



Escuela Internacional de Ciencias Económicas y Administrativas
Instituto de Postgrados – Fórum

Proyecto de grado

Maestría en Gerencia Internacional

Comparación de la estructura y los resultados globales de 5 Sistemas de Salud. Aportes para el acceso efectivo a servicios de calidad en Colombia.

Vanessa Quintero Ospino

Director del trabajo de grado
Carlos Arturo Manrique Torres[†]

[†] Universidad de La Sabana, autopista norte de Bogotá, D.C., Chía (Cundinamarca), Colombia. Email: carlos.manrique3@unisabana.edu.co

Resumen: La cobertura universal en salud es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionado a la salud y el bienestar. Ha sido un componente clave en las políticas de los países para robustecer el desempeño de los sistemas de salud y elaborar nuevas políticas de intervención diseñadas para dar un acceso efectivo y de calidad. Los países se han centrado en reducir la fragmentación de la financiación y la organización de los sistemas de salud, donde influyen otros aspectos como la voluntad política, organización y preparación de las autoridades para lograr una atención en salud efectiva. En este trabajo se realiza la comparación de la estructura y el desempeño del sistema de salud colombiano con cuatro países, dos latinoamericanos y dos europeos para así identificar las diferencias potenciales que puedan contribuir a un acceso a servicios de salud de calidad y un acercamiento a la cobertura universal en salud. Se dieron 5 recomendaciones finales; mejorar el acceso real a los servicios de salud; financiación, en términos de aumentar la formalidad del país para un mayor desarrollo y bienestar social; gasto, en términos de enfoque en la atención primaria en salud como puerta de entrada a servicios de atención médica; ataque contra la corrupción para lograr un mejor manejo de recursos y presupuestos destinados a la salud evitando que se drenan a través de la malversación de fondos y finalmente, los mecanismos de pagos, visto en la forma de contratación hacia un pago global prospectivo basado en un pago por demanda y no

Abstract: Universal health coverage is a major target in Sustainable Development Goals related to health and well-being. It has been a key component in countries' policies face to strengthen health systems performance and develop new intervention policies designed to provide effective and quality access for citizens. Countries have focused on reducing fractioning of finances and health systems organization, where several aspects, such as political will, authority's coordination and preparation to achieve effective health care, influence in a very important way. This work aims to compare different healthcare systems in four countries face to Colombian one: two Latin American and two European cases, in terms of structure and performance in order to identify considerable differences that may contribute to reach quality health services and a closer approaching to the universal health coverage. Five final recommendations were given: improve real access to health services, financing country's formality for greater development and social welfare, investment focused on primary healthcare as a gateway to healthcare services, fight against corruption to achieve better resource management and health budgets and preventing them from being drained through misuse, and finally, payment mechanisms, face to contracting forms towards a prospective global payment based on a demand payment, and not individualized as it is seen today. In recent years, Colombia has improved an achievement in terms of high levels of coverage, and an important increase in life expectancy; but it still faces important challenges in the health system such as

individualizado. Colombia ha mejorado durante los últimos años logrando altos niveles de cobertura e incrementos en la expectativa de vida, pero aún se enfrenta a desafíos importantes en el sistema de salud como mejorar la calidad, el acceso real y reducción de las brechas regionales que generan inequidad en salud.

Palabras clave: Eficiencia, Acceso en salud, Acceso de calidad, Sistema de Salud, Sostenibilidad

improving quality, having a real access and reducing regional gaps that generate inequality in Health.

Keywords: Efficiency, Health access, Quality access, Health system, Sustainability

1. Planteamiento de problema

1.1. Contexto

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible representan unos principios básicos para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de prosperidad. En el sector de la salud hacen un especial enfoque en poder lograr una cobertura sanitaria universal, en la protección de riesgos financieros, accesos a servicios de salud de calidad, medicamentos, vacunas que sean seguras, eficaces y asequibles, así como poder velar que las personas y las comunidades puedan usar los servicios de promoción, prevención y tratamiento de la salud. Estos deben ser eficaces y asegurar que estos servicios no expongan a ningún usuario a dificultades financieras (OMS, 2019; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

El marco de la Organización Mundial de la Salud propone mejorar los mecanismos de política de los países para poder brindar a las personas un acceso a servicios de salud efectivo respondiendo a sus necesidades, con enfoque en, servicios seguros, eficaces, oportunos y de buena calidad. Los países deben dar prioridad a la ejecución de estas estrategias para mejorar el desempeño de sus sistemas de salud, generando un impulso hacia la cobertura universal, mejorando los resultados en materia de salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Es importante que las políticas de los países se dirijan explícitamente a mejorar la calidad de los servicios de salud, y allí es donde existen múltiples iniciativas y desafíos. Lo más deseable es una combinación con un esfuerzo coordinado y sistemático para mejorar la atención en todo el sistema de salud; así como propiciar cambios en la cultura que fomenten la preocupación por la calidad de los servicios para sus proveedores como para sus usuarios (Syed et al., 2018).

Uno de los aspectos que afectan al acceso a los servicios de salud, es la falta de equidad motivada por aspectos económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y regulatorios. Un desafío importante es revertir esta desigualdad garantizando accesos igualitarios y de calidad, en salud tanto preventiva como curativa para toda la población. Existen varias brechas en salud por nivel socioeconómico y son mayores en las intervenciones que requieren mayor participación del personal de salud. Un buen servicio depende de la accesibilidad física y aceptabilidad de los servicios y no solamente de su prestación. Los servicios disponibles deben ser pertinentes y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios (Syed et al., 2018).

Otro gran desafío para la implementación de buenas políticas públicas y objetivos adecuados en el sector salud, es la corrupción. Los problemas de corrupción son diversos y dependen de varios factores. Estos pueden ser desde el hurto de medicamentos y pagos bajo la mesa, hasta los tratos con información privilegiada, contratos y adquisiciones fraudulentas, finalmente, la corrupción se traduce en la pérdida de recursos públicos que podrían haberse utilizado para avanzar en los objetivos de salud. La corrupción permite que las políticas destinadas a promover la salud de la población se vean afectadas, y se desvíe a fomentar intereses empresariales o particulares. Esto puede llegar a ser un problema importante ya que las personas no pueden acceder a los servicios que necesitan para vivir vidas saludables y productivas (Hernández, 2018).

La disponibilidad universal y la eliminación de las barreras económicas para la atención a la salud deben ser los propósitos fundamentales de las autoridades nacionales y globales de los países, con el fin, de que toda la población tenga la capacidad de obtener acceso justo a servicios con oportunidad y calidad. No siempre la garantía del financiamiento y la oferta constante de servicios es un acceso efectivo que se refleje en los resultados de salud. Este camino a recorrer permitirá limitar el efecto de las barreras al acceso que no son tan visibles y se pueda transitar a un sistema de calidad homogéneo (Syed et al., 2018).

En este sentido, es importante monitorear el acceso efectivo en los servicios de salud que resulten en el cumplimiento de metas y objetivos para la satisfacción de los usuarios como de los prestadores del servicio. Es crucial identificar si la mayoría de los gobiernos están adoptando estas medidas, así como estructuras de gobernanza, rendición de cuentas y seguimiento con los esfuerzos de mejorar la calidad, para garantizar el compromiso con el acceso. El propósito es comparar el sistema de Colombia con cuatro distintos sistemas de salud, dos suramericanos y dos europeos y sus resultados globales con el fin de proporcionar una ruta clara que permita contribuir a una cobertura universal de salud de calidad (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

1.2. Problema de investigación

En la mayoría de los países, la atención médica presenta cada vez más desafíos debido al aumento de problemas de salud de la población, va desde un número en aumento de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas en medio del envejecimiento de la población hasta el acceso a los tratamientos nuevos e innovadores que pueden ser rentables. Los sistemas de salud de todos los países deben lidiar con estos desafíos en un contexto de presupuestos ya estirados, esto genera que la capacidad de la población en general que pueda acceder a la atención médica sea cada vez más baja (The Economist Intelligence Unit, 2017).

La buena gestión de los recursos públicos, tecnológicos, financieros y de infraestructura son los determinantes de una óptima calidad de los servicios que recibe la población, donde este acceso define el futuro de las personas y sus familias. Esto quiere decir que, si existe una falta de acceso a un buen sistema de salud, existe una mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades prevenibles y una condena al subdesarrollo. Un sistema de salud ineficiente afecta la posibilidad de educación de las siguientes generaciones impactando en el estado de derecho de un país, ya que la educación permite establecer la calidad de vida de los niños y de la sociedad en un futuro (Hernández, 2018).

Es importante que cada país deba seguir su propia vía y sus propios métodos para alcanzar la cobertura universal de salud, siempre basándose en criterios múltiples y complejos, los mejores resultados en salud se pueden dar si se enfoca cuidadosamente en la calidad y puede ser un punto de entrada fundamental para que los países trabajen en un acceso real a la provisión de servicios de buena calidad logrando evitar la perpetuación de las enfermedades, la pobreza y la baja equidad (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

1.3. Objetivo general

Realizar la comparación de la estructura organizacional en salud y los resultados globales del sistema de salud colombiano con dos referentes suramericanos y dos referentes de Europa del norte, identificando diferencias que puedan contribuir al acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

1.4. Objetivos específicos

1. Determinar los elementos que identifican el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
2. Comparar la estructura de los sistemas de salud de dos países suramericanos y dos países de Europa del norte con el sistema colombiano.
3. Comparar los resultados globales de los sistemas de salud de dos países suramericanos y dos países de Europa del norte, con el sistema colombiano.
4. Identificar elementos de los sistemas de salud estudiados que, incorporados al sistema colombiano, puedan contribuir al acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

2. Metodología

Este trabajo está basado en una revisión narrativa y en una extensa búsqueda bibliográfica utilizando información secundaria a través de documentos, tanto de investigaciones y estudios previos o similares; así como también de información estadística de instituciones. Se utilizaron varias bases de datos electrónicas y motores de búsqueda como: Scopus, Science Direct, Scielo y Google Scholar. Se utilizaron varios informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, The Economist Intelligence Unit, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco de la Republica. Igualmente, se revisaron sitios web de varias organizaciones y agencias relacionadas a los sistemas de salud de cada país para obtener información e informes relevantes. La estrategia se basó en la búsqueda de varias palabras clave que incluyen definiciones técnicas de eficiencia, acceso, acceso real, sostenibilidad del sistema de salud, políticas públicas, acceso de calidad, eficiencia en los sistemas de salud, corrupción, brechas regionales y los nombres de los países revisados entre otros. La búsqueda se realizó teniendo en cuenta la relevancia de los artículos y fueron estudiados artículos en inglés y español. Inicialmente se escogieron 162 referencias bibliográficas de las cuales se escogieron 122 para su revisión y seguido se seleccionaron 54 de ellas para la bibliografía final. Se organizaron según país o tema específico en un gestor de referencias bibliográficas llamado Mendeley. Como primer paso se realizó la lectura de los resúmenes

y posterior su lectura completa estableciendo ítems e información relevante que permitiera un valor agregado a este trabajo. Con esta información se tiene la intención de abordar la comparación de los sistemas de salud de Brasil, Ecuador, Finlandia y Suecia con Colombia para así lograr identificar diferencias que puedan contribuir al acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

3. Cronograma de actividades

Fecha de inicio: 11 de agosto de 2019

ACTIVIDAD	32	35	36	37	38	39	40	52	1(2020)	2	10	14
Recopilación de Artículos e información adecuada para el proyecto		■	■									
Diseño y ajuste del tema a tratar		■	■									
Desarrollo del marco teórico definitivo del estudio		■	■	■	■							
Recolección de la información		■	■	■	■	■	■	■	■			
Procesamiento de información									■	■		
Análisis de resultados y elaboración del informe final									■	■	■	■
Entrega Informe final y Revisión Final											■	■

4. Revisión de la literatura

Se analizaron cuatro países, dos suramericanos (Ecuador y Brasil) y dos europeos (Finlandia y Suecia) para realizar la comparación de la estructura organizacional en salud y los resultados globales frente al sistema de salud colombiano. Se escogieron Ecuador y Brasil por ser países fronterizos con Colombia, con culturas y aspectos similares, de los cuales son; la segmentación de la cobertura, la fragmentación organizacional, la privatización en la financiación y en la prestación de servicios de salud. Se relacionan frente a los países europeos por su modelo de sistema de salud Beveridge, permitiendo una comparación efectiva. Se escogieron dos países europeos, Finlandia y Suecia porque han sido países conocidos por generar una evolución hacia políticas universales, enfocadas a disminuir la desigualdad social en salud, que incluyen acciones sobre los determinantes estructurales de la salud, las condiciones de vida y las conductas. Son países con altos índices en salud, alta reputación y bajos índices de corrupción que permiten generar un análisis y poder destacar sus fortalezas para realizar la comparación.

3.1 Brasil

Brasil está dominado por la clase media distribuida en gran medida en el comercio minorista, la administración, los servicios gubernamentales y demás ocupaciones similares. Durante los últimos años la fuerza laboral informal ha crecido rápidamente y la disparidad regional sigue siendo

representativa en el país. La región del sur donde están la mayoría de las ciudades más grandes y pobladas alberga los grupos industriales más importantes, las instalaciones de salud sofisticadas y centros educativos con prestigio internacional, mientras que en la región del norte es lo contrario, con instalaciones de salud y educación precarias. El ministerio de seguridad social de Brasil es responsable de proporcionar asistencia social obligatoria como planes de pensiones de vejez, seguros médicos y de accidentes. Anteriormente estos se brindaban por medio de los empleadores al empleado, pero ahora están bajo el control del gobierno federal. Los beneficios de salud y los planes de seguridad social cubren a toda la población brasileña independiente de si tienen un empleo formal o si hace una contribución a la seguridad social (MarketLine, 2019).

3.1.1 Sistema de Salud de Brasil

En 1988 Brasil se promulga como una república federativa presidencialista. La carta constitucional federal, más conocida como constitución ciudadana de este mismo año, consagró los derechos individuales y colectivos en los cuales incluye el derecho universal a la Salud y el deber del estado en asegurarlo, gracias a esto, se unificó los servicios de salud públicos de la seguridad social y de las tres esferas del gobierno con el propósito de que sea de libre acceso para toda la población, esta unificación fue por medio de la creación del Sistema Único de Salud (SUS) (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

El sistema de salud de Brasil es un sistema mixto, está compuesto en su mayoría por el sector público (SUS) y tienen una cobertura aproximadamente del 75% de la población, el sector privado consiste del Sistema de Atención médica Suplementaria (SAMS) que cubre el 25% restante de la población (Montekio et al., 2011). El sistema único de salud (SUS) financia todos los servicios de salud con recursos públicos incluyendo los medicamentos ambulatorios y hospitalarios, dando un acceso universal y gratuito. Es un servicio descentralizado a través de sus redes clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, ya sean federales, estatales y municipales como también establecimientos privados (Organización Panamericana de la salud, 2008).

Brasil puede ser considerado como un estado propietario y operador que garantiza la cobertura universal con un paquete específico de beneficios. Su sistema de salud es considerado como un sistema sanitario que responde al modelo Beveridge. Este modelo se basa en el principio de acceso universal a la atención médica, el acceso a la salud se considera como algo característico de la ciudadanía y no condicionado al empleo de las personas. Las autoridades son las encargadas de financiar este sistema con impuestos en vez de contribuciones sociales. Aunque Brasil maneja una cobertura pública gratuita universal, el peso del sector privado es significativo, a través de la cobertura de salud suplementaria (Delgado et al., 2017; INESE, 2019).

El sector privado de salud en su conjunto se denomina Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y es supervisado por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). Los usuarios son las empresas y familias, quienes adquieren planes de salud y seguros de salud colectivos o individuales. Los seguros de salud se distinguen por ser principalmente de reembolso y posibilitan la libre elección de médico u hospital, mientras que los planes de salud son principalmente de prestación

de servicios dentro de un cuadro médico y hospitalario predefinido siendo estos los más habituales (Montekio et al., 2011; Organización Panamericana de la salud, 2008).

El sistema de atención medica suplementaria (SAMS) reúne los planes y seguros complementarios de afiliación voluntaria no obligatoria, que está financiado principalmente por los empleadores y empleados o en casos particulares para grupos familiares. Este sistema ofrece acceso directo a proveedores privados mediante el pago en el momento de la atención, está compuesto por consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados con el SUS, es regulado por las autoridades sanitarias y es utilizado en su mayoría por la población de mayores ingresos (Montekio et al., 2011; Organización Panamericana de la salud, 2008).

El sistema único de salud es reglamentado por la ley 8080 de 1990 donde se incluyó el acceso igualitario y universal a las actividades dirigidas a la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de forma colectiva o individual y se responsabiliza al estado de la provisión de estos servicios. De igual forma es responsable de las acciones de vigilancia epidemiológica, sanitaria, ambiental y del desarrollo científico y tecnológico, así como el control de enfermedades transmisibles. El SUS se encarga de proveer atención básica a la población y tiene como ejes principales la universalidad, integralidad, equidad, descentralización y participación (Montekio et al., 2011).

El SUS presta servicios desde la atención básica con agentes comunitarios de salud y médicos generalistas, hasta la atención de servicios de alta complejidad y alto costo por todo el territorio nacional. Aún existen algunas desigualdades regionales en la oferta y prestación de servicios debido a los problemas en la gestión del trabajo, insuficiencia de profesionales en zonas desfavorecidas y alejadas, la dificultad de la fijación de los profesionales, la poca especialización de los médicos, la mala integración de redes asistenciales, barreras geográficas y una estructura creada por oferta y no por la necesidad de la población. Aunque la población tenga cobertura a todos los servicios, las dificultades para garantizar el acceso oportuno a los servicios públicos siguen siendo un problema de atención especializada (Montekio et al., 2011).

El SUS es financiado principalmente con impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles gubernamentales: el federal, estatal y municipal. Estos recursos provienen de un rubro del presupuesto llamado “Seguridad Social” que involucra principalmente la previsión, salud y asistencia social. Estos recursos provienen de los aportes de la contribución para el financiamiento de la seguridad social, la contribución del lucro dentro de las empresas y del presupuesto fiscal respectivo como el impuesto sobre la renta. En el 2008 el 44.8% correspondía a la financiación del gobierno federal, 25.6% el estatal 29,6% el municipal (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Montekio et al., 2011).

El sector privado se financia con recursos de las empresas que contratan planes y seguros privados para sus empleados, con los recursos de las familias adineradas que compran esquemas prepagados de salud y con los pagos de bolsillo que hacen las personas por los servicios. Los aseguradores privados tienen el doble de cobertura en atención a salud individual, aunque todavía existen algunos servicios de salud y acciones de salud colectiva que su cobertura es únicamente por el SUS como la

vigilancia sanitaria y epidemiológica, trasplantes de órganos y tratamientos del SIDA (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Montekio et al., 2011).

El ministerio de salud en Brasil distribuye los recursos a los estados y municipios por medio de transferencias regulares y automáticas, igualmente con remuneración por servicios producidos, convenios, contrato de traspaso y otros instrumentos similares. Van directamente del fondo nacional de salud a los fondos estatales y municipales dependiendo de las condiciones de gestión, la calificación, la certificación del ministerio de salud y los respectivos límites financieros. Para la atención primaria de salud prevalece el criterio poblacional per cápita de transferencia de recursos financieros y que tengan media y alta complejidad. Para la atención de media y alta complejidad se paga por producción de los servicios y se registra en los sistemas de información: el sistema de información hospitalaria (SIH) y sistema de información ambulatoria (SIA). En Brasil se respetan los techos financieros según cada estado o municipio. Los seguros privados se rigen por la agencia nacional de salud suplementaria (ANS) que a su vez está vinculada con el ministerio de salud la cual involucra normas, control e inspección de segmentos de mercado explorados por empresas para asegurar el interés público (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Montekio et al., 2011).

La priorización en salud se planteó en Brasil en los años 1990, donde se propuso formular políticas nacionales de ciencia y tecnología. Este sistema de priorización se creó con el fin de evaluar el desempeño e identificar oportunidades de mejora para la cobertura y asignación de recursos públicos en salud. En 2011 con la ley 12.401 se estableció que se evaluaría la eficacia, seguridad, efectividad y costo-efectividad de los productos destinados al cuidado de la salud. Así mismo se atribuyó al ministerio de salud la responsabilidad de la inclusión, exclusión o modificación de medicamentos y productos que ofrecen en el sistema único de salud (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

Los gastos de bolsillo son los gastos que las familias destinan a través de gastos directos. En Brasil el gasto directo de bolsillo disminuyó con el tiempo, pero representa alrededor del 30% del gasto total en salud y el gasto de planes privados aumento un 20%. Esto evidencia que el seguro privado y los gastos de bolsillo representan una gran parte del gasto total en salud por lo que existen brechas de cobertura en el SUS o existen preocupaciones sobre la calidad de los servicios del gobierno que genera que las personas se enfoquen en obtener servicios privados (Gagnolati et al., 2013; World Health Organization, 2018).

3.2. Ecuador

Ecuador es una república constitucional la cual implemento la nueva constitución del año 2007 donde se recuperó el rol del estado enfocándose en los intereses colectivos y comunes de toda la población y no de grupos económicos. Posterior a esto, entro en vigor el plan para el periodo 2009-2013 donde se propuso alternativas al desarrollo, se redefinió el estado como constitucional de derecho y justicia, plurinacional e intercultural. El tercer plan nacional del 2013-2017 fue un plan para consolidar la reducción de brechas sociales, territoriales y consolidación del estado democrático, de igual forma, potencializar el talento humano y generar capacidades productivas con inversiones en infraestructura y desarrollo. Finalmente, el plan nacional del periodo 2017-2021, se basa en la

sostenibilidad ambiental y desarrollo territorial. Sus ejes centrales son; los derechos para todos durante toda la vía, la economía al servicio de la sociedad y “más sociedad, mejor estado” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017).

Las leyes fundamentales en Ecuador deben garantizar las acciones en salud y control sanitario, así como la regulación de organizaciones e institucionalidad administrativa en el sistema de salud. El derecho a la salud es comprendido como universal y gratuito teniendo acceso a los servicios públicos estatales de salud, disponibilidad de medicamentos de calidad y atención prioritaria (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012)..

3.2.1 Sistema de Salud de Ecuador

En 2008 la constitución política de la república de Ecuador consagra la salud como un derecho garantizado por el estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales descritas en el artículo 32. Se plantea el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a los programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud incluyendo salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios se rige bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética. El artículo 358 asegura que el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en el sector salud y el artículo 360 menciona que el gobierno garantizará que se tendrá acceso a la promoción, prevención y atención integral a la familia con base en la atención primaria de salud (García, 2016).

El sistema de salud de Ecuador es un sistema mixto que está compuesto por sector público y privado. El sector público es constituido por el ministerio de salud pública (MSP) con las entidades prestadoras y actores del sistema nacional de seguridad social y el ministerio de inclusión económica y social (MIES), a su vez se integra, el instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) que incluye los seguros sociales al campesino, el instituto de seguridad social de las fuerzas armadas (ISSFA), dependiente del ministerio de defensa nacional y el instituto de seguridad social de la policía nacional (ISSPOL), dependiente del ministerio del interior (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

El ministerio de salud pública debe ofrecer servicios de atención de salud a toda la población, aunque, para la población que no está asegurada, el ministerio de inclusión económico y social ofrece programas y establecimientos en los cuales pueden ser atendidos. Asimismo, desde el 2009, el país cuenta con un fondo de seguro obligatorio de accidentes de tránsito (FONSAT) que garantiza la universalidad de la cobertura respondiendo por indemnizaciones y amparo a víctimas de accidentes de tránsito. En cuanto al sector privado, este está compuesto por entidades con fines de lucro ya sean hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada, no obstante, existen organizaciones sin fines de lucro tales como ONG, organizaciones de sociedad civil y asociaciones sociales que también brindan estos servicios (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

El sistema de salud de Ecuador es un modelo mixto privatizado y es una mezcla de un modelo Bismarck y Beveridge donde los proveedores de los fondos del gobierno público cumplen con los servicios y seguros médicos privados. El sector público cubre alrededor del 60% de la población local incluidos los no asegurados y pensionados públicos. Mientras que el restante está cubierto por las organizaciones privadas con o sin fines de lucro de la sociedad civil, incluidas aquellas con acceso a seguros médicos privados (Porrás, 2015).

Los seguros privados y empresas de medicinas prepagadas tienen baja participación en la población, aproximadamente un 3% pertenecen a este rubro y son personas de ingresos medios y altos. Las entidades privadas que están certificadas por las entidades del seguro social también prestan sus servicios a los afiliados del sistema de seguridad social bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios y el sector privado es supervisado por la superintendencia de compañías. La mayoría de estos prestadores de servicios en general están bien dotados con buena infraestructura y alta tecnología y están ubicado en las principales ciudades en la cual la población suele realizar pagos directos de bolsillo al momento de recibir la atención (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio, Villacres, & Henriquez, 2011) .

El MSP es la autoridad sanitaria nacional que tiene la capacidad de fijar normas y ejercer el poder sobre el sistema, y debe tener una buena conducción, normalización y regulación de las actividades de salud. Tanto el sistema de seguridad social como el sistema nacional de salud comprende la prestación de servicios de salud como la universalización de la atención, pero el sistema de seguridad social no tiene como objetivo la prestación de servicios de salud sino únicamente la de brindar un seguro que permita a sus afiliados a acceder a estos servicios cuando lo requiera, los servicios de salud por su lado son parte del sistema nacional de salud. Esto indica que en los hecho aún existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la más óptima (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio et al., 2011).

La responsabilidad del MSP como autoridad sanitaria nacional tiene la función de velar que se incorpore la salud como garantía de calidad de vida y en incidir en las políticas y estrategias de la acción gubernamental y del estado. Se consideran los servicios de salud pública como el conjunto de intervenciones, actividades de promoción, preventivo y de vigilancia realizados por el estado en beneficio de los ciudadanos. El MSP maneja el mayor número de establecimientos de salud públicos en el país, en los tres niveles de atención. El primer nivel de atención es el más cercano a la población, es un servicio ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia y además es la puerta de entrada obligatoria al sistema nacional de salud. El segundo nivel comprende los servicios ambulatorios especializados que requieren hospitalización. El tercer nivel presta los servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad, trata problemas de salud de alta complejidad y con recursos de tecnología muy superiores e intervenciones quirúrgicas de alta severidad. Existe un cuarto nivel de atención para enfermedades consideradas como catastróficas, como prótesis de cadera, rodilla y cirugías de cataratas entre otros. Ecuador presenta aun en su sistema de salud gastos privados elévalos, lo que llaman gasto de bolsillo, siendo mayores en la población de menores recursos (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio et al., 2011).

El ministerio de salud pública en teoría ofrece cobertura a toda la población, también, es en realidad el principal proveedor de servicios tanto preventivos como curativos a la población. Existe un subsistema de seguro público para clase media y alta que es obligatoria para los trabajadores formales y está condicionada a los aportes realizados mediante contribuciones del trabajador como del empleador. El seguro Social campesino afilia a los trabajadores de área rural y es una cobertura de carácter familiar, para el ISSFA e ISSPOL la afiliación también es familiar, pero se pueden presentar copagos diferenciados de la función de la prestación y del grado de dependencia del afiliado. El IESS es un sistema de cobertura familiar limitado a cónyuge e hijos menores de edad con una contribución adicional independiente de la afiliación personal (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio et al., 2011).

El financiamiento sigue siendo rol de la autoridad sanitaria nacional que debe garantizar a los ciudadanos independiente de su capacidad de pago, la protección social básica en materia de salud. La constitución en el artículo 366 estipula que el financiamiento público en salud debe ser oportuno, regular y suficiente y debe provenir de fuentes permanentes del presupuesto general del estado. Estos recursos públicos serán distribuidos según criterio de población y necesidad de salud. El sistema de financiamiento de Ecuador es un sistema mixto que se conforma principalmente por 3 fuentes de financiamiento, la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores público o privados y la contribución del estado. (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio et al., 2011).

Para el caso de SSC se financia con recursos provenientes del aporte solidario de los empleadores, el aporte de afiliados del SGO, la contribución obligatoria de seguros públicos, la contribución del estado y asignaciones suplementarias. El ISSSPOL se financia por aporte de los miembros de la policía en el servicio activo y en el caso de ISSFA los recursos vienen de los militares en servicio activos y los aportes del ministerio de defensa (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio et al., 2011).

No hay copagos para los habitantes del sistema público salvo ciertas categorías de prestación de los subsistemas SSFA e ISSPOL. El sector privado se financia con primas a algún tipo de seguro privado, con copagos por servicios asegurados, pagos directos por servicios prestados y a primas al seguro de accidentes de tránsito (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio et al., 2011).

La asignación de los recursos se realiza en base a las prioridades de política de la agenda nacional, es decir que esta asignada bajo el plan nacional de desarrollo, que corresponde a la agenda social de salud del ministerio. La mayoría del presupuesto esta predeterminado por las actividades reguladas. La función de autoridad sanitaria nacional es realizada por el ministerio de salud pública. Debe planificar, regular y generar políticas públicas, definir estándares y mecanismos de gestión con el propósito de vigilar la salud pública y actuar para mejorar el nivel de salud de la población. La ley orgánica del sistema nacional de salud (LOSNS) establece que el MSP se apoya con el consejo nacional de salud (CONASA) para impulsar políticas e investigaciones orientada a la prioridad nacional. El propósito de CONASA es promover los concesos en las políticas públicas e impulsar mecanismos de coordinación para la organización del sistema nacional de salud. El MSP está presente

en cada provincia, con una dirección de salud para la administración del presupuesto dependiente de los servicios básicos de salud (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Lucio et al., 2011).

3.3. Colombia

Colombia funciona como un estado guardián y administrador de los servicios de atención de salud. Se basa en el financiamiento con fondos públicos garantizando una cobertura mínima de los servicios de salud a todos los ciudadanos y se financia a través del seguro social y operaciones privadas. Es un sistema basado en el principio de solidaridad y con un paquete de beneficios integrales dirigidos al ciudadano. En la literatura el sistema de salud colombiano es considerado como un modelo Bismark que tiene una financiación mixta de los cotizantes y el estado. Aunque en la realidad, el sistema de salud colombiano se comporta como un modelo Bismarquiano, Beveridge y libre mercado, conocido como pluralismo estructurado. Este modelo organiza a los agentes involucrados en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: regulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y la prestación de servicios. Esto dentro de un modelo de competencia regulada, en el cual se regula entre las aseguradoras por afiliados, y entre los prestadores de servicios para que las aseguradoras los contraten (Delgado et al., 2017).

La protección social en Colombia se ha consolidado a través del sistema de seguridad social integral dentro del cual están los sistemas de pensiones, sistema de riesgos profesionales y de seguridad social en salud con lo que provee de servicios y de asistencia social a la población. La constitución política de Colombia define al país como un estado social de derecho organizado en forma de republica unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales así como democrática, participativa y pluralistas con enfoque al respeto de la dignidad humana (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

El sistema de salud en Colombia debe garantizar a toda la población el acceso a servicios de protección, promoción y recuperación para el cuidado integral de la salud, es por esto, que Colombia ha impulsado la ampliación de la cobertura de la seguridad social y la sostenibilidad de recursos destinados a su financiamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

3.3.1 Sistema de Salud de Colombia

A partir de 1991 con la Constitución Política, Colombia se define como un Estado Social de Derecho, esto se traduce a que el estado debe garantizar los derechos sociales, tanto individual como colectivo mediante su reconocimiento en la legislación y políticas activas de protección social. Dentro de la constitución el artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable de los habitantes que se prestara bajo el control del estado. La función primaria es garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

En 1993 la constitución política llevo a cabo una reforma de su sistema de protección social que comprende la salud de riesgos laborales, pensiones y servicios sociales. Esta reforma es la Ley 100 por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y es la encargada de

determinar la dirección, organización y funcionamiento de las obligaciones que derivan de su aplicación. Con esta reforma se buscó transitar de un sistema de salud fragmentado a un modelo de aseguramiento compuesto por dos regímenes de financiamiento. Además, surgen otras leyes que complementan las condiciones del sistema de salud, una de estas fue la ley 715 de 2001 por la cual se establecen normas orgánicas con respecto a recursos y competencias para la prestación de los servicios de educación y salud. Otra ley es la 1122 de 2007 que tenía como objetivo realizar ajustes al SGSSS enfocándose en mejorar las condiciones de salud de la población. Finalmente, la ley 1438 de 2011 que tiene como objetivo fortalecer el SGSSS a través de modelos de prestación del servicio público en salud con una estrategia de atención primaria donde se enfocan en la creación de un ambiente sano y saludable brindando servicios de mayor calidad (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

Según la Ley Estatutaria 751 se tiene como objetivo garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta ley estatutaria, plasma un conjunto de directrices y normas que establece los derechos y deberes de los usuarios de este sistema de salud y de los agentes prestadores con el fin de acabar con una serie de inequidades y del uso del mecanismo de la tutela para exigir el cumplimiento del sagrado derecho constitucional de acceso a una prestación digna y oportuna de los servicios de salud de los colombianos (Congreso de Colombia, 2015; Pérez Cardenas, 2017).

Tabla 1

Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.

Disponibilidad	Aceptabilidad
Accesibilidad	Calidad e idoneidad profesional
Universalidad	Pro homine
Equidad	Continuidad
Oportunidad	Prevalencia de derechos
Progresividad del derecho	Libre elección
Sostenibilidad	Solidaridad
Eficiencia	Interculturalidad
Protección a los pueblos indígenas	Protección comunidades indígenas (Negras, raizales, etc.)

Nota: Autoría Propia. Fuente: (Congreso de Colombia, 2015; Pérez Cardenas, 2017)

El Sistema de Salud Colombiano garantiza el acceso a los servicios y protección financiera de la población a través del aseguramiento social para el sistema organizado como un servicio público. Corresponde a una participación público-privada en el aseguramiento y prestación de servicios y mercado regulado con la función de lograr mayores niveles de eficiencia y calidad en la gestión. El sistema de salud colombiano tiene cinco funciones específicas en el marco legislativo que son: modulación, financiamiento, salud pública, aseguramiento y prestación de servicios de salud (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

La atención en el sistema general de seguridad social en salud se presta principalmente a través del aseguramiento en salud, el cual está compuesto por tres regímenes. El régimen contributivo es aquel donde los trabajadores hacen un aporte mensual por su afiliación y la de su respectivo núcleo familiar al sistema de salud. Se financia con base en contribuciones de las empresas y los trabajadores. El régimen subsidiado se basa en la población pobre y vulnerable del país que no tiene capacidad de pago. Incluye poblaciones especiales tales como indígenas y desplazados. Se cubre con impuestos generales y aportes del régimen contributivo. Finalmente, el régimen especial que incluye los sistemas independientes como las fuerzas militares, empleados del magisterio, Ecopetrol y otras organizaciones autónomas que establecen sus propias coberturas y estructuras de servicios (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

Aproximadamente el 95% de la población está cubierta por la seguridad social y en ambos regímenes (Contributivo y Subsidiado) se pueden escoger entre una gran cantidad de entidades promotoras de salud (EPS). Las EPS son entidades responsables de cumplir funciones del aseguramiento para los dos regímenes y la afiliación y recaudaciones de sus cotizaciones (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

El eje central es el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), las afiliaciones al sistema son obligatorias y se hace a través de las EPS públicas o privadas asegurando el Plan de beneficios en salud (PBS) o conocido antiguamente como Plan Obligatorio de Salud (POS). El PBS es un paquete de salud explícito en el cual las EPS pueden contratar libremente los servicios de salud con proveedores públicos y privados (con o sin ánimo de lucro). La EPS ofrece a sus afiliados una red de Instituciones públicas de salud (IPS) tanto públicas como privadas, consultorios, laboratorios, hospitales y los profesionales individuales que ofrecen servicios de salud. El sistema en Colombia se constituye como un modelo económico de libre mercado que permite la participación del sector privado en la provisión de un servicio esencial de garantía constitucional como lo es la salud y es donde la competencia se ve plasmada (Manrique López & Jiménez Barbosa, 2012).

En Colombia también existe un aseguramiento privado para acceso a planes voluntarios de salud y pólizas de salud. Suelen ser planes de medicina prepagada, planes de atención complementaria del plan obligatorio de salud emitidas por las EPS, pólizas de seguro emitido por compañías de seguros y otros planes autorizados por la superintendencia financiera y de salud. Las redes de IPS que conforma cada EPS deben cubrir el PBS, incluye también la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido y consulta médica general, odontológica y cubrimiento de medicamentos, así como exámenes de laboratorios o consultas especializadas (Guerrero et al., 2011).

Los dos regímenes están vinculados entre si a través de un fondo de recursos anteriormente conocido como fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), actualmente llamado administradora de los recursos del sistema general de seguridad social (ADRES), en el ámbito nacional la regulación está a cargo del ministerio de salud y protección social (MSPS). El ADRES tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del sistema general de seguridad social en la salud e implementar controles, igualmente, se realiza un reconocimiento y pago de la unidad de pago por capitación (UPC) del aseguramiento obligatorio en salud. El UPC es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del plan de beneficios de salud.

Para la prescripción de los medicamentos que no están en el PBS se hace por medio de una herramienta llamada MIPRES. Es una herramienta electrónica de uso obligatorio por el personal sanitario para aquellos que requieran ordenar alguna tecnología en salud no incluida y son reembolsadas caso a caso por el ADRES (Roció et al., 2017).

Todos los asalariados o pensionados al igual que todos los trabajadores independientes tienen una contribución obligatoria que equivale al 12.5% de los ingresos laborales, pero en caso de los asalariados o pensionados solo pagan el 4% mientras que el empleador se encarga de pagar el restante 8.5%. Los independientes deben pagar la totalidad del porcentaje. Para el régimen subsidiado los recursos son reunidos a través del ADRES y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo. El 95.7% de la población tiene algún tipo de aseguramiento de salud, aunque aún existe una porción de la población de ingresos medios que carecen de cobertura ya que pueden estar desempleadas o porque son trabajadores independientes y no alcanzan la estabilidad laboral para pagar el 12.5% de sus ingresos. No obstante, esta población se ve obligada a acudir a sistemas de salud privado con pagos de bolsillo. De igual forma se estima que el crecimiento de la afiliación a seguros privados esta incrementado y es constante y ligeramente superior al poblacional (Guerrero et al., 2011).

En Colombia existen varios factores para que el gasto de bolsillo se incremente como lo es el tamaño del hogar, la población adulta y el ingreso per cápita del hogar entre otros. En general Colombia mantiene uno de los gastos de bolsillos más bajos de Latinoamérica (Perez & Silva, 2015).

El sistema General de seguridad social en Salud moviliza recursos desde fuentes primarias como los hogares de los colombianos y las empresas a través de cotizaciones y de fuentes secundarias como los recursos de la Nación, recursos departamentales, distritales entre otros. Estas fuentes se transforman para el financiamiento del régimen contributivo, subsidiado, riesgos profesionales y demás (Guerrero et al., 2011).

Existen otros recursos del sector salud que son los planes adicionales de salud que son financiados por los usuarios que pueden complementar el PBS en cuanto a la reducción de tiempos en la atención médica, la cobertura y acceso a servicios especializados. El seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) cubre eventos originados en accidentes de tránsito, la cobertura de riesgos profesionales que cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin límites del PBS y la atención de eventos definidos como catastróficos que suelen ser inundaciones, terremotos y demás (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

La priorización en Colombia inicio con el propósito de aumentar la legitimidad política para la toma de decisiones en inclusión o exclusión de una determinada tecnología del PBS. Empieza junto con la creación de SGSSS desde la perspectiva de establecer los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado como productos principales del sistema de priorización, la creación del Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (INVIMA), y la constitución del Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud (CNSSS). Dada la creación de está y la posterior incorporación de entidades técnicas que orientan las decisiones, se ha buscado fortalecer el esquema institucional para la priorización del gasto. Debido a su plan de beneficios explícito y cubierto por

una UPC genera una preocupación en la sostenibilidad del sistema, pero aún más las consecuencias en termino de acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

En Colombia, el litigio también ha alentado el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental, esto debido al desarrollo de políticas para controlar los precios de los medicamentos y la creación de una comisión específica del Poder Judicial que supervise las medidas tomadas por el Ministerio de Salud para cumplir con los compromisos establecidos en la sentencia T-760/2008. Esta sentencia otorgo a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo e impartió ordenes a las autoridades para garantizar este derecho y resolver dificultades frente al acceso. Por tal razón se dejó de invocar la protección del derecho por su conexión con otros derechos fundamentales como el derecho a la vida. Esta sentencia se originó como respuesta a varios problemas con respecto al acceso y falta de supervisión y autorregulación en el sistema de salud (Restrepo et al., 2018).

3.4. Suecia

El sistema sanitario en Suecia es caracterizado porque el derecho a la atención sanitaria está directamente enfocado en la ciudadanía y no en la actividad laboral, tiene una financiación de los impuestos generales, locales y específico y la provisión de los servicios de salud y medicamentos se dan en centros médicos y hospitales que suelen ser propiedad pública. Los pacientes deben pagar la totalidad de la consulta y son reembolsados posteriormente a través de un sistema de seguridad nacional. Los ciudadanos deben pagar un copago obligatorio y es independiente de la situación económica (Sanchez, 2015).

3.4.1 Sistema de Salud de Suecia

El sistema de salud en Suecia está organizado en tres niveles, Nacional, Regional y Local. El gobierno tiene la responsabilidad de asegurar que todas las personas que viven en Suecia tengan acceso a buenos servicios de salud. La atención en salud está financiado y descentralizado por el gobierno con fondos públicos y la cobertura es universal y automática. Existe un seguro de salud privado como cobertura complementaria, aunque representa menos del 1% de los gastos y está asociado a garantizar acceso rápido a un especialista y solo aproximadamente 10% de la población tienen acceso a estos seguros. El gobierno sueco también financia la atención con proveedores privados que tienen acuerdos con cada consejo del condado, a nivel regional existen 21 consejos de condado y los gastos de bolsillo se concentran en su mayoría en los medicamentos (The commonwealth fund, 2019).

Suecia se puede considerar un estado propietario y operador encargado de garantizar la cobertura universal con un paquete de beneficios. Se basa principalmente en los ingresos recaudados a través de los impuestos generales de los niveles nacionales o regionales. Así mismo contempla un modelo del sistema de salud de modelo Beveridge que se basa en el acceso universal y como parte natural de los ciudadanos. Tiene sus propios centros sanitarios y regula el precio de los medicamentos (Delgado et al., 2017).

Suecia se divide en 290 municipios y 21 consejos de condado, está regulado por la ley de salud y servicios médicos y el gobierno establece los principios y toda la agenda política para la salud y atención médica. La política sueca establece que cada consejo de condado es el encargado de brindar a los residentes la atención médica y de salud de buena calidad, además cubren la atención dental. La mayoría de los costos médicos y de salud en Suecia son pagados por el consejo del condado y los impuestos municipales. Las contribuciones del gobierno nacional es otra de las fuentes de financiación mientras que los honorarios que pagan los pacientes cubren solo un pequeño porcentaje de los costos (Sweden Sverige, 2019).

En Suecia no existe un paquete de beneficios definido, el sistema de salud financiado con los fondos públicos cubre la salud pública y los servicios preventivos, teniendo en cuenta la atención primaria, especializada y ambulatoria. Los medicamentos tienen un subsidio anualmente, las personas pagan el costo total de los medicamentos hasta un tope y posterior a esto el gobierno subsidia el 100% del valor. Este beneficio es para todos los grupos sociales y los límites del gasto de bolsillo aplica a todos en general y no se ajusta por ingresos. Este sistema es monitoreado para la correcta atención en servicios de alta calidad, por lo que el gobierno evalúa los objetivos de calidad y esquemas asociados de pagos y desempeños vinculados a los requisitos de acreditación y su continuidad. Así como la evaluación de los registros de pacientes y nacionales de calidad, donde se evidencia la satisfacción del paciente. Suecia posee un sistema para mejorar y garantizar la igualdad de acceso en todo el país que se basa en ver a un médico general dentro de 7 días máximo, no pueden esperar más de 90 días para ver a un especialista y no esperar más de 90 días para recibir algún tratamiento después de ser diagnosticado. Esto le ha permitido atender un 70% de pacientes dentro de este sistema lo que ha generado un beneficio mayor a la comunidad (The commonwealth fund, 2019).

El plan de beneficios sueco acumula los gastos de los pacientes por medicamentos y servicios reembolsados y se acumula por 12 meses a partir del primer uso o primera compra y el valor del copago se va disminuyendo a medida que el individuo va gastando y cuando el costo acumulado haya alcanzado el umbral de alto costo, el estado cubrirá el valor del copago durante el resto del periodo (Andersson et al., 2008).

3.5. Finlandia

Finlandia es un estado propietario y operador donde el gobierno proporciona una cobertura universal. Es un modelo Beveridge altamente descentralizado donde los municipios están legalmente obligados a financiar y organizar servicios de salud para sus residentes. Los servicios sociales y de salud en Finlandia comprende los ingresos recaudados de impuestos generales, contribuciones al seguro de enfermos y pagos de bolsillo. El sistema de prestación de servicios administrativos localmente se asigna a través de un plan presupuestal para comprar servicios sociales y de salud necesarios. El sistema de salud finlandés ofrece cobertura universal para una amplia gama de servicios de salud prestada por proveedores de propiedad y operaciones públicos (Sanchez, 2015).

3.5.1 Sistema de Salud de Finlandia

El sistema de salud en Finlandia es descentralizado y la atención se centra en instalaciones municipales, ocupacionales o privadas. Son responsables de prestar la atención de servicios básicos como educación, salud y atención social. El ministerio de asuntos sociales y salud es el encargado de reformar las políticas de salud. La financiación proviene de los municipios con derecho a impuestos y el esquema legal del seguro nacional de salud que es administrado por la institución del seguro social y responsable ante el parlamento. El seguro nacional de salud tiene una asistencia sanitaria universal y cubre a todos los residentes permanentes en el país. El sector público financia el 76% del gasto sanitario total, los usuarios de servicios el 20% y los empleadores, seguros privados y sociedades de beneficios el 4% (Finnish Medical Association, 2007).

La reforma administrativa que busca centralizar la salud la atención social en menos regiones ha estado en proceso durante mucho tiempo, pero no se ha materializado. Aunque la salud de la población es bastante buena y sus indicadores superan la media de la unión europea. Ha mejorado la atención de muchas afecciones crónicas y ha mejorado sustanciales con programas de prevención y tratamientos a gran escala. La legislación y las directrices de política general se preparan a nivel nacional con una red de expertos no estatales mientras que las medidas de gobernanza son blandas y cada subsistema disfruta de un grado de libertad en organizar sus servicios. Además, existen varias plataformas designadas con información como legislación, derechos, tarifas, disponibilidad de servicios y tratamientos. Igualmente, los derechos del paciente y las garantías de servicios están estipulados en las leyes (Keskimäki et al., 2019).

Los centros de salud en Finlandia son propiedad del sector público, aunque los hospitales privados o en conjunto están aumentando significativamente. La red de hospitales públicos oscila entre los 15 hospitales centrales y 5 universitarios que hacen parte de los 20 distritos hospitalarios del país. Además, los municipios y los distritos hospitalarios también administran y financian los centros de atención primaria y secundaria, así como psiquiátrica. La política de salud finlandesa tiene como objetivo principal promover la salud y el bienestar de la población, reducir las desigualdades en salud, garantizar el acceso universal a los servicios, mejorar la calidad y aumentar la capacidad de respuesta del sistema (Keskimäki et al., 2019).

En Finlandia el gobierno decide las estrategias y prioridades nacionales y propone leyes para su discusión en el parlamento. La agencia finlandesa de medicamentos es la autoridad nacional que se encarga de la regulación de productos farmacéuticos, mantiene y promueve el uso responsable de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanguíneos. De igual forma, otorga permisos para la venta y evalúa la calidad y documentación relacionada con la comercialización. También, supervisa la fabricación, importación y distribución de medicamentos y difunde información de estos mismos (Keskimäki et al., 2019).

En el 2016 con la propuesta gubernamental 330 se proporciona información sobre los precios de los medicamentos y dispositivos médicos con el fin de que las farmacias ahora sean obligadas a informar al paciente sobre el producto más barato dentro de un grupo de referencia. Aunque está especialmente dirigido al lado de la oferta también tiene impacto en el lado de la demanda a través de los copagos de los pacientes (Al igual que Suecia, Finlandia maneja copagos para acudir a los

servicios de salud y medicamentos), se busca imitar mercados competitivos y establecer precios a un nivel competitivo (Koskinen, 2018).

Los copagos en Finlandia se limitan a 691 EUR por persona por la atención en salud. Para los medicamentos los pacientes pagan los primeros 50 euros gastados en medicamentos recetados en un año determinado. Cuando sobrepasan este límite, la mayoría de los medicamentos se reembolsan a una tasa del 40% en algunas ocasiones especiales hasta un 65% y 100% y el gasto de bolsillo se limita a 605 euros por año (Karanikolos, 2018).

3.6. Comparación de los sistemas de Salud

Tabla 2
Comparación de los sistemas de Salud

País	Estado	Modelo Sistema Salud	Cobertura Población
Colombia	Guardian y administrador	Bismarck, Beveridge y Libre mercado	95%
Brasil	Propietario y operador	Beveridge	78%
Ecuador	Mixto privatizado	Bismarck y Beveridge	61%
Finlandia	Propietario y operador	Beveridge	100%
Suecia	Propietario y operador	Beveridge	100%

Nota: Autoría Propia. Fuente: (Delgado et al., 2017; OECD, 2019; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018; WHO & The World Bank, 2017; World Health Organization (WHO), 2018)

Colombia es un modelo que combina el Bismarquiano, Beveridge y libre mercado, conocido como pluralismo estructurado. Ecuador tiene una mezcla de Bismarck con Beveridge y Brasil, Finlandia y Suecia son Beveridge. Colombia especialmente es un modelo financiado con aportes por lo general de empleados y empleador para cubrir un paquete definido de servicios. Se destina un porcentaje del salario y estas contribuciones se van al pago de los proveedores de servicio de salud y atención. Este sistema se argumenta como un aseguramiento a la equidad y acceso universal basado en la necesidad clínica, es decir, no discrimina a personas mayores o con alguna condición médica preexistente por lo que este sistema bien diseñado puede generar una cobertura global a todos de manera similar a los sistemas financiados por impuestos, de igual forma es un modelo de competencia regulada, en el cual se regula las aseguradoras por afiliados, y entre los prestadores de servicios para que las aseguradoras los contraten.

Brasil, Finlandia y Suecia son modelos con financiaciones a través de impuestos generales, lo que se busca es poner en común el riesgo de grandes poblaciones y permitir que los servicios de salud estén disponibles para toda la población, el método de recaudación depende de un país a otro pero la ventaja de este modelo es que tiende a la universalización pues la prestación no depende de la calidad del trabajador, unifica los riesgos y la prestación depende de una situación genérica de necesidad, se financia con recursos públicos que generalmente se derivan de impuestos que establecen en el presupuesto general del estado, no distingue colectivos asegurados ni riesgos individualmente.

Ecuador es un modelo mixto que incluyen los dos modelos donde tiene un sistema contributivo que es el seguro universal obligatorio que básicamente está financiado por los aportes de trabajadores, empleadores y estado y el no contributivo que es parte del sistema de seguridad social que es sostenido únicamente por el estado (Delgado et al., 2017).

La cobertura de la población se basa en un conjunto básico de servicios de salud que permite una evaluación inicial del acceso a la atención y protección financiera. La cobertura de la mayoría de los países de este estudio ha logrado una cobertura casi universal para un conjunto básico de servicios de salud, que generalmente incluyen consultas con médicos, pruebas y exámenes, y atención hospitalaria. Suecia y Finlandia tienen un 100% de cobertura, seguido de Colombia con 95%, Brasil un 78% y finalmente Ecuador con un 61%.

Suecia y Finlandia han logrado la universalidad debido a los esquemas de financiamiento para lograr la cobertura universal de salud, así como respaldos por subsidios públicos y leyes sobre el alcance y la profundidad de la cobertura. Colombia es otro de los países con un porcentaje alto de cobertura y toda la población debería tener el mismo acceso a los mismos servicios de salud. Brasil tiene una cobertura de la mayoría de su población, tienen derecho a la salud gratuita, financiada con recursos de la Federación, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, aunque aún tiene varios inconvenientes para llegar a la universalidad de la atención y es debido a la heterogeneidad de la capacidad gestora entre los estados, así como los problemas en el ámbito de la calidad de las acciones y servicios ofrecidos y la insuficiencia de oferta e integrado de la red de atención en salud en muchas regiones. Ecuador es el país con el porcentaje más pequeño de cobertura y no logra aún alcanzar plenamente objetivos sanitarios que impacten en la mejora de la calidad y atención de salud. Una de las razones son las barreras de acceso a la atención integral, y oportuna de la salud, así como limitada protección financiera. Se necesita cerrar las brechas de acceso y atención que todavía persisten, así como tener capacidad de resiliencia para superar los efectos de la inestabilidad política y económica que afectan el desempeño del sistema de salud. (OECD, 2019; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018; WHO & The World Bank, 2017; World Health Organization (WHO), 2018).

Colombia estructuralmente se parece más a Ecuador que a Brasil, en términos de modelo de sistema de salud, aunque Colombia resalta en términos de porcentaje de cobertura y gastos de bolsillo poniéndose al mismo nivel de los países europeos.

5. Discusión

La salud se puede considerar como un bien transable por lo que se puede ver bajo las reglas mercantiles que se encargan de regular los actos del comercio y el comerciante. Esto permite que los sistemas de salud puedan establecer condiciones para mejorar la eficiencia, calidad y cobertura en el suministro de servicios de salud que brindan las instituciones particulares, los aseguradores o prestadores que están a cargo de la prestación de este servicio bajo un control estatal. Estos pueden ser elementos muy importantes para diseñar un modelo de salud que pudiese garantizar ese estado de bienestar óptimo. En países desarrollados las estrategias son distintas y no requieren necesariamente de una intervención de sus gobiernos, aun así, sigue habiendo dificultades para brindar el acceso a los

servicios de salud en especial en la calidad ya que se ha visto que no siempre se dan los resultados esperados. Esto parte principalmente del ideal del mercado perfectamente competitivo que regula la cantidad y precio de un bien o servicio y que el mercado de la salud carece de esta teoría (Saza, 2018).

En este contexto, se revisará a continuación cuatro índices que permitirán una comparación del desempeño de los sistemas de salud y políticas públicas. El índice de acceso y calidad de la atención médica, el índice de acceso global a la atención médica, el índice de seguridad sanitaria mundial, el índice compuesto de resultados en salud y en la información previa de cada sistema de salud e información de análisis de variables cualitativas y de financiación para identificar qué países están estableciendo mejores políticas y acciones con respecto a la atención en salud y acceso a servicios esenciales.

Tabla 3
Análisis de variables cualitativas y de financiación de 5 países

País	Estado	Modelo Sistema Salud	Sistema Salud	PIB (2018)	Índice de desarrollo humano (IDH) (2017)
Colombia	Guardian y administrador	Bismarck, Beveridge y Libre mercado	Sistema Mixto	330.974M.\$	0,747
Brasil	Propietario y operador	Beveridge	Sistema Mixto	1.867.818M.\$	0,759
Ecuador	Mixto privatizado	Bismarck y Beveridge	Sistema Mixto	108.398M.\$	0,752
Finlandia	Propietario y operador	Beveridge	Sistema Descentralizado	274.210M.\$	0,922
Suecia	Propietario y operador	Beveridge	Sistema Descentralizado	556.073M.\$	0,933

País	Índice de percepción de la corrupción (CPI) 2019	Población (2018)	Gasto Publico (2018)	% Gasto Salud del Gasto Total Publico (2018)	Gasto de bolsillo cómo % del gasto privado en salud (2017)
Colombia	36	49.834.000	92.971 M.\$	13,37%	16,30%
Brasil	35	209.469.333	71.8643 M.\$	9,90%	27,50%
Ecuador	34	17.023.000	40.166 M.\$	10,99%	39,40%
Finlandia	85	5.517.919	14.694 M.\$	13,12%	20,20%
Suecia	85	10.230.185	277.161 M.\$	18,47%	15,00%

Nota: Autoría Propia. Fuente: (Datosmacro, 2018; Transparency International, 2019; World Health Organization, 2018)

La tabla 3 muestra una comparación de los países estudiados frente a variables cualitativas y de financiación de sus sistemas de salud. Se analizan variables cuantificables como el producto interno bruto (PIB), una variable macroeconómica que expresa el valor monetario de productos de bienes y servicios de demanda final de un país durante un periodo de tiempo y el gasto público, en valores nominales expresados en la moneda en dólares US\$ internacionales; igualmente, se analizó el gasto en salud público expresado como porcentaje (%) del gasto total público y finalmente la población (Delgado et al., 2017).

Adicionalmente, se evalúa el índice de desarrollo humano (IDH) que permite una comparación sobre la salud, la educación y los ingresos de las personas y es elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La dimensión de la salud es evaluada con la esperanza

de vida al nacer; la educación, por los años promedio de escolaridad de adultos de 2 años o más y de los años esperados de escolaridad de los niños en edad escolar; finalmente la dimensión del ingreso se mide con el PIB per cápita (Delgado et al., 2017).

Complementario a esto se evalúa el índice de percepción de la corrupción que clasifica a 180 países y territorios según sus niveles percibidos de corrupción en el sector público según expertos y empresarios. La corrupción se mide como el ofrecimiento y la recepción de sobornos, la malversación y la negligente asignación de fondos y gastos públicos, la subvaloración de precios, escándalos políticos o financieros, fraude electoral, paga a periodistas, compra de información en medios de comunicación, tráfico de influencias y demás. Se mide en una escala de cero (percepción de muy corrupto) a cien (percepción de ausencia de corrupción) (Delgado et al., 2017).

En el índice del desarrollo humano, Colombia, Brasil y Ecuador tienen puntajes muy cercanos, Colombia (Puesto 90 sobre 189) tiene un puntaje de 0,747, Brasil (Puesto 70 sobre 189) ,0759 y Ecuador 0,752 (Puesto 86 sobre 189) y son considerados por tener un puntaje alto. Analizando Suecia y Finlandia, países con una población relativamente pequeña y con un puntaje de índice de desarrollo humano superior. Suecia está en el puesto 7 sobre 189 países con un puntaje de 0,933 y Finlandia está en el puesto 15 sobre 189 países con un puntaje de 0,922 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018).

El índice de corrupción en los países latinoamericanos tiene puntajes muy parecidos y sigue siendo unos de los mayores impedimentos para el desarrollo económico y social de estos países. Con puntajes de 36 para Colombia, 35 para Brasil, y 38 para Ecuador. En el ranking, Colombia se encuentra en el puesto 96 sobre 180 países, Ecuador 93 sobre 180 países y Brasil 106 sobre 180 países. Con respecto a Finlandia y Suecia, son países con bajos índices de corrupción estando en los mejores puestos del ranking, Finlandia se encuentra en el puesto 3 sobre 180 países con un puntaje de 86 y Suecia en el puesto 4 sobre 180 con un puntaje de 85 (Transparency International, 2019).

La corrupción es un desafío para todos los países especialmente para los países latinoamericanos que presentan unos índices de corrupción bastante altos y esto impide lograr los objetivos de salud. Existen varios escenarios que promueven que crezca la corrupción como las instituciones gubernamentales débiles, la falta de participación ciudadana en las decisiones públicas, el exceso de discreción en manos de los funcionarios gubernamentales y la pobreza y desigualdad entre otros. En el sector de la salud, la corrupción puede tomar muchas formas dependiendo de la estructura del sistema de salud y el gobierno. La corrupción en el sector de la salud tiene un efecto negativo importante que va inversamente relacionado con el acceso y la calidad de la atención al paciente. Esto se debe a que si los recursos y presupuestos de la salud se drenan a través de la malversación de fondos y el fraude en las adquisiciones, implica directamente que hayan menos fondos disponibles para pagar salarios y financiar operaciones y mantenimiento y que a su vez lleva a que el personal se sienta degradado, por lo que genera que haya una atención de menor calidad y una menor disponibilidad y uso del servicio (Vian et al., 2017).

El gasto público es el gasto realizado por el sector público para la adquisición de bienes y servicios. Con respecto al gasto en salud como porcentaje del gasto total público de los países se ve un

comportamiento parecido, aunque cabe resaltar que la población de los países es distinta. Para Colombia corresponde el 13.37%, para Brasil el 9,90%, Ecuador 10,99%, Finlandia 13.12% y Suecia 18.47%, este último corresponde al mayor gasto del grupo de países (Datosmacro, 2018).

El gasto de bolsillo corresponde al 16.30% en Colombia, 27.50% en Brasil, 39,40% en Ecuador, 20.20% en Finlandia y 15% en Suecia, este porcentaje es con respecto al gasto privado en Salud de los respectivos países. En este aspecto Colombia resalta por tener un buen manejo en los gastos de bolsillo estando a la par con los países europeos (World Health Organization, 2018).

Índice de acceso y calidad de la atención médica

El índice de acceso y calidad de la atención médica se basa en la calidad de la asistencia sanitaria en 195 países con base en la medición de las tasas de mortalidad por causas que no deben ser fatales en presencia de atención médica eficaz. Mide una relación entre acceso a la atención médica y la calidad, definido por las tasas de mortalidad estandarizadas por riesgo susceptible de atención médica a través de los niveles de desarrollo como el índice sociodemográfico. El índice se basa en la estandarización del riesgo por edad por causa a una escala de 0 a 100 donde el valor más alto observado fue de 0 y el más bajo fue de 100 (Barber et al., 2017).

Los resultados se dividen en dos paneles, el panel A donde se encuentran Suecia y Finlandia. Suecia está en el 4 puesto con un puntaje de 90 y siendo la enfermedad con mayor mortalidad la leucemia. Finlandia se encuentra en el puesto 7 con un puntaje de 90 teniendo como la enfermedad con mayor mortalidad la Cardiopatía Isquémica. En el panel B se encuentran Colombia, Brasil y Ecuador. Colombia se encuentra en el puesto 17 con un puntaje de 68 y su enfermedad con mayor mortalidad es la leucemia. Brasil se encuentra en el puesto 20 con un puntaje de 65 y su enfermedad es trastornos neonatales, finalmente Ecuador se encuentra en el puesto 32 con un puntaje de 61 y su enfermedad es la enfermedad renal crónica (Barber et al., 2017).

El índice tiene como propósito resaltar que cuantificar la cantidad de atención médica personal puede mejorar la salud de la población y por ende el desempeño del sistema de salud especialmente después de la inclusión de la cobertura universal de salud en los objetivos de desarrollo sostenible. La mortalidad por causas susceptibles puede reflejar el acceso y la calidad de la atención médica y sirve como una dimensión para comparar el desempeño del sistema de salud e identificar el potencial sin explotar para mejorar el acceso y la calidad de la atención médica personal (Barber et al., 2017).

El índice trata de mostrar que el acceso a la atención médica de alta calidad mejora sustancialmente los resultados en salud incluidas varias enfermedades, trastornos maternos y neonatales, cánceres y otras enfermedades no transmisibles. Los resultados se pueden interpretar con respecto a los desafíos que enfrentan los países, como las desigualdades subnacionales como en la riqueza de la atención médica y las transiciones rápidas en la atención médica que ofrecen un rastro de las enfermedades que más afectan a la población. El índice permite ver una medida más directa relacionada con las acciones del sistema de salud medido en mortalidad susceptible de atención médica personal que podría reducir la necesidad de controlar otros factores en la evaluación del desempeño del sistema de

salud. Este índice permite una contribución de la atención médica personal a la mortalidad y la potencial mejora de ese en relación con el desarrollo (Barber et al., 2017).

Este índice permite ver la expansión del acceso y la calidad de atención médica reflejada en proporción al PIB asignado a la salud entre los países estudiados. Finlandia y Suecia serían un claro ejemplo de este supuesto, teniendo en cuenta que son sistemas bien financiados y podrían impulsar un cambio general ascendente en el acceso a la atención médica y la calidad alcanzable. Los países latinoamericanos como Brasil, Ecuador y Colombia según el puntaje establecido pueden reflejar una atención deficiente y demoras en atención médica, además, son países con índices de corrupción muy altos donde la inversión en avances en la tecnología médica y la innovación se pueden ver afectadas y esto implica directamente a un impedimento para elevar la salud junto con el aumento del desarrollo (Barber et al., 2017).

Índice de acceso global a la atención médica

El índice de acceso global a la atención médica desarrollado por The Economist Intelligence Unit mide como los sistemas de atención médica en 60 países trabajan para ofrecer soluciones a las necesidades de atención médica de la población. El índice analiza la atención medida a través de medidas de accesibilidad y del sistema de atención médica evaluando el historial de los países para satisfacer necesidades de atención y mide la infraestructura de salud necesaria para proporcionar un acceso sostenido. Se miden exactamente accesos a tipos específicos de atención como la salud materno infantil, atención al paciente con enfermedades infecciosas y no transmisibles, acceso a medicamentos y la medida en que existen desigualdades en el acceso. De igual manera mide las condiciones que permiten un buen acceso a servicios de salud efectivos y relevantes como políticas, instituciones e infraestructura (The Economist Intelligence Unit, 2017).

Tabla 4
Acceso a la asistencia sanitaria

Accesibilidad	Salud infantil y materna
	Enfermedades infecciosas
	Enfermedades no transmisibles
	Acceso a medicamentos
	Equidad de acceso
Sistema de salud	Cobertura
	Voluntad política
	Alcance de infraestructura
	Eficiencia e innovación
	Equidad de acceso

Nota: Autoría Propia. Fuente: (The Economist Intelligence Unit, 2017)

Los resultados indican que los países con mejor desempeño en el índice son los Países Bajos, Francia, Alemania, Australia, el Reino Unido y Canadá, países dentro de un cluster relativamente ricos y desarrollados. Aunque varios de los países de ingresos medio tienen una calificación alta están

por delante de algunos países de ingresos altos, incluidos, por ejemplo, Brasil (Puesto 12) y Colombia (Puesto 16) (The Economist Intelligence Unit, 2017).

El informe muestra que la cobertura de atención médica completa en países de altos ingresos no necesariamente equivale a una atención de alta calidad, y que la calidad no puede verse como algo separado del acceso. La cobertura de salud universal muchas veces se refiere al acceso de un conjunto de servicios deficientes con cargas financieras y altos costos de bolsillo. Los países de altos ingresos, liderados por Australia, los Países Bajos y Francia, encabezan las clasificaciones en este dominio. Sin embargo, Brasil, un país de ingresos medios altos, también se encuentra entre los diez primeros (The Economist Intelligence Unit, 2017).

Se puede evidenciar que la buena salud de la población está estrechamente relacionada con el desarrollo económico y la riqueza y de cómo los países que protegen los derechos humanos y reconocen explícitamente la atención médica como uno de estos derechos tienen más probabilidades de tratar de abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica. Sin embargo, se puede notar que la inversión insuficiente en salud especialmente los países en desarrollo han generado disparidades en los resultados de salud a nivel mundial (The Economist Intelligence Unit, 2017).

El artículo menciona como los sistemas de salud reflejan la cultura, los valores y los niveles de corrupción de un país, entre otros factores, es decir, que se puede acelerar el acceso a los médicos, pero no significa que sean menos corruptos o que haya más seguridad para el paciente. En varios casos la atención es subvencionada o financiada con fondos públicos y otras son cubiertas por planes de seguro de salud basado en contribuciones, esto a su vez genera desigualdades en el acceso a los servicios y se crean bastantes acciones legales contra proveedores de seguros cada año que permite reflejar que las personas pueden tener acceso a los servicios, pero realmente no reciben los servicios de atención médica que necesitan (The Economist Intelligence Unit, 2017).

El artículo argumenta que los sistemas de salud como los europeos, han tenido mejores resultados que aquellos en los que se utilizaron gastos privados de diversos tipos para corregir las brechas en el financiamiento público. Además, que existe la tendencia a largo plazo de mejorar el acceso y ampliar la producción de servicios disponibles para los pacientes y en muchas ocasiones reducir los tiempos de espera, los avances en tecnología e innovación contribuyen mayores gastos, pero ayuda a racionalizar los servicios. Aunque es probable que los países de bajos ingresos tengan dificultades en este aspecto, hay notables excepciones de países de ingresos medios y menos ricos que han mostrado avances en la provisión de atención médica sostenible. El compromiso político es un aspecto importante para las prestaciones de asistencia sanitaria sostenible independiente del nivel e ingresos de un país (The Economist Intelligence Unit, 2017).

Por consiguiente, la cobertura universal de salud ha tenido un crecimiento significativo en el apoyo multilateral. Un informe de 2009 de la Organización mundial de la salud (OMS) identificó los pagos directos donde están incluidos las tarifas de los usuarios y lo identificó como un obstáculo para el progreso hacia la cobertura universal de salud. De igual forma, la resolución de la ONU de diciembre de 2012 insistió a los gobiernos a avanzar a proporcionar a todas las personas acceso a servicios de salud asequibles y de calidad, buscando alcanzar la cobertura universal para 2030 como parte de los

objetivos de desarrollo sostenible. Se han dado grandes esfuerzos multilaterales para alentar a que los países aumenten la cantidad de dinero que gastan en atención médica por lo que la OMS ha recomendado que los países gasten un mínimo del 5% del PIB en salud para poder dar una provisión de acceso efectiva. Este índice de acceso global sugiere que el compromiso político está estrechamente relacionado con el compromiso financiero independiente de los ingresos de los países. Según el informe de la OMS "Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de salud" en el 2005 la resolución de la asamblea mundial de la salud declaró que la financiación sostenible de la salud, la cobertura universal, y el seguro social serán criterios claves para lograr la equidad en el acceso. (The Economist Intelligence Unit, 2017).

Índice de Seguridad Sanitaria Global

El Índice de Seguridad Sanitaria Global (SSG) es un índice que permite la evaluación integral y evaluación comparativa de la seguridad sanitaria y las capacidades relacionadas en 195 países. El Índice SSG es un proyecto de la Iniciativa de Amenazas Nucleares (NTI) y el Centro Johns Hopkins para la Seguridad de la Salud (JHU) y fue desarrollado con la Unidad de Inteligencia de The Economist (EIU). Este índice busca estimular cambios en la seguridad sanitaria nacional y mejorar la capacidad internacional para abordar riesgos como brotes de enfermedades infecciosas que pueden conducir a epidemias y pandemias internacionales (The Economist Intelligence Unit, 2019).

Este índice ha sido desarrollado con la guía de un panel asesor de expertos internacionales, los datos del índice se obtienen de fuentes de datos disponibles públicamente de países individuales y organizaciones internacionales, así como una serie de fuentes adicionales que incluyen información gubernamental publicada, datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Banco Mundial, la legislación y los reglamentos nacionales, y los recursos académicos y publicaciones relevantes (The Economist Intelligence Unit, 2019).

La puntuación del Índice incluye tres niveles. El primero es el nivel inferior o puntajes bajos que oscilan entre 0 y 33,3, el segundo el nivel medio o puntaje moderado entre 33,4 y 66,6 y finalmente el nivel superior o puntaje alto entre 66,7 y 100 (The Economist Intelligence Unit, 2019).

En la puntuación general Suecia está en el puesto 7 con un puntaje de 72,1, Finlandia en el puesto 10 con un puntaje de 68,7, Brasil en el puesto 22 con un puntaje de 59,7, Ecuador en el puesto 45 con un puntaje de 50,1 y finalmente Colombia en el puesto 65 con un puntaje de 44,2 (The Economist Intelligence Unit, 2019).

Tabla 5
Resultados del Índice de Seguridad Sanitaria Global

País	Nivel	Puntaje General	Prevención De La Emergencia O Liberación De Patógenos	Detección Temprana E Informes Para Epidemias De Potencial Preocupación Internacional	Respuesta rápida y mitigación de la propagación de una epidemia
Colombia	Nivel Medio	44,2 (Puesto 65)	37,2 (Puesto 75)	41,7 (Puesto 91)	43,5 (Puesto 70)
Brasil	Nivel Medio	59,7 (Puesto 22)	59,2 (Puesto 16)	82,4 (Puesto 12)	67,1 (Puesto 9)
Ecuador	Nivel Medio	50,1 (Puesto 45)	53,9 (Puesto 29)	71,2 (Puesto 32)	39,5 (Puesto 85)
Suecia	Nivel Superior	72,1 (Puesto 7)	81,1 (Puesto 2)	86 (Puesto 7)	62,8 (Puesto 14)
Finlandia	Nivel Superior	68,7 (Puesto 10)	68,5 (Puesto 9)	61,6 (Puesto 45)	69,2 (Puesto 7)

País	Nivel	Sistema de salud suficiente y robusto para tratar a los enfermos y proteger a los trabajadores de la salud	Compromisos para mejorar la capacidad nacional, el financiamiento y el cumplimiento de las normas	Entorno de riesgo general y vulnerabilidad del país a las amenazas biológicas
Colombia	Nivel Medio	34,3 (Puesto 64)	60,1 (Puesto 35)	51 (Puesto 116)
Brasil	Nivel Medio	45 (Puesto 33)	41,9 (Puesto 135)	56,2 (Puesto 94)
Ecuador	Nivel Medio	35,2 (Puesto 60)	43,5 (Puesto 126)	57,1 (Puesto 88)
Suecia	Nivel Superior	49,3 (Puesto 20)	71,3 (Puesto 11)	84,5 (Puesto 6)
Finlandia	Nivel Superior	60,8 (Puesto 9)	75,4 (Puesto 4)	81,1 (Puesto 14)

Nota: Autoría propia. Fuente: (The Economist Intelligence Unit, 2019)

El índice revela que ninguno de estos países está completamente preparado para una epidemia o pandemia, colectivamente la preparación internacional es débil. Muchos de estos países no muestran evidencia de las capacidades de seguridad sanitaria que se necesitan para prevenir, detectar y responder a brotes de enfermedades infecciosas importantes especialmente en Latinoamérica, así mismo tienen graves debilidades en las capacidades para prevenir, detectar y responder a emergencias de salud; brechas severas en los sistemas de salud; vulnerabilidades a los riesgos políticos, socioeconómicos y ambientales que pueden confundir la preparación y respuesta ante brotes; y una falta de adherencia a las normas internacionales (The Economist Intelligence Unit, 2019).

Es importante que no solo el conocimiento de los riesgos sea suficiente. La voluntad política para proteger a las personas de las consecuencias de las epidemias, tomar medidas para salvar vidas y construir un mundo más seguro y protegido es un aspecto fundamental. Lastimosamente esta voluntad política muchas veces se encuentra en un estado de abandono (The Economist Intelligence Unit, 2019).

Los países tienen la responsabilidad de comprender, rastrear y mantener la seguridad sanitaria nacional, aunque los nuevos riesgos biológicos pueden requerir enfoques que están fuera del control de los gobiernos individuales y necesitara una acción internacional. Según la OMS existen varias

personas involucradas en mantener esta seguridad social, no solo los gobiernos nacionales, también las organizaciones internacionales, los líderes no gubernamentales de salud global y seguridad internacional, los filantrópicos y los socios del sector privado (The Economist Intelligence Unit, 2019).

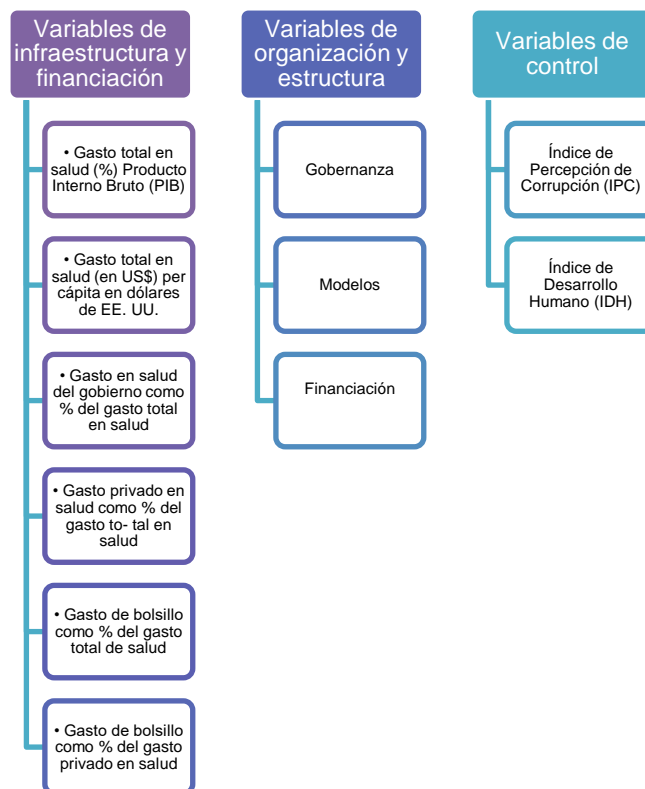
La OMS, la oficina general de las Naciones Unidas y la oficina de coordinación de asuntos humanitarios de las Naciones Unidas tienen como tarea asignar un facilitador permanente en los sectores de salud pública, seguridad y humanitarios que permita identificar y llenar vacíos en la preparación global en eventos de alta propagación y evitar catástrofes. También deben estimular simulacros para promover la unidad de esfuerzo en las respuestas de salud pública. Estos simulacros están recomendados por el marco de monitoreo y evaluación del reglamento internacional de salud (RSI) de la OMS que evalúan regularmente las capacidades de seguridad de la salud. La OMS analizó que es necesario aumentar la conciencia sobre los beneficios de estos ejercicios de simulación y su posterior revisión permiten evaluar y fortalecer las capacidades de la RSI, este hallazgo es afirmado por el índice de SSG (The Economist Intelligence Unit, 2019).

Índice Compuesto de Resultados en Salud

El Índice Compuesto de Resultados en Salud ICRS se construyó a partir de 13 variables de impacto en la salud. El primer conjunto consta de la infraestructura hospitalaria y los esquemas de financiación, el segundo conjunto consta de variables cualitativas relacionadas con la organización y estructura o tipo de gobierno y el último conjunto son variables de desarrollo humano y corrupción (Delgado et al., 2017).

El índice se basa en la estandarización de variables asumiendo valores entre 0 y 100 en que 100 es el puntaje que obtiene los países como mejor comportamiento en términos de la variable en cuestión y cero (0) el que se asigna al país que obtuvo los niveles más bajos del mismo conjunto de variables (Delgado et al., 2017).

Tabla 6
Conjunto de variables utilizadas para la caracterización de los sistemas de salud



Nota: Autoría propia. Fuente: (Delgado et al., 2017)

A partir del índice se crean grupos y países donde exista una alta homogeneidad en cada grupo y una alta heterogeneidad entre ellos y buscan reunir el clúster que genere menores incrementos en la suma total de los errores (Delgado et al., 2017).

Los resultados muestran que Suecia se encuentra en el 10mo Clúster de mejores países con un puntaje de 98,9 y en el ranking es el 2 mejor país después de Japón, Finlandia se encuentra en el 9no Clúster de mejores países con un puntaje de 96,4 y en el puesto 13. Colombia en el puesto 48, Brasil en el puesto 61 y Ecuador en el puesto 63 se encuentran en el 5to Clúster, Colombia con un puntaje de 80,6, Brasil con 75,2 y Ecuador con 74,9 (Delgado et al., 2017).

El análisis por nivel de ingresos de los países evidencia que con grandes diferencias los países con mayor ingreso registran mejores resultados en salud que los países de bajos ingresos. Su tipo de financiación en general evidencia que un sistema que opera con aportes e impuestos en generales es más eficiente que si lo hace de forma mixta (Delgado et al., 2017).

Tabla 7
Variables de resultados en salud por país

País	Expectativa de vida saludable al nacer	Probabilidad de morir por una enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedad crónica respiratoria entre los 30 y 70 años	Tasa de mortalidad, infantil (probabilidad de morir entre el nacimiento y el 1 año por cada 1.000 nacidos vivos)	Años vividos con discapacidad por 100.000	Prom. Tasa de enfermedades no transmisibles por 100.000
Colombia	65,1	12,4	13,6	9,784	345
Brasil	65,5	19,4	14,6	11,042	495
Ecuador	67,0	11,9	18,4	9,779	393
Suecia	72,0	9,9	2,4	12,108	858
Finlandia	71,0	11,2	1,9	12,891	886

Nota: Autoría propia. Fuente: (Delgado et al., 2017)

Con respecto a las variables de resultado, Suecia y Finlandia tienen una expectativa mayor de vida saludable al nacer y el peor puntaje es de Colombia. En la probabilidad de morir por una enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedad crónica respiratoria entre los 30 y 70 años siguen liderando Suecia y Finlandia con las menores probabilidades, Brasil en este aspecto es el de mayor probabilidad. En la tasa de mortalidad infantil Finlandia y Suecia tienen unas tasas bajas comparada con Ecuador con la tasa más alta. En los años vividos con discapacidad por 100.000 habitantes no se notan diferencias tan grandes entre países de altos y bajos ingresos, siguen liderando Suecia y Finlandia y el de menor puntaje es Ecuador. Finalmente, el promedio de tasa de enfermedades no transmisibles por 100.000 habitantes los países de altos ingresos presentan más casos que en los países de bajos ingresos, la menor tasa la tiene Colombia (Delgado et al., 2017).

Finalmente, el artículo resume que los mejores países incluidos en el clúster 9 y 10 donde se encuentran Suecia y Finlandia, gastan en promedio un 10,07% de su PIB en salud, su gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total es bajo y poseen un bajo nivel de riesgo catastrófico para la atención quirúrgica. Son países con alto desarrollo humano y bajos niveles de corrupción, en infraestructura tienen un promedio alto de camas y médicos por 1000 habitantes (Delgado et al., 2017).

El análisis de correlaciones muestra correspondencia positiva y significativa estadísticamente con las variables de control: estos son el índice de corrupción e índice de desarrollo humano. Las variables de infraestructura y financiamiento también muestran una correlación positiva con los médicos por 1000 habitantes y negativa con la variable de riesgo de gastos catastróficos para atención quirúrgica. Se evidencia que cuando los modelos Beveridge y Bismarck se financian con una combinación de fuentes, el índice de resultado desmejora. Por lo tanto, se puede decir que no existe una fórmula de mezcla de recursos perfecta para obtener los mejores resultados en salud, ya que depende mucho del grado de desarrollo del país, de los bajos niveles de corrupción y de la innovación permanente en el modelo de atención (Delgado et al., 2017).

Según toda la información se pueden deducir varios aspectos; Colombia maneja un sistema de salud en términos de estructura más parecido al sistema de salud de Ecuador. Comparado a sus países vecinos todos manejan un índice de desarrollo humano y un índice de corrupción muy similar, si comparamos a Colombia frente a los países europeos, en estos dos índices estos países sobresalen

muy por encima. Se pueden destacar varios aspectos de Colombia frente a los países vecinos y son el alto porcentaje de gasto en salud, alta cobertura, baja mortalidad infantil y el bajo gasto de bolsillo. De igual forma, Brasil y Ecuador se destacan un poco más en aspectos de prevención de enfermedades con mayor mortalidad. Suecia y Finlandia se destacan en todos sus resultados globales frente a Brasil, Ecuador y Colombia, aunque en ciertos aspectos como el bajo gasto de bolsillo y la alta cobertura, Colombia está a la par de estos países.

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio se menciona que, por ser un trabajo de tipo cualitativo, los resultados no son generalizables, ni representativos ya que solo aplican a la población estudiada. Sin embargo, al proporcionar detalles y significados que se asemejan a la realidad social, este trabajo aporta un entendimiento preliminar importante en cuanto a la estructura de los sistemas de salud que pueden resultar de gran relevancia para mejorar su desempeño. Esta es una propuesta que resulta de gran utilidad para establecer indicadores de desempeño y definir estrategias para su efectividad en el proceso, con el fin de ser complementado en el futuro por tomadores de decisiones con acceso a información completa.

6. Conclusión

Después de la comparación realizada se llegó a evaluar 5 recomendación que permitiría avanzar hacia una mejor atención y acceso efectivo en salud teniendo en cuenta las experiencias de los países estudiados.

Acceso

Sistemáticamente los países pueden confundir la cobertura con acceso a los servicios, por lo que es importante distinguir entre la cobertura de un seguro, cobertura de servicios y el acceso real a los servicios aun teniendo derechos a ellos. En Colombia la tendencia de desigualdad sigue siendo bastante alta, los patrones de mortalidad se asocian con problemas de salud relacionados con la pobreza y altos niveles de enfermedades no transmisibles, problemas mentales y violencia (Gutierrez, 2018; Laurell, 2016).

Colombia tiene un alto grado de cobertura relacionado con el arreglo institucional que maneja del PBS y no PBS. El PBS incluye en principio la atención a los 3 niveles de atención y medicamentos, pero maneja copagos y cuotas moderadoras. El sistema del SISBEN tiende a estratificar a la población es decir a una forma de inclusión o exclusión. Por lo que la población pobre que no están en el Sisbén y no pueden pagar al régimen contributivo no tienen acceso a la atención a servicios. Además, los procedimientos burocráticos han prolongado la espera y dificultado el acceso a servicios, es de aquí de donde nace el concepto del “paseo de la muerte” que alude a la búsqueda de atención en situaciones de urgencia o esperando alguna autorización de la atención (Laurell, 2016).

De los países latinoamericanos se pueden destacar varios aspectos, pero siguen enfrentado cargas de enfermedades, inequidades en el acceso a la salud y profundas desigualdades sociales. Los retos siguen siendo muy grandes incluyendo las inequidades significativas y procesos administrativos

dispendiosos para obtener atención. La recomendación para Colombia radica en mejorar el acceso real a los servicios de calidad para mejorar los resultados en salud. Es importante que se puedan implementar políticas que permitan resolver las desigualdades que existen en el país y aumentar el acceso en todo el territorio nacional.

Es necesario evaluar cuáles son sus determinantes y, específicamente en qué medida lo afectan las características socioeconómicas y cuales están relacionadas con el sistema de seguridad social. Se puede analizar desde el punto de vista de reducción de las brechas en la disponibilidad del prestador y asegurar el acceso con una inversión focalizada aumentando el número de prestadores de servicios médicos en zonas donde hay más necesidades de atención, así como la promoción de campañas de prevención de salud e información que acerquen a las personas al sistema de salud y les permitan estar mejor informados sobre su funcionamiento, requisitos y pasos para acceder a los servicios de una manera más óptima, de igual forma, aumentar la confianza en el personal médico y pasar de una cultura de demanda por servicios curativos a una de servicios preventivos, que a largo plazo también reduciría los costos agregados del sistema.

Financiación

Los resultados muestran que es conveniente que el tipo de financiación en general opere con aportes e impuestos en generales. Un problema importante en los sistemas de salud es el financiamiento, los países que han transitado a un modelo de Estado social es decir que el estado garantiza el derecho a la salud a través de un sistema único y público de salud, que sea universal distributivo, equitativo y financiado con recursos fiscales han logrado ampliar los servicios e incorporar a más personas a sus beneficios. Esto se traduce a una ampliación de una política social de ingreso y empleo y de servicios y beneficios sociales, por lo que si se amplía un servicio de salud también se actúa sobre los determinantes sociales de salud.

Finlandia y Suecia ya operan con este sistema, Brasil ha incrementado sus ingresos vía impuestos progresivos, Ecuador está transitando por ese camino para enfrentar la caída de los precios de materias primas y Colombia actualmente tiene aportes en parte parafiscal y en parte de los impuestos por lo que ya transita con impuestos progresivos de cierta manera. Colombia es un país que tiene una alta tasa de informalidad, esto implica, la falta de acceso a recursos del sistema financiero, así como seguridad social, afiliación al sistema de salud o fondos de pensiones entre otros. Los trabajadores informales pueden percibir un beneficio del régimen subsidiado, no obstante, se espera que utilicen sus ingresos en necesidades más inmediatas como alimentación o vivienda, lo que impide generar un ahorro para la jubilación o asistencia médica completa, lo que inmediatamente ocasiona un sobrecargo al gasto público.

La recomendación radica en aumentar la formalización de la economía para lograr un desarrollo y mayor bienestar social. Cualquier variación del empleo impacta la disponibilidad de los dineros que sustentan la atención en salud.

Gasto

Una alternativa para avanzar hacia la universalidad de los servicios es la reducción al gasto. Países como Finlandia y Suecia evitan los desperdicios en el sector salud, como la prestación innecesaria de servicios o duplicados del mismo, así como el uso de servicios de bajo valor y servicios que se pueden obtener a un menor costo. Estos países tienen un establecimiento de red integrada de servicios y un modelo de atención en salud que permitiría contribuir al sistema de salud Colombia a reducir el desperdicio reduciendo el uso de servicios de emergencia más costosos como puerta de entrada al sistema reduciendo hospitalizaciones evitables y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones. Esto permitiría que las tecnologías que se cubran con recursos públicos aporten un beneficio y valor evitando los desperdicios de tecnología (Gutierrez, 2018).

Colombia tiene la UPC (Unidad pago por capitación) para la protección del desempeño financiero y la estabilidad macroeconómica, pero tiene un sistema de priorización débil, donde usualmente se incurre al financiamiento de tecnologías rentables desde el punto de vista económico.

La recomendación se basa en enfocarse en la atención primaria en salud donde se debe garantizar los servicios de atención primaria como puerta de entrada, brindando un acceso equitativo a servicios básicos, complementado con atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y de protección social. Esto permitiría una eficiencia en el gasto como dimensión de la calidad, contención y resultados de salud pública. Un enfoque de la “Triple Meta” que se basa en el paciente, costo eficiencia y calidad de la atención. Esto inmediatamente genera ahorros importantes que repercuten de manera positiva en el paciente, los aseguradores y en general al sistema de salud.

Ataque contra la corrupción

La corrupción en el sector de la salud tiene un efecto negativo importante que va relacionado directamente con el acceso y la calidad de la atención al paciente. Según los resultados globales en salud, así como los índices de Resultados en Salud refleja que los países nórdicos como Finlandia y Suecia poseen puntajes superiores en recursos y atención médica, así como un bajo índice de corrupción. En Finlandia la corrupción administrativa está controlada por la confianza del público en las instituciones sociales, la buena administración y el autocontrol de los funcionarios, así como una fuerte regulación, un estricto monitoreo financiero y control profesional. Evidentemente Finlandia mantiene una baja corrupción debido a sus pautas éticas y códigos de conducta en todos los niveles del gobierno. Colombia es un país con un índice de corrupción alto donde la inversión en avances en la tecnología médica y la innovación se pueden ver afectadas y esto implica directamente a un impedimento para elevar la salud junto con el aumento del desarrollo.

Lo recomendado para Colombia es recuperar la legitimidad enfrentando el problema de corrupción ya que se usa la judicialización para responder a los problemas de falta de ilegalidad en el sector de la salud y esto repercute directamente en la confianza hacia este sector dados los problemas de corrupción. Este es un problema que afecta a Colombia y que se debe abarcar y erradicar en el país para un desarrollo sostenible.

Mecanismos de pago

Los mecanismos de pago son la forma como se le paga a los proveedores de servicios o los administradores de planes de beneficios por paciente atendido. Es un sistema donde intervienen múltiples actores con intereses distintos. Es por esto por lo que es importante mejorar el mecanismo de pago que logre alinear los incentivos de los agentes con los objetivos sanitarios y económicos del país. Existe la alternativa de regular los mecanismos de pagos a proveedores centralmente, es decir por evento para algunas intervenciones o establecer un pago sujeto a resultados de salud de los afiliados como funciona en Brasil donde la atención en salud prevalece el criterio poblacional per cápita de transferencia de recursos financieros y que tengan media y alta complejidad. Para la atención de media y alta complejidad se paga por producción de los servicios y se registra en los sistemas de información. Esto con el fin de que se tenga en cuenta el costo de atender un afiliado con enfermedades crónicas es superior a una persona sana por lo que evitara que la EPS que atraen afiliados con enfermedades crónica porque tienen un mejor servicio, sean castigados al recibir la compensación (Gutierrez, 2018). Al fin de cuenta, las comorbilidades encarecen la atención y si bien la cuenta de alto costo ajusta en cierto modo estas diferencias, aún se puede mejorar.

La recomendación radica en implementar una herramienta en la forma de contratación, como el pago global prospectivo, que agrupa episodios de similares o diferentes características para un grupo de pacientes, es decir, la relación entre la capacidad instalada del centro de servicio y la demanda del territorio. No existe un precio individualizado por persona o evento de atención, se define a partir del costo de prestación de servicios a la demanda de referencia y la demanda global de servicios de la institución. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), 2019).

Finalmente, Colombia dese ser capaz de entender que los problemas de salud pueden resolverse con el uso de nuevos conocimientos y recursos, involucrando y utilizando de una manera innovadora los recursos públicos, privados y de seguridad social, que propendan por reducir la fragmentación, facilitar las económicas de escala y la efectividad en sus procesos, esto con el fin de que se logre dar acceso, de forma equitativa, a los servicios de salud y que sean integrales, de calidad y sobre todo que estén centrados en los usuarios y sus necesidades.

Los resultados del índice de acceso a la salud y la calidad de la atención medica permiten ver la expansión de dicho acceso y la calidad de atención médica, reflejada en proporción al PIB asignado a la salud, de los países estudiados. Un sistema bien financiado y que protege los derechos en salud podría impulsar un cambio general ascendente en el acceso a la atención medica y la calidad alcanzable, por lo tanto, la buena salud de la población está estrechamente relacionada con el desarrollo económico, la riqueza y de cómo los países, que protegen los derechos humanos y reconocen la atención médica como tal, tienen más probabilidades de abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica. Es importante considerar que las políticas públicas en Colombia deben estar destinadas a proteger un derecho fundamental y garantizar un diseño, implementación, evaluando e implementando políticas razonables.

Este trabajo ha resumido cada uno de los elementos esenciales de la estructura de los sistemas de salud y sus resultados globales de los países estudiados. Los desafíos son múltiples y no todos avanzan

al mismo ritmo. Todos los países trabajan en aumentar constantemente la cobertura a la población sin acceso a servicios de buena calidad. La tabla 2 nos muestra como Colombia tiene la mejor cobertura de los países latinoamericanos, superada solo por el 100% de los europeos, esto traduce a que Colombia tiene una buena cobertura del sistema de salud, pero aun así se enfrenta con importantes desafíos, el enfoque en el que debe centrarse es mejorar la calidad, la eficiencia, el acceso real, la sostenibilidad del sistema sanitario, reducir las brechas regionales y la corrupción. Se puede lograr el acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad siguiendo las 5 recomendaciones planteadas: acceso, financiación, gasto, ataque a la corrupción y mecanismos de pago.

7. Referencias

- Andersson, K. A., Petzold, M. G., Allebeck, P., & Carlsten, A. (2008). Influence of mandatory generic substitution on pharmaceutical sales patterns: A national study over five years. *BMC Health Services Research*, 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-50>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2018). *La priorización en salud paso a paso, Cómo articulan sus procesos México, Brasil y Colombia*. <https://play.google.com/books/reader?id=tOGGDwAAQBAJ&hl=en&pg=GBS.PA239>
- Barber, R. M., Fullman, N., D Sorensen, R. J., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E., Alemu Abajobir, A., Hassen Abate, K., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abdulahi Abdurahman, A., Ferede Abera, S., Abraham, B., Fisseha Abreha, G., Adane, K., Lukman Adelekan, A., Morayo Adetifa, I. O., ... Collaborators, Q. (2017). *Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751*.
- Datosmacro. (2018). *Comparar economía países*. <https://datosmacro.expansion.com/paises/comparar/colombia/brasil>
- Delgado, L. C., Coronado, G. O., & Cuadros, J. G. (2017). *Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo*. 4–59.
- Finnish Medical Association. (2007). Country Focus : Radiology in Finland Overview of the Healthcare System in Finland. *Health Management.Org*, 7(5), 1–3. <https://healthmanagement.org/c/imaging/issuearticle/overview-of-the-healthcare-system-in-finland>
- García, A. (2016). El mercado de los medicamentos genéricos en Ecuador. *Oficina Economica y Comercial de La Embajada de España En Quito*, 34–40. http://www.exportapymes.com/documentos/productos/Ie2131_ecuador_cosmeticos.pdf
- Gragnotati, M., Lindelow, M., & Couttolenc, B. (2013). *Twenty Years of Health System Reform in Brazil An Assessment of the Sistema Único de Saúde Human Development*.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2).
- Gutierrez, C. (2018). El Sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. *Cuadernos de Fedesarrollo, Numero 60(Marzo)*. https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3556/CDF_No_60_Marzo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, M. (2018). *Salud deteriorada. Opacidad y negligencia en el sistema público de salud*. <https://www.scielosp.org/article/spm/2018.v60n6/734-735/>
- INESE. (2019). *Los sistemas de salud de Chile, Brasil y México, entre los más eficaces del mundo*. <https://futurelatam.inese.es/los-sistemas-de-salud-de-chile-brasil-y-mexico-entre-los-mas-eficaces-del-mundo/>

- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica, desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*.
- Karanikolos, M. (2018). State of Health in the EU. Finland. Country Health Profile 2017. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.594>
- Keskimäki, I., Vuorenkoski, L., Karanikolos, M., Rechel, B., Tynkkynen, L., Reissel, E., Koivusalo, M., & Syrja, V. (2019). Health system review. *WHO Regional Office for Europe*, 21(2).
- Koskinen, H. (2018). *Pharmaceutical expenditures, the reference price system and competition in the pharmaceutical market. A register study*. www.kela.fi/tutkimus
- Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: Procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293–314. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53458>
- Lucio, R., Villacres, N., & Henriquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53, s177–s187. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013
- Manrique López, S. M., & Jiménez Barbosa, W. G. (2012). Mercado de medicamentos biotecnológicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Ciencia & Tecnología Para La Salud Visual y Ocular*, 10(2), 59. <https://doi.org/10.19052/sv.1436>
- MarketLine. (2019). Country Profile Series Brazil - In depth PESTLE Insights. *MarketLine*, 1–86. <https://doi.org/10.1080/03071845709419205>
- Montekio, V. B., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de brasil. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2).
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. <https://doi.org/10.1787/e88a7402-en>
- OMS. (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Estrategia de Cooperación: Ecuador. *Oms*, 2017–2018.
- Organización Panamericana de la salud. (2008). *Perfil de Sistema de Salud: Brasil*. 66. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-El_Salvador_2006.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Perfil Sistema de salud en Colombia. In *Biblioteca OPS* (Vol. 3). <https://doi.org/978-92-75-13206-7> SPA
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad*.
- Pérez Cardenas, J. E. (2017). Algunos comentarios sobre la ley 1751 del 2015 que regula el derecho fundamental a la salud. *Biosalud*, 16(1), 5–6. <https://doi.org/10.17151/biosa.2017.16.1.1>
- Perez, G. J., & Silva, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Banco de La Republica*.
- Porras, A. V. (2015). La seguridad social en Ecuador: un necesario cambio de paradigmas. *Foro 24, II Semestre 2015*, 24, 89–116.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2018). *Índices e indicadores de desarrollo humano*.
- Restrepo, J. H., Casas, L. P., & Espinal, J. (2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Publicaciones*.
- Roció, A., Sánchez, A., Vanessa, E., & Morales, R. (2017). *Mipres y la implementación en el sistema de salud en Colombia*. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10398/Alarcónangye2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sanchez, T. (2015). La atención primaria en Suecia. *Anales de Pediatría*, xx. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2015.09.019>
- Saza, W. (2018). *Fallas de mercado del plan obligatorio de salud en medicamentos, 2005-2015 en Colombia*.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS). (2019). *Nuevo modelo de remuneración: pago por*

desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final. (5)2(2), 285–299.

- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida.* 84. http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Sweden Sverige. (2019). *Healthcare in Sweden.* <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>
- Syed, S. B., Leatherman, S., Mensah-Abrampah, N., Neilson, M., & Kelley, E. (2018). Improving the quality of health care across the health system. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 96, Issue 12, p. 799). World Health Organization. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.226266>
- The commonwealth fund. (2019). *Suecia: Perfiles del sistema internacional de salud.* <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>
- The Economist Intelligence Unit. (2017). *Global Acces to Healthcare. Building sustainable health systems.* <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/global-access-healthcare>
- The Economist Intelligence Unit. (2019). *2019 Global Health Security Index.*
- Transparency International. (2019). *Corruption Perceptions Index 2019.* <https://www.transparency.org/cpi2019?/news/feature/cpi-2019>
- Vian, T., Crable, E. L., & Health, P. (2017). Corruption and the Consequences for Public Health. In *International Encyclopedia of Public Health, Second Edition* (Second Edi, Vol. 2). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00091-6>
- WHO, & The World Bank. (2017). Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. In *World Health Organisation.* <https://doi.org/ISBN 978-92-4-151355-5>
- World Health Organization. (2018). *Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%)*. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>
- World Health Organization (WHO). (2018). Country Cooperation Strategy: Brazil. *WHO Country Cooperation Strategy,* 570(April), 0–1. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_uga_en.pdf