



**Departamento de Bioquímica Clínica.
Area Tecnología en Salud Pública.
Asignatura Salud Pública.**

Titulo: "Comparación de los sistemas de salud de Argentina, Canadá y EEUU".

Alumno: Mauricio Hernán Salta

Fecha de presentación: 28 de Marzo 2005

1- Introducción:

El siguiente trabajo tiene como objetivo comparar la estructura organizacional y resultados del sistema de salud de la República Argentina, Canadá y Estados Unidos. Antes de describir y comparar es conveniente explicar la evolución histórica de nuestro sistema de salud.

Según la bibliografía consultada, en particular el texto "El Sistema de Salud en Argentina" de Carlos Acuña (1), en Argentina, se describe un sistema dividido históricamente en cuatro modelos según las distintas decisiones y participaciones de los subsistemas Público, Privado y de Obras Sociales (OS) que forman parte de nuestro sistema:

- A) el modelo "**descentralizado anárquico**" (hasta 1945);
- B) el modelo "**centralizado**" (1945-1955);
- C) el modelo de "**descentralización del sistema**" (1955-1978)
- D) el modelo de "**descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo**" (desde 1978 en adelante).

A- El modelo descentralizado anárquico:

En esta etapa se tomaba a la salud como una cuestión de responsabilidad individual y como objeto de caridad.

En este período surgen las Sociedades de Beneficencia que eran instituciones formadas por individuos sin coordinación, capacidad de prevención ni capacidad de formular políticas a largo plazo que respondían a problemas puntuales y necesidades específicas con respecto a la salud.

El estado ocupaba el rol de generar recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y dar prestación asistencial. Se limitaba a cuidar la higiene pública y controlar epidemias.

B - El modelo centralizado (1945-1955):

Etapa conducida políticamente por el Peronismo, en la cuál centralizó sus bases en la idea de que el estado es el responsable de la salud de su pueblo.

La consecuencia de este objetivo fue la nacionalización de todos los establecimientos públicos, desplazando de esta manera a las Sociedades de Beneficencia.

Al generarse este cambio, se produjo una fuerte dependencia del sector salud al presupuesto central del gobierno nacional y se llevaron a cabo importantes programas de obras públicas y expansión de los servicios en todo el territorio nacional, instalándose nuevos hospitales y centros de medicina ambulatoria, aumentando a su vez el número de empleados del Ministerio de Salud Pública. Esta expansión convirtió al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y un lugar de "atención médica para todos".

Por otro lado en esta etapa también existían los sistemas de cobertura mutualistas que poco a poco fueron asimilados al dominio sindical. Las entidades mutualistas reagruparon los trabajadores por rama de producción, sentando las bases de las Obras Sociales (OS).

C- La descentralización del sistema (1955-1978):

Tras el derrocamiento del peronismo en 1955 y al asumir la llamada Revolución Libertadora se producen reformas tendientes a transferir hacia las provincias y municipios las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos que hasta ese entonces estaban en manos del estado nacional.

En este período son las OS las que adoptan protagonismo debido a que desarrollan estrategias de prestaciones directa de servicios de salud a sus afiliados a través de instalaciones propias. El estado pierde el control sobre las OS.

En 1969 el gobierno militar fortalece su relación con la dirigencia sindical llevando a la formación de las Obras Sociales.

En 1970 se sanciona una ley pro-sindical la cuál puso en resguardo a todas las Obras Sociales (estatales, paraestatales, organismos descentralizados, empresas del estado, y obras sindicales), dicha ley argumentaba que los recursos para las mismas provendrían de una contribución de los empleadores del 2% del salario nominal, del 1% de las remuneraciones de los trabajadores, más el 1% adicional por todas las personas que tenga a su cargo y un 2% de los haberes provisionales de jubilados y pensionados incorporados al sistema. En una palabra las OS estarían conducidas por sus sindicatos sin ningún tipo de intervención y recaudarían sus propios fondos. El hecho de que esta ley determine la obligatoriedad de afiliación a OS con la conjunta contribución patronal, llevó a que ésta refuerce el poder económico y político de los gremios.

En este periodo existe un fortalecimiento del sistema de OS, o sea que esta forma de prestación de salud (bajo administración de sindicatos) redujo la importancia del subsistema Público en su totalidad, haciendo perder la importancia de las políticas de descentralización, y esta nunca pudo llevarse a cabo porque no se logró la descentralización financiera desde nación hacia las provincias.

En 1974 en la reapertura de la democracia -al retorno del peronismo- se crea un sistema integrado de salud (SNIS) que tiene como objetivo conformar un sistema único de salud con eje en el estado que aseguraba un acceso igualitario a la salud para toda la población.

D- La descentralización orientada por las relaciones financieras entre la nación y las provincias inaugurado en 1976 (1978 en adelante):

El gobierno militar reinante en el principio de este período, provocó un uniforme deterioro del papel del estado en cuestiones de salud, debido a que se reinició la tendencia a la descentralización fiscal de los pocos hospitales que aún dependían del gobierno, se fijaron aranceles en los servicios asistenciales públicos, llevando al incremento de un mercado de servicios de salud consecuente de la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del estado.

Se trataron de crear entes para regular y articular los tres subsistemas pero no se pudo lograr dicho objetivo.

Hacia la nueva reapertura democrática de 1983, donde asume el Dr Raúl Alfonsín, el deterioro de los servicios de salud era un fiel reflejo de la crisis económica que azotaba al país. Todos los niveles relacionados a la salud estatal quedaron debilitados.

Tras esta crisis, en los años venideros para tratar de paliar estos problemas, se sancionaron dos leyes, la ley de Obras Sociales y la de Seguro Nacional, que pusieron a las OS como prestadoras del sistema y formaron parte del Seguro Nacional de Salud. Se mantuvo la obligatoriedad de afiliación a las OS a los trabajadores en relación de dependencia pero se eliminó la obligatoriedad por rama de actividad.

Con el Seguro Nacional de Salud se pretendió mejorar la cobertura y equidad de la oferta de salud, organizándola y dejando en manos del Ministerio de Salud la articulación de los servicios dados por los distintos subsistemas pero dándole protagonismo al subsistema de OS.

Por la política económica que reinó entre 1977 y 1981 se produjo un paulatino aumento de la acción del subsistema Privado.

En la década del 90´ con conducción de gobierno democrático se retoma la política descentralizadora impactando nuevamente en el subsector Público.

2- DESARROLLO:

El actual sistema de Salud en Argentina:

El actual sistema de salud en Argentina, resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el Público, el llamado de Obras Sociales y el Privado. Esta conformación del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

Subsistema Público:

Provee servicios de salud gratuitamente a través de una red de hospitales Públicos y centros de salud con recursos provenientes del sistema impositivo, satisface las necesidades del 38.7% de la población total, mayoritariamente a individuos de grupos sociales de bajos ingresos y en la última década a grupos sociales de clase media que no tienen cobertura de OS o de Prepagas.

Presenta una muy amplia distribución geográfica de sus servicios, con una fuerte presencia en lugares considerados no rentables por el sector Privado.

Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud y Ambiente nacional, provinciales y municipales, ya que estos presentan una importante acción debido a la descentralización del sistema. Estos Ministerios son los encargados de regular, planificar y evaluar los servicios de atención médica, para lograr un buen desempeño en las acciones de salud llevadas a cabo en la jurisdicción a su cargo. También participa a través de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) en las decisiones políticas relativas a las OS.

La relación entre nación y provincia no siempre resulta en una coordinación articulada, sus vínculos se establecen a través del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA) e igualmente pueden observarse servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones.

Subsistema de Obras Sociales:

En general el sistema de salud argentino siempre giró en torno al subsistema de Obras Sociales tal que este ha sido consecuencia de cambios políticos y del mercado laboral de los últimos 40 años. Desde el desarrollo del Seguro Social bajo jurisdicción sindical se ha generado una redistribución de poder hacia los sindicatos que ganaron un enorme poder en el control y administración de los fondos y desde entonces han defendido esta adquisición. La fuerte vinculación entre OS y sindicatos genera una continua politización de los conflictos, privilegiando objetivos políticos por sobre las necesidades del área de salud.

Este subsistema presenta un rasgo central que es el carácter obligatorio a la adhesión, y se encuentra organizado por rama de actividad. Son instituciones que cubren asistencia de salud y proveen otro tipo de infraestructura como turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia por Obras Sociales sindicales y a los Jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados y sus familiares directos cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de contribuciones tanto del empleador como del empleado, con un 8 % de la nómina salarial para OS nacionales y entre un 7- 12.5% para OS provinciales.

Existe un gran número de instituciones pero los beneficios y recursos se concentran en unas pocas de éstas, generándose así la inviabilidad financiera de muchas de ellas.

Este subsistema da cobertura al 49.9% de la población y se encuentra bajo la coordinación y dirección de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Subsistema Privado:

Bajo la denominación de empresas de Medicina Prepagas se agrupa a un amplio conjunto de entidades con fines de lucro, cuya oferta apunta a mayores precios y servicios que los otorgados por las OS. Este subsector se financia por aportes voluntarios de sus usuarios que por lo general tienen medianos y altos ingresos, y muchas veces son usuarios que cuentan también con cobertura de OS (doble afiliación).

Estas empresas se agrupan en dos cámaras empresariales, y agrupan aproximadamente a 70 firmas de un total de 150 con asiento principalmente en un 60% en la capital federal y el resto en el conurbano y grandes ciudades del interior del país.

En los últimos años este sector ha crecido rápidamente gracias a las condiciones económicas nacionales e internacionales, permitiendo la entrada de capitales extranjeros que invirtieron en este campo de servicios.

Cerca del 7% de la población presenta cobertura por este subsector, el gasto anual del mismo es menor que el de las OS y el subsector Público pero su gasto per cápita es el más elevado. Presenta altos costos de operación y escasa transparencia en la competencia y protección al consumidor.

En los últimos años existe una tendencia de estas empresas que implica llevar a cabo contratos de prestaciones con las OS, induciendo una estrategia de competencias entre OS y a su vez permitiendo

acceder indirectamente a los afiliados de las OS a los servicios de éstas.

La competencia entre los servicios de Medicina Prepaga tiene como objetivo diferenciar sus productos para captar un mayor número de asociados impactando de este modo directamente sobre la expansión de la cobertura.

En las últimas décadas, el subsistema Público se deterioro provocando un expansivo crecimiento de las OS convirtiéndose en el principal proveedor de servicios, hasta que en la década del 80' se agudizaron los problemas de las OS y este subsector entró en crisis. Una de las causas de la crisis de las OS fue el creciente proceso internacional de tercerización del trabajo que llevó a una disminución de la recaudación de los gremios llevando a una pérdida de peso de los sindicatos, a su vez impactó el incremento de empleo informal y la consecuente pérdida de aportes obligatorios de los trabajadores.

Según un estudio llevado a cabo en el 2004 por A. López llamado "La crisis en el sector de la salud" publicado en Diario la Nación del 23/02/04 (2) se pone de manifiesto el panorama que vive hoy nuestro país en cuanto a la cobertura de salud de la población.

Tipo de Cobertura	Población Cubierta	
	%	Millones de hab
Obra social (OS)	49,9	18,1
Mutual o Prepaga	7,1	2,6
Prepaga y OS	4,0	1,4
Solo Hosp publico	38,7	14
Ignorado	0,3	0,1

En efecto, el 61% de la población argentina aún cuenta con cobertura de algún sistema de salud, sea este de OS o de Prepagas. La explicación se encuentra en el carácter fragmentado del sistema de salud argentino que permite que algunas personas cuenten con más de una Obra Social ya sea porque tienen más de un empleo o porque cuentan con la cobertura de la Obra Social de sus cónyuges. Por otra parte, la mitad de los beneficiarios de los planes voluntarios de mutuales y Prepagas suelen tener también Obra Social.

El 38.7% de la población Argentina no presenta cobertura de ningún tipo y debe concurrir al hospital público (1)

Sistema de salud de Canadá:

El sistema de salud canadiense se estructura en base a un mandato constitucional por el cuál el estado garantiza la cobertura del 100% de los servicios médicos y hospitalarios basados en los principios de **universalidad, integridad, accesibilidad y administración pública sin fines de lucro.**

El 70% de la salud esta financiada por medio de impuestos federales y provinciales, administrados por el sector público y casi la totalidad de los servicios son provistos por el sector privado, además, la mayoría de los hospitales pertenecen a asociaciones sin fines de lucro.

Los médicos no son empleados del estado, sino que prestan sus servicios en forma privada, y reciben honorarios por los servicios prestados, reclamando su cobro directamente al plan de seguro provincial, a través de un "pago por prestación" (3).

Todos los canadienses están cubiertos para la atención médica y los servicios hospitalarios necesarios. Las legislaciones provinciales coinciden en que las empresas privadas de seguros no pueden prestar servicios ya cubiertos por los programas gubernamentales,

pero sí complementar los beneficios no cubiertos por el anterior (medicamentos, atención dental, oftalmología, etc.), obteniendo para ello, un seguro privado complementario.

A nivel nacional, el Departamento Federal de Salud – “Salud Canadá”- establece y administra los principios nacionales del sistema de salud asistiendo a los sistemas de salud provinciales y territoriales por medio de transferencia de fondos.

Salud Canadá es responsable de la protección nacional de salud, prevención de enfermedades, promoción de salud, y además asiste a veteranos, pueblos indígenas, personal militar, personas encarceladas en correccionales federales y a la Real Policía Montada del Canadá.

Cada una de las diez provincias y tres territorios cuentan con un Ministerio de Salud o su equivalente, encargado de hacer funcionar el sistema y otros servicios sociales en sus jurisdicciones.

Existen diferentes estructuras en funcionamiento que permiten a los diversos niveles gubernamentales consultarse entre ellos, para esto existen conferencias de Ministros de Salud en comités de asesoramiento federales, provinciales y territoriales de manera que estas estructuras trabajan para mejorar los programas de prevención, elaborar lineamientos de práctica clínica, velar por la calidad e idoneidad de la atención de salud y el uso eficaz de los recursos humanos.

Las provincias y territorios suministran cobertura pública para algunos servicios no comprendidos en los beneficios del seguro nacional, acordados a ciertos segmentos de la población como personas mayores, niños y beneficiarios de la asistencia social.

El Ministerio Federal de Salud es responsable de las funciones de control para salvaguardar la calidad e inocuidad de los alimentos, agua, medicamentos, productos para el consumidor, dispositivos terapéuticos, así como la administración de varios estatutos relacionados con la salud.

Los primeros puntos de contacto entre la población y el sistema de salud, se dan a través de la atención primaria de salud, llevada a cabo por médicos generales que acuden al domicilio del paciente o este último acude al consultorio privado del mismo. Estos médicos refieren los pacientes a especialistas, prescriben medicamentos, pruebas de laboratorio y son los encargados de ingresar sus pacientes a los hospitales si lo necesitan.

Otro punto de contacto para el acceso al servicio de salud son las salas de urgencias de los hospitales generalmente en subgrupos de la población como los indigentes.

Es necesaria la referencia de un profesional de salud primaria para tener acceso a los servicios especializados.

La mayoría de los hospitales que prestan servicios de urgencias y de hospitalización son establecimientos sin fines de lucro administrados por juntas de directores no gubernamentales, seleccionados en la comunidad.

Los hospitales privados con fines de lucro representan menos del 5% de todos los hospitales y son en general establecimientos de atención prolongada, ejemplo: establecimientos con servicios especializados para tratamientos de adicciones entre otros.

La Ley sobre Salud del Canadá autoriza las contribuciones en efectivo a las provincias y territorios como parte de las transferencias sociales y de salud del Canadá, y prevé multas obligatorias dólar por dólar cuando un plan territorial o provincial no satisface los criterios establecidos por la ley (4).

Sistema de salud de Estados Unidos de América:

El sistema de salud de los estadounidenses, está estructurado en base a asegurar y proveer la atención de salud de su población sobre bases privadas, llevando esto a que el acceso a los distintos servicios de salud este ligado al poder adquisitivo o capacidad de pago de los

ciudadanos y provocando que la salud sea una responsabilidad particular y privada de las personas y no un derecho reconocido por el estado. Cabe resaltar que el sistema también incluye seguros públicos federales, estatales o mixtos financiados con fondos del estado, pero las prestaciones son llevadas a cabo por proveedores privados, asegurando la asistencia a personas carentes de medios para adquirir su sistema de salud, a grupos vulnerables y a los mayores de 65 años.

Los sistemas de salud presentan una excelente capacidad de respuesta dada por su disponibilidad de recursos (5).

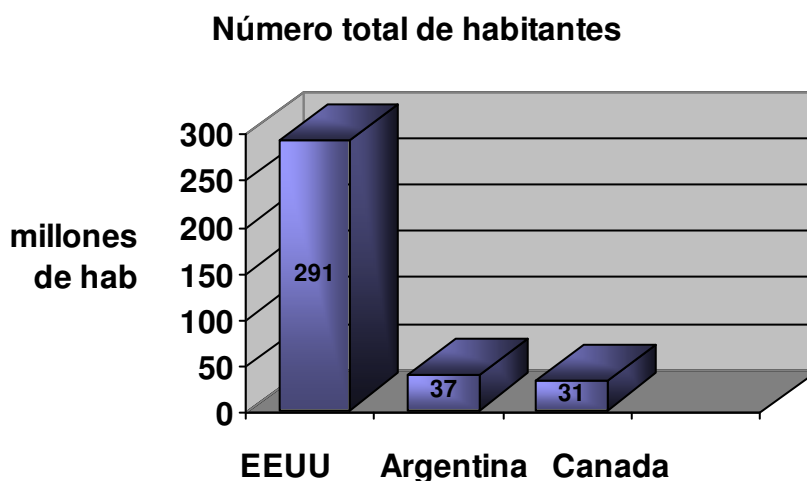
El estado se hace cargo de la salud de los pobres y los jubilados, a través de los planes federales Medicaid y Medicare, respectivamente. Existe además, un grupo de ciudadanos, cerca del 14% de la población, que no reúne los criterios establecidos para ser incluidos en el programa Medicaid, debido a que sus ingresos superan dichos criterios, pero el mismo no es suficiente para satisfacer el elevado costo de los sistemas privados de cobertura, quedando en definitiva sin cobertura médica.

El sistema estadounidense es caro e ineficaz. Carecer de cobertura médica, no implica que no se tendrá acceso a los servicios de salud, en realidad estas personas, sin cobertura, tienen acceso a través de sistemas de urgencias de hospitales que atienden a cualquier enfermo, esté o no asegurado. Si el paciente es no asegurado, deberá abonar el 35% de la atención prestada y el resto es abonado por el Estado, y es aquí donde se observa el elevado gasto destinado a salud por el gobierno. La salud para esta población en general provoca una asistencia sanitaria extremadamente cara debido a los cuidados intensivos que se deben prestar comparándolos con el gasto producido si este grupo estuviese cubierto por algún sistema que le permita cuidados preventivos y no intensivos (6).

El Estado se encarga de administrar y controlar el abastecimiento de agua potable y la evacuación de residuos sólidos.

Gráficas comparativas:

Gráfico n° 1



población total según datos 2001: EEUU 291.038.000 hab
Argentina 37.981.000 hab Canadá 31.271.000 hab Fuente OMS (9).

De acuerdo al Gráfico 1, la cantidad de habitantes de Canadá y Argentina es similar, mientras que la de EEUU las supera ocho veces en magnitud. Este dato es de interés a tener en cuenta para observar que los diferentes sistemas tienen acción sobre distintas cantidades de habitantes.

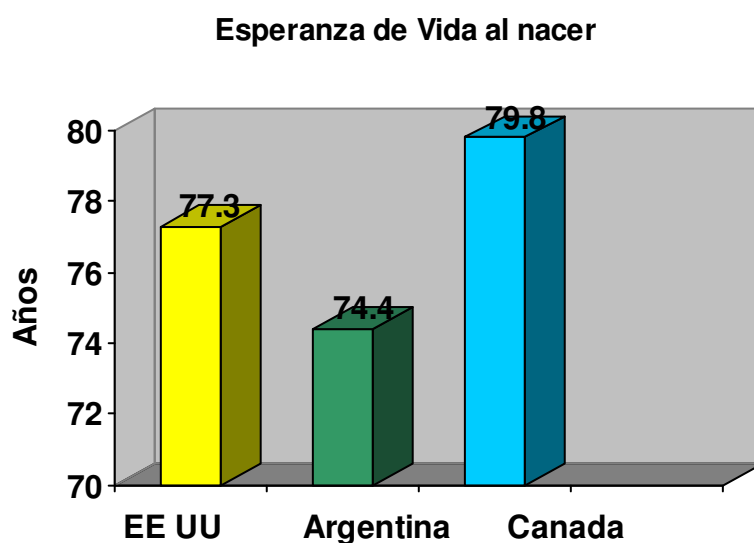
País	Población ≤ 14 años	Población ≥ 60 años
<i>EEUU</i>	sd	16,2 %
<i>Argentina</i>	27,8 %	13,5 %
<i>Canadá</i>	20,0 %	17,1 %

Fuente: OMS (9), sd sin datos

La estructura poblacional de la Argentina, es más joven que la de Canadá de acuerdo a la información del cuadro precedente. Aunque no se posea el dato de la proporción de menores de 15 años de EEUU, pero observando el dato de población mayor o igual que 60

años puede decirse que la población de EEUU es más vieja que la de Argentina y similar a la de Canadá. Estas distintas distribuciones poblacionales influirán sobre la demanda de servicios como también en algunos aspectos organizacionales, por ejemplo distinta infraestructura necesaria para satisfacer las necesidades del grupo etareo predominante, y sobre los costos per capita.

Gráfico nº 2

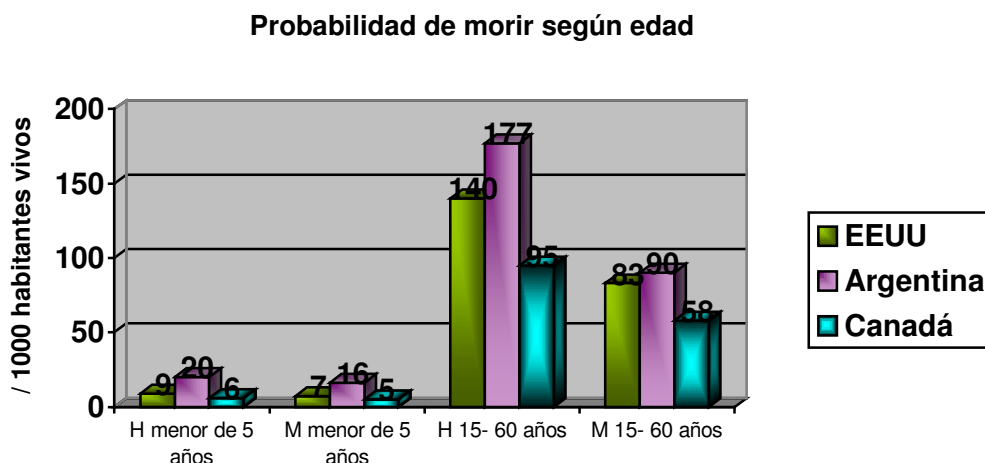


Fuente: OMS (9)

La esperanza de vida al nacer (EVN) estima el número de años que en promedio puede esperar vivir un nacido vivo en una población y año determinado si se mantuvieran constantes durante su vida las tasas de mortalidad específicas que prevalecían durante su nacimiento (7). Puede observarse que Canadá presenta una EVN 5 años mayor que la Argentina y más de dos años superiores al de EEUU, lo que quizás se deba al mejor funcionamiento del sistema de salud en este país y a la mejor condición y calidad de vida existente en el mismo. La diferencia entre EEUU y Argentina, podría deberse a la misma causa, o aunque EEUU no tenga un sistema de salud mejor que el de Argentina en cuanto a cobertura poblacional, la diferencia

de EVN se debe a una mejor calidad de vida en este país, a la existencia de una menor población marginal o una mayor cultura de prevención que en Argentina.

Gráfico n° 3



H: Hombres M: Mujeres Fuente: OMS (9)

Puede observarse que la probabilidad de morir de los menores de 5 años de Argentina es dos veces superior a la de EEUU y tres veces superior a la de Canadá. Esto puede estar relacionado con fallas del sistema de salud argentino en la cobertura de este rango etareo, probablemente debida, a un desigual acceso a la atención médica y/o a que una gran proporción de la población con acceso a la misma, recibe una atención no continuada en el tiempo, es decir, desde el comienzo del embarazo hasta el nacimiento del niño y los controles posteriores hasta cumplir el primer año de vida; producto de una falla en el sistema que no lo permite, sin olvidar además las condiciones de vida de los individuos que no son las más aptas.

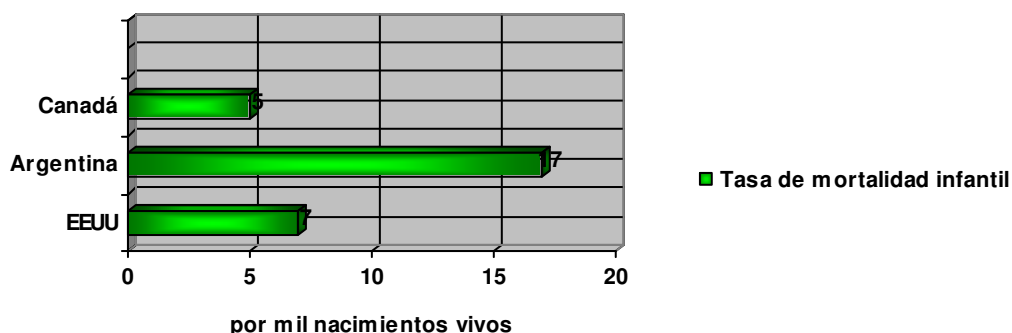
Si bien la probabilidad de morir de los hombres y mujeres entre 15 y 60 años, no muestra diferencias tan marcadas entre los tres países, Canadá presenta menores probabilidades de morir que EEUU y Argentina. EEUU comparado con Argentina presenta menor

probabilidad de morir en este rango sin marcada diferencia. Sería importante contar con datos desglosados en este rango etareo, por ejemplo entre 15 y 19 años, 20 y 30 años, 40 y 60 años para comparar el alcance del sistema de salud en los mismos y quizás se observen diferencias con respecto a las causas de probabilidad de muerte reinante en estos distintos grupos y países.

Tasas de Mortalidad:

Gráfico nº 4

Tasa de mortalidad infantil



Fuente: OMS (9)

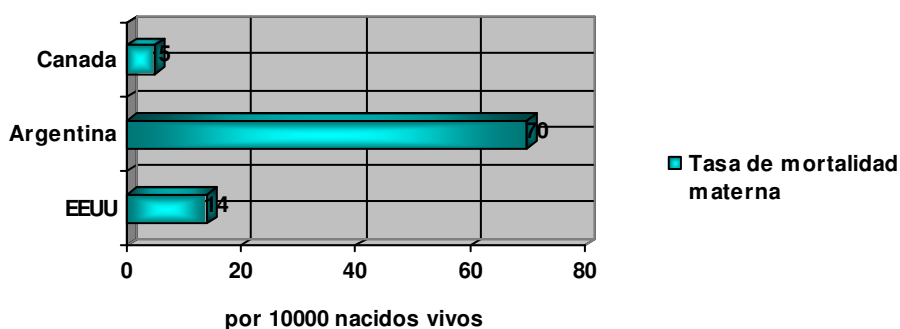
Este índice indica la cantidad de individuos que mueren cada mil nacidos vivos (7). Se observa que en Argentina es casi tres veces superior a Canadá y EEUU.

Generalmente, las causas de mortalidad infantil se deben a trastornos en la duración del embarazo, dificultades respiratorias del recién nacido, malformaciones congénitas del corazón, desnutrición y diarrea, y se pueden evitar con un buen control del embarazo, adecuada atención del paciente, y llevando a cabo diagnóstico y tratamiento precoz.

En Argentina, dos tercios de las muertes infantiles son neonatales y la mitad de las mismas podrían evitarse (8). Esto no ocurre, debido a las dificultades para poner en funcionamiento los controles adecuados para embarazo, la atención al paciente, el diagnóstico y tratamiento precoz, evidenciándose una falla del sistema en este aspecto o una inadecuada llegada de los pacientes al sistema.

Gráfico n° 5

Tasa de mortalidad materna



Fuente: OMS (9)

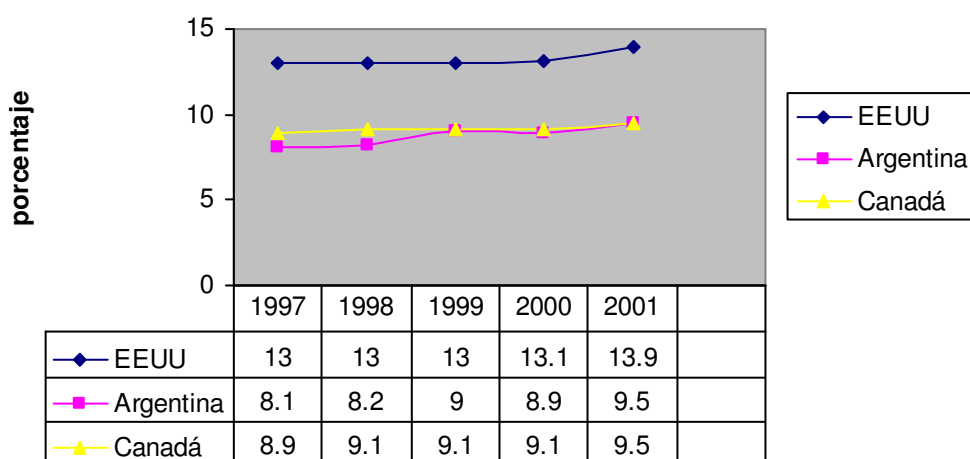
La tasa de mortalidad materna es un índice que muestra la cantidad de madres muertas por cada diez mil nacidos vivos (7). Nuevamente en Argentina es superior, casi 6 veces, respecto a Canadá y EEUU. En Argentina la mitad de las muertes maternas son consecuencia de un aborto producido sobre un embarazo no deseado, y además una sexta parte de las mujeres que fueron madres en 2001 tenían entre 10 y 19 años, causando un aumento en la mortalidad materna y además los niños nacidos de estas adolescentes tienen una doble probabilidad de morir que los niños hijos de madres mayores de 20 años. Estas muertes pueden evitarse llevando a cabo modificaciones puntuales en el sistema de salud y favoreciendo el acceso al mismo. En Argentina para tratar de disminuir esta

mortalidad se puso en marcha el programa Nacional de Salud sexual y Procreación Responsable que se encarga de distribuir gratuitamente tecnología anticonceptiva en las jurisdicciones con programas de salud reproductiva, pero para que esto se logre, además es necesario que exista accesibilidad al sistema (8).

Indicadores de las cuentas Nacionales de salud: Mediciones del gasto sanitario 1997- 2002 (10)

Gráfico nº 6

Gasto sanitario total como porcentaje del PBI



Fuente: OMS (10)

El porcentaje de PBI calculado para los distintos países incluyen los gastos en salud aportados por el Gobierno, que abarca tanto recursos aportados para el subsistema público como los aportes y contribuciones dirigidos al subsistema de OS, más los gastos privados en salud que corresponden a gastos directos de bolsillo más gastos por Planes Prepagos y otros.

PBI: Es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado. Producto se refiere a valor agregado, interno a que es producción dentro de las fronteras de una economía y bruto de refiere que no se contabilicen la variación de inventarios ni las depreciaciones o apreciaciones del capital. En este caso está calculado por el método del gasto y es la suma de las erogaciones realizadas para la compra de bienes o servicios finales producidos dentro de una economía , es decir, se excluyen las compras de bienes o servicios intermedios y también los bienes o servicios importados (11).

Entre el período 1997-2001 el %PBI expresado como gasto sanitario total para cada país ha variado pero no significativamente. En EEUU se observa un aumento del mismo en 0.9 %, en Argentina aumentó un 1,4 %, y en Canadá 0,6 % en dicho período.

Otra cuestión a establecer que se desprende del análisis de estos datos surge del hecho que EEUU presenta un gasto en % PBI (13.9%) muy superior a los otros dos países, pero el sistema no brinda cobertura a toda su población cosa que si ocurre en el sistema de Canadá (9.5% PBI) y Argentina (9.5% PBI) con un % PBI mucho menor al anterior. No siempre un mayor gasto implica una mejor cobertura del sistema.

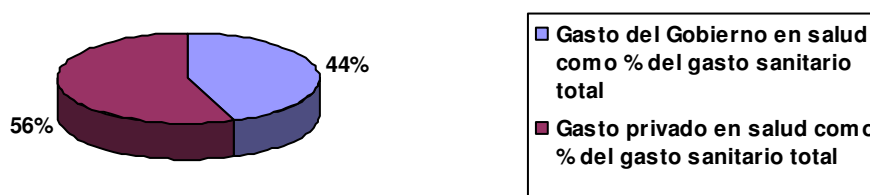
El % PBI para Canadá y Argentina son similares, pero en valor absoluto el PBI de Canadá es mayor al de Argentina, este dato se verá reflejado en el gasto per cápita correspondiente a cada país.

A continuación se muestra en gráficos la composición en porcentaje del Gasto sanitario total.

Gastos aportados por el Gobierno y sectores Privados como porcentaje del gasto sanitario total

Gráfico n° 8

Gastos en Salud aportado por los distintos sectores en EEUU



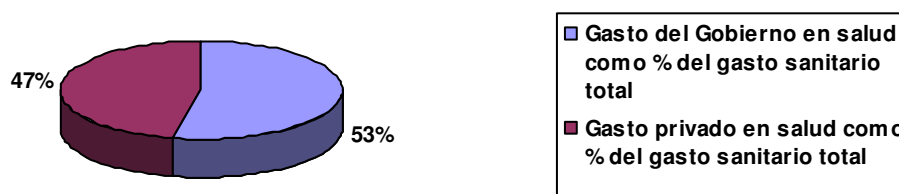
Fuente: OMS (10)

Nota: -Gastos de gobierno: seguridad Social (Medicare, Medicaid)
+ gasto directo de gobierno: subsidios; militares

-Gastos Privados: Seguro médico prepago + gasto de bolsillo

Gráfico N° 9

Gastos en Salud aportado por los distintos sectores en Argentina



Fuente: OMS (10)

Nota: -Gasto de Gobierno; subsector público + seguridad social (subsector OS)

- Gasto privado; Medicina Prepaga + gasto directo de bolsillo

Gráfico N° 10

Gastos en Salud aportado por los distintos sectores en Canadá



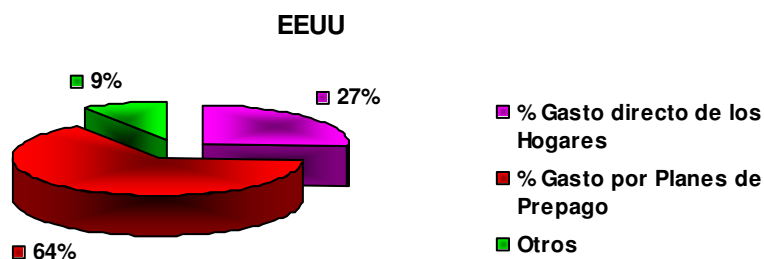
Fuente: OMS (10)

Nota: Gasto de Gobierno: sistema de atención médica universal (Hosp. Públicos, servicios prestadores privados contratados por el estado), investigación en salud

Gastos Privados: Planes adicionales + gasto directo de bolsillo

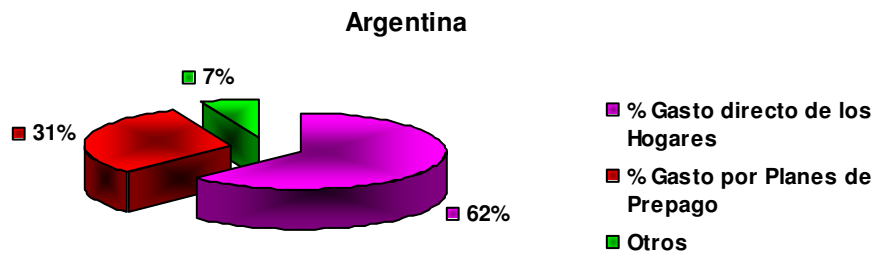
Los Gastos Privados en salud se deben a:

Gráfico n° 11



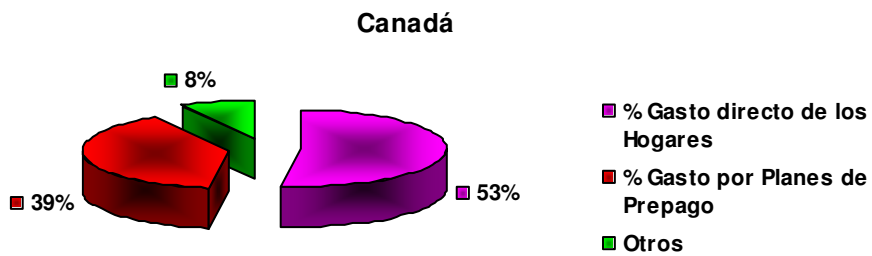
Fuente: OMS (10)

Gráfico n° 12



Fuente: OMS (10)

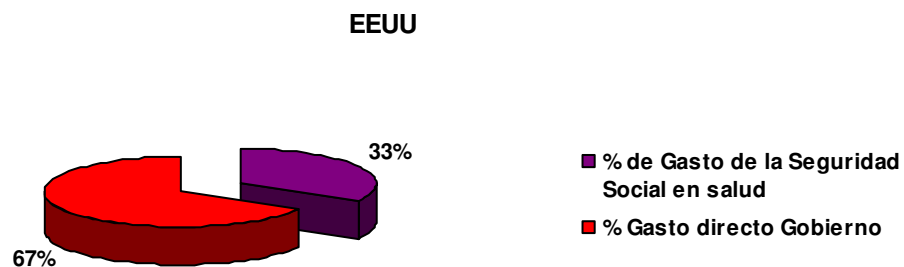
Gráfico n° 13



Fuente: OMS (10)

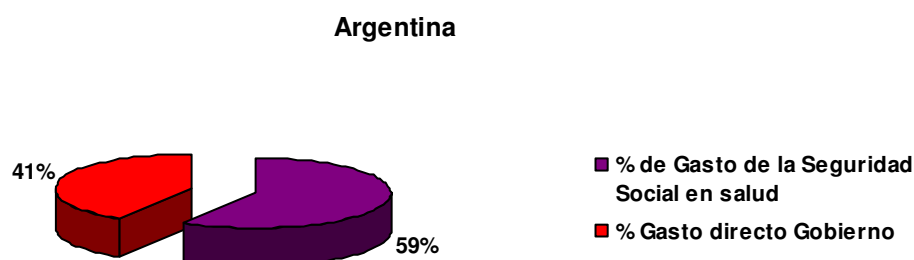
Los Gastos del Gobierno en salud se deben a:

Gráfico n° 14



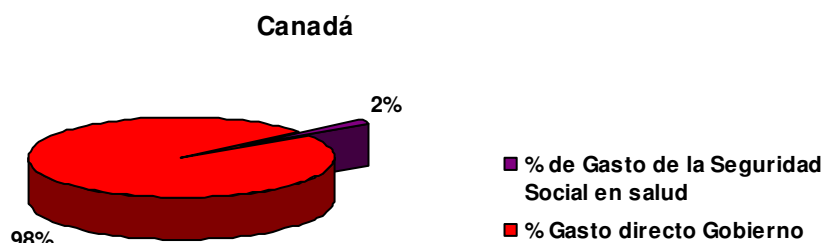
Fuente: OMS (10)

Gráfico n° 15



Fuente: OMS (10)

Gráfico n° 16



Fuente: OMS (10)

Los gastos generados por los distintos sectores, están asociados a la estructura de cada uno de los sistemas en cada país.

En EEUU donde el sistema de salud es principalmente privado, el 56 % del gasto total sanitario es aportado por el sector privado (Gráfico n° 8), y del 100 % de este porcentaje, el 64 % se debe a pagos de Planes Prepagos de salud (Gráfico n° 11), que es la forma predominante de acceder al sistema de salud, y el resto son gasto de bolsillo, para satisfacer las necesidades no cubiertas por los Planes Prepagos.

De acuerdo al Gráfico 8, el 44% del gasto sanitario total es aportado por el gobierno y del 100 % de éste gasto el 33% es gasto de Seguridad Social (Gráfico nº 14).

En Argentina por la estructura del sistema el 53 % de los gastos sanitarios totales en salud son aportados por el gobierno (Gráfico nº 9) y del 100% de este porcentaje el 59% es aportado por la Seguridad Social para cubrir los gastos de salud de la población sujeta al subsistema de OS. El resto es aportado directamente por el gobierno para dar cobertura a la población que asiste al subsistema Público.

Cabe resaltar además que de los gastos privados como porcentaje de los gastos sanitarios totales un elevado porcentaje (62% según Gráfico nº 12) se debe a gasto de bolsillo necesario para obtener una cobertura prestacional adecuada.

En Canadá la cobertura de salud es proporcionada casi en un 100 % por el estado, es de aquí que el 71% del gasto sanitario total es aportado por el gobierno (gráfico nº 16). Los gastos privados en salud para este país son menores en porcentaje a los de EEUU y Argentina, y dentro de éstos se encuentra un gasto de bolsillo que se utiliza para ampliar la cobertura del plan estatal, y no como en los otros países para acceder a una mejor cobertura.

Gastos sanitarios total per cápita y Gasto del Gobierno en salud per capita

EEUU



U\$S : 4887

U\$S : 2168 (*)

ARGENTINA



U\$S : 1130

U\$S : 604 (*)

CANADÁ



U\$S : 2792

U\$S : 1978(*)

(*) Gastos del Gobierno en salud per capita anuales

Fuente: OMS (12) Nota: U\$S expresados como dólar internacional

El gasto per cápita está relacionado con la estructura del gasto del sistema de cada país y el poder económico de cada uno de ellos.

En EEUU existe un gasto sanitario per cápita anual muy elevado comparado con los otros dos países. De este gasto el gobierno aporta el 44%. En Argentina el gasto per cápita es inferior al de Canadá y EEUU y del mismo el 53% es aportado por el gobierno (subsector público y OS), en tanto que en Canadá el gasto per cápita total es inferior al de EEUU y el 71% es aportado por el Gobierno.

Comparando el gasto entre EEUU y Canadá se observa que Canadá con un menor gasto per cápita cubre a toda su población y EEUU con un gasto superior deja sin cobertura a una parte de su población. Un mayor gasto per capita no significa un mejor sistema de salud.

En Argentina, debido a la situación económica del país el gasto per capita es menor a los otros dos países, destacando que con este

gasto, muy inferior al de EEUU, brinda atención a toda su población aunque con distinto grado de cobertura prestacional.

3- Conclusión:

El sistema de salud de Argentina es fragmentado y desarticulado producto no solo de las sucesivas crisis económicas sino también de su organización, conformado por un subsector público que da cobertura médica a toda la población y no logra llegar de manera equitativa a la totalidad de los sectores más carenciados, un subsector de Obras Sociales que da cobertura a los trabajadores pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de desempleados y trabajadores informales y por último, un subsector privado, que apunta naturalmente a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva. Aunque el sistema se encuentre desarticulado, brinda cobertura de salud a toda la población, pese a los bajos recursos per cápita utilizados comparado con los otros dos países. Posee además un elevado gasto de bolsillo adicional para satisfacer una mejor cobertura prestacional.

Presenta los índices de salud más desfavorables de los tres países producto de ¿mala articulación de los subsistemas?, ¿falta de accesibilidad por parte de algunos sectores de la población?, ¿falta de recursos destinados al mismo? ¿por problemas sociales, culturales o educativos? o ¿por una mezcla de todos estos factores?. También debe tenerse presente que la situación económica de Argentina con relación a Canadá y EEUU es muy distinta y también esto impacta en los indicadores de salud desfavorables.

En cuanto a la accesibilidad al sistema no es óptima. Si bien la población sin cobertura de salud de Obra Social o Plan Médico Privado, aproximadamente el 38.7%, está cubierta por el hospital público, este no siempre posee la infraestructura adecuada para dar respuesta a las necesidades de esta población, por lo que este grupo no dispone del mismo acceso que el resto.

Canadá cuenta con una estructura del sistema de salud que asegura la cobertura del 100% de la población con recursos aportados por el estado. Presenta mejores indicadores de calidad de vida (esperanza de vida al nacer, probabilidad de morir según edad, tasas de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna) consecuencia no solo de una mejor situación socio económica sino también del sistema de salud que posee dicho país, garantizando la universalidad, integridad y accesibilidad a todos los habitantes

El gasto de bolsillo (en porcentaje) de este país es el más bajo de los tres y se utiliza para ampliar los servicios básicos aportados por el gobierno y no para obtener una mejor cobertura prestacional, ya que ésta está asegurada por el gobierno. Canadá presenta gastos inferiores a los de EEUU y mejores indicadores de salud.

El sistema de salud Estadounidense está fundamentalmente sujeto al poder adquisitivo o capacidad de pago de los ciudadanos, los servicios son prestados por empresas privadas de salud, y una parte por el gobierno a través de planes federales, pero una proporción de la población queda descubierta, lo que genera un desigual acceso a la atención de salud. La salud es una responsabilidad de los ciudadanos y no un derecho. Este sistema se caracteriza por un elevado gasto de bolsillo necesario para satisfacer una adecuada cobertura prestacional.

Si se comparan los tres países desde el punto de vista económico EEUU presenta el mayor porcentaje de PBI y también el mayor gasto per cápita. Canadá y Argentina tienen el mismo porcentaje de PBI pero Canadá mayor gasto per cápita que Argentina. Estas diferencias están también vinculadas al poder económico de cada uno de ellos; EEUU y Canadá pertenecen a lo que se denomina mundo desarrollado en tanto que Argentina pertenece al grupo de países en vía de desarrollo.

Bibliografía:

1. Acuña C, Chudnovsky M. El sistema de salud en Argentina. 2002 Marzo Documento 60. Se consigue en <http://www.fgys.org/pdf/DT%2060.PDF>.
2. López A. La crisis en el sector de la salud: Informe privado sobre datos oficiales. Diario La Nación 2004 Feb 23. Se consigue en www.lanacion.com.ar
3. Dr Politi P. Sistema nacional de salud en Canadá. Salud Canadiense. 2002 Feb. Se consigue en www.cancerteam.com.ar/poli072.html
4. OPS. La Salud de las Américas. Edición 2002, Volumen II pag 27-43, 132-149, 262-278
5. El sistema de salud de los EEUU: sistemáticamente poco saludable. Se consigue en www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6532
6. Bél G. Que pasa con la sanidad en EEUU. 2004 Dic 14. Se consigue en www.ub.es/graap/np_bel1704.pdf
7. MSyA. Indicadores básicos 2004. Se consigue en <http://www.ops.org.ar/Files/indicadores%202004.pdf>
8. MSyA, OPS. Situación de salud en Argentina 2003. Se consigue en www.msal.gov.ar
9. OMS. Indicadores básicos de todos los miembros de salud.2004. Se consigue en http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_1_es.pdf
10. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario 1997- 2002.2004 Se consigue en http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_5_es.pdf
11. Producto Bruto Interno. Definición. Se consigue en www.econlink.com.ar

12. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita 1997- 2002. 2004 Se consigue en http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_6_es.pdf