



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba, Canadá y Colombia**

**Andrea Carolina González Alba**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá, Colombia

2014



# **Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba, Canadá y Colombia**

**Andrea Carolina González Alba**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Salud Publica**

Director (a):

Ph.D. Carlos Alberto Agudelo Calderón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá, Colombia

2014



## *Dedicatoria*

*Este trabajo está dedicado a Dios por regalarme la posibilidad de estar escribiendo estas palabras de agradecimiento, creador de todo lo que me rodea y quien me da la opción de elegir, guiándome por el camino correcto.*

*A mis padres y esposo porque siempre estuvieron apoyándome y creyeron firmemente en que llegaría a buen puerto con este proyecto, dándome ánimo aun cuando parecía interminable culminar esta carrera y proyecto de vida.*

*Al motor de mi vida, mi pequeño Samuel quien me acompañó desde el comienzo.*



## **Agradecimientos**

Agradezco a la Universidad por brindarnos la oportunidad de llevar a buen final este proyecto; a sus profesores por el gran aporte que hicieron en su momento para nuestra formación académica, a nuestros compañeros de estudio con quienes compartimos la vida universitaria y con quienes formamos nuestros sueños de futuro profesional.

Agradecimiento especial al director de este proyecto quien fue siempre nuestra guía para poder ejecutar las tareas y acciones convenientes en cada fase del trabajo

.



## Resumen

**Objetivos:** Realizar un análisis comparado crítico y estructurado de las principales diferencias entre los tres países, así, como sus determinante, de los sistemas de salud de Cuba, Canadá y Colombia con la metodología descrita

**Métodos:** Se utilizó la metodología propuesta por la OMS para el diseño de Perfiles de salud. Se realizó la comparación de las reformas en los actuales procesos de reforma sectorial, ubicando el contexto general del sistema de salud, los principios o valores que lo guían, su organización, rectoría, financiamiento y esquema de prestación de servicios de salud. Plasmando un análisis crítico y estructurado de las principales diferencias entre los tres países, así, como sus determinantes.

**Resultados** Se encontraron diferentes diseños organizacionales de los sistemas: un Sistema Nacional de Salud (SNS), y sistemas basados en el aseguramiento. La tendencia de las reformas se dirige hacia la adopción del aseguramiento de un paquete básico de servicios y el fortalecimiento de la competencia en la prestación con la participación de la mezcla pública y privada.

**Conclusiones:** La organización y la estructura de la mayoría de los sistemas estudiados introdujeron y siguen introduciendo cambios de acuerdo con lineamientos internacionales.

**Palabras clave:** sistema de salud, Canadá, Cuba, Colombia

## Abstract

**Objectives:** To perform a comparative analysis and structured critical of the main differences between the three countries, as well as its main purpose, of health systems of Cuba, Canada and Colombia to the methodology described

**Methods:** The methodology proposed by the WHO Health Profiles design was used. Comparison of the reforms carried out in the current sector reform, placing the overall context of the health system, principles or values that guide their organization, stewardship, financing and service delivery scheme of Health. Shaping a critical and structured the main differences between the three countries analysis as well as its determinants. A National Health System (SNS), and based on the assurance systems: Results different organizational designs of the systems were found. The tendency of the reforms is directed towards securing the adoption of a basic package of services and strengthening of competition in the provision involving public and private mix.

**Conclusions:** The organization and structure of most of the studied systems are introduced and introduce changes in line with international guidelines.

**Keywords:** health care system, Canada, Cuba, Colombia

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Marco teórico</b> .....	<b>3</b>
1.1 Concepto de salud pública.....	3
1.2 Sistemas de salud .....	12
1.3 Sistemas de salud y calidad de vida .....	14
1.4 Política de calidad en los sistemas de salud .....	17
1.5 Sistemas de salud basados en la solidaridad .....	21
1.6 Equidad en el acceso al sistema sanitario .....	27
1.7 Equidad en la salud .....	36
<b>2. Descripción de los sistemas de salud</b> .....	<b>39</b>
2.1 Sistema de Salud de Canadá .....	39
2.2 Sistema de salud de cuba.....	40
2.3 Sistema de salud Colombia .....	44
2.4 Políticas públicas y sistemas de salud .....	45
<b>3. Metodología</b> .....	<b>51</b>
<b>4. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>65</b>
4.1 Conclusiones .....	65
4.2 Recomendaciones .....	65
4.2.1 PROPUESTA DE SISTEMA SANITARIO PARA COLOMBIA (PLAN ESTRATEGICO) .....	65
<b>Bibliografía</b> .....	<b>89</b>



# Introducción

En los últimos años muchos países han llevado a cabo reformas de sus sistemas de salud a nivel de organización, y de calidad de los servicios sanitarios. Los sistemas de salud incluyen todas las estructuras y recursos para proveer los servicios de salud individuales y las intervenciones colectivas necesarias en función de tres objetivos básicos:

- Mejorar la salud de la población, sobre todo la más desatendida
- Responder a las necesidades de la población
- Asegurar una protección financiera en relación a los costos asociados a los problemas de salud.

Los sistemas de salud deben hacer frente a nuevos retos : el envejecimiento de la población , los movimientos migratorios y la globalización, el crecimiento de los costes derivados de la salud , una población que exige servicios de mayor calidad y más libertad de elección, la aparición de nuevas enfermedades y la proliferación de enfermedades no transmisibles , problemas de demografía profesional.

En este sentido, se pretende realizar en el presente proyecto un análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba, Canadá y Colombia en los actuales procesos de reforma sectorial, ubicando el contexto general del sistema de salud, los principios o valores que lo guían, su organización, rectoría, financiamiento y esquema de prestación de servicios de salud. Plasmando un análisis crítico y estructurado de las principales diferencias entre los tres países,

así, como sus determinantes. Utilizando la metodología propuesta por la OMS para el diseño de Perfiles de Sistemas de Salud.

# 1. Marco teórico

## 1.1 Concepto de salud pública

El concepto de salud pública, así como la historiografía que se ha ocupado, ha sido sometido a un proceso de cambio histórico que ha venido determinado en función de los parámetros ideológicos predominantes a lo largo del tiempo. Es un hecho bien conocido que la historia de la salud pública, sus inicios historiográficos, ha sido escrita a partir de los años 1930, de forma consolidada desde la finalización de la segunda guerra mundial. La imagen historiográfica resultante ha mostrado desde entonces unos orígenes inequívocos, que han definido ese concepto de salud pública, arraigados en las sociedades occidentales y en las sus transformaciones históricas. <sup>1</sup>

Este hecho mostró, al mismo tiempo, la necesidad de construir la historia de una disciplina universitaria emergente y, sobre todo, la justificación de las nuevas instituciones y políticas sanitarias organizadas por las administraciones de los Estados. Desarrollamos, a continuación, los conceptos anteriormente mencionados. La salud pública fue una tradición inventada en la Inglaterra del siglo XIX en el entorno de Edwin Chadwick a partir de la idea de reforma de las

---

<sup>1</sup> De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomedica* 2004; 15(2):81-91  
González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México. Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.  
Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 2003. Washington DC: PRB 2003.  
Population Reference Bureau. Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003. Washington DC: PRB; 2003.  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.

condiciones sanitarias medioambientales. La historiografía de la salud pública se inició en el mundo anglosajón los años 1950 y encontró en la obra de Chadwick el punto de partida de una tradición que formaba parte de dos procesos complementarios - el crecimiento de un Estado racional fundamentado en la democracia y la burocracia y el desarrollo de una ciencia legitimada por su relación con la administración -y la justificación de una evolución que debía culminar con la consecución del National Health Service, entendido como principal exponente del llamado Estado del Bienestar.<sup>2</sup>

Esta tradición historiográfica dio legitimación a un proyecto político concreto que fue transmitido a una audiencia específica los profesionales de la salud, sobre todo los salubristas -mediante un diálogo entre el pasado y el presente, basado en una selección determinada de los factores explicativos, mostrando qué eran las raíces socioeconómicas de las enfermedades y delimitando el papel de aquellos profesionales en el marco de una política sanitaria estatal concreta. De esta manera, los trabajos de Henry E. Sigerist, René Sand y George Rosen tomaron como punto de partida las ideas ilustradas que inspiraron las iniciativas en materia de salud pública, estableciendo la institucionalización de la salud pública en el siglo XIX, como la respuesta dada por parte de Estados cada vez más centralizados a los problemas generados por la industrialización y la urbanización.

---

<sup>2</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.  
World Bank [Internet]. World Development Indicators database 2004. Disponible en: <http://www.worldbank.org>. Consultado Mayo de 2004.  
Organización Mundial de la Salud [Internet]. Core Health Indicators. Disponible en: <http://www.who.int/countries/es/>. Consultado Mayo de 2002.  
Pan American Health Organization. Health Expenditures for Latin America and the Caribbean. Division of health and human development public policy and health program. Washington DC: PAHO; 2002.

---

La reducción de la salud pública en las condiciones sanitarias medioambientales ya las regulaciones médicas preventivas se convirtieron en el denominador común de una tradición historiográfica basada en una idea de progreso que mostraba una evolución histórica heroica a partir del avance tecnológico de la ciencia y la medicina y de su capacidad de combatir las enfermedades epidémicas. De hecho, el contexto histórico de producción de esta imagen histórica tuvo un papel destacado, ya que la medicina científica y las medidas defendidas en nombre de la salud pública se mostraban claramente eficaces en cuanto a la reducción de las tasas de mortalidad en el mundo occidental.

Conviene recordar que la llegada de Chadwick a la salud pública procedía de su compromiso de reforma de la ley de pobres. Es decir, desde su perspectiva había modificar ese orden que llevaba de la enfermedad a la pobreza y de ahí a recurrir a la beneficencia; y la solución para mantener la eficiencia económica y asegurar la producción de la población trabajadora fue la reforma de las condiciones sanitarias medioambientales, la salud pública. Es significativo el contraste existente entre la percepción positiva de las historias de salud pública y la pésima consideración que las historias de la pobreza han tenido los presupuestos ideológicos y políticos de Chadwick.

A pesar de la coincidencia de actores en los otros programas victorianos de reforma social- una punitiva ley de pobreza, una coercitiva fuerza policial y política penitenciaria, una peculiar didáctica educativa, un extenuante régimen laboral -

donde la ideología se veía claramente, la historia de la salud pública se ha construido de forma separada.<sup>3</sup>

Casi de manera paralela, otros historiadores han cuestionado la imagen heroica dominante en introducir otros elementos en el análisis -el estudio de las respuestas económicas, sociales, políticas e ideológicas a las enfermedades -, aportando una mayor complejidad a la hora de entender el impacto de las enfermedades epidémicas en los diferentes estratos de la sociedad. Quizás la revisión crítica más contundente ha sido llevada a cabo por C. Hamlin. Según este historiador, resulta indispensable integrar la historia de la salud pública dentro del resto de la política social reformista del periodo. El objetivo, por tanto, consiste en ir más allá de la retórica justificativa de las propias sanitarias, es decir, de la existencia de unas lamentables condiciones sanitarias - para Chadwick, exclusivamente medioambientales-, de la pretendida necesidad de agua y alcantarillado y los juicios sobre el hacinamiento de suciedad en las calles, sobre la putrefacción de desechos y de animales muertos o sobre la eliminación de excrementos y de aguas sucias, en términos de una particular sensibilidad, para poder conocer cuáles fueron los motivos, intereses, ideologías y relaciones de poder existentes detrás de esa formulación.

---

<sup>3</sup> De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomedica* 2004; 15(2):81-91  
González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México. Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.  
Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 2003. Washington DC: PRB 2003.  
Population Reference Bureau. Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003. Washington DC: PRB; 2003.

La conclusión de C. Hamlin es categórica: si bien la construcción de la "idea sanitaria" de Chadwick coincidió con un período particularmente crítico del proceso industrializador y urbanizador, esta no fue su solución o consecuencia "inevitable", sino una, la triunfante, de las diversas trayectorias debatidas en términos de salud pública. La consideración crítica de la salud pública chadwickiana no significa rechazar los logros que a largo plazo ha obtenido esta fórmula sanitaria y que fueron especialmente significativos en los cambios operados en el subsuelo del medio urbano.<sup>4</sup>

Es en este terreno donde hay que situar el esfuerzo comprensivo que C. Hamlin hace de las bases de aquellos desarrollos posteriores. En este sentido, los planteamientos de la revisión crítica de la "idea sanitaria" iniciada por John V. Pickstone y C. Hamlin se han beneficiado de la investigación de William Coleman sobre los límites que definieron la idea de salud pública y la ideología que había detrás en el contexto de la primera mitad del siglo XIX en Francia, que, por otra parte, como ha mostrado Ann F. La Berge, fueron bastante diferentes en su respuesta a problemas similares de industrialización y urbanización.

De hecho, la historiografía de la salud pública ha sido sometida a lo largo del siglo XX a la influencia intelectual de diversas herramientas interpretativas procedentes de la filosofía y de la sociología. A modo de ejemplo, conviene recordar los efectos que tuvo el estudio de las contradicciones de la Ilustración en el

---

<sup>4</sup> Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. *Revista de Salud Pública* 2002; 4(3):203-239.

Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II.* Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología.* Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

pensamiento europeo, expresado por representantes de la Escuela de Frankfurt como Max Horkheimer y Theodor Adorno, sobre la visión heroica de una idea de salud pública desarrollada por el racionalismo ilustrado. También el concepto sociológico del "proceso civilizador" acuñado por Norbert Elias a la hora de buscar conductas civilizadoras en las estructuras sociales e individuales de las sociedades europeas en el marco de procesos históricos de larga duración.

Hecho que ha llevado a algunos historiadores a investigar cuál fue el papel de la salud pública en la configuración de aquellas sociedades y como aquella determinó la integración o diferenciación social. Ligado a esta cuestión hay que recordar el uso de la idea de Estado expresado por Max Weber, empleada para examinar cuál ha sido la contribución de la salud pública como parte del proceso político de formación del Estado moderno. También, en este sentido, la obra de Michel Foucault añadió a aquellos planteamientos la idea de disciplinamiento de la sociedad, llevando a examinar la forma en que las regulaciones sanitarias participaron en el desarrollo de una cultura occidental disciplinaria, así como su carácter represivo. Estos aspectos han sido ligados al estudio de otros dos fenómenos en los que también contribuyó la idea de salud pública : de un lado , el desarrollo de burocracias administrativas que centraliza el poder de los nuevos Estados europeos y, de otro, el crecimiento y fortalecimiento del poder de los expertos, los nuevos profesionales.

Estos instrumentos intelectuales han abierto perspectivas de estudio de la salud pública desde los años 1980 y el relativismo posmodernista de los años 1990 no ha hecho sino reforzar esta variedad crítica de aproximaciones. Como resultado, la visión heroica que mostraba la liberación de la sociedad occidental de su ignorancia primitiva no sólo ha sido definitivamente superada, sino que la historia

de la salud pública se ha visto enriquecida con matices, mostrando la complejidad histórica de la sociedad occidental.

Entre estos elementos que han enriquecido la historia de la salud pública conviene recordar el interés existente para considerar los contextos históricos de los lugares de poder ciudades y magistraturas sanitarias, instituciones reales y religiosas, organizaciones e instituciones estatales, etc. Donde se desarrollaron iniciativas preocupadas por la salud de la población para examinar la salud pública como una cuestión política. También el papel que las diversas teorías médicas que han ido configurando y modificando el concepto de la medicina - como el tráfico o superposición de la ingeniería sanitaria medioambiental en el aislamiento y desinfección del individuo a partir de la influencia de la teoría microbiana, abriendo el camino para la consolidación de una "medicina vigilante" centrada en el concepto de "prevención individual" a lo largo del siglo XX, así como el acceso a diferentes formas de atención médica a lo largo de la historia o bien las formas institucionales de provisión de auxilio - instituciones benéficas caritativas civiles y religiosas, locales y estatales, instituciones de ayuda mutua de raíz particular, voluntaria, comercial o política, etc. – en la medida en que han contribuido a modelar unas prácticas concretas con relación a la salud pública en el marco de contextos estatales y locales bastante diversos.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.

Pliscoff C, Monje P. Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá: Octubre, 2003.

Cais J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos Nº 21. Madrid: CIS; 1997.  
Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Revista de Salud Pública 2002; 2:97-120.

Estos elementos han permitido introducir complejidad en la búsqueda de los historiadores, mostrando la verdadera dimensión de los cambios operados a lo largo del tiempo en el contexto, la práctica y la ideología que se ha desarrollado la salud pública. El desarrollo de sistemas médicos colectivos, de raíz estatal, desde finales del siglo XIX hasta la finalización de la segunda guerra mundial ha sido otro fenómeno decisivo en la formulación del concepto de salud pública. En la conformación del Estado o la sociedad del bienestar de la segunda mitad del siglo XX, el concepto predominante de salud pública ha sido asimilado al de "medicina comunitaria".

Al servicio de estructuras sanitarias estatales, los médicos se convirtieron en estrategias sanitarias, utilizando la epidemiología y la estadística sanitarias como instrumentos para el establecimiento de "diagnósticos comunitarios" y de políticas de prevención de hábitos individuales mediante estrategias fiscales y publicitarias. Si bien el advenimiento del SIDA en los años 1980 estimuló nuevos campos de investigación en materia de salud pública –como todos aquellos relacionados con el estudio de las representaciones de las enfermedades y de aspectos relacionados con el género o con la estigmatización social-, este fenómeno coincidió con un proceso, expresado en la retórica política de la nueva derecha, de desmantelamiento de determinadas áreas de los sistemas sanitarios estatales colectivos.

Desde un punto de vista historiográfico, esto forzó una revisión de las historias que caracterizaron una progresiva expansión estatal en la formación de la sociedad de bienestar, incorporando una mayor atención a otras formas de auxilio social desarrolladas desde la baja edad media. El concepto de salud pública se vio nuevamente alterado bajo la influencia de aquellas políticas que en nombre de los "gastos sociales" han enfatizado el valor de las soluciones individuales frente

al Estado mediante acciones de autoayuda, de ayuda mutua y de voluntarismo social.

Este hecho ha llevado a incorporar a las historias de la salud pública otro elemento, relacionado con los conceptos de democracia y ciudadanía social, con el objetivo de estudiar la recepción y desarrollo de la idea de salud como derecho civil más allá de las ideologías dominantes. Por otra parte, conviene señalar que la revisión y redefinición del concepto de salud pública, que ha evitado la limitación impuesta por la idea definida en los términos expresados en el siglo XIX, ha llevado a buscar un nuevo objeto de estudio a partir de la construcción de la historia de la acción social colectiva con relación a la salud de la población.<sup>6</sup>

Si bien esto ha permitido extender el concepto de salud pública, en el tiempo y el espacio, incorporando las iniciativas desarrolladas por las autoridades de la Europa mediterránea en esta materia desde el siglo XIII, desde la óptica de la historiografía de raíz anglosajona se continúa diferenciando entre las formas de acción colectiva mediterráneas - entendidas como un fenómeno esporádico confinado al ámbito local, a la espera de un mayor protagonismo en la sociedad de la mano del desarrollo de burocracias estatales en los siglos XVII y XVIII- y los sistemas de salud pública omnicomprensivos desarrollados en Europa en períodos posteriores, que implicaban una profesionalización de la medicina y una concienciación, como expertos, del papel de los médicos en la organización de la

---

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.

Pliscoff C, Monje P. Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá: Octubre, 2003.

Cais J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos N° 21. Madrid: CIS; 1997.  
Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Revista de Salud Pública 2002; 2:97-120.

sociedad y dirigían a reformar las condiciones de vida y las tasas de mortalidad del conjunto de la sociedad.

Esta interpretación resulta poco satisfactoria ya la vez limita la capacidad explicativa de la existencia en el ámbito mediterráneo, en contraste con otras zonas europeas, de una tradición secular de administraciones y magistraturas médicas, sobre todo ligadas al mundo local, que aplicaron un conocimiento sobre la salud y el medio basado en una dilatada experiencia y en las autoridades de la medicina clásica. Una experiencia que resulta fácil de observar a lo largo de los siglos por toda la geografía de los países europeos que forman el arco mediterráneo.

## **1.2 Sistemas de salud**

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que

obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. (OMS, 2014)

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos. (OMS, 2014)

En los últimos años muchos países han llevado a cabo reformas de sus sistemas de salud a nivel de organización, y de calidad de los servicios sanitarios. Los sistemas de salud incluyen todas las estructuras y recursos para proveer los servicios de salud individuales y las intervenciones colectivas necesarias en función de tres objetivos básicos:

- Mejorar la salud de la población, sobre todo la más desatendida
- Responder a las necesidades de la población
- Asegurar una protección financiera en relación a los costes asociados a los problemas de salud

Los sistemas de salud deben hacer frente a nuevos retos: el envejecimiento de la

población, los movimientos migratorios y la globalización, el crecimiento de los costes derivados de la salud, una población que exige servicios de mayor calidad y más libertad de elección, la aparición de nuevas enfermedades y la proliferación de enfermedades no transmisibles, problemas de demografía profesional, entre otras. Colombia necesita hacer una reflexión sobre la capacidad de afrontar estos retos de una manera global y coherente y no sólo reaccionó ante cada problema concreto.<sup>7</sup>

### **1.3 Sistemas de salud y calidad de vida**

La palabra calidad se deriva de cualidad, que significa cada una de las circunstancias o caracteres superiores y excelentes que distinguen a las personas y cosas. Vida significa: fuerza interna substancial, en virtud de la cual obra el ser que la posee. Conducta o método de vivir con respecto a las acciones de los seres humanos.

La calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico, pues implica valores y actitudes mentales. Es un estado positivo desde todos los puntos de vista, es estar en la plenitud, es poder funcionar ciento por ciento. Físicamente,

---

<sup>7</sup> Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. Revista de Salud Pública 2002; 4(3):203-239.

Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas. Psíquicamente, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Emocionalmente, es estar en paz.”<sup>8</sup>

El concepto de calidad en Atención Primaria de Salud, como en otros ámbitos y sectores, es un concepto que es difícil definir de manera general. Según a quien se plantee la definición del concepto de calidad puede deferir la respuesta, haciéndose más hincapié en determinados aspectos que en otros según la persona o el colectivo al que se cuestione.

En el caso de los servicios de salud, estas diferencias en la idea o concepto de calidad pueden darse según la definición se establecida desde el punto de vista de los usuarios (tradicionalmente más preocupados por los temas en relación con accesibilidad a los servicios de salud), los profesionales (tradicionalmente más interesados por los temas de carácter técnico- clínico) o la administración sanitaria (tradicionalmente más preocupada por los aspectos relacionados con los costes).

La potencialidad de satisfacer intereses diversos, tal como se ha expuesto, es ya un indicador del carácter multifactorial del concepto de calidad en servicios de salud, o sea, se trata de un concepto compuesto por varias dimensiones. En un esfuerzo de sistematización se puede caracterizar mediante los siguientes componentes o dimensiones:<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Tomado de; <http://es.scribd.com/doc/52391529/trabajo-final>.

<sup>9</sup> Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. Revista de Salud Pública 2002; 4(3):203-239.

(i) Calidad técnica: grado de competencia de los profesionales en utilizar de forma adecuada (con efectividad y eficiencia) los conocimientos, tecnología y recursos a su alcance, para producir salud y satisfacción a los pacientes o población a la que sirven.

(ii) Accesibilidad: grado en que los servicios pueden ser obtenidos por la población de manera equitativa según sus necesidades, en frente de barreras organizativas de los propios servicios (horarios, distancia, burocracia); económicas, culturales, etc.

(iii) Satisfacción de los usuarios: grado en que el servicio prestado satisface las expectativas del usuario. Puede que no tenga necesariamente una relación directa con la calidad técnica prestada por el servicio, pudiéndose dar que un grado alto de la dimensión satisfacción y no por ello puede hacerse sinónimo de calidad técnica y viceversa.

Resumiendo de forma operativa las diferentes dimensiones incluidas en el concepto de calidad asistencial, puede definirse los planes o programas de mejora continua como el conjunto de actividades encaminadas a garantizar unos

---

Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

servicios de salud óptimos que mejoren la salud de los pacientes o la comunidad, teniendo en cuenta la tecnología existente y los recursos disponibles, y logrando la adhesión y satisfacción de los usuarios.

## **1.4 Política de calidad en los sistemas de salud**

La introducción de políticas de calidad en una institución se enfrenta a diferentes retos. El ámbito de los servicios de atención primaria de salud no es una excepción. En la gran mayoría de instituciones, un diagnóstico o análisis de la situación de partida sobre su organización y funcionamiento pone de manifiesto determinadas necesidades que hay que tener en cuenta en el desarrollo de políticas de calidad en una organización. De entre estas necesidades hay que destacar las siguientes:

### **1. La necesidad de la implicación de la dirección.**

En primer lugar, en la dirección de una institución interesada en establecer un plan o programa de mejora continua debe existir un compromiso visible en el tema para que estas actividades sean efectivas en la organización. Desde las direcciones se debe liderar este proceso, preocupándose de su promoción y siguiendo los resultados de estas actividades.

Paralelamente, para el desarrollo efectivo de un plan de mejora continua, es preciso que en la institución se hagan explícitos estos propósitos (misión de la institución y su traducción en objetivos operativos) de manera que todas las

personas que forman parte de la organización conozcan las líneas marcadas por la dirección de la institución en este terreno.

2. La necesidad de que se entiendan los principios y conozcan técnicas básicas. Los profesionales de una organización donde se plantee el desarrollo de actividades de mejora, además de ser conocedores de las líneas que la empresa marca en este terreno, deben entender los principios y conocer técnicas básicas de la metodología de mejora continua. En este punto, el papel que jugará para la formación continuada de los profesionales, con un enfoque de formación -acción, es importante y, al mismo tiempo inevitable.

3. La necesidad de facilitar a los profesionales en la introducción de las ideas y métodos de trabajo que representan estas actividades.

Dado que las actividades de mejora continua son unas tareas añadidas a las que los profesionales asumen tradicionalmente como propias (actividades asistenciales, de investigación, etc.), será necesario facilitar y ayudar a los profesionales en la introducción y seguimiento de estas actividades, y reconocer a las personas y unidades de los progresos que se alcancen en las acciones de mejora que se desarrollen en la organización. En este terreno, el papel a jugar por el seguimiento y el apoyo, tanto metodológico como logístico, es esencial, así como el reconocimiento desde la dirección a las personas y centros que hayan incorporado a cabo actividades de mejora.

Para hacer frente a la situación descrita, los planes que se propongan la promoción e implantación de actividades de mejora continua deberán dotarse de

elementos estratégicos que den respuesta a estas necesidades. Estos elementos deben articularse de manera coherente en diferentes campos de acción del que cabe destacar:<sup>10</sup>

- La presencia de compromiso de las direcciones en estos procesos.
- La formación del personal en principios y técnicas.
- El apoyo logístico en la puesta en marcha y seguimiento de las actividades de mejora continua que se desarrollen.
- El reconocimiento de las direcciones a las unidades y personas que participen en las acciones de mejora.

La presencia de compromiso e iniciativas desde las direcciones, supone un requisito inicial que, potencialmente, representa la situación que permite un mayor desarrollo de estas actividades. Al otro lado del espectro, puede haber situaciones donde no exista un decidido compromiso y apoyo real a este tipo de iniciativas por parte de los máximos responsables de la organización. Se trata de situaciones que han venido dándose de manera más o menos marcada en el sector sanitario y quizá de manera más notoria y digna de análisis en el ámbito de la Atención Primaria.

---

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.

Pliscoff C, Monje P. Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá: Octubre, 2003.

Cais J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos Nº 21. Madrid: CIS; 1997.  
Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Revista de Salud Pública 2002; 2:97-120.

Llegados a este punto, vaya por delante reconocer los esfuerzos y ganancias conseguidas por iniciativas locales, desde unidades o centros con poco o, en ocasiones, prácticamente ausencia de apoyo han logrado objetivos importantes. Frecuentemente, sin embargo, se califican a este tipo de iniciativas como inútiles, desproporcionados esfuerzos, o como actividades más cercanas a un interés particular de determinados profesionales de los centros que a un planteamiento consistente de mejora en la organización.

La realidad es que deben admitirse las limitaciones tanto en el tiempo como en el espacio de este tipo de iniciativas locales sin un apoyo efectivo desde las direcciones: limitaciones en los tiempos, para que las personas terminan cansándose de caminar solos con poco o ningún apoyo y, más tarde o más temprano, será fácil que acabe abandonan el camino, y limitaciones en el espacio, porque el abastecimiento y capacidad de un solo centro o un grupo de profesionales en abordar determinados problemas - que afectan a nivel local pero que tienen raíces en otros lugares- estará limitado o será nulo. El problema más importante con el que se puede encontrar un plan de calidad es la falta de compromiso e implicación de la dirección en estos procesos.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

Soberón GA, Narro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y Dilemas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1985; 99(1):1-9.

## **1.5 Sistemas de salud basados en la solidaridad**

Al inicio de esta reflexión no podemos olvidar las razones por las que queremos ser equitativos en el acceso a los servicios sanitarios. La salud es uno de los bienes fundamentales de las personas y las políticas de salud están en la base de la justicia social. Esto es así desde los inicios del estado del bienestar, que irrumpe en Europa a finales del siglo XIX de la mano de Bismarck, que incluye los seguros contra las enfermedades, los accidentes laborales y las pensiones para la vejez entre las obligaciones del estado, y que se consolida terminada la Segunda Guerra Mundial con la creación de un sistema universal de lucha contra la pobreza que proteja a toda la población de todo tipo de contingencias, incluidas las enfermedades. El Informe Beveridge, en Gran Bretaña, recoge perfectamente las exigencias del nuevo estado del bienestar, entre las que destacan la intervención del estado en los mecanismos del mercado para proteger a los grupos sociales más vulnerables y la institucionalización de las ayudas de protección social para cubrir las necesidades que difícilmente pueden satisfacer salarios normales o personas sin ingresos.

En el contexto histórico del estado del bienestar, la protección de la salud es una exigencia de justicia, no de beneficencia o de caridad. Este es el gran avance ético y político de la época contemporánea que supera las concepciones de la ayuda a los enfermos por razones estrictamente humanitarias, dictadas únicamente por la conciencia moral o el deber religioso, o por razones de estrategia política, basadas en lo que es más conveniente para el estado o sus dirigentes en un momento determinado. Por ello, las constituciones modernas y muchos textos internacionales recogen la protección de la salud como un derecho fundamental de las personas.

Y esto quiere decir que, sin perder de vista que las políticas de salud tienen un coste económico, a menudo elevado, y, por tanto, están sujetos a la disponibilidad económica, el derecho a la salud es un derecho de justicia que en ningún caso puede ser conculcado o suspendido por limitación o escasez de recursos. Los gobiernos tienen la obligación de justicia de hacer todo lo que esté a su alcance para garantizar el cumplimiento del derecho de todos los ciudadanos a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. En los últimos tiempos, el derecho a la protección de la salud se ha puesto en duda desde diferentes visiones y discursos políticos, que provienen de concepciones propietaristas de la justicia (que sostienen que los derechos de los propietarios de la riqueza son moralmente superiores a los derechos sociales tales como el derecho a la salud o a la educación), del triunfalismo del mercado (que ve en el libre mercado la mejor forma de regular el acceso a la protección de la salud) o de la idea de que la responsabilidad de los enfermos por su salud exime de la responsabilidad social sobre la protección de la salud (que queda reservada únicamente a evitar el daño a la salud de terceros).<sup>12</sup>

Estos discursos en contra de la protección pública de la salud de los individuos tienen en común la desvinculación de la protección de la salud de las consideraciones de justicia social, contraviniendo de este modo, la mayoría de las constituciones actuales, sobre todo las europeas, y los textos internacionales más

---

<sup>12</sup> Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 2003. Washington DC: PRB 2003.

Population Reference Bureau. Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003. Washington DC: PRB; 2003.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.

World Bank [Internet]. World Development Indicators database 2004. Disponible en: <http://www.worldbank.org>. Consultado Mayo de 2004.

relevantes en materia de derechos sociales y derechos humanos. Igualmente, en contra de la base ética del estado del bienestar: la idea de que las personas de una sociedad moderna son interdependientes, que los complejos procesos sociales y económicos en que los individuos participan a menudo les afectan de una manera impredecible, y que, en cierta medida ya causa de estas interdependencias, las personas se deben unas a las otras una protección común contra los contratiempos que no pueden controlar. Detrás de esta idea está el principio de solidaridad. La solidaridad no es un simple valor moral de las personas o instituciones, sino la base de cualquier proyecto social que quiere explicitar la sensibilidad de los seres humanos hacia las necesidades, sufrimientos y deseos de todos los hombres y mujeres sin discriminación de ningún tipo.

Naturalmente, hay que tener en cuenta que la atención sanitaria tiene un precio estimable que alguien debe pagar (el pagador no siempre coincide ni debe coincidir con el receptor del servicio), que solo a veces el mercado puede ser un instrumento eficaz y eficiente para distribuir puntualmente determinados bienes y servicios y que los individuos tenemos una innegable responsabilidad personal en la conducción de nuestra vida, incluida la salud. Pero si desvinculamos la protección de la salud de la justicia social, estamos poniendo las bases para deshacer el estado del bienestar y volver a los tiempos de la beneficencia, la caridad y, en consecuencia, la desprotección social de los más vulnerables. El reconocimiento necesario de la responsabilidad personal en las cuestiones de salud no debería absolver a los individuos de la responsabilidad social de crear sistemas eficaces y equitativos de protección de la salud de todos.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Vargas I, Vásquez M, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(4):927-937.  
Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista de Salud Pública* 2001; 3(1):13-39.

Tampoco es una excusa la deseable sostenibilidad financiera de la sanidad para justificar una reducción de la solidaridad de los sanos con los enfermos. La lucha contra la ineficiencia, el despilfarro y el fraude dentro del sistema sanitario es una obligación ética, pero no se llevará a cabo en detrimento de la solidaridad. Y si ocurre la circunstancia de que no hay suficientes recursos para atender todas las necesidades, entonces la equidad exige que todos salimos perdiendo con igualdad. Esto quiere decir que la financiación sostenible de la sanidad, tanto si implica o no una reducción de los recursos hasta ahora disponibles, no debería en ningún caso perjudicar la salud de los que no pueden acceder a una sanidad privada ni aumentar la desigualdad de salud entre los grupos sociales .

No hay que olvidar tampoco que uno de los aciertos del sistema sanitario público es el hecho de que se financia entre todos y que casi todos lo usamos. Es importante que la mayoría de la población utilice el sistema sanitario público porque si llegara el momento en que las capas sociales más acomodadas y las clases medias optasen por una sanidad mayoritariamente privada y si los mejores profesionales de la medicina abandonaran la sanidad pública, esto perjudicaría enormemente la calidad del sistema sanitario público, ya que habría consecuentemente una menor preocupación global para mantener los estándares de calidad mejores.<sup>14</sup>

---

De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomedica* 2004; 15(2):81-91  
González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México. Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.

<sup>14</sup> Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología*. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

---

Detrás del estado del bienestar y del derecho a la protección de la salud hay un modelo de sociedad comprometido tanto con la justicia a la hora de distribuir los beneficios y las cargas sociales como con la solidaridad con los miembros más vulnerables de la sociedad. La solidaridad, entendida como la voluntad de los ciudadanos de compartir riesgos (fundamentalmente el riesgo de la pobreza, la enfermedad y el desempleo), ha sido un mecanismo de compensación y un principio fundamental del estado del bienestar desde el siglo XIX, pero su continuidad está amenazada por diferentes factores, entre los que cabe destacar las restricciones presupuestarias de las finanzas públicas, la notable tendencia al individualismo, la percepción social creciente que el individuo es el único o el principal responsable de su destino (incluida su salud) y que la salud es un bien de consumo más (lo que explica, en buena parte, la excesiva medicalización), la globalización económica y la fuerza de las ideologías políticas que priorizan el derecho a la propiedad privada y el mercado libre sin regulación (o con una regulación mínima destinada a proteger primordialmente las reglas del mercado y los intereses de los individuos económicamente más fuertes).

Este nuevo contexto exige seguramente una transformación de la solidaridad<sup>6</sup> si se quiere rehacer la voluntad de compartir colectivamente (entre los jóvenes y los viejos, los sanos y los enfermos, los trabajadores y los parados, los ricos y los pobres) los riesgos antes mencionados. La renuncia a la solidaridad socialmente organizada significaría la renuncia a un modelo de sociedad justa que nos ha

---

Soberón GA, Narro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y Dilemas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1985; 99(1):1-9.  
Vargas I, Vásquez M, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(4):927-937.  
Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. Revista de Salud Pública 2001; 3(1):13-39.

acompañado las últimas décadas con un éxito notable desde el punto de vista de la cohesión social y de la construcción de una sociedad buena.

Por otra parte, hay que tener muy presente que la salud y la atención sanitaria no son una mercancía más y, por tanto, no deberían estar reguladas únicamente por el libre mercado. En primer lugar, porque la salud es un elemento imprescindible de las oportunidades sociales de un individuo, de por lo que la falta de salud deriva en una evidente desigualdad de oportunidades para competir socialmente. Así pues, cuando es posible recuperar la salud mediante la atención sanitaria, no hacerlo supone una clara injusticia social. Y, en segundo lugar, porque la salud es una necesidad y no se puede considerar como una simple preferencia. Está claro que se trata de una necesidad social y culturalmente moldeada, pero todos entendemos que hay una diferencia moral fundamental entre necesitar los servicios de un peluquero y necesitar los servicios de un médico.<sup>15</sup>

En el primer caso, la necesidad parece más a una preferencia, aunque esta pueda tener elementos comunes en todas las culturas y sociedades, mientras que, en el segundo caso, se trata de una necesidad vital. Las necesidades vitales deben ser atendidas porque, si no, se pone en riesgo el valor fundamental de las personas: sus vidas. Una comunidad que no atiende necesidades vitales

---

<sup>15</sup> Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

Soberón GA, Narro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y Dilemas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1985; 99(1):1-9.

Vargas I, Vásquez M, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(4):927-937.

Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. Revista de Salud Pública 2001; 3(1):13-39.

moralmente necesarias de sus miembros no les trata con respeto y dignidad. Por ello, no se puede dejar la atención sanitaria en manos del interés de algún poderoso grupo de propietarios o incluso los practicantes de la medicina. La atención sanitaria puede ser comprada y vendida únicamente si todos tienen garantizada la atención que necesita para recuperar la salud, con independencia del poder económico del enfermo.

## 1.6 Equidad en el acceso al sistema sanitario

Queremos que el sistema sanitario sea equitativo. Pero, ¿qué es la equidad? Formalmente, somos equitativos cuando tratamos a los iguales como iguales y desiguales como desiguales. Ahora bien, si pasamos de la forma al contenido, habrá que saber cuál es la desigualdad relevante que legitima el trato desigual para poder llenar de contenido la equidad. En el contexto sanitario, podemos pensar que el grado de enfermedad marca esta desigualdad relevante en el acceso a los recursos. Así pues, somos equitativos cuando el acceso al sistema sanitario es igual a igual necesidad médica. Es en este sentido que decimos que debe haber igualdad de oportunidades en el acceso a la sanidad.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México. Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.  
Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 2003. Washington DC: PRB 2003.  
Population Reference Bureau. Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003. Washington DC: PRB; 2003.  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.

Ahora bien, la enfermedad es la única característica moralmente relevante que nos interesa a la hora de acceder a los recursos sanitarios? La mayoría de países incluyen al menos otro factor legitimando de la desigualdad de acceso: la ciudadanía. Es decir, el sistema sanitario público atiende a los ciudadanos enfermos y excluye a los enfermos que no son ciudadanos (o pertenecientes a países con los que no hay convenio de prestaciones sanitarias). Nos podemos preguntar si esta exclusión es justa o si no lo es a partir de muchas variables. Pero es evidente que la exclusión por ciudadanía rompe el principio de equidad definido como acceso igual para igual necesidad médica.

Además, excluir del sistema sanitario a los enfermos que no son ciudadanos, pero que viven entre nosotros, nos obligaría, por coherencia, a rechazar su atención también en los servicios sociales. La paradoja es, pues, mayúscula: si somos coherentes con la exclusión de los que no son ciudadanos y extendemos esta exclusión tanto al sistema sanitario como los servicios sociales, frote la inhumanidad; y si atendemos las necesidades sociales graves (pero no las enfermedades) de los individuos que no son ciudadanos, caemos en una contradicción sobre lo que significa la justicia difícil de justificar. Al margen de esto, debemos saber distinguir entre la atención sanitaria a los ciudadanos ya las personas que viven entre nosotros y el turismo sanitario. Este último fenómeno representa un abuso evidente de la generosidad del sistema público de salud.

Otro factor ajeno al estado de salud que puede intervenir en la desigualdad de acceso a la atención sanitaria es la capacidad de pago de los enfermos. En la sanidad privada, la capacidad de pago del enfermo (a través de un contrato privado entre el enfermo y el prestador de servicios o mediante un seguro médico) es de hecho la clave de acceso. En el caso de la sanidad pública, generalmente el estado paga la atención sanitaria que recibe el enfermo, de

---

manera que el acceso no está condicionado por su economía personal. Esto no quiere decir que la atención sanitaria sea en este caso gratuita. Toda prestación sanitaria tiene un coste económico. Lo que quiere decir es que el enfermo no recibe la atención médica que necesita (la necesidad de la prescribe un profesional del sistema sanitario público) condicionada a un pago privado que sirva para cubrir todo o una parte del coste de la atención recibida.

De este modo, se asegura que la equidad de acceso es realmente efectiva: se accede sólo por necesidad médica. Pero hay excepciones. En algunos sistemas sanitarios públicos establecen, por ejemplo, mecanismos de copago, en los que el enfermo se hace cargo de una parte del coste de los servicios públicos recibidos. Es evidente que un sistema de copago mal diseñado puede romper el principio de equidad definido como acceso igual para igual necesidad médica. El copago, sin embargo, puede ir acompañado de medidas compensatorias para los enfermos económicamente más débiles con el fin de no perjudicar la equidad entendida como igual acceso para igual necesidad. Estas medidas, si realmente benefician a los más débiles económicamente, pueden contribuir a paliar el efecto negativo de los copagos en la equidad sanitaria.

No hay que olvidar, sin embargo, que el sistema más justo de financiación de la sanidad es el que parte de la progresividad fiscal, también y sobre todo en una época de crisis económica. Si es necesario aumentar la contribución de los ciudadanos al sistema sanitario, es más justo y equitativo que el pago se realice a través de los impuestos progresivos y con una orientación finalista. Las precisiones sobre el contenido de la equidad en el acceso al sistema sanitario son importantes porque si decimos que la equidad sanitaria depende de la necesidad médica, no deberíamos discriminar a nadie por razones de ciudadanía o de otros, como tampoco deberíamos condicionar el acceso a la capacidad de pago de los usuarios. Y si lo hacemos, es decir, si vinculamos el acceso a la condición de

ciudadanía y / o a un determinado pago personal por parte del usuario, entonces debemos asumir que estamos introduciendo factores ajenos al estado de salud y de enfermedad (a la necesidad médica) en el acceso al sistema sanitario público.<sup>17</sup>

En el caso de la condición ciudadana para acceder a los servicios sanitarios públicos, se excluye de este acceso los que no son ciudadanos; y en el caso de la condición económica, se facilita el acceso a los enfermos que tienen más capacidad de pago y se dificulta este acceso a los que tienen menos capacidad económica. Sin embargo, incluso en el caso de que queramos ser equitativos en el acceso a la atención sanitaria a partir únicamente de factores directamente relacionados con la salud y la enfermedad, existen al menos dos grandes interpretaciones de lo que es una necesidad médica. La primera dice que los enfermos con más necesidad sanitaria son los más graves (habitualmente asociamos la gravedad a la afectación clínico funcional: el grado de sufrimiento, dolor, limitación funcional, riesgo de secuelas o muerte prematura).

La segunda, en cambio, considera que los enfermos con más necesidad médica son aquellos que pueden sacar más beneficio sanitario esperado (medido con años de vida con calidad de vida esperados) de la atención recibida. No es que en esta segunda definición de necesidad médica no se tenga en cuenta la gravedad del enfermo, pero el grado de gravedad no es lo más importante a la

---

<sup>17</sup> World Bank [Internet]. World Development Indicators database 2004. Disponible en: <http://www.worldbank.org>. Consultado Mayo de 2004.  
Organización Mundial de la Salud [Internet]. Core Health Indicators. Disponible en: <http://www.who.int/countries/es/>. Consultado Mayo de 2002.  
Pan American Health Organization. Health Expenditures for Latin America and the Caribbean. Division of health and human development public policy and health program. Washington DC: PAHO; 2002.

---

hora de definir la necesidad, sino lo que la atención sanitaria disponible puede hacer por el enfermo.

Así pues, en una lista de espera en la que el único criterio de inclusión que contara fuera la necesidad médica, en el primer caso se prioriza los enfermos más graves (y los menos graves quedarían a la cola de la lista), mientras que en el segundo caso se priorizan los enfermos que tienen una probabilidad esperada de mejora (efectividad del tratamiento) más grande. Si asociamos la efectividad en el coste, obtenemos que, en este segundo caso, el enfermo con más necesidad médica es aquel que tiene un coste -efectividad más bajo, es decir, el enfermo que puede obtener del sistema sanitario una salud (años de vida con calidad de vida esperados) mayor a un coste económico menor.

Como todo criterio utilitarista, la aplicación puede ser justa a la hora de distribuir recursos públicos sobre los que ningún individuo tiene más derecho que otro, pero no debemos olvidar que los criterios utilitaristas también pueden vulnerar el derecho a la atención sanitaria si, en nombre del beneficio común, acaba negando la atención a determinados enfermos que necesitan tratamientos poco aconsejables desde el punto de vista del coste -efectividad. La equidad no siempre es compatible con la prioridad de los tratamientos menos costo -efectivos. Al fin y al cabo, la equidad siempre se establece entre personas, mientras que el coste -efectividad se aplica a servicios y tratamientos.

Sin embargo, no se debería evitar la necesidad de reflexionar con profundidad sobre algunas situaciones en las que determinados tratamientos y servicios con un precio elevadísimo y una efectividad escasa producen un enorme coste de oportunidad en la atención sanitaria a otros enfermos. Pero queremos destacar que esta reflexión no es sólo técnica, económica o política. Tiene un inevitable

componente de ética pública que debería comprometer toda la ciudadanía para encontrar las mejores justificaciones de las decisiones a tomar. Hay que tener presente, también, que las dos concepciones de la necesidad médica que hemos visto antes sirven para priorizar enfermos en una hipotética lista de espera (o para priorizar procedimientos sanitarios con lista de espera), pero no son útiles para justificar un recorte de recursos sanitarios. La decisión de invertir más o menos recursos para atender las necesidades sanitarias de los enfermos obedece a otras razones.<sup>18</sup>

Junto a las dos concepciones de la necesidad médica mencionadas podemos incluir otros criterios de priorización entre enfermos o tratamientos sanitarios en listas de espera, como ahora, ya modo de ejemplo, la edad del enfermo, su estilo de vida o si tiene conducta de riesgo o el rol social (si tiene alguna persona que lo cuide en caso de que la situación lo requiera, si hay limitación para cuidar a las personas a su cargo, si hay limitación para trabajar, etc.). Estos criterios no dependen directamente de la necesidad sanitaria, pero una priorización ética de los recursos disponibles en listas de espera podría tenerlos en cuenta.

Una vez más, hay que decir que no deberían utilizar estos criterios para negar o condicionar el acceso al sistema sanitario si queremos respetar la equidad entendida como igual acceso para igual necesidad. Por ejemplo, se puede utilizar

---

<sup>18</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.

World Bank [Internet]. World Development Indicators database 2004. Disponible en: <http://www.worldbank.org>. Consultado Mayo de 2004.

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Core Health Indicators. Disponible en: <http://www.who.int/countries/es/>. Consultado Mayo de 2002.

---

la edad o las repercusiones que la enfermedad tiene en el entorno familiar y social del enfermo para priorizar en una lista de espera, pero no para negarle o condicionar el acceso. Si lo hacemos, si le negamos o le condicionamos el acceso por alguna de estas razones, ocurre lo mismo que con la capacidad de pago o la condición de ciudadano: rompe la equidad entendida como igual acceso al sistema sanitario por igual necesidad.

Otra distinción importante en relación con la equidad en el acceso al sistema sanitario es la que podemos establecer entre igualdad de acceso e igualdad de trato. La igualdad de acceso alcanza cuando todos los enfermos acceden y utilizan (igualdad de uso) los servicios del sistema sanitario en función únicamente de la necesidad médica. No es imprescindible que sean atendidos en un centro público o privado, o que puedan o no elegir el médico o el centro que los atenderá. Lo importante es que accedan efectivamente al mejor tratamiento posible. En cambio, la igualdad de trato introduce un elemento ético diferente. Se alcanza la igualdad de trato cuando no establecen diferencias de trato entre los enfermos que no obedezcan a las diferencias en necesidad sanitaria. Por ejemplo, si los enfermos tienen un acceso desigual a las listas de espera en función de su influencia social, de un conocimiento privilegiado del funcionamiento del sistema sanitario o de la proximidad a los órganos de decisión sobre las listas de espera; o si no todos los enfermos pueden elegir con el mismo abanico de oportunidades el médico que los atenderá; o si no todos pueden disfrutar de las llamadas comodidades hoteleras; o si se abre una doble red de acceso al sistema sanitario: una privada y una pública (por ejemplo, con las prestaciones privadas dentro del sistema sanitario público), en todos estos casos,

se puede garantizar un acceso igual a la eficacia sanitaria en función de la necesidad médica, pero el trato que reciben los enfermos es desigual.<sup>19</sup>

Por poner un ejemplo análogo, imaginemos que todos los vagones de un mismo tren llegan puntualmente a la estación de destino, pero los vagones de primera clase sólo tienen acceso los viajeros privilegiados (por razones de clase, etnia, género o estatus social) mientras que en el resto de vagones las personas deben viajar como ganado. En este tren se ha respetado la igualdad de acceso al destino, pero no la igualdad de trato de los viajeros. La igualdad de trato es tan importante para la equidad como la igualdad de acceso. Un sistema sanitario que ensancha la distancia entre la sanidad pública, utilizada fundamentalmente para las clases sociales más populares, y la sanidad privada, reservada en la práctica a las clases más privilegiadas, dañaría la equidad de una manera significativa.

Aunque los resultados de las intervenciones sanitarias dependen de muchos factores - entorno, estado previo de salud, comportamientos y estilos de vida-, procurar la equidad de resultados también a ser un objetivo del sistema sanitario.

No debemos olvidar, por último, el papel de todos los agentes implicados en el mantenimiento y la promoción de la equidad sanitaria, tanto en el acceso como en

---

<sup>19</sup> Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

Soberón GA, Narro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y Dilemas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1985; 99(1):1-9.

Vargas I, Vásquez M, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cuadernos de Saúde Pública 2002; 18(4):927-937.

---

el trato de los enfermos. Hasta ahora, por ejemplo, los profesionales de la sanidad han tendido a pensar que su tarea es fundamentalmente técnica y clínica, y que la justicia del sistema es un asunto social y político, ajeno en todo caso a sus obligaciones como profesionales. No sólo eso: es habitual argumentar que un buen médico y un buen enfermero no deben tener en cuenta, para una correcta praxis médica, los factores de justicia y de equidad, como también se dice que la industria farmacéutica y de productos sanitarios ha de preocuparse sobre todo de las cuentas de resultados de la empresa y no de si sus productos se distribuyen socialmente con justicia o no.

Estas actitudes, sin embargo, son moralmente desaconsejables. La preservación de la equidad no es una responsabilidad únicamente de los gobernantes y los ciudadanos. Todos los agentes que participan en la provisión de salud son responsables en alguna medida, si bien en un grado diferente en función de su posición. Los profesionales de la medicina, las organizaciones sanitarias, la industria relacionada con la salud, las asociaciones de enfermos y los propios enfermos y familiares son corresponsables de la equidad del sistema sanitario. Al fin y al cabo, un sistema sanitario equitativo tendría muy poco valor y una capacidad de realización muy baja si todos los agentes afectados por el sistema se desvinculasen constantemente los objetivos de equidad.

Esta corresponsabilidad no es fácil de asumir. La industria y las organizaciones sanitarias se deberán hacerse cargo a través de las políticas de responsabilidad social de la empresa; los profesionales deben ver la equidad como un deber ético de su profesión (equiparable al respeto a la autonomía del paciente), y los enfermos deben contribuir con una exigible conducta cívica al funcionamiento equitativo del sistema. Para esto último, es necesario que los enfermos también participen (y se les haga participar) activamente de todos los procesos de

confección y aplicación de los sistemas de acceso y de equidad y consientan consecuentemente a sus resultados.<sup>20</sup>

## 1.7 Equidad en la salud

La equidad en el acceso al sistema sanitario no es el único ámbito de la equidad que debe preocuparse en relación con la salud. La distribución social de la salud es un tema aún más importante desde el punto de vista de la equidad, ya que afecta no sólo el acceso a una atención sanitaria de calidad (que resulta primordial cuando las personas contraen una enfermedad), sino al riesgo de enfermar, es decir, a las probabilidades que tiene una persona de perder su salud. Al margen de las diferencias biológicas, la moderna epidemiología tiene unos conocimientos muy sólidos sobre las causas sociales que provocan la distribución de las enfermedades entre la población, y la principal conclusión es que el acceso a los llamados determinantes sociales de la salud es decisivo para explicar una determinada distribución social de la salud.

---

<sup>20</sup> Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

Soberón GA, Narro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y Dilemas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1985; 99(1):1-9.

Vargas I, Vásquez M, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cuadernos de Saúde Pública 2002; 18(4):927-937.

Los determinantes sociales de la salud son los factores sociales (clase, género, edad, etnia,...) que, como consecuencia de un determinado contexto social, económico e incluso político (que incluye, entre otros factores, el mercado de trabajo, las políticas macroeconómicas y las políticas en relación con el estado del bienestar) explican las desigualdades de salud entre la población. Así pues, el acceso desigual o inequitativo a los determinantes sociales de la salud se convierte en el principal factor explicativo de las desigualdades de salud. Si la equidad en la salud significa eliminar las diferencias injustas en salud o, dicho en términos más operativos, eliminar las disparidades sistemáticas en salud entre grupos sociales con diferentes niveles de ventajas / desventajas ligados al género, la riqueza, el poder, la etnia, la edad, etcétera, entonces una política de equidad en la salud debería traducirse en intentar evitar el acceso desigual de los individuos a los determinantes sociales de la salud. Esto se consigue, como afirma contundentemente la OMS, con la disminución de las desigualdades sociales y económicas, ya que éstas son, al fin y al cabo, y como demuestran todos los estudios de la moderna epidemiología, las causantes principales de las desigualdades injustas en la salud de las personas.

El acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad es un determinante social más de la salud que una política de equidad en la salud debe tener muy presente. Sin embargo, el objetivo de la equidad en la salud debe ser más amplio, debe abarcar todos los determinantes sociales de la salud, principalmente los que tienen que ver con las desigualdades sociales, económicas y de poder real de las personas. Sólo de esta manera podemos decir que nos estamos tomando en serio y con rigor la voluntad de eliminar las inequidades en la salud.

Así pues, la mejor estrategia a favor de la equidad en la salud consiste en igualar el acceso a los determinantes sociales de la salud (incluido el acceso al sistema sanitario). Aunque el acceso al sistema sanitario sea equitativo, y que la

necesidad médica sea el único criterio para recibir una atención sanitaria de calidad (y no la capacidad individual de pago u otros), el conocimiento que tenemos sobre el resto de determinantes sociales de la salud demuestra que puede que las personas lleguen ya enfermas al sistema sanitario por motivos socialmente injustos que no tienen que ver solamente con la exposición a agentes externos tóxicos , sino sobre todo con el efecto de la estructura social desigual en la aparición prematura y el desarrollo de las enfermedades.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista de Salud Pública* 2001; 3(1):13-39.  
De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomedica* 2004; 15(2):81-91  
González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México. Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.  
Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 2003. Washington DC: PRB 2003.

## **2.Descripción de los sistemas de salud**

### **2.1 Canadá**

El diagnóstico de la situación actual ha puesto de manifiesto que si bien las bases del sistema de salud aún son válidas es necesario introducir mejoras en el modelo por garantizar la eficiencia, la calidad y sobre todo la equidad del sistema. Así las ventajas que se han descrito son las siguientes:

El sistema sanitario y la organización de la atención sanitaria están basados en la Solidaridad y la accesibilidad.

- El sistema sanitario responde globalmente a las necesidades de la población.
- La implicación de actores y de estructuras públicas y privadas, que confiere el carácter mixto del sistema.
- Los indicadores sanitarios, medidos en términos de mortalidad, morbilidad esperanza de vida, son comparables a la gran mayoría de países industrializados.
- La oferta de la atención sanitaria responde a las particularidades epidemiológicas y geográficas de la población, con un centro hospitalario y servicios ambulatorios de atención primaria y especializada que cuentan con profesionales sanitarios competentes.

El coste global de los gastos derivados de los servicios sanitarios no es elevado, y sólo una parte relativamente débil de estos gastos es asumida por los hogares. Las cooperaciones transfronterizas con las regiones vecinas son satisfactorias y permiten mejorar la oferta de atención sanitaria de calidad. Existen programas

bien definidos de vigilancia, prevención y control de las de enfermedades. La seguridad alimentaria y del agua de consumo está garantizada por la legislación y los correspondientes programas de vigilancia.<sup>22</sup>

## 2.2 Sistema de salud de cuba

**Antecedentes.** En la etapa prerrevolucionaria, la mayoría de los cubanos no disponían de un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de salud más imperiosas en lo asistencial (3, 4). Así, para 1960 se lleva a cabo una reestructuración del antiguo Ministerio de Salubridad y Asistencia Social. Cambia su denominación y recibe el nombre de Ministerio de Salud Pública, más consecuente con sus verdaderos propósitos. Igualmente se crea el Servicio Médico Rural (5). Es en la década de los ochenta cuando se impulsa el modelo de atención primaria con *El Plan del Médico y la Enfermera de la Familia*, que desempeña un rol protagónico en la estrategia de salud en este país. Con el Plan del Médico de Familia se inicia una manera de trabajar en el campo de la salud pública fundada en una nueva comprensión de las relaciones que pueden existir entre el conocimiento altamente especializado, la actividad académicocientífica y las acciones de salud centradas en la prevención y la promoción de la salud de la población. El modelo está basado en el enfoque clínico, epidemiológico y social de los problemas de salud. La década de los noventa se caracteriza por preservar las conquistas logradas en el campo de la salud pública, en el período de crisis económica. En 1992, Los Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la

---

<sup>22</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.

World Bank [Internet]. World Development Indicators database 2004. Disponible en: <http://www.worldbank.org>. Consultado Mayo de 2004.

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Core Health Indicators. Disponible en: <http://www.who.int/countries/es/>. Consultado Mayo de 2002.

Salud de la Población Cubana, se fijan a cubrir a partir de ese mismo año y hasta el 2000. La existencia del médico y la enfermera realizan una cobertura superior al 90% de la población, lo cual representa, sin lugar a dudas, la piedra angular del programa (6).

**Filosofía.** La creación del Ministerio de Salud Pública contempló el desarrollo y perfeccionamiento de los siguientes principios rectores:

Carácter estatal y social de la medicina.

Accesibilidad y gratuidad de los servicios.

Orientación profiláctica.

Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica.

Participación de la comunidad e intersectorialidad.

Colaboración internacional.

Centralización normativa y descentralización ejecutiva.

Igualmente el desarrollo y perfeccionamiento de las siguientes funciones rectoras:

Ejercer el control y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sus factores de riesgo.

Ejercer el control y la vigilancia sanitaria de todos los productos que pueden tener influencia sobre la salud humana.

Regular y controlar la aprobación, ejecución y evaluación de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realice directamente en seres humanos.

- Normar las condiciones higiénicas y el saneamiento del medio ambiente, en aquellos aspectos que puedan resultar agresivos a la salud humana y controlar su cumplimiento a través de la inspección sanitaria estatal.

- Regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines.
- Ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos médicos y material gastable y otros de uso médico (7).

**Organización y administración.** El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Técnicamente, las direcciones provinciales y municipales están subordinadas al Ministerio de Salud Pública. Cada provincia conforma sistemas locales de salud (SILOS) en sus municipios (8).

**Rectoría.** El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del Sistema Nacional de Salud. Cumple funciones normativas, de coordinación y de control, como dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública, el desarrollo de las Ciencias Médicas y la Industria Médico Farmacéutica(8).

**Financiamiento.** La única fuente de financiamiento del Sistema de Salud es el presupuesto estatal. Los gastos del Sistema Estatal de Salud Pública en el periodo 1975-1990 presentaron una tendencia ascendente -que está en relación con el crecimiento en extensión y complejidad de la red de unidades, de la introducción de la técnica médica más avanzada y del incremento de los recursos humanos calificados a lo largo del periodo- y pasaron de 32.73 pesos por habitante en 1975 a 98.56 pesos en 1990, disminuyendo a 97.11 pesos en 1992 (7,8).

**Prestación.** El Sistema Nacional de Salud cuenta con una red de instituciones de fácil acceso que brinda cobertura al 100% de la población. La asistencia médica se brinda a través de una red que cuenta con 270 hospitales, 11 institutos de investigación, 423 policlínicos y un contingente de médicos de familia ubicados en la comunidad, centros laborales y centros educacionales. Además, 175 puestos médicos, 164 hogares maternos, 24 bancos de sangre y 3 balnearios minero-medicinales. Se brinda atención en 166 clínicas estomatológicas, 169 hogares de ancianos y 25 hogares de impedidos para diferentes situaciones y edades (9).

La prestación se enfoca en la Atención Primaria de Salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF), que actualmente cubre el 94% de la población. Para desarrollar este enfoque se tomaron en cuenta tres elementos: la tendencia a la superespecialización de la práctica médica; los cambios en el patrón de morbilidad con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles; y la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población. El modelo del MEF garantiza una mayor accesibilidad a los servicios de la APS y tiene como objetivo general mejorar el estado de salud de la población. Para lograr este objetivo, aplica un enfoque integral, que va desde la promoción hasta la rehabilitación, utilizando como instrumento esencial el análisis de las situaciones de salud. Sin embargo, este análisis en muchas ocasiones carece de integralidad al prescindir de la participación comunitaria e intersectorial. Se establece un consultorio de MEF por cada 600 a 700 habitantes y en determinados centros de trabajo o estudio.

Alrededor de 25,055 médicos de la familia se distribuyen en consultorios, policlínicos y hospitales rurales que componen el nivel primario de atención.

Entre 15 y 20 consultorios componen un Grupo Básico de Trabajo (GBT); en estos, además del médico y la enfermera de la familia, participan especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, un psicólogo, un estomatólogo, una supervisora de enfermería, una trabajadora social, un estadístico y un técnico en higiene y epidemiología. Los GBT constituyen la instancia de coordinación del consultorio con el policlínico. El policlínico le aporta a los MEF los medios y los servicios de complementación a la asistencia médica, así como la posibilidad de interconsultas con un número creciente de especialidades médicas y quirúrgicas (8,9).

## **2.3 Sistema de salud Colombia**

A continuación se presentan las principales deficiencias:

- No existe una verdadera gobernanza del sistema de salud que no cuenta con una definición de prioridades de salud ni con una planificación de los servicios.
- Falta un sistema de información sanitaria global que permita conocer la situación sanitaria del país tanto en el estado de salud de la población como el uso de los servicios, su calidad y el coste de la sanidad por los usuarios y por el sistema.
- Los ciudadanos utilizan de forma importante los recursos sanitarios del extranjero, sin que en muchos casos exista una causa que lo justifique.
- El sistema de seguridad social no es de cobertura universal y ésta está ligada esencialmente a la actividad laboral.
- El gasto sanitario está aumentando considerablemente en los últimos años sin disponer de datos que permitan estudiar los motivos y medir su impacto.

- La financiación por acto de las estructuras de los servicios sanitarios es inflacionista y no está relacionado con el nivel de actividad, de la calidad y tampoco tiene en cuenta el carácter apropiado y eficiente de las prestaciones.
- Los colegios profesionales no tienen un reconocimiento legal como tales el que no les permite llevar a cabo correctamente las funciones de representatividad y control de la profesión que les son propias.
- No existen normas que establezcan los derechos y deberes de los profesionales, las condiciones de ejercicio, referencias a buenas prácticas ni un sistema de acreditación y de evaluación de las prácticas profesionales que garanticen la calidad de las prestaciones.
- En general la repartición de los profesionales y los recursos asistenciales por territorio es libre y no responde a ningún proceso de planificación.
- La legislación farmacéutica se obsoleta, de difícil aplicación y desfasada en relación a la normativa internacional que regula este sector.
- La cooperación sanitaria no sigue un dispositivo convencional oficializado que garantice la continuidad y la evaluación periódica.

## **2.4 Políticas públicas y sistemas de salud**

El análisis de las políticas públicas es el marco teórico de referencia de la evaluación y tiene como finalidad producir información útil para la toma de decisiones, centrándose en las fases de formación de las políticas y los programas. La evaluación de las políticas públicas pretende valorar la bondad y la

utilidad de la intervención pública mediante una serie de técnicas que se aplican en las ciencias sociales y en otros campos.<sup>23</sup>

Si bien la evaluación de las políticas públicas se enfoca a menudo como una actividad de valoración ex post de las políticas y los programas-es decir, los sus resultados (los efectos inmediatos) y los impactos o outcomes (efectos a medio y largo plazos) -, hay que decir que la evaluación actual ha ampliado su alcance y valora también el diseño, los sistemas de seguimiento y de gestión, y los procesos de ejecución, ya que condicionan el efecto final. Con este fin, busca producir información que permita a las administraciones públicas mejorar los procesos de decisión y de planificación, el funcionamiento y la gestión del día a día, los resultados finales que éstas obtienen en relación con los recursos invertidos y, por consiguiente, su eficacia y eficiencia.

Por tanto, la evaluación de las políticas públicas debe considerarse, desde el punto de vista teórico, como una fase del proceso de análisis de las políticas públicas o como una especialidad del análisis de las políticas públicas, los programas y los servicios públicos. Y, desde el punto de vista de la gestión pública, es una herramienta de gestión y apoyo a la planificación y programación de la actividad pública.

---

<sup>23</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.

World Bank [Internet]. World Development Indicators database 2004. Disponible en: <http://www.worldbank.org>. Consultado Mayo de 2004.

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Core Health Indicators. Disponible en: <http://www.who.int/countries/es/>. Consultado Mayo de 2002.

La evaluación se hace para que la información que produzca utilice en diferentes fases: en la toma de decisiones futuras sobre posibles acciones públicas o políticas públicas.<sup>24</sup>

-Sea en la redefinición de las políticas públicas o en la creación de otras nuevas -, en la toma de decisiones sobre la creación y el mantenimiento de sistemas de seguimiento o de ejecución, en la valoración de lo que se ha hecho, en la valoración de lo que se va haciendo, etc. Esto conlleva la existencia de diferentes tipos de evaluación: ex ante, donde going, ex post, prospective, etc. Asimismo, la naturaleza de la evaluación hace que, para que se pueda llevar a cabo con la máxima eficacia, necesite un alto grado de independencia de la misma administración diseñadora e impulsora de las políticas y de los prestadores de los servicios públicos derivados de éstas.

La función de control es independiente de la función de evaluación, pero tiene una relación intensa con esta. Su alcance es más limitado, en el sentido de que consiste en verificar el grado de consecución de los objetivos fijados en la planificación ya introducir posteriormente las medidas correctoras si la discrepancia entre la planificación y la realidad supera un determinado umbral. Pero no va más allá, es decir, no tiene como finalidad, entre otras, valorar y

---

<sup>24</sup> De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomedica* 2004; 15(2):81-91  
González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México. Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.  
Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 2003. Washington DC: PRB 2003.  
Population Reference Bureau. Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003. Washington DC: PRB; 2003.  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.

replantear una determinada política o un determinado programa, algo que sí hace la evaluación, en parte utilizando la información generada por el control. Por lo tanto, uno de los productos básicos del control es la generación de información fehaciente para justificar los efectos de las políticas públicas.

Los tipos y las técnicas de control varían según su alcance temporal y material. Así, se pueden distinguir al menos tres tipos de control: el estratégico, el táctico y el operativo, según si nos referimos a un alcance de largo, medio o corto plazos. Mientras que el control estratégico se puede definir como un proceso de contraste entre los objetivos obtenidos y los objetivos fijados a largo plazo y se centra fundamentalmente en el impacto, el control táctico se centra en los programas, los presupuestos y los objetivos operativos, y el control operativo se centra en las actuaciones realizadas, en la ejecución. Los dos últimos, especialmente el control operativo, son controles de gestión, que son los que garantizan el uso correcto y eficiente de los recursos para alcanzar los objetivos previstos han fijado en un nivel superior.

Tanto la evaluación como el control, especialmente cuando se llevan a cabo externamente y de manera independiente, tienen muchas veces una connotación negativa. No es extraño que se manifieste una oposición organizativa a sist emitido de control, porque, en cierto modo, implican una posible pérdida de poder, una reducción del margen de maniobra y de la posibilidad de hacer prevalecer los intereses específicos sobre los intereses corporativos, etc.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Pliscoff C, Monje P. Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá: Octubre, 2003.

Cais J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos Nº 21. Madrid: CIS; 1997.  
Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Revista de Salud Pública 2002; 2:97-120.

Aunque estas implicaciones poderosas no tienen un buen fundamento, hay que superar esta visión y ver las ventajas de los sistemas de evaluación y de control en los procesos de las políticas públicas, dado que generan mucha información que puede ser decisiva en la toma de decisiones futuras y pueden favorecer, por tanto, los ciudadanos. Hay que considerarlos desde otra perspectiva: la del directivo público que dispone de un instrumento potente para conseguir los objetivos establecidos y satisfacer las necesidades de los ciudadanos.

Todos estos sistemas no serían posibles sin los indicadores de servicios públicos, que permiten obtener información sobre los objetivos y las finalidades de las políticas públicas y sobre su grado de cumplimiento. Los indicadores se pueden definir como las variables o relaciones entre variables la medida de las que, a lo largo del tiempo, proporciona información relevante sobre la situación de una organización y su entorno y ayuda a la toma de decisiones. Los indicadores pueden ser de diferentes tipos, según cuál sea la naturaleza de lo que se quiere medir.<sup>26</sup>

---

Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. *Revista de Salud Pública* 2002; 4(3):203-239.

Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II.* Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

<sup>26</sup> Pliscoff C, Monje P. Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá: Octubre, 2003.

Cais J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos Nº 21. Madrid: CIS; 1997. Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Revista de Salud Pública* 2002; 2:97-120.

Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. *Revista de Salud Pública* 2002; 4(3):203-239.

Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II.* Santiago de Chile: CEPAL; 2000.



### 3. Metodología

Para el presente proyecto se propone una investigación cualitativa de carácter descriptivo - comparativo, debido a que se obtendrá la información a partir de una exhaustiva revisión bibliográfica directamente relacionada con la temática. A la hora de plantear una investigación científica, se puede seguir una metodología cuantitativa y una cualitativa. Durante mucho tiempo se dio preferencia científica en las técnicas cuantitativas, que a su vez negaban legitimidad a las técnicas cualitativas. Las primeras eran consideradas como el único sistema válido para entender los fenómenos del mundo. La investigación cualitativa ha sido profusamente utilizada por los investigadores sociales procedentes de la sociología y otros ámbitos como la antropología o la psicología. A veces se le llama método etnográfico» por la identificación con la técnica de la observación participada empleada por los etnógrafos, pero la denominación más generalizada es «métodos o técnicas cualitativas.

La metodología cualitativa es tan válida como la cuantitativa, y la diferencia entre ambas radica en la utilidad y la capacidad heurística que posee la primera. Esto la hace recomendable en casos y en situaciones diferentes. Hay que aplicarla en los casos específicos en los que se adapte mejor.

Las fuentes utilizadas para nutrir el proyecto de la suficiente información son las siguientes:

Fuentes primarias: Se revisarán las siguientes fuentes:

- Bibliografía específica del problema planteado.

Secundarias: Se revisarán las siguientes fuentes secundarias

- Revistas
- Manuales
- Noticia.

En este sentido la población analizada será Cuba, Canadá y Colombia.

En este sentido, el instrumento utilizado para el presente proyecto de investigación será la revisión bibliográfica exhaustiva de las fuentes mencionadas anteriormente, comprensión de las mismas y análisis lógico para establecer conclusiones. Para ello se cruzará toda la información obtenida para extraer conclusiones válidas.

Cuando se evalúan los resultados obtenidos en una investigación, de hecho se está evaluando la eficacia de la estrategia metodológica que se ha seguido. Así pues, de acuerdo con cada estrategia metodológica las conclusiones pueden llegar a tener un carácter muy diferente: confirmación o refutación de una hipótesis, reconstrucción de un hecho histórico, rasgos básicos de una biografía.

Las conclusiones tienen el carácter de un resumen o síntesis de resultados en que se espera que se exponga sintéticamente lo hecho y hasta dónde ha llegado, pero también es necesario hacer una valoración del propio proceso de investigación y analizar las causas de sus éxitos, fracasos y limitaciones. Lo que es fundamental en las conclusiones, es que recojan los objetivos que se han propuesto al inicio, explicitando hasta qué punto se han logrado y por qué, y explicando cómo se ha podido dar respuesta al problema que se planteaba. Sería deseable también que se fuera un poco más allá de la mera exposición objetiva de resultados, que se entrara en el terreno de la reflexión personal sobre las consecuencias prácticas o sobre posibles implicaciones generales y

extrapolaciones de los resultados obtenidos. En este caso, es imprescindible explicitar que se trata precisamente de consideraciones personales que no se desprenden directamente de los resultados de la investigación.

## COMPARATIVO ENTRE SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA, CANADA Y CUBA

Colombia <sup>27</sup>	Cuba <sup>28</sup>	Canadá <sup>29</sup>
<p>Indicadores e información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El perfil de morbilidad actual exige priorizar un enfoque en riesgos de salud, así como hábitos de vida saludable.</li> <li>• Se debe hacer un mayor uso de la información disponible para la toma de decisiones.</li> <li>• Este sistema debe combinar el enfoque de</li> </ul>	<p>El sistema de salud cubano es universal, gratuito y accesible a todos los ciudadanos, lo cual se manifiesta en su red de unidades asistenciales en el territorio nacional y su sistema de primer, segundo y tercer nivel de atención médica a través de los diferentes programas priorizados, en cuyo centro de interés sitúan por igual el cuidado del niño, la madre, la mujer y el adulto mayor, así como la prevención y control de las</p>	<p>Si hablamos del sistema de salud pública de Canadá (llamado Medicare), podemos decir que es completamente gratuito y es cubierto por el gobierno mediante los impuestos a la renta. A este sistema de salud pueden acudir todas las personas nacidas en Canadá y todos los que cuentan con nacionalidad canadiense, sin distinción de clases ni preferencias por el salario</p>

<sup>27</sup> <http://www.uniandes.edu.co/xplorer/especiales/salud/como-mejorar-el-sistema-de-salud.html>

<sup>28</sup> [http://www.ecured.cu/index.php/Portal:Salud\\_en\\_Cuba](http://www.ecured.cu/index.php/Portal:Salud_en_Cuba)

<sup>29</sup> <http://www.datosgratis.net/como-funciona-el-sistema-de-salud-en-canada/>

<p>riesgo con el de determinantes sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar sistema de información y monitoreo de precios de medicamentos e insumos médicos.</li> <li>• Crear una red de observatorios en salud pública.</li> <li>• La transparencia en la toma de decisiones, el intercambio de información y el establecimiento de grupos de trabajo conjuntos son un paso importante para la reducción de la desconfianza.</li> </ul> <p>Prestación</p>	<p>enfermedades transmisibles y no transmisibles que puedan afectar a los cubanos.</p> <p>Su acción se basa en el modelo de medicina familiar y en la garantía de accesibilidad a los servicios de salud de manera universal y gratuita, partiendo de los principios y características sostenidos por la Salud Pública Cubana durante más de 50 años. Ofrece los adelantos de la ciencia y la técnica de que dispone el país, sin distinción de política, raza o religión. Igualmente se asienta sobre bases jurídicas. El Sistema Nacional de Salud se rige según su estructura jerárquico administrativa territorial.</p>	<p>recibido. También a este sistema de salud se pueden vincular aquellas personas que cuentan con residencia en Canadá.</p> <p>A pesar de que el sistema de salud es público la gran mayoría de hospitales están administrados por entidades sin ánimo de lucro y los servicios son provistos por particulares.</p> <p>Es común que todos los trabajadores opten por vincularse a seguros de salud privados, aunque ya cuenten con el sistema público, para acceder a mayores beneficios y asegurarse atención</p>
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario eliminar la existencia de dos regímenes de afiliación, de tal forma que todos los colombianos tengan acceso al mismo paquete, prestadores y aseguradoras.</li> <li>• La atención primaria en salud debe constituirse en el modelo de atención para seguir, con un enfoque renovado que incluya como puerta de entrada a los servicios de salud los ámbitos de vida cotidiana.</li> <li>• Este modelo debe incluir todos los niveles de atención desde primer a cuarto nivel de complejidad, en un enfoque de redes de</li> </ul>	<p>El Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), organismo rector del Sistema Nacional de Salud, dispone de una estructura funcional y es el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la política del Estado y del Gobierno en cuanto a la Salud Pública y el desarrollo de las Ciencias Médicas.</p> <p><b>Estructura del Sistema Nacional de Salud</b></p> <p>El Ministerio de Salud Pública de Cuba se subordina como Organismo Central del Estado al Consejo de Ministros, Consejo de Estado y Asamblea Nacional, a la cual rinde cuentas de sus funciones y actividades. Tiene el MINSAP en</p>	<p>especializada, la cual no está cubierta por el sistema público. Esto se debe a que los hospitales solo tratan consultas médicas y las urgencias más prioritarias y básicas.</p> <p>Una de las grandes ventajas que ofrece el sistema público de salud de Canadá es la posibilidad de recibir atención médica aun estando en el extranjero, aunque con algunas restricciones.</p> <p>Canadá está dividida en grandes provincias, cada una de las cuales cuenta con su propio sistema de salud pública, la cual financia la misma provincia. Así podemos encontrar que hay diferencias entre cada sistema</p>
--	---	--

<p>atención integradas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda un sistema de prestación diferencial para zonas apartadas y poblaciones vulnerables como los indígenas.</li> </ul> <p>Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben definir unos estándares mínimos de calidad para las variables observables por el usuario y un examen riguroso por parte del vigilante sobre las no observables.</li> <li>• Hacer evaluaciones independientes de todas las EPS e IPS y la información debe ser pública.</li> </ul>	<p>su estructura funcional, un Consejo de Dirección compuesto por el Ministro de Salud Pública, 6 Viceministros y 23 Direcciones Nacionales, un Consejo Técnico Asesor, al cual se integra el Consejo Nacional de Salud, constituido por altas personalidades de la medicina cubana pertenecientes a prestigiosas instituciones de la salud y otros organismos. Se le subordinan 16 instituciones de alto nivel científico técnico, que brindan servicios de atención médica e investigación. Tiene entre sus funciones orientar metodológicamente y controlar a las Direcciones Provinciales de Salud, que se subordinan a los órganos</p>	<p>de salud dependiendo de la provincia; por ejemplo las tarifas, la cobertura del plan y los requisitos que debe completar cada persona para afiliarse son elementos que varían en cada provincia. Hay que destacar que cuando una persona se muda de provincia, también deberá cambiarse de seguro de salud pública.</p> <p>Hablando de la cobertura de los planes de salud pública podemos ver que en general los diferentes sistemas de salud pública cubren consultas médicas generales,</p>
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación por resultados y la creación de incentivos que favorezcan a los prestadores y aseguradores que demuestren mejores programas de prevención y atención, pueden ayudar a promover la calidad.</li> <li>• Mejorar la capacidad de los hospitales en la gestión, prestación y logística.</li> </ul> <p>Priorización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La propuesta de priorización comenzaría con el permiso de comercialización y continúa con el Instituto de evaluación de tecnología, quien recomienda a la</li> </ul>	<p>locales de gobierno, cuya máxima instancia es la Asamblea Provincial del Poder Popular, a las cuales se subordinan las instituciones provinciales de salud, así como éstas, orientan y controlan a las Direcciones Municipales de Salud, las que se subordinan a los gobiernos municipales y a la Asamblea Municipal del Poder Popular.</p> <p><b>Bloqueo contra la salud de los cubanos</b></p> <p>El bloqueo económico impuesto a Cuba por el gobierno de Estados Unidos ha afectado durante cuatro décadas la salud y la vida de los</p>	<p>diagnósticos, tratamientos y costos de hospitalización y cirugía de aquellos procedimientos considerados como esenciales para la vida del paciente. En cuanto a las medicinas, solamente algunas son cubiertas por el gobierno.</p> <p>Una vez que hayas llegado a Canadá deberás solicitar tu tarjeta de sanidad (conocida como Health Card) y la solicitud la podrás hacer llenando un formulario en cualquier hospital o farmacia. Después de un tiempo recibirás tu tarjeta.</p> <p>Cada persona residente en Canadá posee un número que lo identifica dentro del sistema de seguridad social (Social</p>
---	--	--

<p>CRES.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necesita una evaluación de tecnologías ya existentes en el POS.</li> <li>• Se requieren cálculos actuariales lo suficientemente completos que tengan en cuenta las frecuencias de los eventos cubiertos y el costo de su atención en condiciones de eficiencia.</li> </ul> <p>Tutelas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las instituciones del sistema de salud deben tramitar los conflictos que hoy son judicializados, mediante instancias de</li> </ul>	<p>cubanos, sobre todo de los grupos poblacionales más sensibles: niños, mujeres embarazadas, ancianos y los enfermos. Esta práctica de bloqueo de alimentos y medicinas, calificada por las autoridades y la sociedad civil de genocida, limita las posibilidades de supervivencia de los pacientes cubanos y prolonga o incrementa sus sufrimientos. Sus efectos son más evidentes en los casos de enfermos renales crónicos y de cáncer, y de cirugías cardiovasculares u oftalmológicas, así como de microcirugías.</p> <p>También aumentan los costos a causa del bloqueo. Los daños en la esfera del conocimiento son difíciles</p>	<p>Insurance Number) con el cual podrá acceder a toda clase de seguros (accidentes, desempleo, etc) Si eres migrante deberás obtener, como primera medida, tu Landing Inmigrant el cual demora cerca de 30 días en ser tramitado.</p> <p>Aunque el sistema de salud pública de Canadá es uno de los más completos del planeta no es perfecto y presenta algunos inconvenientes, la mayoría tiene que ver con la gran cantidad de usuarios que posee y el hecho de que la atención privada se recibe primero en los hospitales</p>
--	---	---

<p>decisión expeditas que combinen criterios médicos y de costo-eficiencia con el respeto al debido proceso y las obligaciones jurídicas nacionales e internacionales sobre el derecho a la salud.</p> <p>-La tutela ha de ser un recurso excepcional y las intervenciones judiciales deben concentrarse en promover condiciones estructurales de tipo procedimental en el sistema de salud –por ejemplo, transparencia, participación y rendición de cuentas—, antes que en decidir casos individuales.</p> <p>Financiamiento y sostenibilidad</p>	<p>de cuantificar. El bloqueo incluye al material bibliográfico y de información científico técnica sobre ciencias médicas. Igualmente dificulta la participación de profesionales cubanos en cursos, conferencias, eventos y otras formas de intercambio y actualización de conocimientos.</p> <p>Los efectos del bloqueo se han manifestado de forma negativa, en particular en la eficiencia de un grupo de programas de atención a pacientes con enfermedades crónicas, tanto por las dificultades para la adquisición de reactivos para diagnóstico y medicamentos para tratamiento como por el acceso en general a tecnologías, piezas de repuesto de equipos,</p>	<p>(público) luego de lo cual se puede ser remitido a los especialistas (que corresponden al sistema de salud privada) lo cual puede generar grandes demoras hasta ser atendido por el especialista.</p>
---	--	--

<p>-Reemplazar las contribuciones sobre la nómina pagadas por los empleadores pero no por los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar de la nómina la financiación del Sena, el ICBF y las Cajas de Compensación.</li> <li>• Todos los ciudadanos han de pagar entre cinco y siete por ciento de su ingreso, independientemente de si son asalariados o si lo hacen por cuenta propia.</li> <li>• Se necesitan subsidios parciales a la contribución. Es necesario que las firmas paguen una tasa a la renta o una sobre-tasa de</li> </ul>	<p>instrumental, materias primas y todo tipo de medicinas de procedencia estadounidense que les está prohibido al sector cubano de la salud. Cuba se ha visto imposibilitada de comprar tales medios en Estados Unidos y también a empresas subsidiarias establecidas en terceros países.</p>	
--	---	--

<p>destinación específica para salud.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las firmas no deberían contribuir a nombre de un trabajador específico, sino a un fondo común que después se distribuye entre toda la población.</li><li>• Algunos hospitales requerirán de transferencias directas de la nación para su funcionamiento, pues no cuentan con una población lo suficientemente grande para cubrir los costos fijos.</li><li>• La promoción de la competencia, tanto entre aseguradoras como entre prestadores de servicios, es</li></ul>		
---	--	--

<p>una condición indispensable para el mejoramiento de la atención en salud de los colombianos y para la sostenibilidad del sistema.</p>		
--	--	--



## **4. Conclusiones y recomendaciones**

### **4.1 Conclusiones**

En los tres sistemas de salud el principio que determina el acceso a la atención es el de ciudadanía: todos tienen derecho a la atención. La salud se considera un derecho social. Estos sistemas son diferentes en el grado de control del estado en las funciones del sistema. En Cuba el estado regula, financia y presta servicios de salud. En Canadá el estado regula y financia los servicios, la prestación se lleva a cabo por proveedores privados. Sus principales indicadores sanitarios son equiparables.

El sistema de salud de Canadá corresponde a un Seguro Nacional de Salud. El de Cuba corresponde a un Sistema Nacional de Salud. Aunque son naciones con profundas diferencias en el grado de desarrollo económico alcanzado, sus indicadores sanitarios son muy similares con lo que se demuestra que la aspiración de lograr el acceso universal a la salud puede lograrse con distintos modelos de atención. El análisis comparativo y metódico de los sistemas de salud, además de permitir un mejor conocimiento de sus componentes y relaciones, es un ejercicio académico que brinda la oportunidad de poner a prueba la utilidad de los marcos conceptuales prevalecientes.

### **4.2 Recomendaciones**

#### **4.2.1 PROPUESTA DE SISTEMA SANITARIO PARA COLOMBIA (PLAN ESTRATEGICO)**

El plan estratégico prevé diferentes acciones que deben permitir introducir mejoras en el sistema sanitario para hacerlo eficaz, eficiente y sostenible en los

próximos 10 años. La población y el paciente deben encontrarse en el centro de cada estrategia y actuación. Los ciudadanos deben ver sus derechos garantizados y estar correctamente informados, igualmente deben ser corresponsables de su salud y del correcto funcionamiento del sistema. Los objetivos del Plan Estratégico son los siguientes:

- Responder a las necesidades de salud pública
- Dotar al sistema de una estrategia y un funcionamiento coherente con las prioridades de salud pública fijadas.
- Mejorar la gobernanza y la gestión del sistema de salud
- Anticipar el control y la adecuación de los gastos de salud

Para llevar a cabo estos objetivos es necesario:

- Oficializar un conjunto de servicios sanitarios médicamente útiles
- Formalizar las relaciones entre los actores
- Definir los derechos y deberes de los profesionales y reconocer legalmente el papel de los colegios de los profesionales de la salud
- Ampliar las competencias y reforzar la organización de la administración sanitaria del gobierno
- Definir un sistema de información sanitaria coherente

---

Las diferentes funciones que debe cumplir un sistema de salud son el gobierno (o la administración del sistema), la producción y prestación de servicios y la financiación, a continuación se detallan:

- GOBIERNO DEL SISTEMA

El Gobierno, mediante el ministerio encargado de la salud, es el responsable de dirigir y administrar el sistema de salud. En concreto ha de llevar a cabo las funciones de planificación y evaluación y debe garantizar la financiación del sistema.

- Planificación

El Gobierno debe definir las prioridades de salud pública, organizar los servicios y planificar los recursos humanos.

## IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.

### 1. DEFINIR PRIORIDADES DE SALUD

El establecimiento de prioridades de salud pública se basa en criterios relacionados con la frecuencia (tasa de prevalencia, tasa de incidencia), la gravedad potencial (morbilidad, mortalidad, incapacidades), la existencia de programas para reducir la frecuencia y la gravedad, los costes asociados.

Cada 5 años el Gobierno debe elaborar un documento PRIORIDADES DE SALUD en el que se definan las prioridades y los planes de acciones correspondientes (objetivos, resultados esperados, indicadores de seguimiento). Este documento debe ser una referencia para todas las instituciones y los profesionales de la salud. Las prioridades contemplan las principales enfermedades y causas de mortalidad, los grupos de población más vulnerables, los servicios que es prioritario organizar y especialidades médicas que se deben potenciar.

Las prioridades inciden en el conjunto de las esferas de la educación, la prevención, la detección, la asistencia y la rehabilitación. Los comportamientos individuales de riesgo (tabaco, alcohol, hábitos alimentarios, adicciones) y los riesgos medioambientales también se incluirán en los programas de salud pública (salud en el trabajo, estrés, salud y medio ambiente...). El ministerio responsable de la salud coordinará las acciones necesarias para desarrollar estas prioridades a las que deben participar las instituciones y los profesionales implicados.

## 2. ELABORAR UN PLAN DE SERVICIOS

Para planificar los servicios en función de las necesidades del país y asegurar la eficiencia y la máxima coordinación, el Gobierno debe elaborar un PLAN DE

SERVICIOS que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- La necesidad de garantizar una asistencia sanitaria continuada y coordinada centrada en la calidad y la eficiencia, y de asegurar el trabajo en red

- 
- La articulación de los sectores privado y público reconociendo la importancia de mantener ambos ámbitos y determinar el papel de cada uno
  - El vínculo entre el ámbito social y el sanitario
  - El papel clave que juega la atención primaria en el sistema
  - La importancia de potenciar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud

El plan de servicios se estructurará a partir de itinerarios clínicos que tienen como objetivos establecer el circuito del paciente (según patología o grupo de población), identificar los puntos de ruptura en la atención y proponer las mejoras necesarias para garantizar una atención integral y continuada.

### 3. ESTABLECER CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN

El gobierno debe establecer los criterios de autorización (técnicos, de eficiencia, calidad, seguridad, territorialidad, profesionales, organizativos) de los servicios y las prestaciones sanitarias que se deban desarrollar.

Estos criterios podrán definirse vía reglamentaria, en el procedimiento de inclusión en la cartera de servicios o bien en los contratos entre el gobierno y los prestadores. La autorización para la adquisición de nuevos equipamientos tendrá en cuenta la adecuación a las necesidades del país y las exigencias de calidad, de seguridad y de financiación de estas inversiones.

Los prestadores de servicios deberán contar con PROGRAMAS DE CALIDAD para garantizar la mejor atención.

#### 4 . CREAR UNA CARTERA DE SERVICIOS

Se prevé la creación de una cartera de servicios y productos de salud para determinar el conjunto de los actos, productos y prestaciones de salud que hay que ofrecer a la población ya sea dentro o fuera del país así como sus condiciones de creación, realización, producción y financiación.

La cartera de servicios y productos de salud incluye, entre otros, los programas de salud pública, la atención primaria y especializada, las urgencias, el transporte sanitario, los medicamentos, los productos sanitarios y los productos alimentarios destinados a una alimentación especial. Una comisión formada por representantes del ministerio encargado de la salud, los prestadores de servicios, los colegios profesionales determinará el contenido de la cartera de servicios, que será aprobado por vía reglamentaria, en base a los siguientes criterios:

- La eficacia, la calidad y la seguridad demostradas, de conformidad con los datos científicos más actuales
- La competencia de las instituciones sanitarias y los profesionales de salud para producir estos actos y las prestaciones de salud en beneficio de la población.
- La relación coste / beneficio y la eficiencia

---

## RECURSOS HUMANOS

### 5. PLANIFICAR LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El gobierno debe definir la calificación y otras condiciones que sean necesarias para ejercer una profesión sanitaria en el país. En el marco de la planificación de las necesidades de profesionales sanitarios el gobierno debe llevar un registro de todos los profesionales que ejercen en el país para conocer en todo momento la demografía profesional y determinar qué profesiones son deficitarias y cuáles existen en número suficiente. También ha disponer de información relativa a los estudiantes del país que cursan estudios en el ámbito de la salud.

Hay que hacer acciones cerca de los estudiantes para orientarlos hacia la formación de las profesiones de la salud necesarias en el momento actual o según las necesidades previstas según la evolución de la población. La cooperación entre las regiones vecinas con las que se puede compartir profesionales también debe ser una estrategia para la planificación de recursos humanos. La telemedicina y otras tecnologías de la comunicación y la información se han de instaurar para cubrir la falta de profesionales especializados sobre todo en el ámbito hospitalario.

### 6. EVALUAR LOS SERVICIOS Y LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

El gobierno debe llevar a cabo programas de evaluación de los servicios sanitarios y promocionar la evaluación de las prácticas profesionales conjuntamente con los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias. El

objetivo de estos programas es garantizar la seguridad y la calidad de los servicios y las prestaciones.

Los prestadores de servicios son responsables de mantener los sistemas de calidad adaptados a sus particularidades. Un ejemplo de estos programas es la acreditación de los centros sanitarios, la certificación de los laboratorios clínicos o la promoción del buen uso de los medicamentos.

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La prestación de servicios se llevará a cabo de acuerdo con el PLAN DE SERVICIOS, la CARTERA DE SERVICIOS y los respectivos PROGRAMAS DE CALIDAD. Los prestadores pueden ser públicos o privados y también se pueden encontrar en el extranjero.

## 7. ELABORAR UN PLAN DE EMPRESA

Se debe garantizar el mejor servicio a la población y por ello se dotará de una estrategia y de un funcionamiento coherente con las prioridades de salud y los recursos disponibles mediante la elaboración de un plan de empresa. El plan de empresa, debe contemplar todas las actividades y estructura en 4 ejes:

- Estratégicos: se debe tener en cuenta las prioridades de salud pública y el reforzamiento de la oferta de servicios.

---

- De organización: mejora de los diferentes servicios como el hospital de día, el bloque quirúrgico , las consultas externas, mejora de la gestión de las camas, adecuar las estancias en las necesidades del paciente; mejorar las relaciones entre los servicios y con los servicios ambulatorios, entre otros.

- Cualitativos: gestión de los riesgos, mejora continua de la calidad.

- De gestión: organigrama, trabajo en equipo, normativa interna, papel de la dirección general y de las direcciones funcionales.

Cada uno de estos ejes estratégicos deberá ir acompañado de las correspondientes acciones que permitan poner en práctica y evaluarlos.

## 8. ESTABLECER LA CONTRACTUALIZACION INTERNA

Para mejorar la organización de las actividades sanitarias, médicas y de enfermería se debe potenciar la capacidad de gestión de los servicios y equipos con una óptica pluridisciplinar. Se propone implantar contratos de servicios entre la dirección y los jefes de equipo o de servicio. Estos contratos se pueden estructurar de la siguiente manera:

- Compromisos de los servicios en términos de actividad asistencial y de gestión y de calidad.

- Compromisos de la dirección en términos de medios aportados (materiales, de gestión y, en especial, de recursos humanos).

## 9. ESTUDIAR UN NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN DEL SAAS

Es conveniente prever la evolución del sistema actual de financiación de forma que se oriente hacia la actividad y los procesos, se trata de un cambio importante que hay que hacer cuando se disponga de los nuevos sistemas de información en curso de implantación y que deberían facilitar la contabilidad analítica.

## 10. DEFINIR LOS DERECHOS Y LOS DEBERES DE LOS PROFESIONALES

Los derechos y deberes de los profesionales deben quedar bien establecidos, estos pueden quedar reflejados en la legislación general, los estatutos y los códigos deontológicos de los colegios profesionales o en los contratos con el gobierno o con otras instituciones.

## 11. POTENCIAR LA FORMACIÓN CONTINUADA

La formación continuada de los profesionales resulta indispensable para garantizar una asistencia de calidad adaptada a los avances científicos. El Gobierno y los colegios profesionales deben potenciar la formación continuada, determinar en qué casos ésta es preceptiva y establecer mecanismos de incentivación, de reconocimiento y acreditación de la formación.

## 12. RECONOCER LEGALMENTE LOS COLEGIOS PROFESIONALES

Los colegios profesionales deben tener un reconocimiento legal más allá del propio de una asociación para poder llevar a cabo correctamente sus funciones de representación y control de la profesión velando por los intereses de la población.

Los colegios deben establecer los derechos y los deberes de los profesionales, garantizar la formación continuada, colaborar con la administración en las autorizaciones y condiciones de ejercicio, firmar los contratos con el gobierno y el resto de instituciones, y han de poder imponer las sanciones correspondientes a los profesionales que no respeten las buenas prácticas profesionales, la deontología o los estatutos. Para ello es necesario que la colegiación sea un requerimiento para ejercer cualquier profesión de la salud para la que exista un colegio profesional.

## 13. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

El sistema necesita clarificar el papel de cada financiador. Se debe reforzar el control y la adecuación de los gastos sanitarios, regular el recurso de la asistencia en el extranjero, mejorar la equidad financiera del sistema, reforzar el control de la actividad de los prestadores y alinear la definición de los gastos sanitarios siguiendo el modelo de la OCDE.

## 14 . REGULAR EL RECURSO A LA ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO

Teniendo en cuenta el contenido de la cartera de servicios en relación a los servicios que deben prestar los profesionales de la salud es necesario regular los recursos de la asistencia en el extranjero. Esta regulación, responde a la necesidad de mejorar la eficiencia del sistema evitando la financiación de determinados equipamientos y servicios de coste elevado al mismo tiempo en el país y en el extranjero. Las acciones a llevar a cabo son las siguientes:

- Identificar los principales prestadores extranjeros
- Elaborar un modelo de convenio con estos prestadores
- Firmar convenios detallados con un número limitado de centros hospitalarios
- Estudiar la posibilidad de modular la cobertura según la pertenencia del recurso, en función de la cartera de servicios y los convenios firmados

#### 15. MEJORAR LA EQUIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA

Una participación directa relativamente importante de los usuarios en la financiación los servicios es sinónimo de iniquidad para acceder a la asistencia sanitaria. Por garantizar una protección social adecuada es útil desarrollar algunos sistemas alternativos de pago.

#### 16. REFORZAR EL CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE LOS PRESTADORES

---

Es esencial conocer la actividad real de todos los prestadores de salud para valorar su adecuación a los estándares sanitarios ya las necesidades de la población así como para evaluar su rendimiento. La medicalización del sistema de información y la colaboración con el conjunto de colegios profesionales de la salud se convierten en las herramientas básicas para reforzar el control de los servicios sanitarios que se financian públicamente.

#### 17. ALINEAR LA DEFINICIÓN DE LOS GASTOS SANITARIAS SIGUIENDO EL MODELO DE LA OCDE

Actualmente hay inquietudes sobre el carácter exhaustivo de los gastos sanitarios. Se deben definir los datos que permitan conocer los valores reales del gasto en salud, su evolución y los factores que más influyen. A ser posible estos datos deben seguir el modelo de la OCDE y de la OMS de forma que se puedan realizar comparaciones con el resto de países.

#### HERRAMIENTAS JURÍDICAS

Para que el Gobierno lleve a cabo un verdadero control del sistema debe disponer de las herramientas necesarias. Aparte del dispositivo normativo que debe desarrollar el gobierno para llevar a cabo sus funciones y del reforzamiento de los medios del ministerio de salud, se propone introducir la contratualización como herramienta de planificación y control. Mientras la legislación es la misma para todos y fija un marco estático, los contratos son diferentes en función de las partes y fijan un objetivo a alcanzar y unos medios para hacerlo posible y un proceso de seguimiento y evaluación.

El contrato favorece el diálogo entre las partes, organiza las relaciones entre las partes, favorece la implicación de los profesionales y por tanto garantiza la transparencia de las decisiones y facilita el cumplimiento de los acuerdos. Los contratos deben tener como referencia las prioridades de salud, la cartera y el plan de servicios así como los diferentes programas de calidad.

## 18 . DEFINIR EL PROCEDIMIENTO DE CONTRACTUALIZACION

El procedimiento de la contractualización incluye cuatro etapas: el posicionamiento de las partes, la definición de los ejes estratégicos, las modalidades de puesta en funcionamiento y la evaluación y el seguimiento. Cada contrato debe incluir:

- Unos objetivos relativos a la oferta ya la calidad de los servicios.
- Los medios para alcanzar estos objetivos (financieros, de personal, de organización)
- Los indicadores que permitan hacer un seguimiento regular de los avances en la aplicación del contrato.

Los contratos tendrán duraciones de 2 a 5 años y anualmente se harán reuniones entre las partes para hacer un seguimiento y valorar posibles modificaciones .

## 19 . FIRMAR LOS CONTRATOS ENTRE LOS ACTORES

El ministerio encargado de la salud debe firmar un contrato con los principales estamentos que tendrá la condición de contrato marco y será la base de los otros contratos específicos que se puedan firmar.

Este contrato tiene tres objetivos:

1. Adecuación de las actividades con las necesidades de la población
2. Respeto por unos niveles de calidad elevados
3. Eficiencia

Como contrapartida de estos compromisos entre otros, la financiación de sus principales inversiones y la subvención de funcionamiento. De manera más general, el sistema de autorizaciones establecido mediante la contractualización garantiza la transparencia, en la medida en que otros establecimientos (una clínica privada, por ejemplo) también deberá firmar un contrato con el Ministerio, y este contrato enmarcará también sus actividades.

Los objetivos de este contrato son dobles:

1. Definición de la cartera de servicios.
2. Eficiencia

En contrapartida de estos objetivos, entre otros, una transparencia y una justificación médico- económica de sus coberturas. Los contratos entre el Ministerio y los profesionales sanitarios Los objetivos de este contrato pueden ser:

1. Adecuación de las actividades de los profesionales con las necesidades sanitarias

2. Calidad de las prestaciones

- Condiciones de ejercicio

- Criterios de autorización

- Formación continuada

3. Eficiencia

Como medios el ministerio participa en la organización y la financiación de la formación continuada, las redes de atención y la evaluación de las prácticas profesionales, el reconocimiento de la carrera profesional y la posibilidad de un financiación específica en función de la cualificación y competencia profesional.

## 20. PROPONER UNA MODIFICACIÓN DE LA LEY

La Ley es el marco legal de referencia del sistema de salud y puede dar cobertura a las acciones propuestas por el plan estratégico si se añaden modificaciones que validen la cartera de servicios, los contratos y reconozcan legalmente los colegios profesionales. Las regulaciones que se proponían en el proyecto de ley de ordenación de las profesiones de la salud deben ser revisadas en base a las

posibilidades que ofrecen los contratos, el reconocimiento de los colegios profesionales y la nueva legislación que regula las profesiones liberales. Todas las acciones que se determinan en este plan estratégico se coordinan con la nueva legislación de la seguridad social y las leyes de apertura económica.

## SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

El Gobierno no puede ejercer las funciones de planificación y control del sistema de salud si no tiene un amplio conocimiento sobre, por un lado el contexto social, demográfico y económico del país y de la otra la situación sanitaria del país desde la vertiente epidemiológica, de recursos y de financiación.

### 21. DESARROLLAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA INTEGRAL

El Gobierno desarrollará un sistema de información sanitaria que contenga datos relacionadas con:

- El estado de salud de la población, para conocer las necesidades de servicios asistenciales y de salud pública.
- El uso de los servicios sanitarios por parte de la población, para conocer la adecuación de la oferta a la demanda, las posibles dificultades de acceso y el uso correcto de los servicios.
- Datos médico económicas para valorar la evolución del gasto y la calidad de la atención.

Los datos deben traducirse en indicadores de salud que sirvan de ayuda a la planificación y la toma de decisiones. En todo momento se deberá disponer de mecanismos que garanticen la confidencialidad y la protección de los datos. Las instituciones sanitarias y los profesionales deben colaborar en la creación y mantenimiento del sistema de salud.

## 22. POTENCIAR Y FORMALIZAR LA COOPERACIÓN SANITARIA

El Gobierno debe potenciar la cooperación sanitaria con los países y las regiones vecinas y también con los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud. Esta cooperación se formalizará mediante los dispositivos convencionales más adecuados y realizar evaluaciones anuales sobre la evolución de los diferentes convenios introduciendo los correspondientes mecanismos de recogida de datos y elaboración de indicadores.

La cooperación sanitaria debe tener en cuenta aspectos relacionados con:

- La salud pública (vigilancia y prevención de las enfermedades, promoción de la salud)
- La gestión de crisis sanitarias (brotes epidémicos, pandemias, catástrofes)
- El asesoramiento en aspectos técnicos.
- La prestación de servicios sanitarios directos (hospitalarios, especialistas, transporte sanitario) o indirectos (telemedicina)
- La formación continuada y el intercambio de experiencias profesionales.

- La posibilidad de compartir profesionales y del reconocimiento de la actividad realizada en la carrera profesional.

### 23. ADAPTAR LA ORGANIZACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DEL MINISTERIO SALUD EN LAS NUEVAS RESPONSABILIDADES.

La organización y el funcionamiento del ministerio de salud deben adaptarse a las nuevas responsabilidades de planificación, gestión y control del funcionamiento y financiación del sistema de salud. Para ello es necesario que el ministerio cuente con nuevos profesionales debidamente capacitados ya sea mediante nuevas incorporaciones o con contrataciones externas. El personal del ministerio deberá seguir un programa de formación específica y continuada que le permita asumir cada vez más competencias.

El organigrama deberá prever nuevas estructuras encargadas de:

- Llevar a cabo la cartera de servicios y productos de salud y el plan de servicios
- Planificar los recursos humanos
- Hacer el seguimiento de los contratos
- Desarrollar el sistema de información
- Establecer y ejecutar un plan de comunicación adecuado

Además el ministerio debe continuar mejorando las estructuras actuales responsables de la vigilancia y la prevención de las enfermedades, la seguridad alimentaria, la salud ambiental, el control y el uso racional de los medicamentos y

los productos terapéuticos, la promoción de la salud mediante campañas para promover hábitos de vida saludables y la lucha contra las drogodependencias entre otros.

El ministerio encargado de la salud deberá contar con la participación de profesionales del país y también de expertos externos de referencia, de forma individual o en el marco de grupos de trabajo o comisiones. Estas últimas deberán tener unos objetivos claros, una composición y un funcionamiento muy establecidos para garantizar su continuidad y los resultados que de ellas se espera. Habrá que imponga un nuevo sistema de gestión de proyectos más eficiente, que se fije sobre todo en la obtención de resultados en unos plazos razonables y en su evaluación.

#### VIABILIDAD FINANCIERA

Las propuestas constituyen herramientas para garantizar los objetivos y la sostenibilidad del sistema sanitario. No hay propuestas que aumenten de forma considerable los gastos derivadas de las prestaciones sanitarias, al contrario se propone ser más eficiente en la compra y la financiación de los servicios. Por otra parte tampoco se ha identificado la necesidad de invertir en nuevas estructuras sanitarias aparte de los proyectos ya previstos de ampliación del hospital y de creación de un centro socio sanitario.

En cambio sí que hay que prever una dotación presupuestaria del ministerio de salud para llevar a cabo las acciones del PES. Esta dotación ha de ser suficiente para:

- 
- Garantizar la disponibilidad de personal capacitado.
  - Formar al personal de acuerdo con planes de formación específicos.
  - Financiar los gastos de participación y coordinación de los profesionales que participan en proyectos concretos.
  - Financiar los gastos relacionados con la organización del trabajo en red de los profesionales y de los servicios de permanencia.
  - Financiar el sistema de información sanitaria.
  - Potenciar la formación continuada de los profesionales.
  - Contar con el asesoramiento de expertos del país y dentro de la cooperación sanitaria.

### Conclusión

Dado lo dicho hasta ahora, creemos oportuno realizar las siguientes recomendaciones para garantizar la equidad de nuestro sistema sanitario y la salud de nuestra población.

1 . Poner en marcha políticas de equidad en la salud que consistan en reducir las desigualdades sociales, económicas y de poder de la población y que refuercen el estado del bienestar, en la línea de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La disminución de la desigualdad de salud entre la población por causas injustas debe ser un objetivo fundamental de la equidad, y se puede alcanzar con las políticas adecuadas, tanto si el nivel de riqueza económica del país aumenta como si disminuye. Las desigualdades de salud que provienen de los determinantes sociales de la salud no dependen del nivel económico de una sociedad en términos absolutos, sino de la distribución de su riqueza y de las

desigualdades sociales que se derivan. Hay que dejar muy claro, además, que la salud no es sólo un asunto privado, tal como lo demuestran los determinantes sociales de la salud.

2. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario de calidad priorizando la necesidad médica como criterio principal de acceso, y utilizando otros criterios, únicamente si van acompañados de medidas compensatorias que aseguren el objetivo de la equidad entendida como igual acceso para igual necesidad médica.

3. Hay que garantizar el acceso de toda la población, sobre todo de la más desfavorecida económicamente, a la atención sanitaria de calidad. El sistema sanitario no puede ser objeto de privatización estricta. Hay que rechazar la utilización de la salud como una mercancía que puede ser comprada y vendida en el mercado sin considerar la protección los más débiles económicamente; un uso mercantil de la salud que, como en todas partes muestran los modelos de sanidad que no priorizan la sanidad pública, no sólo contribuye a una pérdida de equidad en el acceso y en el trato, sino que también provoca un aumento de las desigualdades injustas de salud.

4. Evitar todas las ineficiencias que no disminuyan la equidad en el sistema sanitario definida como igual acceso para igual necesidad médica ni la equidad en salud definida como la eliminación de las diferencias injustas en la salud de la población. Ahora bien, la necesidad de evitar las ineficiencias no significa que el sistema sanitario público sea globalmente ineficiente.

5. Asumir la responsabilidad de mantener y fomentar la equidad en la atención sanitaria y en la salud. Esta responsabilidad pertenece a todos los agentes

---

implicados en cada una de las acciones que afectan a la salud de las personas: principalmente a los gobernantes, pero también a los profesionales de la salud, en las instituciones sanitarias, la industria farmacéutica y de productos sanitarios, los pacientes y familiares ya las asociaciones de enfermos. Asumir la responsabilidad también significa que los afectados, sobre todo los pacientes, deben poder participar adecuadamente de la toma de decisiones relacionadas con la equidad y consentir en sus resultados.

6. Proponer que hay haya un organismo público e independiente que evalúe de manera vinculando las intervenciones sanitarias y las que tienen influencia en la salud para que se mantengan o se mejoren los objetivos de equidad, eficiencia y seguridad del sistema sanitario público. Este organismo no debería sustituir el control que debe ejercer el gobierno como es obvio, pero sí que debería ser una voz experta indispensable e independiente a la hora evaluar todo tipo de intervenciones sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población.



## **Bibliografía**

1. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.
2. Pliscoff C, Monje P. Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá: Octubre, 2003.
3. Cais J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos N° 21. Madrid: CIS; 1997.
4. Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Revista de Salud Pública 2002; 2:97-120.
5. Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. Revista de Salud Pública 2002; 4(3):203-239.
6. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A (comp). Ensayos sobre el

financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Volumen II. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

7. Frenk J, Donabedian A. Intervención del Estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En: White K (ed). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington, DC.: OPS; 1992. p 1082 – 1097.

8. Soberón GA, Narro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y Dilemas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1985; 99(1):1-9.

9. Vargas I, Vásquez M, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(4):927-937.

10. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. Revista de Salud Pública 2001; 3(1):13-39.

11. De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. Revista Biomedica 2004; 15(2):81-91

12. González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México.

Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.

13. Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 2003. Washington DC: PRB 2003.

14. Population Reference Bureau. Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003. Washington DC: PRB; 2003.

15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2005. Nueva York: UNICEF; 2004.

16. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Indicadores de desarrollo humano. Nueva York: PNUD; 2003.

17. World Bank [Internet]. World Development Indicators database 2004. Disponible en: <http://www.worldbank.org>. Consultado Mayo de 2004.

18. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Core Health Indicators. Disponible en: <http://www.who.int/countries/es/>. Consultado Mayo de 2002.

19. Pan American Health Organization. Health Expenditures for Latin America and the Caribbean. Division of health and human development public policy and health program. Washington DC: PAHO; 2002.