ARTÍCULO ORIGINAL

Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Estados Unidos de América

A Comparative Analysis between the Cuban and the American Health Systems

Gaudencio Gutiérrez Alba [1], José Alberto Muños Hernández [2], René Leyva Flores [3]

Resumen

Objetivo: Realizar un análisis comparativo de los sistemas de salud con respecto a las determinantes estructurales, la organización de sus funciones y de los principales indicadores de salud de los países de Cuba y Estados Unidos.

Material y métodos: Se realizó un análisis comparativo, transversal y descriptivo de los sistemas de salud de Cuba y EE.UU; para el periodo de comparación se utilizó el dato más actual que se encontró para cada indicador considerando primero la fuente de información que permitiera homogeneizar el dato, tomando como unidad de análisis los determinantes contextuales de cada país, la organización de los sistemas de salud a través de sus tres principales funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud, así como los indicadores fundamentales relacionados con el desempeño de estas unidades de análisis. Las bases de datos consultadas provienen de las fuentes oficiales de cada país y del Banco Mundial.

Resultados: Existen divergencias importantes de tipo contextual relacionadas con asuntos políticos, económicos y con la organización de las funciones de los sistemas de salud; sin embargo, algunos de sus principales indicadores demográficos en términos generales son muy parecidos y sus daños a la salud convergentes, centrados en enfermedades no transmisibles.

Conclusiones: Se establece el análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Estados Unidos a través de sus determinantes contextuales, centrado en la organización de los sistemas de salud y los principales indicadores en salud relacionados con el desempeño de estas unidades de análisis. Dicha comparación permite observar convergencias importantes relacionadas con los daños a la salud; siendo la divergencia principal la forma como el sistema de salud responde a las necesidades en salud, vista a través de la organización de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud. Dicha comparación nos permite observar la relación tan estrecha que existe entre el contexto político y económico del país y el diseño del sistema de salud.

Palabras clave: Análisis comparativo, Sistemas de salud, Cuba, EE.UU.

Abstract

Objective: To make a comparative analysis between the health systems considering structural determinants, organization of functions and main health indicators of both Cuba and the USA.

Material and methods: This is a comparative, cross-sectional and descriptive study which analyzed the health systems from Cuba and the USA. For the comparation period we used the most recent data available for each indicator, taking into account in first place the information source which could homogenize the data. Thus, we consider as units of analysis contextual determinants for each country, the organization of health systems through their three main functions of stewardship, financing and health care delivery, as well as key indicators related with the performance of these units of analysis. The databases we used are from official sources in each country and the World Bank.

Results: There are important contextual divergences related to political and economical issues and the organization of functions of the health systems. However, in general some of the demographic key indicators are very similar and health damages converge at non-communicable diseases.

Conclusions: A comparative analysis between health systems of Cuba and the United States through its contextual determinants, focusing on the organization of health systems and key health indicators related to the performance of these units of analysis, can be established. This comparison allows us to observe important convergences related to health damage. The main divergence is the way the health system responds to the health care needs, as seen through the organization of the functions of stewardship, financial and health services delivery. This comparison allows us to observe the close relationship between the political and economical context of each country, and the health system design.

Key words: Comparative analysis, health systems, Cuba, USA.

1 Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana.
2 Observatorio de Mortalidad Materna en México.
3 Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Autor de correspondencia: Gaudencio Gutiérrez Alba. Maestro en Salud Pública, Instituto de Ciencias de Salud, Universidad Veracruzana. Av. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial ÁnimaS, CP 91190. Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: ggtzalba@hotmail.com

Introducción

La creciente globalización actual conecta nuestros sistemas políticos y económicos de manera que la interacción entre éstos es cada vez mayor. En el aspecto económico, podemos observar día a día cómo se desarrolla la economía de cada país y el análisis de las posibles repercusiones en el interior de los mismos, derivado de una intensa comunicación bajo la presencia de internet, permitiendo el envío de la información a gran velocidad.

En términos de salud, el hecho de que las personas recorran grandes distancias en un tiempo relativamente menor al que lo hacían nuestros antepasados permite que, junto con los individuos, los agentes patógenos se desplacen con gran facilidad y a grandes distancias, favoreciendo su diseminación y la generación de pandemias, como recientemente lo demostró la influenza AH1N1.

Derivado de este fenómeno de globalización, los sistemas de salud locales pueden tener cada vez mayores retos para afrontar el panorama epidemiológico actual y cuidar la salud de los habitantes. En ese sentido, puede verse la posibilidad de que los sistemas de salud avancen hacia una convergencia sobre un limitado número de modelos de atención, o exista la posibilidad de generar nuevos modelos que afronten las necesidades cambiantes de las poblaciones.

En cualquiera de los dos casos, los tomadores de decisiones en cada país, deberán retomar las diferentes lecciones aprendidas de política pública derivadas de problemas comunes, para tratar de encontrar las respuestas mediante la búsqueda de información, el desarrollo de modelos para operar los programas y adaptar experiencias exitosas al contexto de los países.

Rose[1] menciona que la comparativa internacional de los sistemas de salud circunscribe los procesos mencionados en diversos niveles, incluyendo la descripción de los problemas, el rango de aproximación utilizado en diferentes países referente a la problemática, el desarrollo de modelos teóricos aplicados en las intervenciones para reducir el problema, la verificación del modelo en distintos países y contextos, la revisión del modelo y la evaluación retrospectiva de la adaptación del modelo a otras circunstancias.

Así, el análisis comparativo de los sistemas de salud debe considerar el contexto histórico, político y cultural bajo el cual se desarrolla cada uno de los sistemas de salud, analizando tanto las convergencias como las divergencias observadas mediante el análisis.

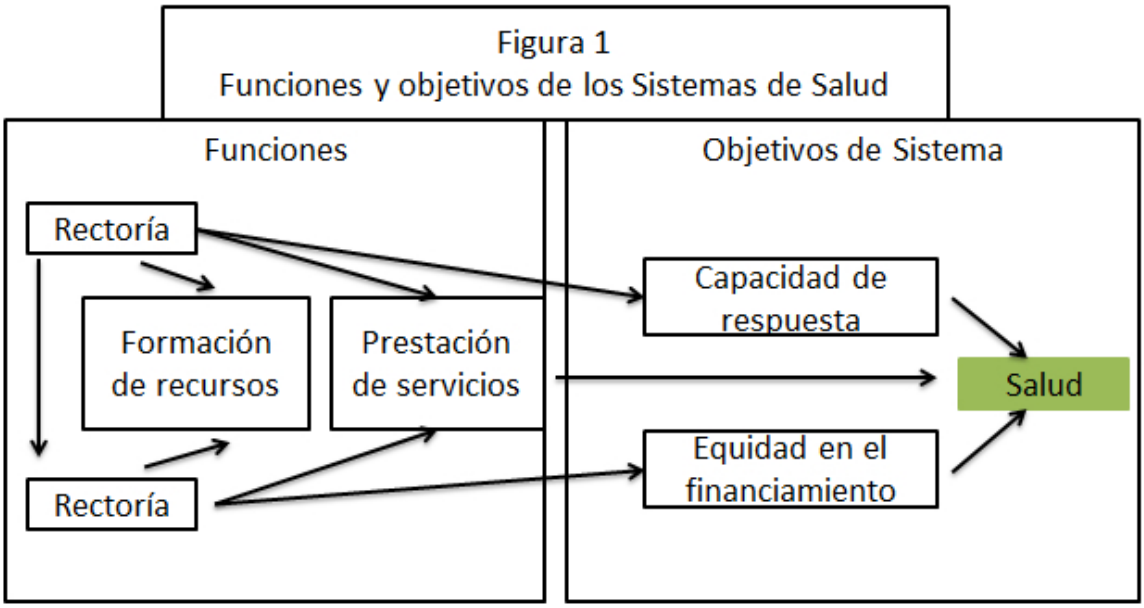
Este trabajo pretende realizar un análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Estados Unidos, con la finalidad de observar los elementos presentes en los sistemas de salud en ambos países y cómo intentan responder a las necesidades de salud de los individuos, mediante el análisis de los determinantes contextuales de cada país, la organización de los sistemas de salud a través de sus tres principales funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios, así como los principales indicadores en salud relacionados con el desempeño de estas unidades de análisis.

Existen pocas publicaciones relacionadas con el análisis comparativo de sistemas de salud y son nulos los trabajos que abordan la metodología que se propone en el documento, tomando como principal punto de comparación la forma de organizar las tres principales funciones de ambos sistemas de salud; por otro lado, consideramos necesario comparar dos sistemas de salud totalmente heterogéneos tanto en el contexto social como en la organización de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de sistemas de salud, con la finalidad de estudiar semejanzas y diferencias entre ambos sistemas en cuanto a las variables establecidas.

Marco conceptual

Sistemas de salud y sus determinantes

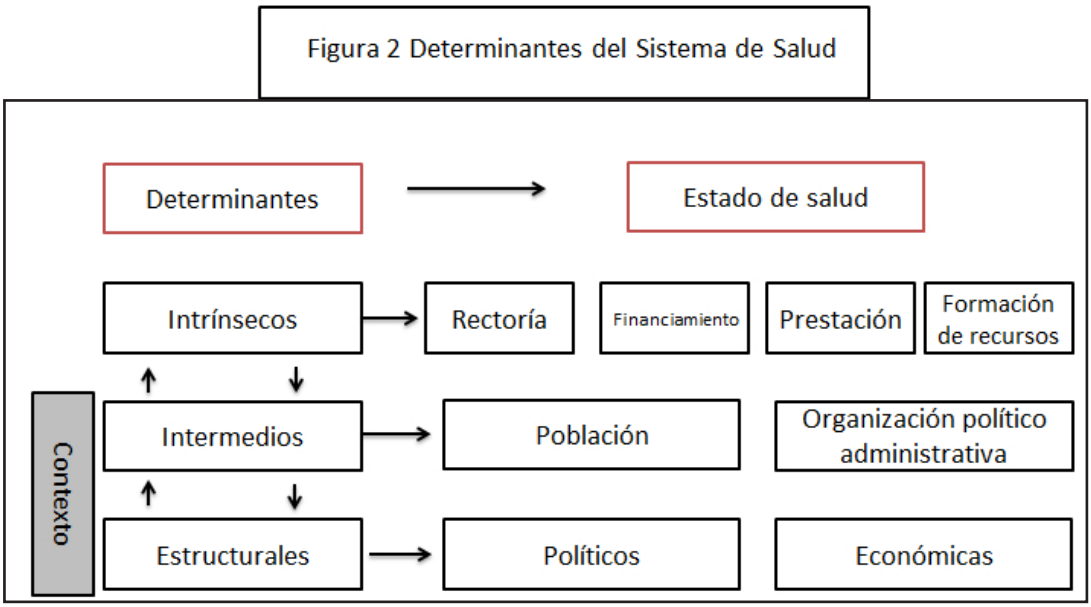
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sistema de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud. La figura 1 muestra las cuatro funciones básicas de los sistemas de salud, representa también la vinculación entre las funciones y el objetivo final que es la salud de su población, por lo tanto debe conceptualizarse de manera holística, donde cada función o intervención, desde la más sencilla hasta la más compleja, tiene un efecto en todo el sistema y viceversa.[2-4]



Fuente. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000.[5]

Por su parte, Roemer[6] define a los sistemas de salud como la combinación de recursos, finanzas, organización y administración, que culmina en el suministro de servicios orientados a mejorar la salud a la población, siendo éstos un reflejo parcial del contexto social, secundarios a una combinación del nivel económico, la ideología política, el pasado histórico y un complejo de influencias culturales.

Derivado de lo anterior, se han establecido algunos determinantes del sistema de salud (figura 2) divididos en determinantes estructurales, ubicando aquí el contexto político y económico del país; determinantes intermedios, conformado por las necesidades a dar respuesta, caracterizado por la situación epidemiológica y demográfica; ambos determinantes conforman el contexto y, finalmente, los determinantes propios del sistema de salud, que está constituido por la manera en la que se organizan al interior sus funciones y por el grado de descentralización o centralización que tenga el sistema de salud. En conjunto determinan el estado de salud.



Fuente: Cración propia a partir de Roemer M. 1991 y Yepes F. 1991.

Análisis comparativo de sistemas de salud (ACSS)

El ACSS es un análisis sobre las variables a comparar en los sistemas de salud, Yepes[7] examina la importancia de comparar, ya que la comparación permite ilustrar el proceso de la formulación de políticas y es de gran utilidad en el proceso de formación de recursos humanos, éstos como futuros tomadores de decisiones.

El análisis comparativo ofrece un panorama global de los sistemas de salud, revelando las innovaciones de los diferentes esquemas de atención, la conformación y organización de los mismos.

El autor menciona además que, esencialmente, debe permitirnos extraer de la práctica universal aquellos aspectos que han sido exitosos en la construcción de unos sistemas de salud más equitativos, efectivos y eficaces, adquiriendo elementos de juicio sobre su relatividad temporal y cultural a fin de valorarlos adecuadamente, sin olvidar los elementos políticos y económicos de cada país.

Roemer[6] también señala que la comparación internacional es capaz de evidenciar las tendencias en cada uno de los principales componentes del sistema de salud, además de facilitar la generalización de las experiencias de programas y políticas. De este modo resulta importante considerar los diferentes contextos internos de cada país, teniendo en cuenta el nivel de ingreso que reflejaría la influencia de la política, la cultura y la historia.

El análisis comparativo de los sistemas de salud permite analizar las posibles dificultades metodológicas relacionadas con el contexto socio-histórico-político-económico y establecer la comparación de aspectos financieros, recursos humanos, infraestructura física, tecnológica, esquemas organizacionales y niveles de salud, lo cual permite reconocer las experiencias de otros países sobre la implementación de políticas de salud que han sido exitosas o que hayan tenido fracasos o dificultades en la implementación, e identificar aspectos que permiten hacer la diferencia entre un éxito o fracaso de la implementación y generación de programas, tanto a nivel contextual como organizacional.

Asimismo, McPake & Mills[8] sugieren que el análisis comparativo permite extraer lecciones rara vez generalizables a otros países, salvo en algunos casos y específicamente a un determinado contexto. Por lo tanto, cuando se quiere adoptar una política en salud, primero se debe identificar las convergencias y divergencias entre el país que va a adoptar la política y el que la diseñó, teniendo en cuenta aspectos que involucren el sistema de salud de manera holística, la densidad de la población, los daños a la salud, el nivel de desarrollo económico, el contexto político y la cultura para así identificar las posibles barreras y potenciales sinergias.

Métodos

Se efectuó un análisis comparativo, transversal y descriptivo de los sistemas de salud de Cuba y de EE.UU. Como es una investigación documental sobre ambos sistemas se retomó la información más reciente y disponible para ambas naciones de las variables a comparar (2005-2012), revisando primero si existía una fuente de información que permitiera homogeneizar el dato a efectos de comparación.

La unidad de análisis fue los determinantes contextuales de cada país donde se incluyó el tipo de gobierno, la organización política administrativa y el derecho a la salud establecido en la Constitución de ambos países; por otro lado, se analizó y comparó la organización de los sistemas de salud a través de sus tres principales funciones: de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud teniendo como base el marco conceptual de la OMS; finalmente, se compararon los principales indicadores relacionados con el desempeño del sistema de salud. Las bases de datos consultadas provienen de las fuentes oficiales de cada país y del Banco Mundial.

Resultados

A continuación se presenta de manera comparativa los resultados de los determinantes del sistema de salud de los países de Cuba y Estados Unidos.

Se inicia comparando los determinantes estructurales, posteriormente se compara la organización de cada una de las funciones del sistema de salud y, finalmente, se contrastan los

principales indicadores que están vinculados con el desempeño de los determinantes del sistema de salud.

Determinantes contextuales

En este apartado se incluyeron como unidades de comparación el tipo de gobierno, la organización política administrativa y la identificación del derecho a la salud plasmado o no en la Constitución Política de ambos países.

Determinantes políticos

Existe una gran divergencia en todas las variables a comparar (cuadro 1); EE.UU es una República Federal con división de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, cuyos principios son la pluralidad, el libre mercado, el derecho a la vida, la libertad y la felicidad. Bajo estos principios la salud es una responsabilidad individual; no obstante, da protección específica a ciertos grupos considerados muy vulnerables como algunas familias en situación de pobreza, personas con capacidades diferentes y adultos mayores.[9]

Por otro lado, Cuba es un país socialista, planeado centralmente, independiente, soberano y democrático, cuyo Órgano Supremo de Poder se establece en la Asamblea Nacional del Poder Popular, se resalta lo establecido en el Art. 50 Constitucional donde el estado garantiza el derecho a la salud y trata de hacerlo efectivo mediante sus instituciones, como lo veremos más adelante. Políticamente, son países diferentes en su totalidad.

Determinantes económicos

En los determinantes económicos (Cuadro 2), las principales diferencias son los recursos económicos que produce y con los que cuenta cada país. EE.UU es muy superior en términos generales[13] para el IDH cuya construcción incluye variables de salud, educación e ingreso, EE.UU continúa en una mejor posición; en cambio, el indicador de la tasa de desempleo sitúa a Cuba en una mejor posición, lo cual puede significar que el crecimiento económico de EE.UU no se distribuye de manera homogénea entre las familias.

Organización de los sistemas de salud y función de rectoría

El sistema de salud de EE.UU se caracteriza por ser un conjunto de subsistemas de salud, donde los diferentes niveles de gobierno establecen la manera de responder a las necesidades de su población; sus proveedores de servicios de salud son, en su mayoría, privados. Por su parte, el Sistema Nacional de Salud de Cuba se caracteriza por ser único, integral, descentralizado y regionalizado; es un sistema de salud público donde el Estado es quien regula, financia y presta los servicios de salud con acceso para toda la población; cabe resaltar que el Estado hace efectivo el derecho a la salud establecido en la Constitución Política.[15-17]

Cuadro 1. Determinantes estructurales políticos EE.UU y Cuba

Variables	Países en comparación	
	Estados Unidos	Cuba
Tipo de gobierno	Plural o de libre mercado (democracia) libertad y responsabilidad.	Socialista o planeado centralmente.
Organización política administrativa	República federal (50 Estados y un Distrito Federal): Ejecutivo, legislativo y judicial.	Estado independiente, soberano, democrático y socialista (14 provincias). Órgano supremo es la Asamblea Nacional del Poder Popular.
Derecho a la salud	El preámbulo de la Constitución señala que se tiene derecho a: La libertad individual, con derecho a decidir y la responsabilidad de determinar sus propias trayectorias. Gobierno sólo protege a ciertos grupos vulnerables.[4]	Art. 50 "Todos tienen derecho a que se atiendan y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho".

Fuente: Creación a partir de la Constitución Política de EE.UU[10] y de Cuba[11], documentos vigentes. One Hundred Eleventh Congress of the United States of America.[12]

4 Existe en EE.UU la Ley denominada ''Patient Protection and Affordable Care Act'', que no fue analizada porque no forma parte de la Constitución.

Cuadro 2. Determinantes económicos EE.UU y Cuba

Variables	Países en comparación	
	Estados Unidos	Cuba
Niveles de recursos o desarrollo	Industrializado y más rico del mundo	En desarrollo
PIB (US$ a precios actuales)	14.296.900.000.000$ (2008)	62.704.800.000$ (2008)
Tasa de desempleo	9.3% (lugar 110 a nivel mundial) (2009)	1.7% (noveno a nivel mundial) (2009)
PIB per cápita	46,000 dólares (2009)	9,700 dólares (2009)
IDH	0.952 (lugar 9 a nivel mundial 2005)	0.838 (lugar 51 mundial 2005)

Fuente: Banco Mundial (diferentes años).[14]

La función de rectoría se ha establecido como la función integradora de los sistemas de salud, coordinando las demás funciones del sistema y de cierta manera es la responsable del desempeño global del sistema, cuya función idealmente debe recaer en el gobierno.[5,18,19] Al comparar esta función concluimos (Cuadro 3) que existen diferencias importantes: en Cuba la rectoría cumple con los criterios establecidos previamente y de manera contundente se manifiesta en la organización del sistema de salud descrito en el párrafo anterior.

Función de financiamiento en los sistemas de salud

Un financiamiento equitativo en los sistemas de salud busca hacerse de recursos a través de impuestos generales y/o con contribuciones por seguros de salud tipo seguridad social; debe ser progresivo, anticipado, evitando el gasto de bolsillo y buscar una desvinculación entre la contribución de la familia y la cartera de servicios que se ofrece; preferentemente los recursos deben mancomunarse a través de grandes fondos comunes para la distribución del riesgo y finalmente realizar una compra estratégica.[21,22]

El financiamiento del sistema de salud de EE.UU (Cuadro 4) es privado en su mayor parte, puede ser anticipado pero está vinculado al riesgo e ingreso de la familia, cuyos servicios otorgados dependerán del tipo de seguro comprado, a excepción del financiamiento para aquellos grupos considerados como de alta prioridad. Cuba tiene un financiamiento público que proviene del presupuesto estatal, sin lograr identificar cómo se obtienen los recursos de las familias; los pagos de bolsillo se presentan al comprar medicamentos ordenados a nivel ambulatorio y por algunas prótesis; mancomunan el financiamiento permitiendo hacer un gran fondo único, distribuir el riesgo, dar una cobertura universal y hacer una función de financiamiento mejor que la observada para EE:UU.

Cuadro 3. Organización de la función de rectoría

Variables	Países en comparación	
	Estados Unidos	Cuba
Organización del sistema de salud	Es un conjunto de sistemas de diversa complejidad, el principal proveedor es el sector privado.	Es un sistema único, integral, descentralizado y regionalizado (nacional, provincial y municipal). Niveles: médicos de familia en comunidades, centros laborales y centros educacionales, policlínicos, hospitales e Institutos Nacionales.
Rectoría	Los departamentos estatales de salud pública no están bajo la jurisdicción federal y los municipales bajo los estatales. El gobierno federal administra varios programas, supervisa la investigación, orienta, establece la normatividad y asesora. Existe vinculación con los sectores: ambiental, agricultura, transporte y seguridad interna. La regulación se otorga por la Food and Drug Administration (FDA).	Ministerio de Salud Pública: Dirige, ejecuta y controla la aplicación de la política del Estado. Con acciones de Salud Pública, ve el desarrollo de las ciencias médicas y farmacéuticas. PNS: regula, organiza el financiamiento, el sistema estadístico. Principios: gratuito, profiláctico, actualizado, participativo, centralización normativa y descentralización operativa.

Fuente: Domínguez et al. 2011. OPS, 2007.[15,20]

Cuadro 4. Función de financiamiento

Financiamiento	Países en comparación	
	Estados Unidos	Cuba
Recaudación	Pago de bolsillo, pago voluntario a seguros de salud privados, impuestos generales (Medicare, Medicaid), contribuciones obligatorias por seguros de salud de tipo social (TRICARE).	Proviene del presupuesto estatal, se desconoce cómo se les descuenta a los ciudadanos (impuesto), los pagos de bolsillo son por medicamentos (ambulatorios), prótesis auditivas, estomatológicas y ortopédicas.
Mancomunación de recursos	Mancomunación fragmentada y los pagos de bolsillo (Teoría de la Agencia).	En un gran Fondo Único Nacional (Teoría de la Rectoría).
Compra	Un paquete de servicios cuya cobertura dependerá del tipo de seguro privado que se compre.	Cobertura Universal de la Población.

Fuente: Domínguez et al. 2011. OPS, 2007.[15,20]

Función de prestación de servicios de salud

Sin duda la prestación de servicios está determinada en ambos países por el contexto y las funciones descritas previamente. En EE.UU el principio básico es que la salud es un bien de consumo (Cuadro 5), siendo los proveedores en su mayoría privados y orientados a la curación. Mientras que en Cuba se parte de los principios de equidad, gratuidad y universalidad; la prestación de servicios está basada en atención primaria a la salud (APS), caracterizada por ser profiláctica a través de la promoción y participación ciudadana, alcanzando altas tasas de cobertura en vacunación logrando erradicar enfermedades infecciosas.

Cuadro 5. Función de prestación de servicios de salud

Prestación	Países en comparación	
	Estados Unidos	Cuba
Principios	Modelo sanitario liberal, la salud es un bien de consumo.	Equidad, gratuidad y universalidad a la población.
Proveedores	Privados y públicos.	Totalmente públicos, basados en un modelo APS (médico y enfermera de familia), con altas tasas de vacunación, se ha logrado erradicar la malaria y el sarampión.

Fuente: Domínguez et al. 2011. OPS, 2007.[15,20]

Indicadores

Los siguientes resultados muestran algunos indicadores como: el gasto en salud, el contexto sanitario, los recursos humanos y los componentes demográficos de natalidad y mortalidad en ambas poblaciones.

En lo referente al gasto en salud (Cuadro 6), el PIB como referente del posible alcance del presupuesto en salud que cada país puede asimilar, como era de esperarse, siendo Estados Unidos la primera economía a nivel mundial supera a Cuba.

Cuadro 6. Principales indicadores del gasto en salud

Indicador	Estados Unidos	Cuba
Gasto en salud como % del PIB	17,7 (2009)	11,8 (2009)
Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)	48,6 (2009)	93,1 (2009)
Gasto en salud per cápita (US$ a precios actuales)	7990 (2009)	651 (2009)
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud	54,2 (2006)	8,4 (2006)
Gastos de salud desembolsados por el paciente (% del gasto privado de salud)	22,8 (2009)	100,0 (2009)

Fuente: Banco Mundial, indicadores en línea.[14]

El porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a la salud en EE.UU tiene alrededor de cuatro puntos porcentuales por encima de Cuba, en términos económicos es una diferencia importante. No obstante, para fines comparativos debemos considerar la eficiencia en el uso de dichos recursos y la equidad en el financiamiento.

Por otro lado, se observa una gran diferencia en el porcentaje del gasto público en salud, derivado del tipo de cobertura entre ambos países. Un indicador interesante es el resultado del gasto en salud per

cápita en 2009, al cual Estados Unidos destina diez veces más que la cantidad que destina Cuba, que contrasta con el indicador del gasto privado en salud, pues para este indicador Estados Unidos muestra un valor de seis veces más que Cuba.

El cuadro 7 muestra algunos indicadores de factores de riesgo para la salud como la mejora en el suministro de agua para los sectores urbano y rural, así como la mejora de las instalaciones sanitarias. En el sector urbano ambos países tienen un nivel muy cercano, con una diferencia muy pequeña de cuatro puntos porcentuales, donde EE.UU está mejor posicionado. Lo mismo sucede con respecto al sector rural, donde la diferencia es únicamente de cinco puntos porcentuales.

Cuadro 7. Principales indicadores de mejora en el suministro de agua y de las instalaciones sanitarias

Indicador	Estados Unidos	Cuba
Mejora en el suministro de agua, sector urbano (% de la población con acceso)	100 (2008)	96 (2008)
Mejora en el suministro de agua, sector rural (% de la población con acceso)	94 (2008)	89 (2008)
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso)	100 (2008)	91 (2008)

Fuente: Banco Mundial, indicadores en línea.[14]

Una diferencia notoria es el porcentaje de población con acceso a una mejora de las instalaciones sanitarias, la cual es cercana a diez puntos porcentuales, que representa un factor de riesgo para posibles enfermedades gastrointestinales.

En la densidad de médicos por cada 1 000 habitantes (Cuadro 8) observamos una diferencia que se estima en alrededor de 33 médicos por cada mil, siendo mayor en Cuba con un contraste muy importante en términos poblacionales y de atención. En cuanto al personal de enfermería y partería, la diferencia es a favor de EE.UU.

Por el lado de la infraestructura, se muestra un indicador que refleja hasta cierto punto la capacidad hospitalaria en ambos países, cuya diferencia es a favor de Cuba con alrededor de 18 camas hospitalarias por 10 000 habitantes.

Cuadro 8. Indicadores de densidad de recursos humanos e infraestructura por habitantes EE.UU y Cuba

Indicador	Estados Unidos	Cuba
Médicos. Densidad (por 1 000 habitantes)	26 (2000-2007)	59 (2000-2007)
Personal de enfermería y de partería. Densidad (por 10 000 habitantes)	94 (2000-2007)	74 (2000-2007)
Camas hospitalarias (por 10 000 habitantes)	31 (2000-2008)	49 (2000-2008)

Fuente. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009. Organización Mundial de la Salud.[22,23]

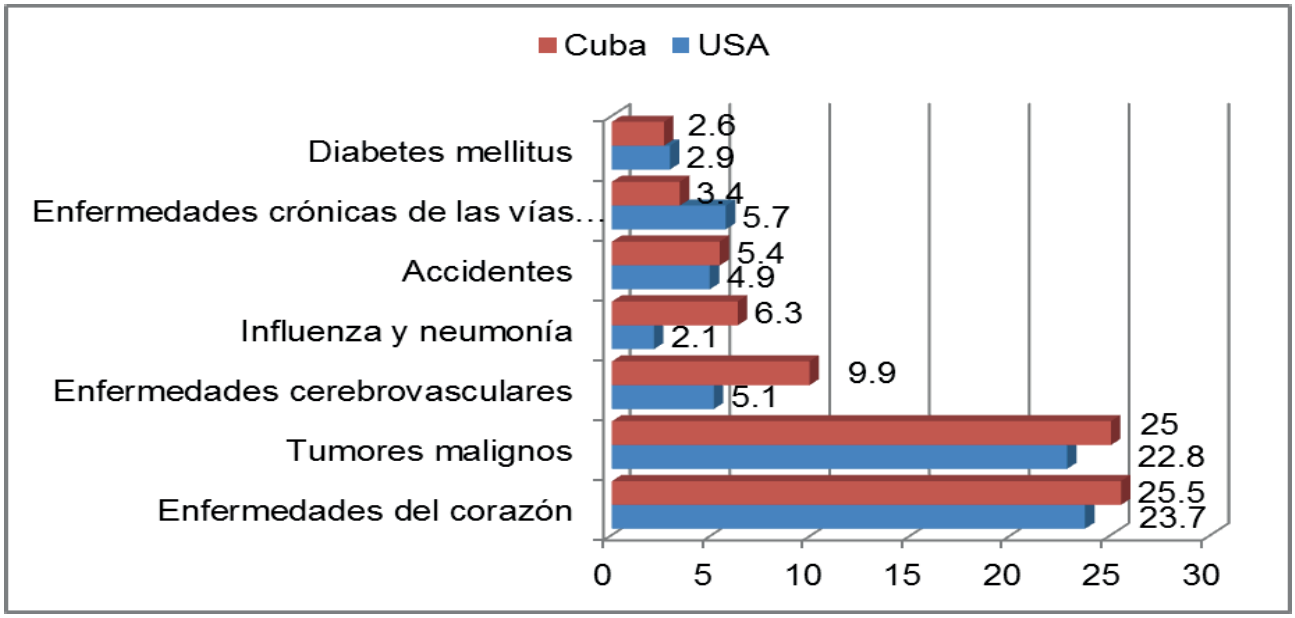
Los indicadores de la tabla 9 reflejan de manera transversal las condiciones demográficas en las que se encuentran ambas poblaciones. Como dato importante la esperanza de vida al nacer en ambos países es de 79, éste es un indicador que refleja la cantidad de años que puede vivir un recién nacido si los patrones de mortalidad no varían.

Cuadro 9. Indicadores demográficos

Indicador	Estados Unidos	Cuba
Esperanza de vida al nacer, total (años)	79 (2011)	79 (2011)
Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)	20 (2010)	17 (2010)
Población entre 15 y 14 años de edad (% del total)	67 (2010)	70 (2010)
Población de 65 años de edad y más (% del total)	13 (2010)	12 (2010)
Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1000 personas)	13.68 (2012)	9.96 (2012)
Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (% del total)	99 (2009)	100 (2009)
Tasa de mortalidad en un año (por cada 1000 personas)	8.39 (2012)	7.52 (2012)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1000 nacidos vivos)	5.98 (2012)	4.83 (2012)
Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1000)	8 (2010)	6 (2010)
Tasa de mortalidad materna (estimada mediante modelo*, por cada 100 000 nacidos vivos)	21 (2010)	73 (2010)

* Los datos se estiman según un modelo de regresión que usa información sobre fertilidad, asistentes para el parto y prevalencia del VIH. Fuente: Banco Mundial, indicadores en línea.[14] CIA World Factbook.[13]

Gráfica 1. Principales causas de mortalidad comunes a ambos países, EE.UU y Cuba 2011



Fuente: CDC, USA. ONE, Cuba.[24,25]

Por otro lado, no se observa una diferencia importante en la composición poblacional por edades respecto a los grupos de edades de 0 a 14 años, 15 a 64 años, 65 años de edad y más, lo que indica una estructura poblacional semejante dentro de estos grandes grupos de edad.

La tasa de natalidad es mayor en Estados Unidos con una diferencia de 4 por cada mil personas para 2012. De ahí la importancia que toman los siguientes indicadores, donde ambos países presentan un resultado similar de alrededor de 100% de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado. La tasa de mortalidad materna (TMM, que refleja el número de mujeres que mueren durante el embarazo o parto por cada 100 000 nacidos vivos) tiene una diferencia entre ambos países de 52 por cada 100 000 nacidos vivos y es mayor en Cuba, alcanzando la cifra de 73a; pero recordemos que la etiología de la mortalidad materna es multifactorial, donde aspectos culturales, económicos, sociales e incluso religiosos son determinantes y cuyo resultado contrasta con el 100% de nacimientos asistidos por personal capacitado.

En cuanto a la mortalidad infantil, las cifras son semejantes en ambos países, aunque ligeramente mayor la estadounidense con una diferencia de uno por cada mil; igual sucede con la tasa de mortalidad en menores de 5 años cuya diferencia es de solamente 2 por cada 1 000 y en la tasa de mortalidad general con una diferencia de 1 por cada 1 000 personas en 2009.

Respecto a las principales causas de mortalidad comunes para ambos países, la gráfica 1 muestra que tanto las enfermedades del corazón como los tumores malignos son las dos primeras causas, con un porcentaje del total de 23.7 casos en Estados Unidos y 25.5 en Cuba para la primer causa, y los tumores malignos con un porcentaje del total de 22.8 en los Estados Unidos y en Cuba 25, en 2011.

Las únicas causas donde se observa una diferencia favorable a Estados Unidos en términos de menor aparición, son en las enfermedades cerebrovasculares y la influenza y neumonía. En dichas afecciones Cuba tiene casos cercanos al doble con respecto a Estados Unidos en 2011.

En cuanto a los accidentes, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes mellitus, la diferencia más grande se da en enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, con alrededor de 2.3 puntos porcentuales más en Estados Unidos que en Cuba.

a La ONE de Cuba reporta una TMM de 40.2 para el mismo año, sin embargo, teniendo en mente la comparabilidad de los datos se eligió el mismo indicador para EE.UU y Cuba, reportado en la fuente indicada.

Discusión y conclusiones

A través de comparar los determinantes contextuales, la organización de las tres principales funciones del sistema de salud y algunos indicadores sobresalientes como el gasto en salud, la TMM y los recursos humanos, se ha logrado explorar similitudes y diferencias entre *los sistemas de salud de EE.UU y Cuba*

Se observó una estrecha relación entre las diferentes variables comparadas; si en los determinantes políticos se cuenta con un marco legal que comprometa o no al Estado a vigilar por la salud de su población, éste establece un conjunto de estrategias para hacer efectivo el derecho a la salud, reflejado en la organización y desempeño de cada una de las funciones de los sistemas, dando como resultado un mejor estado de salud en la población.

Relacionado con los determinantes contextuales se destaca como divergencia que Cuba tiene en su Constitución el artículo 50, que respalda el derecho a la salud de todos sus habitantes, a diferencia de lo que sucede en EE.UU donde la salud de su población es responsabilidad individual, teniendo estos determinantes un efecto directo en la organización de las funciones de sistema de salud.

Es importante el hecho de que Cuba cuente con un sistema de salud integrado, cuya organización resuelve problemas de la segmentación como ineficiencias en el manejo de recursos al aprovechar la infraestructura hospitalaria y la falta de calidad de la atención, ofreciendo a la población acceso y un continuum de atención médica cuando ésta lo requiera a través de los diferentes niveles de atención; a diferencia de EE.UU donde el acceso y la calidad de los servicios pueden estar limitados al ingreso económico de la población, secundario al tipo de seguro contratado.

El Ministerio de Salud Pública en Cuba es el rector responsable de la Política de Estado en cuestión de salud, con jurisdicción nacional y en los diferentes niveles de atención médica (centralizado), coordinando acciones en el sistema estadístico, en el financiamiento, la prestación de servicios y la regulación sanitaria, repercutiendo favorablemente en la manera de organizar cada una de estas funciones; también influye en la investigación del área médica y farmacéutica, todo esto bajo los principios de gratuidad y con un enfoque profiláctico.

Por su parte, en EE.UU la función rectora se encuentra fragmentada en los niveles federal y estatal; con injerencia en la normatividad y asesoría, establece el vínculo con otros sectores y una fuerte acción dentro de la regulación a través de la FDA; sin embargo, no existe la coordinación en las funciones de financiamiento y la prestación de servicios de salud, las cuales se rigen bajo los principios de bienes de consumo, afectando a la población con mayores necesidades en salud.

En el interior de estos países existe una estrecha relación en las funciones de financiamiento, prestación de servicios y la función de rectoría; en EE.UU el mayor financiamiento es privado, la cobertura y calidad en los servicios de salud dependen del poder de pago del usuario, orientado principalmente a la curación.

Cuba por su parte tiene un Fondo Único, se desconoce la manera en que el Gobierno lo recauda, no obstante ofrece una cobertura universal gratuita a la población basada en el modelo de APS, lo que permite realizar acciones profilácticas y el ahorro de recursos económicos; además dispone de una alta proporción de médicos por habitante para satisfacer sus necesidades y la solidaridad con otros países.

EE.UU invierte 17.7% de su PIB en salud mientras que Cuba 11.8%. En Cuba 95.8% de este gasto es público y en EE.UU sólo 47.3%; ello implica que el gasto en salud para la población de Cuba sea anticipado, evitando el gasto de bolsillo al momento de demandar consulta; además es equitativo y no genera una relación entre la contribución familiar y los servicios recibidos.

En cambio en EE.UU el gasto en salud refleja que existe un manejo ineficiente de los recursos económicos, pues realiza una gran inversión en salud, pero sus indicadores de salud son muy cercanos a los de Cuba, quien tiene una menor inversión; una explicación sería que sus servicios de salud están basados en el modelo de APS.

Un indicador de importancia para este análisis es la TMM: Cuba tiene una TMM muy alta comparada con EE.UU, esto a pesar de que en ambos países existe una cobertura total para la atención de partos por parte de personal capacitado, además en Cuba existe una densidad de médicos por habitantes muy alta. La TMM tiene un origen multicausal donde factores como educación, cultura, acceso, entre otros, juegan un papel primordial, pero no son abordados en este artículo.

Ambos países tienen daños a la salud muy semejantes, caracterizados por enfermedades crónicas y accidentes, pero la respuesta a través de sus sistemas de salud son muy diferentes. Parte de la eficiencia que tiene Cuba se debe a que su sistema de salud responde a esas necesidades mediante un modelo asentado en APS, estrategia ideal para responder a los desafíos epidemiológicos actuales y futuros, además permite consolidar y mantener los logros alcanzados; mientras que EE.UU responde a través de un modelo de atención apoyado en el sector privado dirigido a la curación, evidenciando ser muy ineficiente, pero significando ganancias millonarias para los proveedores.

El sistema de salud de Cuba es público, este país no participó en la política neoliberal aun cuando el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional la promovieron, teniendo como discurso que un sistema de salud público era ineficiente y corrupto, contrario a lo que se demuestra en este artículo. El desempeño del sistema de salud está determinado por el contexto general del país, jugando un papel importante el contexto político y la organización de las funciones del sistema de salud.

Los diferentes indicadores comparados a lo largo del documento dan cuenta de las posibles diferencias entre los países; sin embargo, no permiten profundizar más allá de las posibles implicaciones que estas diferencias pueden significar, dado que en su mayoría se trata de indicadores generales (macro), lo cual no permite referirnos a cuestiones importantes como la calidad de la atención, el acceso a los servicios[6] o la disponibilidad real de la infraestructura en el caso de las camas por habitante.

Al considerar las principales diferencias entre ambos sistemas en términos del gasto salud, vemos que éstas se reflejan principalmente en la ineficiencia en términos de los recursos económicos observada en Estados Unidos respecto a Cuba; que el desempeño del sistema de salud está determinado por el contexto general del país, jugando un papel importante la manera en la cual se organizan las funciones del sistema de salud, destacando dentro de éste la función de rectoría como la función que permite articular y alinear las demás funciones de los sistema de salud.

En países ricos y pobres las necesidades siempre serán infinitas y los recursos finitos, por lo que en el contexto de globalización es necesario que el análisis comparativo de sistemas de salud debe permitirnos extraer y adaptar aquellas estrategias que han demostrado eficiencia, eficacia y equidad, para alcanzar el objetivo de todo sistema de salud: la salud de su población.

Referencias bibliográficas

1. Rose R. Lesson-drawing in public policy: A guide to learning across time and space [Internet]. Cambridge Univ Press; 1993 [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en: http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=6241328
2. World Health Organization (WHO). Why Do Health Systems Matter? World Heal. Rep. 2000; 3-22.
3. De Savigny D, Adam T. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud [Internet]. World Health Organization (WHO); 2010 [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en : http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6DJ_mIRL41EC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Aplicaci%C3%B3n+del+pensamiento+sist%C3%A9mico+al+fortalecimiento+de+los+sistemas+de+salud&ots=6UW10ZAqA1&sig=GvNssiemLvEsWtTSrTsd45ZmCcQ
4. World Health Organization (WHO). Sistemas de salud [Internet]. WHO. [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_systems/es/
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud; 2000.
6. Roemer MI. National health systems of the world: the issues [Internet]. Oxford University Press on Demand; 1991 [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en : http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HMa8ZP5SRUEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=National+health+systems+of+the+world.+Volume+I+The+countries&ots=Oy5ESn_vjG&sig=WSzEVRWSpXCSAa0R9dw_Z5O4y6M

7. Yepes FJ. Análisis comparativo de los sistemas de salud: algunos aspectos metodológicos; Comparative analysis of health systems: Methodological aspects. Salud Pública Mex. 1991; 33(4): 392-5.
8. McPake B, Mills A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? Bull. World Health Organ. 2000; 78(6): 811-820.
9. Watkins K. Programa para las Naciones Unidas. Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008 [Internet]. New York: Mundi Prensa Libros S.A.; 2008.
10. Commager HS. Documents of American history [Internet]. Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ; 1973 [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en : http://www.getcited.org/pub/101409490
11. Constituyente Cuba Convención. Constitución de la República de Cuba. Rambla y Bouza; 1901.
12. One Hundred Eleventh Congress of the United States of America. The Patient Protection and Affordable Care Act. 2009 Dec 31.
13. Central Intelligence Agency (CIA). CIA World Factbook. Retrieved 2012-05-27; 2011.
14. Banco Mundial. Indicadores en línea: http://datos.bancomundial.org/indicador. 2013.
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en Las Américas. 2007 Washington. Cuba. Dc Ops. 2007: 224-249.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en Las Américas 2007. 2007 Washington. Estados Unidos. Dc Ops. 2007: 252-278.
17. Domínguez-Alonso E y Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Pública Mex [Internet]. 2011 [Consultado 2013 Jun 20]; 53 (supl 2). Disponible en : http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf.
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, DC: OPS; 2007: 82.
19. Arnold M Osorio F. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Cinta Moebio. 1998; 3: 20.
20. Domínguez E, Zacca E. Sistema de Salud de Cuba. Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. 2011; suplemento 2, volumen 53.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud Ginebra; 2010.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo: ¿Quién costea los sistemas de salud? Organización Mundial de la Salud; 2000.
23. World Health Organization (WHO). Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. World Health Organization; 2009 [cited 2013 Jun 20]. Available from: http://books.google.es/