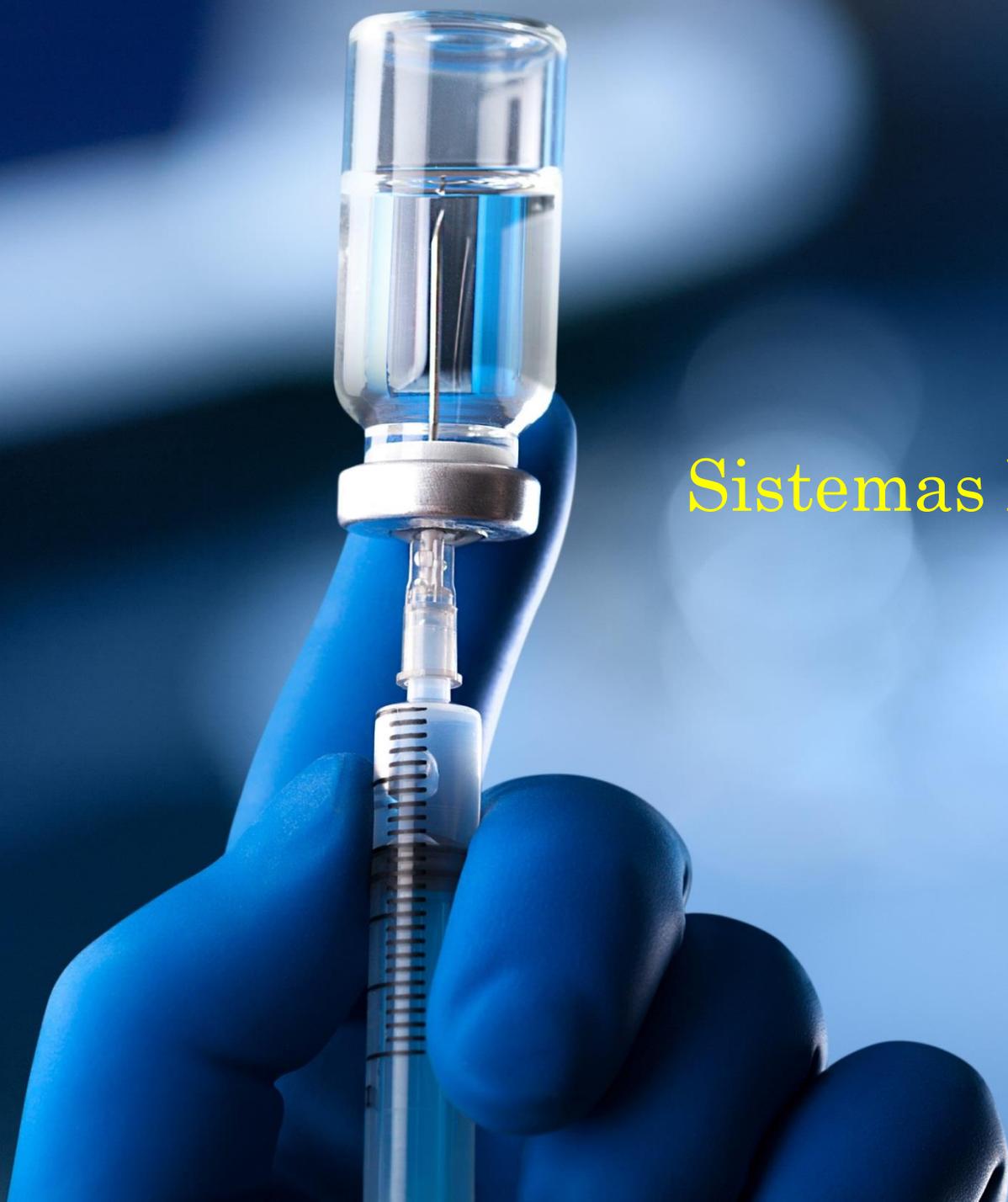




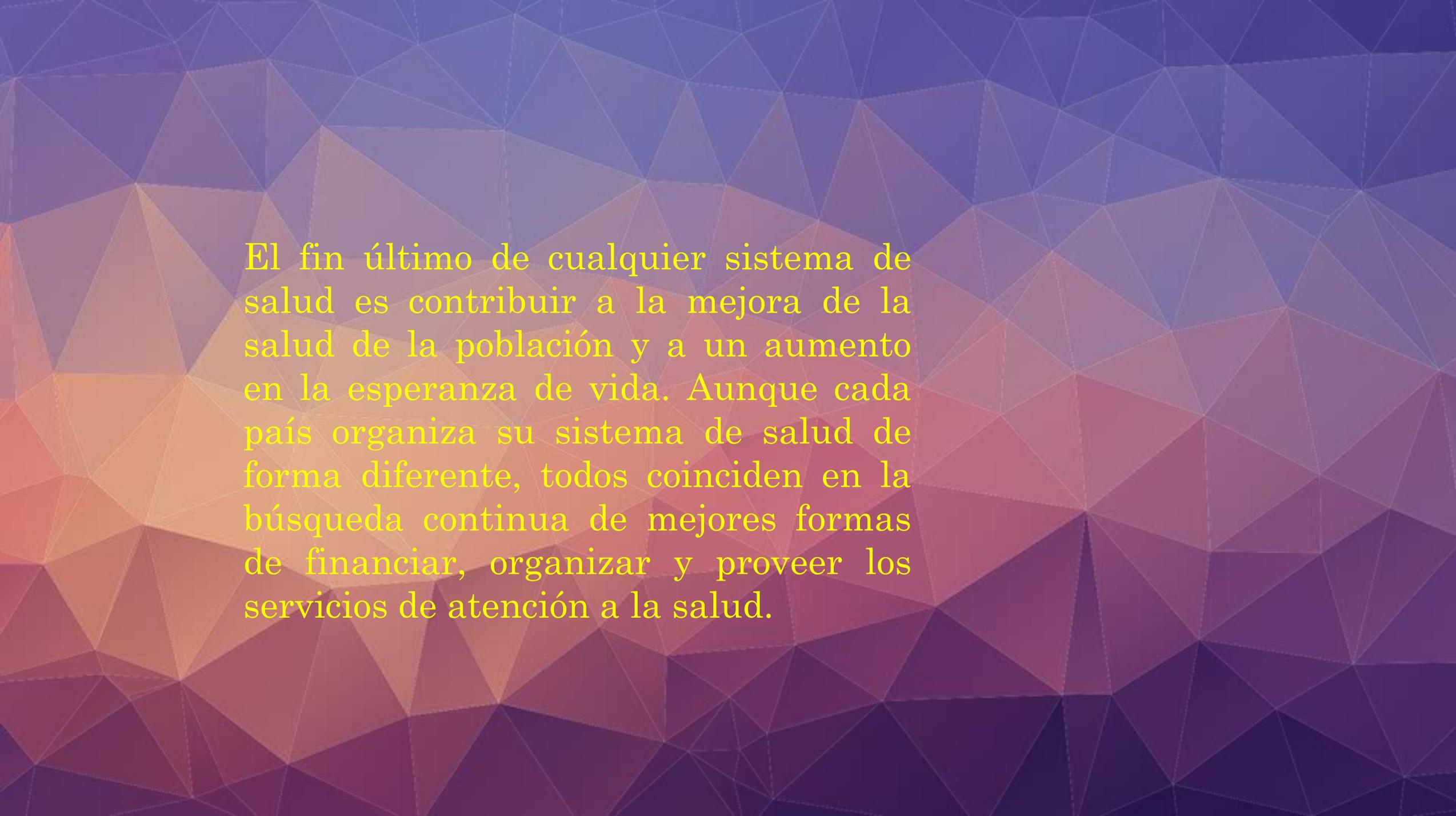
Carrera de Posgrado de Especialización en Anestesiología
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

Elementos de Gestión de Servicios de Salud

C.P.N. Pablo Lindor Luna

A close-up photograph of a hand wearing a blue nitrile glove. The hand is holding a clear plastic syringe with a white plunger and a needle. A clear glass vial containing a clear liquid is attached to the top of the syringe. The background is a blurred blue color.

Sistemas Mundiales de Salud



El fin último de cualquier sistema de salud es contribuir a la mejora de la salud de la población y a un aumento en la esperanza de vida. Aunque cada país organiza su sistema de salud de forma diferente, todos coinciden en la búsqueda continua de mejores formas de financiar, organizar y proveer los servicios de atención a la salud.

- **CONFIGURACIÓN SOCIAL Y SALUD**

- Los sistemas de salud, entendiendo por tal a un conjunto de recursos que se organizan para ayudar a la población frente al riesgo de enfermedad y para promover la salud humana , han existido desde que las personas intentaron proteger la salud. La forma en que los sistemas de salud se han organizado a lo largo de la historia ha estado íntimamente asociada a la manera en que se ha organizado el modo de producción de la sociedad.

Así, en el agrupamiento primitivo cuando el principio organizador era la subsistencia del grupo social, el concepto de salud perseguía el objetivo de consolidación social y estaba fuertemente influido por las prácticas religiosas.

En todo sistema de salud encontramos dos elementos principales: los **proveedores de la atención sanitaria** y los que reciben ese servicio, los que se interrelacionan mediante diferentes mecanismos.

De un lado encontramos a la población (Demanda), por lo que deberemos considerar sus diferentes características: demográficas, epidemiológicas, económicas y culturales ya que ellas todas influyen en la demanda de servicios.

Los proveedores (oferta) incluyen a los profesionales, centros asistenciales, hospitales, laboratorios, que en su conjunto denominamos **organizaciones vinculadas a la atención de la salud**

El tercer componente es el Gobierno (regulación) que por medio de leyes, resoluciones y normas regula el funcionamiento del sistema de salud.

El último elemento a considerar en todo Sistema de Salud es la definición de cual es la **f fuente de recursos económicos destinados al sector (financiamiento).**

La relación que se establece entre usuarios, proveedores, estado regulador y financiadores se denomina **“relaciones de agencia”**.

SISTEMAS DE SALUD

- **Constituyen un gran sector de la economía mundial (8,5 % del PBI).**
- **Inequitativos e ineficientes:**
 - **84 % de la población tienen el 93 % de la carga de enfermedad y consumen el 11 % del gasto mundial en Salud.**

OBJETIVOS PRINCIPALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- **Mejorar la Salud de la población**
- **Responder a las expectativas de la población**
- **Proveer protección financiera contra el costo de la enfermedad**

PROBLEMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- **Aumento de la esperanza de vida.**
- **Innovación tecnológica y su rápida difusión en diagnóstico, terapia y gestión de servicios.**
- **Extensión de la cobertura: horizontal y vertical.**
- **Incremento de las expectativas del usuario.**
- **Precarización en la gestión pública de los recursos económicos en salud.**

No hay un modelo de la Seguridad Social que cuente con la unanimidad de los tratadistas, que quizás se deba a que no exista un modelo único de Seguridad Social-

José Pérez Leñero lo considera como “parte de la ciencia política que mediante adecuadas instituciones técnicas de ayuda, previsión y asistencia tienen por fin defender, propulsar la paz y la prosperidad general de la sociedad, a través del bienestar individual”

Cuan necesarias son las reformas en LATAM!!!!

LATAM pobre??

América Latina no es la Región más pobre del mundo, pero es la más desigual en la distribución de su riqueza: mientras el 10 % más rico de la población concentra alrededor del 35 % de los ingresos, el 40 % más pobre recibe alrededor del 15 %, con los valores aún inferiores en Bolivia y República Dominicana, en los que los más pobres solo captan cerca del 11 % de los ingresos.

El ingreso medio por persona en los hogares del quintil más rico de las Américas supera 20 veces el del quintil más pobre, siendo esta diferencia aún mayor en algunos países como Bolivia, Haití y Paraguay donde la razón es de 42,3; 26,6; y 25,7 respectivamente.

En la sociedad griega, que es donde se **inició el pensamiento médico científico** cuyo origen se puede vincular a la escuela de los hipocráticos, **podían distinguirse tres tipos de práctica médica: la psicológica, la resolutive, y la medicina para esclavos.**

Las dos primeras se aplicaban a los hombres libres.

La psicológica se basaba en el tratamiento individualizado y utilizaba la persuasión verbal y cierta educación médica y se **aplicaba a hombres libres y ricos, en tanto que la resolutive se aplicaba a los hombres libres que no disponían del dinero suficiente como para pagar los honorarios.**

El **cristianismo** no sólo va a influir en la aparición de instituciones hospitalarias sino que además va a **reforzar los aspectos éticos del cuidado: el enfermo como hijo de Dios, merece respeto, atención y amor.**

La función de enfermería va a ser una consecuencia natural de estos principios .

En Bizancio, con el emperador Justiniano, se crean importantes hospitales donde eran atendidos los pobres, se apoya a los médicos y cada vez más se da importancia a las enseñanzas regladas y supervisadas .

Bizancio representó hasta la caída de Constantinopla, un papel clave en la conservación y difusión de la medicina galenica

- Con el **Renacimiento**, período éste que abarca aproximadamente desde 1.400 hasta 1.530, se **puso fin al largo letargo que supuso el medioevo y se produce un redescubrimiento de la cultura pagana de la antigüedad**, es por ello que en la concepción del proceso de enfermar se retorna al paradigma ambientalista de la sociedad esclavista.

- En la **sociedad capitalista** con la aparición de las ciudades mercantiles y las primeras fábricas **aparecen los trabajadores libres, el proletariado, que vende su fuerza de trabajo a los capitalistas a cambio de un salario**, las prácticas médicas se transforman y se desarrolla una nueva ciencia de carácter empírico.
- La **salud tiene como finalidad la preservación de la fuerza de trabajo, la protección de la clase dirigente y la salvaguardia del orden social.**
- **Entre los S. XVI y S. XVIII se produce la transformación de la medicina galénica en la medicina moderna, la medicina técnica se hace científica**, es por ello que tanto la salud como la enfermedad deben tener una causa científica de naturaleza física que pueda controlarse

- La búsqueda de la causa y la interpretación fisiopatológica orientarán el tratamiento.
- **Johann Peter Frank, impulsor de la medicina social en su famosa conferencia la Miseria del Pueblo como madre de las enfermedades afirma que “cuanto más débil y agotada por las preocupaciones está la máquina humana, tanto más fácilmente penetran en ella los miasmas y los gérmenes infecciosos”**
- Hacia fines del S. XIX se van a crear las condiciones para iniciar un cambio en el esquema milenario de la organización asistencial, y comienzan a gestarse entonces los sistemas de salud con la configuración que conocemos hoy.

• **EVOLUCION DE LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS**

- Hacia finales del S. XIX con la creciente industrialización y organización de los trabajadores, las sociedades comenzaron a reconocer el elevado costo de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre la fuerza laboral, así como la importancia de la situación sanitaria de la población asalariada.
- Para esa época en algunos países de Europa la salud de los trabajadores se convirtió en un tema político.
- En la Rusia zarista hacia 1.865 se crea el “zemstvo” el primer servicio público de atención médica gratuito financiado con ingresos tributarios pensado para atender a la población campesina.

EVOLUCION DE LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS

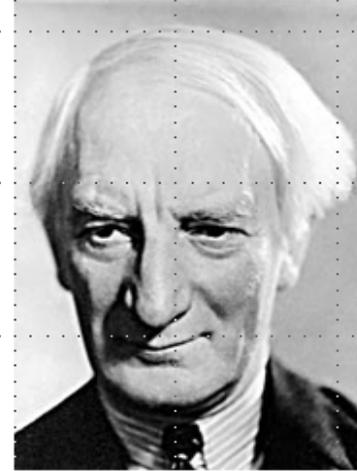
- En *Alemania hacia 1.879* los socialistas, que habían obtenido algunas bancas en el Parlamento, concientes de la importancia de la solidaridad dentro de la incipiente clase obrera presentan un proyecto de ley de seguros sociales obligatorios.
- En 1.880 en medio de un clima de agitación social el **Canciller Otto Von Bismarck disolvió el Parlamento**, encarceló a los diputados socialistas, pero **rescató el proyecto por ellos presentado y sobre esa base surgieron las leyes de enfermedad y maternidad (1.883), de accidente de trabajo (1.884), y de envejecimiento, invalidez y muerte (1.889).**
- Bismarck quería un sistema nacional uniforme excluyendo las compañías aseguradoras privadas con ánimo de lucro

- El modelo “bismarckiano” que fue creado con el objeto de frenar los progresos del socialismo, **dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos.**
- Se **caracterizaba por su concepción aseguradora**, razón por la que los montos de las pensiones y los subsidios se calculaban en función de los ingresos percibidos por los solicitantes, y **sus pautas fueron pensadas exclusivamente en función del trabajador asalariado.**
- Surge así, el primer modelo de desarrollo de política social, el **modelo de Estado Social**, el que se constituye como una compensación por la falta de libertades y adopta una forma autoritaria de integración de los trabajadores

- Con la **Revolución Rusa (1.917)** se creó el sistema soviético de servicio de salud, el primer sistema sanitario totalmente nacionalizado.
- En el **año 1922 Japón** agregó los servicios médicos a las otras prestaciones a las que tenían derecho los trabajadores, **aprobándose el primer seguro sanitario obligatorio en un país no Europeo.**
- En **1.924 el movimiento laborista en Chile** impulsó la primera legislación de un seguro sanitario en un país en desarrollo.
- Al **principio de la década de los treinta Henry Kaiser** diseña las líneas maestras del primer seguro social que se organizó en Estados Unidos con el nombre de la **“Kaiser Permanente”**. En 1.933 se crea la Blue Cross, un seguro voluntario hospitalario

- En Inglaterra ya en el año 1.942 el Informe Beveridge advertía que el Estado debía preocuparse por el bienestar de todos los ciudadanos como una de las maneras de luchar contra los efectos sociales de la crisis de la década del 30 y de la guerra todavía en curso, y expresaba la necesidad de un servicio nacional de salud que prestara a toda la población la atención médica que necesitaba.
- Estamos ante los orígenes de lo que posteriormente se denominaría el Estado de Bienestar.

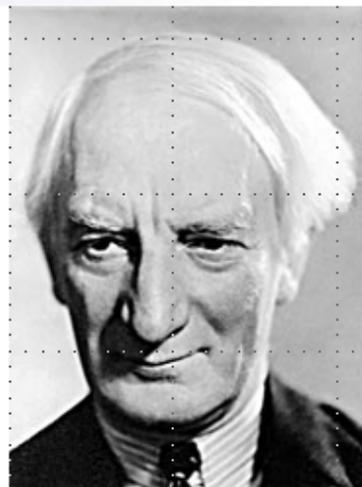
MODELO UNIVERSALISTA



Sir William Beveridge
1879-1963

- **Beneficiario = ciudadano**
- Promovido por el "*Social Insurance and Allied Services Report*" (1942) y el **Servicio Nacional de Salud inglés** (1948).
- Ya se aplicaba en Suecia desde unos años antes.
- Basado en el concepto de **Estado de Bienestar**.
- Recursos provenientes de **rentas generales** o de **fuentes específicas**.
- **Gestión estatal** de los recursos.

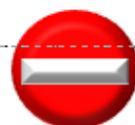
MODELO UNIVERSALISTA



Sir William Beveridge
1879-1963



Equidad



Listas de espera = límite a la accesibilidad

- ***"Es más probable que uno muera haciendo cola para una operación que dentro de un quirófano"***
(Gordon Tullock).
- **Ej.: Inglaterra, Irlanda, países escandinavos, España, Portugal, Grecia, Cuba, Canadá.**

MODELO DE SEGURO SOCIAL



*Otto Von Bismarck
1815-1898*

- **Beneficiario = asalariado aportante obligatorio y su grupo familiar**
- **Originado en la ley alemana del Seguro de Enfermedad (1883).**
- **Basado en el trabajo y la agrupación gremial.**
- **Recursos provenientes de aportes y contribuciones compulsivos de empleados y empleadores.**
- **Gestión de los recursos por entidades intermedias.**

MODELO DE SEGURO SOCIAL



*Otto Von Bismarck
1815-1898*



Competencia comparativa



✓ **Sujeción al trabajo formal**

✓ **Cautividad**

■ **Gestión de los recursos por entidades intermedias.**

■ **Ej.: Alemania, Francia, Suiza, Bélgica, Japón, Obras Sociales en Argentina.**

*Diferencias entre el modelo de Bismarck
el modelo de Beveridge*

| <i>Modelo de Bismarck</i> | <i>Modelo Beveridge</i> |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. La cobertura depende de la condición laboral del individuo.2. Se caracteriza por un régimen de seguros múltiples.3. La financiación depende de las contribuciones del asegurado, del empleador y en ocasiones del Estado.4. Hay una administración diferenciada de cada riesgo, e incluso de los colectivos asegurados. | <ol style="list-style-type: none">1. Tendencia hacia la universalización.2. Se basaba en la unificación de los riesgos, la protección deriva de la situación genérica de necesidad.3. La financiación depende en su mayoría del presupuesto del Estado.4. Se busca una gestión administrativa unificada y pública. |

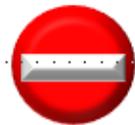
MODELO DE SEGURO PRIVADO



- **Beneficiario = contratante voluntario**
- **Basado en la responsabilidad individual.**
- **Recursos provenientes de las primas de seguro.**



Estímulo a la incorporación de tecnología.

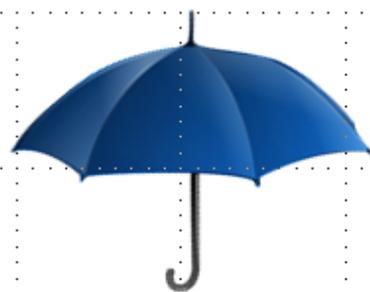


✓ **Estímulo al gasto.**

✓ **Iniquidad.**

✓ **Insuficiente incentivo a la prevención.**

MODELO DE SEGURO PRIVADO



- ✓ **Pobre desempeño en términos de mortalidad infantil y expectativa de vida.**
- ✓ **Descrime (skimming).**
- ✓ **Selección adversa.**
- ✓ **Tarifación por riesgo.**

■ **Ej.: EE.UU.**

El sistema de Salud Americano

“un paradigma de Exceso y Privación”

- Gasta más de US\$7.000 por año y por persona (16 % del PBI)
- Gran fragmentación en el financiamiento y prestación de servicios. Altos gastos administrativos (20-25%)
- La cuota anual de un seguro familiar representa 21% del ingreso anual promedio (US\$50,000)
- 16% de la población (48 millones) no tiene seguro y un porcentaje mayor está sub-asegurado
- Los estándares de calidad técnica son los más altos del mundo
- La característica distintiva del sistema es la confianza en el mercado privado para brindar servicios (market-driven health care), y en menor medida el estado
- La salud es concebida como una “commodity” provista por un alto número de organizaciones, la mayoría con fines de lucro, que compiten de acuerdo a las reglas del mercado

SISTEMA MIXTO Y SEGMENTADO:

Es el modelo mas frecuentemente utilizado en América Latina. Coexisten tres sectores como ser público, seguridad social y privado.

SECTOR PUBLICO: El Estado brinda prestaciones médico asistenciales a los grupos vulnerables, carenciados y sin cobertura social. Se financia con recursos fiscales que pueden provenir de las finanzas generales o bien de impuestos con afectación especifica a esta finalidad. El Estado es prestador de servicios a través de su red sanitaria.

SECTOR SEGURIDAD SOCIAL: Estructurado en entidades intermedias no gubernamentales, regulado por el Estado. La financiación se efectua a través del aporte de los trabajadores y contribuciones de los empleadores que tiene el carácter de obligatorio. Cubre solo a los aportantes del sistema y a su grupo familiar.

SECTOR PRIVADO: La prestación de servicios se realiza a través de prestadores privados en el mercado. La financiación la efectúa el usuario mediante un sistema prepago. En general los seguros se contratan individualmente , aunque también pueden serlo colectivamente.

Estos tres sectores financian el sistema, pero dos de ellos también son prestadores de servicios: el público y el privado.

Este modelo implica la coexistencia desarticulada de cada uno de los subsistemas, a lo que hay que sumar serios niveles de fragmentación en cada sector, encontrando como resultado final falta de equidad y discriminación en la prestación del sistema, es decir marcada ineficacia e ineficiencia indiscutible.

Características de los Sistemas de Salud en Latino América:

- Factores asociados a una baja capacidad de respuesta:
 - Segmentación
 - Fragmentación
 - Pago directo de servicios
 - Rectoría débil del Estado

Segmentación

- implica la coexistencia de subsistemas con financiamientos compartimentalizados (público, seguridad social, privado) que cubren distintos segmentos de la población.
- Habitualmente el sector de la seguridad social cubre a los empleados de la economía formal y sus familias, el sector privado cubre a las familias de mayores ingresos y el sector público, excepto en pocos países, queda sólo para proveer atención a los segmentos más pobres y a la población indigente.

Fragmentación

- implica la existencia de muchas entidades dentro de un mismo subsistema.
- Esta multiplicación de actores eleva los costos administrativos y transaccionales reduciendo el porcentaje de financiamiento que llega directamente a los servicios de salud.
- La suma de segmentación y fragmentación conduce a la duplicación de coberturas de salud con efectos adversos sobre la eficiencia y equidad.

Pago directo de Servicios

- implica el pago parcial o total del servicio en el punto de atención
- Condiciona el acceso de las personas a los servicios de salud de acuerdo a su capacidad de pago y no a sus necesidades sanitarias
- representa casi 60% del gasto sanitario total en Latino América

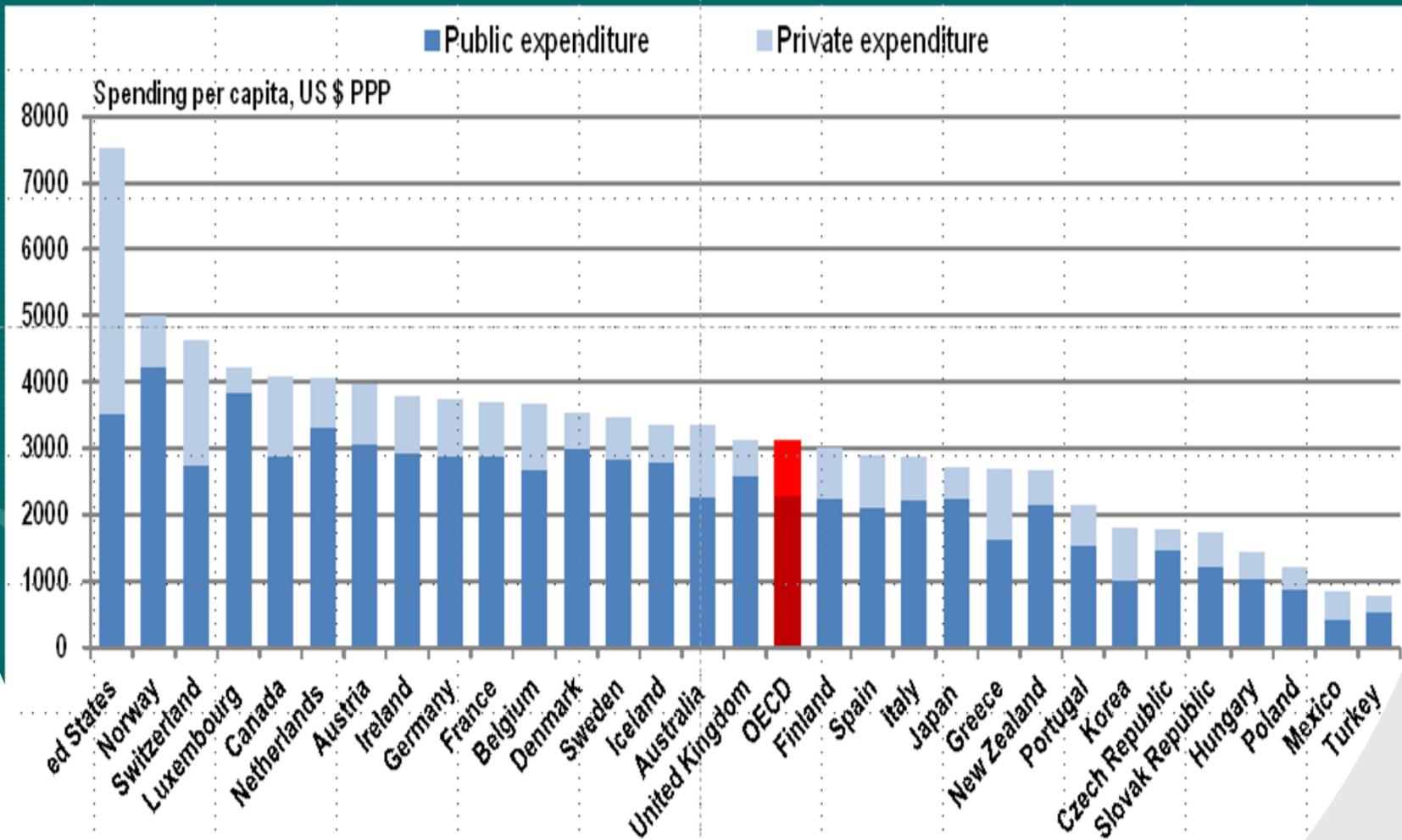
Rectoría débil del Estado

- Pobre presencia del Estado en la regulación del financiamiento, prestación y entrega de los servicios de salud por parte de los distintos actores permitiendo interactuar a los actores sin reglas de juego claras.

Sistemas de salud comparados

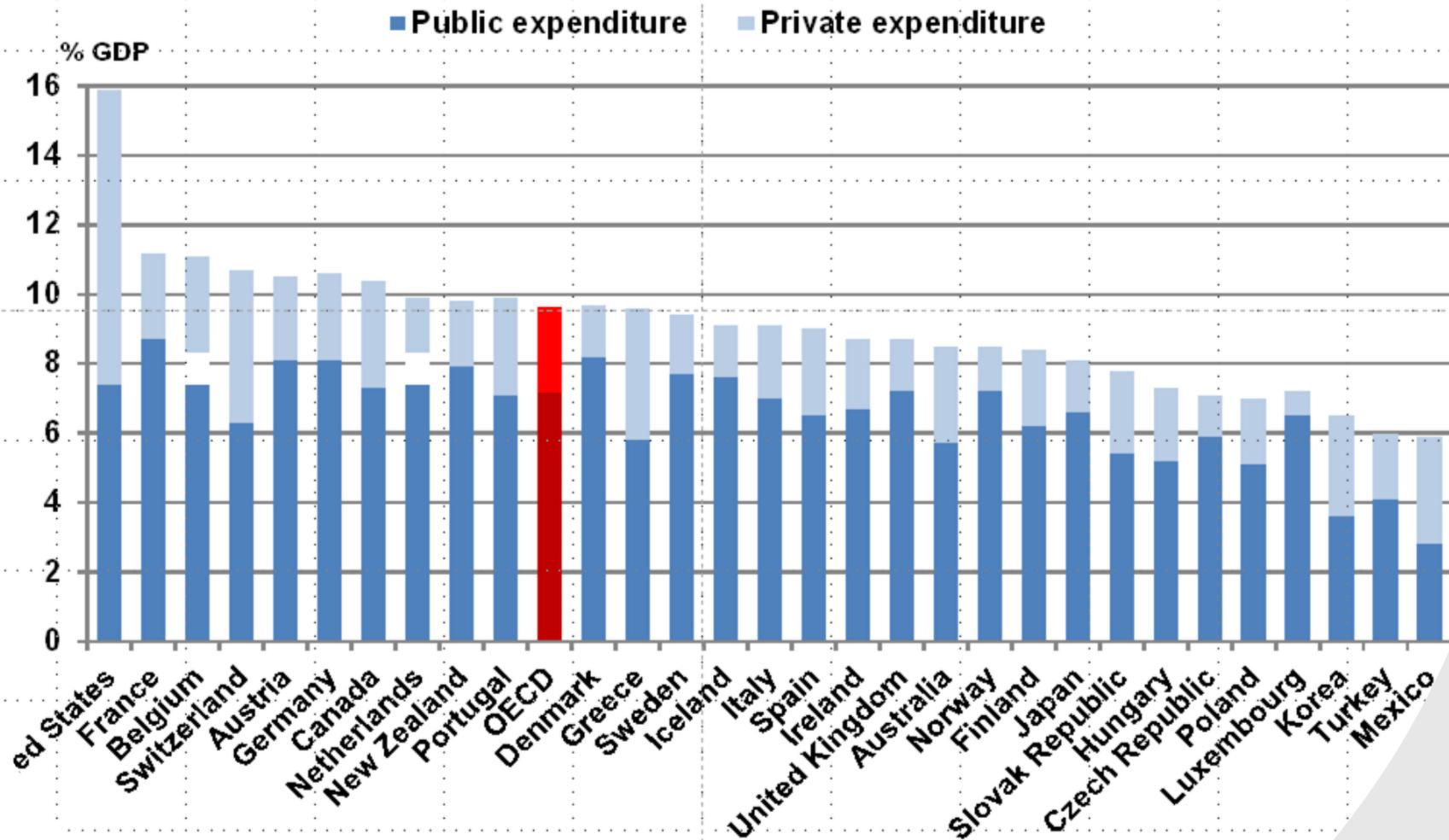
| Nivel económico | Empresarial libre mercado | Orientado al bienestar | Universal y total | Socialista centralizado |
|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Rico e industrializado | EE.UU. | Alemania Canadá | Gran Bretaña N. Zelandia | Rusia Rep. Checa |
| En transición al desarrollo | Tailandia Filipinas Sudáfrica | Brasil Egipto Malasia | Israel Nicaragua | Cuba Corea del N. China |
| Muy pobre | Ghana Bangladesh Nepal | India Birmania | Sri Lanka Tanzania | Vietnam |
| Rico en recursos | | Libia Gabon | Arabia Saudi Kuwait | |

Gasto en Salud: OCDE



Gasto en salud(% del PBI)

OCDE



- La **Segunda Guerra Mundial** si bien prácticamente destruyó la infraestructura sanitaria en muchos países y retardó el desarrollo de los sistemas de salud, también **preparó las condiciones para la introducción de algunos otros planes.**
- Así, el **servicio nacional de urgencias de la Gran Bretaña en guerra sirvió de base para la construcción de lo que en 1.948 se convertiría en el Servicio Nacional de Salud (NHS), uno de los modelos de salud más influyente desde entonces** y aún hasta nuestros días, que cubría a la totalidad de la población y se financiaba a través de impuestos.

El Sistema de Salud del Reino Unido (NHS)

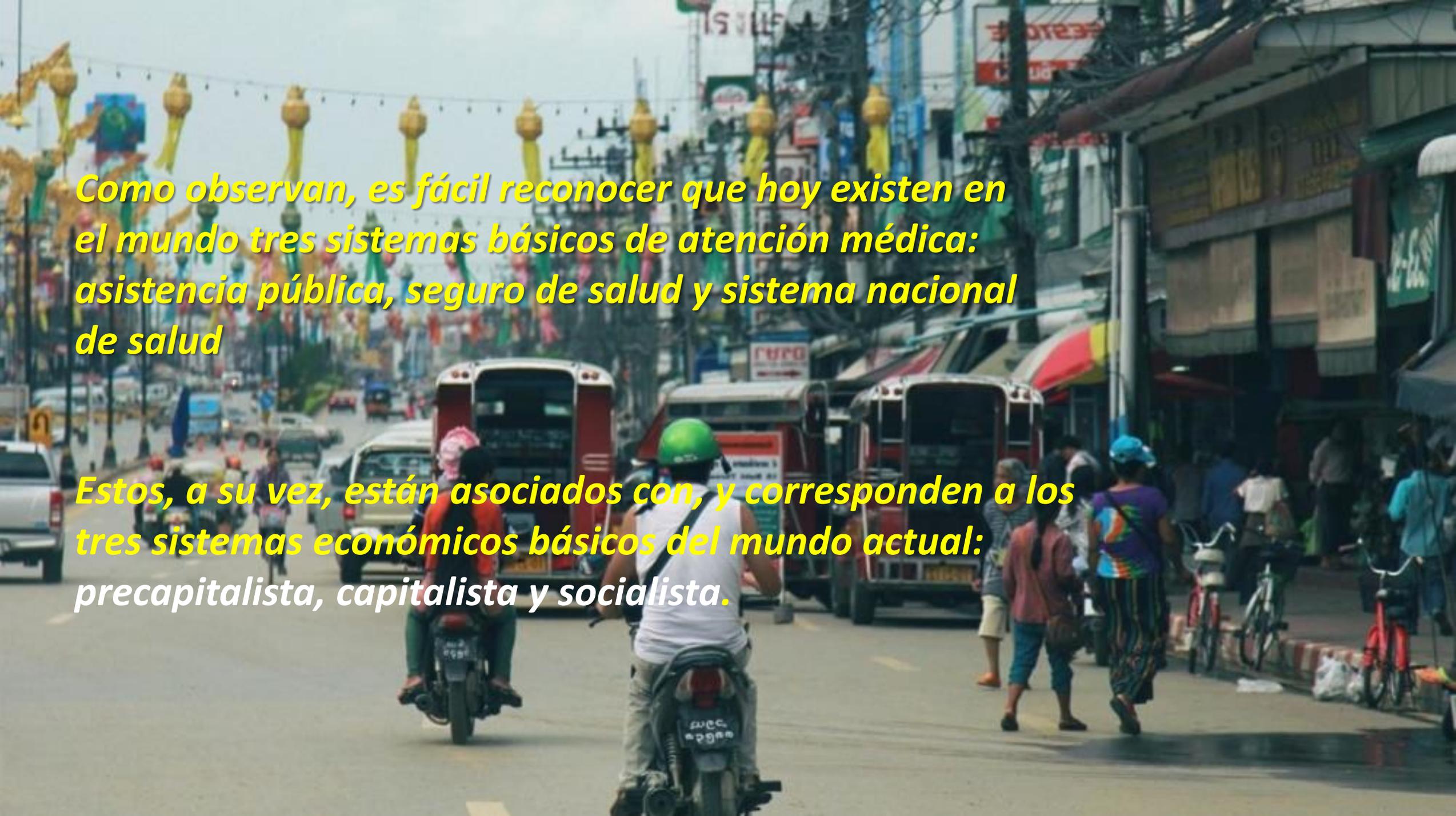
- Cobertura universal
- Gratuito en los puntos de servicio
- Alineación entre políticas, inversión de capital, prioridades programáticas y presupuestos operativos concordantes
- Médico de familia (GP's) como primer contacto
- Sector privado sólo para ciertas prácticas o servicios no cubiertos o con demoras inaceptables

- En esos años las *Naciones Unidas aprueban la declaración Universal de los Derechos Humanos.*
 - Estos nuevos derechos incluyen: **derecho al trabajo; igual salario por igual trabajo; protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario; percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana; disfrutar de un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar; disponer de descanso y de tiempo libre; y tener un amplio acceso a la educación y a la vida cultural de la comunidad.**
- 

- En los países hoy denominados desarrollados fue posible efectivizar en la práctica estos derechos a través de lo que se denominó el Estado de Bienestar.
- **Los sistemas de salud existentes en la actualidad se crearon tomando como diseño básico bien el modelo del “seguro” creado por Bismark en Alemania, o el modelo del “servicio” de Beveridge en Gran Bretaña.**

- El **modelo del "seguro"** propone cubrir el financiamiento de la demanda, de todos o al menos de la mayoría de los ciudadanos, por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad, estando la prestación de los servicios a cargo tanto de proveedores públicos como privados.
- El **modelo del "servicio"** implica además del manejo del financiamiento, que se cubre a través de ingresos tributarios, la coordinación y organización de la oferta de servicios por parte de las agencias públicas, centralizando a tal efecto la planificación de la prestación.
- En general los países europeos han optado por alguno de estos modelos.

- Existe además, un **tercer modelo donde la participación estatal a pesar de ser sustancial está más limitada**, la cobertura se da solamente a ciertos grupos de la población tal como sucede en los **Estados Unidos con los programas Medicare**, destinado a la asistencia de personas mayores de 65 años, **y Medicaid**, que cubre a las personas por debajo de la línea de pobreza, en tanto que **el resto de la población depende del sector privado**, el cual aporta fondos, presta servicios y es propietario de los establecimientos asistenciales.



Como observan, es fácil reconocer que hoy existen en el mundo tres sistemas básicos de atención médica: asistencia pública, seguro de salud y sistema nacional de salud

Estos, a su vez, están asociados con, y corresponden a los tres sistemas económicos básicos del mundo actual: precapitalista, capitalista y socialista.

- Existe mucha diversidad entre los diferentes países que tienen el mismo sistema de atención médica.
- Además, más de un sistema pueden coexistir en el interior de un mismo país, **el tipo indicado para cada uno de ellos se refiere al sistema por el cual obtiene atención la mayor parte de la población.**
- Finalmente, **los sistemas no son fijos e inamovibles. Hay un proceso continuo de revisión o reemplazo.**

• **ASISTENCIA PÚBLICA**

- El sistema de asistencia pública domina en 108 países* con 1.862 millones de habitantes, lo que representa el 49 % de la población mundial.

- Estos países están ubicados en Asia, África y Latinoamérica y su organización política varia desde colonias y semicolonias a naciones más independientes, en desarrollo. La economía es fundamentalmente agrícola, el sistema de propiedad de la tierra es comúnmente feudal o semifeudal, incluso una economía tribal puede ser significativa en algunas áreas.

- Existe un evidente crecimiento de las relaciones económicas capitalistas y socialistas en muchos de estos países. Para la mayor parte de la población, toda la atención médica disponible es provista por un sistema de asistencia pública, destinada a los indigentes, que incluye hospitales gubernamentales y centros de salud financiados por los impuestos generales.

- Los salarios de los médicos son generalmente bajos, y se ven obligados a suplementarlos a través de otros cargos o de la práctica privada.
- Además del sistema de asistencia pública, administrado por los departamentos de salud, pueden existir programas organizados por las agencias de seguridad social para los trabajadores industriales y los empleados. Cuando existen, esos programas cubren solamente a una pequeña parte de la población.
- Algunas de estas agencias contratan la atención con los médicos y hospitales privados, como en el programa de Chile para empleados y el de Argelia para trabajadores no-agrícolas.
- La mayoría, sin embargo, otorgan atención en sus propios hospitales y policlínicos en razón de la escasez de los servicios públicos y privados; **Costa Rica, México, Turquía son ejemplos de esta organización.**

• **SEGURO DE SALUD**

- El sistema de seguro de salud domina en 23 países con 711 millones de habitantes, es decir el 18 % de la población mundial. Estos países están ubicados en Europa Occidental y Norteamérica, estando incluidos también Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel.
- Todas son naciones industrializadas con economía capitalista.
- Existen grandes variaciones en los sistemas de seguro.
- En Israel, por ejemplo, todo el seguro de atención médica es no-gubernamental.
- En la mayoría de los países, sin embargo, hay seguros gubernamentales y no gubernamentales.
- El último tipo domina también en los Estados Unidos, pero el seguro gubernamental ha surgido en otros lugares como el componente más importante.

- Existe cierta cantidad de países —Canadá, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Nueva Zelandia y Noruega— en los cuales la totalidad de la población está cubierta por un seguro gubernamental de atención médica.
- En los demás países la cobertura está comúnmente limitada a las **personas empleadas**, y pueden existir exclusiones de ciertos grupos ocupacionales o de aquellos cuyos salarios sobrepasan un cierto nivel. **Los dependientes de las personas aseguradas están también incluidos, aunque Austria y Japón incluyen cuotas adicionales para ellos.**
- Suiza, que subsidia planes voluntarios y, en algunos cantones, establece la filiación obligatoria, no incluye a los dependientes de las personas aseguradas a menos que sean miembros de un plan de derecho propio. **En los Estados Unidos, el seguro de salud nacional para las personas de 65 años y más, no incluye a los dependientes**

- En Dinamarca, Islandia, Irlanda y Nueva Zelandia no hay contribuciones de empleados para atención médica, mientras en Italia son extremadamente pequeñas (0,3 por ciento de los sueldos).
- Canadá financia su sistema fundamentalmente con los recursos federales y provinciales: Quebec impone una contribución del 0,8 % de los sueldos, y Ontario, Alberta y la Columbia Británica contribuciones individuales de escaso monto, pero las otras seis provincias no exigen contribuciones directas para atención médica.
- En los Estados Unidos el seguro nacional de salud para las personas de edad utiliza los impuestos al salario y contribuciones individuales como la principal fuente de financiamiento.

- Aunque la extensión de los servicios varia, prácticamente **todos los programas de seguro nacional de salud en las naciones industrializadas están basados en el pago de honorarios para lograr los servicios de la medicina privada.**
- **Los médicos y otros profesionales son empresarios independientes** que contratan con el gobierno o con Cajas de enfermedad.
- En algunos países, como Australia, Canadá, la República Federal Alemana, Italia y Holanda, la atención es proporcionada sin ningún pago adicional por parte del paciente.
- En otros, como Bélgica, Finlandia, Francia, Nueva Zelandia y Noruega, los pacientes reciben un reembolso en efectivo para sufragar parte de sus gastos médicos.
- Dinamarca exige a quienes tiene ingresos superiores al nivel de los trabajadores calificados que paguen una parte de los honorarios médicos, **mientras el pago de co-seguros por parte de todos los pacientes se exige en Islandia, Japón y los Estados Unidos.**

La incapacidad de la mayoría de los seguros nacionales de salud para cubrir el costo total de la atención, es la mayor deficiencia de los programas de honorarios-por-servicio.

Una interesante excepción a la cobertura proporcionada a través de la práctica privada es España, donde, en razón de la escasez de las otras instalaciones, la seguridad social provee servicios de atención médica comprehensivos a través de sus propias instituciones.

- ***SERVICIO NACIONAL DE SALUD***

- El servicio nacional de salud predomina en 14 países con 1.254 millones de habitantes, es decir, el 33 % de la población mundial. El conjunto incluye nueve naciones socialistas en Europa, cuatro en Asia y Cuba en América.

- Todos estos países son industrializados o bien se encuentra en un rápido proceso de industrialización.

- A diferencia de los sistemas de asistencia pública y la mayoría de los sistemas de seguros, **el servicio nacional de salud cubre la totalidad de la población. El financiamiento es por impuestos, las contribuciones de empleados son usadas sólo en la República Democrática Alemana** donde alcanzan a menos de la cuarta parte del total de los fondos.

- Como la mayoría de los sistemas de asistencia pública y a diferencia de la mayor parte de los sistemas de seguro, **la atención se proporciona por medio de médicos asalariados y otro personal de salud que trabaja en hospitales gubernamentales y centros de salud.**

+

o

- **Prácticamente todos los servicios están incluidos y se proveen libres de cargo.**
- **Una excepción común es la constituida por los medicamentos recetados en atención ambulatoria, caso en que la práctica de los diferentes países varía desde la provisión sin cargo hasta el pago de diferentes proporciones de su costo.**

•



- El arquitecto del primer servicio nacional de salud ruso fue **Nikolai A. Semashko**.
- En su libro sobre Protección de Salud en la URSS, publicado en Inglaterra en 1934, **Semashko establece tres principios básicos del servicio nacional de salud soviético: 1) unidad en la organización del servicio de salud; 2) participación de la población misma en la totalidad del trabajo de protección de salud; 3) medidas profilácticas..... que son las bases del servicio de salud del país.**
- De acuerdo con estos principios, la administración del servicio de salud nacional en los países socialistas está enteramente a cargo de los departamentos de salud en los niveles nacional, regional y local.

Nikolai
Aleksandrovich
Semashko

Estadista



Nikolai Aleksandrovich Semashko, era un estadista ruso que se convirtió en Comisario Popular de Salud Pública en 1918 y sirvió en ese papel hasta 1930; Fue uno de los organizadores del sistema de salud en la Unión Soviética, un académico de la Academia de Ciencias Médicas y de la RSFSR. [Wikipedia](#)

- Las medidas preventivas han sido muy enfatizadas en todos los servicios nacionales de salud.
- Ellas incluyen no sólo el control de los riesgos ambientales y ocupacionales, y las campañas dirigidas contra las enfermedades infecciosas y en defensa de la salud materno infantil, sino que también **se otorga gran importancia a la detección temprana y cada año se hacen catástrofes a varios millones de personas**, y el seguimiento, para supervisión preventiva, de los grupos vulnerables de la población y las personas con enfermedades crónicas

- Deben ser mencionadas otras dos características de los servicios nacionales de salud:
- Una es el **gran énfasis puesto en la atención ambulatoria.**
- **Estos centros de salud, o policlínicas, están provistos de internistas, pediatras, y una variedad de especialistas así como otro personal de salud.**
- **La otra, es lo que los cubanos llaman "sectorización", que ellos aplican en su propio país ahora que la escasez de su personal está, en alguna medida, superada. El "sector" cubano es el "uchastok" ruso, el "obvord" checo, el "rayon" polaco, etc.**
- **Se trata de un conjunto de 3.000 a 6.000 personas que viven en un área geográfica moderada, y constituye la unidad básica de la mayoría de los servicios nacionales de salud.**
- **Dependiendo de la oferta de personal de salud existente en el país es que cada uno de tales sectores sea atendido por uno o dos internistas, un pediatra, un obstetra-ginecólogo, un estomatólogo y un asistente dental, y enfermeras para adultos y atención materno-infantil.**

+

•

○

- **FORMAS INTERMEDIAS**

- Dos países —el Reino Unido y Suecia— están incluidas en la suma de 23 naciones en las cuales el seguro de salud es dominante, aunque actualmente ocupan posiciones intermedias que las ubican de algún modo entre el seguro de salud y un servicio nacional de salud.

Características de los Sistemas de Salud de los países desarrollados

- Cobertura universal o muy extensa en casi todos
- Financiamiento público por rentas generales (principalmente prestadores públicos)
 - Reino Unido
 - Canadá
 - España (público y seguridad social)
 - Dinamarca
 - Finlandia
 - Suecia
- Financiamiento por seguro social (prestadores mixtos)
 - Alemania
 - Francia
 - Bélgica (seguridad social y público)
 - Luxemburgo
- Financiamiento Mixto
 - Holanda (seguridad social y privado)
- Financiamiento Privado
 - USA

Portugal

Italia

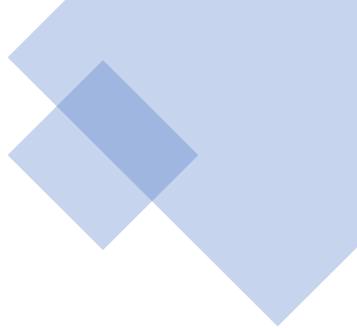
- **Reino Unido**
- En el Reino Unido, el seguro nacional de salud comenzó en 1911.
- Estaba restringido a los trabajadores industriales con menores remuneraciones, sus familias eran excluidas de los beneficios y se limitaba a la atención médica general y los medicamentos. **La British Medical Association propuso en 1942 extender el seguro nacional de salud al conjunto de la clase trabajadora, asalariados y dependientes igualmente, y proporcionar beneficios adicionales.**
- **De este modo, el Servicio Nacional de Salud Británico se estableció en 1948.**
- Existieron **dos razones principales para esta medida. Una**, tal vez la más importante, era que los hospitales voluntarios de la nación no podían seguir sosteniéndose; la nacionalización constituía una necesidad para mantener operativa la industria hospitalaria.
- La **otra razón era ideológica y política**: la mano de obra británica exigía el establecimiento de significativas reformas sociales en el periodo de postguerra.

- **Reino Unido**

- La **Asociación Médica Socialista**, que mantenía estrechas relaciones con los líderes del Partido Laborista, **fue el vehículo intelectual de las reformas; y una buena parte de su contenido provino del ampliamente discutido libro de Henry Sigerist, sobre Socialized Medicine in the Soviet Union.**
- El Servicio Nacional de Salud Británico es incompleto.
- Es verdad que **la población íntegra esta cubierta en relación a prácticamente todos los servicios de salud.**
- Los **médicos generales**, sin embargo, **no son médicos asalariados** trabajando en centros sino que tienen la misma clase de relación contractual con el gobierno que la vigente bajo el antiguo sistema de seguro. Además, ellos **trabajan como médicos , aislados o en pequeñas sociedades con otros médicos, generalmente en sus propios consultorios.** El Servicio Nacional de Salud permite también a sus médicos trabajar part-time.

- **Suecia**

- En 1970 Suecia tenía establecidos muchos de los elementos de un servicio nacional de salud.
- La cobertura de la población era universal. El financiamiento no incluía contribuciones sobre los sueldos. El sistema de hospitales públicos ampliamente establecido atendía a todo el mundo sin cargo.
- Sólo una pequeña minoría de los médicos se dedicaba a la práctica privada; el resto trabajaba en el sistema de hospitales públicos o como oficiales médicos de distrito, empleados por el gobierno.
- **El asalariado en los hospitales y los médicos de distrito proporcionaban el 75 por ciento de toda la atención ambulatoria;** sin embargo, cobraban honorarios, y a los pacientes se les reintegraba el 75 %, con fondos provenientes del seguro.
- **En 1970 se abolió toda práctica privada por parte de los médicos asalariados de los hospitales** o de los distritos, y los moderados honorarios pagados por los pacientes irán a los fondos de los condados en lugar de ser cobrados por los médicos.
- **Esto señaló el comienzo del fin de los honorarios por servicio en Suecia.** Los médicos privados todavía cobran honorarios por los cuales los pacientes reciben reembolsos parciales del fondo de seguro. Pero la práctica privada está en declinación



- **Y EN AMERICA LATINA , QUE OCURRE ??**

En los países de ingresos medios como los latinoamericanos los **sistemas de salud tienden a ser una mezcla de los modelos vigentes en los países desarrollados.**



Algunos procesos de reforma en

LA

- Apuntan a superar estas debilidades, reflejadas en porcentajes crecientes de población excluida de los beneficios de la cobertura sanitaria
 - Extensión de los esquemas contributivos de los seguros sociales a la población sin cobertura formal a partir de subsidios del Estado (seguros sociales con regimenes subsidiados) como el caso de Colombia y los procesos que están teniendo lugar en México y Argentina (Programa SUMAR);
 - Desarrollo gradual de sistemas unificados o mejor articulados (Uruguay, Brasil y Chile),
 - Definiciones mas explícitas sobre los servicios cubiertos por el Estado (Argentina, Chile, Colombia y México);
 - Cobertura del Estado a grupos específicos con mayor vulnerabilidad social (Argentina).

Qué es el Programa Sumar?

El Programa Sumar es una política pública que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud, **la población materno-infantil sin obra social.**

Sistemas de Salud: la brecha entre las expectativas y la provisión de servicios

“ El mejor sistema de salud no es el que provee todo para todos sino aquel que resulta de lo que la sociedad quiere gastar en salud, y provee los servicios de manera limitada y explícita, basados en la evidencia, de manera humanística y abierta, sin pedir imposibles”

R. Smith. Ex-Editor. BMJ

Gracias por vuestra atención ¡!!!