KLEIN, Rudolf. 1993. «National variations on international trends». Pp. 202-209 en *The Changing Medical Profession: An International Perspective*, editado por F. W. Hafferty y J. B. McKinlay. Nueva York: Oxford University Press.
- MCPHERSON, Klim. 1988. *Variations in Hospitalizations Rates: Why and How to Study Them*. Londres: King's Fund Institute.
- MCPHERSON, Klim. 1990. «International differences in medical care practices». Pp. 17-29 en *OECD Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- MECHANIC, David. 1978. *Medical Sociology: A Selective View*. Nueva York: Free Press.

- MEYER, John W. 1994. «Rationalized environments». Pp. 28-54 en *Institutional Environments and Organizations*, editado por W. R. Scott and J. W. Meyer. Thousand Oaks, California: Sage.
- MEYER, John W. y W. Richard SCOTT. 1992. *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. Newbury Park, California: Sage.
- MEYER, John W. y Brian ROWAN. 1977. «Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony». *American Journal of Sociology* 83: 340-363.
- MEYER, John W., David FRANK y David MIYAHARA. 1995. «The individualism polity and the prevalence of professionalized psychology: A cross-national study». *American Sociological Review* 60: 360-377.
- MEYER, John W., Francisco RAMIREZ y Yasemin SOYSAL. 1992. «World expansion of mass education, 1870-1980». *Sociology of Education* 63: 128-149.
- MEYER, John W., John BOLI-BENNETT y Christopher CHASE-DUNN. 1975. «Convergence and divergence in development». *Annual Review of Sociology* 11: 223-246.
- MIGUEL, Jesús M. DE. 1975. «A framework for the study of national health systems». *Inquiry* 12 2: 10-24.
- MIGUEL, Jesús M. DE. 1977. «Policies and politics of the health reforms in Southern European countries». *Social Sciences and Medicine* 11: 379-393.
- MIGUEL, Jesús M. DE. 1978. «Social class and health structure in Southern European countries: A sociological critique». Pp. 399-419 en *Santé, Médecine et Sociologie*, editado por J. C. Guyot, et al. Centre National de la Recherche Scientifique.
- MIGUEL, Jesús M. DE. 1982. «Health for all in Europe: A sociological framework for the analysis of life styles and living conditions». *Meeting on the Contribution of Sociology to the Work of the Regional Office*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- MIGUEL, Jesús M. DE. 1989. «Funding Health Care: Implications for Harmonization». *Cross-National Research Seminars*. Londres: London School of Economics and Political Science.
- MIGUEL, Jesús M. DE. 1990. *El Mito de la Sociedad Organizada*. Barcelona: Península.
- MIGUEL, Jesús M. DE., Juan SALCEDO, Emilio J. CASTILLA y Jordi CAIS. 1993. *Demographic Imbalances Between the Countries of the Mediterranean Basin*. Estrasburgo: European Population Committee.
- MOORE, Wilbert E. 1963. «Industrialization and social change». Pp. 299-370 en *Industrialization and Society*, editado por B. F. Hoselitz y W. E. Moore. París: Unesco.
- OCDE. 1985. *Measuring Health Care 1960-1983: Expenditure, Costs, and Performance*. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- OCDE. 1985. *Social Expenditure 1960-90: Problems of Growth and Control*. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- OCDE. 1988. *Aging Populations: The Social Policy Implications*. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- OCDE. 1990. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- OCDE. 1993. *OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991*. Volúmenes 1 y 2. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- OCDE. 1994. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- OCDE. 1995. *New Directions in Health Care Policy*. París: Organization for Economic Co-operation and Development.
- OVER, Mead. 1991. *Economics for Health Sector Analysis: Concepts and Census*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development.
- RAMIREZ, Francisco y Jane WEISS. 1979. «The political incorporation of women». Pp. 238-249 en *National Development in the World System*, editado por J. Meyer y M. Hannan. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- ROKKAN, Stein. 1970. «Cross-cultural, Cross-societal, and Cross-national Research». Pp. 667-676 y 684-689 en *Main Trends of Research in the Human and the Social Sciences*. París: Unesco.
- ROSTOW, Walt W. 1960. *The Stages of Economic Growth*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- SCOTT, W. Richard. 1981. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- STRANG, David y P. M. CHANG. 1993. «The international labor organization and the Welfare State: institutional effects on national welfare spending, 1960-80». *International Organization* 47: 235-262.
- STRANG, David. 1993. «Institutional conditions for diffusion». *Theory and Society* 22: 487-511.
- TAYLOR, Charles L. y David A. JODICE. 1983. *World Handbook of Political and Social Indicators. Volume 1: Cross-National Attributes and Rates of Change*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- TÖENNES, Ferdinand. 1963. *Community and Society*. Nueva York: Harper Torchbook.
- TREIMAN, Donald J. 1970. «Industrialization and social stratification». Pp. 207-234 en *Social Stratification: Research and Theory for the 1970s*, editado por E. O. Laumann. Indianapolis, Indiana: Bobbs-Merrill.
- TREIMAN, Donald J. y Kam-Bor YIP. 1987. «Educational and occupational attainment in twenty-two countries». Pp. 373-394 en *Cross-National Research in Sociology*, editado por M. L. Kohn. Newbury Park, California: Sage.
- TUTSUI, Kiyoteru. 1998. *World Human Rights Pressures and the Global Ethnic Mobilization*. Tesis doctoral, Departamento de Sociología, Stanford University, Stanford, California.
- WEINBERG, Ian. 1969. «The problem of the convergence of industrial societies: A critical look at the state of a theory». *Comparative Studies in Society and History* 11: 1-15.
- WILLIAMS, David R. 1990. «Socio-economic differentials in health: A review and redirection». *Social Psychology Quarterly* 53 2: 81-99.
- WILLIAMSON, John B. y Jeanne J. FLEMING. 1977. «Convergence theory and the social welfare sector: A cross-national analysis». *International Journal of Comparative Sociology* 18 3-4: 242-253.
- WUTHNOW, Robert. 1987. *Meaning and Moral Order*. Berkeley, California: University of California Press.

