

Rev Biomed 2004; 15:81-91.

Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá.

Artículo Original

Saúl De los Santos-Briones¹, Carlos Garrido-Solano², Manuel de Jesús Chávez-Chan¹.

¹Servicios de Salud de Yucatán, Mérida, Yucatán. ²Dirección General de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. de México, D.F., México.

RESUMEN.

Objetivo. Realizar un análisis comparativo de los sistemas de salud de Canadá y Cuba.

Material y Métodos. Se realizó una investigación documental sobre los sistemas de salud de cada país 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. Con la información recabada se ubicó a cada sistema de salud en la categoría correspondiente según la tipología de los sistemas de salud y el marco conceptual propuesto por Julio Frenk.

Resultados. En ambos 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.

Conclusiones. 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.

(Rev Biomed 2004; 15:81-91)

Palabras clave: Sistemas de Salud, Canadá, Cuba.

SUMMARY.

Comparative analysis of the systems of health of Cuba and Canada.

Objective. To carry out a comparative analysis of the health systems in Canada and Cuba.

Material and Methods. Documental research on

Solicitud de sobretiros: Dr. Saúl De los Santos-Briones. Calle 67 No. 240 entre Av. 122 y Av. 128, Fraccionamiento Yucalpetén, C.P. 97248, Mérida, Yucatán, México. Correo electrónico: dlsbriones@yahoo.com

Recibido el 8/Diciembre/2003. Aceptado para publicación el 26/Marzo/2004.

Este artículo está disponible en <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb041522.pdf>

the health systems of each country locating the general context, the principles or values that guide the health system, their organization, parsonage, financing and outline of delivery of health services. With the information obtained each health system was located in the corresponding category according to the type of the health systems and the conceptual mark proposed by Julio Frenk.

Results. In both health systems the main fact that determines access to attention is that of citizenship: all are entitled to attention. Health is considered a social right. These systems are different in the degree of control of the state in the functions of the system. In Cuba the state regulates, it finances and deliveries health services. In Canada the state regulates and it finances the services, delivery is carried out by private suppliers. Their main sanitary indicators are comparable.

Conclusions. The health system of Canada corresponds to a National Insurance of Health. That of Cuba corresponds to a National System of Health. Although they are nations with deep differences in the degree of reached economic development their sanitary indicators are very similar with what is demonstrated that the aspiration of achieving the universal access to the health can be achieved with different models of attention. The comparative and methodical analysis of the health systems, besides allowing a better knowledge of their components and relationships, is an academic exercise that offers the opportunity to put on approval the utility of the prevalent conceptual marks.

(Rev Biomed 2004; 15:81-91)

Key words: Health systems, Canada, Cuba.

INTRODUCCIÓN.

Los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud. Pueden adoptar diversas formas de organización. Después de varios siglos de ser entidades en pequeña escala en su mayoría privadas o caritativas, en el siglo

que recién ha concluido experimentaron un crecimiento explosivo a medida que se adquirían y aplicaban nuevos conocimientos (1).

Estos sistemas han contribuido enormemente a mejorar la salud, pero su contribución podría ser aún mayor. Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha señalado que los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales: mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud (1).

La forma en que los sistemas se encuentran estructurados, para dar respuesta a estos objetivos, depende de una amplia gama de factores que se hallan en cambio, algunas veces permanente y organizado y en otras discontinuo y asincrónico. Entre estos determinantes, se encuentran la historia y la cultura de cada país, la forma en que ven y asumen aspectos como la solidaridad y la equidad social, la capacidad económica, el tamaño y distribución de la población, así como la relación entre las fuerzas políticas interesadas en respaldar un grado mayor o menor de organización y coherencia de las instituciones (1).

Cuba y Canadá son naciones diferentes. Tienen diferencias en su historia, en su régimen político, en la cultura. Dentro de sus diferencias, sus sistemas de salud tienen puntos de encuentro. Ambos países se han destacado a nivel mundial por sus logros en los niveles de salud y en la protección financiera a la población.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El objetivo del presente trabajo es presentar una análisis comparativo de los sistemas de salud de Canadá y Cuba. Como marco conceptual se tomará la propuesta del doctor Julio Frenk sobre la tipología de los sistemas de salud. Posteriormente se describirán los sistemas de salud de cada país, para lo cual se expondrá brevemente el contexto general del país, los principios o valores que guían al sistema, su organización, rectoría, financiamiento y esquema de prestación de servicios de salud. Seguidamente se expondrá una discusión en la que se ubicará a cada sistema de salud en la tipología según Frenk. Se hará una comparación de los logros alcanzados en el nivel

de salud y los retos que enfrentan. Finalmente, se expondrán algunas conclusiones en relación al análisis comparativo realizado así como de los beneficios que trae realizar este tipo de ejercicio académico.

RESULTADOS.

I. Marco conceptual: las modalidades de organización de los sistemas de salud

El Dr. Julio Frenk propone una clasificación de las modalidades de organización de los sistemas de salud que resulta de considerar dos dimensiones fundamentales. La primera, el grado de control del estado sobre la producción de servicios de salud, que fundamentalmente refleja la relación del Estado con los prestadores. La segunda dimensión, que se refiere a los principios de acceso, indica la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales (2). La clasificación resultante de modalidades de organización de la atención de la salud se muestra en el cuadro 1.

La tipología que propone Frenk se concentra únicamente en el eje central de los sistemas de salud, es decir, la relación entre prestadores, población y estado. Esto no significa que los otros actores no sean importantes, sino que sus diferentes formas de organización son compatibles con varios tipos de modalidad y, por lo tanto, no resultan esenciales para la clasificación.

Con respecto a la primera dimensión, sobre la relación con los prestadores de los servicios, Frenk señala que hay que distinguir al control estatal de la simple regulación. La regulación es sólo uno de tres

mecanismos que el estado tiene a su disposición para intervenir en la atención a la salud. El estado también puede comprometerse en el financiamiento de servicios producidos por contratistas privados. En este caso, el estado es un comprador en el mercado de los servicios de salud. En otras ocasiones, el estado puede asumir la propiedad directa de las instalaciones para la atención de la salud, de modo que los prestadores individuales son empleados públicos. En este caso, se convierte en productor dentro del mercado de servicios. La propiedad significa un grado más alto de control estatal que el mero financiamiento y este último incluye un mayor control que la sola regulación. Lo anterior representa una asociación concatenada entre los tres grados de control, necesaria para la interpretación correcta de los renglones del cuadro 1. De esta forma, cuando el estado participa directamente en la prestación de servicios, también lo hace en el financiamiento y en la regulación. Si un estado financia los servicios, también participa en su regulación. Cuando se limita a regular el mercado, entonces el financiamiento y la prestación quedan ambos a cargo de agentes privados (2).

Para tener una imagen completa de las modalidades es indispensable incorporar la otra dimensión, que se refiere a los principios de acceso que definen la relación del estado con la población. Estos principios determinan la equidad en la utilización de los servicios y las prioridades en la distribución de los recursos para la salud. Existen cuatro principios alternativos de acceso a los servicios de salud. El primero es el poder de compra. Este principio

Cuadro 1
Tipología de las modalidades de organización de los sistemas de salud.

Grado de control por el Estado	Principios de acceso de la población			
	Poder de compra	Pobreza	Prioridad socialmente percibida	Ciudadanía
Regulación	Atención privada	Beneficiencia privada	Servicios de empresa	Seguro social (modelo alemán)
Financiamiento	-	Medicaid en EUA	Seguro social incipiente	Seguro nacional de salud
Prestación	-	Asistencia pública	Seguridad social (modelo latinoamericano)	Atención socializada (servicio nacional de salud)

Fuente: 2. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica. México. 1993. p 115.

determina el acceso al mercado privado de servicios; su base ética es que los servicios de salud no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas al que se accede por medio del ingreso monetario. Por tanto, este principio postula que los servicios de salud pueden comprarse y venderse en el mercado privado; el único mecanismo para regular el acceso es el precio (2).

El segundo principio de acceso es el de pobreza. Según este principio, la atención a la salud se destina a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. Lejos de establecer una obligación pública, su fundamento es el interés político y la responsabilidad moral del estado por ayudar a los grupos más necesitados de la sociedad y, de esta manera, proteger también a los demás (2).

El acceso a los servicios, según el principio de prioridad socialmente percibida, consiste en beneficiar únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el estado como prioritarios, ya sea por que tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica, como los trabajadores industriales o los miembros del ejército. Una vez reconocida la prioridad de tales grupos, el estado establece una contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y al propio estado (2).

Finalmente, de acuerdo al principio de ciudadanía, el acceso a la atención de la salud no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país. Este principio surge de una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. El acceso universal a la atención de la salud se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Según esta concepción, la atención a la salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social (2).

II. El 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 académico-científica 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 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 morbimortalidad 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).

III. El sistema de salud de Canadá.

La población de Canadá bordea los 30 millones de habitantes y su gasto alcanza el 8.6 % de su producto interno. Como país, fue fundado en la Constitución de 1867, y en la cual se crearon dos niveles de gobierno: Federal y Provincial. En el modelo canadiense de salud la administración es pública, universal, donde el sector privado es pequeño. El sistema de salud es en los hechos un programa nacional consistente en 10 planes de seguros de salud provinciales y 3 territoriales. Los seguros de salud son obligatorios y su pago se realiza a través de los impuestos (10).

Antecedentes. Antes de la Segunda Guerra Mundial el cuidado de la salud canadiense era considerado como una responsabilidad personal, antes que un derecho humano. Se basaba en la caridad, en donde también los costos de hospitalización y la atención médica, eran principalmente pagados por los individuos, de su bolsillo. Los gobiernos provinciales cubrían parte de los costos de operación de los hospitales. En el ámbito privado, se comenzó a desarrollar la idea de protección ante los riesgos de enfermar, mediante el seguro de prepago. La depresión de los 30 y las privaciones impuestas por la II Guerra Mundial, impulsaron en 1945 la idea de un seguro provincial de salud (10,11).

El primer plan de seguro público para servicios hospitalarios en Canadá, fue introducido por el gobierno de la provincia de Saskatchewan en 1947, demostrando el papel de la innovación provincial en la evolución del sistema de salud. Posteriormente, el gobierno federal se ofreció a pagar parte de los costos

de hospitalización y servicios de diagnóstico junto con la provincias, de tal forma que en 1957 se logra un acuerdo con las provincias para crear un seguro que financie los gastos hospitalarios, mismo que en 1958 se traduce en la Ley de Seguro Hospitalario y de Servicios Diagnósticos. Para 1961 todas las provincias y territorios se habían unido al programa federal de ofrecer esos servicios libres de cargos, al menos al 95% de los residentes de las provincias. En 1962 también en la provincia de Saskatchewan, se crea el Seguro Médico Público Provincial, con dinero del seguro hospitalario. Posteriormente, el gobierno federal introdujo un programa de seguro nacional de salud, modelado en Saskatchewan en 1968 y al cual, para 1971, se habían unido todas las provincias y territorios (10).

Filosofía. Los valores que guían al sistema de salud son: acceso a la salud igualitaria y no elitista o de mercado; derecho de aceptar o rechazar tratamientos recomendados, estilos de vida u otros riesgos; mayor respuesta a los padecimientos físicos que mentales; protección a los niños de decisiones pública o privadas que los puedan perjudicar; y determinación de prioridades más por la políticas públicas que por los proveedores (11).

Organización y administración. Se basa en la administración provincial local de la salud. Las políticas de planificación residen principalmente en las provincias y participan con poder de decisión los consejos, formados por instituciones de la comunidad. Se podría decir que Canadá tiene un “seguro socializado” (12).

Rectoría. Aunque constitucionalmente la salud es vista como de responsabilidad provincial, el gobierno federal juega un papel instrumental, estableciendo estándares y lineamientos para los programas provinciales de aseguramiento de la salud (12).

Financiamiento. De acuerdo a la fórmula inicial, el gobierno federal convino en pagar a las provincias la mitad del costo per cápita de la atención médica y hospitalaria de cada residente multiplicado por el total de residentes elegibles para el seguro en cada provincia. Las contribuciones federales podrían ser de dos tipos: transferencias en efectivo e impuestos

cedidos a las provincias (13).

Los gobiernos provinciales debían cumplir con 5 estándares del programa nacional:

1. Administración pública no lucrativa.
2. Extensa cobertura contra todo riesgo (debía incluir todos los servicios médicamente necesarios, prestados por médicos y hospitales).
3. Universalidad (derecho de todos los residentes a ser asegurados en condiciones y términos uniformes).
4. Accesibilidad (eliminar las barreras financieras a los servicios del seguro).
5. Portabilidad (poder recibir los servicios del seguro de una provincia a otra) (13).

No obstante las bases establecidas, en muchos casos los médicos y en los hospitales se cobraban a los usuarios pagos suplementarios por servicios cubiertos por los seguros, constituyéndose en una amenaza al acceso y creando un sistema de dos segmentos. De esta forma, después de una década de proveer soporte financiero a las provincias para la atención a la salud, se planteó una revisión de los servicios de salud, misma que recomendó cambios para asegurar el acceso a los servicios (13).

En 1984 se emitió la Ley de Salud de Canadá, con la intención de resolver los problemas encontrados en la revisión, reafirmando y clarificando los criterios que las provincias y territorios debían alcanzar para calificar para la transferencia de pagos del gobierno federal, y las sanciones que se podían imponer por su incumplimiento. Con el tiempo los objetivos del acta se han logrado y los pagos suplementarios han declinado (12,13).

Así, el financiamiento y los costos tiene elementos de control por parte del gobierno federal sobre el gobierno provincial; el gasto total en salud se ha mantenido en constante aumento: en los 70 representaba el 7% del PIB, en los 80 llega al 8.8%, en 1997 asciende al 8.6 PIB (1,10). El gasto per cápita anual, que permite una mejor comparación, fue de US \$1, 836 en 1997 (1). La distribución del gasto entre los diferentes rubros del sistema no ha sido el mismo. En 1980, del total del gasto en salud, se destinaba el 40.9 % a la atención hospitalaria, mientras que en 1990 era del 38.2%; a medicamentos se destinó

8.9% y 13.3%, en los años señalados (10).

Respecto al mecanismo de pago, los médicos son pagados por el seguro de salud provincial, principalmente sobre la forma de pago por servicio. Un pequeño número de ellos (5%) tiene acuerdos con los seguros provinciales y reciben un salario o pago por capitación (13).

Prestación. La atención médica es de financiamiento público, pero de prestación privada. Tiene una fuerte base en los médicos de atención primaria, quienes constituyen el primer contacto formal de los usuarios con el sistema. El 60 % de los médicos en activo en el país son médicos de atención primaria. Usualmente trabajan en consultorios privados en las comunidades y tienen un alto grado de autonomía. Los médicos de atención primaria controlan el acceso a especialistas, otros proveedores, estudios de apoyo al diagnóstico y medicamentos. Si un paciente acude directamente a un especialista, éste solo puede cobrar la consulta de primer nivel. De esta forma, los médicos de atención primaria se constituyen en “porteros” efectivos para la atención de la salud (14).

Los canadienses usualmente van al médico o a la clínica de su elección. Deben presentar su tarjeta de seguro vigente para recibir la atención que les permite el seguro, de tal forma, que no necesitan pagar copagos, deducibles o primas. La atención prestada por otros profesionales, como enfermeras y trabajadores sociales fuera de las clínicas o consultorios, así como la atención dental, no es cubierta por el seguro provincial, aunque las cirugías dentales y otros procedimientos de tipo preventivo o restaurativo sí lo son (15).

La prevención y la promoción han sido menos enfatizadas en la práctica, pese a estar expresamente identificadas como de gran importancia para mejorar la salud. Existen unidades de salud pública en las provincias, responsables de la promoción y prevención de enfermedades en la población, vigilancia del manejo de alimentos, inmunizaciones, entre otros (10).

La extensión de algunos beneficios de la atención varía de provincia a provincia. Por ejemplo, unos municipios tienen amplia cobertura en medicamentos,

en tanto que en otros solamente ciertos grupos de población tienen tal cobertura, como ancianos, indigentes y quienes padecen enfermedades infrecuentes, que requieren consumir medicamentos costosos. Para el caso de la atención dental, de optometría, equipo de apoyo, medicamentos no contemplados por el seguro nacional, y servicios no médicos, como los que proporcionan los quiroprácticos, psicólogos, terapeutas del lenguaje, etc., la gente puede tener seguros privados, puede tener protección pagada por los empleadores o bien puede pagar de su bolsillo (10,13,14).

DISCUSIÓN.

El marco conceptual del que se desprende la tipología sobre los modelos de atención a la salud, propuesta por el Dr. Julio Frenk, permite identificar varios puntos de encuentro entre los sistemas de salud de Cuba y Canadá.

En primer término, la tipología permite identificar las varias modalidades que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa de la que se podría obtener con categorías únicas. Una diferencia primordial entre los países es precisamente el grado de fragmentación de la participación del estado en la atención de la salud, medido por el número y la fuerza relativa de las modalidades. Suele ocurrir que las diferentes modalidades de atención de la salud en un país cubran a subgrupos de población. Es decir, el sistema en su conjunto se encuentra fragmentado. Esta clase de segmentación suele tener efectos negativos en la equidad, ya que las modalidades que se encargan de los pobres usualmente cuentan con menos recursos para atender una mayor carga de necesidades de salud. Estos arreglos terminan reproduciendo la desigualdad social.

El primer punto de encuentro de los sistemas de salud de Cuba y Canadá es, entonces, que en ambos casos predomina una sola modalidad de atención a la salud: un Seguro Nacional de Salud para el caso de Canadá y un Sistema Nacional de Salud para el caso de Cuba. Esto significa que ambos sistemas se distinguen por que han eliminado la segmentación, si

bien en el caso canadiense aquellos que cuentan con mayores recursos se pueden distinguir de quienes no los poseen, por poder pagar por beneficios adicionales como hotelería y lujo. Pero esta condición, contar o no con recursos económicos, no se constituye en un determinante para el acceso a los servicios de salud. Son sistemas sumamente equitativos.

El ejercicio de ubicar a cada sistema de salud en la celda correspondientes de la matriz (cuadro 1) muestra interesantes aspectos. Tomando la dimensión sobre los principios de acceso de la población a los sistemas, puede verse que en ambos casos, el principio de acceso es el de ciudadanía. Como se ha señalado, este principio es el único que por decisión no se restringe a algún grupo en particular, sino que aspira a tener vigencia universal dentro de un país. Este principio surge como una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. Una de sus premisas es que la libertad, la igualdad y la justicia social son nociones vacías a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel decoroso de vida. Al igual que la educación, la salud se convierte en una de las condiciones necesarias para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Tal igualdad constituye, a su vez, la base ética para distribuir los beneficios del desarrollo económico. La atención a la salud, en ambos sistemas de salud, no es una mercancía, una ayuda o un privilegio. La salud es, en ambos, un derecho social.

El análisis de la otra dimensión de la matriz, referente al grado de control del estado sobre las funciones del sistema, que define su relación con los prestadores de servicios, tiene importantes implicaciones. Aquí subyacen las diferencias fundamentales en los sistemas de salud que nos ocupan.

En el caso del sistema de salud de Cuba, el estado interviene en la regulación del sistema, siendo compartido cierto grado de regulación entre diferentes niveles administrativos. El estado también se constituye en la principal fuente de financiamiento del sistema, si bien montos menores provienen de donaciones y de pagos directos de los usuarios, en caso de aparatos o medicamentos particulares, aunque

aún en estos casos existen subsidios a los productos y apoyo a indigentes o a ancianos. Pero el estado también es el principal prestador de servicios de salud, a través de instalaciones sanitarias propias y personal de salud asalariado. Esta condición, en la que el estado asume la regulación, el financiamiento y la prestación, aunado al principio de ciudadanía como determinante del acceso, le confieren al sistema de salud su carácter de Sistema Nacional de Salud. El mecanismo de pago a los prestadores, por salario, será objeto de discusión más adelante.

Por lo que respecta al grado de control del estado en el sistema de salud de Canadá, el estado establece los criterios generales para la operación de los seguros públicos de salud provinciales, vigila su cumplimiento y establece sanciones. También en este caso, ciertos aspectos de la regulación y control son delegados a los gobiernos provinciales. El estado en sus diferentes niveles de gobierno también se constituye en el principal financiador del sistema, si bien los ciudadanos aportan vía impuestos para el fondo de su seguro. La prestación, por el contrario, no se lleva a cabo mediante instalaciones propias y personal a su cargo, sino que se lleva a cabo mediante prestadores privados independientes, con quienes se opera predominantemente el esquema de pago por servicio. Entonces, por un lado, bajo el principio de ciudadanía, el estado opera un fondo público de seguridad, en el que todos tienen derecho a su seguro y en el que quienes no pueden pagarlo, son subsidiados. Por el otro, el estado se constituye en comprador de servicios de salud para sus asegurados a prestadores privados. De acuerdo a la matriz, esta modalidad constituyen la esencia de un Seguro Nacional de Salud.

El hecho de que el estado sea o no quien presta los servicios de atención no es cuestión trivial. Es un aspecto de importancia, porque se relaciona con el grado de competencia o colaboración entre los prestadores, la calidad de la atención, la satisfacción del usuario, la libertad de elección, el grado de satisfacción del prestador y la eficiencia en el uso de los recursos, entre otros aspectos. Sin querer ser exhaustivos, un análisis un poco más profundo parece necesario.

Una de las formas de diferenciar a los sistemas, distingue por un lado a aquellos que separan la financiación de la provisión del servicio, y por el otro, aquellos en donde el que financia provee los servicios directamente. Los primeros tienden a financiar la demanda, es decir, “el dinero sigue al paciente”. Los segundos tenderían a financiar la oferta. Ante este argumento, podríamos decir que el sistema de salud de Canadá financia la demanda, y que el sistema de salud de Cuba financia la oferta.

También los modelos de pago imperante son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre la conducta de las personas. Los modelos de pago por salario, predominante en Cuba, y por servicio, predominante en Canadá, imprimen algunas diferencias a los sistemas (15).

En el modelo de pago por salario, el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe, en un período de tiempo dado. El nivel de ingreso está determinado por la carga horaria y por el rango jerárquico dentro de la organización, entre otros. Es un modelo de remuneración centrado en la oferta, donde el paciente no afecta directamente el pago del médico, puesto que este último recibirá su sueldo aún cuando ningún paciente concurra al servicio. Se facilita la administración y el control de costos. No obstaculiza la cooperación entre colegas. No estimula la sobreprestación. Teóricamente el profesional tiende a maximizar el tiempo no asistencial y minimizar la carga de trabajo, no incentiva la productividad, independiza la calidad y cantidad de los servicios de las remuneraciones y no favorece la relación médico-paciente.

El modelo cubano parece aprovechar las ventajas de este modelo y contener sus desventajas. La contención de los efectos negativos muy probablemente sea resultado del alto grado de socialización con que se forman los médicos, con un alto compromiso hacia el servicio comunitario y énfasis en la prevención. También tiene que ver con la estrecha contraloría que se ejerce, mediante las organizaciones sociales y comunitarias, sobre las actividades del

personal de salud.

En el modelo de pago por servicio la base de cálculo de la remuneración es cada servicio individual que el médico le brinda al paciente. El nivel de ingresos está determinado por la cantidad de prestaciones realizadas. El prestador brindará todos los servicios posibles que le proporcionen el mayor margen de ganancia. Generan alta productividad en términos de servicios brindados, alta satisfacción de los médicos, amplio control del estado sobre el precio, incentiva el establecimiento de una buena relación médico-paciente. Teóricamente induce la demanda y con ella la sobreutilización; dificulta el control de la cantidad de producción y, por ende, el gasto total. También se desincentiva la prevención.

En contraparte de lo señalado para el modelo de pago en el sistema sanitario de Cuba, el modelo canadiense aprovecha las ventajas de su mecanismo de pago, pero también padece sus desventajas. Uno de los problemas que enfrenta el sistema canadiense es el crecimiento del gasto institucional y en personal, el cual se ha mostrado inmanejable, lo que ha traído a la agenda de discusión temas como el subfinanciamiento, incapacidad de controlar los costos y el posible aporte del usuario como copago. El bajo alcance de las acciones de prevención, también se ha identificado como uno de las deficiencias del sistema.

Hemos revisado los puntos de encuentro y divergencia de los sistemas de salud cubano y canadiense, a partir de las relaciones que permite el marco conceptual que subyace a la tipología de los modelos de atención propuesta. No podemos concluir sin una revisión de los logros alcanzados en materia de salud por naciones con profundas diferencias en lo político, lo social, lo económico y lo cultural. La esperanza de vida al nacer en Cuba, para el año 1999, fue de 73.5 años para hombres y de 77.4 años para las mujeres. En Canadá fue de 76.2 en hombres y 81.9 años en mujeres, para el mismo año. Con sus diferencias, constituyen de las expectativas más altas alcanzadas en el mundo. El porcentaje de población con 60 años de edad o más es de 13.4 % en Cuba y del 16.7 % en Canadá. Tienen la misma tasa global de fecundidad para 1999: 1.6 x 1000. En la reciente evaluación del desempeño de los sistemas de salud en el mundo, Cuba fue ubicado en el lugar 36 en el rubro de desempeño del sistema de salud con respecto al nivel de salud, en tanto que Canadá se ubicó en el lugar 35. Aunque se trata de naciones con diferente grado de desarrollo sus indicadores sanitarios son equiparables (cuadro 2) (16,17).

CONCLUSIONES.

Se realizó un análisis comparado de los sistemas

Cuadro 2
Comparación de indicadores relacionados con la salud en Cuba y Canadá.

Indicador	Año	Cuba	Canadá
Población total (millares)	1999	11,160	30,857
Tasa de crecimiento anual %	1990-1999	0.5%	1.2%
Relación de dependencia (por 100)	1999	45	47
Porcentaje de la población que tiene 60 años de edad o más	1999	13.4	16.7
Tasa global de fecundidad	1999	1.6	1.6
Esperanza de vida al nacer (hombres)	1999	73.53	76.2
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	1999	77.4	81.9
Gasto sanitario total como % del PNB	1997	6.3	8.6
Gasto público financiado por impuestos y de otro tipo como % del gasto sanitario público	1997	100	98.9
Gasto total per cápita en dólares	1997	109	1836
Logro global del sistema de salud (índice de la OMS)	1997	40	7
Desempeño del sistema de salud con respecto al nivel de salud (EVAD)* (índice de la OMS)).	1997	36	35

*Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad Fuente: 1. World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: Switzerland; 2000. p 165-224.

de salud de Canadá y Cuba, siguiendo como modelo conceptual la propuesta del Dr. Julio Frenk sobre la tipología de los modelos de atención a la salud. El sistema de salud de Canadá corresponde a un Seguro Nacional de Salud. El de Cuba corresponde a un Sistema Nacional de Salud. En ambos sistemas 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 se distinguen 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 que son prestados por proveedores privados. A esta diferencia subyacen diferentes mecanismos de pago a proveedores. Pese a que Cuba y Canadá son naciones con profundas diferencias en el grado de desarrollo económico alcanzado, sus indicadores sanitarios son equiparables. Su análisis comparativo permite ver cómo la aspiración de lograr el acceso universal, puede lograrse con distintos modelos de atención a la salud. Finalmente, el análisis metódico de los sistemas de salud, además de permitir un mejor conocimiento de sus componentes y relaciones, brinda la oportunidad de poner a prueba la utilidad de los marcos conceptuales prevalecientes. Constituye un ejercicio académico que debe servir para comprender la naturaleza de las debilidades y aciertos de los sistemas de salud, aprender de sus éxitos y también de sus fracasos, a fin de llevarlos a alcanzar su máximo potencial.

AGRADECIMIENTOS.

Expresamos nuestro agradecimiento a la Dra. Dulce María Cruz Lavadores, de los Servicios de Salud de Yucatán, por su apoyo en la revisión crítica del trabajo durante su preparación.

REFERENCIAS.

1. World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: Switzerland; 2000.
2. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica; 1993:112-23.
3. Delgado-García G. Conferencias de historia de la administración de la salud pública. Ciencia Médica: La Habana; 1996.
4. Delgado-García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 1998; 24: 110-8.
5. Delgado-García G. Etapas del desarrollo histórico de la salud pública revolucionaria cubana. Rev Cubana Salud Pública 1996; 22: 48-54.
6. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, 1992-2000. La Habana: MINSAP; 1992.
7. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Análisis del sector salud en Cuba. La Habana. MINSAP; 2000.
8. Bustos DR. Sistema de salud cubano. Cuad Méd Soc 1998; 39: 33-43.
9. Suárez JJ. El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pública 1997;23:5-16.
10. Requena BM. Sistema de salud en Canadá. Cuad Méd Soc 1998; 29: 34-42.
11. Fulton J. Canada's Health Systems: Bordering on The Possible. Washington, DC: Faulkner & Gray's Healthcare Information Center; 1993.
12. Evans RG. The real issues. In: The Politics of Health Care Reform: Lessons From The Past, Prospects for the Future, Duke University Press; 1994.
13. Katz SJ, Charles CA, Lomas J, Welch HG. Physician relations in Canada: Shooting Inward While the Circle Closes. Journal of Health Politics, Policy and Law 1997; 22: 1413-1431.
14. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
15. Tobar F, Rosenfeld N, Reale A. Modelos de pago en servicios de salud. Cuad Med Soc 1998; 74: 39-52.
16. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Vol. II Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación científica 549).
17. Organización Panamericana de la Salud. Tendencias demográficas y de mortalidad en la región de las Américas, 1980-2000. Boletín Epidemiológico 2002; 23: 1-16.