

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN
AMÉRICA FRENTE AL COLOMBIANO

Rocío del Pilar Barragán Baena
Patricia Blanco Arguello
Paola Andrea Buitrago Fajardo
Paola Andrea Carrillo Amaya
Paola Andrea González Nieto
María Angélica Morales Reyes
Marcela Andrea Orozco Cardona
Delia del Carmen Ortiz Correa
Javier Fernando Páez León

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO –COC-
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Bogotá D.C.
2003

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE
AMÉRICA FRENTE AL SISTEMA COLOMBIANO

Rocío del Pilar Barragán Baena
Patricia Blanco Arguello
Paola Andrea Buitrago Fajardo
Paola Andrea Carrillo Amaya
Paola Andrea González Nieto
María Angélica Morales Reyes
Marcela Andrea Orozco Cardona
Delia del Carmen Ortiz Correa
Javier Fernando Páez León

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
odontólogo

Asesora Metodológica
Dra. Stella Márquez Verbel
Administradora de Empresas
Especialista en Diseño y Evaluación de Proyectos

Asesora Científica
Dra. Claudia Bástidas Ramírez
Odontóloga M.A.S

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO –COC-
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Bogotá D.C.
2003

El trabajo de grado denominado "estudio comparativo del sistema de salud de América frente al sistema Colombiano" elaborado por ROCIO DEL PILAR BARRAGÁN BAENA, PATRICIA BLANCO ARGUELLO, PAOLA ANDREA BUITRAGO FAJARDO, PAOLA ANDREA CARRILLO AMAYA, PAOLA ANDREA GONZÁLEZ NIETO, MARÍA ANGELICA MORALES REYES, MARCELA ANDREA OROZCO CARDONA, DELIA DEL CARMEN ORTIZ CORREA Y JAVIER FERNANDO PAEZ LEÓN, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de odontólogo.

Firma del Asesor Metodológico

Firma del Asesor Científico

Firma del Coordinador del departamento de
Investigación y Salud Pública

Dedicamos este logro a nuestros padres por su amor sin medidas, por su incondicional ayuda y orientación, ejemplos que nos abrieron las puertas para el camino del éxito. Hoy orgullosos exhibimos este logro y elevamos plegarias al todo poderoso para que nos siga bendiciendo hasta el final de nuestros días.

*"SI QUITAIS DE NUESTRO CORAZÓN EL AMOR DE LO BELLO,
NOS QUITAIS TODO EL ENCANTO DE VIVIR."*

J.J. ROUSSEAU

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Al cuerpo de docentes quienes con sus orientaciones, consejos y enseñanzas dejaron impresas sus huellas en nuestras mentes y corazones.

A la Dra. Stella Márquez por la magnitud incomparable de su contribución que permitió hacer realidad nuestro compromiso.

A nuestros condiscípulos quienes con su cariño, solidaridad y comprensión nos ayudaron de manera recíproca.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	24
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	27
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
1.2 JUSTIFICACIÓN	30
1.3 PROPÓSITO	31
1.4 MARCO DE REFERENCIA	31
1.4.1 Marco Legal	31
1.4.2 Marco Conceptual	36
1.4.3 Marco Teórico	42
1.5 OBJETIVOS	53
1.5.1 Objetivo General	53
1.5.2 Objetivos Específicos	54
2. MÉTODO	55
2.1 TIPO DE ESTUDIO	55
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	55
2.3 UNIDADES TEMÁTICAS	55
2.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	56
2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	65

3.	RESULTADOS	67
3.1	SISTEMA DE SALUD	67
3.1.1	Características y roles de los sistemas de salud	67
3.1.2	Informe mundial de la OMS	71
3.1.3	Desempeño de los sistemas de salud	82
3.2	Características de los sistemas de salud	84
3.2.1	Perfil del sistema de servicios de salud de la república Argentina	87
3.2.2	Perfil del sistema de servicios de salud de Belice	89
3.2.3	Perfil del sistema de salud de Bolivia	92
3.2.4	Perfil del sistema de servicios de salud de Brasil	95
3.2.5	Perfil del sistema de servicios de salud de Canadá	99
3.2.6	Perfil del sistema de salud de Costa Rica	102
3.2.7	Perfil del sistema de salud de Cuba	105
3.2.8	Perfil del sistema de salud de Chile	108
3.2.9	Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador	112
3.2.10	Perfil del sistema de salud del Salvador	115
3.2.11	Perfil del sistema de salud de Estados Unidos de América	118
3.2.12	Perfil del sistema de salud de Guatemala	121
3.2.13	Perfil del sistema de salud de Guyana	123
3.2.14	Perfil del sistema de salud de Haití	126
3.2.15	Perfil del sistema de salud de Honduras	129
3.2.16	Perfil del sistema salud de Jamaica	132
3.2.17	Perfil del sistema salud de México	135

3.2.18	Perfil del sistema de salud de Nicaragua	139
3.2.19	Perfil del sistema de salud de Panamá	142
3.2.20	Perfil del sistema de salud de Paraguay	144
3.2.21	Perfil del sistema de salud de Perú	147
3.2.22	Perfil del sistema de salud de República Dominicana	150
3.2.23	Perfil del sistema de salud de Surinam	154
3.2.24	Perfil del sistema de salud de Trinidad y Tobago	156
3.2.25	Perfil del sistema de salud de Uruguay	159
3.2.26	Perfil del sistema de salud de Venezuela	163
3.3	PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA	166
3.4	RESUMÉN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAISES AMERICANOS	168
4.	DISCUSIÓN	175
5.	CONCLUSIONES	179
6.	RECOMENDACIONES	181
	BIBLIOGRAFÍA	182

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Reglamentación legal del sistema de salud colombiano.	34
Tabla 2. Matriz bibliográfica	56
Tabla 3. Características de los sistemas de salud de los países americanos.	174
Tabla 4. Indicadores básicos de los países americanos miembros de la OMS	176

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Relaciones entre las funciones y objetivos de un sistema de salud	83
Figura 2. Las múltiples funciones de las personas en los sistemas de salud	85
Figura 3. Mapa geopolítico de América	86

GLOSARIO

- **Acceso:** es la posibilidad de un paciente para tener atención en salud.

(GTZ, 2001)

- **Acreditación:** es un modelo de evaluación externa de la calidad de los procedimientos de la institución; por ejemplo, diagnósticos, terapias de acuerdo a estándares conocidos públicamente. Requiere de expertos entrenados y de investigadores externos. Puede ser también autoevaluación, visitas con entrevistas, revisión documental, observaciones y valoraciones. (GTZ,2001)

- **Atención Primaria de Salud:** es el cuidado esencial hecho accesible al costo que un país y la comunidad puedan soportar con métodos que sean prácticos con bases científicas y socialmente aceptables.

(GTZ,2001)

- **Autoevaluación:** un examen global, sistemático y periódico de las actividades y resultados de una institución, realizado por los empleados, que se compara con un modelo. (GTZ, 2001)

- **Calidad:** es una característica, un carácter o propiedad que hace que los servicios sean buenos o malos; esto es el grado de excelencia que los

servicios poseen. La totalidad de las características del servicio que satisfacen necesidades establecidas o sentidas por los usuarios. No es nunca un accidente, es el resultado de una intención, esfuerzo sincero, inteligente dirección y una ejecución hábil; representa el escoger la mejor de muchas alternativas. La calidad se logra cuando las necesidades y expectativas de los usuarios se alcanzan sobre una base consistente y continua. (GTZ,2001)

- **Control de la calidad:** hace énfasis en el seguimiento de actividades, procedimientos o protocolos en relación con una variedad de estándares aceptables.

- **Cultura:** es la suma de valores y de ideas tradicionales transmitidas a individuos en una comunidad o institución a través del tiempo. Es un modelo adquirido y transmitido por los grupos humanos. La cultura incluye como la gente se comporta, piensa y comunica sus valores, actitudes, creencias y sentimientos. El concepto de cultura es importante en salud pública y, particularmente, en educación en salud porque el acervo cultural, incluyendo mitos, normas e ideologías de un individuo o comunidad tienen un efecto profundo en su respuesta a la educación en salud y la promoción de salud. (GTZ, 2001).

- **Descentralización:** la distribución de funciones administrativas o poder de una autoridad central entre varias autoridades locales. El

objetivo es dar autoridad para toma de decisiones a aquellos más directamente responsables de los resultados de esas decisiones, con experiencia de primera mano y conocimiento acerca de los aspectos involucrados.

- **Desempeño:** la forma en la cual un individuo, grupo y organización realiza o culmina sus funciones y procesos.
- **Efectividad:** la extensión a la cual los beneficios deseados bajo óptimas condiciones son alcanzados en la práctica diaria. Es también una dimensión del desempeño que evalúa el grado al cual una intervención de salud es proveída en la forma correcta, dado el estado actual del conocimiento, a fin de lograr el resultado deseado bajo las condiciones usuales de atención. Se enfatiza la relación entre los resultados de la atención o intervención y los recursos utilizados para su entrega. (CHIAVENATO, 2000)
- **Eficacia:** en el campo de la salud es el grado al cual una intervención de salud, procedimiento, tratamiento o servicio produce un resultado beneficioso bajo circunstancias rigurosamente controladas y monitoreadas. (MALAGÓN, 2000)

- **Eficiencia:** una dimensión del desempeño que resalta el grado de relación entre los resultados de la atención o intervención y los recursos utilizados para su entrega. (MALAGÓN, 2000)

- **Empowerment, empoderamiento para la salud:** es un proceso a través del cual la gente gana un gran control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. El empoderamiento puede ser social, cultural o político por medio del cual los individuos y grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, presentar sus dudas, desarrollar estrategias para involucrarse en la toma de decisiones y lograr acciones políticas, sociales y culturales con el fin de satisfacer sus necesidades. (GTZ,2001)

- **Equidad en Salud:** significa que las necesidades de la gente guían la distribución de oportunidades para el bienestar. Significa imparcialidad. (GALAN, 2000)

- **Equipos funcionales:** son grupos de individuos con experiencia específica que están organizados para mejorar o –y monitorear una función que puede representar muchas disciplinas y servicios. (PONTON, L., 2000)

- **Estándares:** son enunciados sobre las características de calidad (calidad esperada) de un elemento o sistema. Los estándares deben ser

confiables, validos, realistas y claros; por ej. Especificaciones, guías, algoritmos, rutas clínicas, protocolos, etc. (GTZ, 2000)

- **Excelencia:** la mejor práctica en manejar la organización y alcanzar los resultados basado en los conceptos fundamentales que puede incluir: orientación a los resultados, enfoque en los usuarios, liderazgo y constancia de propósitos, procesos y hechos, participación de la gente, mejoramiento continuo e innovación, alianzas para beneficio mutuo, responsabilidad pública. (MALAGÓN, 2000)

- **Expectativas:** lo que la persona espera de un servicio antes de experimentarlo. (MALAGÓN, 2000)

- **Función:** un grupo de actividades y procesos con una meta común. (MALAGÓN, 2000)

- **Función clave:** una función organizativa que se cree que aumenta la probabilidad de un resultado deseado, basada en evidencias o en el consenso de expertos. (MALAGÓN, 2000)

- **Gestión:** consiste en la selección de objetivos y la dirección de una organización hacia el logro de unos resultados. Incluye planificación, implementación y evaluación. También puede ser un grupo de personas responsables para dirigir una organización o las actividades

humanas hacia el logro de los objetivos, incluyendo la alta gerencia.

(GTZ,2001)

- **Indicador de salud:** es un marcador de un problema de salud, como la mortalidad, morbilidad y la discapacidad. Los indicadores son importantes para medir el control de las enfermedades y planear aspectos educativos y actividades de salud pública. (GTZ,2001)

- **Información:** una serie de datos analizados, organizados que proveen la base para tomar decisiones. (GTZ,2001)

- **Instrumento:** un dispositivo de investigación que anota o mide los datos obtenidos. (GTZ,2001)

- **Meta:** un resultado escrito de largo plazo relacionado con el resultado esperado.

- **Misión:** un enunciado que describe el propósito de una institución, su razón de ser. Describe porque la institución o función existe.

- **Modelo de excelencia:** es una base conceptual de como un programa o evaluación se supone que debe trabajar. Un modelo se expresa usualmente en forma gráfica o en forma narrativa, explicando los factores claves y variables. Un modelo sirve para ser objetivo y presente

un punto de vista o una perspectiva determinada acerca de la naturaleza y función. En salud pública el modelo puede explicar como ocurren las conductas, puede describir los recursos y los resultados deseados. (GTZ,2001)

- **Monitoreo:** es un proceso sistemático, planeado y actual para obtener y organizar datos y producir resultados agregados. Hace parte del control. (GTZ,2001)

- **Objetivos:** son enunciados escritos específicamente, orientados a la acción, en términos medibles y observables que definen como las metas serán obtenidas.

- **Percepción:** lo que la persona considera ha recibido de un servicio o intervención de salud que es conocida mediante diferentes técnicas: cuestionarios transaccionales, el usuario disfrazado o fingido, grupos focales, captura de quejas o comentarios, los datos de los servicios, cuestionarios a empleados y esta influenciado por aspectos emocionales, la experiencia previa y lo que sabe acerca de estos mismos servicios. (MALAGÓN, 2000).

- **Plan:** un plan consiste en la Formulación o descripción del enfoque para alcanzar las metas relacionadas con el mejoramiento del desempeño de una organización. (STONER, 1997)

- **Política de Salud:** son un conjunto de acciones orientadas a la consecución al logro de los objetivos, diseñadas para influir en la entrega de servicios de salud. (GTZ, 2002)

- **Problema de salud:** incluye cualquier condición que no se conoce a fondo en el cuerpo, mente y espíritu, y que afecta, adversamente, la calidad de vida. (GTZ,2001)

- **Proceso:** es una secuencia de pasos que crea un resultado a partir de varios insumos. Al mismo tiempo nace un valor agregado. En cada organización existe una red de procesos que deben ser dirigidos y mejorados. (MALAGÓN, 2000)

- **Promoción de la salud:** es el proceso que habilita a las personas para aumentar el control sobre las determinantes de salud y mejorar su salud. Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1986. La promoción de la salud representa un proceso integral social y político, no solamente abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también a las acciones dirigidas hacia el cambio social, ambiental y de las condiciones económicas de manera que alivien el impacto en la salud pública y en la salud individual. (GTZ,2001)

- **Proveedor en salud:** puede ser un médico, un hospital, un grupo de prácticas, una casa de asilo, una farmacia o cualquier individuo o grupo que provee un servicio de salud. (GTZ, 2000)

- **Responsabilidad social para la salud:** se refleja en las acciones de los tomadores de decisiones para buscar políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. Estas políticas y prácticas deben evitar dañar la salud de los individuos; proteger el medio ambiente y asegurar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de bienes y sustancias dañinas así como no permitir prácticas de mercado no saludables; salvaguardar a los ciudadanos en los comercios y en los lugares de trabajo e incluir evaluaciones de impacto focalizadas en la equidad en salud como parte integral de la política de desarrollo. (GTZ,2001)

- **Resultados en salud:** son cambios específicos, positivos o negativos, en un individuo, paciente, usuario, o población que resulta de la promoción de salud o de la atención de salud. (GTZ,2001)

- **Salud:** la salud como la ha definido la OMS, es un completo estado de bienestar, físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. Puede ser definida también, como la cualidad de la persona para funcionar física, psicológica y sociológica que capacita a el o ella para luchar con una variedad de situaciones

personales y sociales. Es la capacidad para luchar con o adaptarse a las disrupciones entre los componentes orgánicos, social y personal de el sistema de salud individual. (OMS, 2001)

- **Salud Pública:** el arte y ciencia de prevenir enfermedad, prolongar la vida, promocionar y mantener la salud mental, física y social y la rehabilitación ocupacional a través de esfuerzos organizados de la sociedad en sus varios niveles para el saneamiento del ambiente, control de las enfermedades transmisibles, educación en higiene personal, organización de los servicios médicos y de enfermería y el desarrollo de la maquinaria social para asegurar, a cada uno, un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. La salud pública focaliza primariamente en la salud de las poblaciones, comunidades y organizaciones, más que en individuos, y acepta la responsabilidad social.

- **Sistema:** es el conjunto de elementos que están relacionados, unos con otros, por medio de características comunes para obtener un resultado. Un sistema simple está compuesto de elementos relacionados a la *entrada, proceso y salida*. Un sistema de salud incluye todos aquellos elementos que van más allá de sólo ser salida, y son los resultados e impactos. Los sistemas de salud son sistemas abiertos en los que el comportamiento tiene un contexto de medio ambiente que responde a factores políticos, sociales, culturales y económicos, con

laxos de retroalimentación entre todos ellos. Los sistemas de salud están para servir a las comunidades, y por lo tanto, responden a sus necesidades y expectativas. Los sistemas se relacionan en términos de la naturaleza, por ejemplo: atención de salud por propósito, provisión de servicio. El término es, a menudo, utilizado para reflejar una red conceptual organizativa. No necesariamente representa una red funcional. (GTZ,2001)

- **Sistema de Gestión:** es el marco de procesos y procedimientos utilizados para asegurar que la organización puede lograr todas las tareas requeridas para alcanzar sus objetivos. (GTZ, 2001)

- **Sistema de información en salud:** es un esquema para coleccionar datos que provee información acerca del impacto de los programas de educación en salud y el efecto que se está teniendo en un grupo meta o comunidad. (GTZ,2001)

- **Sostenibilidad:** se logra cuando se ha dotado de la experiencia, la responsabilidad y los recursos para aplicar, adaptar, continuar y desarrollar a una organización. La sostenibilidad permanece en el tiempo. (GTZ,2001)

- **Umbral:** es el requerimiento mínimo aceptable para alcanzar el estándar y medir el indicador de calidad. (GTZ, 2001).

- **Usuario:** es el árbitro final de la calidad del servicio que se brinda. Cualquiera que se beneficia de o es afectado por el proceso, los productos o servicios proveídos en los establecimientos incluyendo toda la organización. Implica al personal (usuario interno) como a las personas que se benefician de los servicios de salud. (GTZ,2001)

INTRODUCCIÓN

Cuando estamos sanos, todos tenemos buenos consejos para los enfermos
Terencio

Un sistema de salud comprende las diferentes actividades que tienen como fin principal promover, reestablecer y mantener la salud. Cada país tiene su sistema de salud con sus características y particularidades. La integración y la vigilancia no determinan la existencia del sistema, pero pueden contribuir de manera significativa.

La mayoría de la información acerca de los sistemas de salud se refiere sólo a la prestación de servicios o a la inversión en ellos; es decir, al sistema de atención de salud, incluidas las intervenciones preventivas, curativas y paliativas, independientemente de que esté orientado a los individuos o las poblaciones.

La creación de los sistemas de salud modernos han generado mayor diferenciación y especialización de las aptitudes y las actividades. También han representado un cambio significativo en la distribución de la carga económica de la mala salud. El costo de la atención sanitaria representaba solamente una pequeña parte de las pérdidas económicas, porque esa atención era relativamente barata y, en gran parte, ineficaz. Las pérdidas en productividad siguen siendo sustanciales, especialmente en los países más pobres, pero el aumento en la

duración de la vida y la disminución en la discapacidad significan que, cada vez, es más frecuente que la carga económica influye positivamente en los sistemas de salud. Los recursos dedicados a los sistemas de salud se distribuyen de manera muy desigual y no guardan ninguna proporción con la distribución de los problemas de salud.

Actualmente, en los países desarrollados y en muchos países de ingresos medianos, el gobierno se ha convertido en parte fundamental de la política social y de la atención sanitaria. Su participación está justificada, tanto por motivos de equidad, como por motivos de eficiencia; sin embargo, en los países de ingresos bajos, donde los ingresos públicos totales para todos los usos son escasos y la capacidad institucional en el sector público es débil, el financiamiento y la prestación de los servicios de salud está, en gran parte, en las manos del sector privado; en muchos de estos países gran parte de la población de bajos recursos no tienen acceso a una atención básica.

Los sistemas de salud tienen como objetivo, según la OMS, alcanzar el mejor nivel de atención y garantizar la equidad, accesibilidad, universalidad y cobertura en materia de salud para la población, logrando así una mejor calidad de vida.

La OMS ha diseñado un sistema de evaluación de los sistemas de salud basado en cinco indicadores: nivel global de salud de la población; desigualdades (o disparidades) dentro de la población; nivel global de capacidad de respuesta del

sistema de salud (una combinación entre satisfacción del paciente y qué tan bien funciona el sistema); distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población (percepción de la gente con diferentes niveles económicos sobre qué tan bien son atendidos por el sistema de salud); y distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población (quién paga los costos).

Los logros de los sistemas de salud miden los resultados y determinan cómo se están alcanzando los objetivos de buena salud, capacidad de repuesta y equidad de la contribución financiera. El desempeño es comparar los logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr; es decir, determinar lo que podría lograrse con los mismos recursos. El mejoramiento de la salud es la razón de ser de un sistema de salud e indudablemente su meta primordial o definitoria.

La necesidad de contribuir al mejoramiento del sistema de salud de Colombia, nos llevó a compararlo con los sistemas de salud de América donde se evalúan las características que los conforman, su desempeño, reformas, entre otras. De igual manera, se hizo acopio de información bibliográfica que permitió analizarla de manera sistemática para cumplir con los objetivos del estudio.

El estudio arrojó que Colombia ocupa una posición, en términos generales intermedia, la cual debe ser mejorada a partir de acciones gubernamentales eficaces orientadas a proporcionar una mayor equidad.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de sistemas de salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS, abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud.

Los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y el conjunto de las medidas que se adoptan con la finalidad de mejorar la salud. Durante varios siglos los sistemas de salud se caracterizaron por estar, en su mayoría, conformados por entidades privadas o caritativas que, en su conjunto han sido ineficaces. Para el presente siglo los sistemas de salud han experimentado un crecimiento significativo a medida que se adquieren y aplican nuevos conocimientos.

La importancia, la estructura, las características, la evolución, las reformas, el desempeño y las tendencias de los sistemas de salud en el mundo han sido objeto de innumerables investigaciones de organismos y estudiosos del tema, de los cuales, se citan aquellos que, a juicio de los investigadores, han hecho importantes aportes para una mejor comprensión de cómo operan y funcionan dichos sistemas, así:

La Organización mundial de la salud en su más reciente estudio denominado: *"informe sobre la salud en el mundo 2000"*, destaca la importante contribución que los sistemas de salud han hecho en procura de mejorar la salud de la población mundial; pero de igual forma, afirma dicho estudio que su contribución podría ser aún mayor, especialmente para los pobres y, que si no se ha alcanzado todo lo que esos sistemas pueden dar, ello se debe a fallas sistémicas y no a limitaciones técnicas.

Infante Alberto, De la Matta Isabel y López A. Daniel (1999) en la investigación denominada *"Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencia"* presentan un análisis de la situación de las reformas del sector de la salud y sus tendencias al finales de la década de los noventa de 20 perfiles de sistemas de servicios de salud concluidos por la Organización Panamericana de la Salud, OPS; pudiendo presentar resultados sólo para los ocho países que proporcionaron la información pertinente.

Franco G., Álvaro (2000) en el estudio titulado *"Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina"* analiza las principales propuestas y vertientes de reforma de la seguridad social que se dan en el mundo, pero con mayor especificidad en América Latina.

López A., Daniel y cols (1996) en el documento técnico preparado para la quinta conferencia internacional sobre promoción de la salud, denominado *"La*

Reorganización de los Sistemas y Servicios de Salud con criterios de Promoción de la Salud” destaca que las motivaciones impulsoras de las reformas de salud se han centrado, hasta ahora, en factores económicos, quedando relegadas las consideraciones de equidad y las preocupaciones de salud pública; de igual forma, la calidad de la atención y, más concretamente, el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

Restrepo CH., Guillermo y González Q., Juan Carlos (2001) en el artículo titulado *“Algunos Aspectos sobre la Situación Actual de Salud en Colombia y sobre su Sistema de Seguridad Social”*, afirma que, si bien es cierto, que a partir de 1993 con la aprobación de la Ley 100, ha habido un aumento muy importante en los aportes dedicados a la salud (4.8% del PIB en 1997 comparado con el 1.3% que se destino en 1993), esto no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas, tal como debiera esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad.

De todo lo expuesto anteriormente por los diferentes autores anotados y por otros que no se incluyen; es importante resaltar que, la mayor preocupación cuando de gestión y reformas de sistemas de salud se trata, está directamente relacionada con aspectos tales como: la eficiencia, el mejoramiento de la calidad de atención sanitaria, la equidad, ampliación de cobertura, sostenibilidad financiera y reorientación en la asignación de recursos, entre otros; debido a que los sistemas

de salud tienen no sólo, la responsabilidad de mejorar la salud de las personas, si no de protegerlas contra pérdidas financieras del costo de la enfermedad y de tratarlas con dignidad.

Teniendo en cuenta que las responsabilidades arriba anotadas como prioritarias de los sistemas de salud no siempre se alcanzan, generalizándose la insatisfacción pública; es importante para los investigadores conocer: ¿cómo operan y funcionan los sistemas de salud en el mundo y particularmente en los países americanos?, ¿qué relación existe entre los sistemas de salud de los países americanos?, ¿qué relación existe entre los sistemas de salud americanos y el sistema de salud colombiano?

1.2. JUSTIFICACIÓN

En todos los países del mundo, y especialmente en los americanos, los sistemas de salud y sus reformas son temas de mucha controversia debido a las múltiples falencias que se han venido presentando en los diferentes organismos del sector salud; por ello se ha decidido realizar una investigación que permita identificar los sistemas predominantes en los diferentes países de América con el objeto de conocer cómo es su estructura, su funcionamiento y cómo éstos han contribuido a mejorar la calidad de vida de la población mundial

1.3 PROPÓSITO

A partir de una revisión bibliográfica de los diferentes modelos que operan en el mundo y especialmente en países del continente americano se quiere dar a conocer las principales características de dichos modelos.

Este estudio será de gran utilidad para los profesionales de la salud, debido a que presenta en forma práctica, sencilla y amena, la estructura, el funcionamiento, la evolución, y el desempeño de los modelos de salud de los países seleccionados; así como también, sus diferencias y semejanzas, lo cual permitirá tener una visión mucho más clara de los sistemas descritos, permitiendo poder compararlos con el modelo colombiano, para posteriormente observar en que estado se encuentra nuestro país frente a los otros modelos americanos.

1.4. MARCO DE REFERENCIA

Para efectos de este trabajo de investigación y para una mejor comprensión del tema seleccionado se tendrán en cuenta un marco legal, un marco conceptual y un marco teórico

1.4.1 Marco Legal. Con el propósito de comprender y comparar los sistemas de salud del mundo, y especialmente, de los países americanos, se hace necesario contextualizar el modelo colombiano dentro de la normatividad vigente en el país

para el sector salud, así como su consecuente evolución en algunos momentos de gran significancia para la aparición y desarrollo del modelo actual.

El Sistema de Salud en Colombia ha tenido varias reformas desde el año 1946, cuando se crea el Ministerio de Higiene como organismo encargado de dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada en todas sus ramas y la asistencia pública en el país (*Congreso de Colombia, Ley 27 de 1946, Art. 1.*). Por otra parte, el sistema de seguridad en Colombia se remonta a 1945 y 1946, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión –CAJANAL- y el Instituto Colombiano de Seguro Social –ICSS-, hoy Instituto de Seguros Sociales. (Jaramillo, Iván, 1999). La reorganización del sistema nacional de salud –SNS- se dio en 1975 por medio de los decretos 056, 350 de 1975, con los cuales se trató de racionalizar y armonizar el esfuerzo que tanto las entidades privadas como las instituciones públicas venían haciendo en materia de asistencia pública; mucho después con la Ley 12 de 1986 y su decreto reglamentario 77 de 1987 se descentralizó la función de inversión de infraestructura en los entes territoriales.

En 1990, aparece la Ley 10, por medio de la cual se reorganiza el sistema nacional de salud –SNS-, asignando prioritariamente a los municipios la dirección y prestación de servicios del primer nivel de atención; posteriormente la Constitución Política, C.P de 1991 retomó como antecedente inmediato el esquema organizativo propuesto el esquema organizativo propuesto por la ley 10 de 1990 y en su artículo 49 precisó: “los servicios de salud se organizaran en

forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad (...)" (Jaramillo, 1999).

El sistema de seguridad social, como fenómeno moderno desarrollado en Colombia durante las últimas décadas y que conciernen a todas las personas, aparece consignado en el artículo 48 de la C.P., donde se declara a la seguridad social como un servicio público a cargo del Estado, dando origen posteriormente a la ley 100 de 1993.

Con la ley 100 de 1993 se establece en Colombia el sistema de seguridad social integral, que acogió como líneas centrales de la reforma la separación entre los regímenes contributivo y subsidiado en un contexto de competencia, libre elección, solidaridad y universalidad.

Para consolidar el modelo de seguridad social integral en el país, recientemente el Congreso de la República expide la LEY 790 del 2002, por medio de la cual se fusionan los ministerios de trabajo y seguridad social con el ministerio de salud, conformando el actual ministerio de la protección social. Luego a través del decreto 205 de 2003 se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del ministerio de la protección social, organismo rector del sistema de seguridad social en el país.

Así mismo, en la actualidad existe una amplia gama de leyes que rigen el sector salud; por ello se ha decidido presentar de manera cronológica la normatividad vigente para el sector, relacionadas con la organización y prestación de los servicios de salud en el sistema de salud colombiano, tal como se muestra en tabla 1.

TABLA 1. Reglamentación Legal en el Sistema de Salud Colombiano

NORMA	BREVE DESCRIPCIÓN	REGLAMENTACIÓN	APLICACIÓN
Ley 9 de 1979, Título 4 del art. 155 al 242. CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan normas sanitarias para la prevención de los agentes biológicos, físicos o químicos que alteran las características del ambiente externo de las instituciones hospitalarias.	Resolución 4445 de 1996, reglamenta el título 4 de esta ley en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares	Prevención y control de los agentes biológicos, físicos o químicos que alteren las características del ambiente.
Ley 10 de 1990 CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud. Se declara la salud como un servicio público, esencial y obligatorio. Establece un sistema de fijación de normas de calidad para los servicios de salud.	Deroga los decretos extraordinario 350, 356 y 526 de 1975	Profundiza la descentralización de la salud, asignando responsabilidades a los entes territoriales, declarando la salud como servicio público y creando la asistencia pública dentro del Sistema de Salud vigente.
Constitución Política de Colombia de 1991: Art. 48, 49, 78, 82, 365 y 366 CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Declara la salud y la seguridad social como servicios públicos a cargo del Estado, asigna nuevas formas de financiación y establece para el sistema de salud los principios de equidad, calidad y universalidad.	Deroga la Constitución Política de 1886.	Establece los pilares básicos de la reforma al sistema de salud vigente en el país, para dar paso al sistema de seguridad social en salud, con la aprobación de los artículos 48 y 49, principalmente.

...viene tabla 1

NORMA	BREVE DESCRIPCIÓN	REGLAMENTACIÓN	APLICACIÓN
Ley 100 de 1993, capítulo 2, Art. 185 al 193. CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral: subsistema de pensiones, de seguridad social en salud y de riesgos profesionales.	Reglamentación de los artículos 48 y 49 de la C.P., principalmente	Nace un nuevo modelo de salud, sustentado en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.
Ley 715 de 2001 CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por el cual se crea el Sistema General de Participaciones, se reorganizan competencias y recursos para los niveles territoriales en materia de salud, educación y saneamiento básico.	Deroga la Ley 60 de 1993, reglamenta los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política	Reordena las competencias en materia de salud para los diferentes niveles territoriales, entre las cuales, le corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del SGSSS.
Resolución 4445 de 1996 MINISTERIO DE SALUD	Por la cual se establecen las normas para el cumplimiento del contenido de la ley 9 del 79 en lo referente a condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios.	Ley 9 de 1979, Título IV	Orienta a todos los prestadores de servicios de salud en el cumplimiento de las normas sanitarias en cuanto las instituciones hospitalarias.
Decreto 2309 de 2002 MINISTERIO DE SALUD	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conformado por: el sistema único de habilitación, la auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad.	Reglamente Ley 9, ley 10, ley 100 de 1993 y 715 de 2001 y C.P de 1991 (art. 189) Deroga el decreto 2174 del 96, los artículos 4 al 9 del decreto 2240 del 96, los decretos 1392 y 2753 del 97, el decreto 204 del 98, artículo 42 del Decreto 1546 del 98 y el artículo 24 del decreto 047 del 2002	Aplica a todos los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS, EAS, las empresas de medicina prepagada y Entidades Territoriales de Salud, en cuanto a la obligatoriedad de implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

...viene tabla 1t

NORMA	BREVE DESCRIPCIÓN	REGLAMENTACIÓN	APLICACIÓN
Resolución 001439 de 2002 MINISTERIO DE SALUD	Adopta los formularios de inscripción y de novedades para el registro especial de prestadores de servicio de salud, los manuales estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.	Reglamenta la Ley 100 de 1993, el decreto 1152 de 1999, la ley 715 de 2001 y el decreto 2309. Deroga las resoluciones 0320 y 4252 del 97, los artículos 3, 7, 9 y 10 del anexo técnico de la resolución 2927 de 1998, 0238 de 1999, los artículos 3.4.12.13.14.15.16.17 y 21 de la resolución 0196 de 2002.	Proporciona a los prestadores de servicios de salud los formularios de inscripción y novedades en el registro especial, así como identificación de los estándares tecnológicos y científicos mínimos para la habilitación, así como el respectivo manual (proceso obligatorio para prestadores de SS.)
Resolución 001474 de 2002 MINISTERIO DE SALUD	Define las funciones de la entidad acreditadora y adopta los manuales de estándares del sistema único de Acreditación,	Reglamenta la Ley 100, la Ley 715, el decreto 1152 de 1999 y el 2309 de 2002.	Manual de Estándares de acreditación de IPS, EPS, ARS, EAS. Empresas de medicina prepagada del Sistema Unico de Acreditación.

Fuente: Barragán y Cols. Estudio comparativo de los sistemas de salud americanos, frente al sistema Colombiano. Bogotá, 2003

1.4.2. Marco Conceptual. A continuación se relacionan una serie de definiciones inherentes a los sistemas de salud y sus componentes más relevantes, así:

✓ **ACCESIBILIDAD:** posibilidad de ser atendido por los servicios. Hay por lo menos tres tipos: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y 3) sociales o culturales (barreras por pautas, del idioma, etc.).

✓ **ACTIVIDAD O ACCIÓN DE SALUD:** todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud. (OMS, 2000)

✓ **BIENESTAR:** conjunto de condiciones que permiten a las personas vivir libremente; desarrollarse completamente como personas humanas; conseguir seguridad, paz, justicia, tranquilidad, resolver necesidades vitales, etc. ((SAMUELSON P., NORDHAUS W., 1996)

✓ **CALIDAD:** con relación a este concepto son muchos los aportes hechos por diferentes autores, entre los cuales se pueden destacar las siguientes definiciones de dicho concepto:

"Lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos". (Donabedian, 1984).

"La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario". (Palmer, 1989).

"Atender perfectamente, de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario". (Falconi, 1992).

“El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”. (Ley 100 de 1993, art.. 152.)

✓ **DESARROLLO:** existen diferentes definiciones del concepto de desarrollo, dependiendo de la perspectiva que se le mire. Como crecimiento implica: *“condiciones económicas mejorantes, aumento del ingreso per cápita y mejoras en términos de indicadores económicos”*. Desde la perspectiva del Estado: *“Un proceso de una serie de etapas a través de las cuales se van alcanzando niveles hasta llegar a un Estado ideal”*. Como cambio social: *“proceso deliberado y consciente que tiene por finalidad igualdad de oportunidades sociales, económicas y políticas tanto en la vida “normal” como en relación con patrones más elevados del bienestar. (SAMUELSON P., NORDHAUS W., 1996) .*

✓ **DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD:** compara los logros con lo que el Sistema debería ser capaz de lograr, es decir determinar lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos. (OMS, 2000).

✓ **EFICIENCIA:** La habilidad para minimizar el uso de recursos en el logro de los objetivos organizacionales. *“hacer las cosas correctamente”*. (STONER y FREEDMAN, 1994).

✓ **EFICIENCIA:** es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. (Ley 100, 1993)

✓ **EQUIDAD:** es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población. (Galán, 2000).

La equidad en salud se entiende como la igualdad de oportunidades que deben tener todas las personas para alcanzar su pleno potencial de salud sin desventaja, si elle puede evitarse; lo cual es distinto de la equidad en la prestación de servicio de salud, que se define a partir de tres premisas: igual acceso a los servicios de salud para igual necesidad, igual uso de servicios para igual necesidad e igual calidad de la atención para todos. (Hernández, 1995).

El sistema de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa. (Ley 100, Art. 152).

✓ **OPORTUNIDAD:** corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso. (GALAN, 2000).

✓ **PERTINENCIA:** es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que sus beneficios potenciales (Ministerio de Salud, Decreto 2309 de 2002).

✓ **SALUD:** el concepto de salud ha evolucionado a través del tiempo, dentro de los cuales se destacan según la OMS los siguientes:

“Estado de armonía física y equilibrio funcional que se traduce en silencio orgánico”.

“Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad”.

“Producto de un proceso en el que interactúan numerosos elementos y factores del ambiente y del individuo o grupo en el que se afecta dicho proceso”

“Resultante de factores biológicos, ambientales, comportamentales y de servicios de salud”.

“Resultado del sentido de coherencia del hombre con su ambiente”

La última definición de salud dada por la OMS, es la siguiente: *“completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. Puede ser definida como la cualidad de la persona para funcionar física, psicológica y sociológica que capacita a el o ella para luchar con una variedad de situaciones personales y sociales. Es la capacidad para luchar con o adaptarse a las disrupciones entre los componentes orgánicos, social y personal del sistema de salud individual”.*

✓ **SEGURIDAD SOCIAL:** es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr bienestar individual y la integración de la comunidad (Ley 100, 1993)

✓ **SISTEMAS DE SALUD:** el concepto de sistemas de salud abarca a todas las organizaciones, las instituciones y los recursos destinados a producir actividades de salud, cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. (OMS, 2000).

✓ **UNIVERSALIDAD:** es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. (Ley 100, 1993).

✓ **USUARIO:** los usuarios son definidos con relación a un determinado proceso. Son los que reciben el producto o servicio resultante de un proceso. En estos términos pueden ser usuarios internos o externos respectivamente, cuando el producto es intermedio, o cuando se trata de un producto final de la actividad de la organización.

1.4.3 Marco Teórico. La necesidad a nivel mundial de los gobiernos de mejorar la calidad de vida de sus habitantes, conllevó a la estructuración de los sistemas de salud con el fin de brindar una atención digna a las personas a lo largo de la vida, proporcionándoles un desarrollo sano y como consecuencia, un aporte al mejoramiento de su país.

La mejora en salud es, sin lugar a duda, el principal objetivo del sistema de salud, pero no el único. En realidad el objetivo de una mejor salud tiene dos vertientes: primero, se debe alcanzar el mejor nivel posible; es decir, el sistema debe ser bueno; segundo, se debe lograr que hayan pocas diferencias entre las personas; es decir, debe ser equitativo. En este sentido un sistema es bueno cuando la gente está conforme y es equitativo si no discrimina a nadie.

La aparición consecuente de un hospital dotado de profesionales y tecnología reavivó la esperanza de vida de la población. Este a su vez forma parte de un complejo servicio de salud vinculado simultáneamente a una amplia red de personas e intervenciones que procuran medir, mantener y mejorar la salud de las diferentes poblaciones durante toda la vida.

Todos los aspectos relacionados con la evolución y desarrollo de los Sistemas de Salud en el mundo han sido objeto de investigaciones y análisis por estudiosos del tema, principalmente por la Organización Mundial de la Salud.

El mencionado Organismo en su más reciente estudio denominado: *"informe sobre la salud en el mundo 2000"*, se realizó un estudio descriptivo, comparativo y evaluativo del desempeño de los sistemas de salud. Concluye que dichos sistemas han sido objeto durante los últimos 100 años de varias generaciones de reformas, incluida la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y la ampliación de los planes de seguro social, más tarde llegó la promoción de la atención primaria de salud como vía para alcanzar una cobertura universal asequible; convirtiéndose éste en el objetivo para todos los sistemas. A pesar de todo esta opción ha sido criticada por no ocuparse lo suficiente de la demanda de atención por la población.

Durante el último decenio se ha producido un desplazamiento progresivo del interés hacia el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

denominada “Nuevo Universalismo”, tratando de llegar a toda la población con una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, costos y aceptabilidad social. En los últimos 20 años se ha pasado de las economías de planificación centralizada a las economías de mercado, a una disminución de la intervención del Estado en las economías nacionales. Como resultado se observa el aumento de la demanda y de las presiones que han de soportar el Sistema de Salud, tanto en el sector público como en el privado en todos los países, mostrando que la capacidad del gobierno para financiar y prestar servicios tiene un límite.

Existía la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera a los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles. De esta manera, la segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud una ruta para alcanzar la cobertura asequible de toda la población. Este enfoque reflejaba la experiencia adquirida con los proyectos de control de enfermedades de los años cuarenta en países como Sudáfrica, la República Islámica de Irán y la antigua Yugoslavia.

También se basaba en los éxitos y en los experimentos de China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, la República Unida de Tanzania y el estado de Maharashtra en la India. Algunos de estos países, y otros como Costa Rica y Sri Lanka, lograron resultados de salud muy buenos a un costo relativamente

pequeño, y en tan sólo 20 años se agregaron de 15 a 20 años a la esperanza de vida al nacer.

En cada caso, había un compromiso muy fuerte de velar por que todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, alimentos y educación, junto con su suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico. Al adoptar la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de “salud para todos” en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS/UNICEF, celebrada en 1978. (OMS, 2000).

En los países desarrollados, la atención primaria se ha integrado mejor en la totalidad del sistema, quizá porque se ha asociado más con el ejercicio de la medicina general y familiar y con proveedores de un nivel más bajo como las enfermeras de atención directa y los asistentes médicos.

En muchas de las reformas actuales de la tercera generación se incorporan las ideas de responder más a la demanda tratando, cada vez, de lograr el acceso para los pobres y haciendo hincapié en el aspecto financiero, incluidos los subsidios, y no solamente en la prestación de servicios por el sector público. Estas tentativas son más difíciles de caracterizar que las reformas anteriores, porque obedecen a una mayor diversidad de razones e incluyen mayor experimentación.

En parte, reflejan los profundos cambios políticos y económicos que se han venido produciendo en el mundo. Para finales de los años ochenta, estaba en marcha en China, Europa central y la antigua Unión Soviética la transformación de las economías centralizadas en economías de mercado. (OMS, 2000).

La mejora de la salud, es sin lugar a dudas, la meta primordial de un sistema de salud. Sin embargo, como la atención sanitaria puede ser catastróficamente costosa, y la necesidad de recibirla imprevisible, los mecanismos para distribuir los riesgos y ofrecer protección financiera son importantes. Por consiguiente, otra meta de los sistemas de salud es la equidad de la contribución financiera. La tercera meta, es la capacidad de respuesta de las expectativas de la población con respecto a asuntos que no están ligados a la salud, refleja la importancia de respetar la dignidad de la gente, su autonomía y el carácter confidencial de la información. La OMS ha realizado una importante tarea de obtención de datos para determinar en que medida los sistemas de salud de los Estados Miembros están alcanzando las metas que les competen.

La OMS diseña un sistema de evaluación de los sistemas de salud, basado en cinco indicadores: *nivel global de salud de la población; desigualdades (o disparidades) dentro de la población; nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud (una combinación entre satisfacción del paciente y qué tan bien funciona el sistema); distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población (percepción de la gente con diferentes niveles económicos sobre qué*

tan bien son atendidos por el sistema de salud); y distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población (quién paga los costos).

Algunos otros hallazgos en el Informe anual de la OMS incluyen:

- En Europa, los Sistemas de salud de países mediterráneos tales como Francia, Italia y España son los que se ubican en los niveles más altos en el continente. Noruega, ubicada en el puesto 11, es la nación escandinava mejor calificada.
- Colombia, Chile, Costa Rica y Cuba son los países mejor calificados entre las naciones latinoamericanas -lugares 22, 33, 36 y 39 en el mundo, respectivamente-.
- Singapur, ubicado en el 6º lugar, es el único país asiático además de Japón que se encuentra entre los primeros 50 países.
- En el Pacífico, Australia se ubica en el lugar 32 en el mundo, mientras que Nueva Zelanda ocupa el 41.
- En el Medio Oriente y África del Norte, muchos países quedaron ubicados en los niveles altos: Omán se encuentra en el 8º lugar en el

mundo, Arabia Saudita en el puesto 26, los Emiratos Árabes Unidos en el 27 y Marruecos en el 29.

En la investigación denominada *“Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencia”* se siguió una metodología empleada con anterioridad, en la cual se organizó el análisis en dos niveles: 1) seguimiento de los procesos (dinámica y contenidos) y 2) evaluación de los resultados. En términos de la dinámica de los procesos, el artículo presenta un análisis del contexto y de los actores involucrados en las distintas fases de las reformas: su génesis, diseño y negociación, implementación y evaluación. Respecto a los contenidos de las reformas se describen y analizan los hallazgos organizados en doce grandes campos temáticos. La evaluación de los resultados se hace sobre los 8 países que proporcionaron información pertinente y debe considerarse preliminar. No obstante, el artículo presenta la información detallada sobre los resultados de las reformas en términos de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social. También examina las posibles causas y factores condicionantes de los resultados observados. (INFANTE A., DE LA MATTA I. y LÓPEZ D., 2000)

El estudio titulado *“Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina”*, es un estudio tipo descriptivo el cual debate de manera integral el tema de la seguridad social que se da en el mundo pero con mayor especificidad en América

Latina. Analiza algunas alternativas en el caso de salud, la “reforma sectorial”. Parte, en el orden internacional de la gran megatendencia de finales del siglo XX, la globalización, condicionante y determinante de los diferentes procesos de reformas y de la crisis de la seguridad social; pero, a su vez, eje importante de debate de las reformas en salud y seguridad integral en el mundo. Se identifican algunas tendencias en pensiones y en seguridad social de acuerdo con otros estudios internacionales. (Franco G., Álvaro, 2002)

El documento técnico preparado para la quinta conferencia internacional sobre promoción de la salud, denominado *“La Reorganización de los Sistemas y Servicios de Salud con criterios de Promoción de la Salud”* presenta: el contexto de las reformas del sector salud en los últimos 20 años, donde se resalta el esfuerzo generalizado para introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, similares en la mayoría de los países del mundo. También presenta este informe los cinco principios orientadores de las reformas del sector salud, con los cuales la OPS propuso realizar seguimiento a las reformas del sector y evaluarlas; tales son los principios de: equidad, eficacia y calidad, participación social, eficacia y sostenibilidad. De igual forma, presenta objetivos y estrategias para la reorientación de sistemas y servicios de salud, con el propósito de que éstos no se centren únicamente en factores económicos. (LÓPEZ, Daniel y cols., 1996).

El artículo titulado *“Algunos Aspectos sobre la Situación Actual de Salud en Colombia y sobre su Sistema de Seguridad Social”*, realiza un análisis comparativo entre el Sistema Nacional de Salud (antes de 1993) con el modelo vigente, implementado a partir de 1993 con la aprobación de la Ley 100, donde los resultados del estudio apuntan hacia un aumento muy importante en los aportes dedicados a la salud (4.8% del PIB en 1997 comparado con el 1.3% que se destino en 1993), pero a la vez concluye que ello no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas, tal como debiera esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad. Concluyen los investigadores sobre la concepción actual de la prestación de servicios de salud como un negocio y no como un servicio social, aún bajo el esquema de la seguridad social. (Restrepo CH., Guillermo y González Q., Juan Carlos, 2001).

Las naciones que cuentan con los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta son los Estados Unidos, Suiza, Luxemburgo, Dinamarca, Alemania, Japón, Canadá, Noruega, los Países Bajos y Suecia. La razón por la que todas estas son naciones industriales avanzadas es porque varios de los elementos que forman parte de la capacidad de respuesta dependen en gran medida de la disponibilidad de recursos. Además, muchos de estos países fueron los primeros que empezaron a adecuar la capacidad de respuesta de sus sistemas de salud a las necesidades de las personas. (GURI Juan Carlos, 2000).

Justicia de la contribución financiera: Los países se ubicaron de manera diferente en la lista. La medición se basa en la fracción de la capacidad de gasto de un hogar (ingreso menos gastos de alimentación) que se destina a la atención a la salud (incluyendo pago de impuestos, seguridad social, seguros privados y pagos de bolsillo). De acuerdo con ello, Colombia fue el país que se colocó a la cabeza en esta categoría, seguida por Luxemburgo, Bélgica, Djibouti, Dinamarca, Irlanda, Alemania, Noruega, Japón y Finlandia.

Colombia ocupó el primer lugar porque, en ese país, alguien con un ingreso bajo puede gastar el equivalente de un dólar al año en atención a la salud, mientras que un individuo con ingresos altos gasta 7.6 dólares. (GURI Juan Carlos, 2000).

En materia de justicia en el financiamiento, en América del Norte, Canadá quedó en primer puesto; primer lugar que ocupa Cuba entre las naciones latinoamericanas y del Caribe.

Nivel Global de Salud: Para evaluar la salud general de la población y poder así juzgar qué tanto se está logrando el objetivo de una buena salud, la OMS escogió la medida de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD, o DALE por sus siglas en inglés). Tiene la ventaja de ser directamente comparable con la

esperanza de vida y puede cotejarse fácilmente entre las poblaciones. (GURI Juan Carlos, 2000).

El Informe presenta estimaciones de esperanza de vida ajustada por discapacidad para todos los países. Se estima que EVAD es igual o mayor de 70 años en 24 países, y de 60 años en más de la mitad de los estados miembros de la OMS. En el otro extremo se encuentran 32 países en los que se estima que la esperanza de vida ajustada por discapacidad es menor a 40 años. Muchos de estos países se caracterizan por la presencia de grandes epidemias de VIH/Sida, entre otras causas.

Distribución de la Salud en las Poblaciones: Según el Informe, no basta con proteger o mejorar la salud promedio de una población si, al mismo tiempo, la desigualdad se exagera o se mantiene elevada porque los logros obtenidos benefician de manera desproporcionada a aquellos que ya gozan de una mejor salud. (GURI Juan Carlos, 2000).

La capacidad de respuesta incluye dos componentes básicos. Estos son (a) respeto por las personas (incluyendo la dignidad, el derecho a la confidencialidad y la autonomía de los individuos y las familias para decidir acerca de su propia salud, y (b) la orientación al cliente (incluyendo una atención expedita, el acceso a

redes de apoyo social durante la atención, la calidad de las comodidades básicas y la elección del proveedor).

Distribución del Financiamiento: existen buenas y malas maneras de captar los recursos necesarios para un sistema de salud, pero éstas serán mejores o peores fundamentalmente en la medida que afecten la justicia con que la carga financiera es compartida. El financiamiento justo, como su nombre lo sugiere, tiene que ver únicamente con la distribución. (GURI Juan Carlos, 2000).

Comparando el sistema de Salud de Colombia, y los de América latina, encontramos grandes similitudes, ya que integran las mismas características en su organización y tiene como meta la equidad, universalidad, accesibilidad, cobertura. Principios que hacen parte de las cinco prioridades de evaluación instauradas por la OMS. De igual forma, en el resto del mundo los sistemas de salud tratan de cumplir los mismos objetivos, a diferencia de que ellos llevan mayor trascendencia en el largo camino de la perfección; por tal razón, en el momento presentan menos fallas que las presentes en los sistemas de América.

1.5. OBJETIVO

1.5.1. Objetivo General. Describir los diferentes sistemas de salud en el mundo y especialmente en América y realizar comparaciones con el modelo colombiano.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar las fuentes de información necesaria con el fin de conocer los sistemas de salud predominantes en América y sus características más sobresalientes.
- Describir los aspectos más relevantes que caracterizan a un sistema de salud en América.
- Identificar los perfiles de los sistemas de salud en los países americanos.
- Describir las características más sobresalientes de cada uno de los diferentes sistemas de salud así: cobertura, calidad, financiación, planes y programas, metas y funciones, logros y desempeño, formas de organización y evolución.
- Realizar un análisis comparativo de los sistemas de salud de los países americanos frente al sistema de salud colombiano.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Revisión Bibliográfica comparativa y desarrollo de multimedia

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Sistemas de salud en el mundo, en Latinoamérica y Colombia

2.3 UNIDADES TEMÁTICAS

- Sistemas de Salud
- Perfiles de los sistemas de salud en América.
- Perfil del sistema de salud en Colombia
- Estudio comparativo entre los sistemas de salud de América en relación con Colombia.

2.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS. Para efectos de orientar La revisión crítica de la literatura existente se diseñó la matriz bibliográfica, relacionada en la tabla 2.

TABLA 2. Matriz Bibliográfica

NO. ORDEN	REFERENTE BIBLIOGRÁFICO	FUNCIÓN DE LA REVISIÓN	TEMA
1	AGUDELO, Carlos. http://www.medicina.unal.edu.co/red/Análisis.html . 2001; p 1,4	Enfoque teórico	Cómo aproximarse al análisis de los sistemas de salud y sus reforma?
2	AGUDELO, Carlos. Un nuevo sistema de salud. El reto del siglo XXI. 1995.	Resultados	Un nuevo sistema de salud.
3	BAEZA, C. Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile. 1999.	Enfoque conceptual	Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile.
4	BAEZA, C. ¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina? Santiago, Chile. 1999.	Enfoque teórico	Ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina
5	BAEZA, C. Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI. Santiago, Chile. 1999.	Fuente de ideas para la investigación	Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI.
6	BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Oxford University Press para el Banco Mundial. Washington. 1993.	Enfoque teórico	Informe sobre el desarrollo mundial de la salud
7	BENGOA, Rafael. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/extensiones/vol21/n2/salud1.html . 1998.	Enfoque teórico	Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los sistemas integrados de salud.
8	BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS-OMS, UNICEF. Acceso equitativo a los servicios de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Washington, 1995.	Enfoque conceptual	Reforma de la seguridad social en Colombia.

...continúa Tabla 1.

9	BOBADILLA, JL. El paquete universal de servicios esenciales de salud. México. 1994.	Enfoque teórico	Servicios esenciales de salud.
10	BOBADILLA, JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. México. 1997.	Enfoque teórico	Diferentes prioridades en materia de salud.
11	BOTERO, Ricardo A. http://www.Adecra.Org.ar/acreditación 2002.	Enfoque teórico	Las iniciativas de calidad en salud en la República Argentina.
12	CASTAÑO, R.A. Medicina, ética y reformas a la salud. Cargraphics. 1999.	Resultados	Reforma de los sistemas de salud en Colombia.
13	CASTAÑO, R.A. P. BERMÚDEZ, J.A. Rey. Equidad en el financiamiento de los servicios de salud en Colombia. Mimeo. 1999.	Resultados	Financiamiento en los servicios de salud en Colombia.
14	CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. http://www.cgh.org.co/garantiacalidad/download.htm . 2000.	Enfoque teórico	Consideraciones y definiciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia.
15	CÉSPEDES, J.E. Como consolidar la reforma de salud. Seguridad Social al Día, N. 2, julio. 1998.	Enfoque teórico	Consolidación de las reformas de salud.
16	CÉSPEDES, J.E. Consideraciones sobre la viabilidad financiera del sistema de seguridad social en salud. Gerencia Salud, N. 16, julio. 1998.	Enfoque teórico	Financiación en el sistema de seguridad social en salud.
17	CÉSPEDES, J.E. JARAMILLO, R. MARTINEZ y cols. Revista del programa de gerencia en salud. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Marzo de 2002.	Resultados y contexto legal	Reforma de la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud.
18	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política. 1991. Art. 48,49,78,82,78,82,365,366.	Contexto legal	Salud como servicio público y principios fundamentales del servicio.
19	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 9 de 1979. Título 4; artículos 155 al 242.	Contexto legal	Medidas sanitarias.
20	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990.	Contexto legal	Normas de calidad.
21	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100/1993. Art. 153.	Contexto legal	Fundamentos, exigencia de calidad en salud.
22	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 1993.	Contexto legal	Definición Sistema de habilitación y acreditación en salud.
23	CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 60 de 1993. Capitulo 4, artículos 21, 22, 27, 34.	Contexto legal	Disposiciones generales

...continúa Tabla 1.

24	CONTRERAS, Nelson. Reorganización del sistema nacional de salud. Volumen 1. Bogotá. 1990. p. 355.	Contexto legal	Reorganización del sistema nacional de salud.
25	CONTRERAS, Nelson. DIAZ, Eduardo. GALAN, Ricardo. GONZALES, Edgar. JARAMILLO, Iván. Reorganización del sistema nacional de salud. Volumen 1. Bogotá. 1990. p. 363-387.	Contexto legal	Reorganización del sistema nacional de salud.
26	DONADEBIAN, A. Quality, cost, and health: an integrative model. Medical Care. 1982.	Enfoque conceptual	Quality, cost, and health: an integrative model.
27	FERNANDEZ, G. El nuevo sistema de salud en Colombia. Castillo Editores. 1996.	Contexto legal y resultados	Nuevo sistema de salud en Colombia.
28	FRANCO, Alvaro. Revista de salud publica, Vol. 7. El Salvador. 2002.	Enfoque teórico y resultados	Sistemas provisionales, salud y reformas en América latina.
29	GOMEZ DE LEON, Patricia. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Revista Vía Salud. Vol. 20. http://www.cgh.org.co/garantiacalidad/download.htm . 2001.	Enfoque conceptual	Calidad en salud.
30	GRANADOS, Ramón y GÓMEZ, María. http://www.Medicina.Unal.Edu.co/ . 2000.	Resultados	La reforma de los sistemas de salud en Chile-Colombia: resultados y balance.
31	GURÍ, Juan Carlos. Sistemas de salud en el mundo. http://www.who.int/whr . 2000.	Resultados	Informe mundial de la OMS 2000.
32	HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries. Durham, New Hampshire, September 10-13. 1993.	Enfoque teórico	International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries.
33	HARVARD UNIVERSITY. La reforma del sector salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Harvard School of Public Health. 1996.	Contexto legal y resultados	Implementación del sector salud en Colombia.
34	HERNÁNDEZ, A.R. Criterios metodológicos para la medición de inequidades en salud y en la prestación de servicios de salud en Colombia. Tesis de grado, maestría en administración en salud. Universidad Javeriana. Bogotá. 1995.	Enfoque teórico y fuente de ideas para la investigación	Medición en la prestación de los servicios de salud en Colombia.
35	INFANTE, Alberto. DE LA MATA, Isabel. LOPEZ, Daniel. Revista Panamericana de la Salud Publica.	Enfoque teórico y resultados	Reforma de los sistemas de salud en América latina y el caribe

	2000.		situación y tendencias.
--	-------	--	-------------------------

...continúa Tabla 1

36	JARAMILLO, Iván. El futuro de la Salud en Colombia. Editorial FESCOL, 4ta. Edición. Bogotá 1999.	Contexto conceptual	Propósitos de la Ley 100 de 1993, principio de calidad en la ley 100.
37	JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Política Social, mercadeo y descentralización. Primera edición. Bogotá. Fundación corona. 1994.	Contexto legal y enfoque teórico	Futuro de la salud en Colombia.
38	JARAMILLO, Iván. Ley 100 de 1993 cinco años después. Cuarta edición. 1999.	Contexto legal	El futuro de la salud en Colombia.
39	JARAMILLO PEREZ, Iván. El derecho a la salud, estado actual y perspectivas, los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia. Bogotá. 1995.	Contexto legal y enfoque teórico	Derecho a la salud.
40	JARAMILLO PEREZ, Iván. Hacia un sistema de salud eficiente, solidario y universal, en reforma de seguridad social en salud. Fescol. Bogotá. Abril de 1992. p. 63.	Fuente de ideas para la investigación	Hacia un sistema de salud eficiente, solidario y universal, en reforma de seguridad social en salud.
41	JARAMILLO PEREZ, Iván. La experiencia chilena y las enseñanzas para Colombia. Bogotá. Mayo de 1993.	Fuente de ideas para la investigación	La experiencia chilena y las enseñanzas para Colombia.
42	LONDOÑO, J.L. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Heath Policy. 1997	Fuente de ideas para la investigación	Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America.
43	LONDOÑO, JL. Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana. Revista de análisis económico. 1996.	Fuente de ideas para la investigación	Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana.
44	LOPEZ, Daniel. GOEMZ, Paulina. MACHADO, Heloiza. Instituto Nacional de Salud en Colombia. 2001.	Fuente de ideas para la investigación	La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud componente decisivo de las reformas del sector de la salud.
45	MALAGON LONDOÑO, y cols. Auditoria en salud. Editorial Panamericana. 1998.	Enfoque conceptual	Garantía de la calidad.
46	MARINA, Cesar. http://www.monografias.com/trabajos	Enfoque teórico y resultados	Sistemas de salud en tres países (Israel,

	11/arsisalud/shtml.2000		Colombia y Argentina).
--	--	--	------------------------

...continua Tabla 1.

47	MARSET CAMPOS, J.M. y cols. Análisis comparativo de los sistemas de salud. Salud Publica. McGraw Hill Interamericana. 1998.	Fuente de ideas para la investigación y discusión	Análisis comparativo de los sistemas de salud.
48	MC PAKE. B. La reforma del sector salud: ¿equidad y eficiencia en conflicto?, informando y reformando. 1999.	Contexto legal y enfoque teórico	La reforma del sector salud en Colombia.
49	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1439 de 2002. Colombia.	Contexto Legal	Formulario de inscripción para el registro de prestadores de servicios de salud.
50	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1474 de 2002. Colombia.	Contexto Legal	Funciones de la entidad acreditadora y manuales de estándares del sistema único de habilitación.
51	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 2309 de 2002. Colombia.	Contexto Legal	Se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de salud del S.G.S.S.S.
52	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1298 de 1994. Colombia.	Contexto Legal	Fomento de salud y de prevención de la enfermedad.
53	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4445 de 1996. Colombia.	Contexto Legal	Normas para el cumplimiento de las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios.
54	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2174 de 1996. Colombia.	Contexto Legal	Se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del S.G.S.S.S.
55	MINISTERIO DE SALUD. Salud para todos en el año 2000. Tercera evaluación. Guyana. 2000.	Resultados	Salud para todos en el 2000 en Guyana.
56	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Análisis y tendencias de la salud en Uruguay. Montevideo. Septiembre 1998.	Resultados	Análisis y tendencias de la salud en Uruguay.
57	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. La salud del Uruguay en cifras. Montevideo. 4 de abril del 2002.	Resultados	La salud del Uruguay en cifras.
58	MINISTERIO DE SALUD. Plan nacional de salud. Costa Rica. 1999-2004.	Resultados	Plan nacional de salud.

--	--	--	--

...continua Tabla 1.

59	MINSA- OPS. Cuentas nacionales en salud 1997-1998. Documento de trabajo preliminar. Base de datos Lima, Perú. 2001.	Enfoque teórico y resultados	Cuentas nacionales de salud en el Perú.
60	MOLINA, Carlos Gerardo. El gasto publico en salud y distribución de subsidios en Colombia. Bogotá. 1993.	Resultados	El gasto publico en salud y distribución de subsidios en Colombia.
61	MUSGROVE, P. Reformas al sector salud en Chile: contexto, lógica y posibles caminos. Santiago, Chile. 1995.	Resultados	Reformas del sector salud en Chile.
62	NAVARRO, V. Sistemas de salud en los países desarrollados. Salud Publica. McGraw Hill Interamericana. 1998.	Enfoque teórico	Sistemas de salud en países desarrollados.
63	OLEA, Alonso. Asociación profesional del cuerpo superior de técnicos de la administración de la seguridad social. Volumen 8 y 9. http://www.foross.org/revista04/a03.htm . 2003.	Enfoque teórico	La descentralización de las políticas de la protección social en la constitución española y en los estatutos de autonomía.
64	ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Estudios de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina. Santiago, Chile. 1999.	Fuente de ideas para la investigación	Estudios de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina.
65	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Base de datos de la OMS sobre los perfiles de salud. 2000.	Resultados	Perfiles de los sistemas de salud.
66	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza. 2000.	Enfoque teórico y resultados	Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
67	OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos. 2001.	Enfoque teórico y resultados	Situación de salud en las Américas: indicadores básicos.
68	OPS. Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington. 1995.	Enfoque teórico y resultados	Financiación del sector salud en América Latina y el Caribe.
69	OPS. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Panamá. Junio de 1999.	Resultados	Desarrollo de los sistemas y servicios de salud en Panamá.
70	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Argentina: Condiciones de salud en las Américas. Vol. II. Washington. 1998.	Enfoque teórico y resultados	Condiciones de la salud en las Américas.

--	--	--	--

...continua Tabla 1

71	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/argpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Argentina.
72	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/belpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Belice.
73	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/bolpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Bolivia.
74	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/brapres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Brasil.
75	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/canpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Canadá.
76	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/chipres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Chile.
77	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/corpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica.
78	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/cubpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Cuba.
79	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/ecupres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador.
80	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/elspres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de El Salvador.
81	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/elspres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Estados Unidos.

	reform.org/spanish/usapres.doc . 2002.		
--	--	--	--

...continua Tabla 1

82	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/guapres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Guatemala.
83	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/quypres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Guyana.
84	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/haipres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Haití.
85	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/honpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Honduras.
86	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/jampres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Jamaica.
87	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mexpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de México.
88	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/nicpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Nicaragua.
89	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/panpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Panamá.
90	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/parpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Paraguay.
91	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/perpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Perú.
92	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/repres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de República Dominicana.

	reform.org/spanish/dorpres.doc . 2002.		
...continua	Tabla 1.		
93	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/surpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Suriname.
94	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/trtpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Trinidad y Tobago.
95	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/urupres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay.
96	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/venpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Venezuela.
97	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/colpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia.
98	RAMOS, Eduardo. VI encuentro de investigación. Revista ACFO. 1995.		La consulta privada y la agremiación de odontología frente a la reforma a la seguridad social.
99	RESTREPO, Juan Guillermo. http://www.minsalud.gov.co . 2001.	Resultados	Algunos aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y sobre su sistema de seguridad social.
100	RESTREPO, M. La reforma a la seguridad en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. CEPAL 47. Serie Financiamiento del desarrollo. 1997.	Contexto legal y enfoque teórico	Reforma de seguridad social en salud en Colombia.
101	ROBINSON, R. Evaluating the national health service reform. Oxford: Policy Journals, Transaction Books. 1994.	Contexto teórico	Evaluating the national health service reform.
102	RODRIGUEZ, Augusto http://www.unab.com/ . 2001.	Contexto conceptual	Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor.
103	ROEMER, M. National Health System of the World. Volumen 1. Oxifor University Pres. New York. 1991.	Enfoque teórico y fuente de ideas para la investigación	National Health System of the World.

...continua Tabla 1.			
104	ROSENBERG, J.M. Diccionario de administración y finanzas. Océano/Centrum. España. 1996.		Glosario.
105	SALINAS, H. Las reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso. Santiago, Chile. 1999.		Las reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso.
106	TOBAR, Federico. El gasto en salud en Argentina y su método de calculo. Serie ediciones Isalud N. 5. Buenos aires. 2002.		El gasto de salud en Argentina.
107	TRIBIÑO, C.J. Calidad de la atención a los usuarios de los servicios públicos domiciliarios. Editorial biblioteca jurídica Dike. Bogotá, 1995.	Enfoque conceptual	Experiencias de calidad de la atención en otros sectores.
108	WALLACE, Steven. ENRRIQUEZ-HAASS, Vilma. Revista Panamericana de salud Publica, Vol. 10 No.1. Washington. 2001.		Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención medica en vías de cambio para los adultos mayores.
109	WORLD HEALTH ORGANIZATION. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen, Denmark: WHO. 1997.		European health care reform. Analysis of current strategies.
110	YEPES, F.J. La salud en Colombia. Documento general, tomo I, Departamento Nacional de Planeación.		La salud en Colombia.

Fuente: Barragán y cols. Estudio comparativo de los sistemas de salud Americanos con el sistema Colombiano. 2003

2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de la presente investigación se revisaron 110 obras representadas entre textos, artículos científicos y revistas especializadas. Seguidamente se procedió a diseñar la matriz bibliográfica que permitió derivar las unidades temáticas que constituyen la parte sustantiva de la investigación.

La matriz Bibliográfica se diseñó utilizando como referencia el modelo propuesto por POLIT, D. y HUNGLER B y consistió, en una tabla de tres columnas en la cual se relacionaron: primero el referente bibliográfico; segundo la función de la revisión en cuanto a el contexto legal, contexto conceptual, enfoque metodológico y fuente de ideas para la investigación y tercero el tema utilizado para la investigación.

Posteriormente, haciendo uso de la tecnología, se desarrollo una multimedia que permitiese la utilización del material objeto de la investigación para fines didácticos, de una manera práctica, sencilla y amena; para la cual se utilizaron los programas Photo Shop 7.0, Flash MX, Flash media placer 6 y Cool Edit Pro.

3. RESULTADOS

3.1. SISTEMAS DE SALUD

3.1.1 Características y roles de los sistemas de salud. Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Los sistemas de salud están formados por las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud.

Tres Generaciones de Reformas de los Sistemas de Salud: a lo largo del siglo XX, han habido tres generaciones superpuestas de reformas del sistema de salud; estas surgieron, no sólo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino también porque se buscaba mayor eficiencia, justicia y capacidad de respuesta a las expectativas para quienes sirven los sistemas. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

La primera generación se caracterizó por la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de seguro social, principalmente, en los años cuarenta y cincuenta en los países más ricos y un poco después en los más pobres. Para finales de los sesenta, muchos sistemas fundados 10 ó 20 años antes estaban sometidos a

fuertes presiones. Los costos se incrementaban, especialmente, a medida que el volumen y la intensidad de la atención hospitalaria aumentaban por igual en los países desarrollados y en vía de desarrollo. En los sistemas con cobertura nominal para toda la población, quienes más utilizaban los servicios de salud seguían siendo los que tenían mejor situación económica, y los intentos para llegar a los pobres solían ser incompletos. Demasiadas personas seguían dependiendo de sus propios recursos para pagar los servicios de salud, y a menudo sólo podían obtener atención de poca calidad (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Estos problemas eran evidentes, y cada vez más agudos, en los países más pobres. Las potencias coloniales de África y Asia, y los gobiernos de América Latina habían establecido servicios de salud que, en su mayoría, excluían a las poblaciones indígenas. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Existía entonces, la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera a los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles. De esta manera, la segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud una ruta para alcanzar la cobertura accequible de toda la población. Este enfoque reflejaba la experiencia adquirida con los proyectos de control de enfermedades de los años cuarenta en países como Sudáfrica, la República Islámica de Irán y la antigua Yugoslavia. También se basaba en los éxitos y en los experimentos de China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, la República Unida de Tanzania y el estado de Maharashtra en la India. Algunos de

estos países, y otros como Costa Rica y Sri Lanka, lograron resultados de salud muy buenos a un costo relativamente pequeño, y en tan sólo 20 años se agregaron de 15 a 20 años a la esperanza de vida al nacer. En cada caso, había un compromiso muy fuerte de velar porque todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, alimentos y educación junto con un suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico. Al adoptar la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de “salud para todos” en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS/UNICEF, celebrada en 1978. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

El término “primario” pronto adquirió una variedad de connotaciones, algunas de ellas de carácter técnico (relacionadas ya sea con el primer contacto con el sistema de salud, el primer nivel de atención, los tratamientos sencillos que podían ser suministrados por proveedores con poco adiestramiento, o las intervenciones para atacar las causas primarias de las enfermedades) y otras de índole política (dependiendo de la acción multisectorial o de la participación comunitaria). La multiplicidad de significados y sus consecuencias, a menudo contradictorias para la política, explican por qué no hay un sólo modelo de atención primaria y por qué ha sido difícil imitar los ejemplos exitosos de los países o estados que aportaron las primeras pruebas de que podía lograrse un mejoramiento sustancial de la salud a un costo asequible. (Organización Mundial de la salud, 2000).

En muchos países se hicieron considerables esfuerzos por adiestrar a trabajadores comunitarios de salud para que prestaran servicios básicos y eficaces en función del costo, en establecimientos rurales sensibles a la población que, hasta ese momento, tenían poco o ningún acceso a la moderna atención en salud. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

En los países desarrollados, la atención primaria se ha integrado mejor en la totalidad del sistema, quizá porque se ha asociado más con el ejercicio de la medicina general y familiar y con proveedores de un nivel más bajo como las enfermeras de atención directa y los asistentes médicos.

En muchas de las reformas actuales de la tercera generación se incorporan las ideas de responder más a la demanda, tratando cada vez de lograr el acceso para los pobres y haciendo hincapié en el aspecto financiero, incluidos los subsidios, y no solamente en la prestación de servicios por el sector público. Estas tentativas son más difíciles de caracterizar que las reformas anteriores, porque obedecen a una mayor diversidad de razones e incluyen mayor experimentación. En parte, reflejan los profundos cambios políticos y económicos que se han venido produciendo en el mundo. Para finales de los años ochenta, estaba en marcha en China, Europa central y la antigua Unión Soviética la transformación de las economías centralizadas en economías de mercado. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

La acentuada intervención estatal en las economías estaba perdiendo credibilidad en todas partes, lo que condujo a la venta o liquidación de las empresas del estado, a la promoción de más competencia, tanto interna como externa, a la reducción de los controles y las reglamentaciones gubernamentales y, en general, a dejar la situación librada a las fuerzas del mercado. Desde el punto de vista ideológico, esto significa asignar mayor importancia a la capacidad de decisión y a la responsabilidad individual. Por el lado político, significaba limitar las promesas y las expectativas acerca de lo que debían hacer los gobiernos, en particular, por conducto de los ingresos generales, para ajustarse mejor a su verdadera capacidad financiera y de organización. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

3.1.2 Informe Mundial de la OMS. La Organización Mundial de la Salud ha llevado a cabo el primer análisis de su tipo sobre el conjunto de sistemas de salud del mundo. Mediante la utilización de cinco indicadores de desempeño para medir los sistemas de salud en 191 Estados miembros, ha encontrado que Francia proporciona la mejor atención, seguida, entre otros países, por Italia, Omán, Austria y Japón. (GURI Juan Carlos, 2000).

En comparación con los demás países, el sistema de salud de los EE.UU. es el que gasta una mayor proporción de su producto interno bruto, pero se ubica, según su desempeño, en el lugar 37 de 191 países. (GURI Juan Carlos, 2000).

El Reino Unido, que gasta sólo el 6% del PBI en servicios de salud, se ubica en el

lugar 18. Diversos países pequeños -San Marino, Andorra, Malta y Singapur- se encuentran cercanos a Italia, país que quedó ubicado en segundo lugar.

La Dra. *Gro Harlem Brundtland*, Directora General de la OMS, comenta: "El principal mensaje de este informe es que la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo dependen de manera crítica del desempeño de los sistemas de salud que las atienden. Aun así, existe una gran variación en este desempeño, incluso entre países con niveles similares de ingreso y gasto en salud. Es esencial que los tomadores de decisiones comprendan las razones subyacentes para que así ocurra, de forma que el desempeño del sistema y, por lo tanto, la salud de las poblaciones, puedan ser mejorados". (GURI Juan Carlos, 2000).

El Dr. Christopher Murray, Director del Programa Global de Investigación para las Políticas de Salud dice: "Aunque ha habido avances significativos en las décadas pasadas, prácticamente todos los países están sub-utilizando los recursos de que disponen. Esto conduce a un gran número de muertes prevenibles y discapacidades, sufrimiento innecesario, injusticia, desigualdad y negación de los derechos básicos a la salud del individuo". (GURI Juan Carlos, 2000).

El informe continúa afirmando que el efecto de las fallas en los sistemas de salud es más grave en los pobres, a quienes se suma en una mayor pobreza por falta de protección financiera contra la enfermedad. "A los pobres se les trata con menos respeto, se les ofrecen menos opciones de prestadores de servicios y

comodidades de menor calidad”, asegura Brundtland. “Al tratar de comprar salud con lo que pueda salir de sus bolsillos, terminan pagando sólo para volverse más pobres”.

El informe sobre la Salud Mundial menciona que las fallas de muchos sistemas de salud son:

- Muchos ministerios de salud se centran en el sector público y con frecuencia pasan por alto la atención a la salud en el sector privado, con frecuencia de mucho mayor tamaño.
- En muchos países, algunos médicos, si no es que la mayoría, trabajan simultáneamente para el sector público y en la práctica privada. Esto significa que el sector público termina subsidiando la práctica privada no oficial.
- Muchos gobiernos fracasan en evitar un “mercado negro” en salud en el que la corrupción generalizada, el soborno, el “ejercicio indebido de dos empleos” y otras prácticas ilegales florecen. Los mercados negros, que en

sí son resultado del mal funcionamiento de los sistemas de salud y de los bajos ingresos del personal de salud, debilitan aún más dichos sistemas.

- Muchos ministerios de salud no logran hacer cumplir las regulaciones que ellos mismos han creado o que se supone deben hacer valer en beneficio del interés público.

El Dr. Julio Frenk, Director Ejecutivo del área de Investigación e Información para las Políticas de Salud, comenta: "Al proporcionar una guía comparativa sobre lo que funciona y lo que no funciona, podemos ayudar a los países a aprender uno del otro y, por lo tanto, a mejorar el desempeño de sus sistemas de salud".

El Dr. Philip Musgrove, redactor en jefe del informe, comenta: "El estudio de la OMS considera que no sólo se trata del total que se invierte, o de dónde se ubican geográficamente los centros de atención. Lo que importa es el equilibrio entre los insumos -por ejemplo, es necesario contar con el número adecuado de enfermeras por médico-". (GURI Juan Carlos, 2000).

La mayor parte de los países que quedaron ubicados en los niveles más bajos se encuentran localizados en la región del sur del Sahara, donde la esperanza de vida es baja. En razón de la epidemia del Sida, la esperanza de vida saludable

para los bebés que nazcan en muchos de estos países en el año 2000 habrá descendido a 40 años o menos. Una recomendación clave derivada del Informe se refiere a la necesidad de que los países amplíen el seguro de salud de forma que la mayor proporción posible de población quede cubierta. (GURI Juan Carlos, 2000).

La OMS considera que es mejor efectuar, tanto como sea posible, “pre-pagos” por concepto de atención a la salud, ya sea en forma de seguros, impuestos o seguridad social. Mientras que el promedio del gasto privado en salud en los países industriales es sólo de cerca de 25 por ciento en razón de la cobertura universal de la salud (excepto en los Estados Unidos, donde es del 56%), en la India, el 80 por ciento de los costos de atención a la salud de las familias son cubiertos en forma de gastos de bolsillo en el momento de recibir la atención. El Dr. Frenk, comenta: “Los seguros protegen a la gente contra los efectos catastróficos de la mala salud.

Lo que se está constatando es que en muchos países, los pobres gastan un mayor porcentaje de sus ingresos en atención a la salud que los ricos”. Agregó que en diversas naciones “sin una red de seguro para la protección de la salud, muchas familias tienen que gastar más del 100% de su ingreso en atención a la salud cuando enfrentan una urgencia repentina. En otras palabras, la enfermedad las conduce inevitablemente al endeudamiento”. (GURI Juan Carlos, 2000).

Al diseñar el marco de referencia para el desempeño del sistema de salud, la OMS ha labrado un nuevo terreno metodológico al usar una técnica nunca antes empleada para los sistemas de salud. Esta compara el sistema de cada país contra lo que los expertos estiman como el límite superior de lo que puede lograrse con el nivel de recursos disponibles en ese país; también mide los avances del sistema de cada nación en comparación con los de otros países.

El sistema de evaluación de la OMS se basó en cinco indicadores: nivel global de salud de la población; desigualdades (o disparidades) dentro de la población; nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud (una combinación entre satisfacción del paciente y qué tan bien funciona el sistema); distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población (percepción de la gente con diferentes niveles económicos sobre qué tan bien son atendidos por el sistema de salud); y distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población (quién paga los costos). Algunos otros hallazgos en el Informe anual de la OMS incluyen:

- ✓ En Europa, los Sistemas de salud de países mediterráneos tales como Francia, Italia y España son los que se ubican en los niveles más altos en el continente. Noruega, ubicada en el puesto 11, es la nación escandinava mejor calificada.

✓ Singapur, ubicado en el sexto lugar, es el único país asiático además de Japón que se encuentra entre los primeros 50 países.

✓ En el Pacífico, Australia se ubica en el lugar 32 en el mundo, mientras que Nueva Zelanda ocupa el 41.

✓ En el Medio Oriente y África del Norte, muchos países quedaron ubicados en los niveles altos: Omán se encuentra en el octavo lugar en el mundo, Arabia Saudita en el puesto 26, los Emiratos Árabes Unidos en el 27 y Marruecos en el 29.

✓ Acorde con el informe mundial de la salud de la OMS Colombia ocupa el primer lugar en el mundo en cuanto a equidad de la contribución financiera a los sistemas de salud en todos los estados miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997.

Las naciones que cuentan con los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta son los Estados Unidos, Suiza, Luxemburgo,

Dinamarca, Alemania, Japón, Canadá, Noruega, los Países Bajos y Suecia. La razón por la que todas estas son naciones industriales avanzadas es porque varios de los elementos que forman parte de la capacidad de respuesta dependen en gran medida de la disponibilidad de recursos. Además, muchos de estos países fueron los primeros que empezaron a adecuar la capacidad de respuesta de sus sistemas de salud a las necesidades de las personas. (GURI Juan Carlos, 2000).

Justicia de la contribución financiera: Los países se ubicaron de manera diferente en la lista. La medición se basa en la fracción de la capacidad de gasto de un hogar (ingreso menos gastos de alimentación) que se destina a la atención a la salud (incluyendo pago de impuestos, seguridad social, seguros privados y pagos de bolsillo). De acuerdo con ello, Colombia fue el país que se colocó a la cabeza en esta categoría, seguida por Luxemburgo, Bélgica, Djibouti, Dinamarca, Irlanda, Alemania, Noruega, Japón y Finlandia.

Colombia ocupó el primer lugar porque, en ese país, alguien con un ingreso bajo puede gastar el equivalente de un dólar al año en atención a la salud, mientras que un individuo con ingresos altos gasta 7.6 dólares. (GURI Juan Carlos, 2000).

Los países con financiamiento menos justo de su sistema de salud son Sierra Leona, Myanmar, Brasil, China, Vietnam, Nepal, la Federación Rusa, Perú y Camboya. Brasil, una nación de ingreso medio, se ubica en los últimos lugares de este cuadro en razón de los elevados gastos de bolsillo que la población destina para cubrir la atención sanitaria.

El mismo razonamiento es válido para el caso peruano. En el caso de la Federación Rusa, la crisis económica de los '90 se ha traducido en una reducción severa del gasto gubernamental en salud y condujo a un incremento de los gastos de bolsillo. (GURI Juan Carlos, 2000).

En materia de justicia en el financiamiento, en América del Norte, Canadá quedó en primer puesto, lugar que ocupa Cuba entre las naciones latinoamericanas y del Caribe.

Nivel Global de Salud: Para evaluar la salud general de la población y poder así juzgar qué tanto se está logrando el objetivo de una buena salud, la OMS escogió la medida de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD, o DALE por sus siglas en inglés). Tiene la ventaja de ser

directamente comparable con la esperanza de vida y puede cotejarse fácilmente entre las poblaciones. (GURI Juan Carlos, 2000).

El Informe presenta estimaciones de esperanza de vida ajustada por discapacidad para todos los países. Se estima que EVAD es igual o mayor de 70 años en 24 países, y de 60 años en más de la mitad de los estados miembros de la OMS. En el otro extremo se encuentran 32 países en los que se estima que la esperanza de vida ajustada por discapacidad es menor a 40 años. Muchos de estos países se caracterizan por la presencia de grandes epidemias de VIH/Sida, entre otras causas.

Distribución de la Salud en las Poblaciones: Según el Informe, no basta con proteger o mejorar la salud promedio de una población si, al mismo tiempo, la desigualdad se exagera o se mantiene elevada porque los logros obtenidos benefician de manera desproporcionada a aquellos que ya gozan de una mejor salud. (GURI Juan Carlos, 2000).

La capacidad de respuesta incluye dos componentes básicos. Estos son (a) respeto por las personas (incluyendo la dignidad, el derecho a la

confidencialidad y la autonomía de los individuos y las familias para decidir acerca de su propia salud, y (b) la orientación al cliente (incluyendo una atención expedita, el acceso a redes de apoyo social durante la atención, la calidad de las comodidades básicas y la elección del proveedor).

Distribución del Financiamiento: Existen buenas y malas maneras de captar los recursos necesarios para un sistema de salud, pero éstas serán mejores o peores fundamentalmente en la medida que afecten la justicia con que la carga financiera es compartida. El financiamiento justo, como su nombre lo sugiere, tiene que ver únicamente con la distribución. (GURI Juan Carlos, 2000).

No se relaciona con el monto total de los recursos, ni con la forma en que los fondos se utilicen. Los objetivos del sistema de salud no incluyen ningún nivel particular de gasto total, ya sea en términos absolutos o relativos al ingreso. Esto se explica porque, en todos los niveles de gasto, siempre existen otros usos posibles para los recursos dedicados a la salud.

3.1.3 Desempeño de los Sistemas de Salud

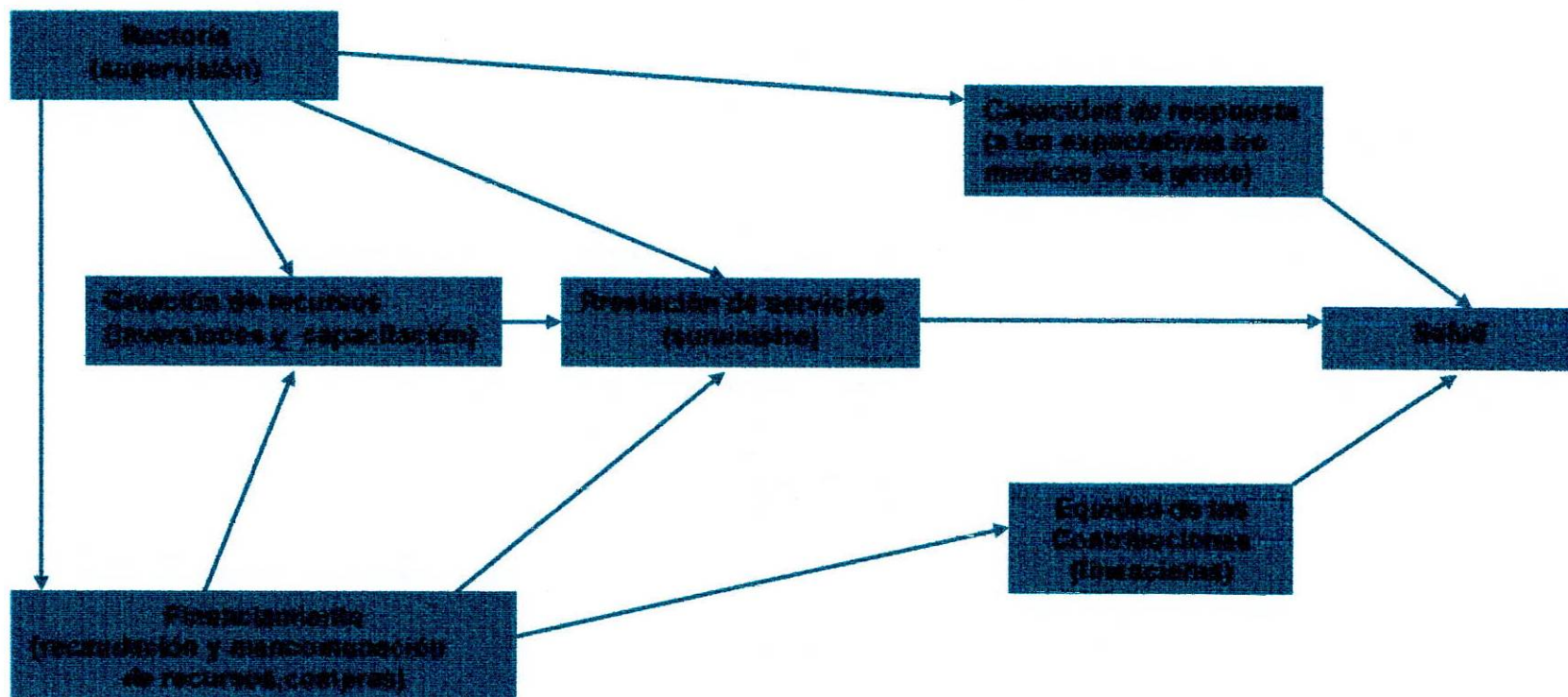
✓ *Logros y desempeño:* para determinar cuan bien hace su trabajo un sistema de salud hay que abordar dos cuestiones amplias. La primera es como medir los resultados que nos interesan, es decir determinar en que medida se están alcanzando los tres objetivos de buena salud, capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera (logros). La segunda es cómo comparar esos logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr, es decir, determinar lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos (desempeño). Aunque se puede avanzar en la lucha contra muchos de los problemas de la salud de la sociedad, algunas de las causas están completamente fuera del alcance de los sistemas de salud, aún cuando se los considere en un sentido amplio. Así como no se puede responsabilizar a estos últimos por los efectos del clima, tampoco se les puede exigir responsabilidades por factores tales como la distribución de los ingresos y la riqueza

✓ *Metas y funciones:* la mejora de la salud es la razón de ser de un sistema de salud e indudablemente su meta primordial: si los sistemas de salud no hicieran nada para proteger o mejorar la salud, no tendrían ninguna razón de ser. En la figura 1 se muestran las relaciones entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud.

Figura 1. Relaciones entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud

Funciones que desempeña el sistema

Objetivos del sistema



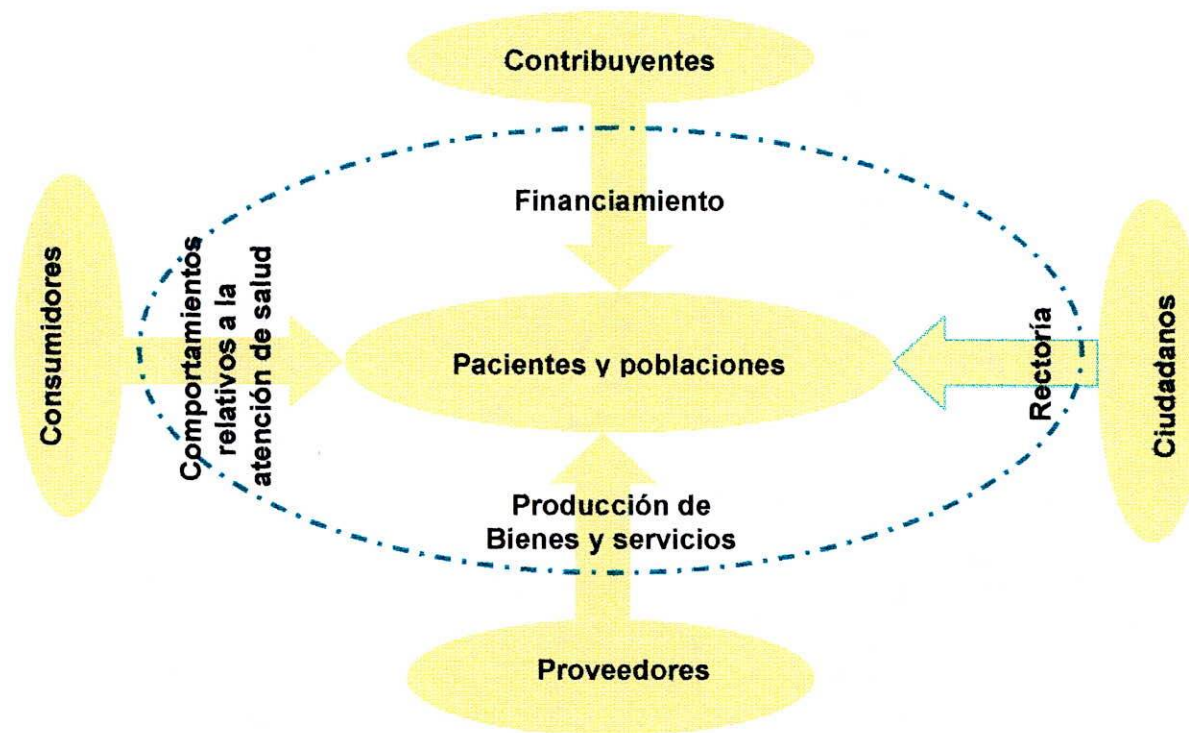
FUENTE: OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 2000; p 27

La figura 2 muestra como las personas y las poblaciones que conforman representan el epicentro en los sistemas de salud y como hacia ellos confluyen el financiamiento, el comportamiento relativo a la atención de salud, la producción de bienes y servicios y el sistema rectoral en concordancia con los anteriores están los contribuyentes, los consumidores, los proveedores y los ciudadanos.

3.2. PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN PAÍSES AMERICANOS

A continuación se presenta el perfil de los diferentes sistemas de salud de los países americanos, destacando las características comunes más relevantes. En el mapa de la figura 3 se muestran los 18 países seleccionados para tal fin

Figura 2. Las múltiples funciones de las personas en los sistemas de salud



Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 2002; p 57

3.2.1 Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Argentina. La República Argentina es un estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal en cuya virtud las Provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno Central. El organismo encargado de la salud es el Ministerio de Salud y Asistencia Social quien tiene a su cargo controlar las obras sociales, el cumplimiento del programa médico obligatorio pro parte de los agentes del seguros de salud, asegurar la calidad y cobertura del sistema, y la recuperación de costos en hospitales públicos.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* las obras sociales, cubren una población de 18.3 millones de personas. Así 20 agentes, alrededor del 7% cubren, algo más del 40% total. Otras 43 obras sociales, alrededor del 15%, cubren algo más que el 51%. Los valores máximos de cobertura privada voluntaria se dan en la región metropolitana y casi un 50% de la población no está cubierta por ningún tipo de seguro en las provincias.

✓ *Calidad:* la calidad de los servicios no se conoce como términos sistémicos. Debe destacarse que tanto el Gobierno Nacional, a través del Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, como organizaciones privadas dedican recursos para mejorar la atención.

✓ *Financiación:* el subsector público se encuentra financiado por los recursos del Estado, mientras que el subsector privado por los mismos usuarios.

✓ *Programas de salud:* el Ministerio de Salud y Asistencia Social presta servicios mediante programas tales como el de maternidad e infancia, de salud de la mujer, de comunicación social, de educación para la salud, de reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicios; de promoción y protección de la calidad del aire, la salud del trabajador; de control y de prevención de las enfermedades transmisibles y además programas de vacunación.

✓ *Logros y desempeño:* la salud en la república Argentina no ha demostrado mejoramiento notable en cuanto a la cobertura de la población y a la prestación de los servicios de salud por la falta de financiación y la dificultad de acceso a ella. La reforma sectorial se inició en 1993. los ejes centrales de la misma fueron asegurar un conjunto de prestaciones básicas a la población, dar mayor eficiencia a los recursos disponibles y mejorar la calidad de los servicios. En el 2000 la Reforma Sectorial se encontraba en la fase de puesta en marcha de los mecanismos de regulación y control previstos. Se definió el Plan Médico Obligatorio.

✓ *Metas y funciones:* el rol principal del MSAS ha sido la negociación intersectorial, el establecimiento de las políticas públicas y los marcos legales, el monitoreo, la difusión del conocimiento y otras funciones inherentes al nivel central.

✓ *Forma de organización:* el sector de la salud en la Argentina se estructura sobre tres subsectores principales; el subsector público integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial y la red de hospitales públicos, el subsector privado que incluye tanto la oferta de los profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud que atienden demandantes individuales, pero sobre todo, a los beneficiarios de las Organizaciones de Salud mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios; y por último el subsector mixto.

✓ *Evolución:* no se dispone de información sistemática para evaluar los resultados de los procesos mismos de la reforma. Existe el convencimiento de que el avance en la reforma sectorial se ha visto limitada por diversos factores como la retracción de los recursos antes de la consolidación de la desregulación, la insuficiente planificación de la Reforma y las diferencias entre los avances y retrocesos de la misma. Actualmente los principales problemas que afectan la situación en la salud con la deficiente articulación de los subsectores, la desigualdad de los niveles de atención de salud y el acceso limitado a determinados grupos poblacionales.

3.2.2 Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Belice. Belice es un estado soberano que se rige por los principios de la democracia parlamentaria. El Ministerio de Salud es responsable de la regulación y prestación de servicios sanitarios y del ejercicio de la autoridad sanitaria; lo cual incluye la organización de políticas y la planificación de los programas nacionales.

Características del sistema de salud

- ✓ *Cobertura:* en Belice hay 76 establecimientos públicos que incluyen 39 centros de salud y 37 puestos sanitarios rurales. Cada centro sanitario atiende de 2.000 a 4.000 personas. La cobertura es limitada, en especial en las zonas urbanas.

- ✓ *Calidad:* en la actualidad no existen programas para mejorar la calidad ni comités de ética para el examen del comportamiento profesional en ningún establecimiento público o privado. El mantenimiento habitual de los equipos corre riesgos debido a los recursos limitados que se asignan a esta causa, la escasez de personal capacitado y la inexistencia o uso limitado de protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo.

- ✓ *Financiación:* el gobierno central supervisa y controla el financiamiento del sector público. Existen mecanismos de recuperación de costos para los ingresos en hospitales y las pruebas de diagnóstico, pero el monto recuperado es mínimo. El financiamiento de donantes y los préstamos internacionales han sido la fuente primordial de apoyo en capital y en programas en Bélize.

- ✓ *Planes de Salud:* no existe un plan de seguro médico en este momento. La función de los Servicios de Seguridad Social de Bélize no se ha definido. El seguro médico no es parte de las prestaciones del Plan de Seguridad Social Vigente que solo cubre las enfermedades relacionadas con el trabajo. El sector privado opera

en dos categorías: organizaciones con o sin fines de lucro con distintas coberturas y capacidades.

✓ *Programas de salud:* por medio del establecimiento de coordinadores locales de promoción de la salud se contribuye a programas de educación y promoción de la salud.

✓ *Logros y Desempeño:* el gobierno es el principal proveedor de servicios de salud, lo cual incluye el suministro de fármacos, que en los últimos años han sido gratis para los pacientes. El modelo de organización predominante para los servicios de salud se ha caracterizado por su centralismo en cuanto tratamiento y enfermedad, y orientado al consumidor en su aspecto programático. Está basado en la equidad y la sostenibilidad, reconociendo la necesidad de descentralización, planificación participativa y programación a nivel de gestión y uso de un enfoque orientado al público a nivel programático, asegurando la prestación de un conjunto integral de servicios de salud.

✓ *Metas y Funciones:* el Ministerio de Salud estableció una Unidad de Planificación a cargo de la formulación de políticas, la planificación y coordinación de la ejecución de los servicios sanitarios; esta unidad es llamada actualmente Unidad de Políticas, Análisis y Planificación y es la encargada de prestar servicios de secretaría técnica y asesorar y ayudar a las entidades de gestión.

✓ *Forma de Organización:* el Gobierno de Belice cuenta actualmente con un total de ocho hospitales, uno en cada distrito, con excepción de los distritos de Cayo y Béliçe, que tienen dos cada uno.

✓ *Evolución:* la Ley del Seguro Social fue enmendada para posibilitar la introducción del Seguro Médico Nacional. El Proceso de Reforma Sanitaria en Béliçe se encuentra actualmente en la etapa de ejecución. Las áreas abordadas por el Proyecto de Reforma de las Políticas Sanitarias son la eficiencia en la asignación de recursos y la ampliación y diversificación de las fuentes de financiamiento.

3.2.3 Perfil del Sistema de Salud de Bolivia. Bolivia es una República democrática, representativa, unitaria y presidencialista. El Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) es el encargado de elaborar el Plan Estratégico de Salud (PES).

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* la red de servicios de salud cuenta con 40 hospitales generales, 30 especializados, 149 hospitales básicos, 986 centros de salud y 1.408 puestos de salud, de estos 2.613 establecimientos, 1.995 son del sector público, 197 de la Seguridad Social, 254 de ONGs, 101 de la Iglesia y 66 del sector privado. Sin embargo persisten las bajas coberturas del subsector público (30%). El subsector de la seguridad social representa el 25.8% de la cobertura poblacional, con un

crecimiento muy lento o muy negativo en los últimos años. Alrededor del 10% de la población se ve beneficiada por las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs).

✓ *Calidad:* no se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando; de establecimientos con comités de ética y/o control de comportamiento profesional establecido y funcionando; de establecimientos con programas de mejora de calidad y trato al usuario establecidos y funcionando.

✓ *Financiación:* las compañías de seguro constituyen un receptor de fondos para financiar servicios de salud del sector privado. El mayor ente financiador del sector público es el gobierno; el sistema de seguro social las empresas o instituciones; y el del sector privado los hogares.

✓ *Planes de salud:* las acciones de salud se sustentan en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES) a través del Plan Estratégico de Salud (PES) elaborado por el MSPS. Los lineamientos del PES se incorporan en los Planes de Desarrollo Departamentales (PDD) y municipales (PDM) mediante la conciliación entre la planificación indicativa en salud que el PES propone y la planificación participativa local, a nivel Municipal.

✓ *Programas de salud:* el Seguro Básico de Salud, otorga un total de 92 prestaciones de carácter promocional, preventivo y curativo. Entre ellas está la detección de la sífilis materna, incluida como el Subprograma de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita. Los programas prioritarios están orientados hacia los grupos vulnerables: menores de 5 años, mujeres en edad fértil y adolescentes; para ser ejecutados a través de acciones de promoción y prevención. Existen los Programas de Prevención de la Tuberculosis, rabia y enfermedad de Chagas. Entre los programas de detección precoz de patología se encuentra el de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino.

✓ *Logros y desempeño:* la institucionalización de los compromisos de gestión que se realiza con cada departamento y éste con el nivel local, en función a la gestión por resultados según metas establecidas, ha logrado avances y se ha sugerido ajustes para su desarrollo según evaluación externa realizada por OPS/OMS.

✓ *Metas y funciones:* el Plan Estratégico de Salud, tiene como objetivo construir el sistema Boliviano de Salud con acceso universal, en base a la atención primaria, a través de la medicina familiar y comunitaria, el escudo epidemiológico, el seguro básico, el seguro social a corto plazo, la promoción de municipios saludables y la carrera sanitaria, con participación y control social; en un proceso de inicio de la reforma que las autoridades intentan que culmine con la

Ley de la Salud, convirtiendo las políticas del Sector, real y efectivamente, en políticas de Estado.

✓ *Forma de Organización:* el Sistema de Salud consta de tres subsistemas: público, de la seguridad social y privado con o sin fines de lucro. La rectoría del Sistema de Salud es ejercida a nivel nacional por el Ministerio de Salud, a nivel departamental, dependientes de las Prefecturas Departamentales y en el ámbito Municipal los Distritos Sanitarios son responsables de la red local.

✓ *Evolución:* el proceso de Reforma del Sector Salud tiene sus orígenes en una serie de acontecimientos, entre los que destacan el impulso a la gestión, administración, y descentralización, el desarrollo de distritos, y la mejoría de la infraestructura. Posteriormente se crean los seguros materno-infantil y de vejez. El estado ha establecido reformas como las leyes de participación popular y de descentralización que marcan la redefinición de competencias en cuanto al sector salud. También mediante el decreto supremo promulga el seguro nacional de maternidad y niñez; más adelante se crea el seguro básico de salud.

3.2.4 Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Brasil. La República Federativa del Brasil esta constituida por un gobierno democrático, según lo establecido por la Constitución Federal de 1988. La Constitución implementa un Sistema Unificado de Salud, el cual es el encargado de conducir a los diferentes niveles del gobierno, entre ellos el Ministerio de Salud.

Características del Sistema de Salud

✓ *Cobertura:* el SUS es un sistema público de acceso universal, lo que explica porque no se ofrece en el país el seguro de salud pública. El sistema médico suplementario, que ofrece planes y seguros, cubre 24.5% de la población, mientras que 75% de la población de asegurados están cubiertos con planes y seguros médicos privados y 25% con sistemas para cubrir a los empleados del gobierno. Cerca del 25% de la población brasileña entre las edades de 5 y 19 (42 millones aproximadamente) no han visitado nunca un odontólogo. Un 76% de la población recibe exclusivamente atención del sistema público, mientras que un número significativo de aquellos cubiertos por el sistema suplementario también usa el sistema público, especialmente para procedimientos complejos y costosos.

✓ *Calidad:* se están adoptando varias medidas de mejoramiento de los sistemas para vigilar la calidad de atención percibida. La ley brasileña exige a las unidades de hospitales que establezcan un comité de infección como condición para la acreditación. Desde 1996, el Programa Brasileño para la Calidad y Productividad, bajo el auspicio del Ministerio de Salud, ha estado trabajando para evaluar y certificar los servicios de atención en salud. En 1997, el Ministerio de Salud lanzó un proyecto de acreditación de hospitales junto con otras instituciones. Se desarrollaron propuestas para el Sistema de Acreditación Nacional, normas básicas para la acreditación institucional y el Programa Brasileño de Hospital.

✓ *Financiación:* las acciones de salud y atención del Sistema Unificado de Salud se financian con ingresos de cada uno de los tres niveles del gobierno, junto con recursos de las transferencias intergubernamentales. El gasto nacional calculado en la salud, teniendo en cuenta los gastos públicos y privados por igual, ascendió a R\$352.59 per cápita. Los gastos del sector público representaron 62.6% de esta cantidad y 29.4% a atención médica suplementaria.

✓ *Planes de Salud:* el Ministerio de Salud ejecuta proyectos, con el fin de elaborar metodologías, y busca ampliar las actividades en la evaluación de tecnologías, evaluación económica, y evaluación del costo de los procedimientos del SUS. La Organización de Acreditación Nacional, coordina los mecanismos de acreditación para los servicios de atención sanitaria. El MINSA esta ejecutando la propuesta de una programación integrada basada en el consenso de acciones y servicios de salud. También ha puesto en práctica el Plan de Atención Básico (PAB), que usa el Ministerio de Salud como vehículo para la transferencia de los recursos, calculando un valor per cápita para los municipios que acuerden ejecutar un conjunto específico de acciones y servicios básicos.

✓ *Programas de Salud:* el Ministerio de Salud está en el proceso de lanzamiento del Sistema de Información del Presupuesto de salud pública, requerido para generar informes periódicos sobre el gasto de salud pública por cada uno de los tres niveles del gobierno.

✓ *Logros y Desempeño:* el perfil del sistema de salud del Brasil, se ha centrado más en la idea de buscar la calidad de los servicios. El Ministerio de Salud junto con el Sistema de Acreditación Nacional han logrado mejorar enormemente la calidad de la salud, su objetivo ha sido evaluar por medio de encuestas a los usuarios. Según resultados establecidos se ha indicado que los usuarios están satisfechos con la calidad del servicio.

✓ *Metas y Funciones:*

- Ampliar y fortalecer los servicios a pacientes ambulatorios y domiciliarios en la prestación de servicios al público.
- Modificar el modelo básico de atención contra la introducción de equipos de salud de la familia y trabajadores comunitarios de salud.
- Adopción de nuevas tecnologías de atención como un sustituto para la hospitalización.
- pruebas innovadoras en diferentes municipios de un sistema hospitalario escalonado.

✓ *Evolución:* las normas básicas para la reforma del sector de la salud fueron definidas por el Congreso en la Constitución Federal de 1988 y en las leyes de Salud Orgánica, que quedaron sólidamente arraigadas en las propuestas del movimiento de reforma sanitaria.

3.2.5 Perfil del sistema de servicios de salud de Canadá. Canadá es un país cuya forma de gobierno es una monarquía constitucional, es un estado federal y

una democracia parlamentaria. El manejo de los servicios de salud es responsabilidad de cada provincia o territorio individual, por medio de los Ministerios de Salud de cada uno de ellos.

Características del sistema de salud

- ✓ *Cobertura:* el Sistema de Salud de Canadá proporciona acceso a cobertura total, integral para servicios hospitalarios, servicios médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico.

- ✓ *Calidad:* en Canadá existe un Programa de Calidad de la Atención de la Asociación Médica Canadiense que enfoca los temas pertinentes a la Calidad a nivel nacional. La mayoría de los hospitales evalúan la conducta profesional por medio de comités establecidos y en funcionamiento sobre ética; además tienen sistemas de información para documentar las percepciones de los usuarios acerca de la Calidad de la atención de los servicios; y cuestionarios de satisfacción fiables. Al introducir el Programa de Acreditación centrado en el cliente por el Consejo Canadiense los principios de mejoramiento de la calidad se incorporaron en las normas para la Acreditación.

- ✓ *Financiación:* el Sistema de Salud es financiado y administrado por el sector público y de prestación privada; sin fines de lucro, conocido como Medicare. Los Ministerios provinciales de salud financian hospitales públicos y negocian los

sueldos de los profesionales. La asistencia sanitaria en Canadá se financia públicamente; mediante tributación, incluidos los impuestos federales y provinciales, personales y sobre la renta de las sociedades, pero los servicios se prestan de manera privada sin fines de lucro; es decir el flujo de los fondos de las personas en forma de pago de impuestos y primas a los gobiernos, los empleadores y los aseguradores privados, financia el sistema de prestación de asistencia sanitaria y los prestadores.

✓ *Planes de Salud:* el Plan Provincial debe conceder el derecho al 100% de la población a servicios asegurados según términos y condiciones uniformes; todos los servicios de salud asegurados prestados por hospitales y profesionales médicos deben estar cubiertos por el plan; los servicios sanitarios deben prestarse sin barreras; garantiza la cobertura de salud para los asegurados cuando se trasladan en Canadá o cuando viajan dentro y fuera del país; el plan debe ser administrado y ejecutado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable nombrada o designada por el gobierno provincial.

✓ *Programas de salud:* los servicios de salud de atención comunitaria se organizan en dos niveles fundamentales: la atención institucional y la asistencia domiciliaria. La asistencia institucional de la comunidad en gran parte se centra en la prestación de asistencia a largo plazo y atención crónica. Es responsabilidad Federal impulsar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación; con el fin de controlar la propagación de enfermedades infecciosas,

garantizar el saneamiento público y proporcionar educación sanitaria básica a la población.

✓ *Logros y Desempeño:* en Canadá el objetivo general de reestructurar el sistema sanitario ha sido simplificar las funciones y las responsabilidades de manera que el gobierno federal trabaje con política general, el establecimiento de normas y auditoría los gobiernos provinciales tengan una función de vigilancia y los gobiernos locales se encarguen de la provisión de infraestructura y la prestación de servicios. Enfatiza criterios que se centran menos en los hospitales y en los médicos, basados en la asistencia no institucional, en una variedad más amplia de prestadores de servicios de salud multidisciplinarios y una mayor dependencia de otras formas de atención comunitaria.

✓ *Metas y Funciones:* el Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial de Canadá sobre Salud de la Población ha destacado la acción en estrategias a corto y largo plazo en cuanto a la renovación y reorientación del sector sanitario mediante esfuerzos ininterrumpidos, invertir en la salud y el bienestar de grupos de población claves y mejorar la salud con la reducción de las faltas de equidad en la distribución de ingresos, el alfabetismo y la educación.

✓ *Forma de Organización:* cada provincia o territorio individual planifica, financia y evalúa la prestación de atención hospitalaria, los servicios de asistencia médica y paramédica, así como algunos elementos de la atención por prescripción

y la salud pública. Los médicos generales y los médicos de familia proporcionan la mayor parte de la atención primaria de la salud en Canadá; constituyen el contacto inicial con el sistema formal de atención de la salud y controlan el acceso por derivación a la mayoría de los especialistas, los prestadores asociados, los ingresos a los hospitales para los cuales tienen privilegios, la prueba de diagnósticos y la farmacoterapia de prescripción. Algunos médicos trabajan en centros de salud comunitarios, como agrupaciones de profesionales en hospitales o en afiliación con departamentos de hospitales para la consulta externa.

✓ *Evolución:* el Sistema se consolidó cuando se aprobó la Ley de Salud de Canadá en respuesta a inquietudes sobre acceso desigual a los servicios de asistencia sanitaria; el propósito de la ley fue garantizar el acceso prepagado a la atención sanitaria necesaria para todos los residentes de Canadá.

Los procesos de reforma que se introdujeron no indicaron la necesidad de reformar la Constitución Nacional o la Ley de Salud de Canadá.

3.2.6 Perfil del sistema de salud de Costa Rica. Costa Rica es un estado unitario

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* el seguro de salud es universal y está a cargo del CCSS. El 80% de la población está asegurada bajo la modalidad obligatoria, voluntaria, como pensionado o asalariados, del 20% restante, el 10% está asegurado bajo el subsidio por el Estado ya que Costa Rica es un país pobre y el 10% faltante son los no asegurados y deben pagar en caso de necesitar asistencia médica.

✓ *Calidad Del servicio:* Costa Rica cuenta con un Programa sectorial cuya función es la acreditación de los hospitales en busca de mejorar la calidad del servicio. Encuestas realizadas reportan que aproximadamente el 70% de la población está satisfecha con la atención ya que cuentan con oficinas especializadas para vigilar la calidad de la atención y para informar al usuario se informe sobre sus derechos.

✓ *Financiación:* el financiamiento del seguro público de salud proviene de tres fuentes: el patrón aporta el 9.25% del monto de las plantillas de pago, el trabajador aporta el 5.50% de su salario y el Estado aporta el 0.25% de la nómina nacional. En el subsector privado existen dos fuentes de financiamiento: el pago directo de usuarios y el pago que recibe de organismos públicos como el INS y la CCSS.

✓ *Planes de salud:* la CCSS es un organismo de salud que cubre el seguro de enfermedad y maternidad de toda la población y para esto cuenta con tres niveles de atención.

✓ *Programas de salud:* el CCSS es el organismo encargado de formular los programas de promoción y prevención de la enfermedad entre ellos están: el Plan Nacional para la Prevención de la Mortalidad infantil, programas para la detección de la diabetes, hipertensión y de cáncer en la mujer, programas de prevención de enfermedades infecciosas. El MS tiene a cargo los programas de prevención y control del dengue y la malaria, el programa de prevención del VIH, la lucha antitabáquica y el programa de vacunación.

✓ *Logros y desempeño:* de acuerdo con estadísticas la mortalidad infantil se redujo en los últimos 30 años, la vacunación alcanzó una cobertura casi del total de la población, se obtuvo el certificado de erradicación de la poliomielitis y disminuyeron los casos de difteria y tétano neonatal. La cobertura de atención básica también mejoró en todo el país.

✓ *Metas y funciones:* La rectoría está a cargo del MS cuyas funciones son: dirección y conducción; vigilancia de la salud; regulación de servicios; e investigación y desarrollo tecnológico. La Contraloría General de la República (CGR) y el Ministerio de Hacienda (MH) son las entidades que controlan el financiamiento y el gasto público en salud.

✓ *Forma de organización:* el subsector público está conformado por la CCSS que proporciona el seguro de salud en tres niveles de atención; el INS que cubre riesgos laborales y de tránsito; el Instituto Costarricense de acueductos y

Alcantarillado (A y A), que regula la provisión de agua de consumo y la eliminación de aguas residuales; y el MS que vigila el desempeño de las funciones de salud pública y es el órgano rector.

✓ *Cómo ha evolucionado:* en la década de los noventa se inició una reforma sectorial y un cambio al proceso de modernización institucional mediante un "proyecto de reforma del sector salud" con cuatro componentes específicos: rectoría y fortalecimiento del MS, fortalecimiento institucional del CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y adecuación de los modelos de salud.

3.2.7 Perfil del sistema de salud de Cuba. Es un estado independiente, soberano, democrático y socialista.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* la cobertura de atención de salud en Cuba es de 100% de la población, las prestaciones de salud incluyen acciones de promoción y educación, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación, la utilización de todos los recursos diagnósticos y terapéuticos incluyendo los de alta tecnología, accesibles para toda la población sin distinción de ninguna índole.

- ✓ *Calidad:* todos los establecimientos tienen programas de calidad establecidos en cada unidad existe el consejo de evaluación de la calidad, además tienen programas de mejoras de la calidad y trato al usuario.

- ✓ *Financiación:* el Sistema Nacional de Salud casi su totalidad es financiado por fondos públicos, y los gastos para la salud pública se sacan de los presupuestos municipales

- ✓ *Planes de salud:* existen estrategias para el perfeccionamiento del programa del médico y enfermero de la familia, la revitalización de la red hospitalaria, la revitalización del programa nacional de medicamentos, rescate de los programas priorizados de alta tecnología y adelantos de la ciencia.

- ✓ *Programas de salud:* se han creado programas de promoción y educación para la salud donde están relacionados con enfermedades de transmisión sexual, higiene personal, hábito de fumar, alcoholismo, práctica de ejercicios físicos, salud bucal, adolescencia, lactancia materna y tercera edad.

- ✓ *Logros y desempeño del sistema de salud:* se garantiza la atención a la población, el carácter social del ejercicio de la medicina, la orientación profiláctica en la orientación de los servicios y la prioridad a la atención materno infantil.

✓ *Metas y funciones:* lograr mayor eficiencia y participación en la comunidad internacional, mantener el control en los programas de enfermedades transmisibles, fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud, garantizar la sostenibilidad del sistema y continuar trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y la utilización de los servicios entre regiones y grupos de la población.

✓ *Forma de organización:* el SNS es único, integral, regionalizado y descentralizado; se estructura en tres niveles: el nivel nacional que está representado por el MINSAP como órgano rector del sistema, el cual cumple funciones metodológicas, normativas de coordinación y de control; el nivel provincial existen las direcciones de salud, subordinadas administrativa y financieramente a las asambleas provinciales del poder popular y el nivel municipal está constituido por las direcciones de salud pública dependientes en el orden administrativo y financiero de las asambleas municipales del poder popular.

✓ *Evolución:* las reformas realizadas en el sector salud han pasado por varias etapas: en los 60's se creó el sistema nacional de salud, el servicio médico rural y los policlínicos, en los 70's se crea el modelo de medicina en la comunidad y los policlínicos comunitarios, se descentralizó la docencia médica y el sector salud, en los 80's se creó el modelo de medicina familiar. Las reformas de salud quieren incrementar la eficiencia y la calidad en los servicios de salud, garantizar la sostenibilidad del sistema.

3.2.8 Perfil del sistema de salud de Chile. Chile esta conformado por un estado Democrático. El sistema de salud Chileno esta compuesto por un sector público y privado

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* en el sector público a cargo de FONASA han logrado una cobertura global para el año 1999 del 62% de la población chilena, en ella se destaca un mayor número de mujeres en edad fértil y adultos mayores.

✓ *Calidad:* el sistema cuenta con un proceso de evaluación de los prestadores del servicio de salud; además establece los derechos del paciente, entre ellos la facultad de presentar reclamos y sugerencias con una pronta respuesta; lo que permitirá mejorar la calidad de atención prestada. También considera dentro del sistema de atención en salud la población indígena.

✓ *Financiamiento:* El financiamiento del sistema de salud en Chile cuenta con aportes públicos y privados. El primero esta conformado por el aporte fiscal para la salud, las cotizaciones y copagos de las personas inscritas en el sistema público, además los ingresos de operación. En el sector privado el funcionamiento se basa en las cotizaciones de las personas afiliadas al mismo. Los dos sectores de prestación del servicio en salud, comparten una fuente de financiamiento que

es el aporte obligatorio de los trabajadores asalariados quienes aportan el 7% de su sueldo.

✓ *Planes de salud:* está conformado por dos sectores, uno público encargado de FONASA, quien se encarga de la atención de la población chilena incluyendo los indigentes, mediante aportes realizados por el Presupuesto de la Nación. El segundo sector es el privado, constituido por las ISAPRES; quienes administran la salud bajo una cotización obligatoria de quienes opten por inscribirse a ella. Las ISAPRES pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de salud.

✓ *Programas de salud:*

- Programa de detección de cáncer cervico uterino y cáncer de mama
- Programa en el perfeccionamiento en medicina familiar
- Programa de enfermería rural
- Programa de monitoreo del nivel de rendimiento del personal de los servicios de salud
- Programa de salud con la gente
- Programa de comunas saludables

✓ *Logros y desempeño:* el sistema de salud ha contribuido en el control de la mortalidad materno- infantil, la tuberculosis y la desnutrición. Se ha logrado una

ampliación de cobertura de atención; además un mejoramiento en el acceso a la atención primaria.

✓ *Metas y funciones:* las metas del sistema chileno son: Garantizar el derecho a la salud para toda la población, mejorar el nivel de salud, disminuir las brechas sanitarias existentes, Reforma solidaria del sistema de financiamiento, acceso equitativo al servicio de salud, desarrollar una política de promoción en salud.

Las funciones son:

- Rectoría: ejercida por el MINSAL, formula y fija las políticas de salud, además supervisa y controla su cumplimiento
- FONASA: Ejerce la regulación del sector público
- ISAPREs: Regulación del sistema privado
- SISP: Establece las normas acerca de las condiciones de afiliación, contratos de salud, precios de los planes de salud y aranceles de las prestaciones
- ISP: Regula los medicamentos e insumos médicos

✓ *Forma de organización:* el sistema de salud en Chile cuenta con dos modalidades en la prestación del servicio y el financiamiento. Los trabajadores tienen la libertad plena en la elección del sistema que prefieran. El sector público, es gestionado por FONASA; la cual cuenta con dos posibilidades de acceso a la atención en salud. La primera denominada INSTITUCIONAL, ofrece los servicios

a través de la red pública, incluye la atención de la población indigente. En la segunda modalidad se encuentra la LIBRE ELECCIÓN, dirigido a los cotizantes y sus beneficiarios. En el sector privado, conformado por las ISAPREs, cuentan con un sistema cerrado, dirigido a los empleados y un sistema abierto al cual pueden acceder toda la población.

✓ *Evolución:* la reforma del sector se inicia en la década de los años 80, entre 1973 y 1990. surgieron una serie de cambios como:

- La transformación de un sistema de salud centralizado en uno descentralizado, que se denominó Sistema Nacional de Servicio de Salud (SNSS)
- El traspaso de la atención primaria a los municipios
- Creación de una agencia central y el Fondo Nacional de salud
- Creación de las instituciones aseguradoras de naturaleza privada (ISAPREs)
- Creación de la administración del Fondo de Pensiones (AFP)
- Se puso en marcha el plan de salud rural
- 1990 - 1994 Se recupera el sistema público en salud
- En 1994 el MINSAL asume el liderazgo de la reforma del sector salud
- 1994 – 2000 Modernización del subsistema público en salud
- 2000- 2006 El gobierno asume la reforma del sistema de salud, como una de las transformaciones prioritarias; se constituyó una comisión

interministerial precedida por el MINSAL. Además se establece una comisión técnica

3.2.9 Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador: el Ecuador cuenta con un gobierno democrático de acuerdo con lo establecido en la Constitución Política de la República. El Ministerio de Salud en unión con otros ministerios se encuentra a cargo de la Secretaria del Frente Social, que es el organismo encargado de la política social.

Características del Sistema de Salud:

✓ *Cobertura:* los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia; el hecho de que entre un 25-30% de la población ecuatoriana no tiene acceso a los servicios institucionales de atención médica y tres cuartas partes no tienen protección de seguridad social. En el año de 1994 se estimó que sólo el 22.7% de la población está afiliada a algún sistema de seguridad. La mayor parte de la cobertura corresponde al sistema público que cubre aproximadamente el 58% de la población ecuatoriana, especialmente en atención hospitalaria.

✓ *Calidad:* en el Ecuador se ésta tratando de impulsar la calidad de la atención, en aspectos como: eficacia o capacidad resolutive que se establece

según los niveles de organización tecnológica; y de calidez, que es la calidad percibida basada en la aceptabilidad y satisfacción del usuario.

✓ *Financiación:* en los últimos años, se han iniciado en Ecuador los estudios de las Cuentas Nacionales en Salud. En 1997, el gasto total en salud equivale a 3.8% de la PIB, un 21% menos que en 1995. el 50.4% del gasto proviene del sector público y un 49.2% del sector privado.

✓ *Planes de salud:* el Ministerio de Salud Pública lleva a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud. Asimismo esta promoviendo el mejoramiento ambiental y el fortalecimiento de entornos psicosociales y culturales a través de los distintos programas y proyectos de la Dirección de Promoción y atención de la Salud.

✓ *Programas de salud:* actualmente se esta desarrollando en el primer nivel de atención un Sistema Integrado de Información en Salud, que entrará en funcionamiento en toda la red de servicios del Ministerio de Salud. Se busca desarrollar modelos de atención basados en la realidad local con base a la atención primaria. Al mismo tiempo en lo referente con la calidad de la atención se esta tratando de impulsar una serie de aspectos relacionados con los diferentes niveles de organización tecnológica y a su vez buscar la calidad basada en la aceptación y satisfacción de los usuarios en el nivel de la salud.

También se esta implementando para el futuro la idea de buscar calidad técnica y la calidez de la atención.

✓ *Logros y Desempeño:* el perfil del sistema de salud del Ecuador, ha persistido en un mismo modelo de atención en los servicios de salud, cuyo objetivo principal siempre ha estado centrado en lo curativo, hospitalario e individualista que ha sido.

✓ *Metas y Funciones:*

- Diseñar modelos de atención que integran la promoción y atención de salud y su inserción en planes de desarrollo local.
- Iniciar propuestas de articulación conceptual y operativa de la medicina moderna y oficial con prácticas alternativas.
- Lograr una perspectiva de organización sectorial a nivel macro-nacional.
- A nivel local optimizar esfuerzos y recursos en procura de impulsar planes de cobertura universal.

✓ *Evolución:* en 1993, se emitió la Ley de Modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios, y se creo el Consejo Nacional de Modernización. El CONAM se adscribió a la Presidencia de la República en 1994 se propuso la reforma del Instituto Ecuatoriano de seguridad Social, incluyendo las

prestaciones de salud. De este modo, la reforma del sector ingresó en el esquema de Reforma del Estado, asociada a la reforma de la Seguridad Social. Entre 1998 y 1999 se destaca la desconcentración de la gestión de personal del MSP hacia los niveles provisionales y las áreas de salud.

3.2.9 Perfil del sistema de salud de El Salvador: el Salvador cuenta con un gobierno democrático. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ha definido como política general de salud, contar con un sistema moderno que de respuesta a las necesidades de la población de manera integral.

Características del sistema de salud

- ✓ *Cobertura:* MSPAS cubre el 80% de la población, Seguridad Social el 15% (trabajadores públicos, privados y sus beneficiarios); algunas empresas cuentan con mecanismos propios de cobertura a sus trabajadores y correspondientes beneficiarios y en el sector privado está cubierto el 5% de la población.
- ✓ *Calidad del servicio:* no hay información acerca de los institutos de salud que realicen encuestas o atención al usuario.
- ✓ *Financiamiento:* el MSPAS recibe el aporte gubernamental, cooperación externa, fondos generados por establecimientos de salud, aportes de Suecia, Holanda y del Banco Mundial.

✓ *Planes de salud:* el Salvador tiene un paquete básico de servicios de salud gratuito para toda la población; entre ellos están los planes preventivos y curativos, éste paquete se puede complementar con la canasta de servicios clínicos esenciales en el segundo nivel de atención.

El acceso a las prestaciones será por medio del subsidio estatal a los indígenas y mediante el pago de prestaciones y seguros médicos al resto de la población.

✓ *Programas de salud:*

- Protección a adolescentes y personas de la tercera edad
- Protección infantil especialmente en el área de patología inmunoprevenibles y del embarazo
- Escuelas saludables
- Mercados saludables
- Cárceles saludables.

✓ *Logros y desempeño:*

- Disminución en la muerte infantil
- Aumento en la inmunización a niños menores de un año
- Aumento en el número de unidades de salud
- Aumento en la capacidad resolutive de los hospitales
- Fortalecimiento en la atención infantil

✓ *Metas y funciones:* entre las metas propuestas en El Salvador están: lograr la cobertura total de la población, accesibilidad al sistema, equidad en la prestación del servicio y ampliación de las unidades médicas.

✓ *Funciones:*

- Rectoría a cargo del MSPAS
- Coordinación y conducción, a cargo del Departamento de Planificación y del Departamento de Administración (regulador de las acciones del personal)
- La regulación de medicamentos la hace el Consejo Superior de Salud Pública.

✓ *Forma de organización:* el Sistema Nacional de Salud cuenta con in conjunto de actores públicos y privados en un sistema descentralizado, que ha diseñado diferentes planes de corto y largo plazo; al igual que programas piloto.

El RS, instaure una canasta básica de servicios de salud en el pr0imer nivel de atención, y una canasta complicada de servicios en el segundo nivel de atención.

✓ *Evolución:* la reforma del sector salud se inicia después de firmar el acuerdo de paz con la guerrilla; cambio que fue denominado modernización del Estado.

Posteriormente empezaron a implementarse sistemas de redacción de datos, vigilancia epidemiológica y de información gerencial.

3.2.11 Perfil del sistema de salud de los Estados Unidos de América. Los Estados Unidos de América son una república federal en la cual el poder se divide entre una autoridad central gobernante y 50 estados individuales. La política de salud en los Estados Unidos la dirigen en conjunto el gobierno federal y estatal. Los servicios de salud están divididos entre servicios públicos y sector privado.

✓ **Características del sistema de salud:**

Cobertura: La mayor parte del cubrimiento para servicios médicos se obtiene a través de un tercero que paga por el servicio, como un empleador o el gobierno que hace pagos, directa o indirectamente, a los proveedores de servicios. Esto puede incluir cubrimiento físico, laboratorio, costos farmacéuticos, etc., dependiendo del tipo de aseguramiento.

Los servicios de salud son ampliamente ofrecidos por el sector privado y aproximadamente un 70% de la población de Estados Unidos esta cubierta por aseguradores de salud privados

Calidad: tiene reglas de control de calidad que los hospitales pueden seguir con el objeto de participar en el programa. Otras medidas de control de calidad incluyen la acreditación por organizaciones privadas tales como La Junta de Acreditación

de Organizaciones de Cuidado de Salud (JCAHO) y el Comité Nacional de Seguridad en Calidad/NCDQA). Los gobiernos estatales y privados buscan acreditación por JCAHO.

Financiación: el HHS (Departamento de salud y servicios humanos) tiene un presupuesto, aprobado por el Congreso, contado en \$429 mil millones para el año fiscal 2001. Muchos de los servicios pagados por la HHS se proveen a nivel local mediante el estado, condado o agencia tribal o a través de cesionarios del sector privado. En adición a los servicios que ofrecen, los programas del HHS proveen por tratamiento igualitario de los beneficiarios a nivel nacional, y a ellos se les permite la recolección de la salud nacional y otros datos.

Planes de salud: HHS está promoviendo relaciones públicas y privadas para el bienestar de los niños, además el gobierno está proponiendo nuevas inversiones para estabilidad de las familias, promover grupos para niños y madres jóvenes

Programas de salud: programas de subvención, incluyendo Asistencia temporal a Familias Necesitadas (TANF), Prevención de Abuso de Sustancias, y Proyectos de Asistencia en Transición de la Indigencia (PATH). En esos programas, el HHS provee de los fondos a estados individuales en fondos a una variedad de comunidades y Grupos Basados En La Fe. Los fondos son luego utilizados por ayuda no sectorial a las comunidades.

Logros y desempeño: se ha logrado mejorar el servicio especialmente a las personas mayores de 65 años; se ha incrementado la cobertura de planes de salud a personas desprotegidas. Se ha logrado mejorar la disponibilidad de camas y se han incentivado mayores investigaciones.

Metas y funciones: el IHS tiene meta asegurar que haya personal comprensible y culturalmente aceptable además de que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles a los indios americanos y los nativos de Alaska

Forma de organización: el manejo del sector salud es ampliamente descentralizado en los Estados Unidos, involucrando muchas capas del gobierno: federal, estatal, condado y ciudad. HHS (algo así como el Ministerio De Salud) es la principal agencia del gobierno de los Estados Unidos para proteger la salud de todos los estadounidenses y provee servicios humanos esenciales, especialmente para aquellos que son inhábiles de defenderse por si solos. El IHS es el principal proveedor de salud y abogado de la salud para la gente indígena.

El Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) y el Departamento de Defensa son las únicas agencias federales que directamente proveen servicios médicos. El Departamento de Transporte también provee servicios de salud a los oficiales de Guardacostas y su personal.

Evolución: la nueva reforma busca mejorar el sistema de cuidado de salud, mejor información y soportes para mejorar la calidad, a través de protecciones efectivas al paciente, Proveer soporte efectivo para fortalecer la seguridad de la salud neta e incrementar los estudios biomédicos. Se está trabajando en los derechos de los pacientes, la mejora de la atención y calidad al paciente, mas investigaciones.

3.2.12 Perfil del sistema de salud de Guatemala: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el organismo encargado de llevar las funciones de rectoría en salud.

Características del sistema.

✓ *Cobertura:* el 25% de la población está cubierta por el Sistema Nacional de Salud (MSPAS), el 15% por el Sistema de Seguridad Social (IGSS), el 2.5% por Sanidad Militar, el 4% por ONG's y el 10% por el sector privado. El 44% de la población no tenía ningún tipo de cobertura formal de salud.

✓ *Financiación:* a nivel nacional no existe la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Por tal motivo las instituciones que

financian la salud son el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguros Sociales.

✓ *Calidad:* se están poniendo en marcha servicios de atención al paciente en los hospitales de la capital, para que comiencen a funcionar en el segundo semestre de 1998. En 1997 se realizaron encuestas a los pacientes, aunque sólo de Consulta Externa y Emergencias, que fueron la base para el establecimiento de los servicios de atención a los pacientes. Se hizo también un estudio cuyos resultados fueron considerados en la programación de 1998 y en los compromisos de gestión de dicha área. El Ministerio ha considerado hacer una encuesta de demanda a nivel nacional, para obtener resultados más amplios.

✓ *Funciones del sistema:* la Unidad de Reforma del Sector Salud se adscribe al MSPAS (el IGSS forma parte de sus planes de acción). Tiene una capacidad técnica y administrativa básica, reforzada por consultores nacionales e internacionales en áreas específicas y trabaja fundamentalmente con fondos del Estado a través de un préstamo del BID, y con apoyo financiero y cooperación puntual de otras agencias bilaterales e internacionales (OPS, Unión Europea, USAID, GTZ y otras). El MSPAS asume - y es reconocido por las otras instituciones del sector - el papel rector del proceso de negociación de la reforma, con el respaldo legal del nuevo Código de Salud, que le asigna ese rol, y de la nueva Ley del Organismo ejecutivo. Ambas leyes han sido emitidas y entrado en

vigor en 1997. También son funciones del MSPAS la regulación y vigilancia de la salud, siguiendo los principios de solidaridad, subsidiaridad y equidad.

✓ *Planes de salud:* no tiene planes de salud actuales.

✓ *Programas de salud:* este conjunto de servicios básicos consiste en: atención materno - infantil, nutrición, control de enfermedades transmisibles, promoción y educación en salud, y mejoramiento del saneamiento básico en coordinación con otras agencias.

✓ *Organización del sistema:* se divide en el subsector público que presenta la mayor cobertura de la población y el subsector privado al que pertenecen personas independientes con capacidad de pago, con dos niveles de atención.

✓ *Evolución:* Guatemala ha presentado una notable mejoría en el sector salud a partir de la Nueva Resolución de Salud de 1995, donde determinaron características de calidad en la atención.

3.2.13 Perfil del sistema de salud de Guyana: es una república democrática, donde hay varios niveles de gobierno. El ministerio de salud es miembro del

gabinete y toma decisiones en materia de políticas donde está a cargo el ministro de salud.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* en el país se encuentran cinco niveles de atención que van desde los puestos de salud hasta el hospital nacional de referencia. En cada región se encuentra al menos cuatro niveles de atención. La cobertura médica abarca consultas, hospitalización, tratamiento en el extranjero, anteojos, atención dental, intervenciones quirúrgicas y la compra de medicamentos.

✓ *Calidad:* ninguno de los establecimientos del país tiene programas para el control de la calidad, pero se está llevando a cabo programas para sensibilizar al personal de salud sobre temas de calidad.

✓ *Financiación:* la fuente principal de financiación en Guayana en el sector salud es la recaudación tributaria del gobierno y las fuentes externas son otros organismos de las Naciones Unidas, el Banco Internacional del Desarrollo, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas, la AID y la Cooperación Técnica Alemana.

✓ *Planes de salud:* se formula el plan nacional de salud y el proyecto de estrategia de desarrollo nacional.

- ✓ *Programas de salud:* se han creado programas de promoción y prevención en salud; algunos de los principales son: la infección por SIDA, la salud materno-infantil, en especial el programa amplio de inmunización, prevención, control de diabetes, alimentación y nutrición; también la prevención de la tuberculosis, la malaria y la erradicación de la filariasis.

- ✓ *Logros y desempeño del sistema de salud:* se ha concebido programas especiales para aumentar la cobertura, tiene un control de vectores, evalúa el sector de la salud.

- ✓ *Metas y funciones:* aumentar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios, mejorar la capacidad de gestión en todos los niveles.

- ✓ *Forma de organización:* el Ministerio de Salud es el encargado de proveer atención en salud, el Consejo Democrático Regional se encarga de la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de Salud mantiene la responsabilidad de los programas verticales de la salud en todo el país, además formula políticas, fija normas y controles, evalúa el sector salud.

- ✓ *Evolución:* en la reforma actual se señala la necesidad de mejorar la gestión en todos los niveles de salud y de cambiar la forma de administrarse y de organizarse los servicios de asistencia sanitaria.

3.2.14 Perfil del sistema de salud de Haití. Haití es una república independiente y democrática, basada en el principio de la separación de poderes.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* aunque las cifras no son muy exactas, podemos percibir que la cobertura en el sistema de salud de Haití, está en graves problemas, aunque se encuentra establecido como un derecho garantizado por el estado en su constitución, en realidad no es de esta manera, ya que el 40% de la población no tiene acceso a servicios de salud. Existen grandes desigualdades según el lugar de residencia y nivel cultural de la población.

✓ *Calidad:* no se han realizado cambios en los procedimientos de acreditación de establecimientos y programas, así como tampoco en los ámbitos de la calidad técnica y en evaluación de tecnologías a ser introducidas.

✓ *Financiación:* no existen modalidades de financiamiento público del seguro sanitario privado, la cooperación financiera externa para el sector salud, tanto a través de préstamos como de donaciones, sumado al apoyo que reciben las ONG, comprende más del 50% del financiamiento total sectorial. Las fuentes de financiamiento son tres: a) el tesoro público, b) la asistencia internacional, y c) los individuos. Según estudios de la Unión Europea, se calcula que más del 70% de dicha financiación corresponde a donaciones o préstamos no reembolsables. Las

principales fuentes de donaciones son la Unión Europea, USAID, Japón, la Cooperación Francesa, Española y de otros países, así como el sistema e las Naciones Unidas.

✓ *Planes de salud:* las prioridades de la reforma del sector salud, incluyen desarrollo de los recursos humanos, formulas de financiamiento, actualización de la legislación sanitaria, reforma hospitalaria, política de medicamentos esenciales, coordinación intersectorial e implementación de unidades de salud comunitarias basadas en descentralización y participación comunitaria, y oferta de un paquete mínimo de cuidados a la población. No existe aun un plan concreto de reforma, ni una entidad responsable explícitamente identificada.

✓ *Programas de salud:* los programas de salud se encuentra dirigidos a los grupos mas vulnerables de la población algunos de ellos son:

- Programa ampliado de inmunizaciones
- Examen prenatal
- Disminución de la tasa de mortalidad infantil
- Disminución de la tasa de mortalidad materna

✓ *Logros y desempeño:* a pesar del esfuerzo consumado del gobierno de Haití no ha logrado reducir sustancialmente las deficiencias del sistema de salud, como es el caso de el nivel primario el cual es el que funciona de mejor manera,

pero no permite cubrir mas que al 60% de la población. La labor fijada para disminuir las tasas de mortalidad infantil materna son satisfactorias, aunque falta mucho a nivel tecnológico, para poder llevar a cabo un servicio con calidad.

✓ *Metas y funciones:* el Ministerio de Salud Publica y Población (MSPP) es el responsable de garantizar la salud de la población, así como la prestación de servicios, la formulación de políticas y la gestión del presupuesto en salud. No obstante, éste ha sido reconducido automáticamente desde el año de 1996, ya que no existe un parlamento para aprobarlo. No están definidas las funciones esenciales de Salud Pública. El control del financiamiento público del sector es una función ejercida por la Contraloría. El MSPP es el responsable de ejerce las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud por los distintos proveedores públicos y privados.

✓ *Formas de organización:* el sistema de salud de Haití se divide en cuatro subsectores: público, privado sin fines de lucro, mixto y privado con fines de lucro. El público, está fuertemente disminuido por la crisis política; el privado sin fines de lucro, está constituido por organizaciones no gubernamentales y del sector religioso; en el mixto no lucrativo el personal es pagado por el Estado y la gestión es realizada por el privado; y el privado con fines de lucro, constituido por médicos, odontólogos, enfermeras y otros especialistas que se encuentran en las grandes ciudades, ejerciendo en sus consultorios o clínicas.

✓ *Evolución:* el proceso de reforma en Haití se inicia con la adopción de una nueva política sanitaria en 1996, en el marco de un programa económico donde se plantean reformas estructurales. Esta política sanitaria se basa en dos conceptos: las Unidades Comunes de Salud (UCS) y el Paquete Mínimo de Servicios (PMS). Estos se enmarcan en la Política Nacional de Descentralización, fue diseñada por las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud, quienes asumen el liderazgo de la negociación de los objetivos y contenido de la misma. Los diversos estudios se han centrado principalmente en el aspecto del financiamiento del desarrollo de las UCS y el PMS.

3.2.15 Perfil del sistema de salud de Honduras. La secretaria de salud es la encargada de asumir de la rectoría y la regulación de la salud en Honduras.

Característica del Sistema

✓ *Cobertura:* alrededor del 80% de la población tiene acceso regular a los servicios públicos de salud, de los cuales el 60% está cubierto por la Secretaría de Salud y aproximadamente el 11% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Cerca del 15% de la población está cubierta por el sector privada a través de instituciones con y sin fines de lucro.

✓ *Calidad:* a través de la División de Hospitales se han desarrollado acciones de acreditación de hospitales. Aunque, Honduras forma parte del proyecto Salud con

Calidad para Centro América apoyado por la Unión Europea y el Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS), no hay información que permita caracterizar si se desarrollan las funciones de evaluación de calidad y de evaluación de las tecnologías en salud.

✓ *Financiación:* Las fuentes de financiamiento son 78% de origen nacional y 22% de aportes externos. De éstos destacan los Organismos de Naciones Unidas (OPS/OMS, BM) con una participación del 19.5%; los aportes del BID, con un 3.1%; y los convenios bilaterales, especialmente con USA (45.2%) y Japón (8.2%).

Los recursos públicos de salud (1995) se destinan en un 22.4% a acciones de tipo preventivo; en un 28.5% a servicios hospitalarios; en un 31% a remuneraciones y en un 10.3% a infraestructura.

✓ *Funciones del sistema:* La Secretaría de Salud (SS) asume la *rectoría* y la regulación de la Reforma Sectorial a través del “Proceso nacional de Acceso”(PNA), cuyas estrategias básicas están orientadas hacia la readecuación de las redes locales de salud (con énfasis en las áreas de salud), el control social de los sistemas de salud y el desarrollo y recuperación de los recursos humanos del sistema. La Secretaría ha ejercido el liderazgo del proceso, negociando con otros actores gubernamentales (alcaldías, IHSS, SANAA) y con ONG's. El aumento de su capacidad de convocatoria ha fortalecido la coordinación intra e intersectorial y le ha permitido mejorar su capacidad de negociación con las instituciones multilaterales de crédito, como el BID y Banco Mundial.

✓ *Planes de salud:* como una manera de aumentar el acceso a los servicios y mejorar la capacidad resolutive a nivel de las comunidades, se ha formulado un paquete básico de prestaciones, de acceso universal, y se han llevado a cabo estrategias de aumento de cobertura como los proyectos de cirugía móvil y los equipos móviles de laboratorio y odontología. Para reforzar la red de servicios se han implementado clínicas materna-infantiles, hogares maternos y casas de atención comunitaria de parto limpio (de financiamiento compartido entre gobiernos locales y Secretaría de Salud). Además, se ha iniciado la reorganización de la unidad y red de bancos de sangre.

✓ *Programas de salud:* se han desarrollado estrategias de atención que han permitido mejorar el acceso y acercar la capacidad resolutive a la población: proyectos de cirugía móvil, destinada a las zonas más inaccesibles y orientada hacia la cirugía pediátrica, y los equipos móviles de laboratorio y odontología.

Las condiciones de salud del país determinan como prioridad la atención materna - infantil y el fortalecimiento de las acciones hacia las zonas con mayor nivel de pobreza y marginación geográfica y una atención especial a los grupos étnicos.

✓ *Organización del sistema de salud:* El servicio público de la Seguridad Social está organizado en seis niveles de atención, que van desde el nivel comunitario

hasta el de los hospitales nacionales de máxima complejidad. El sistema de referencia y contra-referencia de la red es bastante débil.

✓ *Evaluación de los resultados:* el proceso ha mostrado logros hasta la fecha, cuyos compromisos están explicados en los planes de área, los regionales y municipales. En 1992 se aprobó la Ley de Modernización y Desarrollo del sector agrícola, que incorporó aspectos relacionados con el manejo de los riesgos ambientales asociados. En 1993 se aprobó una Ley que otorga beneficios sociales y de salud a las personas de la tercera edad, jubilados y pensionados y se aprobó la Ley General sobre Ambiente, que creó la Secretaría de Estado correspondiente y sus organismos dependientes.

3.2.16 Perfil del sistema de salud de Jamaica. El gobierno Jamaicano es de tipo democrático parlamentario siguiendo el modelo del sistema Westminster (Inglaterra). El Ministerio de Salud administra el sector de la salud a través de la autoridad del ministro de salud, que es un representante elegido por el poder legislativo y miembro del ejecutivo del país. El Ministerio de salud tiene el control directo sobre el sistema de salud pública, y al mismo tiempo, mediante la Ley de Salud Pública, intenta reglamentar el sistema privado.

Características del sistema de salud

- ✓ *Cobertura:* estudios recientes indican que 60 a 65% de todos los servicios y gastos sanitarios corresponden al sector privado, mientras que el resto corresponde al sector público. Se afirma que el sector privado por prestar la mayor parte de los servicios de atención ambulatoria (75%), se calcula que un 95% de la atención hospitalaria se brinda en establecimientos públicos. Además los hospitales públicos manejan los casos más complicados y costosos.

- ✓ *Calidad:* el gobierno jamaicano tiene como prioridad el control a la calidad creando normas, capacitando personal para así poder ser acreditados por autoridades profesionales reconocidas. Para el Ministerio de Salud su principal objetivo lo enfoca basado en las críticas y sugerencias de los clientes. Actualmente este organismo ya está funcionando en los diferentes hospitales públicos como privados.

- ✓ *Financiamiento:* así como está dividido el sector salud, la financiación y el gasto está limitado para cada sector; el público recoge la mayor parte del presupuesto. El financiamiento está consolidado por el Ministerio de Finanzas y Planificación, éste representa el 90% del presupuesto del Ministerio de Salud.

- ✓ *Planes de salud:* el Ministerio de Salud presta asistencia sanitaria a la población por medio de hospitales y centros de salud, así mismo está centrando

planes prioritarios de promoción de la salud, la educación sanitaria y la asistencia sanitaria preventiva.

✓ *Programas de salud:* los organismos donantes o prestadores trabajan activamente en la promoción de la salud poniendo en práctica varios programas de prevención, incluido programas de amplio cubrimiento para enfermedades letales.

✓ *Logros y desempeños:* varios establecimientos Nacionales de salud pública se han beneficiado de proyectos que han servido para el suministro de equipos biomédicos, diferentes instituciones recibieron recursos sobre cuestiones técnicas. Además, organizaciones de desarrollo comunitario y de beneficencia en Jamaica dan su apoyo constante a establecimientos de salud y a personas que en consecuencia han estructurado funciones de suministros de bienes y servicios al sector de la salud.

✓ *Metas y funciones:* diversas funciones aplicadas al Ministerio de Salud están experimentando una transición para renunciar a sus responsabilidades tradicionales de tipo gerencial, para así funcionar como organismo regulador. Las funciones gerenciales se han delegado a 4 ASR. La nueva función de la oficina central será fijar normas y actuar como entidad reguladora para toda la industria de asistencia sanitaria. Esta nueva oficina de organización en 1999 se reorganizó en tres divisiones principales: promoción y protección de la salud, normas y reglamentos, y planificación e integración de los servicios de salud.

✓ *Forma de organización:* el sector salud jamaiquino está dividido en dos sectores, público y privado el de mayor ampliación es el público ya que cubre un alto porcentaje de la población. El privado se encarga básicamente de los servicios de atención ambulatoria.

✓ *Evolución:* se creó un Programa de Reforma del Sector de la Salud (PRSS) proponiendo varias metas, objetivos y actividades que las desarrollaran simultáneamente y a nivel nacional. Debido a que este programa es prematuro, quizás sea mejor evaluar cada componente individualmente ya que se encuentra en sus etapas iniciales de desarrollo.

3.2.17 Perfil del sistema de salud de México. En México se encuentra un estilo de gobierno democrático. Se encuentra una composición política de 31 estados y un distrito federal. México como en la mayoría de los países latinoamericanos ha tenido que sobrellevar diferentes altibajos en su estructura socioeconómica y política lo cual se refleja en los diferentes sectores del país, como es el caso de el sector salud duramente comprometido y debilitado por dichos inconvenientes, pero que desde hace aproximadamente cinco años, se ha observado una ligera mejoría al tratar de ampliar su cobertura ofreciéndole a la población un servicio con mayor calidad y disminuyendo los costos, para de esta manera favorecer a la población marginal que asciende a siete millones de mejicanos beneficiados para el año dos

mil. De igual manera, hay que resaltar este esfuerzo y al mismo tiempo alentar al gobierno para que logre culminar el nivel de cobertura.

Caracterización del sistema de salud.

✓ *Cobertura:* es realmente alarmante observar las cifras que muestran el número de personas que no se encuentran afiliadas a ningún servicio de salud ya que sólo el 52% de la población mejicana se encuentra asegurada, de los cuales el 49% se encuentra afiliada al Instituto Mexicano de Seguros sociales (IMSS) quien representa el mayor asegurador de este país. Sólo el 3% de la población nacional se encuentra afiliada a los seguros privados. La población no asegurada representa el 48% del total. De este 48% el 80% se encuentra bajo responsabilidad de la Secretaría de salud y el 20% restante se le atribuye al instituto mexicano de seguros sociales-solidaridad. Con base a estas cifras el gobierno central inició el plan de ampliación de cobertura PAC dirigido a diez mil millones de mexicanos sin servicios de salud.

✓ *Calidad:* el concepto de calidad se ha implementado en México desde hace aproximadamente cinco años haciendo parte de la reforma del sector salud. No se encuentra información precisa sobre las acciones para mejorar la calidad técnica y la calidad percibida bajo la reforma del sector.

✓ *Financiación:* se encuentra bajo la responsabilidad de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), y la Secretaría de de Salud (SSA). Históricamente, más de la mitad del presupuesto público en salud lo ejecuta el IMSS y a corto plazo no se prevé que cambie esta situación. Se espera que la reforma del sector salud modifique los patrones de gasto en salud, a través del incremento de los afiliados al seguro de salud familiar del IMSS y el desarrollo de los proveedores privados, esto último vinculado a la competencia entre proveedores de servicios.

✓ *Planes de salud:* los planes para este sector contienen dos propósitos específicos: a) mejorar la calidad reestructurando las instituciones de salud, y b) ampliar la cobertura de los servicios de salud, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.

✓ *Programas de salud:* dentro de los programas que tiene en camino el gobierno mexicano encontramos:

- Detección temprana del cáncer Cerviño-uterino
- Campañas de prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes, SIDA, entre otras
- Cobertura total de el esquema de vacunación
- Cobertura en la atención prenatal, materna e infantil.

✓ *Logros y desempeño:* no se cuenta con información exacta por niveles de atención, pero tanto el sector privado como el público han incrementado sus recursos financieros, tecnológicos y de recursos humanos en los últimos años. La SSA y el IMSS concentran más del 50% de los recursos materiales del sector. Las tasas de mortalidad infantil y materna han descendido al igual que la incidencia de muchas otras patologías en la población mexicana.

✓ *Metas y funciones:* de acuerdo a la Ley General de salud, la SSA es la responsable de la conducción sectorial. Entre sus funciones básicas se destacan: revisar las normas de salubridad general, evaluar la prestación de los servicios de salud, operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica y fortalecer el control sanitario.

✓ *Forma de organización:* la atención a la salud esta organizada por segmentos, cada uno de los cuales cubre diferentes grupos de población: a) Servicios públicos para personas no aseguradas, siendo las principales instituciones encargadas la SSA, el IMSS-Sol y el Instituto Nacional Indigenista(INI); b) varias instituciones de Seguridad Social, que afilian obligatoriamente a los trabajadores de la economía formal, siendo las más importantes: el IMSS, el Instituto de seguridad Social al Servicio de los Trabajadores de Estado (ISSSTE), Los Servicios de Salud y de Seguridad Social para los empleados de PEMEX, para las Fuerzas Armadas de la Secretaria de la Defensa Nacional(SEDNA) y para los empleados e los gobiernos

estatales; c) el subsector privado, con y sin esquema de seguro, que funciona en un contexto no supervisado.

✓ *Evolución:* a poco mas de dos años de haberse dado a conocer el Programa de reforma de salud la SSA se extendió la cobertura mediante la entrega del Paquete Básico de Servicios de Salud a través del Plan de Ampliación de Cobertura y del PROGRESA. Esto deja ver algunos de los resultados de la evolución que ha tenido el sistema de salud Mexicano, a través de cada una de sus reformas.

3.2.18 Perfil del sistema de servicios de salud de Nicaragua. Nicaragua es una República Democrática, Participativa y Representativa tal como lo establece la Constitución Política de 1987, reformada en 1995. El Estado es el principal proveedor encargado del Ministerio de Salud.

Características Sistema de Salud

✓ *Cobertura:* el ente encargado directamente sobre la información de la cobertura está a cargo de Instituto Nacional de Seguridad Social. El Ministerio de Salud no tiene un registro sistemático ni completo de esta información. Se asume que el MINSA cubre al 60% de la población y el Seguro Social al 6%. La población no cubierta se estima entre 30% y 35%.

✓ *Calidad:* la Calidad Técnica, es el ente encargado de que los diferentes programas en todos los hospitales sean capacitados para desarrollar un modelo de garantía de calidad de atención con énfasis en el manejo de los conceptos clave de calidad total y su aplicación en los servicios de salud. Los hospitales tienen comités de calidad con diferentes grados de desarrollo siendo los prioritarios el comité de uso racional de medicamentos, de infecciones hospitalarias, de mortalidad y de desechos sólidos hospitalarios. Por otro lado está la calidad percibida que es la encargada de la satisfacción de los usuarios.

✓ *Financiación:* durante el periodo 1991 – 1998, el gasto por tipos de servicios presentó una estructura estable. La Atención Curativa representó aproximadamente, un 76.0%; los gastos en Promoción y Prevención un 17.0%; y los de Administración un 7.0%.

✓ *Planes de Salud:* en los últimos años se ha manejado varios programas: VIH-SIDA, Vectoriales, Enfermedades Crónicas (Hipertensión y Diabetes), Vacunación, Atención a la Mujer y Niñez, y de Adolescencia.

✓ *Programas de Salud:* una de las grandes metas por alcanzar es que en el sector de la salud se inicie la modernización de la infraestructura informática del primer nivel, para lograr favorecer a los usuarios en la prestación de los servicios. Se espera que la producción de servicios se incremente en el futuro, pues se ha

iniciado un ordenamiento de la red de servicios del país con el componente hospitalario del segundo nivel.

✓ *Logros y Metas:* el perfil del sistema de salud de Nicaragua siempre ha desarrollado un proceso de programación, descentralización y desconcentración de la autoridad y los recursos, fortaleciendo y perfeccionando los servicios de salud, para aumentar la participación social en la solución de los problemas de salud, e impulsar la formación permanente de los recursos humanos.

✓ *Metas y funciones:*

- Modernización del sector salud.
- Mejoramiento del Ministerio de salud.
- Fortalecimiento de la calidad en la atención hospitalaria.
- Nuevas estrategias en la salud pública.

✓ *Evolución:* desde su creación el sector de la salud de Nicaragua ha venido desarrollando iniciativas de cambio y transformación: Ley de Seguridad Social; creación del Sistema Nacional Único de Salud: segunda Ley de Seguridad Social; y plan de salud. Luego se inicia la tercera generación de reformas con el establecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. Actualmente los ejes de la reforma son la modernización del sector salud; el

mejoramiento del MINSA; el fortalecimiento de la atención hospitalaria; las nuevas estrategias en salud pública; y la reforma de la seguridad social.

3.2.19 Perfil del sistema de salud de Panamá. Es un estado independiente, soberano y democrático.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* el país está cubierto en su totalidad por el segundo nivel de atención.

✓ *Calidad:* se están implementando iniciativas para el mejoramiento de la calidad, se estableció una junta asesora médica y se inició un programa de garantía de la calidad.

✓ *Financiación:* la financiación del SPNS está constituida por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales en la salud, los ingresos de los estados y municipios destinados a la salud, las transferencias provenientes de los otros subsistemas de seguridad social, las tasas especiales en salud, los recursos provenientes de la recuperación del costo por los servicios de registro y contraloría de salud colectiva.

✓ *Planes de salud:* las estrategias planteadas son el fortalecimiento de la rectoría sectorial, la estrategia de atención primaria la descentralización y desconcentración de algunas funciones de autoridad sanitaria y gestión de los servicios.

✓ *Programas de salud:* se crearon programas de promoción de la salud que están relacionados prioritariamente con el grupo materno infantil, la promoción de estilos de vida saludable, la identificación de factores de riesgo para la salud y la detención de síntomas de alarma para las enfermedades que afectan al binomio madre-niño; en programas de prevención específica se encuentran el de enfermedades inmunoprevenibles, prevención y control de la tuberculosis, de enfermedades transmitidas por agua y alimentos, de intoxicaciones agudas por plaguicidas , enfermedades respiratorias.

✓ *Logros y desempeño del sistema de salud:* el Ministerio de Salud es el ente rector de estos sistemas; además es el encargado de formular las políticas y regulaciones, y ejerce las funciones de autoridad sanitaria del país y la dirección nacional de Salud Pública se encarga de ejercer la supervisión del cumplimiento del marco regulatorio y la dirección de provisión de servicios, la evaluación y control de los servicios de salud públicos y privados.

✓ *Metas y funciones:* el objetivo en materia de salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios de salud e

incrementar el rendimiento de las salas y quirófanos por medio de la adecuación de la modalidad de los servicios de patología y reducir tiempos de demora en la atención.

✓ *Forma de organización:* las instituciones públicas del sector salud son: el Ministerio de Salud que se encarga de la determinación y la conducción de la política de salud del país; la CSS tiene a su cargo la administración y dirección del régimen de seguridad social y el IDAAN que es el responsable de suministro de agua potable para los grupos poblacionales.

✓ *Evolución:* los nuevos cambios en Panamá no sólo se han limitado a servicios de salud y atención médica, sino también abarca las aguas potables, aguas residuales y desechos sólidos; el principal objeto en salud es el acceso a los programas de salud integral, mejorar la calidad de los servicios y la red hospitalaria reestructurarla en su totalidad.

3.2.20 Perfil del sistema de salud de Paraguay. Paraguay cuenta con un gobierno democrático. El Sistema de Salud está a cargo de dos subsectores: público y privado.

Características del sistema de salud

- ✓ *Cobertura:* para el año 1999, se reporta un 19.9% del total de la población cuenta con un seguro médico, de esta cifra, el 62.2% corresponde al IPS y el 31.8% a seguros privados; el 6.0% corresponde a otro tipo de seguro.

- ✓ *Calidad:* en cuanto a calidad se refiere, son muy escasos los establecimientos que tienen programas de calidad; por tal motivo se encuentran muchas deficiencias; para remediarlas se han implementado sistemas de información gerencial, informativo perinatal y adolescente, logrando una mejor calidad en la prestación del servicio de salud.

- ✓ *Financiación:* el subsector público cuenta con aportes de naturaleza mixta; por parte del Presupuesto General de la Nación, cotizaciones del trabajador y el empleador, prima, pago directo por servicios y cooperación externa. El subsector privado, depende de las primas de distintos planes, entre ellos los pagos directos realizados por los usuarios.

- ✓ *Planes de salud:* el sector público, el MSPPIBS presta los servicios de atención en salud en tres niveles divididos según la complejidad del servicio. Acciones de promoción, prevención y rehabilitación para toda la población. El sector privado, integrado por la IPS, cubre los servicios de salud de los trabajadores asalariados; abarca los riesgos de enfermedad, maternidad,

invalidez, vejez, supervivencia y muerte; también cuenta con programas no contributivos, que aseguran a los excombatientes de la guerra del Chaco y sus familiares.

✓ *Programas:* promoción y protección de la salud, salud materno infantil, atención integral a la niñez y adolescencia, nutrición, control y prevención de cáncer cervico uterino, control de enfermedades respiratorias y diarreicas, control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, control de adicciones por droga y alcohol, salud oral y mental.

✓ *Logros y desempeño:* es evidente el aumento en la inmunización en menores de un año, el incremento del control prenatal, la disminución de la mortalidad materna infantil y la ampliación de la infraestructura y el equipamiento de hospitales públicos.

✓ *Metas y funciones:* dentro de las metas encontramos el mejoramiento al acceso efectivo a la atención en salud, evitar la duplicación de la oferta de recursos, coordinación intra e intersectorial y la descentralización, mejorar el rendimiento de los recursos, participación social y comunitaria, mejorar la coordinación de la cooperación técnica al proceso de reforma sanitaria. La función del MSPYSB es proteger la salud de la población, de la IPS es asegurar los trabajadores asegurados, de la Superintendencia de Salud es supervisar y controlar el aseguramiento, la provisión de servicios está a cargo de institutos

públicos y privados, el Fondo Nacional de Salud coordina y controla planes y programas del sector público y privado.

✓ *Forma de organización:* cuenta con un sector público conformado por el MSYSB y uno privado donde se ubican las IPS. Paraguay no cuenta con un plan básico de prestaciones para todos sus afiliados, además el sistema no ha permitido aumentar la capacidad de elección de los usuarios.

✓ *Evolución:* Por medio de la Ley se establece el derecho a la salud de toda la población; posteriormente se inicia la reforma con la creación del Sistema Nacional de Salud, enfocado en un servicio equitativo, oportuno y eficiente. Luego aparece la descentralización sanitaria local y la creación de la Superintendencia de Salud. La política de salud planteada actualmente da prioridad a la salud pública en las áreas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

3.2.21 Perfil del sistema de salud de Perú. Perú es un gobierno unitario, representativo y descentralizado, organizado de acuerdo al principio de separación de poderes. El sistema de servicios de salud es fragmentado y en el participan dos subsectores: el público y privado. El público está conformado por el ministerio de salud (MINSA). El Seguro Social de Salud Pública (ex IPSS), y el establecimiento y las sanidades de las fuerzas armadas y policía nacional.

Características del sistema de salud

- ✓ *Cobertura:* los principales problemas que el Perú tiene a nivel de cobertura en salud están vinculado a la pobreza y a la carencia de empleo adecuado y la amplia variedad étnica-cultural e incompleta integración y dispersión poblacional, especialmente de comunidades andinas y amazónicas.

- ✓ *Calidad:* no se cuenta con un sistema nacional de garantía de calidad como tal, aunque en el MINSA opera desde 1998 una unidad de acreditación de establecimientos de salud que aplica la normatividad vigente para el proceso de acreditación en todos los subsectores, haciendo énfasis en estándares de infraestructura.

- ✓ *Financiación:* las principales fuentes de financiamiento son los hogares, los aportes de los empleadores para sus trabajadores estables declarados, y el gobierno a través del tesoro público. Los recursos del gobierno son canalizados tanto a la sede central del MINSA, como a las direcciones departamentales de salud del mismo a través de los gobiernos transitorios regionales, lo que suele traer problemas de descoordinación.

- ✓ *Planes de salud:* Entre los planes de salud implementado por el Ministerio de Salud (MINSA) es la de unificar las prestaciones para todos sus afiliados independientemente del nivel de ingreso / aportaciones y de régimen (hay

aseguradoras regulares y aseguradoras de régimen especial). Desde entonces ha desarrollado planes de salud con diversos grados de cobertura para los aseguradores de régimen especiales que son los asegurados independientemente (denominados facultativos) y sus familias.

✓ *Programa de salud:* las entidades como el Ministerio de Salud MINSA y es SALUD a través de la ley general de salud incluye un capítulo sobre productos farmacéuticos y recursos terapéuticos naturales , el cual contempla aspectos relacionados con el registro sanitarios, y la fabricación, importación, comercialización, calidad y el uso de medicamento para la población menos favorecida .

✓ *Logros y desempeño:* la recuperación de la capacidad resolutive del primer nivel de atención mediante el incremento del gasto público social: la reforma de la seguridad social abriendo el primer nivel de atención a la prestación privada: el desarrollo de programas que garantizan la atención a grupos vulnerables localizados como el seguro escolar y el seguro materno infantil.

✓ *Metas y funciones.* el Ministerio de Salud (MINSA) es el órgano rector del sector de la salud y entre sus funciones se encuentra la formación de la política sectorial. La acción sectorial se enmarca en el proceso de reforma del estado que viene aplicando desde años atrás. Su objetivo es reestructurar las funciones generales y específicas del estado y definir la concertación público-privada e interinstitucional de los diversos agentes en el sector salud. Los principales

✓ *Metas y funciones.* el Ministerio de Salud (MINSA) es el órgano rector del sector de la salud y entre sus funciones se encuentra la formación de la política sectorial. La acción sectorial se enmarca en el proceso de reforma del estado que viene aplicando desde años atrás. Su objetivo es reestructurar las funciones generales y específicas del estado y definir la concertación público-privada e interinstitucional de los diversos agentes en el sector salud. Los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud o en el desempeño de los servicios de salud son la pobreza, asociada fuertemente a la falta de oportunidades de empleo y bajas remuneraciones, la heterogeneidad étnica y cultural y el centralismo.

✓ *Forma de organización:* los establecimientos públicos, especialmente los hospitales, han comenzado a organizarse conforme a criterios gerenciales. Como consecuencias principalmente de la insuficiencia de recursos de transferencia para su operación. No obstante, la ausencia de una política hospitalaria explícita dificulta la definición de objetivos institucionales.

✓ *Evolución:* pese a los problemas que presenta en su conjunto el sistema de salud, durante los últimos seis años hubo incremento de la cobertura institucional de atención esto como consecuencia a la descentralización de las instituciones prestadoras de salud tanto en el sector público y privado.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* el Sistema de Servicios de Salud de la República Dominicana cubre el 75.9% de la población a través de la atención brindada por las SESPAS, del 2 al 3% de la población total, está cubierto por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional y el subsector privado cubre el 12% de la población, brindando los diferentes servicios de salud en el país.

✓ *Calidad:* El tema de la calidad en la atención se plantea como prioritario. En el 2000 se creó la Comisión Nacional de la Calidad, con la misión de desarrollar la normatización, los protocolos clínicos, los procesos de mejoría de la calidad, la acreditación, habilitación de establecimientos y la evaluación de tecnologías, aunque esta última acción sigue sin implementarse.

✓ *Financiación:* En el subsector público el financiamiento proviene del fondo del presupuesto. La principal fuente de financiamiento de la SESPAS es el presupuesto público, la recuperación de costos y las donaciones. El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) se financia con las cotizaciones de los patronos, los empleados y el Estado, mientras que el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional por el presupuesto central y público. En el subsector privado los gastos se asumen mediante el pago directo, sistemas de prepago y primas de seguros.

✓ *Planes de salud:* En la República Dominicana se están creando planes como la promoción de la desconcentración y descentralización del subsector público, reformar el sistema de seguridad social tanto provisional como de servicios de salud, reorganizar el esquema de financiamiento con un carácter mixto público-privado e introducir un seguro familiar universal.

✓ *Programas de salud y Planes de salud:* el instituto Dominicano de Seguros Sociales, en compañía de la SESPAS, desarrollan programas universales de prevención. Aunque se ha pretendido la universalidad de estos programas, se han ido presentando diversos problemas como las dificultades en los suministros, con la evaluación de sus coberturas, con la calidad en la atención, y con la promoción en las ofertas del mercado. Se están impulsando programas en la prevención de la salud reproductiva, prevención del cáncer y del bajo peso al nacer, vacunación y vigilancia del niño sano, así como un programa piloto de alimentación y estancias infantiles con cuidados.

✓ *Logros y desempeño:* el Estado de la República Dominicana ha logrado una mejoría no muy notable en cuanto a los planes de salud, la cobertura de los servicios brindados y la garantía de la calidad en los diferentes hospitales públicos y privados. Se ha creado una reforma en la salud que actualmente está en proceso de implantación. Considerando que la reforma Sectorial se está iniciando, el estado de los sistemas de información en el país, y la multiplicidad de autores involucrados, es prematuro evaluar los resultados del proceso de reforma.

✓ *Metas y funciones:* la conducción sectorial es desarrollada directamente por las SESPAS o mediante la integración de juntas directivas de las instituciones sectoriales por asignación de recursos financieros, a través de los códigos y las leyes de salud; y a través de la definición de las normas y directrices de carácter nacional.

✓ *Forma de organización:* el Sistema de Servicios de Salud de la República Dominicana lo forman el subsector público y el subsector privado. El subsector público está constituido por las instituciones dependientes del Gobierno Central las cuales incluyen la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS); el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE); el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y el Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL). El subsector privado esta conformado por instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios, con y sin fines de lucro.

✓ *Evolución del Sistema de Salud:* A inicios de la década de los 90 el Poder Ejecutivo reconoció la crisis que afectaba el sistema de salud dominicano, y definió un conjunto de problemas, retos y recomendaciones para transformar el sector. En consecuencia creó la Oficina de Coordinación Técnica, la cual impulsó varios estudios y foros técnicos que permitieron disponer de información y facilitaron el proceso de negociación necesario para articular posteriormente la

actual Reforma y Modernización del Sector Salud. Actualmente esta reforma está en proceso de implantación.

3.2.23 Perfil del sistema de salud de Surinam. Su Gobierno esta constituido por un sistema parlamentario.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* el Fondo Estatal del Seguro de Salud (SZF) cubre aproximadamente el 35% de la población, el Ministerio de Asuntos Sociales (MAS) cubre el 42%, compañías privadas y el seguro privado cobijan el 20% de la población restante.

✓ *Calidad:* la reforma sanitaria cuenta con programas para mejorar el servicio como la acreditación de los establecimientos de salud con el fin de lograr la accesibilidad de la población menos favorecida en el nivel de atención primaria.

✓ *Financiación:* las principales fuentes de financiamiento esta constituidas por el SZF que abarca un paquete integral de prestaciones de salud para el 35% de la población, incluyendo dentro de este a los funcionarios públicos y personas voluntarias. El fondo se financia mediante contribuciones tributarias de los salarios, subsidios de ingresos tributarios generales y primas voluntarias. La

segunda fuente es el MAS y la tercera son las compañías privadas y el seguro de salud privado.

✓ *Planes de salud:* la población está asegurada por el ZSF que atiende las compañías privadas y los contribuyentes autónomos. El servicio de salud Regional (SSR) cubre a la población pobre y Los Programas Verticales Estatales ofrecen servicios de salud especiales para toda la población con enfermedades de transmisión sexual, lepra, odontología para jóvenes, malaria e inmunización. El MAS abarca la atención primaria y hospitalaria sin costo alguno para la población pobre.

✓ *Programas de salud:* Suriname cuenta con programas preventivos para disminuir la mortalidad infantil materna, el porcentaje bajo de peso al nacer, la incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, Programas sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cobertura de mayor calidad para pobres, para personas del interior y establecimiento de casas de salud para ancianos.

✓ *Logros y desempeño:* el MS carece de un número suficiente de profesionales con los antecedentes necesarios para la elaboración de políticas.

✓ *Metas y funciones:* la función rectora está a cargo del MS; quien se encarga de la formulación de las condiciones para la ejecución de la política del sector sanitario. ZSF: encargado de la prestación del servicio de salud. La Oficina Central

del Ministerio de Salud y la Inspectoría: se encargan de las normas, inspección y monitoreo. La oficina de Salud Pública: elabora los programas.

✓ *Forma de organización:* el MS se encarga de ofrecer a la población accesibilidad, disponibilidad, accesibilidad de la atención en salud. Las Instituciones Centrales del sistema de Atención en Salud son: La Oficina Central del Ministerio de Salud, la Inspectoría, las cuales se encargan de las normas, inspección y monitoreo. La oficina de Salud Pública la cual elabora los programas.

✓ *Evolución:* la reforma del sector se inicia a mediados de los años 90's con el objetivo de formular e iniciar nuevas políticas para lograr la eficiencia, equidad, calidad y sostenibilidad financiera de la atención de salud. Actualmente la reforma se encuentra en su etapa de diseño en esta etapa se pretende diseñar las políticas de reforma sanitaria que dará lugar a un sistema de salud más eficaz, eficiente y sostenibles.

3.2.24 Perfil del sistema de salud de Trinidad y Tobago. Trinidad y Tobago es un estado compuesto por dos islas gemelas y es una república democrática, con un presidente como jefe de estado. Su gobierno es una democracia parlamentaria, el poder ejecutivo está en manos de un primer ministro como jefe de gobierno y del gabinete del primer ministro mientras que el poder legislativo radica en el parlamento. La política sanitaria es dirigida por el Ministerio de Salud, en colaboración con otros ministerios y organismo, según corresponda, entre los

principales socios se incluyen los Ministerios de Producción de Alimentos y Recursos Marinos de Habilidadación de la Comunidad y de Educación.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* Es deficiente por tratarse de un país pobre y porque los profesionales de la salud capacitados emigran hacia países como Estados Unidos y Canadá por razones económicas que han perjudicado la prestación de asistencia sanitaria.

✓ *Calidad:* como parte del programa de reforma del sector de la salud (PRSS) se formuló un proyecto de ley sobre la calidad de los servicios de salud a fin de proporcionar un marco para la reglamentación de la calidad de la atención de salud, y su ejecución se incluye en el programa del ministerio.

✓ *Financiación:* el financiamiento de los servicios de salud pública se realizaba principalmente a través de ingresos de impuestos generales. Ahora el gobierno de Trinidad y Tobago se encuentra en la etapa inicial de ejecución de un importante proyecto de reforma del sector de la salud (PRSS) financiado en parte por el Banco Interamericano de Desarrollo. (BID)

✓ *Planes de salud:* entre los planes de salud que implementa el país de Trinidad y Tobago es el de proporcionar o suministrar medicamentos a toda la población y reducir el índice mortalidad infantil.

✓ *Programa de salud:* el único programa de salud que ha implementado en estos últimos años el país de Trinidad Tobago es (PRSS) programa de reforma del sector de la salud.

✓ *Logros y desempeño:* reestructurar el Ministerio de Salud para hacerlo un órgano normativo y de reglamentación y descentralizar la prestación de servicios de salud a las autoridades sanitarias regionales, en conformidad con la ley de autoridades regionales de salud. Otro logro y desempeño importante es racionalizar los servicios y la infraestructura de la salud y elaborar una estrategia integral de financiamiento para el sector.

✓ *Metas y funciones:* Fortalecer las capacidades para la formulación de planificación y la implantación de políticas dentro del sector salud. Separar la prestación de servicios de las responsabilidades financieras y reglamentarias, con el desplazamiento del gasto sanitario público y la promoción de un cambio similar en los gastos del sector privado hacia problemas prioritarios de salud y soluciones más eficaces en relación con el costo. Establecer estructuras nuevas administrativas y laborales que promuevan la responsabilidad, mayor autonomía e incentivos apropiados para mejorar la productividad y la eficiencia. Reducir las

mortalidades evitables por medio de la promoción del cambio de modos de vida y otras intervenciones sociales.

✓ *Forma de organización:* Trinidad y Tobago está actualmente en proceso de poner en práctica un sólido programa de reforma del sector de la salud (PRSS). El Ministerio de Salud es el responsable por la gestión y la prestación de servicios de salud en el sector público. El ministerio comprende varias instituciones, incluidos hospitales, centro de salud, oficinas de funcionarios médicos de condados, un laboratorio de salud pública y una unidad de vigilancia nacional.

✓ *Evolución:* La evolución del sistema de salud (PRSS) es e una alta credibilidad antes las autoridades regionales de salud, ante el público y los prestadores de asistencia sanitaria; por consiguiente este sistema implantado por el país de trinidad y Tobago es positivo y ha ayudado a bajar el índice de mortalidad y morbilidad que existían en el pasado.

3.2.25 Perfil del sistema de salud de Uruguay. Uruguay es un Estado Democrático. El Ministerio de Salud Pública (MSP) está a cargo del sector público.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* la información sobre cobertura que dá el MSP es estudiada por el número de carnés otorgados a los afiliados, se estima que el 33.7% de la

población está cubierta por el MSP; el 44.6% por el Instituto de Asistencia Médica Colectiva (IAMCA), el 42% por Sanidad militar, el 1.8% por sanidad policial y el 12% por otros. Un 11% no se encuentra cubierto y del 0.9% de la población restante no se tiene reportes.

✓ *Calidad del servicio:* el MSP no cuenta con programas establecidos de calidad. El sindicato Médico del Uruguay es el único comité de ética del sector. En 1997 se decretó la obligación de que cada institución de salud pública o privada tuviera un control de infecciones intrahospitalarias, ya se tienen datos que desde hace tres años la mitad de las instituciones privadas han implementado el comité. También se han establecido Normas de Conducta Médica; los Derechos del paciente y una Asociación de Usuarios del sistema de salud que evalúa el grado de satisfacción por parte del afiliado.

✓ *Financiación:* existen tres fuentes de financiación: prepago voluntario de cuotas (42.1%) precios incluidos medicamentos, ordenes y tickets (IAMC) (31.8%) y los impuestos generales (25.2%) y 0.9% de proventos. El MSP es financiado por el presupuesto nacional quinquenal.

✓ *Planes de salud:* el IAMC presta el servicio a la población infantil y mujeres embarazadas; el Banco de Previsión Social (BPS) presta servicio de pediatría a niños hasta los seis años de edad, de odontología hasta los nueve años y a los pacientes con malformaciones congénitas hasta los trece años. La Universidad de

la República tiene la función de atender las especialidades médicas. El sector privado está constituido por IAMC, por el Instituto de Asistencia Médica particular, por Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), sanatorios clínicos, consultorios privados y hogares para ancianos.

✓ *Programas de salud:* el MSP posee una división de la promoción de la salud el cual dependen los programas llamados “prioritarios” para la disminución de la mortalidad infantil, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y pulmón, SIDA, de hábitos tóxicos y de adicciones. Sus tareas están dirigidas para la salud de los grupos de riesgo.

✓ *Metas y funciones:* las funciones son: interacción del individuo con el medio, la responsabilidad compartida, la salud como inversión, la ética y la humanización de la atención a la salud, la equidad, solidaridad, participación social, eficiencia y cobertura universal, accesibilidad ya atención integral. Las metas están dirigidas al fortalecimiento de del papel del rector del MSP, reorganización interna de la Dirección General de la Salud, el desarrollo de una política nacional de medicamentos, el desarrollo de un programa de garantía de calidad y acreditación de servicios de salud, el fortalecimiento de la atención primaria de salud, la racionalización del uso de la medicina especializada, fortalecer la integración del MERCOSUR en el sector salud, fortalecer los servicios de salud del Ministerio y los de las demás instituciones de Asistencia Medica Colectiva.

✓ *Logros y desempeño:* el sector salud gracias a los programas establecidos de promoción y prevención de la enfermedad ha tenido logros positivos puesto que la mortalidad infantil ha disminuido, al igual que la prevalencia del COP , la incidencia de SIDA y la cobertura de la vacunación ha sido significativa

✓ *Forma de organización:* el sistema de salud de Uruguay está integrado por los subsistemas públicos y privado. Las instituciones del sector público son el MSP, el BPS, la Universidad de la República, la Sanidades las Fuerzas Armadas y Policial, las intendencias municipales y otras entidades públicas y entes autónomos. A este sector tienen acceso todos los trabajadores y sus beneficiarios. El sector privado esta constituido por instituciones privadas (IAMC) instituciones de asistencia médica particular (IMAE), y los sanatorios clínicas y consultorios privados y hogares para ancianos. Este sector tiene convenio de compra y venta directa de servicios entre el MSP y las Cooperativas Médicas del Interior. Hay instituciones privadas que ofrecen un seguro prepago con cobertura total y el número de afiliados se acerca al 50% de la población total.

✓ *Evolución:* en Uruguay, se presentaron reformas, las cuales separaron los servicios de salud del MSP en una administración independiente: La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) que constituyo el comienzo de la reforma del sector público.

3.2.26 Perfil del sistema de salud de Venezuela. La república Bolivariana de Venezuela, posee un gobierno democrático. El Ministerio de Salud y Desarrollo (MSDS); impulsa la transformación del modelo de organización de los servicios de salud.

Características del sistema de salud

✓ *Cobertura:* no se tienen datos diferenciales entre la cobertura de aseguramiento privado y público. En el año 1997 se reportó un 65% del total de la población venezolana mantenían un seguro en salud. El Instituto Venezolano de Seguridad Social, mantiene la mayor cobertura con un 57% del total de la población.

✓ *Calidad:* aunque algunas instituciones realizaron un taller de garantía de la calidad, no se cuenta con información específica sobre el número de institutos que hayan establecido algún tipo de programa de calidad. No hay registros sobre infecciones hospitalarias, No hay información acerca de la implementación de los comités de ética y control del comportamiento profesional.

✓ *Financiación:* el sector público, recibe aportes del MSDS, IVSS, los Estados, Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA). El sector privado se financia a través de los aportes que deben realizar los afiliados.

✓ *Planes de salud:* cuenta con atención pública y privada. Funciona como un sistema de salud descentralizado, basado en niveles de atención con direcciones de salud y distritos sanitarios.

✓ *Programas de salud:*

- Programa de promoción y educación para la salud.
- Programa de prevención de las enfermedades.

✓ *Logros y desempeño:* la capacidad de resolución de los hospitales es precaria, las listas de espera para cirugía y atención ambulatoria son extensas. Frecuentemente presenta carencia de insumos médicos esenciales. Para afrontar las dificultades se conforma una comisión nacional coordinadora del abordaje de la problemática hospitalaria. Además se establecieron convenios con países amigos; equipamiento y fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria e implementaron sistemas computarizados para mejor funcionamiento.

✓ *Metas y funciones:* las metas establecidas por el sistema son: Garantizar la integralidad de la atención a las personas, equidad en la atención en salud, accesibilidad al servicio. Funciones son:

- Rectoría: A cargo del MSDS

- Consejo Federal de Gobierno: Planificación y coordinación de políticas para el desarrollo de la descentralización.
- IVSS: financiamiento, aseguramiento, provisión.
- IPASME: Financiamiento, aseguramiento, provisión.

✓ *Forma de organización:* el sistema está constituido por un sector público integrado por diferentes instituciones que operan de forma no integrada, centralizada y desconcentrada; entre ellas se encuentra el MSDS; IVSS; IPSFA; Alcaldía mayor. También encontramos un sector privado. Los diferentes establecimientos prestadores del servicio, tanto público como privado cuentan con varios niveles de atención clasificados según su complejidad y se encuentran distribuidos a lo largo de todo el país. Existe notoria insuficiencia en la cobertura de los servicios de salud.

✓ *Evolución:* en los últimos doce años se ha experimentado cinco grande macro – reformas:

- En 1997 Se crea la ley del Sistema Nacional de Salud
- En 1998 se implementan las leyes de la seguridad social.
- En 1999 Se realizan los cambios en el marco de la ley habitante.
- Las tres primeras reformas no tuvieron éxito. Se establece entonces la ley para el desarrollo definitivo del sector salud.

3.3 PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA

Colombia cuenta con un gobierno democrático, según lo establecido por la constitución política. El Ministerio de Salud se encuentra a cargo del Estado.

Características del Sistema de Salud

✓ *Cobertura:* la encuesta nacional de calidad de vida, DANE, demostró en el segundo semestre de 1997, que efectivamente el 57.18% de la población está cubierta por la seguridad social, así: el 37.63% por el régimen contributivo y el 19.56% por el régimen subsidiado.

✓ *Calidad:* el sistema estableció mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

✓ *Financiación:* el régimen contributivo en su etapa inicial estaría recaudando sumas superiores a los dos billones cuatrocientos mil pesos. El ISS por su parte reportó mensualmente un aporte del 78%. La situación financiera de Colombia se encuentra a cargo del sector público y privado.

✓ *Planes de Salud:* en Colombia se está manejando la ley de seguridad social que ha determinado tres grandes planes de afiliación en el sistema de seguridad

social: el POS subsidiado, el POS contributivo y el plan complementario que corresponde a tres tipos de productos y a tres tipos de usuarios.

✓ *Programas de Salud:* convertir los hospitales en entidades autónomas. Crear un modelo de acreditación en la garantía de la calidad de los servicios de salud. Contratar servicios con el sector privado. Crear un fondo financiero del sector salud.

✓ *Logros y Desempeño:* el logro mas importante de la Ley 100/93, en materia de salud, es el avance en la cobertura de la seguridad social, que ha permitido, en tiempo record, pasar del 20 al 57% de la población nacional, al menos en términos financieros. El Ministerio de Salud avanzó en 1996-1997 en la reglamentación del plan de atención básica, en el sistema obligatorio de control de la calidad, en el programa de prevención y promoción y en los requisitos para formalizar las IPS. Al mismo tiempo la Superintendencia Nacional de Salud reglamentó los planes complementarios y actualizó el reglamento del sistema de información de las EPS.

✓ *Metas y Funciones:*

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población.
- Promoción de la salud.
- Participación de los ciudadanos en salud.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- ✓ *Forma de Organización:* se maneja una organización descentralizada totalmente.
- ✓ *Evolución:* en primer lugar esta la Ley 10/90, en segundo lugar la Ley 60/93 y por ultimo la Ley 100/93.

3.4 CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAÍSES AMERICANOS

En la tabla 3 se relaciona una síntesis de los resultados de los principales aspectos que caracterizan a los diferentes sistemas de salud en América, entre los que sobresalen: cobertura, calidad, financiación, planes y programas, logros y desempeño, metas y funciones formas de organización y evolución de los diferentes sistemas de salud.

- ✓ *Cobertura:* se determinó en términos porcentuales el nivel de cubrimiento de los servicios de salud a la población del respectivo país.
- ✓ *Calidad:* se tuvo en cuenta para esta característica la existencia o no de sistemas de calidad definidos a través de diferentes estándares.

- ✓ *Financiación:* se consideró el carácter de la fuente primaria de financiación del sistema de salud, las cuales son: pública y privada.
- ✓ *Planes y programas:* con relación a esta característica se tuvo en cuenta la existencia o no de planes y programas.
- ✓ *Logros y desempeño:* en este ítem se consideró el grado de desarrollo de los sistemas de salud; los cuales van de escasos, regulares, buenos a excelentes.
- ✓ *Metas y funciones:* Para este tipo de actividades se consideró su definición o no por parte del sistema.
- ✓ *Formas de organización:* Se consideró si el sistema de salud era de carácter centralizado o descentralizado.
- ✓ *Evolución:* se tuvo en cuenta el número de reformas que se han dado en materia de salud en los diferentes países

En lo concerniente a la cobertura se encontró que países como Brasil, Canadá, Cuba, Jamaica y Suriname sobresalen con una cobertura del 100%, Estados Unidos de América con el 70%, mientras que Colombia tan solo alcanza un 58%. Esta situación es aún más preocupante en países como Paraguay con un 20% y aún más en otros que no reportan información.

Para la característica de calidad los resultados mostraron que aquellos países con alta y mediana cobertura tienen definidos sus sistemas y políticas en lo que a calidad se refiere. Colombia como país referente mostró parámetros para la determinación de calidad reglamentados y definidos.

En cuanto a la financiación de los diferentes sistemas no se observó diferencias significativas en cuanto al carácter de su financiación, ya que en su gran mayoría, son una combinación de fuentes públicas y privadas.

En lo concerniente a planes y programas en la gran mayoría de los países se tienen establecidos y en ejecución planes y programas de salud, tan solo Belice y Guyana no reportan la existencia de planes.

Para los indicadores de logro y desempeño éstos, mostraron una relación muy estrecha con el nivel de cobertura y calidad.

En cuanto al establecimiento de metas y funciones se encontró que la gran mayoría de los países incluyendo Colombia, las tienen definidas, tan sólo Argentina, Belice y Guyana no las tienen definidas.

Los sistemas de organización mostraron que para la gran mayoría de los países incluyendo Colombia la forma de organización predominante es la descentralizada, se exceptúa Guyana.

Finalmente, la gran mayoría de los países han adelantado varias reformas para sus sistemas de salud, desafortunadamente no se encontró información para Argentina.

PAIS	COBERTURA	CALIDAD	FINANCIACION	PLANES	PROGRAMAS	LOGROS Y DESEMPEÑO	METAS Y FUNCIONES	FORMAS DE ORGANIZACIÓN	EVOLUCION
1.Argentina	50%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Escasos	No Definidas	Descentralizada	No hay informacio
2.Belice	30%	Definida	Pública y Privada	No	Sí	Escasos	No Definidas	Descentralizada	2 Reformas
3.Bolivia									
4.Brasil	100%	Definida	Sin fines de lucro	Sí	Sí	Excelentes	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
5.Canada	99%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
6.Costa rica	90%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
7. Chile									
8.Cuba	100%	Definida	Pública	Sí	Sí	Exelentes	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
9.Ecuador	70%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
10.El salvador									
11.Estados Unidos									
12.Guatemala									
13.Guyana	No definida	No definida	Pública	No Definida	Sí	Escasos	No Definidas	Centralizada	2 Reformas
14.Haiti									
15.Honduras									
16.Jamaica	100%	Definida	Pública	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
17.Mexico	52%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
18.Nicaragua	60%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
19.Panama	No definida	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
20.Paraguay	20%	No definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
21.Perú	No definida	No definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
22.Republica Dominicana	90%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
23.Suriname	100%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	2 Reformas
24.Trinidad y Tobago	No definida	No definida	Pública	Sí	Sí	Regulares	Definidas	Centralizada	2 Reformas
25.Uruguay	88%	No definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
26.Venezuela	No definida	No definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Malos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
26.COLOMBIA	57.18%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas

La tabla 4 muestra los indicadores básicos de los estados miembros de la OMS en el mundo (191) y la información reportada en la tabla corresponde a los países americanos, es por ello que se inicia con la república de Argentina que aparece en la posición 9. En ella se muestra la población total, la tasa de crecimiento anual, la tasa global de fecundidad, la esperanza de vida al nacer tanto para varones como para mujeres en el año de 1999.

En cuanto a la tasa de crecimiento se destaca que Cuba tiene el 0.5% de tasa de crecimiento anual, lugar que no es compartido con ningún otro país americano, mientras que países como Costa Rica tienen una alta tasa de crecimiento anual representada en el 2.9%. Colombia como país de referencia tiene un 1.9%, lo cual es ligeramente alta.

Para la tasa global de fecundidad Canadá, Cuba y Trinidad y Tobago tienen la menor tasa global representada en el 1.6%; mientras que Haití tiene el 4.3%. Colombia presenta un nivel intermedio con el 2.7%

La mayor esperanza de vida al nacer, en años, para los varones la tienen países como Canadá con 76.5, seguido muy de cerca de Jamaica con 76.4; Colombia tiene un nivel de intermedio a alto con 69.0 años, mientras que en Haití la esperanza de vida es del 51.7 años.

De igual forma, la mayor esperanza de vida al nacer, en años, para mujeres la tienen países como Canadá el 82.3, seguido por Chile con 80.7 y Estados Unidos de América con 80. Colombia presenta una esperanza de vida al nacer de 74.9 años y Haití tiene la más baja con 56.3 años.

4. Indicadores básicos de los países americanos miembros de la

Estados Miembros		ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN				ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)			
		Población total (millares) 1999	Tasa de crecimiento anual(%) 1990-1999	Tasa		Varones		Mujeres	
				global de fecundidad		1999	Intervalo de incertidumbre	1999	Intervalo de incertidumbre
				1990	1999				
9.	Argentina	36 577	1,3	2,9	2,6	70,6	70,2 - 71,1	77,8	77,3 - 78,3
20.	Belice	235	2,6	4,4	3,5	69,6	86,6 - 70,6	75,0	73,8 - 75,9
23.	Bolivia	8 142	2,4	4,9	4,2	60,7	59,6 - 62,0	62,2	61,3 - 63,3
26.	Brasil	167 988	1,4	2,7	2,2	63,7	62,1 - 65,1	71,7	70,3 - 73,0
34	Canadá	30 857	1,2	1,7	1,6	76,2	75,8 - 76,5	81,9	81,5 - 82,3
36	Chile	15 019	1,5	2,6	2,4	73,4	71,9 - 74,9	79,9	79,2 - 80,7
39	Colombia	41 564	1,9	3,1	2,7	68,1	67,2 - 69,0	74,1	73,3 - 74,9
42	Costa Rica	3 933	2,9	3,2	2,8	74,2	73,1 - 75,1	78,9	77,8 - 79,8
45	Cuba	11 160	0,5	1,7	1,6	73,5	72,4 - 74,7	77,4	76,2 - 78,5
49	Ecuador	12 411	2,1	3,8	3,0	67,4	66,4 - 68,3	70,3	65,5 - 71,1
51	El Salvador	6 154	2,1	3,7	3,1	66,9	65,9 - 67,8	73,0	72,0 - 73,9
57	Estados Unidos de América	276 218	0,9	2,0	2,0	73,8	73,0 - 74,6	79,7	79,4 - 80,0
72	Guatemala	11 090	2,7	5,6	4,8	60,2	59,2 - 61,1	64,7	63,9 - 65,6
76	Guyana	855	0,8	2,6	2,3	65,6	64,3 - 66,9	72,2	71,1 - 73,3
77	Haiti	8 087	1,8	5,4	4,3	50,6	49,1 - 51,7	55,1	53,4 - 56,3
78	Honduras	6 316	2,9	5,1	4,1	68,2	67,2 - 69,2	70,8	69,8 - 71,8
92	Jamaica	2 560	0,9	2,8	2,4	75,2	74,2 - 76,4	77,4	76,4 - 78,4
115	México	97 365	1,8	3,4	2,7	71,0	69,7 - 72,2	77,1	76,4 - 77,9
124	Nicaragua	4 938	2,9	5,0	4,3	64,8	63,8 - 65,7	68,8	67,9 - 69,9
134	Panamá	2 812	1,8	3,0	2,6	72,6	71,6 - 73,6	75,8	74,9 - 76,8
136	Paraguay	5 358	2,7	4,7	4,1	69,6	68,9 - 70,3	74,1	73,1 - 75,0
137	Perú	25 230	1,8	3,7	2,9	65,6	64,6 - 66,6	69,1	68,3 - 69,9
149	Republica Dominicana	8 364	1,8	3,3	2,7	71,4	70,2 - 72,6	72,8	72,5 - 73,3
170	Suriname	415	0,4	2,7	2,2	68,1	67,1 - 69,2	73,6	72,6 - 74,5
176	Trinidad y Tobago	1 289	0,7	2,4	1,6	68,7	67,6 - 69,6	73,4	72,4 - 74,3
183	Uruguay	3 313	0,7	2,5	2,4	70,5	69,8 - 71,4	77,8	77,2 - 78,6
186	Venezuela, República Bolivariana de	23 706	2,2	3,5	2,9	70,9	70,0 - 71,9	76,2	74,9 - 77,3

Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 2000; p 180-187

4. DISCUSIÓN

En concordancia con los reportes suministrados por la Organización Mundial de la Salud, las reformas de la salud han surgido como respuestas, no sólo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino también porque se busca mayor eficiencia, equidad y capacidad de respuesta a las expectativas para quienes sirven los sistemas de salud. Esta situación es ratificada por los estudios elaborados por GURI Juan Carlos, 2000. De igual manera, en muchos países se han hecho considerables esfuerzos por adiestrar a trabajadores comunitarios de salud para prestar servicios básicos y eficaces en función del costo, en establecimientos rurales sensibles a la población que, hasta ese momento, tenían poco o ningún acceso a la moderna atención en salud, lo que muestra la preocupación permanente por mejorar las condiciones de salud de la población.

Frente a las presiones sociales la intervención estatal en las economías estaba perdiendo credibilidad en todos los países, lo que condujo a la venta o liquidación de las empresas del estado, a la promoción de más competencia, tanto interna como externa, a la reducción de los controles y las reglamentaciones gubernamentales y, en general, a dejar la situación libre de las fuerzas del mercado. Esta situación es ratificada por la visión futurista de Malagón 2001 quien recomienda, de manera pormenorizada, a las organizaciones de la salud la imperiosa necesidad de adaptarse a las condiciones de cambio imperante y a

impulsar políticas que conduzcan a brindar un servicio con calidad para responder de manera efectiva a las necesidades y expectativas del cliente y adelantarse de manera proactiva a la competencia.

El estudio comparativo desarrollado por la OMS con los países miembros de dicho organismo (191) muestra que los Estados Unidos de América es el país que gasta una mayor proporción de su producto interno bruto (PIB), pero sin embargo, se ubica, según su desempeño, en el lugar 37 de 191 países en el mundo; esta situación es ratificada por GURI Juan Carlos, 2000. De manera análoga, el Reino Unido, que gasta sólo el 6% del PIB en servicios de salud, se ubica en el lugar 18. Las consideraciones anteriores indican que la inversión económica de los estados en salud, no está en concordancia con aspectos como la cobertura, la calidad y demás actividades de respuestas sociales efectivas para atender la salud de las personas. Esta situación es ratificada por los estudios desarrollados por el Dr. Christopher Murray, cuando manifiesta “Aunque ha habido avances significativos en las décadas pasadas, prácticamente todos los países están sub-utilizando los recursos de que disponen”; trayendo, como consecuencia, un gran número de muertes prevenibles y discapacidades, sufrimiento innecesario, injusticia, desigualdad y negación de los derechos básicos a la salud del individuo”. Eventos que han sido ratificados por GURI Juan Carlos, 2000.

Diversas recomendaciones sugieren la necesidad de los países de acoger experiencias positivas de otros países para avanzar de manera significativa hacia

la construcción de procesos de calidad, situación que es validada por el Dr Julio Frenk, Director Ejecutivo del área de Investigación e Información para las Políticas de Salud.

De igual forma, diversos estudios muestran que los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta están en los países más desarrollados, lo que demuestra que esta capacidad de respuesta depende, en gran medida, de la disponibilidad de recursos, condición que es ratificada ampliamente por GURI Juan Carlos, 2000, lo que sumerge a los países más pobres a padecer la inclemencia de la privación de esta necesidad social ampliamente sentida. Es por ello que países de la comunidad económica europea como Francia e Italia lideran los procesos de salud en el mundo; de la misma manera, Canadá es líder a nivel americano con Cuba, a pesar de este país tener un esquema de gobierno diferente.

En materia de justicia en el financiamiento, Canadá ocupa el primer lugar en América y Cuba el primer lugar entre las naciones latinoamericanas.

El estudio comparativo de Colombia con los demás países indica que en materia de cobertura, calidad, logros y desempeño, entre otras características de los sistemas de salud, países como Brasil, Canadá, Cuba, Jamaica y Suriname sobresalen en relación con Colombia y otros que aún no reportan información al respecto. Esto muestra las diferentes desigualdades en la gestión y prestación de

los servicios entre estos países, lo cual ha sido materia de análisis y preocupación constante por parte de la OMS y la OPS.

5. CONCLUSIONES

- ✓ Las reformas de la salud han surgido como respuestas, no sólo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino porque se busca mayor eficiencia, equidad y capacidad de respuesta a las expectativas; por ello es importante la necesidad de acoger experiencias positivas de otros países para avanzar de manera significativa hacia la construcción de procesos de calidad,

- ✓ Los Estados Unidos de América es el país que gasta una mayor proporción de su producto interno bruto (PIB), pero sin embargo, su sistema no aparece como el más eficiente.

- ✓ Diversos estudios muestran que los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta están en los países más desarrollados, lo que confirma que esta capacidad de respuesta depende, en gran medida, de la disponibilidad de recursos.

✓ Colombia ocupa un lugar intermedio entre los sistemas de salud en América; Canadá ocupa el primer lugar y Cuba es primero entre los países latinoamericanos; mientras Guyana y Haití están rezagados..

✓ Países como Brasil, Canadá, Cuba, Jamaica y Suriname sobresalen en relación con Colombia en cuanto a cobertura, calidad, logros y desempeño, mientras que otros países, aún no reportan información al respecto.

✓ En la medida en que un sistema de salud alcance una larga esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, un alto grado de capacidad de respuesta o una distribución equitativa de la carga del financiamiento, se puede decir que tiene un buen desempeño con respecto a ese objetivo.

6. RECOMENDACIONES

- ✓ Los países que presentan deficiencias en los sistemas de salud deben analizar las experiencias positivas de países que han tenido éxito con sus modelos en aras de disminuir la brecha existente entre sus conciudadanos.
- ✓ Los recursos económicos deben dirigirse de manera eficiente y eficaz, de tal forma que se reflejen de manera efectiva en los resultados.
- ✓ Colombia debe mejorar en lo que se refiere a cobertura, calidad, desempeño y logros en su sistema de salud en la búsqueda de alcanzar una mejor equidad.
- ✓ Los sistemas de salud son un instrumento eficaz para incrementar la esperanza de vida de la población y la misma calidad de la vida.
- ✓ Se recomienda adelantar estudios específicos de las características de los sistemas de salud investigadas con el propósito de profundizar en la línea de investigación de gerencia de servicios de salud y competitividad en el SGSSS.

BIBLIOGRAFÍA

AGUDELO, Carlos. <http://www.medicina.unal.edu.co/red/Análisis.html>. 2001.

AGUDELO, Carlos. Un nuevo sistema de salud. El reto del siglo XXI. 1995.

BAEZA, C. Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile. 1999.

BAEZA, C. ¿es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina? Santiago, Chile. 1999.

BAEZA, C. Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI. Santiago, Chile. 1999.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Oxford University Press para el Banco Mundial. Washington. 1993.

BENGOA, Rafael <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n2/salud1>.
1998.

BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS-OMS, UNICEF. Acceso equitativo a los servicios de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Washington septiembre 29-30. 1995.

BOBADILLA, JL. El paquete universal de servicios esenciales de salud. México. 1994.

BOBADILLA, JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. México. 1997.

BOTERO, Ricardo A. <http://www.Adecra.Org.ar/acreditación>. 2002.

CASTAÑO, R.A. Medicina, ética y reformas a la salud. Cargraphics. 1999.

CASTAÑO, R.A. P. BERMÚDEZ. J.A. Rey. Equidad en el financiamiento de los servicios de salud en Colombia. Mimeo. 1999.

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA.
<http://www.cgh.org.co/garantiacalidad/downlad.htm> 2000.

CÉSPEDES, J.E. Como consolidar la reforma de salud. Seguridad Social al Día, N. 2, julio. 1998.

CÉSPEDES, J.E. Consideraciones sobre la viabilidad financiera del sistema de seguridad social en salud. Gerencia Salud, N. 16, julio. 1998.

CÉSPEDES, J.E. JARAMILLO, R. MARTINEZ y cols. Revista del programa de gerencia en salud. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Marzo de 2002.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política. 1991. Art. 48,49,78,82,78,82,365,366.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 9 de 1979. Título 4 del artículo 155 al 242.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100/1993. Art. 153.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 1993.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 60 de 1993. Capitulo 4, artículos 21, 22, 27, 34.

CONTRERAS, Nelson. Reorganización del sistema nacional de salud. Volumen 1. Bogotá. 1990. p. 355.

CONTRERAS, Nelson. DIAZ, Eduardo. GALAN, Ricardo. GONZALES, Edgar.

JARAMILLO, Iván. Reorganización del sistema nacional de salud. Volumen 1. Bogotá. 1990. pp. 363-387.

DONADEBIAN, A. Quality, cost, and health: an integrative model. Medical Care. 1982.

FERNANDEZ, G. El nuevo sistema de salud en Colombia. Castillo Editores. 1996.

FRANCO, Álvaro. Revista de salud publica, Vol. 7. El Salvador. 2002.

GOMEZ DE LEON, Patricia. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Revista Vía Salud. Vol. 20. <http://www.cggh.org.co/garantiacalidad/download.htm>. 2001.

GRANADOS, Ramón y GÓMEZ, María. <http://www.Medicina.Unal.Edu.co/>. 2000.

GURÍ, Roxana. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
<http://www.who.int/whr>. 2000.

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries. Durham, New Hampshire, September 10-13. 1993.

HARVARD UNIVERSITY. La reforma del sector salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Harvard School of Public Health. 1996.

HERNÁNDEZ, A.R. Criterios metodológicos para la medición de inequidades en salud y en la prestación de servicios de salud en Colombia. Tesis de grado, maestría en administración en salud. Universidad Javeriana. Bogotá. 1995.

INFANTE, Alberto. DE LA MATA, Isabel. LOPEZ, Daniel. Revista Panamericana de la Salud Publica. 2000.

JARAMILLO, Iván. El futuro de la Salud en Colombia. Editorial FESCOL, 4ta. Edición. Bogotá 1999.

JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Política Social, mercadeo y descentralización. Primera edición. Bogotá. Fundación corona. 1994.

JARAMILLO, Iván. Ley 100 de 1993 cinco años después. Cuarta edición. 1999.

JARAMILLO PEREZ, Iván. El derecho a la salud, estado actual y perspectivas, los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia. Bogotá. 1995.

JARAMILLO PEREZ, Iván. Hacia un sistema de salud eficiente, solidario y universal, en reforma de seguridad social en salud. Fescol. Bogotá. Abril de 1992. p. 63.

JARAMILLO PEREZ, Iván. La experiencia chilena y las enseñanzas para Colombia. Bogotá. Mayo de 1993.

LONDOÑO, J.L. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Heath Policy. 1997.

LONDOÑO, JL. Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana. Revista de análisis económico. 1996.

LOPEZ, Daniel. GOEMZ, Paulina. MACHADO, Heloiza. Instituto Nacional de Salud en Colombia. 2001.

MALAGON LONDOÑO, y cols. Auditoria en salud. Editorial Panamericana. 1998.

MARINA, Cesar. <http://www.monografias.com/trabajos11/arsisalud/shtml>. 2000.

MARSET CAMPOS, J.M. y cols. Análisis comparativo de los sistemas de salud. Salud Publica. McGraw Hill Interamericana. 1998.

MC PAKE. B. La reforma del sector salud: ¿equidad y eficiencia en conflicto?, informando y reformando. 1999.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1439 de 2002. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1474 de 2002. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 2309 de 2002. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1298 de 1994. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4445 de 1996. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2174 de 1996. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD. Salud para todos en el año 2000. Tercera evaluación. Guyana. 2000.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Análisis y tendencias de la salud en Uruguay. Montevideo. Septiembre 1998.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. La salud del Uruguay en cifras. Montevideo. 4 de abril del 2002.

MINISTERIO DE SALUD. Plan nacional de salud. Costa Rica. 1999-2004.

MINSA- OPS. Cuentas nacionales en salud 1997-1998. Documento de trabajo preliminar. Base de datos Lima, Perú. 2001.

MOLINA, Carlos Gerardo. El gasto publico en salud y distribución de subsidios en Colombia. Bogotá. 1993.

MUSGROVE, P. Reformas al sector salud en Chile: contexto, lógica y posibles caminos. Santiago, Chile. 1995.

NAVARRO, V. Sistemas de salud en los países desarrollados. Salud Publica. McGraw Hill Interamericana. 1998.

OLEA, Alonso. Asociación profesional del cuerpo superior de técnicos de la administración de la seguridad social. Volumen 8 y 9. <http://www.foross.org/revista04/a03.htm>. 2003.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Estudios de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina. Santiago, Chile. 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Base de datos de la OMS sobre los perfiles de salud. 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza. 2000.

OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos. 2001.

OPS. Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington. 1995.

OPS. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Panamá. Junio de 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Argentina: Condiciones de salud en las Américas. Vol. II. Washington. 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/argpres.doc>. Argentina. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/belpres.doc>. Belice. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/bolpres.doc>. Bolivia. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/brapres.doc>. Brasil. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/canpres.doc>. Canadá. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/chipres.doc>. Chile. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/corpres.doc>. Costa Rica. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/cubpres.doc>. Cuba. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/ecupres.doc>. Ecuador. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/elspres.doc>. El Salvador. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/usapres.doc>. Estados Unidos. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/guapres.doc>. Guatemala. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/guypres.doc>. Guyana. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/haipres.doc>. Haití. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/honpres.doc>. Honduras. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/jampres.doc>. Jamaica. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mexpres.doc>. México. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/panpres.doc>. Panamá. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/parpres.doc>. Paraguay. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/perpres.doc>. Perú. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/dorpres.doc>. República Dominicana. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/surpres.doc>. Suriname. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/trtpres.doc>. Trinidad y Tobago. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/urupres.doc>. Uruguay. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/venpres.doc>. Venezuela. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/colpres.doc>. Colombia. 2002.

RAMOS, Eduardo. VI encuentro de investigación. Revista ACFO. 1995.

RESTREPO, Juan Guillermo. <http://www.minsalud.gov.co>. 2001.

RESTREPO, M. La reforma a la seguridad en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. CEPAL 47. Serie Financiamiento del desarrollo. 1997.

ROBINSON, R. Evaluating the national health service reform. Oxford: Policy Journals, Transaction Books. 1994.

RODRIGUEZ, Augusto <http://www.unab.com/>. 2001.

ROEMER, M. National Health System of the World. Volumen 1. Oxifor University Pres. New York. 1991.

ROSENBERG, J.M. Diccionario de administración y finanzas. Océano/Centrum. España. 1996.

SALINAS, H. Las reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso. Santiago, Chile. 1999.

TOBAR, Federico. El gasto en salud en Argentina y su método de calculo. Serie ediciones Isalud N. 5. Buenos aires. 2002.

TRIBIÑO, CJ. Calidad de la atención a los usuarios de los servicios públicos domiciliarios. Editorial biblioteca jurídica Dike. Bogotá, 1995.

WALLACE, Steven. ENRRIQUEZ-HAASS, Vilma. Revista Panamericana de salud Publica, Vol. 10 No.1. Washington. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen, Denmark: WHO. 1997.

YEPES, F.J. La salud en Colombia. Documento general, tomo I, Departamento Nacional de Planeación.