

Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina

CARLOS EDUARDO CASTRO HOYOS*

Introducción

Se trata de efectuar una presentación de los modelos, los procesos y los resultados de cinco países que se han destacado por sus esfuerzos en mejorar las condiciones de salud de su población, particularmente en los últimos diez años, con muy diferentes niveles de logro y de impacto.

Colombia, Brasil, México, Chile y Costa Rica, comparten orígenes y luchas históricas para su independencia como colonias europeas, pero más allá de su cultura, tan relacionada como heterogénea, estos países de América Latina fueron incluidos en el estudio por razones más asociadas a su tradición y pensamiento aplicado al terreno de la salud pública.

Cada tema parte de información secundaria actualizada, a veces de un párrafo seleccionado por su pertinencia, disponible en la red de redes (internet), producto de sendos procesos de seguimiento de indicadores por parte de observatorios, entidades públicas y privadas y grupos de estudio que regularmente nos muestran las realidades latinoamericanas. No existen problemas identificados de tipo propiedad intelectual en los documentos y apartes citados.

Luego, sin mayores pretensiones, se ha tratado de describir los datos de cada país en función de las diferencias o similitudes con los demás, mostrando así una perspectiva particular de la salud pública mediante breves comentarios.

Contexto: los modelos de salud

Alrededor de 20 países latinoamericanos han emprendido procesos tendientes a reformar su modelo de salud en los últimos años. A continuación se presenta de manera resumida el panorama que sobre cada uno de los países seleccionados en este trabajo, han preparado sendos grupos de investigadores para el denominado Atlas de los Sistemas de Salud de Salud de América Latina, publicado recientemente por el Instituto Nacional de Salud Pública de México como un número especial de la Revista de Salud Pública de México. (Vol. 53, suplemento 2 de 2011).

Los autores de los análisis incluidos en los diferentes apartes de este documento para cada país seleccionado son:

- **Brasil:** Víctor Becerril Montekio, Lic en Ec, M en Soc; Guadalupe Medina, MC, MSP, Dr en SP; Rosana Aquino, MC, MSP, Dr en SP.
- **Chile:** Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc; Juan de Dios Reyes, MC, MSP; Annick Manuel, MC, MSP.
- **Colombia:** Ramiro Guerrero, M en C; Ana Isabel Gallego, BS; Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc; Johanna Vásquez, M Sc.
- **Costa Rica:** María del Rocío Sáenz, MC; Mónica Acosta, Lic en CP; Jorine Muiser, MC en SS; Juan Luis Bermúdez, Lic en RI.
- **México:** Octavio Gómez Dantés, MC, MSP; Sergio Sesma, Lic en Ec, M en Ec; Victor M. Becerril, Lic en Ec, M en Soc; Felicia M. Knaul, PhD; Héctor Arreola, Lic en Ec, M en Ec; Julio Frenk, MC, PhD.

Pueden apreciarse las diferencias y similitudes de países como Brasil, México y

Costa Rica, o entre Colombia y Chile. Ninguna de las características particulares de los correspondientes sistemas pueden explicar per se las diferencias en logros o en calidad de los servicios. Sería necesario buscar otras razones más asociadas a comportamientos intrínsecos de los actores de cada sistema de salud, así como a sus relaciones con los agentes estatales responsables de orientar y controlar su funcionamiento de acuerdo con el modelo macroeconómico vigente en cada nación.

Brasil

El Sistema Único de Salud (SUS), de carácter público, cubre al 75% de la población. Se financia con impuestos generales y contribuciones que se recaudan en los diferentes niveles de organización gubernamental. Funciona descentralizadamente con establecimientos de salud propios y contratados con el sector privado, que funciona mediante esquema de aseguramiento llamado Salud Complementaria, que se financia con dineros de empresas y de familias. Este cuenta con modalidades como la medicina de grupo, las cooperativas médicas, Planes Autoadministrados, y los planes de seguros de salud individuales que, en ocasiones. La población de altos ingresos también recurre al SUS, pagando de su bolsillo, para cubrir sus necesidades en problemas de alto costo.

Chile

El sistema público de salud chileno, que cubre al 70% de la población, se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores

ingresos que eligen sumarse a él. Se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos a través del FONASA.

Aunque utiliza su propia red de 29 Servicios de Salud Regionales y el Sistema Municipal de Atención Primaria, también contrata con el sector privado, que a su vez se financia con contribuciones obligatorias mediante las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), cubriendo un poco más del 17% de la población de mayores ingresos. Por otro lado, los accidentes laborales y enfermedades profesionales son atendidos por mutuales para el 15% de la población. Un 10% de la población está cubierta por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse directamente al FONASA o alguna ISAPRE.

Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuenta con dos regímenes, el contributivo (RC) y el subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS incluye a todas las personas sin capacidad de pago. La cobertura combinada de los dos regímenes se estima por encima del 90% de la población. También existen Regímenes Especiales (RE) que cubren a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.

El RC se financia mediante cotizaciones de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria, mediada por las denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas, que ofrecen planes de servicios como el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS transfieren los fondos recaudados por

concepto de cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual paga a las EPS el valor equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tenga cada una de ellas. Tanto la UPC como el POS son establecidos por el gobierno.

Los proveedores de atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), públicas o privadas, algunas pertenecientes a las EPS, pero en todo caso son contratadas por éstas. El sector privado ofrece seguros privados a la población de mayores recursos, que también suele acudir a la consulta privada. Parte de la población de medianos ingresos, acude a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo, generalmente debido a deficiencias del sistema".

Costa Rica

En Costa Rica, el sistema de salud atiende además los problemas relacionados con el agua y el saneamiento ambiental. Los servicios de salud públicos corresponden a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. Administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. Se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones y, mediante compromisos de gestión, contrata a las entidades privadas para ampliar su capacidad. El sector privado en salud también se financia con pagos de bolsillo y con primas de seguros privados. De otro lado, el Instituto Nacional de Seguros atiende tanto al sector público como al privado, cubriendo los riesgos laborales y de tránsito, así como los servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación relacionados. El Ministerio de Salud (MS), cuenta con una dirección

de salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, para realizar la vigilancia y control epidemiológicos.

México

El sistema de salud de México diferencia claramente dos sectores: el sector público, que comprende la seguridad social que cubre a los trabajadores del sector formal de la economía a través de entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, y las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social, como el Seguro

SEMAR es financiado por el gobierno mismo) y contribuciones de los empleados. La Secretaría de Salud y los SESA se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales, además de las cuotas de recuperación, que en pequeñas cantidades pagan los usuarios al recibir la atención. El gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares financian al SPS, al igual que compra servicios para los afiliados a la Secretaría de Salud y a los SESA.

El sector privado se financia con venta de servicios y con las primas de los seguros médicos privados, ofrecidos en consultorios, clínicas y hospitales privados. (ASSAL)

Generalidades de los países

Tabla 1. Variables de caracterización

VARIABLE	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	MEXICO
Población total	193,734,000	16,970,000	45,660,000	4,579,000	109,610,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en US \$ internacionales)	10.080	13.250	8.430	10.960	14.340
Gasto total en salud por habitante (US \$ int. 2009)	943	1.172	569	1.165	846
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2009)	9.0	8.2	6.4	10.5	6.5
Paridad Poder Adquisitivo PPP en US \$ int. 2009) BM	2.169.180	257.461	434.788	50.758	1.652.168
Esperanza de vida al nacer h/m (años)	70/77	76/82	73/80	77/81	73/78
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos)	21	9	19	11	17
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes)	205/102	116/59	166/80	115/69	157/88

(Elaboración del autor con datos de la Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010.)

Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O); y el sector privado, que atiende a la población con capacidad de pago. Se estima que México se encuentra cerca del 90 % de cobertura entre los dos sectores.

El financiamiento de la seguridad social tiene tres componentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y

Estos datos, con excepción de la población total, que nos sirve para visualizar el tamaño de los países, son contrastables. Colombia muestra el Ingreso Nacional bruto per Cápita, así como el gasto en salud por habitante y como porcentaje del PIB, más bajo de todos. Es uno de los dos países con mayor probabilidad de morir antes de los cinco y entre los 15 y los 60 años, sólo superada por Brasil y por México en el caso de las mujeres entre 15 y 60 años. Sin embargo, por razones seguramente asocia-

das a diferencias en el juego de sus factores de riesgo y de protección, logra superar a Brasil y prácticamente a igualar a México en esperanza de vida al nacer.

Respecto al ingreso nacional es necesario aclarar que se encuentran diferencias hasta de 3 mil dólares en cada país, según la fuente consultada. El gasto en salud, del mismo modo, varía según la forma de calcularlo, así que las consideraciones hechas aquí se basan en valores aproximados. De manera general, es posible señalar que el gasto total en salud por habitante se comporta de manera inversa con la probabilidad de morir antes de alcanzar los 5 años de edad: a mayor gasto, menor probabilidad.

Para concluir ésta sección comparada de variables generales de caracterización, vale la pena mirar hacia adelante en la evolución demográfica de América Latina. Es incuestionable el cambio radical de los indicadores demográficos de nuestros países han mejorado significativamente dentro del contexto de los países en vías de desarrollo del mundo. La reducción de la fecundidad se ha visto como una gran oportunidad de avance económico y logro de mejores condiciones de vida, con más población productiva, mejor salud sexual y reproductiva, más educación y empleo para la mujer, secularmente discriminada, entre otras ventajas.

Según datos de la CEPAL, en 1960 la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en la región era de 6 hijos promedio por mujer, mientras que en 2015 será de 2,1. Los cinco países de éste documento muestran cifras similares. La población menor de 15 años en 1985 era del 38,2% mientras que en 2010 fue de 28,8%.

Sin embargo, éste panorama demográfico muestra un lado oscuro. El 9% de la población se considera de adultos mayores. El envejecimiento de la región es un fenómeno cada vez preocupante. Chile tiene el mayor aumento de población envejeciendo, frente a los otros cuatro países del estudio, que muestran un envejecimiento menos pronunciado.

Y ésta población cada vez mayor no está siendo respaldada como se requiere por medidas económicas y sociales que le garanticen un disfrute adecuado de sus derechos, poniéndola en situación de alta vulnerabilidad, y convirtiéndola en una carga fiscal que difícilmente podrá ser atendida por los sistemas de seguridad social.

Estado nutricional de población menor de 5 años

Tabla 2. Variables de condiciones nutricionales por país

VARIABLE	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	MEXICO
Incidencia de desnutrición crónica infantil (%)	11	2	13	7	18
Disponibilidad alimentaria (Kilocalorías/persona/día)	3.090	2.980	2.670	2.790	3.300
Gasto familiar en alimentos (%)	20,8	22,5	28	30,6	34
Baja talla para la edad en menores de 5 años (%) (Desnutr. Crónica)	10,5	1,5	13,5	6,1	17,7
Anemia en menores de 5 años (%)	31,4	1,5	33,2	26	23,7
Cobertura del programa de alimentos escolares (%)	90,6	35,2	41,4	68,2	29,7

(Elaboración del autor con datos de Martínez, Rodrigo; Palma, Amalia; Atalah, Eduardo; Pinheiro, Anna Christina. Inseguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. CEPAL-PMA. Santiago de Chile, 2009.)

Aquí se aprecia cómo Chile presenta, en términos generales, mejores indicadores que los demás países. Ello le permite tener bajas coberturas en los programas de alimentos escolares, que suelen ser mecanismos remediales producto del asistencialismo de los gobiernos en las poblaciones con problemas evidentes de desnutrición e inseguridad alimentaria. De cualquier manera, la información consignada en el cuadro no muestra patrones identificables y explicables en todos los casos. El país con mayor tasa de desnutrición también tiene el mayor consumo de calorías, lo que se explicaría tal vez revisando su grado de inequidad. Colombia es el país con menor disponibilidad alimentaria y mayor porcentaje de anemia en menores de cinco años lo que podría hacerlo más vulnerable que México en éste tema; sin embargo, sus programas de alimentos escolares no se compadecen con esa condición de riesgo de la población infantil.

Perfil de salud y calidad de los servicios

Colombia parece tratar de alcanzar los pésimos indicadores de mortalidad del Brasil. Lo logra cuando se trata de problemas particulares como los de malaria y tuberculosis, y lo iguala en mortalidad neonatal, en parte como subproducto de la baja cobertura en vacunación antitetáni-

ca. Chile y Costa Rica son las estrellas de oro en este grupo de indicadores. Su desempeño es casi impecable.

Vacunación

Los datos observados de vacunación muestran que Colombia y Costa Rica tienen, en términos generales, coberturas de vacunación inferiores a los demás países, lo cual, con excepción de México que no reporta casos en ninguno de los problemas seleccionados, no necesariamente implica mayor incidencia de las enfermedades relacionadas, como sucede con Brasil, el cual pese a las altas coberturas de inmunización, sigue presentando casos en muchas de las patologías relacionadas. Algunos estudios han justificado las bajas coberturas de vacunación de Costa Rica, que a su vez presenta pocos casos reportados de población afectada con patologías inmunoprevenibles, en dos razones: la primera, epidemiológica, al haber alcanzado coberturas efectivas para proteger su población interrumpiendo las cadenas de contagio, y la segunda, de gestión de servicios de salud, pues la atención de la población, tanto en procedimientos como en programas, se hace con personal de salud debidamente calificado, en instituciones con las facilidades del caso.

Tabla 3. Variables de situación de salud por país

VARIABLE	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	MEXICO
Mortalidad por enfermedades no transmisibles X 100.000	625	458	483	439	501
Mortalidad por enfermedades transmisibles X 100.000	139	46	87	39	73
Mortalidad por Malaria X 100.000	0,2	0	1,0	0,1	0,1
Mortalidad por TBC en pacientes VIH negativos X 100.000	3,8	0,8	4,6	0,7	1,4
Neonatos protegidos al nacer frente a Tétanos Neonatal (%)	92	100	78	100	87
Neonatos con insuficiencia ponderal al nacer (%)	8	6	6	7	8
Tasa de mortalidad neonatal (Unicef) (-28 días) X 1.000 NV	12	5	12	6	7

(Fuente: Elaboración del autor con datos de la Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010.)

Tabla 4. Coberturas de vacunación por país

Porcentaje de población objetivo vacunada según antígeno 2010	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	MEXICO
BCG (Tuberculosis)	99	96	84	77	98
DTP1 (1ª. Difteria Tétanos Pertusis)	97	93	81	83	96
DTP3 (3ª. Difteria Tétanos Pertusis)	96	92	88	88	95
Hepatitis B Recién Nacidos	-	-	74	86	84
Hepatitis B3 (3ª. Dosis)	94	92	88	89	93
Hemófilos Influenza b3	96	92	88	90	95
Antisarampión1 (1ª. Dosis)	98	93	89	83	95
Antisarampión2 (2ª. Dosis)	53	84	73	79	91
Conjugado Neumococo1 (1ª. Dosis)	-	-	99	-	97
Conjugado Neumococo3 (3ª. Dosis)	-	-	71	94	92
Polio 3 (3ª. Dosis)	97	92	88	93	95
Rotavirus1 (1ª. Dosis)	93	-	76	-	96
Rotavirus_Final	81	-	74	-	90
Rubeloa1 (1ª. Dosis)	98	93	89	83	95
TT2 y más (Toxoide Tétanos)	31	-	84	-	-
Número de Casos Reportados 2010					
Difteria	32	0	0	0	0
Meningitis por Hemófilos	146	0	2	1	0
Sarampión	68	0	0	0	0
Paperas	0	891	10.376	17	0
Pertusis (Tosferina)	477	794	344	71	0
Polio	0	0	0	0	0
Rubeola	0	0	0	0	0
Tétanos (neonatal)	6	0	2	0	0
Tétanos (total)	308	9	71	0	0
Fiebre Amarilla	2	0	0	0	0

(Fuente: Elaboración del autor con datos de la Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010.)

Coberturas poblacionales

Tabla 5. Sistemas de salud en las Américas: cobertura poblacional según subsistema, 2001-2006

País	Año	Fuente	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Brasil	2003-2006	Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), Ministerio de Salud, Brasil, Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2006.	Público	80,4%: cobertura exclusiva por el Sistema Único de Salud (SUS) (cobertura de atención básica 98%; cobertura del Programa de Salud de la Familia 68,4%).
			Privado	19,6%: Atención Médica Suplementaria (planes colectivos de empresas privadas 14,4% y planes individuales y familiares 5,2%); 3,8% Atención Odontológica Suplementaria. Los beneficiarios de los seguros privados mantienen el derecho integral de cobertura por el SUS.

Chile	2003	NN	Público	100%: prestaciones garantizadas por el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (provisión pública o privada).
			Seguridad Social	68,3%: Fondo Nacional de Salud (FONASA) (cobertura legal).
			Privado	17,6%: Instituciones de salud previsual (ISAPRE).
			Otros	3%: Fuerzas Armadas.
			Sin Cobertura	12,8%: sin cobertura conocida de seguro público o seguro médico privado (suelen estar cubiertos por otros mecanismos privados)
Colombia	2004	Cardona JF, Hernández A, Yepes, F. La seguridad social en Colombia. Rev Gerenc Polit Salud. 2005; 4(9)81-99.	Público	29%: "vinculados" (población no afiliada a un régimen de la seguridad social con acceso a la oferta de planes de servicios y beneficios limitados con recursos de la Nación, las gobernaciones y los municipios); cobertura teórica por el Plan de Atención Básica (salud pública colectiva).
			Seguridad Social	67,1% (32,8%, régimen contributivo; 34,3%, aseguradoras privadas: empresas promotoras de salud [EPS], régimen subsidiado y parcialmente subsidiado; aseguradoras públicas: administradoras del régimen subsidiado [ARS]). (Los regímenes de seguridad social contributivo y subsidiado, y los diversos planes parcialmente subsidiados tienen diferentes programas de servicios y beneficios.)
			Otros	3,9%: regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Policía, trabajadores petroleros, educadores).
Costa Rica	2003	Mesa-Lago C. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Reformas de los esquemas de la seguridad social: e Informe sobre la seguridad social en América, 2004.	Público	100%: salud pública colectiva.
			Seguridad Social	86,8%: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (75% trabajadores, pensionados y familiares dependientes; 11,8% indigentes por cuenta del Estado).
			Otros	El Seguro de Riesgos del Trabajo cubre 71% de la PEA.
			Privado	30% de los habitantes (afiliados o no a la CCSS) utilizan al menos una vez al año servicios privados directamente o a través de la delegación de la CCSS.
			Cobertura Parcial	12,1% a 14,7%: cobertura de atención de urgencias por el Seguro Obligatorio Automotor (SOA).
México	2002-2006	Sitio web de la Secretaría de Salud de México: http://www.salud.gob.mx/ . Mesa-Lago, C. Op. cit. Frenk J, et al. Health system reform in Mexico 1: Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet 2006; 368:1524-1534.	Público	Público 41,8%: oferta de la Secretaría Federal y Secretarías Estatales de Salud (cobertura teórica, corresponde a la población no asegurada, trabajadores informales, población rural y desempleados). 14,8%: seguro popular (estimado a partir de 5,1 millones de familias afiliadas, a noviembre de 2006).

(Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas 2007.)

El cuadro anterior muestra cifras de 2006, que no han variado sustantivamente a la fecha, sobre coberturas de los distintos componentes de cada sistema de salud en los cinco países seleccionados. El problema

fundamental para analizar tales coberturas, todas ellas muy altas aunque con diferencias importantes entre aseguramiento público y aseguramiento privado, es que la afiliación de la población a los regímenes derivados de cada modelo,

calificada como cobertura, no necesariamente refleja el acceso efectivo a los servicios, la atención integral, y mucho menos el goce real del derecho a la salud.

De hecho, cualquier sistema de salud considera como meta la cobertura universal. Pero el acceso efectivo a los servicios siempre estará condicionado por múltiples factores económicos, administrativos, organizativos, políticos, culturales, de infraestructura, tecnología, calidad y disponibilidad de personal prestador de servicios. Estas restricciones en el acceso a los servicios suelen estar estrechamente relacionadas con deficiencias en la equidad, siendo los grupos vulnerables los más afectados.

A renglón seguido se presentan cuadros de la Organización Mundial de la Salud que muestran otros indicadores de salud de estos países a la manera de perfiles: Uso de anticonceptivos, atención prenatal, disponibilidad de recursos de saneamiento ambiental, personal clave para la atención en salud, entre otros, comparados con promedios regionales.

La utilización de los servicios de salud seleccionados por la OMS (Organización Mundial de la Salud - WHO) en Brasil, en general, es superior al promedio regional. El personal médico está por debajo del promedio regional y los factores de riesgo son inferiores al promedio latinoamericano. Los factores de protección ambiental, como el agua y las facilidades sanitarias, o se mantienen estables o mejoran en el tiempo.

El comportamiento de la utilización de los servicios en Chile es similar al de Brasil. Sin embargo, la disponibilidad de personal de enfermería es excesivamente baja, frente al promedio de la región. Los factores de riesgo están por encima del promedio, pero los factores de protección siempre han mostrado mejoras en el tiempo, especialmente para el sector rural.

Gráfico 1. Perfil WHO (World Health Organization) de salud del Brasil

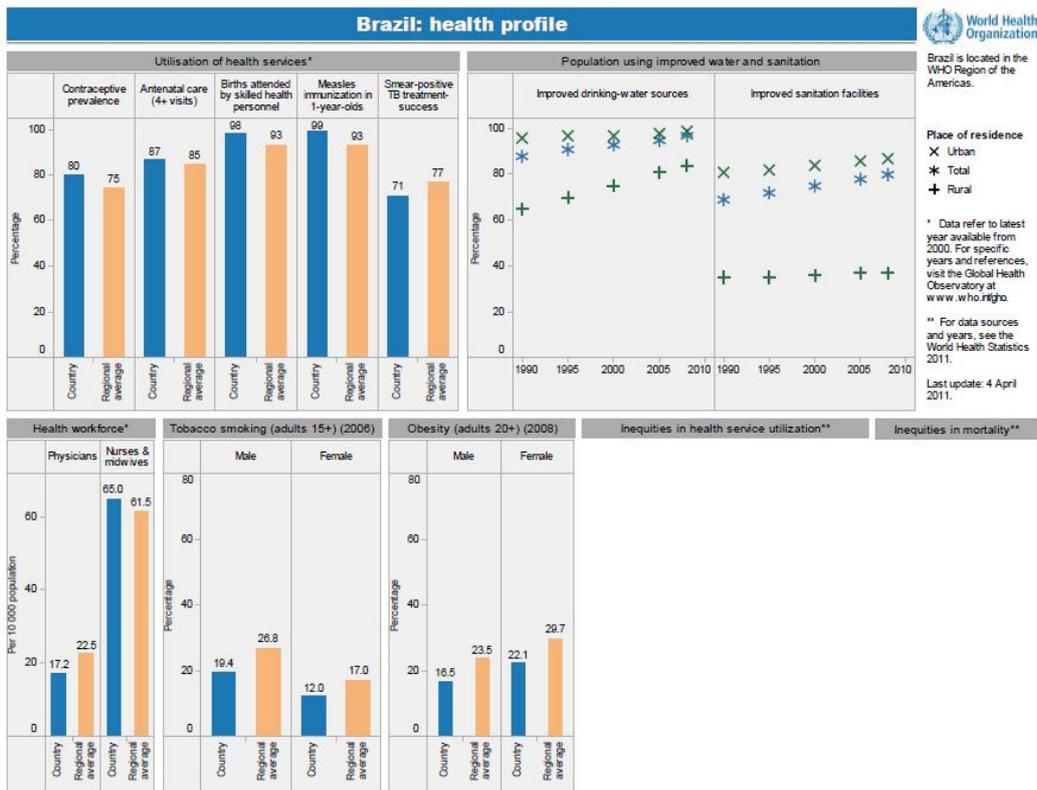


Gráfico 2. Perfil WHO (World Health Organization) de salud de Chile

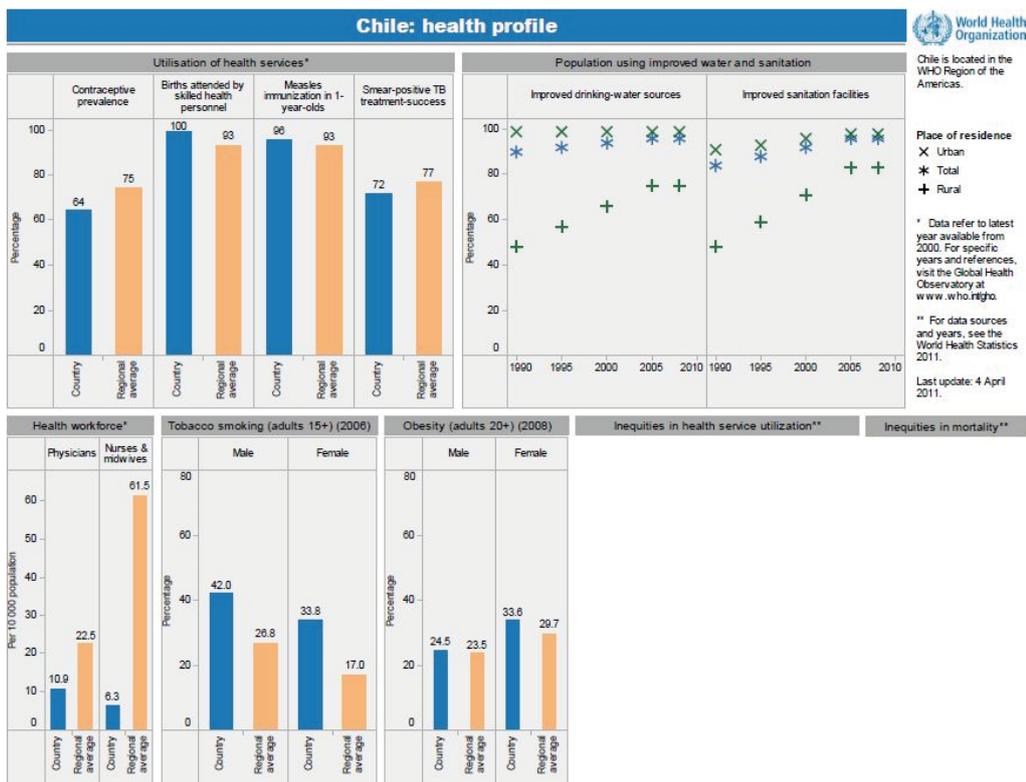
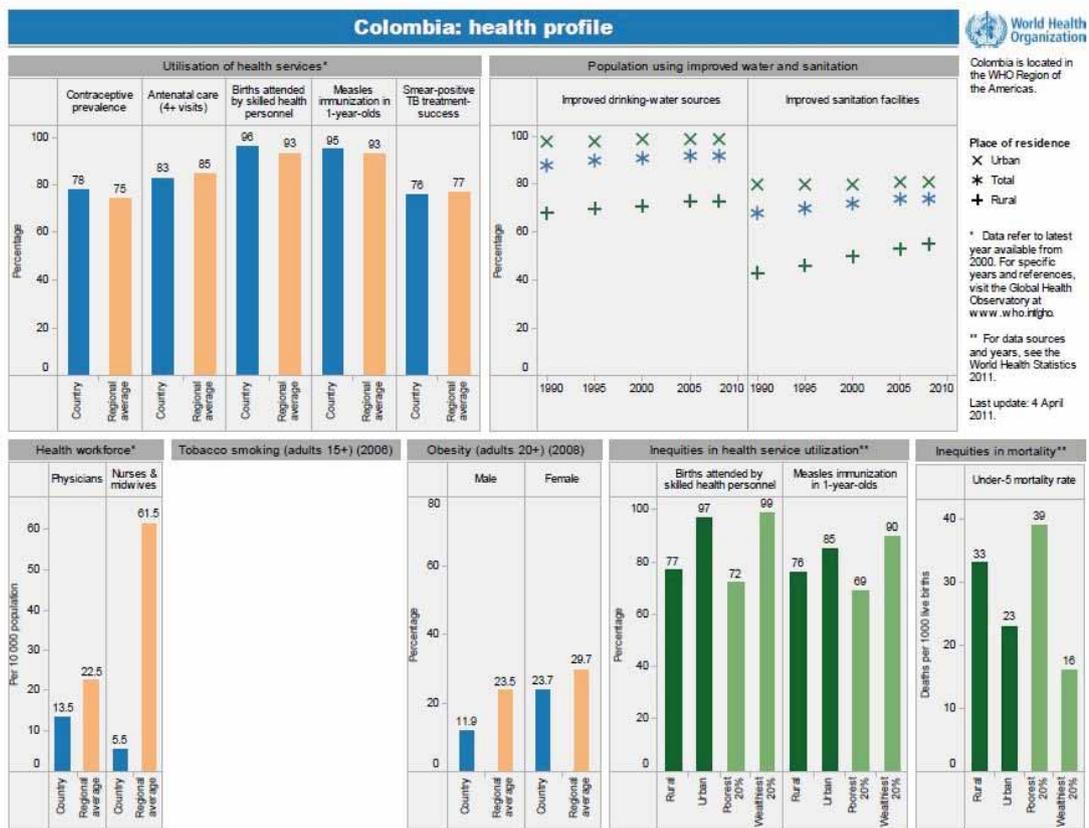


Gráfico 3. Perfil WHO (World Health Organization) de salud de Colombia



Colombia

En el Gráfico 3 Colombia muestra estar muy cerca a los promedios regionales en utilización de servicios. El personal médico y de enfermería está muy por debajo del promedio, Los factores de riesgo no alcanzan los niveles de la región y la mejora en factores de protección ambientales es muy discreta en el tiempo. A diferencia de los demás perfiles, Colombia incluye datos sobre inequidades en la prestación de servicios y en mortalidad, que no se comparan regional pero sí internamente con diferencias entre la población urbana y rural entre el 10 y el 20%, según el caso, y entre ricos y pobres con mayores diferencias.

Así Vamos en Salud (AVS), un programa conjunto entre fundaciones y universidades, ofrece información procesada a la manera de un observatorio consultable en internet, que hace seguimiento a los efectos de las ejecutorias gubernamentales en Colombia.

En los graficos 4 y 5 se puede apreciar el cambio de perfiles de mortalidad en Colombia ocurrido entre el 2000 y el 2006. Se aprecia el incremento de las enfermedades isquémicas del corazón y de las crónicas respiratorias.

Gráfico 4. Mortalidad en Colombia 2000



Gráfico 5. Mortalidad en Colombia 2006



El gráfico 6 muestra la evolución desde el 2006 hasta la fecha de variables relacionadas con la calidad de los servicios de salud. En primer lugar, se aprecia la oportunidad de la asignación de las citas de medicina general, puerta de entrada a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

y a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Al parecer, pese a mejoría en el 2008, se regresa a situaciones de un lustro atrás, cuando los colombianos debían esperar entre 3 y 4 días para ser atendidos por el médico general.

Gráfico 6. Oportunidad en citas de medicina general

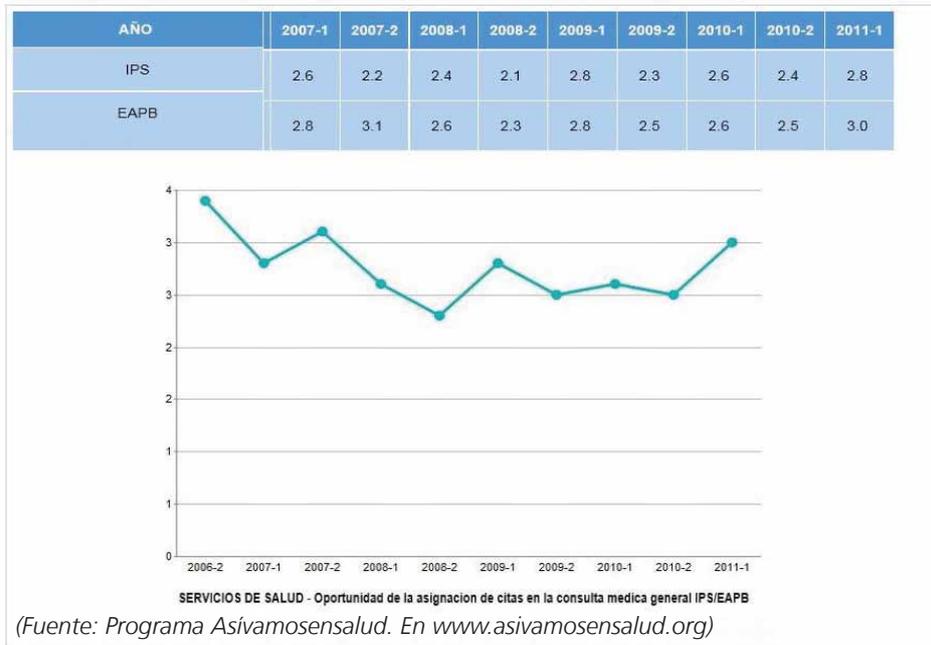


Gráfico 7. Oportunidad en entrega de medicamentos POS



En el gráfico 7 se puede ver la mejoría porcentual en la entrega de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al régimen contributivo (empleados formales) del Sistema General de seguridad Social en Salud.

Pese a tan optimista situación, como luego se indica en las consideraciones sobre el

gasto en salud, uno de los componentes importantes de éste es el gasto de bolsillo, afectado por la adquisición de medicamentos, cuyos precios en Colombia son particularmente elevados, lo que a su vez afecta a la población de menores recursos, que en general pertenecen al régimen subsidiado, son vinculados o no cuentan con protección en el sistema de salud.

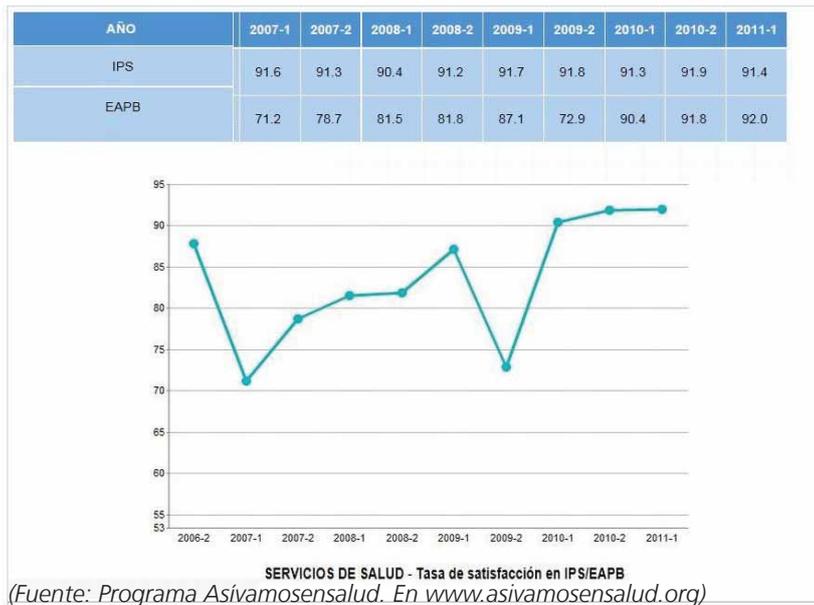
Gráfico 8. Infecciones intrahospitalarias



Aquí, AVS presenta la evolución de la tasa de infección intrahospitalaria, importante indicador de calidad de la atención en ese

ámbito. Realmente, aunque se observa cierta mejoría, el resultado es muy modesto.

Gráfico 9. Satisfacción de usuarios en IPS/EAPB



La tasa de satisfacción de usuarios en IPS/EAPB es actualmente superior al 90%. Comprende la percepción de los usuarios ante muy diversos componentes de la atención, como el tiempo de espera en los servicios, las condiciones de infraestructura y la amabilidad del personal prestador de servicios, así como la resolución misma de su problema de salud, una vez se interactúa con el sistema de atención. Son apreciaciones subjetivas de los usuarios, captadas mediante encuestas durante los procesos de atención.

Costa Rica

Como puede verse, Costa Rica se caracteriza por muy buenos servicios de salud, prestados por un número de médicos y enfermeras muy por debajo de la cantidad promedio en Latinoamérica. Los factores ambientales de protección tienen alto nivel de cobertura rural y urbana y los factores de riesgo mostrados están por debajo del promedio regional.

Gráfico 10. Perfil WHO (World Health Organization) de salud de Costa Rica

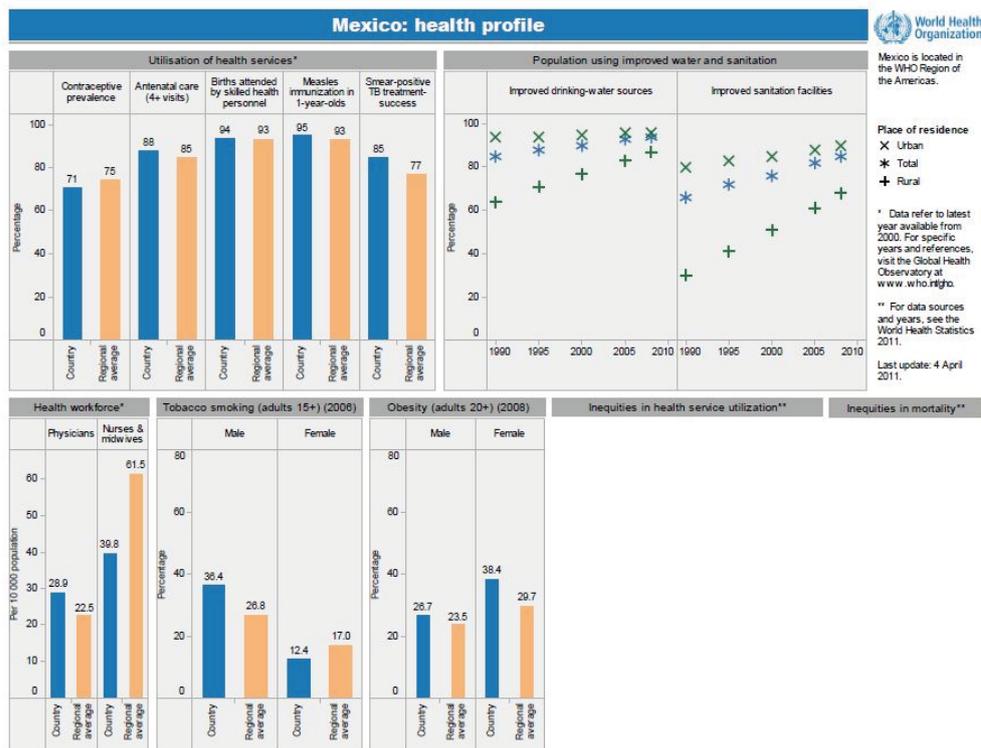


México

En México, la utilización de servicios de salud es comparable en indicadores con el promedio regional. El personal médico está por encima del promedio regional, aunque no así el personal de enfermería. Los factores de riesgo (tabaquismo y obesidad) son

bastante altos, mientras que los factores de protección ambiental vienen mejorando, con diferencias entre zonas rurales y urbanas, sin alcanzar aún resultados satisfactorios.

Gráfico 11. Perfil WHO (World Health Organization) de salud de México



Principales Logros

El Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina (Rev Sal Pub Mex. Vol 53, suplemento 2 de 2011), presenta también una compilación de logros de los sistemas de salud de los cinco países revisados aquí, entre todos los demás que conforman Latinoamérica, particularmente los relacionados con las reformas y la atención primaria, que bien merece ser consignada en éste documento (Los textos extractados son puestos en cursiva).

Brasil

“La atención básica o primaria de salud constituye uno de los servicios esenciales más requeridos por los ciudadanos y es, muy probablemente en opinión de los expertos consultados, una materia que tradicionalmente ha sido vista en enfoques descentralizados, a lo menos, desde el punto de vista de “la localidad”, la cual ejerce una influencia significativa en la

provisión eficaz del servicio. Incluso antes de la Constitución de 1988, existían prácticas de atención médica primaria que privilegiaban la localidad y ciertamente la responsabilidad estadual en las prestaciones sanitarias de prevención, atención directa y derivación a niveles más especializados”.

Los estados y municipios brasileros realizaron acciones conjuntas, aunque descentradas, para cumplir con los lineamientos médico-sanitarios derivados de lo anterior, así como con las prestaciones directas, tales como la compra de servicios privados.

El Sistema Unificado y Descentralizado de Salud, así como la creación del Sistema Único de Salud se logran entre 1986 y 1988, dándole importantes facultades y responsabilidades a los estados y municipios. Ello, a pesar de que el contexto internacional promueve tesis contrarias a sistemas de salud con énfasis público, universal y gratuito.

La Constitución de 1988 señaló la descentralización como el eje estratégico del sistema sanitario, junto con los principios de universalidad, equidad e integralidad en la prestación de servicios de salud, con un adecuado control social participativo.

El SUS fue reglamentado a partir de 1990, dejando al nivel federal la formulación de políticas y de normas, así como la evaluación de las directrices. En ello participan los estados, haciendo control de gestión en sus jurisdicciones. Igualmente deben impulsar la descentralización o municipalización de los servicios de atención básica.

Cada nivel de Gobierno define Consejos de Salud, reuniendo agentes gubernamentales con prestadores de servicios, profesionales y usuarios. Hay subsidios federales y de pago de servicios según criterios de población, perfiles epidemiológicos, características de las redes de servicios y desempeños anteriores.

En 1993, al cambiar la legislación, se fortaleció la descentralización de la atención primaria. Los gobiernos estatales asumieron su papel de dirección y control de los servicios de salud, haciendo delegaciones generales y parciales a los municipios. A finales de los 90, pese a diferencias particulares en coberturas, responsabilidad y calidad, los municipios tenían gran protagonismo en el sector. Empezando el nuevo siglo, se crearon las denominadas "regiones asistenciales de salud" en las que se propició la asociación de municipios, con grandes mejoras en eficacia y uso de los recursos existentes. Por éste mecanismo se hizo la compra de insumos y medicamentos, se canalizaron servicios especializados y se dio un mejor aprovechamiento del presupuesto nacional de salud que se transfiere a los estados y municipios. A éstos mecanismos se les denominó "bloques de financiamiento". Desde el año 2006 se establecieron metas y compromisos comprometiendo acciones nacionales y responsabilidades estatales y municipales mediante la operación de un conjunto de instrumentos de programación y planeación.

Las competencias en atención primaria fueron transferidas en Chile a las municipalidades en los años 80 al igual que la educación básica y media. Ello se hizo de manera inmediata e inconsulta, inclusive constituyéndolas llamadas Corporaciones Municipales Conjuntas de Salud y Educación, conservando la responsabilidad sobre la atención primaria en los servicios de salud territorial, excepto en la región más aislada y falta de capacidad, de Aysén.

Los servicios de salud correspondientes a la Región Metropolitana, en varias oportunidades pretendieron acoplar la atención primaria con la hospitalaria.

La "municipalización de la salud primaria" fue fortalecida como modelo descentralizado y competente en la década de los 90. Posteriormente se logró un trabajo muy estrecho entre servicios de salud municipales para enfrentar problemas infecciosos, realizar campañas de salud estacionales, por ejemplo.

Se considera que generalizar la transferencia de competencias hacia los municipios de manera estandarizada no es conveniente, dada la diversidad de condiciones financieras, de personal y de liderazgo de los diferentes municipios. La experiencia ha mostrado que algunas asociaciones pueden ser exitosas, siempre y cuando existan "tamaños óptimos" para la prestación de servicios.

Otros problemas graves son los relacionados con los esquemas de financiamiento por valoración de prestaciones y de un per cápita, al igual que la coordinación detallada con entidades hospitalarias, la provisión de personal profesional de alta calidad, así como "la conciencia, el liderazgo local y una participación más funcional de la ciudadanía organizada".

Las expectativas de cobertura total generadas con la Ley 100 de 1993 no se cumplieron. La implementación del nuevo sistema de seguridad social en salud no pudo ser hecha satisfactoriamente en la práctica, lo que dilató el alcance de las metas propuestas. Las demoras en legislar acerca de los paquetes de atención mínima en salud, el conocimiento de la información sobre la calidad de los hospitales, la crisis económica de finales de los años 90, la baja capacidad de gestión de los municipios y de las nuevas Empresas Promotoras de Salud, la rigidez de los asuntos laborales del personal hospitalario y las dificultades para transferir recursos a municipios sin acreditación, forman parte de las limitaciones del proceso de implementación del sistema.

La competencia "regulada" que se deriva del modelo que se implementó, puso en aprietos a los hospitales públicos, que no tenían la flexibilidad suficiente para desempeñarse en una industria con nuevas reglas de juego de mercado. Seguir atado a regulaciones y estructuras internas derivadas del antiguo sistema puso a los hospitales en dificultades financieras, al menos inicialmente, al arrastrar grupos poblacionales no actualizados frente al régimen de capitación constituido. En etapas subsiguientes, se ha considerado en algunos estudios, que los hospitales lograron superar tal situación, mejorando incluso la eficiencia y la calidad de los servicios.

Se considera que el financiamiento del sistema de salud de Colombia puede asemejarse al de los países desarrollados, si se le mira desde la perspectiva de los aportes del sector privado en el gasto total. Pese a que los prestadores privados son esenciales en el modelo, el Estado lo financia predominantemente. Como referencia se señala que, mientras en la mayoría de los países latinoamericanos el aporte del sector privado al financiamiento de la salud es superior al 50%, en Colombia es tan solo del 24%. Únicamente Cuba y Costa Rica están por debajo de esa cifra, con un 14%.

Los actores más importantes en la formulación de políticas de salud en Costa Rica son el Ministerio de Planificación Nacional y el Ministerio de la Presidencia. Sin embargo, el Ministerio de Salubridad Pública, según la Ley 5395, tiene la función de "definir la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley". Allí también se determina el derecho a las prestaciones de salud. El ministerio puede dictar reglamentos al respecto y define las competencias de los actores y entidades del Sector Salud. Son en total siete los organismos mencionados en el Decreto de Constitución del Sector Público de Salud, pero se establece que otras instituciones que sean propuestas por el ejecutivo, pueden ser parte también del Sector.

Como ejemplo de lo anterior, se cuenta con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, que provee información y hace promoción de estudios sobre recursos hídricos y asuntos medioambientales.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia tiene como objetivo "la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas; además, desempeñará otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines" (Ley 8.289).

Por otra parte, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, apoya la investigación en el tema y la prevención de problemas prioritarios de salud. Es un organismo "responsable de dirigir, conducir y ejecutar investigaciones en materia de salud y

participar en los procesos de vigilancia epidemiológica y enseñanza, en concordancia con las prioridades del país”.

Con una orientación más académica, a la función anterior se suma el Instituto de Investigación en Salud de la Universidad de Costa Rica.

La institución de mayor protagonismo financiero en el sector es la Caja Costarricense de Seguro Social, que hace la administración de los seguros sociales, financiando la salud pública.

Ella tiene gran poder, conferido por la Ley 17 que la creó, pues se le considera una institución autónoma, no sometida a ninguna directriz del poder ejecutivo ni de la autoridad presupuestaria del país. La fuente de los recursos que maneja son las contribuciones de los trabajadores, los empleadores y el Estado. A su vez, la Caja Costarricense del Seguro Social administra los dineros de la salud y hace la atención primaria mediante centros de atención sanitaria para toda la población, sin intervención de los municipios.

Por su lado, el Instituto Nacional de Seguros cumple funciones paralelas pero centradas en los problemas de salud ocupacional, enfermedades y accidentes laborales.

México

Desde principios de los años 80, la Secretaría de Salud de México, conservando controles regulatorios y presupuestales estrictos, realizó acciones de descentralización al menos en 14 Estados de la Unión. Este proceso continúa dándose progresivamente en la salud primaria tanto en los estados como en los municipios, bajo directrices y presupuestos fuertemente normados, al punto que más que una descentralización, se habla de una desconcentración

de servicios. La participación y el protagonismo ciudadanos son considerados como temas pendientes.

En 1996 se suscribió el “Acuerdo nacional para la descentralización de los Servicios de Salud”, entre el Secretario de Salud, los Gobernadores de los 31 estados de la República y los dirigentes del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Este acuerdo se considera de la mayor trascendencia pues se plantea transferir a los estados la responsabilidad de hacer la atención primaria y dar servicios de medicina preventiva a la población general. Estableció la universalidad de los servicios al incluir como beneficiarios a la población no afiliada a la seguridad social o que no tengan capacidad para resolver sus dificultades de salud.

Plantea el Acuerdo, explícitamente, “un doble propósito: el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que le son propias al suscribir el pacto federal; y social, al acercar a la población servicios fundamentales que al ser prestados en los Estados, aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad”.

El financiamiento de los sistemas estatales se hace por transferencia a los respectivos gobiernos, con el propósito de incrementarlas progresivamente. Igualmente, el Gobierno Central transfirió más de cien mil trabajadores de la salud. Se estima que las transferencias equivalen a casi mil millones de dólares de 1996, las cuales debían ser complementadas con programas compensatorios para las regiones más deprimidas y con poblaciones vulnerables.

La fragmentación derivada de la mezcla entre los estados que continuaron con el modelo federal o ministerial y los que operaron mediante transferencias, ha hecho difícil la coexistencia y la complementariedad necesarias para una mayor eficiencia en la prestación de servicios.

En el campo de la seguridad social, México agregó a las instituciones tradicionales el “Seguro Popular de Salud”, con más de 250 prestaciones y un fondo especial para atender las enfermedades catastróficas, con compromisos claves de parte de las Secretarías de Salud de los Estados.

También se constituyeron los Institutos de Salud Estatales para atender la población no asegurada. A ellos corresponde programar las prestaciones, similares a las de atención primaria del nivel regional, que incluyen medicina preventiva y atención de primer nivel.

“En cifras de la última década, de modo aproximado un estado mexicano destinaba su gasto a tres rubros principales: 65% a educación, 11% a servicios de salud y 24% a administración pública.

Aunque las tres cuartas partes del gasto estadual se dedica a educación y salud, las estimaciones señalan que la mayor parte de esas erogaciones son para el gasto corriente, sobre todo a la planilla de salarios. Entre 1997 y 2007 un estado “promedio” dedicó el 88% a erogaciones corrientes y sólo un 12% a inversión, entendiendo que hay variaciones significativas entre estados”.

Algunos investigadores y expertos consideran que este modelo de “descentralización etiquetada” del sector salud limita seriamente la autonomía y la capacidad de decisión de los estados, haciendo que no se asuman responsabilidades ni se planteen programas ni propuestas específicas a éste nivel. Solamente los estados con recursos, que son excepcionales, han podido solventar sus déficits y hacer innovaciones para resolver sus problemas epidemiológicos y atender sus prioridades en salud preventiva, como bien lo ha señalado la asociación de gobernadores CONAGO, importante organización a la hora de hacer demandas al nivel federal.

El documento “La salud en México: 2006-2012”, presenta la visión de FUNSALUD, con 26 propuestas específicas de acción, planteando de manera abierta “una profundización responsable del rol de los estados y la creciente incorporación de los municipios a estas tareas, sobre la base de principios mayores de cooperación y convenios con compromisos específicos para cada entidad”.

Gasto y financiamiento en salud

Gasto en Salud

Conocer el gasto nacional en salud y sus características permite, entre varias consideraciones, evaluar la equidad y la eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos. En general, el gasto en salud se ha caracterizado por ser el resultado de las transformaciones del modelo económico, de la definición del papel del Estado en la economía, del fortalecimiento del papel de la sociedad civil en el campo de la salud y de las modalidades con que la reforma del sector se ha aplicado a las políticas de financiamiento de los servicios de salud.

La proporción del gasto en salud relacionada con el PIB se suele utilizar como un indicador de la prioridad que la sociedad asigna a la atención de la salud de su población. Sin embargo, siempre el resultado estará sujeto a la capacidad redistributiva y de la calidad del gasto en términos de equidad y efectividad. Al comparar el gasto en salud como porcentaje del PIB entre los países de interés, resalta la heterogeneidad y un patrón de desigualdad, Colombia por ejemplo, lejos del promedio de la región, reporta el esquema más negativo de indicadores (como se ve en la figura siguiente) además de ser el país con mayor desigualdad en términos de ingresos (coeficiente de Gini) es también el que tiene el gasto en salud por habitante más reducido, mientras Costa Rica (con menor nivel de vida de Colombia en términos de

PPP) registra una menor desigualdad con uno de los mayores gastos en salud per cápita, sólo superado por Chile.

de la Seguridad Social”, la “Contribución sobre el Lucro de Personas Jurídicas”, y los recursos ordinarios. En los niveles estaduales y municipales, las fuentes específicas

Gráfico 12. Comparación del gasto en salud según PIB, 2010



Fuente: Elaboración propia, datos de la OMS y Banco Mundial, 2010.

Finalmente señalemos, de acuerdo con la CEPAL, que el gasto social en la región ubica a países como Colombia y México en un nivel intermedio con 500 a 900 dólares per cápita anuales, y a Brasil, Costa Rica y Chile en el nivel superior, con más de mil dólares per cápita anuales. Nuestros países muestran una participación en salud cercana al 50% del gasto social.

fueron los presupuestos fiscales correspondientes.

Posteriormente, nuevas regulaciones modificaron las participaciones: el nivel federal aportaría el 10% de sus ingresos, 12% serían del nivel estadual y del Distrito Federal, y el 15% de los municipios. Estos niveles se han logrado en forma paulatina entre 2008 y 2011.

Esquemas de financiamiento por país

(Información tomada del Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina. Rev Sal Pub Mex. Vol 53, suplemento 2 de 2011)

Brasil

El SUS (Sistema Único de Salud) del Brasil tiene tres fuentes de financiamiento: Federal, Estatal y Municipal. En el 2004, los porcentajes de participación eran del 50.7, 26.6 y 22.7 respectivamente. Tal financiamiento se garantizó mediante reforma constitucional. Las fuentes federales particulares eran la “Contribución Provisoria sobre Movimientos Financiero”, la “Contribución para el Financiamiento

Los Fondos de Salud en su mayoría son los depositarios de los recursos del SUS, mientras que una parte de los recursos federales van a los estados y municipios mediante transferencias. A su vez, los estados transfieren a los municipios, mientras que el sector privado se financia con recursos de las empresas que contratan planes y seguros privados para su personal, y con la compra de medicina prepagada y gastos de bolsillo de las familias.

Chile

“Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones,

aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención. Todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos gravables y pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE. La contribución es voluntaria para los autoempleados”.

En el 2003, el 27 % del gasto en salud de Chile correspondía a impuestos generales, 17% a cotizaciones de los trabajadores afiliados al FONASA, 16% a cotizaciones de los afiliados a las ISAPRE, 7% a cotizaciones voluntarias, 26% era gasto de bolsillo y 6% a los aportes directos de los municipios.

En los últimos años se logró incrementar significativamente la cobertura, según datos del “Estudio Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud”, pero los gastos en salud se siguen considerando excesivamente altos. En las ciudades entre el 7 y el 15% de la población tuvo que sufragar gastos catastróficos en salud. Es el dato más alto de Suramérica para mediados de la primera década del siglo XXI.

Colombia

El financiamiento de la salud en Colombia se hace mediante contribuciones del gobierno, de los trabajadores asalariados, de los independientes afiliados y de las contribuciones de los empleadores. Estos recursos se recogen en el denominado “Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)”, que a su vez redistribuye a las Empresas Promotoras de salud (EPS), de acuerdo al número de filiados que reporten, con valores diferenciales según pertenezcan al régimen contributivo o al subsidiado. En éste último caso, a lo anterior se suman las transferencias que la Nación hace a los municipios para atender los servicios de salud.

Por su parte, las EPS contratan los servicios con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) bajo distintas modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y por capitación a los prestadores de ciertos servicios.

El Régimen Contributivo exige que los dineros sean entregados a las EPS que libremente seleccionan los trabajadores. Estas afilian y registran a los usuarios y organizan la prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), remitiendo las afiliaciones al FOSYGA, para que les sea devuelta bajo la modalidad de Unidad de Pago por Capitación (UPC), que corresponde a cada persona afiliada. La UPS se debe calcular actuarialmente, por grupo de edad y sexo.

Las Secretarías de Salud de los municipios contratan a las EPS que atienden usuarios del Régimen Subsidiado e igualmente les pagan por UPC, ésta vez de menor cuantía, la UPC-S o subsidiada. En general, tales EPS pueden ser entonces del Régimen Contributivo funcionando para el Subsidiado, Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud, que son de origen comunitario.

Según el tipo de planes que ofrezcan a sus afiliados, las EPS contratan servicios con IPS privadas o con entidades hospitalarias públicas. Según las normas, el Régimen Subsidiado debe ser contratado con entidades públicas al menos en un 60% del valor de los servicios, bajo ciertas obligaciones de calidad.

Bajo los principios de la “integración vertical”, algunas EPS cuentan con sus propias IPS. Pese a que la Ley 1122 limita ésta figura, la falta de control por parte del Estado ha permitido desarrollos inapropiados de ésta forma de crecimiento organizativo.

Por último, también existen Regímenes Especiales en entidades grandes, como en el Sector Educativo y las Fuerzas Armadas, que han conservados sus propios mecanismos de financiación, administración y hasta prestación de servicios.

Desde la expedición de la Ley 100 en diciembre de 1993, Colombia se comprometió a igualar los regímenes establecidos, que diferenciaban el derecho a la salud entre los afiliados que aportaban al Sistema de Seguridad Social (Régimen Contributivo) y aquellos que por sus limitaciones económicas debían ser subvencionados (Régimen Subsidiado). El gobierno ha sido incapaz de cumplir con tal propósito, al punto de ser conminado por la Corte Constitucional a unificar tales regímenes. Muy recientemente, se ha hecho la aproximación de ellos a través del Plan Obligatorio de Salud en el caso de los menores de edad y de los adultos mayores. Pero una gran parte de la población permanece siendo subsidiada, hecho que se respaldó con las medidas adicionales de financiamiento al Régimen Subsidiado introducidas en la Ley 1122 de 2007 y sus reglamentarios.

Una de las grandes razones argumentadas para mantener tal situación, es por supuesto la financiera. Mientras subsistan ciertas condiciones en la macroeconomía, como el desempleo y el subempleo o el empleo informal, y mientras una porción de los empleadores, como en el caso de los sectores agrícola y de la construcción, evadan las responsabilidades frente al Sistema de Seguridad y de Protección Social, los subsidios seguirán siendo necesarios pues estos grupos poblacionales bien pueden superar el 60% de la población económicamente activa.

Lo anterior también incide en el alto valor que en Colombia tiene el gasto de bolsillo, agravado por el desproporcionado costo de los medicamentos, cuyos precios, prácticamente no controlados, superan significativamente a los de los demás países, al

punto que muchos estudios señalan a Colombia como el país más costoso del mundo en tal aspecto. (Health Action International).

Vale la pena anotar aquí que, según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), hay meses en los que los incrementos de los costos de salud superan en tres veces el del índice de precios al consumidor (IPC) en los demás ítems.

Igualmente, la des-salarización mencionada, dada su tendencia a aumentar, conducirá a una inevitable crisis financiera del sector salud. Aunque los expertos no se han puesto de acuerdo sobre el tamaño del déficit financiero del sector, y aunque algunos insisten en que los recursos sí alcanzan para atender a toda la población con un POS unificado, el incremento de la pobreza, el envejecimiento de la población y otros fenómenos, auguran una falta de sostenibilidad del financiamiento de la salud en Colombia.

Algunos síntomas que muestran la gravedad del problema financiero de la salud en el país, pueden percibirse en el déficit hospitalario, con cifras que oscilan entre 3,5 y 4,5 billones de pesos en deudas, mientras que los costos de intermediación (léase Empresas Promotoras de Salud, que han sido sindicadas por uso indebido de los recursos públicos que administran), pueden alcanzar los 9 billones (cuatro mil quinientos millones de US dólares aproximadamente).

Costa Rica

La Caja Costarricense de Seguro Social también se financia con aportes de empleadores, trabajadores y del Estado.

“Actualmente la cuota de cotización asciende a 22.91% de la nómina salarial. El patrón aporta 14.16% dividido en 9.25% para el SEM y 4.91% para el IVM. El trabajador aporta 8.25%, 5.50% para el SEM y 2.75% para el IVM. Finalmente, el

Estado aporta 0.50%, dividido en 0.25% para cada. Los asegurados voluntarios e independientes aportan conforme a sus ingresos declarados y el Estado aporta 0.25%. Si los ingresos son menores a US\$ 885, el aporte es de 10.5% y si los ingresos superan ese monto se aporta 13.5%”.

En los regímenes no contributivos, la financiación se hace a través del “Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares”, más los impuestos que se imponen a los juegos de azar y a la venta de cigarrillos y licores.

En el Sector Privado, las instituciones prestadoras de servicios de salud, obtiene el financiamiento de los pagos de bolsillo de los usuarios. Se calcula que los seguros privados en Costa Rica solamente cubren el 2% de los hogares.

La CCSS recauda y distribuye los recursos teniendo en cuenta los llamados “compromisos de gestión”, cuyo propósito es asignar recursos de acuerdo a las futuras necesidades de salud de la población de cada área, según metas de desempeño anual hechas con la CCSS y los proveedores: EBAIS, clínicas, hospitales y cooperativas. Tales compromisos de gestión indican la cantidad y calidad de los servicios, los recursos económicos necesarios y la forma de evaluación que se aplica. Los pagos son capitados, prospectivos y tienen un 10% de incentivo. El personal prestador de servicios recibe sus salarios establecidos por escalas dadas por el gobierno central.

Los gastos de tipo catastrófico en salud en Costa Rica afectan entre el 0.24 y el 0.62 % de los hogares, dato que se considera particularmente bajo para la región. En su mayoría, los gastos por hospitalización son muy bajos y no catastróficos.

México

Las instituciones de seguridad social en México son financiadas también por contribuciones de empleadores, obreros o

empleados y del gobierno. La SSA y los SESA reciben recursos mayormente del gobierno federal, de los gobiernos estatales y pagos por atención de los usuarios. El IMSS-O por su parte “se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA”.

Los investigadores consideran pertinente señalar que el financiamiento de la salud en México deja desprotegidos a muchos ciudadanos frente a situaciones de tipo catastrófico. “En 2000 más de tres millones de hogares mexicanos presentaron gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud. En 2006 esta cifra se había reducido gracias a la implantación de diversos programas sociales. Estudios recientes muestran que los gastos excesivos (catastróficos y empobrecedores) por motivos de salud disminuyeron de 4.1% (alrededor de 2.6 millones de hogares) a 2.7% (alrededor de 1.8 millones de hogares) entre 2004 y 2008. Estos mismos estudios indican que hay gran variación en la prevalencia de estos gastos”.

En las ciudades, casi el 4% de los hogares tuvieron que afrontar gastos catastróficos. Si se comparan los hogares con adultos mayores con los que no tienen ni niños ni adultos mayores, la prevalencia de gastos catastróficos fue de 6 % contra 1.35 % respectivamente.

Gasto de Bolsillo

El gasto de bolsillo representa los gastos que la población hace de manera directa, de su propio peculio, en servicios hospitalarios, procedimientos médicos, medicamentos y otros relacionados. En Latinoamérica, el gasto de bolsillo se ha considerado como un indicador de las profundas desigualdades sociales y económicas de

nuestros países. Con mayores detalles se le asocia a múltiples aspectos: falta de adhesión a los seguros, insuficientes coberturas en salud, falta de integralidad en los planes de beneficios, entre otros. Un gasto alto de bolsillo en salud suele ser reflejo de la presencia de adultos mayores en el hogar, así como de gastos catastróficos asociados a las hospitalizaciones.

Según datos de la CEPAL en "Panorama Social de América Latina 2011", si consideramos como 1.0 el gasto público de cada país, el gasto de bolsillo en Brasil es casi 0.77, mientras que el de Chile es 1.16, el de Colombia es de 0.45, el de Costa Rica es de 0.37 y el de México es de 1.23. Como se puede colegir, en Chile y en México el gasto de bolsillo en salud es superior al gasto público en salud.

Por otro lado, el empobrecimiento de los hogares derivado de alto gasto en salud, normalmente asociado a gastos por problemas catastróficos en salud, en Brasil y en México es del 0.5 %, en Chile es de 0.8 % y en Colombia es de 1.0%, lo que muestra inequidades mayores en el sistema de seguridad social. En contraste, Costa Rica no tiene éste riesgo pues el sistema atiende el 100% de los eventos catastróficos en salud.

Análisis situacional y tendencias

(Selecciones del Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina. Rev Sal Pub Mex. Vol 53, suplemento 2 de 2011)

Brasil

- Las nuevas políticas de salud del Brasil indican que el centro de las acciones sectoriales debe ser el denominado "usuario-ciudadano", para lo que se proponen algunas estrategias:
- Romper el aislamiento del sector salud involucrando otras áreas relacionadas

con las necesidades básicas de la población.

- Establecer claramente las responsabilidades y los derechos de los usuarios del sistema de salud considerando las particularidades de cada región y microrregión.
- Intensificar la participación y el control social, reforzar los Consejos y las Conferencias de Salud, y fortalecer la capacitación de los consejeros.
- Aumentar la cobertura y la capacidad resolutive de las unidades del sistema público mediante un cambio en el modelo de atención que no sólo priorice la atención primaria, sino que se centre en el usuario-ciudadano.
- Evitar la precarización, la privatización y la tercerización de las relaciones laborales del SUS articulando las políticas de los sectores salud y educación.
- Profundizar el modelo de gestión y promover una descentralización solidaria y cooperativa basada en la corresponsabilidad establecida en contratos de gestión y financiamiento mixto.
- Ampliar las capacidades reguladoras del Estado reconociendo a la salud como bien social, reglamentando las relaciones público-privado y asegurando el respeto de los derechos de los usuarios.
- Superar el subfinanciamiento de la salud, producto de imperativos económicos.

Uno de los programas que en el período 2008-2011 adoptó tales estrategias, con una inversión de cerca de 90 mil millones de reales, puesto en marcha por el presidente Lula, se denominó Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC) 2008 – 2011, cuyo componente en salud fue el Programa "Más Salud:

Derecho de Todos". Se destacan las siguientes políticas:

- Avanzar en la implementación del sistema de salud universal, igualitario e integral mediante acciones que permitan asociar el desarrollo económico y social.
- Consolidar las acciones de promoción de la salud e intersectorialidad con la orientación del patrón de desarrollo brasileño basado en un modelo de atención centrado en la búsqueda de calidad de vida.
- Priorizar los objetivos del Pacto por la Salud.
- Profundizar la regionalización, la participación social y el federalismo.
- Elevar la calidad y eficiencia de las unidades productoras de bienes y servicios o de gestión en salud.
- Eliminar el subfinanciamiento del SUS siguiendo los preceptos constitucionales.

Chile

Para el período 2002-2010 se abordaron los siguientes temas como prioridades sectoriales:

- El envejecimiento progresivo de la población con la creciente carga de patologías degenerativas de alto costo.
- Las desigualdades en la situación de salud de la población según el nivel socioeconómico.
- La insatisfacción de la población respecto al sistema de salud.
- La resolución de los problemas pendientes y el mantenimiento de los logros alcanzados.

También se consideran importantes las siguientes líneas de trabajo:

- Reducir las desigualdades en salud.
- Hacer frente a los retos del envejecimiento poblacional.
- Aumentar el número de problemas de salud incluidos en el paquete del Plan AUGE.
- Fortalecer los cambios tendientes a separar la prestación de servicios asistenciales de las funciones de fiscalización.
- Implementación del régimen de hospitales autogestionados en red.
- Reforzar la atención primaria con enfoque familiar.
- Mejorar el sector privado de la salud al fomentar la competencia entre las ISAPRE y simplificando los planes de salud.

Algunos estudios muestran avances en equidad, disminución de la mortalidad por problemas de salud pública como el infarto agudo de miocardio en hospitales públicos, aunque también indican aumento de los problemas derivados de la carencia de personal calificado en los servicios de salud del sector público, frente a ciertas regiones y especialidades médicas, lo que conlleva al incremento de tiempos de espera por atención a patologías no incorporadas al Plan AUGE.

Según algunos funcionarios, "la reforma del sector ha colocado instrumentos legales, estructurales y de gestión que si bien han permitido avanzar en un enfoque de derechos y en definir los roles y funciones de las estructuras a nivel nacional y regional, deja áreas aún por definir y discutir en términos de la adecuación para el logro de los objetivos primordiales de mejorar la salud y la calidad de vida de los chilenos y

chilenas con un enfoque de equidad en el acceso, calidad y resultados.”

Colombia

En Colombia siguen existiendo dificultades para alcanzar la universalidad, la eficiencia y la solidaridad dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. El retraso se estima casi de una década, atribuido a insuficiencia de recursos financieros.

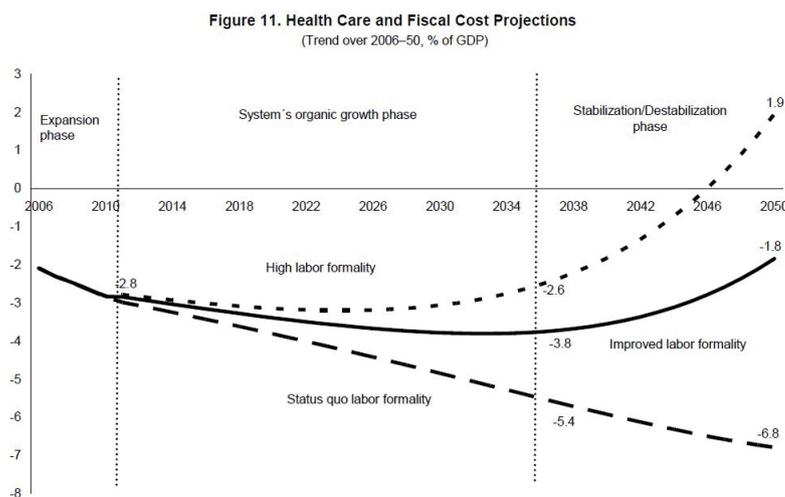
Tampoco hay igualación de planes de atención y las condiciones laborales informales que dominan el panorama económico del país, no permite mejorar la afiliación al sistema. La sostenibilidad financiera ha sido puesta en duda, en particular frente a las demandas que el sistema judicial ha fallado a favor de miles de usuarios no incluidos en el POS. Se considera que “un

Los expertos consideran que “el fortalecimiento de la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención. Debe prestarse especial atención a la mortalidad materno infantil, a la población desplazada y al embarazo en los adolescentes”.

Hay conflictos permanentes entre pagadores y prestadores y se critica la falta de regulación y de supervisión de los diferentes actores, tanto públicos como privados, que conforman el sistema de salud.

Para complementar las anteriores observaciones sobre el futuro financiero del sector salud en Colombia, se incluye la siguiente gráfica que revela lo que ha de suceder

Gráfico 13. Proyecciones en atención de salud y costos fiscales Costa Rica



Source: Author's estimates.
(Clavijo, Sergio. *Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances*. International Monetary Fund. Western Hemisphere Department. 2009.)

reto primordial para el sistema colombiano es fijar límites a la cobertura de los servicios de una manera que sea respetada y acatada tanto por la comunidad médica y científica como por el sector judicial”.

Hay dificultades en la situación de salud, reflejada en el estancamiento de ciertos indicadores, en especial los relacionados con la prevención.

entre el 2014 y el 2050 si no se toman medidas frente a la informalidad laboral.

Entre 1959 y 1980 Costa Rica mejoró significativamente su sistema de salud. En 1980 se limitaron las inversiones en salud y a pesar de la reforma emprendida, su crisis organizacional no ha sido superada, existiendo serias dudas acerca de su futura sostenibilidad financiera.

Los cambios en el perfil laboral de la población, su empobrecimiento, la transición epidemiológica, y la implementación parcial de la reforma de salud, dejan un porcentaje de más del 12% de la población sin aseguramiento y con grandes presiones financieras.

Se aprecia el surgimiento de inequidades geográficas en los servicios de salud, con atrasos en la creación de nuevos EBAIS (Equipos Básicos de Atención en Salud), según el "informe de avance del Plan Nacional de Desarrollo del MIDEPLAN 2006-2010".

"Las largas listas de espera están provocando deslealtad al sistema. De hecho, 50% de la población opina que podría dejar de cotizar para unirse a los servicios privados, situación que aumentaría el problema de la sostenibilidad".

México

La reforma sectorial recientemente hecha al sector salud plantea varios retos. Requiere de una reforma fiscal complementaria para hacer disponibles los recursos financieros necesarios para reemplazar el gasto de bolsillo y atender la demanda asociada a la transición epidemiológica, en especial de las intervenciones hospitalarias de alta complejidad.

Se considera necesario hacer una adecuada distribución de los recursos entre poblaciones y estados, así como comprometer una mayor participación de los recursos y autoridades locales.

"Otro desafío en materia financiera será alcanzar el equilibrio correcto entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y los servicios curativos, por el otro. Es necesario asimismo aumentar la orientación al cliente y la capacidad de respuesta del sistema de salud sobre todo considerando las crecientes expectativas, tanto de pacientes como de prestadores de

servicios, generadas por el proceso de democratización del país y por la reforma misma".

Se infiere que hay urgencia para reforzar la oferta de servicios en zonas marginadas del país, para mejorar, entre otras, la atención integral de la población indígena. El principal reto del sistema de salud en México es fortalecer su integración, garantizar el paquete de beneficios comunes a la población, reducir costos de transacción en un sistema fragmentado y generar igualdad en el disfrute del derecho a la protección de la salud.

Consideraciones acerca del derecho a la salud y la equidad

En términos generales, los países con modelos de atención mixtos (públicos y privados), que ofrecen diferentes esquemas de atención, con diferencias o restricciones en el tipo de servicios, han sido considerados más inequitativos que aquellos que tienden a unificar su sistema de salud. Tengamos en cuenta que Latinoamérica ha sido catalogada como la región más inequitativa del planeta por entidades como la ONU, el Banco Mundial y la OPS/OMS. En el cuadro anterior, construido con datos del último informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, puede verse que Colombia no solamente ostenta el menor IDH de los cinco países, sino que también tiene la mayor concentración de riqueza, según el Coeficiente Gini. A continuación se hacen comentarios específicos sobre inequidad en salud.

En cuanto al derecho a la salud y a la seguridad social, es importante tener presente lo siguiente:

"Actualmente en América Latina, los mecanismos de protección social presentan una hibridez considerable. Se mantiene cierta influencia del modelo bismarckiano de seguros sociales; la asistencia social

sigue jugando un papel muy importante para los estratos sociales más vulnerables y al mismo tiempo, en materia de pensiones, se ha instaurado un régimen privado, que en muchas ocasiones rompe con el principio de solidaridad, que según algunos debe caracterizar a la seguridad social.”

que la población blanca, los años perdidos de aquella fueron 30 veces superiores.

Chile

Siendo el país con mayor IDH de la región, y un alto gasto de bolsillo derivado de la forma de organización y financiamiento

Tabla 6. Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad

Clasificación según el IDH	País	IDH ajustado por la Desigualdad				Índice de esperanza de vida al nacer ajustado por la desigualdad		Índice de educación ajustado por la desigualdad		Índice de ingresos ajustado por la desigualdad		Proporción del quintil de ingreso	Coeficiente de Gini de ingresos
		Valor	Pérdida global (%)	Cambio en la clasificación	Valor	Pérdida (%)	Valor	Pérdida (%)	Valor	Pérdida (%)			
		2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011		
44	Chile	0,80	0,652	19	-11	0,871	6,6	0,688	13,7	0,462	34,1	3,6	52,1
57	México	0,77	0,589	23,5	-15	0,801	10,9	0,567	21,9	0,451	35,6	14,4	51,7
69	Costa Rica	0,74	0,591	20,5	-7	0,863	7,8	0,543	17,7	0,442	33,7	13,2	50,3
84	Brasil	0,72	0,519	27,7	-13	0,723	14,4	0,492	25,7	0,392	40,7	17,6	53,9
87	Colombia	0,71	0,479	32,5	-24	0,731	13,7	0,515	22,8	0,292	53,9	24,8	58,5

(Datos seleccionados por el autor del documento Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y Equidad: Un mejor futuro para todos.)

(Sánchez Castañeda, Alfredo. Las Tendencias del Derecho Social en América Latina: Brasil, Colombia, México y Perú. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Autónoma de México. México, 2011.)

Pese a la vocación social que se comparte en la región y que se expresa en la constitución y las leyes de cada país latinoamericano, así como a la tradición en hacer reformas sectoriales con cierta frecuencia, el goce efectivo del derecho a la salud y a la protección social distan mucho en su expresión real y cotidiana en la mayoría de tales países, como se verá en seguida al comentar brevemente la situación de cada país.

Brasil

Con el cuarto lugar en el IDH de los cinco países estudiados, Brasil no deja de ser incubadora de grandes desigualdades en salud. El 15,8 % de la población no tiene acceso a las condiciones básicas sanitarias, educación y salud; el 11,4 % muere antes de los 40 años. En algunas regiones, siendo la población negra tres veces más

del sistema de salud, Chile presenta inequidades significativas en salud para la población de menores recursos, pues el derecho a la salud está estrechamente asociado a la capacidad de pago, pese a que desde 1990 los gobiernos han formulado políticas dirigidas a enfrentar las inequidades.

Colombia

Al igual que en México o Brasil, Colombia ha mostrado siempre importantes inequidades por género, por ciertos grupos de edad, por relación urbano – rural, por regiones nacionales y zonas de grandes ciudades con alta vulnerabilidad, dados sus factores de riesgo y otras variables asociadas al tema. Pero desde la formulación de la Ley 100 de 1993 y en la medida de su aplicación en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social, surge una nueva expresión de dichas inequidades: los regímenes de afiliación o aseguramiento al sistema. Desde su origen, la Ley 100 introdujo una contradicción con sus principios, en especial el de la equidad, al crear el Régimen Subsidiado, asociado a planes de beneficios con menor alcance para la

población de menores recursos, no empleada en el sector formal de la economía. La información obtenida en la Encuesta Nacional de Salud de 2007 y su posterior análisis muestra grandes diferencias en la morbilidad y la mortalidad entre la población afiliada a los dos regímenes, contributivo y subsidiado, siempre evidenciando la desventaja del subsidiado. Tal situación ha llevado a los usuarios del sistema de salud a enfrentar las prácticas discriminatorias en los servicios de las entidades aseguradoras y prestadoras, a sobresaturar el sistema judicial interponiendo tutelas para obtener sus derechos.

La Corte Constitucional, mediante sentencias y autos, ha tenido que conminar a las instituciones, tanto privadas como públicas, a corregir situaciones y ajustarse a la legislación existente, sin que la situación general se haya modificado sustancialmente. Todo parece indicar que la imposibilidad de la población colombiana para ejercer el goce efectivo de su derecho a la salud, no solamente se debe a los incipientes enunciados constitucionales, sino también a un sistema de salud y protección social diseñado de manera tal que permite innumerables perversiones por parte de sus actores.

Costa Rica

Tercero en IDH en este grupo, Costa Rica tiene la menor desigualdad según su Coeficiente Gini. Sin embargo, aún persisten desigualdades relacionadas con el derecho a la salud, de las cuales se han indicado sobre todo las relacionadas con los costos de adquisición de ciertos servicios, como los medicamentos en las diferentes regiones (cantones). Los que tienen mejores condiciones económicas ofrecen más alternativas y precios más favorables en medicamentos importantes para la atención de problemas de salud relevantes.

México

Pese a que su índice de desarrollo humano (IDH) es el segundo más alto de Latinoamérica, en éste país hay un reconocimiento explícito de las grandes inequidades existentes en general y en particular en el campo de la salud, como puede verse en su Plan Nacional de Desarrollo: los índices de enfermedad afectan especialmente a las mujeres, a los niños, a los ancianos, a los pobres, a los indígenas y a las regiones y municipios con mayor marginalidad.

Conclusiones y recomendaciones

Si particularizamos la situación de Colombia frente a los otros cuatro países de esta comparación, llegamos a lamentables conclusiones: Colombia tiene el PIB y el porcentaje de gasto en salud más bajo de los cinco países, así como la más alta probabilidad de morir antes de los cinco años de edad, la más alta mortalidad neonatal, en malaria y en tuberculosis, así como la más baja disponibilidad alimentaria para escolares. En compensación, actualmente tiene una de las mayores expectativas de vida al nacer.

Aunque el uso de los servicios es intermedio en la región, tiene el precio más alto de medicamentos, pero de todos modos su gasto de bolsillo en salud es promedio. Eso no impide que a su vez tenga la mayor probabilidad de que sus hogares incurran en empobrecimiento debido al riesgo de ser afectados por problemas catastróficos, aunque el financiamiento de la salud sea predominantemente público (76%).

Colombia es, dentro de la región más inequitativa del mundo, y en comparación con los países seleccionados para éste documento, la nación con el menor Índice de Desarrollo Humano y con la mayor concentración de riqueza (por GINI), lo que la hace ocupar un deshonroso puesto 87 en el concierto internacional.

Pese a que podamos diferenciar o comparar modelos de sistema de salud, haciendo agrupaciones de países por sus características, la verdad es que ello no nos permite hacer conclusiones o atribuciones sobre sus resultados, logros, retos o proyecciones. Lo que se aprecia es una diversidad de comportamientos que dependen más de los intereses particulares de los diferentes actores de cada sistema, el macromodelo político, socioeconómico o ideológico y las posibilidades de control social o institucional vigentes en cada país.

La comparación de varios modelos de salud, de sus resultados, de sus problemas, es una tarea paradójica: de un lado, la disponibilidad de información es una gran ventaja, pues prácticamente todos los temas han sido abordados por alguien, en cada lugar y en muy diferentes momentos. Pero esa misma información, sea oficial o sea producto de estudios particulares, tiene distintas formas de expresión, matices y valores diferentes, a veces como consecuencia de los mecanismos y metodologías de recolección y procesamiento de los datos, a veces como consecuencia del ejercicio de distintos intereses, perspectivas ideológicas e intenciones de sus autores por evidenciar o por encubrir una determinada situación.

Lo cierto es que ese océano de datos, esa multitud de informes, estudios e investigaciones, no tiene una estructura sistematizada. Cada cual hace su propio intento de sistematización, lo que a su vez le da mayor complejidad al intento de seleccionar variables para efectuar evaluaciones o comparaciones. Los países, si bien cuentan con sistemas de información formales a cargo de funcionarios acuciosos, no siempre facilitan su consulta o su utilización, ni siquiera para la toma de decisiones al interior de sus propios sectores institucionales, mucho menos para que observadores o interventores externos puedan sacar conclusiones que respondan a los principios básicos del método científico: las mismas actuaciones deben conducir a los

mismos resultados. Lo que finalmente sucede es que los resultados pueden parecerse, pero no necesariamente coinciden.

El momento técnico-científico que se vive está caracterizado por recursos, estrategias y tecnologías, tanto blandas como duras, es especial en el campo de la informática y de las comunicaciones, que debería no sólo facilitar la obtención y difusión de información confiable, oportuna y amigable, sino también información comparable, acumulable y depurable, ajena a los sesgos políticos de quienes la generan o manipulan para mostrar realidades distorsionadas.

Si se modifican los valores de referencia de los indicadores, aunque la definición y construcción de un índice o de un informe sigan siendo iguales, los resultados serán incomparables y las evaluaciones imposibles.

Dejando a un lado las consideraciones sobre la información disponible para ésta clase de documentos, es conveniente mencionar que el grado de profundidad que se logra en la revisión de los temas es muy poco. Se necesita, de acuerdo a la misión y a los intereses de una organización como FESCOL, la revisión más detallada y elaborada de asuntos tales como la participación, la corrupción, la inspección, vigilancia y control del sector, el liderazgo, además de los enfocados aquí de equidad, gasto, déficit y problemas de salud de grupos vulnerables, entre otros.

Estos temas pueden tratarse puntualmente con expertos, quienes pueden preparar los correspondientes documentos desde distintas perspectivas, convertidos en series para trabajo en talleres, cuyas conclusiones puedan ser a su vez escritas en nuevos documentos para ser puestos a disposición de un público más amplio, incluso de tomadores de decisiones en diferentes instancias.

Por otra parte, efectuar comparaciones exige partir de esquemas o modelos conceptuales que hayan alcanzado cierto nivel de concertación y aceptación y que provean formas de aproximación o referentes ideológicos para poder entender las similitudes y diferencias de los sistemas de salud que sean objeto de análisis.

Igualmente, la explicación de algunos fenómenos en un determinado país, de algunos resultados o de algunos comportamientos, puede requerir de estudios que busquen asociaciones entre variables, que articulen resultados con estructuras y procesos, que identifiquen factores subyacentes a la información misma que puedan ser determinantes, detonantes o catalizadores de situaciones muchas veces trascendentales para el sector salud.

Para terminar, se señala que la caracterización situacional de un sector, en términos estratégicos, y la identificación de tendencias, supone la aplicación de métodos diagnósticos, planificadores y prospectivos que no deben ser tomados a la ligera, si se quiere obtener elementos útiles y perdurables para orientar el rumbo de un sistema. La simple recolección de opiniones al respecto no deja de ser interesante pero al mismo tiempo fútil o en el mejor de los casos, de limitada consideración.

Bibliografía

- Arriagada, Irma; Aranda, Verónica; Miranda, Francisca. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. CEPAL. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile, 2005.
- Acosta Ramírez N, Peñaloza R, Rodríguez García J. Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, octubre de 2008.
- Actas de una conferencia del Banco Mun-

dial / Banco Interamericano de Desarrollo: Hacia la institucionalización de los sistemas de monitoreo y evaluación en América Latina y el Caribe. Washington, DC 2005 Jun 6-7. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2006.

- Arredondo A, Orozco E, Luna G, Aldaz V. Equidad e inequidades en salud en México: niveles, tendencias y evidencias en el contexto de la reforma. Salud Tab. 2006; 12(2):415-424.
- Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2:S120-S131.
- Bos A, Waters H. Efectos de protección financiera del sistema de salud pública y del seguro privado en Brasil. Rev CEPAL. 2008; 95:125-139.
- Carrera F, Castro M, Sojo A. Financiamiento de la protección Social. Análisis comparativo: Guatemala, Honduras y Nicaragua. Guatemala: CEPAL; 2009.
- CEPAL. Panorama Social de América Latina 2011. División de Desarrollo Social y División de Estadística y Proyecciones Económicas. Santiago de Chile, 2012.
- Chaizo, Horacio; Villalobos, Luis Bernardo; Hall, Victoria; Vargas, Karen; Arguedas, Gabriela. Inequidades socio-espaciales en el acceso a los medicamentos en Costa Rica: las contradicciones de un modelo de atención solidario. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica semestral, Volumen 8, número 1, artículo 4. San José, Costa Rica. Julio - diciembre, 2010
- Clavijo, Sergio. Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances. International Monetary Fund. Western Hemisphere Department. 2009.
- De Negris Armando. El caso Brasil: Un sistema de salud universal, equitativo e integral. Viva la ciudadanía. 2009 Dic 18. 189a ed. 8 Art.
- El caso Brasil: Un sistema de salud universal, equitativo e integral. Agencia de Información Laboral. 2009 Dic 18; ed.

- 0189 (Art. 0008).
- Flórez, Carmen Elisa y otros. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Fundación Corona. Primera edición Bogotá, D.C.; 2007.
 - Frenz Patricia. Desafíos en Salud Pública de la reforma: Equidad y determinantes sociales de la salud. Rev. Chil. Salud Pública. 2005; 9(2):103-110.
 - Fundación Mexicana para la Salud – FUNSALUD. Financiamiento en Salud y Protección Social en América Latina. [internet] [Consultado 2011 Dic]. Disponible en: <http://www.fea.usp.br/feaecon//gastosemsaude/arquivos/resumenfinalespanol.pdf>.
 - Glassman A, Escobar M, Giuffrida A, GiedionU (Eds.). Ten years of health insurance expansion in Colombia. Inter-American Development Bank. Washington, D.C.; 2009.
 - Gómez Camelo D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe. Rev. Salud pública. 2005; 7(3):305-316.
 - Graziano Da Silva, José; Ortega, Jorge; Faiguenbaum, Sergio. Estrategias de desarrollo, políticas públicas y seguridad alimentaria en América Latina y el Caribe. Latin American Center for Rural Development Rimisp). Santiago, Chile, 2008.
 - Guerra, J.; Ramírez, M.; Rivera, D.; Zambano, A. Una Aproximación de la Salud en Colombia a partir de las Encuestas de Calidad de Vida. Universidad del Rosario, Facultad de Economía, Borradores de Investigación. 2005.
Hernández Juan M. Finanzas en Salud: el caso de Costa Rica. Rev. Costarr Salud Pública. 2010 Ene-Jun; 19(1):1-2.
 - Iglesias Bedoya A. Análisis Comparativo de Políticas y Normatividad relacionada con la Evaluación de Tecnología Sanitaria en los Países de la Sub Región Andina. Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue. Lima. 2007 Dic. p. 1-33.
 - Instituto Nacional de Salud Pública de México. Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina. Rev Sal Pub Mex. Vol 53, suplemento 2 de 2011.
 - Iñiguez Rojas L. Desigualdades espaciales del bienestar y la salud en America Latina: Problemas éticos y metodológicos [internet] [Consultado 2011 Dic]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Luisa3.pdf>.
 - Juárez Adauta S. Ética y salud en el marco de la globalización [internet] [Consultado 2011 Dic]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/ensfin/ensfin.shtml>.
 - León Correa F. Desarrollo en salud, justicia y bioética en Latinoamérica. Rev Med & humanid. 2010 May-Dic; 2(2-3):29-42.
 - London S, Temporelli K, Monterubblanesi P. Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina Economía y Sociedad. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo México. 2009 Ene-Sep; 14(23):125-146.
 - López Arellano O, Escudero J, Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Rev Med Soc. 2008 Nov; 3(4):323-335.
 - Losada Otálora M, Rodríguez Orejuela A. Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. Cuad. Adm. 2007 Jul-Dic; 20(34):327-258.
 - Maceira Daniel. Tendencias en Reformas de Salud en Naciones de Ingreso Medio. Aportes para el caso Argentino. CEDES. Buenos Aires; 2006.
 - Maceira, Daniel. Actores y reformas en salud en América Latina y el Caribe. Nota técnica de Salud nº 1. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.; 2007.
 - Maceira, Daniel. Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa. Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud.

Eurosocial, IRD. Buenos Aires. 2007.

- Martínez, Félix; Giraldo, César. Impacto para la sociedad y el Estado del no pago de la porción social del salario por actividad económica. Revista CIFE No. 13. Universidad Santo Tomás. Bogotá, diciembre 2008.
- Martínez, Rodrigo; Palma, Amalia; Atalah, Eduardo; Pinheiro, Anna Christina. Inseguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. CEPAL-PMA. Santiago de Chile, 2009.
- Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez H, Castro V, Arreola H et al. Red de investigación sobre cobertura efectiva de las intervenciones de salud del observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S78-S84.
- Ministerio de Protección Social; Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Bogotá, 2010.
- Molina, Gloria y Gustavo A. Cabrera (eds.). Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Grupo de investigación en gestión y políticas de salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2008.
- Muise Jorine. Protección financiera en salud Análisis comparado de los sistemas de salud de Costa Rica, Brasil, Colombia, México y Perú [internet] [Consultado 2011 Dic.]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/charlas/2010/pdf/jmouier.pdf>.
- Naciones Unidas. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Informe de Mesa Largo Carmelo, Consultor de la Unidad de Estudios Especiales de CEPAL. Santiago de Chile: UN-CEPAL; 2005.
- Naciones Unidas. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas. Grupo investigación científica CEPAL. Serie 95; Población y desarrollo. Santiago de

Chile: CEPAL; 2010.

- Naciones Unidas. Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Informe de Comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo. Santiago: UN; 2010.
- Naciones Unidas. Políticas y programas de salud en América Latina: Problemas y propuestas. División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile: UN-CEPAL; 2005 Dic.
- Naciones Unidas. Protección social y sistemas de salud "Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos". Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: UN-CEPAL; 2006 Nov 14-15.
- OPS/OMS. Salud en las Américas 2007, Regional. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Capítulo IV p. 314-405.
- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Impreso en Francia. 2011.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: Una agenda para la acción. Informe de grupo científico OMS. Ginebra: OMS; 2010; p. 97-115.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: ¿Dónde nos encontramos?. Informe de grupo científico OMS. Ginebra: OMS; 2010; p. 1-17.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: La unión hace la fuerza. Informe de grupo científico OMS. Ginebra: OMS; 2010; p. 44-64.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: Más dinero para la salud. Informe de grupo científico OMS. Ginebra: OMS; 2010; p. 22-42.

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: Más salud por el dinero. Informe de grupo científico OMS. Ginebra: OMS; 2010; p. 66-94.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Análisis comparativo de los costos de transacción, administración o intermediación de los sistemas de salud en algunos países de América Latina y de la OCED. Washington, D.C.: OPS-OMS; 2007.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Perfil de los sistemas de salud Colombia. Informe del grupo de científicos OPS-OMS. Washington, D.C.: OPS; 2009.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Brasil-Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud. Informe de grupo de investigación OPS. Brasilia, D.F.: OPS; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Brasil. Informe de grupo de investigación OPS. Brasilia: OPS; 2005.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas 2007. Capítulo 4. Las políticas y los Sistemas y Servicios de Salud. Publicación Científica y Técnica No. 662. Washington, 2007.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud- México. París: OCDE, 2005.
- Pérez Lugo J. La necesaria reforma de los sistemas de salud en América Latina. Rev Gac Lab. 2007; 13(1):43-57.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y Equidad: Un mejor futuro para todos. Nueva York, 2011.
- Ramírez Moreno, Jaime. La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 124-143, enero-junio de 2010.
- Ruiz F, Peñaloza R, Mercado A. Consideraciones frente a las metas: Lograr la cobertura universal en el sistema general de seguridad social en salud. En: Colombia, país saludable 2019. Bogotá: GESTARSALUD; 2007 Ene. P. 201-219.
- Sánchez Castañeda, Alfredo. Las Tendencias del Derecho Social en América Latina: Brasil, Colombia, México y Perú. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Autónoma de México. México, 2011.
- Santamaría M, García A, Rozo S, Uribe MJ. Un diagnóstico general de sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. Fedesarrollo. 2009; P.1-54.
Tolentino Silva M. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2):251-57.
- Torrenegra Elisa C. Factores críticos en vigilancia y control. En: Colombia, país saludable 2019. Bogotá: GESTARSALUD; 2007 Ene. p. 185-196.
- Williams G. Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica [internet] [Consultado 2011 Dic]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf.
- * Médico Magister en Salud Pública, Profesor Asociado Universidad de Antioquia, Director Técnico Nacional Plan Decenal de Salud Pública, Unión Temporal UNIDECENAL - Ministerio de Salud y Protección Social.

Los documentos que publicamos son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no traducen necesariamente el pensamiento de FESCOL

Fescol

Calle 71 N° 11-90, teléfono 3473077, 3473115, E-mail: fescol@fescol.org.co, www.fescol.org.co