

Sistemas de Servicios de Salud

Dr. José María Maya Mejía

CONCEPTO DE SISTEMA DE SALUD

1.- DEFINICION

En el lenguaje diario se utiliza con mucha frecuencia la expresión sistema de salud de manera inadecuada e imprecisa sin ser claros cuál es el alcance de dicha expresión. De ahí que sea conveniente iniciar con una definición del concepto de sistema para dejar claro su aplicación a salud. La palabra sistema ha sido objeto de una serie de definiciones que pretenden casi en todos los casos ajustarse a la necesidad de su uso particular. Algunas de estas definiciones son las siguientes:

- Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas contribuyen a determinado objetivo.
- Conjunto de unidades combinadas por la naturaleza o creadas de modo que contornen un organismo integrado o un todo organizado.
- Conjunto de elementos interrelacionados que conforman una entidad que persigue un objetivo identificable o finalidad.

Dicha entidad puede ser concreta o abstracta, natural o artificial y posee una dinámica real o imaginada y un objetivo o finalidad.

Para algunos autores se llama sistema al modelo ideal con el cual representamos una realidad. Diariamente en la vida diaria encontramos conjuntos de elementos que se relacionan entre si, que poseen un cierto ordenamiento y cumplen Dr. José María Maya Mejía alguna función, a los que llamamos sistemas sin mayores connotaciones. Si deseamos observar, estudiar y comprender a uno cualquiera de estos sistemas, debemos usar algún modelo, una representación mental de él, que por lo general nunca podrá describirlo en su totalidad pero que tratará de incluir rasgos más sobresalientes. También es frecuente concebir sistemas que no existen, que a manera de arquetipo pueden servirnos para tratar de crear sistemas reales. Este último es el caso más frecuente de los sistemas de servicios de salud. Los sistemas pueden dividirse en dos grandes grupos: naturales y artificiales o creados por el hombre.

El sistema natural es un conjunto de objetos inter-

relacionados que se presentan en la naturaleza sin que el hombre haya hecho nada para organizarlo (Ej. sistema planetario, sistemas orgánicos, etc.). Fue a través del estudio de los sistemas naturales biológicos que se concibió por primera vez la posibilidad de formalizar una teoría general para el estudio de los sistemas. Bertalanffy fue un biólogo pionero de este empeño. En ellos pueden identificarse los elementos constitutivos y las relaciones más frecuentes, muchas de ellas enunciadas en leyes generales de comportamiento. Es probable que el aspecto de finalidad no sea siempre tan claro pero probablemente se debe a que no hemos logrado descubrirlo.

Los sistemas artificiales son diseñados por el hombre y siempre es posible determinar la finalidad para la que fueron creados. Ellos son fruto del desarrollo de la cultura humana. Dentro de estos sistemas se reconoce la existencia de cuatro clases: los de procedimientos, los físicos, los sociales y los conceptuales.

Los sistemas de procedimientos están constituidos por un conjunto coordinado de principios y reglas que deben seguirse para resolver algún problema o realizar una tarea. Ej: Sistemas legales; matemáticas.

Los sistemas físicos están constituidos por un conjunto coordinado y conectado de elementos físicos diseñados para un propósito. En los sistemas de computación el hardware es un sistema físico.

Los sistemas sociales son grupos de personas organizados y coordinados que actúan para servir intereses mutuos y/o alcanzar objetivos comunes.

Un sistema conceptual es un conjunto consistente o un cuerpo coordinado de principios, hipótesis y hechos por medio de los cuales pueden ordenarse, explicarse o entenderse algún aspecto de la realidad. En esta clase están comprendidas todas las teorías de la física, ciencias biológicas y sociales. Por lo general los sistemas reales y más aquellos en el campo de las ciencias sociales como puede ser un sistema de salud, son un complejo constituido por sistemas naturales, de procedimientos, sociales y conceptuales.

Podríamos por lo tanto plantear que un sistema

de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen a un objetivo: un mejor nivel de salud de una comunidad determinada. 1-10¹ se tiende a remplazar el concepto de sistema de salud por el de sistema de servicios de salud, ya que la salud es un concepto muy amplio y resultante de una acción global, intersectorial, lo cual hace muy difícil su ordenamiento sistémico.

De ahí que sea más fácil hablar de sistemas de servicios de salud haciendo referencia a todos aquellos elementos que forman parte del sector salud y que pueden organizarse de tal forma que confluyan a lograr el mantenimiento de la salud de la población donde se organizan. Son sistemas artificiales, creados por el hombre, para tratar de organizar la realidad de tal forma que se optimicen los recursos y esfuerzos en la obtención en la forma más alta de la finalidad planteada. De ahí que podamos hablar que son modelos teóricos, arquetipos que actúan como deber ser en la búsqueda de un ordenamiento de la realidad que sinergice los esfuerzos individuales.

Cuando estudiamos un sistema de servicios de salud partimos generalmente del "modelo" y luego buscamos explorar en qué forma la realidad se acerca al modelo, desatándose una dinámica recíproca: cambio de la realidad para adaptarla al modelo y reformulación y cambios en el modelo para adaptarlo a las posibilidades que la realidad nos plantea.

De todas formas en la práctica diaria es muy probable que se siga hablando del sistema de salud de forma imprecisa. En este caso, si tenemos claro el concepto, podremos ser críticos frente a la utilización del término y entenderlo en los países donde la realidad nos muestre que sus esfuerzos no están encauzados a funcionar como un sistema, como la descripción de los distintos elementos que al interior del sector realizan esfuerzos para recuperar y mantener la salud, a un que su labor no esté coordinada y por lo tanto no haya sinergismo (efecto superior a la suma de los producidos por cada uno de los elementos por separado). Esta última es, pues, una utilización libre y no rigurosa del término sistema de salud.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS

a. Elementos, componentes y relaciones

Todo sistema está constituido por un conjunto de cosas que tienen entidad, tienen por lo tanto la propiedad de ser identificables y se llaman elementos. Estos o sus atributos, tienen relaciones entre ellos, ya sea cada uno con todos los demás,

o formando subconjuntos que cumplen algunas funciones específicas, llamados componentes que a su vez se relacionan con otros componentes o con otros elementos.

b. Ordenamiento y estructura

En la designación de un sistema está implícita la idea de ordenamiento. La concepción de sistema se halla ligada a la de un orden, constituido por un arreglo o configuración de elementos y componentes, que tiene algún tipo de estabilidad en el tiempo o cuya dinámica de cambio es susceptible de ser conocida. El orden es, pues, la disposición racional de los componentes que configuran la estructura del sistema, a través de la cual fluye la dinámica de éste hacia el logro de sus objetivos y sus fines. El término estructura se reserva generalmente para aquellas relaciones más persistentes o importantes del sistema, que lo identifican y caracterizan. En algunos sistemas esta estructura es inmutable, ya que su cambio puede significar la ruptura o transformación a otro sistema. Los sistemas de servicios de salud como son sistemas sociales abiertos, se mantienen en permanente intercambio con su ambiente, lo cual implica un continuo proceso de adaptación. Esta modificación es progresiva y puede no significar la destrucción del sistema, aunque hay casos que implican el cambio del sistema. Más adelante veremos cómo hay diferentes ordenamientos y estructuras en los sistemas de servicios de salud que presentaremos;

c. Finalidad y objetivos

Los sistemas artificiales creados por el hombre tienen claramente una finalidad y objetivos. Ya que no sería lógico que éste los creara sin tener claro el para qué.

El aspecto de finalidad y objetivos adquiere importancia en el análisis de los sistemas sociales como los de servicios de salud, porque con frecuencia se puede apreciar en muchas circunstancias cómo un sistema que fue concebido con alguna finalidad, en el proceso de funcionamiento puede alterarla. Por ejemplo, un sistema de información creado con el fin de producir información confiable y oportuna para la toma de decisiones, puede en su funcionamiento por hipertrofia de alguno de sus subsistemas (ej. procedimientos) concluir desplazando sus objetivos hacia el cumplimiento del trámite en vez de lograr producir la información con la agilidad que se requiere. El estudio de la finalidad aparente y real cobra entonces importancia para el análisis¹ en algunos casos rediseño del sistema.

Es bueno aclarar que la finalidad es el fin último que persigue el sistema, mientras que el objetivo es el fin más inmediato. Por ej. la finalidad del sistema de servicios de salud puede ser preservar y mejorar la salud de la población, mientras que los objetivos pueden concretarse a brindar servicios de salud con alta calidad humana, técnica y científica.

d. Dinámica y proceso

La dinámica de un sistema está dada por la ocurrencia en el tiempo de cambios y transformaciones, según la naturaleza de las relaciones que existen entre los elementos y componentes del sistema, así como entre éstos y el ambiente que los rodea. Existe una dinámica interna del sistema que fluye a través de sus estructuras de acuerdo con las relaciones que ligán a sus componentes en el tiempo y en el espacio. Esta dinámica en la operación del sistema dirigida al logro de sus objetivos se denomina proceso del sistema. La dinámica externa, en cambio, está dada por los cambios y transformaciones del sistema en su totalidad, debidos a las interrelaciones con su ambiente o como parte de la estructura de otros sistemas mas complejos.

e. Complejidad y totalidad

La mayor o menor complejidad de un sistema depende no sólo del número de los elementos y componentes que lo integran, sino de la variedad en clase y categoría de dichos elementos y componentes y de la multiplicidad de tipos de relaciones que los ligán. Los sistemas de servicios de salud son muy complejos por la cantidad de elementos, y componentes que tienen así como por la inestabilidad en las relaciones entre ellos y en algunos casos su baja definición. El conjunto de elementos y componentes y la estructura de un sistema le confieren una característica diferente de la simple agregación de sus partes. Es una totalidad que constituye una entidad en su conjunto y sólo en función de la cual tiene sentido la existencia de las partes que lo constituyen. El concepto de totalidad es de gran importancia en el análisis de sistemas de servicios de salud, especialmente en 10 que se refiere a la orientación, planificación y conducción de la dinámica externa de ellos.

f. Medio y ambiente

El esquema total de fenómenos que constituyen el proceso de un sistema, formales o informales, confieren ciertos rasgos característicos y peculiares al sistema constituyendo el medio interno de éste. Este se diferencia entre dos sistemas aun-

que su estructura sea similar.

El conjunto de fenómenos exteriores al sistema pero en relación estrecha con él, afectándolo, restringiendo o facilitando su funcionamiento se denomina entorno.

g. Grado de integración

Un sistema está integrado cuando todos sus componentes se encuentran interrelacionados de manera tal que la variación de uno de ellos produce variación en todos los demás. Un sistema puede paulatinamente aumentar su integración haciéndose cada vez más interdependientes sus componentes. Esto se denomina integración progresiva. El fenómeno opuesto es la pérdida en el tiempo de las interrelaciones, 10 que se denomina factorización progresiva. Este fenómeno se presenta por especialización de ciertos componentes que pueden convertirse en subsistemas (subconjunto de elementos interrelacionados funcionalmente) casi independientemente o por desgaste de ciertos componentes. En igual forma pueden darse los dos fenómenos a la vez. La integración del sistema es favorecida por la centralización, es decir, por la toma de decisiones a nivel del componente directivo de la organización. La descentralización progresiva va afectando la integración y puede llegar a producir la disolución del sistema.

h. Dinámica interna

En los sistemas puede reconocerse un fenómeno dinámico por el cual ingresan al mismo entes materiales o inmateriales. A éstos se denominan entradas. A los entes que dejan el sistema una vez transformados o utilizados por éste, se denominan salidas. A los elementos y componentes organizados en una estructura se denomina procesador. Las entradas pueden ser objetos, factores o insumas (elementos que se consumen en el proceso). Las salidas pueden ser productos, residuos o desechos. El procesador está constituido por elementos y componentes conectados entre sí por relaciones que constituyen su estructura. En los sistemas de servicios de salud las entradas pueden constituir: recursos económicos, insumas (placas de Rx, medicamentos, kits para laboratorio clínico, etc.), necesidades de salud. Las salidas pueden ser individuos sanos, usuarios satisfechos con la atención, etc.

Al interior del sistema (procesador) se dan procesos (conjunto de acciones que se efectúan a lo largo del tiempo en una sucesión ordenada, según el esquema fijado por la estructura) que bien conducidos y eliminados los pasos que no agregan valor, permiten atenciones en salud de

buena calidad y con el menor costo posible. Los sistemas de servicios de salud en muchos países tienen escaso control de sus entradas, lo cual incrementa sus costos. El mayor problema son sus procesos, ya que debido a ineficiencia desperdician recursos y no logran su finalidad.

i. Efectividad, eficiencia y eficacia

Se dice que un sistema es efectivo cuando el producto del proceso es el esperado, es decir, cuando el efecto logrado es el buscado.

Se llama eficacia a la capacidad para alcanzar los objetivos y la finalidad del sistema. Se habla de eficiencia al logro del objetivo con el menor costo posible. Hace relación a la optimización de los recursos y a la racionalización de los procesos. El costo se puede medir en términos económicos, de tiempo, esfuerzo o cualquier otro aspecto al que se le asigne un valor crítico.

La definición y características que hemos descrito nos permiten comprender mejor el concepto de sistemas de servicios de salud y nos facilitan a su vez el análisis de su estado y desarrollo, siendo conscientes de su dinamismo y de la necesidad permanente de estarlos analizando y ajustando para lograr la importante finalidad que la sociedad ha trazado para ellos. De ahí que no sólo es importante el diseño teórico del sistema sino la permanente confrontación de la realidad para estar seguros que ésta se acerca al modelo o que definitivamente debe cambiarse.

Un adecuado diseño y funcionamiento de los sistemas de salud permitirá optimizar los recursos (humanos, tecnológicos, financieros y de infraestructura) para lograr tres metas importantes en cualquier sociedad: acceso universal y equitativo a una atención de salud de calidad y oportuna; control de los costos de dicha atención para evitar el deterioro de la calidad o la cobertura y uso eficaz de los recursos.

CLASIFICACION DE LOS SISTEMAS DE SERVICIO DE SALUD

Existen diferentes formas de clasificar los sistemas de servicios de salud. Estas dependen del aspecto alrededor del cual se quieran agrupar: organización, financiamiento, modelo de salud, etc. En relación a su organización podría clasificarse así:

1. SISTEMA UNICO DE SALUD

a. Asistencia pública

Estructura única, pública, financiada con recursos del Estado. Cobertura universal. Ej. Cuba, Mongo-

lia.

b. Seguridad social Red única de servicios o mezcla de oferentes pero con una normatividad común. Su cobertura es universal y se financia fundamentalmente con contribuciones obrero-patronales. Ej. Alemania, Costa Rica.

2.- SISTEMAS MIXTOS

Ausencia de normatividad común. Coexistencia de diferentes sectores prestadores de servicios con diferente desarrollo. Deficientes coberturas con duplicidad. Ej. EE.UU., algunos países latinoamericanos.

Otra clasificación relacionada con la financiación y provisión de la asistencia sanitaria es la siguiente:

- **Servicio nacional de salud.** Cobertura universal y financiación fundamentalmente a partir de impuestos generales. Ej. Reino Unido, Italia.
- **Seguridad social.** Cobertura universal y financiación fundamentalmente por contribuciones obrero-patronales. Ej. Alemania, Francia.
- **Aseguramiento privado.** Cobertura con déficit. Financiación en su mayor parte a través de empresas privadas de seguros. Ej. EE.UU.

MODELOS DE SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

Cuando hablamos de modelos de sistemas de servicios de salud no estamos hablando necesariamente de sistemas óptimos. Que deben ser copiados por otros países sino de sistemas de servicios de salud de países que evidencian un elevado status de salud de sus respectivas poblaciones. Es importante su conocimiento para aprender de sus experiencias tanto positivas como negativas y llegar a comprender que cada país debe diseñar y estructurar su sistema de acuerdo a su cultura, condiciones geográficas y sociales. Los éxitos, problemas y fracasos de los diferentes "modelos" nos enseñan que no hay un modelo ideal que funcione en cualquier cultura y latitud, sino que hay experiencias exitosas que pueden ser fruto de análisis y adaptación a otras realidades. Su conocimiento nos permite ampliar el panorama para la comprensión y análisis del sistema de servicios de salud de cada uno de nuestros países. Presentaremos los sistemas de servicios de salud de los

siguientes países:

- a. Inglaterra
- b. Canadá
- c. Suecia
- d. Francia
- e. Costa Rica
- f. Cuba
- g. EE.UU.
- h. Colombia

Los seis primeros son considerados con alto desarrollo. EE.UU. se considera el "no-sistema" lo cual nos permite aprender de su experiencia. Colombia, si bien no tiene un alto status en salud, dispone de uno de los más recientes diseños de sistemas de servicios de salud que merece ser conocido por la integralidad y originalidad de su concepción.

1. INGLATERRA

Ha sido considerado el paradigma de 105 sistemas de servicios de salud. Es un servicio nacional de salud, es decir, un sistema único, público, con cobertura universal. Se financia con recursos provenientes de impuestos y de cotizaciones obrero patronales. La participación del Estado en el financiamiento es del 87%, permitiéndole a éste control total del desarrollo de infraestructura, introducción de nuevas tecnologías y regulación del desarrollo de los recursos humanos.

a provisión de los servicios hospitalarios está centrada en entidades de salud estatal y la atención ambulatoria en manos de los General Practitioners (GPs) que son médicos que ejercen en forma independiente, pero ligados al sistema de salud al proporcionar la atención primaria y consultas generales. Siendo remunerados por capitación (cantidad fija por persona por un período determinado), según el número de personas voluntariamente registradas en su lista. Es él quien efectúa las remisiones a los niveles de atención de mayor complejidad, lo que lo mantienen enterado de la evolución y seguimiento posterior del paciente.

El sistema tiende a privilegiar la atención primaria con profesionales, lo cual ha llevado recientemente a desarrollar la figura del fideicomiso, en la cual, grupos de GPs que congregan en conjunto un número apropiado de adscritos, puedan manejar la totalidad del financiamiento asignado por el sistema, negociando con los hospitales según los precios, calidad y la conveniencia de los servicios

ofrecidos.

El financiamiento de los hospitales es vía presupuesto transferido por el sistema, pero se está buscando generar competencia interna que sustituirá el financiamiento presupuestario por uno negociado con grupos de GPS. Esto es, se aspira a reforzar, paulatinamente, el rol de las fuerzas de mercado, teniéndose en cuenta que su adecuado funcionamiento necesariamente requiere de usuarios conscientes e informados. Con estas medidas se espera no sólo controlar el incremento de costos sino disminuir la insatisfacción de los usuarios por las demoras o la calidad en la prestación del servicio.

Los indicadores de salud de Inglaterra están entre los mejores del mundo y sin embargo, no es el país de mayor gasto en salud. El gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto es de aproximadamente el 6%. Existen seguros privados de reducida pero creciente importancia.

2. CANADA

Canadá representa un sistema intermedio entre el Servicio Nacional de salud inglés de carácter público y el sistema de mercado de los EE.UU. Es un sistema único donde el Estado tiene la importante función de financiador y regulador del sistema y el sector privado, sin ánimo de lucro, tiene a su cargo la prestación de los servicios.

Su financiación proviene de cotizaciones obligatorias para salud y de aportes federales y provinciales, derivados de impuestos generales. Existen seguros privados pero muy escasos.

Los hospitales son pagados con base en presupuestos globales anuales de acuerdo con la producción histórica y las posibilidades y necesidades de nuevos servicios. Los médicos son remunerados sobre la base de pagos por acción, pero sus aranceles son negociados. El sistema mantiene un mecanismo de negociación bilateral entre las asociaciones provinciales de proveedores y las asociaciones provinciales de médicos, estableciendo la naturaleza de los servicios, los presupuestos para los hospitales y los aranceles para los médicos. No pueden sobrepasarse los montos globales de los recursos asignados para cada provincia. Los pacientes tienen libertad para elegir el proveedor de su predilección, pero en la atención ambulatoria deben cancelar copagos.

Por mandato de la Constitución, la atención en salud es responsabilidad de las provincias y cada una tiene un plan de seguro de salud propio que incluye la universalidad del alcance de los servi-

cios, la posibilidad de transferir la cobertura de seguro de una provincia a otra y la gestión pública del seguro de salud sin fines de lucro.

El Estado tiene gran injerencia en el desarrollo e introducción de nuevos recursos físicos y tecnológicos, así como en la formación de recurso humano en salud. El gasto en salud ha venido creciendo en los últimos años, situándose en la década del 90 en cerca del 9.5% del PIS. El status de salud es uno de los más altos del mundo.

3. SUECIA

La asistencia médico-sanitaria es considerada como parte importante del sistema sueco de seguridad social. Su principio fundamental es que todos los ciudadanos tienen derecho a una buena salud e igual acceso a la asistencia, independientemente de donde vivan y de sus condiciones económicas. De acuerdo con este principio, se considera que la asistencia médico-sanitaria es responsabilidad del sector público apoyada por un sistema nacional de seguro de enfermedad y por otras prestaciones de la seguridad social.

El Estado es responsable del desarrollo eficaz del sistema, siguiendo objetivos globales, basados en metas de la política de seguridad social.

La asistencia médico-sanitaria de buena calidad y en igualdad de condiciones, tanto en el régimen ambulatorio como de hospitalización, son de incumbencia de las 23 diputaciones provinciales y de tres municipios. La responsabilidad de los servicios sociales y la sanidad pública recae fundamentalmente en los municipios. La actividad privada es muy escasa.

Este sistema único de cobertura universal funciona por niveles claros de atención de complejidad creciente, partiendo de los distritos de asistencia primaria que velan por la salud de la población en una zona hasta llegar a los servicios médicos regionales que acogen a los pacientes con problemas que exigen la cooperación de médicos altamente especializados. Estos hospitales de alta complejidad están vinculados a facultades de Medicina y tienen además la función de centros de investigación y enseñanza.

El costo de la asistencia sanitaria se ha incrementado en las últimas décadas representando en los últimos años el 8.7% del PIB. La asistencia médico-sanitaria es costeadada principalmente por los impuestos sobre la renta cobrados por las diputaciones provinciales (60%). El 140% es cubierto por recursos de impuestos generales, compensaciones del sistema nacional de seguro de enfer-

medad y las cuotas de los pacientes. Como medida para racionalizar el gasto, los pacientes pagan franquicias por los servicios recibidos. Estas tienen sus excepciones y están diseñadas de tal forma que no se conviertan en barrera para el acceso de los servicios.

4. FRANCIA

Francia tiene un sistema de salud bien desarrollado, con amplia libertad de elección para garantizar el bienestar de sus ciudadanos. Cerca del 70% de los costos de la atención médica son pagados por contribuciones obligatorias y por impuestos recaudados entre los empleadores y los trabajadores individuales. Cada familia se ocupa de pagar los costos restantes mediante un seguro privado o el pago directo.

La administración de los recursos para el sector está en manos de entidades regionales denominadas Fondos de Seguros de Salud (FSS). Estos negocian con las asociaciones profesionales, aranceles dentro de un marco establecido por el gobierno. Una vez alcanzados los acuerdos deben ser sancionados por el propio gobierno. Esto garantiza una adecuada compensación y permite que la producción de servicios de salud se mantenga dentro de los rangos especificados. El usuario, de manera tradicional, ha contribuido con co-pagos.

Los hospitales públicos son financiados por la vía presupuestaria, mientras que los privados son por el método perdien. A pesar de existir un importante sector privado, el Estado regula el desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías, la construcción de nuevas instalaciones, la formación de médicos y las condiciones de ejercicio profesional.

El status de salud de los franceses está entre los más altos del mundo aunque su gasto en salud viene creciendo en forma importante (6.7% del PIB).

5. COSTA RICA

Costa Rica es un ejemplo en América Latina de un sistema de salud único de seguridad social. Los cambios dados en este país en el período 1960-1980 la colocaron en el primer lugar en salud entre las naciones de América Latina y el Caribe. La cobertura es prácticamente universal con roles claramente definidos entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

El Ministerio de Salud es responsable de la atención primaria a grupos de bajos ingresos en las zonas rurales y urbanas marginadas, controlar las principales enfermedades infecciosas, supervisar

las inmunizaciones, controlar los medicamentos, nutrición infantil y protección del ambiente.

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es responsable de todas las actividades de medicina curativa, las inmunizaciones y los servicios curativos a indigentes. Estos servicios los presta en centros de salud, clínicas de consulta externa, hospitales periféricos, hospitales regionales y nacionales universitarios de su propiedad.

La principal fuente de financiamiento de la CCSS es la aportación porcentual tripartita, basada en el salario del asegurado y pagada por éste, el empleador y el Estado. Otras fuentes son: impuestos generales y venta de servicios. El Ministerio de Salud se financia con presupuesto público y un porcentaje de la nómina aportada por el empleador. Su gasto en salud es de 7.7% del PIB.

6. CUBA

El sistema de salud cubano es único, integral y descentralizado en la atención. Su órgano rector es el Ministerio de Salud, cuyas funciones son normativas, de coordinación y control.

El sistema nacional de salud materializa la voluntad política de priorizar la salud y la educación como derechos inalienables de la población y responsabilidad del Estado. Toda la atención es gratuita siendo la cobertura universal. Su única fuente de financiamiento es el presupuesto nacional del cual consume un 12%.

El elemento fundamental del sistema es el programa del médico y la enfermera de familia. Se asigna un médico y una enfermera por cada 120 familias. Este equipo brinda atención integral a la población tomando como punto de partida a la familia. La educación, la promoción de la salud y la prevención son tareas básicas.

El sistema ha logrado un alto status de salud para toda la población con una alta esperanza de vida, una baja mortalidad infantil y un perfil epidemiológico de país desarrollado, ya que se han controlado buena parte de las enfermedades inmunoprevenibles. Sus resultados están ligados al sistema económica socialista de economía centralizada, lo que plantea interrogantes sobre su posibilidad de supervivencia futura.

7. EE.UU.

El "sistema" de salud de los Estados Unidos considerado como el "no-sistema", descansa fundamentalmente en las fuerzas del mercado. Los mecanismos para proveerse de salud son muy amplios, desde los seguros privados de salud hasta

mecanismos de apoyo a la población más pobre (Medicaid) y a los ancianos de escasos recursos (Medicare).

A pesar de ser el país donde el gasto en salud es más grande (14% del PIS), su cobertura de salud es deficiente. Se estima que el 15% de la población (alrededor de 35 millones de habitantes) no tienen acceso. La población con mayores problemas para la atención es la correspondiente al segmento por encima de los más pobres, que no califica para Medicaid y no tiene suficientes ingresos para pagarse un seguro privado de salud. El mercado de servicios de salud ofrece la más amplia gama de opciones del mundo pero acompañada de descoordinación, inequidad, altos costos e ineficiencia.

El gobierno da un importante apoyo al desarrollo científico y tecnológico en salud, pero no regula ni el ritmo ni la conveniencia de su incorporación, menos su impacto sobre los costos. La regulación se restringe al área de mayor o menor seguridad de los productos con la finalidad de proteger al consumidor. El gobierno igualmente fomenta la información al usuario de los servicios, promueve opciones como la "segunda opinión" y "el consentimiento informado". No existe atención por niveles con gran auge de la especialidad, aunque en los últimos años viene promoviéndose el médico de familia. Los resultados de salud de los EE.UU. son inferiores a los otros países desarrollados que gastan menos, siendo el grado de satisfacción de los usuarios variable de acuerdo a la oportunidad de acceso a los servicios.

8. COLOMBIA

Colombia ha iniciado la implementación de una audaz reforma en salud que dentro de una concepción de seguridad social prevé una cobertura universal en un mediano plazo (inicios del siglo XXI) a través de un plan de seguridad social obligatorio financiado con aportes obrero-patronales y recursos del Estado.

Durante un período de transición existirán dos regímenes: contributivo (trabajadores del sector formal e independientes) y subsidiado (población de bajos ingresos del sector informal o desempleados). Todos los ciudadanos recibirán un paquete de servicios denominado plan obligatorio de salud (POS), el cual será diferente durante un tiempo en los dos regímenes.

Con recursos del Estado se prestará un plan de atención básica que agrupará las acciones de promoción, prevención y atención a patologías con altas externalidades. Este será universal y gratui-

to. Las personas con capacidad económica podrán adquirir en el mercado planes complementarios que les permitirán acceso a mejor hospitalaria, a tecnología o servicios no cubiertos por el plan obligatorio.

Cada ciudadano libremente podrá seleccionar una empresa promotora de salud (EPS), la cual recaudará los aportes de los afiliados al régimen contributivo y recibirá el subsidio del gobierno con destino a los afiliados del régimen subsidiado que la hayan seleccionado. La EPS de la contribución de cada afiliado tomará una parte (unidad de pago por capitación) definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y con ella deberá cubrirle el plan obligatorio de salud.

Los servicios de salud se prestarán en instituciones públicas y privadas que competirán libremente en la búsqueda por ser seleccionadas por los usuarios y las EPS. En esta competencia todas se considerarán instituciones prestadoras de servicios (IPS), sin consideración a su origen.

El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud orientarán el sistema y la Superintendencia de Salud hará la fiscalización y control del mismo.

REFORMAS A LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

En la actualidad, existe una creciente preocupación en el mundo por la necesidad de una reforma profunda a los sistemas de salud que aborde integralmente los problemas de insuficiente cobertura de la población con la presencia de una estructura financiera que permita ofrecer servicios de calidad a costos razonables. Existe todavía hoy una gran proporción de población que simplemente no tiene acceso a la salud o que dispone de una cobertura insuficiente para sus necesidades. Afectando esta situación, especialmente a los más pobres o a quienes presentan una mayor vulnerabilidad en sus condiciones de salud. De otra parte los costos crecientes de la atención en salud por ineficiencia, cambios en el perfil epidemiológico, avances tecnológicos y deficiente desarrollo de modelos preventivos, de promoción de la salud y autocuidado, ha llevado a grave crisis a los actuales sistemas de salud.

En la búsqueda de soluciones a estos problemas algunos países han iniciado reformas parciales, perfeccionando sus subsistemas públicos o privados, pero sin lograr mayores avances en las deficiencias estructurales con que funcionan los sistemas de salud. Mientras tanto, otros han optado por intentos reformadores globales o sistémicos

del sector salud. Los más audaces se han abocado a concebir e implementar una reforma creando sistemas de seguridad social en salud. Se crean sistemas con pluralidad de agentes y opciones pero con normatividades únicas que le den coherencia. Es decir, opciones de financiamiento y aseguramiento que garanticen el equilibrio más apropiado posible entre equidad y eficiencia en la cobertura y acceso a la salud de toda la población de un país, tanto de quienes aportan o contribuyen al financiamiento del sistema, como de quienes carecen de recursos, pero presentan necesidades de salud muchas veces más apremiantes.

Se busca que los nuevos modelos permitan un razonable y aceptable equilibrio entre los objetivos de eficiencia, calidad y equidad de un sistema. Lo anterior implica que su financiamiento permita a todos los miembros de la sociedad acceder a un conjunto de servicios de salud con independencia de su capacidad de pago, facilitando por lo tanto algún grado de distribución al interior del sistema desde aquellos que tienen capacidad para pagar estos servicios hacia quienes no disponen de los recursos (solidaridad).

LECTURAS RECOMENDADAS

Arce, FP y Temes, JL. Los sistemas sanitarios. Madrid. Interamericana McGraw-Hill. 1992.

Díaz Muñoz, Ana Rita; Levcovich, Mónica; Quintana, Laura Lima y Ramos, Silvina: Sistemas de salud en proceso de reforma. Buenos Aires. OPS. 1994

Fundación Mexicana para la Salud: Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional. México. Editora Médica Panamericana. 1995.

Miranda, Ernesto et al. La salud en Chile. Evolución y perspectivas. Santiago de Chile. Centro de Estudios Públicos. 1994.

Organización Panamericana de la Salud. El Hospital público. tendencias y perspectivas. Washington. OPS. 1994.

República de Colombia. Ministerio de Salud: El Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña. Seminario de expertos. Santa fé de Bogotá. 1996.

Temes Montes, José Luis; Díaz Fernández, José Luis y Parra Vásquez, Blanca: El coste del proceso hospitalario. Nueva York. Interamericana. McGraw-Hill. 1994. 1

