



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Sistemas de Protección Social en Salud en América Latina: Ilustraciones a partir del caso de Brasil, Colombia y Costa Rica

Sandra Milena Barrios Pulido

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía
Bogotá, Colombia
2015

Sistemas de Protección Social en Salud en América Latina: Ilustraciones a partir del caso de Brasil, Colombia y Costa Rica

Sandra Milena Barrios Pulido

Tesis presentada como requisito para optar al título de:
Magister en Ciencias Económicas

Director (a):

César Augusto Giraldo. PhD en Economía

Línea de Investigación:

Derechos Sociales, Política Social y Ciudadanía

Grupo de Investigación:

Grupo de Socioeconomía, Instituciones y Desarrollo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía

Bogotá, Colombia

2015

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional.

A Gerardo, compañero solidario.

A César Giraldo, maestro, quien ha sabido compartir su conocimiento, experiencia y ejemplo.

A Gabriel Fonnegra, quien amablemente dispuso parte de su tiempo para la lectura y revisión de este trabajo.

Resumen

Los Sistemas de Salud hacen parte de los Sistemas de Protección Social que se han consolidado en las comunidades y Estados para proteger a sus miembros de los riesgos sociales asociados a la pérdida de la salud: enfermedad, invalidez y muerte. Las características que toman estas formas institucionales y el énfasis en criterios de solidaridad o de riesgo financiero centran el actual debate. Por tanto, hacer un análisis de los Sistemas de Protección Social en Salud más característicos de América Latina identificando su institucionalidad y sus formas de financiamiento y de gestión de los recursos constituye el objetivo del presente trabajo, para los casos de Brasil, Colombia y Costa Rica.

Clasificación JEL: H41, H51, I10, I11, I18.

Palabras clave: Protección social, salud, seguro social, aseguramiento, financiamiento, regulación, métodos de pago.

Abstract

Health Systems are part of Social Protection Systems that have been established in communities and States to protect their members from the social risks associated with the loss of health: disease, disability and death. The characteristics that make these institutional forms and emphasis on criteria of solidarity or financial risk, is the current debate. Therefore, an analysis of the Social Protection Systems in Health most characteristic identifying its Latin American institutions, forms of financing and management of resources, the objective of this work, for the cases of Brazil, Colombia and Costa Rica.

Classification JEL: H41, H51, I10, I11, I18.

Keywords: Social protection, health, social security, insurance, financing, regulation, payment methods.

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Lista de figuras.....	XI
Lista de tablas	XII
Introducción	13
Capítulo 1. Los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina. Debate sobre sus conceptos y evolución	21
1.1 Principales definiciones.....	22
1.1.1 La Protección Social y los Sistemas de Protección Social	22
1.1.2 Articulación de los Sistemas de Salud en la Protección Social	26
1.1.3 El derecho a la salud, desde el deber del mandato internacional.....	27
1.1.4 Los Sistemas de Protección Social en Salud, o Sistemas de Salud.....	31
1.2 Antecedentes históricos de los Sistemas de Protección Social en América Latina	35
1.2.1 Antecedentes históricos de los Sistemas de Protección Social.....	35
1.2.2 Sistemas de Protección Social en América Latina: Características generales	40
1.3 Reformas pro mercado a los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina.....	45
Capítulo 2. El debate alrededor de los Sistemas de Protección Social en Salud	51
2.1 Tipos de Sistemas de Protección Social en Salud según sus características.....	52
2.1.1 Estudios sobre los tipos de Sistemas de Protección Social en Salud.....	52
2.1.2 Principales tipologías de los Sistemas de Protección Social en Salud.....	54
2.1.3 Los Sistemas de Protección Social en Salud: Una tipología a partir de las reformas.....	55
2.1.4 Los Sistemas de Protección Social en salud: Una tipología a partir de las funciones.....	58
2.2 Principales componentes de análisis de los Sistemas de Protección Social en Salud desde la visión pro mercado	63
2.2.1 Modulación	64
2.2.2 Articulación	66
2.2.3 Financiamiento	67
2.2.4 Prestación de Servicios de Salud	68

2.3 Niveles de análisis para la comparación de los Sistemas de Protección Social en Salud	68
2.3.1 Características de la reforma y el marco institucional	69
2.3.2 Características del financiamiento del sistema.....	73
2.3.3 Características de la gestión de los recursos.....	76
 Capítulo 3. Comparación de los Sistemas de Protección Social en Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica.....	83
3.1 Sistema de Protección Social en Salud de Brasil	90
3.1.1 Características de la reforma y el marco institucional	91
3.1.2 Características del financiamiento del sistema.....	99
3.1.3 Características de la gestión de los recursos.....	102
3.2 Sistema de Protección Social en Salud de Colombia	103
3.2.1 Características de la reforma y el marco institucional	104
3.2.2 Características del financiamiento del sistema.....	115
3.2.3 Características de la gestión de los recursos.....	118
3.3 Sistema de Protección Social en Salud de Costa Rica.....	119
3.3.1 Características de la reforma y del marco institucional	120
3.3.2 Características del financiamiento del sistema.....	128
3.3.3 Características de la gestión de los recursos.....	129
3.4 Perspectiva comparada: Reflexiones sobre las características analizadas	132
3.4.1 Perspectiva comparada general a partir de las cualidades de los Sistemas de Salud	132
3.4.2 Perspectiva general a partir de las potencialidades y limitaciones de los sistemas de salud.....	138
 Conclusiones y recomendaciones.....	147
Conclusiones.....	147
Recomendaciones.....	157
 Bibliografía	158

Lista de figuras

FIGURA 1 TIPOLOGÍA DE ESTUDIOS DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	16
FIGURA 2 ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL	26
FIGURA 3 DIMENSIONES, PROCESOS DETERMINANTES DE LA SALUD, NIVELES Y TIPOS DE ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA.....	34
FIGURA 4 RELACIONES ENTRE LAS FUNCIONES Y LOS OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE SALUD	35
FIGURA 5 LA DESIGUALDAD EN EL MUNDO. COEFICIENTE DE GINI	43
FIGURA 6 AMÉRICA LATINA: AFILIACIÓN A SISTEMAS DE PENSIONES Y DE SALUD ENTRE LOS ASALARIADOS DE 15 AÑOS Y MÁS, SEGÚN SEXO	44
FIGURA 7 COMPONENTES DE LOS SISTEMAS DE SALUD	59
FIGURA 8 TIPOLOGÍA DE LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA	60
FIGURA 9 CONVERGENCIA ENTRE LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD	62
FIGURA 10 DESCRIPCIÓN GRÁFICA LAS CARACTERÍSTICAS DEL SS DE BRASIL	92
FIGURA 11 DESCRIPCIÓN GRÁFICA LAS CARACTERÍSTICAS DEL SS DE COLOMBIA.....	106
FIGURA 12 FLUJO DE RECURSOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	116
FIGURA 13 DESCRIPCIÓN GRÁFICA LAS CARACTERÍSTICAS DEL SS DE COSTA RICA..	122
FIGURA 14 CARACTERÍSTICAS DE LOS ACTORES PARTICIPANTES EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, COLOMBIA Y COSTA RICA	132
FIGURA 15 GRADO DE UNIDAD/COORDINACIÓN O SEGMENTACIÓN, NUMERO DE SUBSECTORES Y PROGRAMAS SEPARADOS 2005	133
FIGURA 16 SEPARACIÓN DE FUNCIONES EN LOS SISTEMAS DE SALUD, 2005	134
FIGURA 17 DESCENTRALIZACIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO, 1998 A 2005.....	134
FIGURA 18 COMPETENCIA Y LIBERTAD DE ELECCIÓN 2000 A 2004.....	134
FIGURA 19 CIFRAS NO NORMALIZADAS DE LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS EN LOS TRES SUBSECTORES, 1999 A 2004. COMO ADMINISTRATIVO EN PORCENTAJES DEL INGRESO O DEL GASTO	135
FIGURA 20 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA GESTIÓN DE LA SALUD, 2002 A 2005.....	135
FIGURA 21 CARACTERÍSTICAS DEL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, COLOMBIA Y COSTA RICA, 2005.....	136
FIGURA 22 CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO Y PRESTACIÓN A LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, COLOMBIA Y COSTA RICA 2005	136

Lista de tablas

TABLA 1 CLASIFICACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD: A PARTIR DE SUS CARACTERÍSTICAS	17
TABLA 2 CAMBIOS EN LA REGULACIÓN PÚBLICO-ESTATAL DE AMÉRICA LATINA	46
TABLA 3 INICIO DE LA REFORMA, MODELOS DE SALUD Y SITUACIÓN REFORMA EN 2003-2005	56
TABLA 4 TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS DE SALUD A PARTIR DE SUS CARACTERÍSTICAS Y REFORMAS	57
TABLA 5 FUNCIONES DE LA MODULACIÓN EN EL MODELO DEL PLURALISMO ESTRUCTURADO	65
TABLA 6 INCIDENCIA DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN LA PROGRESIVIDAD DEL SISTEMA	75
TABLA 7 TIPOS FUNDAMENTALES DE PAGO A PROVEEDORES	79
TABLA 8 CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD SEGÚN SEGMENTACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO	85
TABLA 9 INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA	86
TABLA 10 ESPERANZA DE VIDA Y MORTALIDAD.....	86
TABLA 11 MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS	87
TABLA 12 PERSONAL E INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	88
TABLA 13 INDICADORES DEL GASTO EN SALUD.....	89

Introducción

Los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina están siendo sometidos a reformas de forma constante. Son cada vez mayores las presiones para un uso eficiente de los recursos públicos, y desde la ideología pro mercado se insiste en reducir la intervención del Estado. Estas presiones naturalmente están acompañadas con dinámicas económicas, políticas y sociales que permiten justificar o no las decisiones que se toman. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, estas decisiones se contraponen a las expectativas de los pueblos de ver realizado plenamente su derecho a la salud.

El presente trabajo parte de esa realidad, debido a que el paradigma pro mercado dominante en la provisión de bienes sociales propone reformas a los sistemas de protección social que profundizan la financiarización, reduciendo las posibilidades de la ciudadanía de contar con una protección social que promueva una vida digna, no de los mínimos, sino del deber ser, en un contexto de equidad y justicia social para todos los ciudadanos por igual, sin importar su capacidad de pago.

La inquietud de investigación se orienta desde un análisis basado en los derechos, con el objetivo de buscar formas de comparación alternativas que permitan dar cuenta de las diferencias de los Sistemas de Protección Social en Salud, SPS, e identificar los elementos que facilitan o no, dependiendo del Sistema de Salud, SS, garantizar el derecho en las diferentes latitudes. El presente es un ejercicio de exploración a partir de la literatura disponible que expresa la siguiente preocupación: *¿Cuáles son las características de los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina que permitirían garantizar el derecho a la salud de la forma más universalista y progresiva posible?*

Ahora bien, con el objetivo de identificar las características de los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina que permiten a los países garantizar el derecho a la salud de la forma más universalista y progresiva posible, se propone desarrollar tres niveles de análisis: El primero consistirá en explicar los debates alrededor de los Sistemas de Protección Social, desde sus concepciones centrales y enfatizando las reformas impulsadas por los organismos multilaterales. El segundo residirá en exponer los principales análisis de los Sistemas de Protección Social en Salud evidenciando las tipologías más utilizadas con el fin de proponer unos niveles de observación. Y el tercer nivel analizará de forma cualitativa los Sistemas de Protección Social en Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica en los temas de reflexión propuestos.

La investigación se justifica porque, según autores como Lo Vuolo (2006), la revisión ortodoxa con un énfasis pro mercado tiene un límite en el análisis de la protección social. Estas revisiones pretenden que su concepción esencial es acertada y solo es viable realizar correcciones técnicas a los SPS:

“Las variantes de la ortodoxia son más de lo mismo y sólo sirven para consolidar un saber convencional del que sólo pueden esperarse resultados similares a los actuales” (Lo Vuolo, 2006) (pág. 697)

Si lo que se pretende como investigadores es concebir alternativas desde los estudios críticos, esta tarea, siguiendo a Lo Vuolo (2006), requiere de tres condiciones:

1. Tener en cuenta el ambiente específico de cada caso, incluida la herencia institucional, y ser precisos en los arreglos operativos.
2. No se trata de apostar todo a una política, sino a un conjunto de políticas sistémicamente consistentes para la reconstrucción de sistemas de protección social más integrados y universales en la región.
3. Necesariamente, esos sistemas reclaman un ambiente macroeconómico diferente del que viene imponiéndose como nuevo consenso, incluso en esta etapa de crecimiento.

El ejercicio procura entonces hacer exploraciones en la línea de los estudios críticos de la visión pro mercado para discutir cómo reconstruir, sobre otros principios de organización, los Sistemas de Protección Social, en este caso el de salud (Lo Vuolo, 2006, pág. 718).

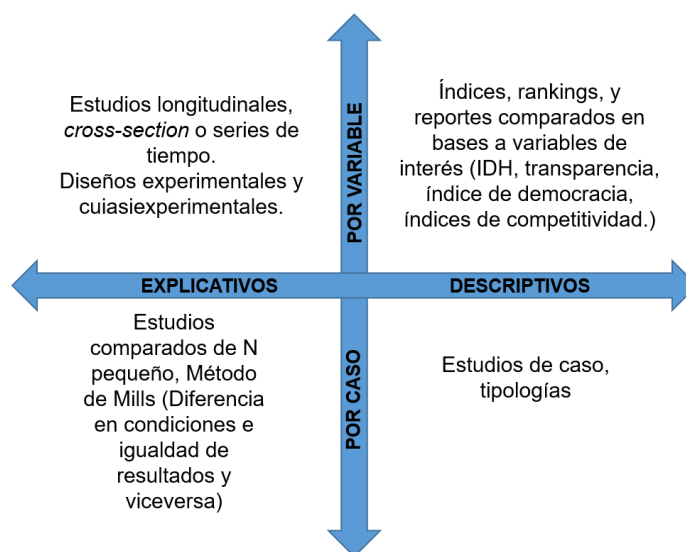
La metodología que seguirá el presente trabajo se ciñe a la línea de estudios de casos comparados de la CEPAL en 2015, estudios que fueron liderados por los investigadores Cecchini, Fulgueira & Robles, que continúan buscando cómo repensar las categorías de análisis que se han dado como ciertas, y elevando el nivel de abstracción, con el fin de lograr categorías e indicadores mejores y más pertinentes. La presente investigación es la parte inicial de este camino.

El trabajo sigue los fundamentos que persiguen los estudios con objetivos explicativos u objetivos descriptivos. Se intenta ubicarlo en el conjunto de estudios que abordan los Sistemas de Protección Social, y se presenta diagramado en dos ejes, donde el horizontal va de modelos causales o explicativos a modelos descriptivos y el vertical va de modelos orientados por casos a modelos orientados por variables (Cecchini, Filgueira, Martinez, & Roseel,

2015). Así, el presente trabajo se ubica en el cuadrante inferior derecho (Ver Figura 1), el cual se explica a continuación:

“En el cuadrante inferior derecho se encuentran los estudios de caso sobre sistemas de protección social, pero se encuentran también las tipologías. De esta forma, los estudios de caso sobre sistemas de protección social que se introducen en este documento permiten informar y cautelar las tipologías mostrando variaciones no captadas por las variables estandarizadas que cuestionan o matizan la pertenencia de uno u otro país a tal o cual de régimen de bienestar social.” (Cechini, Filgueira, Martínez, & Roseel, 2015, pág. 18)

FIGURA 1 TIPOLOGÍA DE ESTUDIOS DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL



Fuente: Tomado de (Cechini, Filgueira, Martínez, & Roseel, 2015)

Para desarrollar el análisis propuesto, se utilizará la literatura secundaria disponible en estudios comparativos, explicativos y descriptivos cuyo objeto de estudio sean los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina.

Los Sistemas de Protección Social en Salud elegidos para comparación, los casos de Brasil, Colombia y Costa Rica, fueron seleccionados en primer lugar por representar sistemas de financiación icónicos en América Latina. Brasil cuenta

con una financiación de la salud basada en impuestos generales y una apuesta universal. Colombia combina fuentes de financiación vía contribuciones laborales y presupuesto nacional, en una apuesta por extender el aseguramiento. Y finalmente, Costa Rica ha logrado cobertura universal en un sistema financiado principalmente por un esquema de aseguramiento social, con base principal en la contribución tripartita.

Una revisión desde el análisis tradicional, de investigadores como Centrólogo (2014), clasifica a los países latinoamericanos en cuatro grupos a partir de las características de sus Sistemas de Salud, SS (Ver Tabla 1):

TABLA 1 CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD: A PARTIR DE SUS CARACTERÍSTICAS

Grupo	Nivel	País
A	Mayores niveles de presión tributaria	Argentina y Brasil
B	Mayores niveles de gestión pública en salud	Uruguay, Costa Rica, Cuba y Chile
C	Cercanas al promedio regional	Ecuador, El Salvador, Paraguay, México, Venezuela y Colombia.
D	Peores indicadores en salud	Bolivia, Perú y Guatemala

Fuente: Tomado de (Centrólogo , 2014)

El grupo A son países que se diferencian del resto, no por su sistema de salud, sino porque son los dos únicos que están cobrando impuestos, aún no como en Europa, pero tratan de acercársele, con una presión tributaria entre el 34% y 35% del PIB (Centrólogo , 2014).

El grupo B, según Centrólogo (2014), corresponde a los países que han tenido una mayor preocupación por la salud pública. De estos, Chile en menor medida. Uruguay, Costa Rica y Cuba han sido los países de la región que siempre han tenido una mayor preocupación por cuestiones distributivas.

Finalmente, en el grupo C, el más numeroso, están aquellos más cercanos a los indicadores de desarrollo promedio en la región. Y el grupo D corresponde a los países con los peores indicadores de salud, que presentan tasas de mortalidad infantil superiores al promedio regional.

Sin embargo, destaca Centrólogo (2014) a tres países por encima del resto. Brasil es el único caso que reasignó las contribuciones sobre el salario para la salud y las financió absolutamente todas con rentas generales. “Con respecto a limitaciones del aseguramiento social para garantizar la cobertura, Brasil fue muy inteligente, lograron hacer un intercambio de financiamiento y, de esa manera sentaron las bases de una nueva experiencia, que es diferente al resto de la región, es única” (pág. 178). Costa Rica es el caso original de un país que logró tener un sistema con una igualdad de derechos bastante razonable, y desde muy temprano obtuvo el doble financiamiento¹. Y Colombia está buscando desde hace mucho tiempo la manera de igualar derechos, pero está enfrentando serios problemas.

Desde la comparación ortodoxa pro mercado, en ejercicios realizados por el mismo Banco Mundial (2013), cada uno de los sistemas seleccionados ha sido destacado por logros particulares, los cuales deben evaluarse. Por ejemplo, respecto a Brasil, y su Sistema Unificado de Salud, SUS, financiado con impuestos, se modernizó el sistema, se creó un servicio coordinado nacional al que todos los brasileños pueden acceder. Con inversiones fuertes en atención primaria, la Estrategia de Salud Familiar ha sido la herramienta que ha permitido realizar reformas importantes, permitiendo a las familias acceder al sistema a través de visitas domiciliarias, actividades y comunidades en pro de la salud (Banco Mundial, 2013).

Respecto a Costa Rica, el Banco Mundial (2013) considera que las reformas implementadas colocaron a este país entre los países de mejor desempeño de la región, gracias a su énfasis en la atención primaria. Situación que se evidencia con indicadores como la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil, hoy en niveles comparables a los vigentes en países de la OCDE.

¹ Salud y Pensiones.

Y finalmente, en relación con Colombia, se destaca la inclusión constitucional en 1991 del derecho a la salud, que tras veinte años el acceso a los servicios ha mejorado gracias principalmente a un seguro de salud subsidiado. Los estudios indican que el régimen subsidiado ha sido “un pilar del esfuerzo colombiano para lograr el derecho a la salud” (Banco Mundial, 2013).

La presente investigación descansa en una hipótesis de trabajo respecto al análisis y comparación de los Sistemas de Salud propuestos. Consiste en que la apuesta de Colombia, que implicó introducir mecanismos de mercado como base del sistema, no ha permitido un avance del mismo en términos de los principios de universalidad y progresividad del derecho. Lo anterior se suma a la apuesta inicial del sistema colombiano, que no fue de una salud universalista. Por el contrario, vía requisitos de capacidad de pago, se ha hecho un sistema con múltiples problemas de acceso para sus ciudadanos.

Deberá entonces Colombia mirar hacia las apuestas en otros territorios latinoamericanos, en especial los casos de Brasil y Costa Rica, cuya postura ha sido universalista y progresiva, con una estrategia de especial énfasis en la atención primaria, aun cuando con esquemas de financiación radicalmente diferentes.

Para desarrollar el interrogante propuesto se realizará un recorrido en tres etapas o capítulos. El primer capítulo presentará los debates alrededor de los Sistemas de Protección Social en Salud desde sus conceptos y evolución, es decir, se deberá definir qué se entiende en el contexto actual por Protección Social, PS, la forma como los Sistemas de Salud se articulan a la Protección Social y las discusiones sobre el derecho a la salud y los Sistemas de Salud, para finalmente hacer un recorrido por los objetivos de las reformas pro mercado que se han impuesto en América Latina.

El segundo capítulo profundizará, partiendo de la literatura disponible, en los debates sobre los Sistemas de Protección Social en Salud, identificando desde

las principales tipologías y características los componentes de análisis de los Sistemas de Protección Social en Salud. Desde la visión pro mercado, se mirarán los componentes que prevalecen en los análisis funcionales que se les realizan a los sistemas de forma particular y comparativa. Y por último, se propone a partir del abanico de variables, principalmente desde las que se presentan en la visión pro mercado, tres niveles de análisis para hacer una comparación, en una primera fase cualitativa, que permita dar inicio a reflexiones comparativas desde una visión basada en derechos que integre el análisis funcional y las ya existentes comparaciones que reconstruyen las dinámicas económicas, políticas e históricas de los Sistemas de Protección Social en Salud de la región.

El tercer capítulo constituye la primera fase de un análisis cualitativo de los Sistemas de Protección Social en Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica, como sistemas representativos de América Latina en términos de su financiamiento, su organización y su consolidación. Los tres niveles de análisis propuestos son: las características del marco institucional, las características del financiamiento del sistema y las características de la gestión de los recursos.

Capítulo 1. Los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina. Debate sobre sus conceptos y evolución

Por su relación directa con el bienestar de la comunidad, los Sistemas de Protección Social, SPS, son cuestionados continuamente por la sociedad, ya sea exigiendo mayores protecciones a la población, o solicitando mejoras en la calidad y acceso a los servicios, o sometiendo las decisiones políticas² y el presupuesto público a exigencias de una mayor eficacia y una mejor gestión de los recursos. A estas reivindicaciones se les suman diversos debates alrededor de la naturaleza y organización de los SPS. Todas estas cuestiones se hallan marcadas por las prioridades que cada sociedad da a los elementos constitutivos de los SPS, las fuerzas políticas tomadoras de decisiones y las concepciones alrededor del papel que debe cumplir el Estado o el mercado en los SPS.

A continuación se presentarán los principales conceptos y debates sobre los Sistemas de Protección Social, SPS y los Sistemas de Salud, SS. Se identifican en este análisis dos visiones predominantes en los SPS: La primera, denominada **“visión pro mercado u ortodoxa”**, dominante en la mayoría de los países de América Latina y que impulsó como principal reforma la introducción de

² Para comprender con mayor profundidad cómo los actores y debates políticos influyen en los Sistemas de Protección Social se puede leer, entre otros, los análisis de Giraldo (2007), Lautier (2006), y Théret, (2006).

mecanismos de mercado en el funcionamiento de los SPS (Banco Mundial, 1993); y la segunda, denominada “**visión crítica o basada en derechos**”, reflexiona sobre el alcance y evolución de los derechos sociales, y la relación de éstos con los SPS, considerando las formas que toma la participación del Estado en la garantía de los mismos (Giraldo, 2007; Lautier, 2006).

Teniendo en cuenta estas dos visiones, se hará referencia a lo que se comprende hoy por Protección Social y Sistemas de Protección Social, Sistemas de Salud y el concepto de salud, además de hacer un breve recuento de los antecedentes históricos de los SPS en AL y las características de las reformas pro mercado en los Sistemas de Salud.

1.1 Principales definiciones

1.1.1 La Protección Social y los Sistemas de Protección Social

El concepto **Protección Social** se ubicó con más fuerza en la literatura económica y social a finales del siglo XX, principalmente en los informes de las instituciones multilaterales como el Banco Mundial, BM, el Banco Interamericano de Desarrollo, BID, centros internacionales políticos y de estudio como la Organización Internacional del Trabajo, OIT, y la Comisión Económica para América Latina, CEPAL, entre otros, además de los debates naturales en los centros académicos de pensamiento muy ligados a las anteriores instituciones.

Hoy la Protección Social sigue siendo un concepto en evolución (Comisión Económica para América Latina, 2011), por medio del cual se realizan constantemente evaluaciones históricas, económicas, políticas y sociales de las formas institucionales que adoptan los países para resolver determinadas necesidades sociales. Es decir, es una herramienta para volver al pasado, analizar el presente y replantear el futuro.

La CEPAL (2011) ha identificado cuatro dimensiones sobre las cuales se han construido los desarrollos teóricos e institucionales de la Protección Social. La primera, basada en el empleo formal y, siguiendo a Giraldo (2007), en la relación salarial; una segunda, asociada a las situaciones de emergencia; una tercera, relacionada con la asistencia y acceso a la promoción, y una última, asociada a la garantía ciudadana o de perspectiva de derechos. Dependiendo de la corriente analítica, cada una de las anteriores dimensiones se verá reflejada en las prioridades de los Sistemas de Protección Social en Salud que analizaremos en el presente documento.

Ahora bien, en esta aproximación inicial a la Protección Social, PS, se considerarán dos definiciones de la Protección Social. La primera, del Banco Mundial (2001), retomada por Guerrero (2008), la define como el *“conjunto de intervenciones que buscan disminuir la vulnerabilidad de los individuos pobres, las familias o las comunidades a través de un mejor manejo social del riesgo.”* La segunda, de la OIT (2008), recordada por la CEPAL (2011), considera a la PS como el conjunto de *“derechos, beneficios y prestaciones a los que la ciudadanía puede acceder para protegerse del brusco decaimiento en sus estándares de vida”*. Las anteriores definiciones son una muestra del debate que se presenciara a lo largo de este documento. En él, por un lado hablaremos de vulnerabilidad y riesgos y por el otro, de derechos, ciudadanía y calidad de vida.

Para entender el porqué son tan importantes los estudios alrededor de la Protección Social, se puede aprovechar la definición que de ésta presentó en 2001 Andy Norton con otros investigadores a través del *Overseas Development Insittuto*:

“La política de Protección Social está íntimamente ligada al debate de cohesión social y exclusión social. Esto refleja una mirada en las ciencias sociales que enfatiza como la inclusión en una colectividad que provee ayuda y asistencia mutua es

fundamental en la definición misma de sociedad. Desde una perspectiva distinta, se podría decir que cuando el Estado o la sociedad organizada pierden la capacidad de asistir a las necesidades de sus miembros en una situación de crisis sufre como consecuencia una crisis de legitimidad y a continuación un problema de gobernabilidad.” (Subrayado fuera de texto).

La cita precedente es enfática al explicar que todas las sociedades deben estar en capacidad de asistir las necesidades de sus miembros en momentos de crisis, hecho que se relaciona con su cohesión social, su legitimidad y su gobernabilidad. La Escuela de la Regulación Francesa ha estudiado profundamente las formas como la Protección Social media las tensiones entre los órdenes social, político y económico de las sociedades. Bruno Therét (2006), por ejemplo, afirma que la protección social se ha pensado como “un medio comunicación entre el capitalismo de mercado y el Estado, cuya finalidad es el control social de la población y su reproducción por vía consumo³” (pag. 15)

Hasta aquí se ha presentado la PS en su concepto general. Sin embargo, su materialización y relevancia se relaciona con las formas institucionales y las características que toman las instituciones, lo que a partir de este momento será nombrado **Sistemas de Protección Social, SPS**. Frente a la organización de la Protección Social, César Giraldo (2011) describe los SPS como:

“los arreglos institucionales (que no es lo mismo que estatales) dirigidos a cubrir los riesgos de naturaleza social. Existen dos tipos de esquemas: la seguridad social y la asistencia pública; la primer se caracteriza porque las prestaciones sociales provienen de las cotizaciones y la segunda porque provienen de impuestos generales. Los SPS también incluyen la regulación del mercado

³ Complementando este apartado de la relevancia de la Protección Social, Bruno Lautier (2005) explica en su artículo *Las condiciones políticas de la universalización de la protección social en América Latina* que la protección social “aparece de inmediato como un componente de la relación entre el poder político, el territorio y la población o, si se quiere, como un elemento (y un modo de ejercicio) de soberanía y de gobierno”.

laboral, en la medida en que la génesis de tales sistemas está vinculada a los derechos laborales” (pág. 19)

En la definición de Giraldo destaca la noción de riesgo de naturaleza social. Sin embargo, estos implicarán todas aquellas situaciones que impidan la generación de ingreso y por tanto limiten la inclusión de las personas y sus familias en la vida económica y social. Entre los riesgos que protegen los SPS están las enfermedades, las incapacidades físicas y mentales, el envejecimiento, las enfermedades materno-infantiles, el desempleo y la pobreza. Esta comprensión de los SPS se enmarca dentro de la tendencia crítica y basada en derechos.

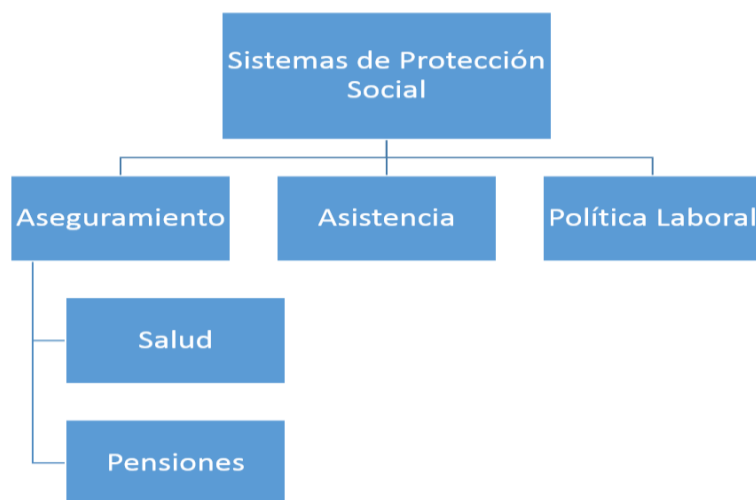
La definición institucional más aceptada de los Sistemas de Protección Social es la de Holzmann y Jogensen (2000), divulgada mundialmente por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, instituciones promotoras de reformas en los países en vía de desarrollo y especialmente aceptadas en los países de América Latina. Ambos autores entienden la PS como las “medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas,” es decir, un grupo de “intervenciones públicas para a) asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo, y b) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza” (pág. 3)

Guerrero (2008) identifica dos componentes en la definición previa, el primero relacionado con la búsqueda de un mejor manejo del riesgo, cercano al concepto de aseguramiento, y el segundo, que enfatiza en prestar ayuda a los más pobres a través de una intervención de carácter asistencial.

Ahora bien, los SPS, en su perspectiva institucional e involucrando en el análisis las anteriores definiciones, se configuran mediante la organización de tres ejes: i) El aseguramiento, entendido, en su versión más tradicional, como el seguro social contributivo, ii) La asistencia social, mediante políticas de promoción social y

programas focalizados dirigidos a los más pobres, y iii) las políticas para el trabajo (Giraldo, 2011). Ver Figura 2.

FIGURA 2 ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL



Fuente: Elaboración propia con base en César Giraldo (2011)

1.1.2 Articulación de los Sistemas de Salud en la Protección Social

Con un panorama de lo que son los Sistemas de Protección Social se debe ahora ubicar los Sistemas de Salud en su relación con los anteriores. Para esto y siguiendo a Guerrero (2008) al responder la pregunta sobre la función económica que cumplen los SPS, se volverá a sus antecedentes para indagar qué son. Los SPS tenían como fin, en el marco de la relación capital-trabajo, proteger de los riesgos a los que están expuestos naturalmente los trabajadores, riesgos que pueden llevar a una reducción de los ingresos del trabajador, que solo cuenta con su fuerza de trabajo para generar ingresos. Se protege a los trabajadores de posibles pérdidas originadas por tres causas: salud, desempleo o vejez.

Mantener la salud se convierte entonces en una dimensión que debe ser protegida. El qué y el cómo son aspectos que analizaremos más adelante. Se concluye entonces que la seguridad social, en su componente de salud, tiene

como objeto proteger a los trabajadores frente a las consecuencias económicas de riesgos asociados a la salud. No es de extrañar, siguiendo a Guerrero (2008), que los temas relacionados con la salud y el trabajo marchen juntos, pues según la literatura, han estado unidos alrededor del concepto de seguridad social.

Las reflexiones históricas sobre la conformación de los Sistemas de Protección Social en los distintos países determinan sus características, que parten de la forma como las sociedades decidieron inicialmente organizar sus Sistemas de Seguridad Social para proteger a los trabajadores de los riesgos de la salud, la enfermedad, la incapacidad y la vejez. De forma tal que muchas de las discusiones que se presentarán a lo largo de este documento sobre las principales características de los Sistemas de Salud marcaron el desarrollo de lo que hoy son los Sistemas de Protección Social en el mundo.

1.1.3 El derecho a la salud, desde el deber del mandato internacional

El objeto de análisis del presente documento se centra en los Sistemas de Salud y las características que presentan en Brasil, Colombia y Costa Rica. Sin embargo, antes de entrar en materia se debe hacer una revisión del concepto de salud tal como la garantizan los Sistemas de Salud en sus diferentes versiones.

La salud, la seguridad social y la protección social están incluidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) en los artículos 22, 23 y 25, y pertenecen al grupo de los derechos humanos de segunda generación:

“Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los

derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

“Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
(...)
2. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.”

“Artículo 25:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”⁴ (Subrayado fuera de texto)

Los artículos 22, 23 y 25 contienen las cuatro dimensiones asociadas a la Protección Social descritas previamente (CEPAL, 2011). Sin embargo, se analizará con especial atención lo contenido en los artículos 22 y 23 que tratan de la seguridad social y la salud.

⁴ Disponible en la página de internet de la Organización de Naciones Unidas, ONU: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

De los artículos 22 y 23 se puede concluir que del derecho que tiene toda persona a un nivel de vida adecuado se desprenden las posibilidades de salud y bienestar tanto para las personas como para las familias; que se deben garantizar también la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; que todas las personas tienen derecho a los seguros, incluido el de salud, especialmente aquellos que hagan perder los medios de subsistencia; que de forma especial se deriva una protección a la maternidad y la infancia para que tengan cuidados y asistencia especiales; y finalmente, como los Estados nacionales son los firmantes de la declaración, que son éstos los garantes del derecho a la salud de sus ciudadanos.

Sin duda, el artículo 25 de la Declaración Internacional de Derechos Humanos ha influido en la configuración de la protección de la salud en América Latina y en las formas institucionales que se adoptaron en los particulares Sistemas de Salud, aspecto que será abordado más adelante.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, por excelencia la autoridad de dirección u coordinación sanitaria del grupo de Naciones Unidas, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁵” tanto individual como colectivamente. Esta concepción de la autoridad internacional, en línea con la Declaración Internacional de Derechos Humanos, aclara de forma especial que la salud no es solamente la ausencia de enfermedades y la relaciona también con un estado integral de bienestar.

⁵ Tomada del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946. Entró en vigencia a partir de 1948 y no ha sido modificada desde entonces.

La salud, la seguridad social y la protección social hacen parte de los derechos humanos de segunda generación, los conocidos como derechos económicos, sociales y políticos, considerados por los países después de la Segunda Guerra Mundial y ratificados por medio del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966 y vigente desde 1976. Así pues, el artículo 9 trata sobre el derecho a la seguridad social y el 12 a la salud, como se lee a continuación:

“Artículo 9. Derecho a la seguridad social y al seguro social. Se refiere al derecho a gozar de la red de servicios de seguridad social en casos de enfermedad, paternidad, viudez, desempleo, invalidez, etcétera, y al mecanismo que hace posible el sostenimiento del sistema, el abono continuo de los patronos sobre una parte del salario de los trabajadores, para que accedan a esas prestaciones.”

“Artículo 12. Derecho al más alto nivel posible de salud. Establece la obligación de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos.”⁶ (Subrayado fuera de texto)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue firmado y ratificado por todos los países de América Latina, y los Estados se comprometieron a cumplir de forma gradual lo contemplado allí. De forma tal, que respecto a la seguridad social, se obligan a garantizar una red de servicios de seguridad social en casos de enfermedad y al mecanismo de seguro social, por el cual se hace posible el sostenimiento del sistema. Aunque el Pacto habla de la contribución sobre el salario por parte de los patronos, se verá en el presente

⁶ Tomado de la Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, disponible en la página de internet de las Naciones Unidas:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

documento que no es el único mecanismo posible para hacer sostenible la protección. Respecto a la salud, se destaca el deber de garantizar el nivel más alto posible de la salud y asegurar la asistencia médica a todos.

Hasta aquí se ha revisado la noción de salud contemplada en la Declaración Internacional de los Derechos Humanos (1948), de la cual se deriva el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud del mismo año y el posterior Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. No obstante, estas directrices firmadas y ratificadas por los Estados son apenas concepciones de carácter político, lo que en términos de las ciencias políticas son el “deber ser”, el ideal al que todas las naciones deben llegar.

Se observará a lo largo del presente documento que lo que cada sociedad contempla como salud, desde su ordenamiento constitucional, tendrá un mayor o menor grado de realización dependiendo de las características formales y no formales de los Sistemas de Salud que se constituyen para garantizar y hacer efectivo el derecho a la salud. Por tanto, las características de los Sistemas de Salud son fundamentales en la realización del derecho a la salud.

1.1.4 Los Sistemas de Protección Social en Salud, o Sistemas de Salud

La Organización Mundial de la Salud, OMS, en su informe del año 2000 *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, consideraba que los Sistemas de Salud, SS, abarcan “todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud” (Pág. 6)

Sobre la responsabilidad de los SS, el mismo informe establece que tienen la responsabilidad no solamente de mejorar la salud de las personas, sino también de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad, y de tratarlas con dignidad (OMS, 2000). Son entonces tres los objetivos fundamentales de los SS:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven.
- Responder a las expectativas de las personas.
- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud

En palabras de Frenk (2003), citado por Hernández (2007), para afrontar las condiciones de salud-enfermedad, las sociedades humanas desarrollan una respuesta desde el momento en que estas se reconocen y definen como necesidades. La respuesta social organizada (Hernández, 2007) encuentra su materialización principal en los sistemas de salud. Siguiendo a Hernández (2007) y Frenk (2003), en las sociedades se observa “una participación compartida o transferencia gradual de responsabilidad de la familia y la Iglesia hacia las profesiones y el Estado”. A partir entonces, de la participación de actores tanto institucionales como de la misma población, se organiza un Sistema de Salud “dinámico y cambiante dentro del contexto histórico y social” (Hernández, 2007).

Una visión integral de los Sistemas de Salud invita a analizarlos no de manera aislada, sino en un contexto que los impacta y que a la vez es influido por el sistema (Hernández, 2007).

Entre otras definiciones complementarias de Sistemas de Salud citadas por Hernández (2007) se encuentra que se debe entender a los SS como el conjunto de instrumentos sociales (legislación, organizaciones y tecnologías) que se “encargan de movilizar recursos para transformarlos en servicios de salud, guiados por políticas e información acerca de las necesidades de salud y sobre el desempeño del propio sistema” (Frenk, 2003). Y la de Marset y otros (1998), que consideran que los SS son “estructuras sociales complejas de naturaleza

heterogénea, destinadas a satisfacer las necesidades de la población de cada país en materia de salud y enfermedad”.

El alcance de los Sistemas de Salud puede identificarse a partir de sus estrategias de intervención. Terris (1990), citado por Hernández (2007), organiza las estrategias de intervención en tres grupos: “a) acciones predominantemente de promoción, b) acciones predominantemente de prevención y c) acciones predominantemente de curación y rehabilitación.” Existe otro concepto importante en términos del alcance de los SS, relacionado con las acciones u atenciones que son dirigidas para un amplio grupo de poblaciones. Comprende la Atención Primaria y las acciones dirigidas propiamente a curar o reestablecer el estado de salud de las personas.

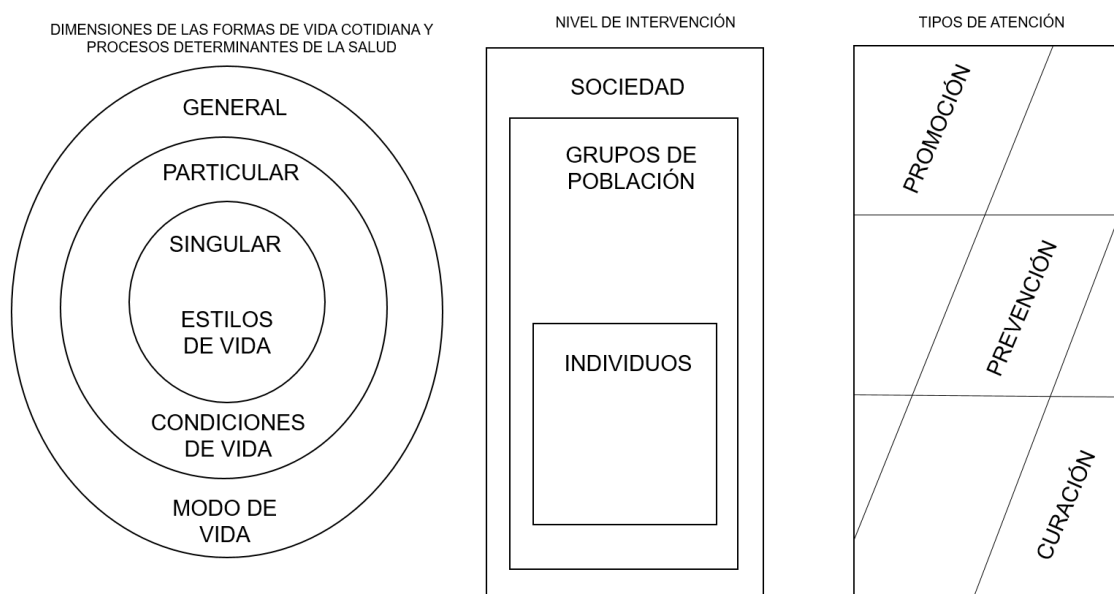
Frente a la Atención Primaria de Salud, APS, la Declaración de Alma Atá, de 1978 (OMS, 2015), la define como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, que se debe poner al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es en este nivel de Atención Primaria donde tienen lugar las acciones a y b definidas por Terris (1990), es decir, acciones de promoción y prevención, así como acciones de recuperación y rehabilitación (OMS, 1978)

A partir de lo expuesto por Castellanos (1998), citado por Hernández (2007), se puede comprender los niveles de intervención expuestos antes. Castellanos lo explica (Ver Figura 3):

“Las acciones de curación actúan en el nivel de individuos, y los efectos se dan a través de las modificaciones en los riesgos de morir de los individuos enfermos y del efecto distributivo de bienes y servicios individuales. Las acciones de prevención pueden actuar en los niveles de la sociedad, los grupos y los individuos, y su efecto depende del tipo de actividad y el problema de salud que

se trate. Las acciones de promoción de la salud, se orientan fundamentalmente a nivel de la sociedad y de los grupos de población. El impacto de la promoción sobre las condiciones de salud se produce al modificar el modo de vida y las condiciones de vida de la sociedad y de los grupos humanos, aunque también abarca el estilo de vida de los individuos” (Pág. 33)

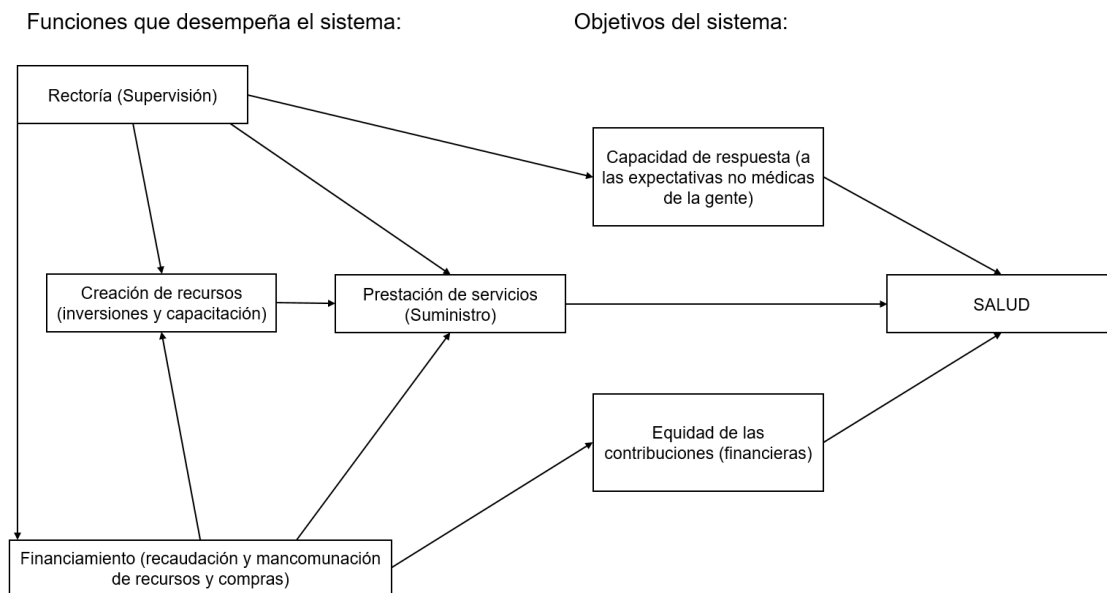
FIGURA 3 DIMENSIONES, PROCESOS DETERMINANTES DE LA SALUD, NIVELES Y TIPOS DE ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA



Fuente: Tomado de Hernández (2007) citando a Castellanos (1998).

Sobre las funciones internas que permiten a los Sistemas de Salud cumplir sus objetivos, la Organización Mundial de la Salud, OMS, en su informe del año 2000, presenta cuatro funciones: La prestación de servicios de salud personales y no personales; la recaudación, mancomunación y asignación de recursos para comprar dichos servicios; las inversiones en gente, edificios y equipo; y la rectoría general de los recursos, facultades y expectativas que se les confían (Ver Figura 4).

FIGURA 4 RELACIONES ENTRE LAS FUNCIONES Y LOS OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE SALUD



Fuente: Tomado del Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000 de la OMS

Para la OMS (2000), la función rectora “ocupa un lugar especial porque abarca la supervisión de las demás funciones y tiene efectos directos o indirectos en todos los resultados.” En el Capítulo 2 se estudiará cada una de las funciones de los Sistemas de Salud y sus características.

1.2 Antecedentes históricos de los Sistemas de Protección Social en América Latina

1.2.1 Antecedentes históricos de los Sistemas de Protección Social

En su libro *¿Protección o desprotección social?*, César Giraldo (2007) hace una reflexión histórica sobre el origen de los Sistemas de Protección Social. El autor organiza el análisis en torno a la evolución de los Estados nacionales, identificando dos dimensiones-etapas: Una primera, nombrada “dimensión

política”, asociada con la “consolidación en un espacio geográfico de los monopolios de la ley, la moneda y la tributación”. Aquí la protección social se reducía a los programas de asistencia social, un favor, una dádiva de la Iglesia o los nobles y, después, del Estado naciente hacia los miserables. La segunda, denominada “dimensión productiva”, se refiere a una etapa posterior cuando el Estado aporta bienes sociales y construye infraestructura básica. Es aquí cuando surgen los modelos de aseguramiento (bismarkiano) y posteriormente el universal (beveredgiano), configurando en el continente europeo el famoso Estado de Bienestar.

Existe una tipología muy referenciada sobre los regímenes del Estado de Providencia, que permite entender la evolución de la Protección Social. Es la realizada por Gosta Esping-Andersen (1990), citada por Rollinat (2006), que distingue dos regímenes, el liberal (referencia, el Reino Unido) y el conservador-corporativista (referencia, Francia y Alemania).

El régimen liberal, basado en el principio de asistencia, se propone la lucha contra la pobreza y el desempleo, focalizada sobre la población especial. Se considera liberal porque el Estado, con la garantía de un mínimo, favorece el mercado proporcionando proyectos de previsión social. En el régimen conservador-corporativista, los derechos sociales dependen del empleo y del estatuto social, y el financiamiento depende de un mecanismo de seguro social basado en las cotizaciones salariales.

En un aparte anterior, cuando se ubicaron los Sistemas de Salud en el marco de los Sistemas de Protección Social, se recordó que fue la relación entre el capital y el trabajo, o mejor, entre los propietarios y los trabajadores, en el marco del sistema económico capitalista, la que dio origen a los primeros esquemas de aseguramiento, con sistemas de seguridad social por un lado y de asistencia por el otro. Respecto al segundo explica Giraldo (2007) que “al convertirse el trabajo humano en una ‘mercancía’ (...) se rompieron los vínculos tradicionales creados a

través de la familia extensa, la vecindad, las acciones de solidaridad, la iglesia y la protección del señor feudal”, se hizo indispensable organizar mecanismos para cumplir la tarea de la protección en caso de enfermedad y se institucionalizó entonces la asistencia (Pág. 43).

En cuanto al surgimiento de los mecanismos de aseguramiento, repasa Giraldo (2007) los esquemas de protección social que empiezan a surgir: “Se dan en un sociedad donde el trabajo está mediado por una relación mercantil (...) en la cual las personas que disponen de su capacidad de trabajar como medio principal para obtener sus medios de subsistencia deben vender esa fuerza de trabajo en el mercado.” (Pág. 59). Ante esta nueva situación, el “trabajador” perdió sus antiguos mecanismos de protección, pero contaba con la “relación salarial” que por medio de un contrato de trabajo (formal, escrito y regulado por la ley), y con una regulación laboral, definirá tanto las jornadas laborales como las prestaciones sociales, el salario mínimo, los derechos y la estabilidad, entre otros.

Los derechos que otorga la “relación salarial” se vuelven indispensables para el trabajador y su familia a fin de garantizar las condiciones de reproducción o sobrevivencia mínimas, o condiciones dignas de vida. En conclusión, en palabras de Giraldo (2007), el aseguramiento “nació como mecanismo para llevar la protección social a los trabajadores, y se basaba en que el derecho a la protección estaba ligado a la obligación de cotizar a un sistema de seguridad social.” (p. 67) Los Sistemas de Seguridad Social pactados inicialmente entre patronos y trabajadores, con la extensión de la relación laboral, precisaron que el Estado interviniera regulándolos.

Es en los Estados Nacionales europeos de finales del siglo XIX donde se consolida este sistema de aseguramiento que denominaremos bismarkiano, por su origen alemán. Fue adoptado en la segunda mitad del siglo XIX, en un inicio, por “las cajas de socorros de las corporaciones (gremios, confraternidades), que gracias a las contribuciones de sus afiliados cubrían gastos hospitalarios,

curaciones y vivienda en caso de invalidez o vejez” (Giraldo, 2007, pág. 68). Estas corporaciones fueron posteriormente suprimidas, creándose luego las asociaciones de cajas de socorros mutuales y las cajas locales de profesionales. Finalmente, hacia los años 80 del siglo XIX, se creó un sistema de aseguramiento social que, en palabras de Giraldo (2007), tenía como propósito “aplacar la presión social”. El sistema bismarckiano cubría accidentes de trabajo, vejez y muerte, y fue creado claramente como un medio de control social para eliminar las ideas socialistas de la época.

En su estudio, Giraldo (2007) asigna tres características a este sistema de aseguramiento bismarckiano: Primero, los beneficios se conceden a quienes tienen el estatus de trabajador y realizan sus cotizaciones al sistema; segundo, el aseguramiento es público, nacional, colectivo y obligatorio con financiación tripartita (trabajadores, patronos y Estado), y tercero, se desarrolla más naturalmente en una economía dominada por la producción industrial, con una alta demanda de trabajadores hombres poco calificados, familias estables de alta fecundidad y mujeres predominantemente en labores domésticas.

El segundo sistema de aseguramiento que encontró lugar en Europa fue el aseguramiento de tipo beveredgiano o universalista. La afiliación a este esquema de aseguramiento hace que “la protección social sea asumida como un derecho legítimo a reivindicar, constitutivo de la ciudadanía, derecho que tiene como contrapartida la obligación de cotizar a dicho sistema” (Giraldo, 2007, pág. 68). Es decir, el seguro social da el paso a los derechos sociales universales.

En el contexto de la Segunda Guerra Mundial, Rosanvallón, citado por Giraldo (2007), destaca “que la guerra creó un compromiso del Estado con todos los ciudadanos” (Pág. 69). Con el informe de Sir William H. Beveridge, de 1942, se configuró en Inglaterra un sistema provisional que garantizaba a los ciudadanos un monto uniforme de beneficios prestacionales, con cobertura universal. Este sistema contaba con dos principios indispensables para su consolidación: i) El

asalaramiento debe estar generalizado, lo que permitirá más fácilmente un aseguramiento universal; y ii) Sistemas de transferencias financiadas con impuestos que permiten prestaciones como la pensión mínima, el subsidio al desempleo, los subsidios a las familias y, “en general de prestaciones que no están ligadas a la condición de asalaramiento.”(Giraldo, 2007, pág., 69). Es decir, se configura un tipo de asistencia de carácter universal.

Es la combinación de aseguramiento y asistencia universal en sus diferentes posibilidades país a país lo que da origen a la noción de Estado de Bienestar. Este nuevo pacto del asistencialismo universal, o aseguramiento de tipo Beveredgiano, extiende las protecciones sociales a las clases medias que se configuraban en los países europeos como un grupo social relevante (Giraldo, 2007).

Por la evolución histórica de la protección social descrita anteriormente, se afirma, como lo hace Cortés González (2009), que la evolución nos llega de los seguros sociales a la seguridad social. El autor lo ejemplifica partiendo de sus principales diferencias:

- “a. La seguridad social constituye un fin, el seguro social es un medio.
- b. El seguro social apunta a cubrir al trabajador y su familia, la seguridad social provee prestaciones a no trabajadores.
- c. El seguro social depende, en el cubrimiento de las prestaciones, de los aportes; la seguridad social depende de las necesidades y recurre a otras fuentes de financiación, como los impuestos.
- d. El seguro social cubre riesgos preestablecidos, la seguridad social tiende a cubrir prestaciones más amplias.” (Cortés González, 2009, pág. 40)

De esta forma, las formas actuales de lo que hoy denominamos “Protección Social” corresponden a una tendencia de finales del siglo XX, que para Cortés González tiene su expresión culminante en la Declaración de Naciones Unidas en

cuanto a los Objetivos del Nuevo Milenio y que se refleja en el compromiso de los Estados de luchar contra la pobreza (p. 24), es decir, es el **cómo se extiende** la protección.

Sin embargo, la discusión que plantea el presente documento es el **cómo se hace** esta extensión. Para Cortés González (2009), se refuerza la noción de universalidad y se aplican criterios de protección social configurando esquemas integrados que articulan acciones sociales a un esquema de provisión pública de servicios (p. 25), con el fin de extender la seguridad social bajo diversas modalidades —algunas bajo la noción de aseguramiento y otras bajo la noción de asistencialismo— dirigidas a poblaciones excluidas.

1.2.2 Sistemas de Protección Social en América Latina: Características generales

En su estudio de la Protección Social, César Giraldo (2007) identifica cuatro modelos generales a saber: asistencial, aseguramiento, universal y neasistencialista. Se habló en el apartado anterior sobre los tres primeros y cómo a través de su evolución y complemento permitieron en Europa consolidar el denominado Estado de Bienestar. Pero son las particularidades de los Sistemas de Protección Social, en su versión latinoamericana, lo que da origen al modelo neasistencialista. Las políticas neasistenciales son el retorno a las políticas asistenciales iniciales, combinadas con la provisión privada de bienes sociales, promovida por medio del Consenso de Washington con una serie de reformas que se aplicaron especialmente en América Latina.

Preliminarmente, cuando se revisó la evolución de los modelos de protección social asistencial, de aseguramiento y universalista en el continente europeo, se aseguró que para la consolidación del Estado de Bienestar fue necesario, siguiendo a Giraldo (2007), el cumplimiento de ciertas condiciones: “Generalización del asalaramiento, y el reparto entre el capital y el trabajo de las

ganancias obtenidas con el aumento de productividad durante el fordismo” (pág. 80). La clave para entender la evolución de los Sistemas de Protección Social en América Latina es comprender que las anteriores condiciones no se cumplieron, a pesar de que los SPS se instalaron inmediatamente, y en algunos casos antes, que en Europa occidental (pág. 80).

Lo que caracterizó los Sistemas de Protección Social en América Latina, según explica Giraldo (2007), retomando a Lautier (1993; 1995), es que los derechos estaban plasmados en la ley mas no se cumplían; la población cubierta por el aseguramiento ha sido históricamente poca; los sistemas de aseguramiento se desarrollaron especialmente en el período de industrialización de AL, aproximadamente entre 1930 y 1970, y la asistencia que cubría a la mayoría de la población tomaba forma de clientelismo o de caridad religiosa, entre las que más destacan.

La industrialización nunca se completó, y a finales de los años 80, con una relación salarial poco extensa, los Sistemas de Protección Social de América Latina empezaron a presentar problemas de financiamiento, camino llano para la aplicación de las reformas pro mercado que impactaron la mayoría de los SPS en la región. Concluye Giraldo (2007):

“En América Latina hace tiempo que se abandonó el camino de construir la ciudadanía sobre la base de la sociedad salarial (a la europea). El aseguramiento social generalizado ha estado excluido del escenario social porque implica el pago de cotizaciones que a su vez implican un asalaramiento generalizado y estable que no se ha dado. Los asalariados fueron y son una proporción muy débil para ser el motor que fuerce a otras fuerzas sociales a alinearse en torno suyo. La reivindicación de los derechos sociales recientemente ha sido sustituida por la adquisición de derechos civiles y políticos.” (Pág., 81)

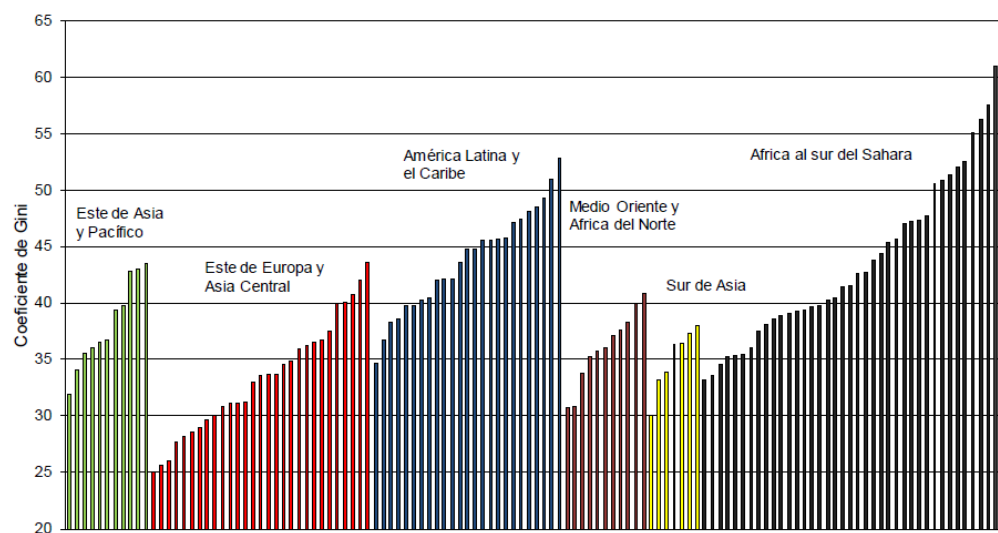
La alta informalidad de la economía, y por tanto de las relaciones laborales, ocasiona una movilidad social limitada, expuesta por Lautier (2006). Existe, afirma, una alta rotación de los trabajadores entre distintas formas de empleo (Pág., 675), sin que haya una movilidad social ascendente; en un nivel inferior, un trabajo precarizado (informal, sin contrato), pasando por el desempleo y en ocasiones asalariado de microempresas, y en otro extremo, un nivel alto, cualificado, pasando por empleos formales públicos o privados y terminando el círculo con la jubilación, siendo este último nivel la excepción en la población ocupada.

Los análisis recientes de los Sistemas de Protección Social mencionan que a lo largo de la historia, los SPS están llamados a superar una serie de desafíos para su consolidación: i) Baja y segmentada cobertura poblacional; ii) insuficiencia de las prestaciones; y iii) falta de oportunidad en la entrega de las prestaciones (Uthoff, 2014). A continuación se repasarán algunos de los principales indicadores que evidencian las limitaciones de la extensión de los Sistemas de Protección Social en América Latina.

En primera instancia, América Latina ostenta desde 2006 (CEPAL, 2006) el calificativo de ser una de las regiones más desiguales del planeta, fenómeno puesto en evidencia por el Índice de Desigualdad del Ingreso (Gini) en comparación con las otras regiones del mundo. Para el 2006, significaba que la riqueza que se producía en la región y los ingresos se concentraba en un 57,12% en un grupo reducido de población. Para la CEPAL (2006), las limitaciones de la protección social no se vinculan exclusivamente a las dificultades en la financiación de los sistemas (salud, pensiones, otros), sino que tienen clara relación con “la estructura distributiva que recorre el conjunto de la sociedad” (Pág., 24). Es decir, que no se limita a desigualdad en la distribución del ingreso, sino que envuelven también las brechas en materia de bienestar social, de capital humano, de activos productivos y de pleno ejercicio de los derechos ciudadanos.

Para 2010, América Latina ya no ostenta el primer lugar, según el Banco Mundial y el Centro de Estudios Distributivos, Laborales (CEDLAS). El África Subsahariana presenta un nivel de desigualdad del 56,6, seguido por América Latina (52,9) y bastante lejos por Asia (44,7), Europa del Este y Asia Central (34,7) (CEDLAS & Banco Mundial, 2014). (Ver Figura 5)

FIGURA 5 LA DESIGUALDAD EN EL MUNDO. COEFICIENTE DE GINI



Alvaredo y Gasparini (2014): Handbook of Income Distribution. Las barras reportan el Coeficiente de Gini estimado de la distribución del consumo per cápita familiar en 2010.
Fuente: Tomado del Boletín de Estadísticas Sociales de América Latina (2014)

En cuanto a la limitada extensión de la relación salarial formal, el Panorama Laboral 2014 para América Latina y el Caribe de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, resalta que la economía latinoamericana no genera empleos suficientes, por lo que existe una tasa baja de ocupación. La situación es preocupante, pues además existen tareas pendientes en la generación de puestos de trabajo con condiciones de calidad, que impactan la productividad y los salarios, sumado a la alta informalidad y la baja cobertura de la seguridad social. La tasa de ocupación (primeros tres trimestres de 2014), la tasa de ocupación urbana en América Latina y el Caribe fue del 55,7%, y la tasa de

desempleo (o de desocupación), en el mismo año fue del 6,2%. Sin embargo, en ese mismo año, el Banco Mundial, BM informó que la mitad de los trabajadores de América Latina tenían un empleo informal⁷.

Sobre la cobertura de la Protección Social en América Latina, y especialmente en la seguridad social (salud y pensiones), la CEPAL (2013), en su tradicional informe de *Panorama Social de América Latina*, y considerando solamente a la población asalariada, proporciona información sobre la afiliación de los asalariados a la salud y las pensiones, situación preocupante, pues en pensiones la afiliación llega apenas al 55,4% y en salud al 66,4% (Ver Figura 5).

FIGURA 6 AMÉRICA LATINA: AFILIACIÓN A SISTEMAS DE PENSIONES Y DE SALUD ENTRE LOS ASALARIADOS DE 15 AÑOS Y MÁS, SEGÚN SEXO

En porcentajes

América Latina	Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
	2002	46,1	54,4	44,9	52,5	48,7	58
	2011	55,4	66,4	54,5	63,9	57,4	70,6

Fuente: Tomado del Informe de la CEPAL (2013) *Panorama Social de América Latina*.

Finalmente, para Pierre Salama, en el Prefacio del libro de Giraldo (2007), son cuatro las razones que explican el estancamiento de los SPS en AL y el contexto por el cual se dio inicio a las reformas pro mercado en la mayoría de los países de AL: i) Cambios demográficos (envejecimiento de la población y mayores necesidades en salud); ii) económicas (desaceleración); iii) Profunda desigualdad

⁷ La mitad de la fuerza laboral de la región, es decir unas, 130 millones de personas se ganan la vida en las calles. Implica entre otras situaciones que un gran número de personas ocupadas no contribuyen a la seguridad social, y están desprotegidos, situación que afecta al 45% de los hombres y al 50% de las mujeres, y al 56% de los jóvenes de 15 a 24 años. Consultado en la página de internet del Banco Mundial, disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2014/04/01/informalidad-laboral-america-latina>

en la distribución de ingresos (empleo informal); y iv) transformación del trabajo (tercerización y surgimiento de otras formas de no empleo).

En el presente documento se estudiarán las características y funcionamiento de los Sistemas de Protección Social en Salud de Brasil, Costa Rica y Colombia, sistemas impactados principalmente por la informalidad, uno de los principales problemas para aquellos sistemas basados en el aseguramiento.

1.3 Reformas pro mercado a los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina

Como consecuencia de las reformas impulsadas por el Consenso de Washington, los Sistemas de Protección en Salud sufrieron una serie de transformaciones de carácter pro mercado. Es a partir del Consenso de Washington que el Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, y Banco Interamericano de Desarrollo empiezan a condicionar sus préstamos, para aliviar la presión sobre la Balanza de Pagos de los países de AL, tras la crisis de la deuda de los años 80, promoviendo un nuevo esquema de intervención del Estado en la vida económica y social de los países, lo que afectaría de forma radical la organización institucional de los Sistemas de Protección Social en Salud de la mayoría de países de América Latina.

El estudio de Giraldo (2007) detalla los principales cambios en el marco de la ideología pro mercado que se empezaron a impulsar en los países a finales de los años 80. Estos cambios conllevaron ajustes en la regulación público-estatal (Ver Tabla 1), cambios que se pueden observar analizando la transición de la regulación bajo el Modelo de la Cepal o Modelo de Sustitución de Importaciones, vivido por los países entre los años 30 y 70, versus, la regulación en el Modelo Consenso de Washington o Modelo de Apertura Económica.

TABLA 2 CAMBIOS EN LA REGULACIÓN PÚBLICO-ESTATAL DE AMÉRICA LATINA

Modelo Cepal	Modelo Consenso de Washington
Modelo Sustitución de Importaciones	Modelo de Apertura Económica
a. Régimen Fisco-Financiero	
a.1 Gobierno financia su déficit con crédito del Banco Central (emisión monetaria)	a.1 Gobierno financia su déficit contratando deuda
<u>a.2 Seguridad Social Estatal</u>	<u>a.2 Seguridad Social a intermediación financiera privada</u>
a.3 Control de Cambios	a.3 Mercado Libre de Divisas
a.4 Sistema Financiero Regulado	a.4 Desregulación Financiera
a.5 Control a la Inversión Extranjera	a.5 Libre Inversión Extranjera
b. Cambios Institucionales	
b.1 Banco Central Controlado por el Gobierno	b.1 Banco Central Independiente del gobierno
<u>b.2 Gobierno Nacional, además de defensa y justicia, asume gastos sociales y construcción de infraestructura básica.</u>	<u>b.2 Gobierno Nacional se concentra en Defensa y Justicia</u>
<u>b.3 Centralismo</u>	<u>b.3 Descentralización política y fiscal</u>
<u>b.4 Agencias descentralizadas se financian con transferencias gubernamentales</u>	<u>b.4 Agencias descentralizadas se financian vendiendo servicios</u>
<u>b.5 Estatización</u>	<u>b.5 Privatización</u>
c. Políticas Públicas	
c.1 Manejo fiscal en función de la reactivación económica	c.1 Manejo fiscal en función del ajuste económico
<u>c.2 Subsidios a la oferta</u>	<u>c.2 Subsidio a la demanda</u>
c.3 Impuestos sobre la renta y patrimonio	c.3 Impuesto sobre consumo
c.4 Proteccionismo	c.4 Apertura comercial
<u>c.5 Proteccionismo Laboral</u>	<u>c.5 Flexibilización laboral</u>

Fuente: Tomado de Giraldo (2007) *¿Protección o desprotección social?* (Pág., 121). Subrayado fuera de texto.

Los anteriores cambios en la regulación público-estatal fueron adoptados por los países de América Latina de forma gradual. Algunos aplicaron la mayor parte, otros solo algunos. Sin embargo, en la mayoría se produjo un cambio radical en el enfoque de lo que venían siendo los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina, aquellos relacionados con la provisión de los bienes y servicios sociales (los subrayados en la Tabla 1).

Fue el informe del Banco Mundial, BM, de 1993, *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud*, en el que se materializó la receta en términos de lo que “en la ideología pro mercado” debía ser un adecuado Sistema de Salud. Propuso

entonces el Banco Mundial un enfoque tripe de las políticas públicas para los países en desarrollo:

1. Formular políticas de crecimiento que aseguren el aumento de los ingresos de los pobres.
2. El gasto en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan a ayudar a los pobres.
3. Los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

Tras sugerir un ajuste en el enfoque de las políticas públicas de la salud, y una posterior reorganización institucional de los Sistemas de Protección Social en Salud, el Banco Mundial (1993) comenzó haciendo un diagnóstico de los que consideraba los principales problemas de los Sistemas de Salud en los países en vías de desarrollo. En primer lugar, consideró que existía una equivocada asignación de los recursos, pues se gastaban en intervenciones de escasa eficacia: “Un solo hospital docente puede llegar a absorber el 20% o más del presupuesto del ministerio de salud, a pesar de que casi todos los servicios eficaces en función de los costos se prestan mejor en establecimientos de nivel más bajo.” (Pág., 4). Segundo, los pobres carecían de acceso a servicios básicos de salud y la atención era de mala calidad. Tercero, los SS eran ineficientes, pues gran parte del dinero que se gastaba en salud se despilfarraba. Y finalmente, la explosión de costos hacía que los gastos en asistencia sanitaria aumentaran con mucha rapidez, más que los ingresos. De esta forma, las políticas en salud sugeridas por el Banco Mundial (1993) para mejorar la salud en los países en vías en desarrollo se agrupan en tres tipos de medidas.

El primer grupo, relacionado con el entorno que rodea a las personas y las familias y que permite mejorar la salud. Aquí se sugiere a los países:

- Adoptar políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres, incluyendo, cuando fuere necesario, aplicar políticas de ajuste que preserven gastos de salud eficaces en función de los costos.
- Aumento en inversiones en educación, especialmente para las niñas.
- Promoción de los derechos y condiciones de las mujeres.

En un segundo grupo, el Banco Mundial (1993) agrupa las políticas de carácter financiero que deben adoptar los países en vías de desarrollo, lo cual involucraba:

- Reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que aportan escasa mejora de la salud en relación con los fondos gastados.
- Financiamiento y aplicación de un conjunto de medidas de salud pública encaminadas a hacer frente a las considerables externalidades que acompañan a la lucha contra las enfermedades infecciosas, la prevención del SIDA, la contaminación del medio ambiente y los comportamientos que ponen en peligro a otros.
- Financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales.
- Mejoramiento de la gestión de los servicios de salud estatales, con medidas como la descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria y la subcontratación de servicios.

Y finalmente, un tercer grupo de medidas, aplicables en los Sistemas de Salud para promover la diversidad y la competencia, implicaba la financiación estatal y un conjunto de servicios clínicos esenciales definidos a nivel nacional, que lograría que el resto de la asistencia clínica se financiara privadamente o mediante seguros sociales. Se debía entonces:

- Promover los seguros sociales o privados con incentivos reglamentados para promover el acceso equitativo y contener los costos y para cubrir la

asistencia clínica no abarcada por el conjunto de servicios esenciales de salud pública.

- Poner a los proveedores, tanto públicos como privados, a competir en la prestación de servicios clínicos y en el suministro de insumos, como los medicamentos, en todos los servicios de salud, tanto los financiados con fondos públicos como los financiados con fondos privados. Los proveedores nacionales no deberían estar protegidos de la competencia internacional.
- Incentivar la producción y difusión de información sobre el desempeño de los proveedores de los servicios, los equipos y medicamentos, los costos y la eficacia de las intervenciones, y sobre el nivel de acreditación de los establecimientos e instituciones que prestan los servicios.

Los países de América Latina aplicaron estas políticas en sus Sistemas de Salud en mayor o menor medida reformando sus sistemas, siendo el centro de las mismas la promoción de la competencia y la introducción de los mecanismos de mercado en la provisión de la salud, para hacer a los SS redes eficaces. Se revisará en el Capítulo 3 del presente documento el nivel de adopción de estas políticas en los Sistemas de Protección Social en Salud de tres países a saber: Brasil, Colombia y Costa Rica.

Capítulo 2. El debate alrededor de los Sistemas de Protección Social en Salud

Determinar qué tan eficaz es un Sistema de Salud, es decir, si garantiza progresivamente el derecho a la salud de los ciudadanos mediante un uso razonable de los recursos disponibles ha sido una inquietud constante de los científicos económico-sociales en los últimos 35 años. El presente Capítulo se compone de tres apartados. En el primero se presentarán los principales tipos de Sistemas de Salud según los investigadores, que dependerá de las reformas que se hayan aplicado en los países, o de las funciones internas que desarrollen para el cumplimiento de los objetivos. Como segunda reflexión se exhibirán los principales componentes de análisis de los Sistemas de Protección en Salud dependiendo de las funciones orgánicas en el sistema. Y, por último, se propondrá un esquema de análisis para la posterior comparación de los Sistemas de Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica desde una perspectiva analítica crítica.

2.1 Tipos de Sistemas de Protección Social en Salud según sus características

A fin de comprender los tipos de Sistemas de Protección Social en Salud que han surgido en el análisis de la literatura, se necesita conocer la evolución de los estudios sobre los sistemas de salud y sus enfoques por lo menos en las últimas dos décadas e identificar las principales tipologías de los Sistemas de Salud.

2.1.1 Estudios sobre los tipos de Sistemas de Protección Social en Salud

Para Daniel Maceira (2001), la Organización Mundial de la Salud, en su informe del año 2000, inicia la búsqueda de esquemas de comparación satisfactoria entre sistemas y modelos, lo que se constituyó en la entidad como una línea de investigación pertinente.

De esta forma se han desarrollado una serie de trabajos de investigación en esta área. La Organización Panamericana de la Salud, OPS (2007), por ejemplo, desplegó desde el año 1995 toda una literatura sobre la organización y financiamiento de los sistemas de salud, mediante un análisis sistémico de los modelos de salud en América Latina desde la mirada del financiamiento. Existen dos estudios pioneros en esta materia, ambos retomados por Maceira (2001): el estudio sobre gasto comparado en salud de la Escuela de Salud Pública de Harvard y el Banco Mundial (Govindaraj, Murray, & Chellaraj, 1995), y el financiado por la OPS de Rubén Suárez en el mismo año, cuyo objetivo fue investigar la composición del gasto nacional en salud entre subsectores. Teniendo como referencia el ya mencionado Informe del Banco Mundial del año 1993 *Invertir en salud*, entre los temas que se empiezan a estudiar figura, por ejemplo, el gasto de bolsillo.

Un segundo enfoque de estudio encontrado por Maceira (2001), paralelo al anterior, corresponde a un análisis de tipo microeconómico que revisa la organización de los Sistemas de Salud, los incentivos institucionales y el desempeño relativo. Ejemplo de ello es una comparación a nivel latinoamericano de Maceira en 1998. Como complemento a este nivel de análisis microeconómico, se desarrolla una línea de investigación del gasto en salud de las familias y el impacto regresivo o progresivo dentro del ingreso familiar. Y finalmente, también en el orden microeconómico, otro sobre los mecanismos de protección social de las familias ante los *shocks* de riesgos de salud. Los estudios pioneros son los de Becker (1972) y Lustin (2001).

Un tercer grupo de análisis de los Sistema de Salud en forma comparativa, asociado a las reformas aplicadas y otro variado grupo de temáticas, comprende estudios sobre evaluaciones de las reformas financieras en los SS; tendencias en reformas y ejes de las mismas, así como la economía política de los cambios en los sistemas de salud. Suárez y Berenguela (2000), por ejemplo, proponen una taxonomía a partir de la importancia relativa del rol del Estado en los Sistemas de Salud. El objetivo de esta literatura, siguiendo a Maceira (2000), es la necesidad de identificar la función y características de una muy importante función dentro de la mayoría de Sistemas de Salud, el aseguramiento.

Continuando con el anterior eje de estudio, se suman las propuestas de reforma a los Sistemas de Salud presentadas por Julio Frenk y Juan Luis Londoño (1997) y originadas desde el mismo Banco Mundial, sobre un sistema ordenado por funciones. Continúan en este tipo de estudios Carrin y James (2004), que hacen una propuesta para evaluar el desempeño basado en la recaudación de cotizaciones y los paquetes de beneficios de los sistemas, reflexionando sobre su impacto final en las metas de los Sistemas de Salud.

A partir de estos antecedentes, los estudios sobre los sistemas de salud más destacados se organizan a partir de la reflexión sobre la fragmentación de las

funciones. Murray y Frenk (2000) proponen el análisis a partir de las funciones de rectoría, financiación, prestación de servicios y la generación de recursos, por ejemplo. Retomado por Maceira (2010), Kutzin (2008) sintetiza las funciones del sistema de salud en: Generación de Recursos, distribución y compra y entrega de los servicios, y sugiere objetivos intermedios de los SS en las políticas de calidad, la equidad en la utilización de recursos, la eficiencia, la transparencia y el accountability. Por último, en un cuarto grupo de análisis se encuentran estudios como los de Roberts y otros (2008) que contextualizan culturalmente los Sistemas de Salud en el marco del proceso político que los origina.

2.1.2 Principales tipologías de los Sistemas de Protección Social en Salud

A continuación se detallarán dos de los principales estudios sobre los tipos de Sistemas de Salud y sus características, el primero de ellos, del reconocido investigador iberoamericano Carmelo Mesa-Lago, disperso en varios documentos pero que puede sintetizarse en la investigación del año 2005 titulada *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, documento auspiciado por la Comisión Económica para América Latina, CEPAL. La tipología que allí se plasma corresponde al grupo de estudios que analiza el enfoque de las reformas implementadas por los países. El segundo documento es el escrito por Julio Frenk y Juan Luis Londoño en 1997, bajo la tutela del Banco Mundial, investigación titulada *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Este documento constituye un paradigma dentro del estudio de los Sistemas de Salud, pues es una propuesta de reforma y análisis considerada como la base de las evaluaciones de las más importantes instituciones académicas y multilaterales del mundo.

2.1.3 Los Sistemas de Protección Social en Salud: Una tipología a partir de las reformas

Mesa-Lago (2005) compara las reformas de la seguridad social de la región, define el concepto de reforma de salud, resume la historia de las reformas y propone una tipología sobre modelos de sistemas y reformas de salud en la región, indicando los objetivos de la reforma, así como las influencias de actores nacionales y organismos internacionales, además de su entorno político.

Las reformas en la provisión de bienes y servicios sociales fueron promovidas en muchos países como parte de un proceso de modernización del Estado (Mesa-Lago, 2005) y por la influencia “pro mercado” de organismos financieros internacionales. Retoma Mesa-Lago (2005) la definición de la Organización Panamericana de la Salud, OPS (1997), de reforma en salud:

“un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud en la población.” (Pág., 30)

La Tabla 2 presenta el año de las fechas aproximadas en las cuales se inició la reforma de salud en los países de América Latina, además de los cambios más importantes y la situación para el período 2003-2005. Siguiendo a Mesa-Lago (2005), a comienzos del decenio de los años ochenta solo Cuba y Chile iniciaron reformas y a mediados de los ochenta lo hizo México. Y fue después de 1993, tras la publicación del informe del Banco Mundial *Invertir en Salud*, documento que tuvo importante influencia, cuando comenzaron las reformas en los países restantes. Es así como entre 1993 y 1999, diez países lanzaron las reformas. Sólo tres países las iniciaron entre 2000 y 2001, de forma tal que a finales de los años 90 la mayoría de los países latinoamericanos estaba en la etapa de diseño o en la primera fase de implementación.

TABLA 3 INICIO DE LA REFORMA, MODELOS DE SALUD Y SITUACIÓN REFORMA EN 2003-2005

Países	Inicio de la reforma	Modelos	Situación de la Reforma 2003-2005
Argentina	1993-1996, 2000-2001	Tripartito: público, seguro social y privado (en expansión)	Continúa caída en la cobertura y gasto del seguro social y aumento del privado.
Bolivia	1994-1998	Tripartito: Público, seguro social y privado.	No ha habido cambios importantes.
Brasil	1990	Dual: Público-seguro social (3 niveles) y privado (mayormente complementario)	No ha habido cambios importantes.
Colombia	1994	Cuatritpartito: Contributivo, subsidiado, privado y vinculado (público transitorio)	Tres proyectos de ley de reforma del sistema en debate a fines de 2004.
Costa Rica	1994-1998	Dual: Seguro social y privado (minoritario pero creciente)	Continúa avanzando aunque con problemas y obstáculos.
Cuba	1960-1969, 1984, 1990s	Público (no hay privado)	No ha habido cambios importantes.
Chile	1981, 1991, 2004-2005	Dual: Público-seguro social y privado (importante)	Cuatro leyes de reforma del sistema de salud, la última aprobada en 2005.
Ecuador	1993, 1998-2001	Tripartito: Público, seguro social (con seguro campesino) y privado,	La Ley de reforma de la seguridad social no estaba implantada del todo en 2005.
El Salvador	1999-2000	Tripartito: público, seguro social y privado (pequeño)	Propuesta consensuada de reforma abordada en 2003
Guatemala	1995	Tripartito: Público, seguro social y privado (principalmente ONG)	Extensión de la cobertura de 11 a 15 departamentos.
Haití	1996 (no operó)	Dual: Público y privado (3 tipos)	Nueva estrategia del ministerio, 2004; marco de cooperación externa, 2004-05
Honduras	2000-2001	Tripartito: Público, seguro social y privado (muy pequeño)	Proceso de reforma del código sanitario y de la ley de seguridad social
México	1984-1988, 1994-2003	Tripartito: Público, seguro social y privado.	Reformas ley general salud en 2003 y 2005, crea Seguro Popular Salud.
Nicaragua	1991-1997	Tripartito: Público, seguro social (mediante privado) y privado	Nueva ley de seguridad social pendiente de promulgación 2005.
Panamá	1996	Virtualmente dual: Seguro social (principal), público y privado (pequeño)	Proyecto de ley de reforma del seguro social sometido al congreso de 2005.
Paraguay	1996-1998	Tripartito: Público, seguro social y privado.	Propuesta de extender la cobertura y separación de funciones den 2003.
Perú	1995-1997, 2001	Tripartito: Público, seguro social y privado	Extensión del paquete básico para los pobres a

Países	Inicio de la reforma	Modelos	Situación de la Reforma 2003-2005
			33% de la población total.
República Dominicana	2001	Tripartito: Público, seguro social y privado; en la reforma: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado.	La reforma solo está implantada en el régimen subsidiado, se anuncia inicio del contributivo en octubre 2005.
Uruguay	1987	Tripartito: Público, seguro social (mediante varios proveedores) y privado.	Continúa caída de afiliación en IAMC, extensión maternidad a bajo ingreso.
Venezuela	1999	Tripartito: Público, seguro social y privado.	Proyecto de ley de salud sometido a la asamblea nacional en 2005.

Fuente: Tomado de Mesa-Lago (2005)

Es a partir del estudio de las reformas en salud de América Latina cuando Mesa-Lago (2005) identifica que las que dieron lugar a sistemas de salud con diferentes modelos (la mayoría tripartitos), con diversas funciones en los sectores público, de seguro social y privado, y con niveles de integración y distintas formas de financiamiento, provisión y grados de cobertura.

En su análisis, Mesa-Lago (2005) identifica diez tipos de Sistemas de Salud en América Latina (Ver Tabla 4).

TABLA 4 TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS DE SALUD A PARTIR DE SUS CARACTERÍSTICAS Y REFORMAS

Tipo	Características	Países de referencia
A	Público unificado con el Estado a cargo enteramente del financiamiento y la provisión directa (prohíbe el ejercicio privado) y cobertura universal gratuita	Cuba
B	Seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal	Costa Rica
C	Dual coordinado, combinando subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión (mayoritaria del subsector público-seguro social) y cobertura casi universal	Chile

D	Dual con cierta coordinación entre el subsector público dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura universal	Brasil
E	Virtualmente dual, integrado funcionalmente, con un papel central del seguro social, secundario del subsector público y marginal del privado, sin separación de funciones y cobertura casi universal	Panamá
F	Cuadripartito coordinado, con un subsector público seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público ("vinculado")	Colombia
G	Tripartito con baja coordinación entre tres subsectores, el seguro social (que cubre a la mayoría de la población), el público (la última mayoritaria y creciente por el privado), con cobertura virtualmente universal.	Argentina
H	Tripartito segmentado, sin coordinación adecuada, separación parcial de funciones y cobertura virtualmente universal	Uruguay
I	Tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones, y una población cubierta entre el 57% y 73%.	Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela
J	Dual, segmentado sin coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no seguro social, sin separación de funciones y cobertura de 60%	Haití

Fuente: Elaboración propia con base en Mesa-Lago (2005)

2.1.4 Los Sistemas de Protección Social en salud: Una tipología a partir de las funciones

Julio Frenk y Juan Luis Londoño (1997) conciben un nuevo tipo de Sistema de Salud llamado "Pluralismo estructurado", continuando los lineamientos del Banco Mundial, que planeó unas reformas indispensables para los sistemas, seguidas por la mayoría de los países en América Latina. Para los investigadores del Banco Mundial, desde 1997 se buscaban mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. El *pluralismo estructurado* se convierte entonces en la mejor fórmula para la reforma de los sistemas de salud.

Los Sistemas de Salud de la época enfrentaban retos como la escalada de costos, la existencia de incentivos inadecuados, la inseguridad financiera, la insatisfacción de los consumidores, la expansión tecnológica y una serie de problemas asociados con la gerencia del sistema en su conjunto (Frenk & Londoño, 1997). El ejercicio consistió entonces en especificar las funciones que debían cumplir los sistemas de salud, identificando las de modulación o rectoría, las generación de recursos, en dos niveles, uno, los servicios personales (financiamiento, articulación, y prestación), y en un nivel diferenciado, los servicios de salud pública (Ver Figura 7).

FIGURA 7 COMPONENTES DE LOS SISTEMAS DE SALUD



Fuente: Tomado de Frenk y Londoño (1997)

A partir de la definición de un marco conceptual sobre las funciones que se deben cumplir en los Sistemas de Salud, los analistas Frenk y Londoño (1997) caracterizan los modelos de SS en los países de América Latina. En ellos se limita el alcance de los dos principales componentes de los SS, las poblaciones e instituciones. Desarrollan entonces la reflexión sobre cuatro modelos de Sistemas de Salud, a saber (Ver Figura 8).

FIGURA 8 TIPOLOGÍA DE LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

INTEGRACIÓN DE POBLACIONES	INTEGRACIÓN DE FUNCIONES INSTITUCIONALES	
	INTEGRACIÓN VERTICAL	SEPARACIÓN
INTEGRACIÓN HORIZONTAL	MODELO PÚBLICO UNIFICADO Ejemplo: Cuba, Costa Rica	MODELO DE CONTRATO PÚBLICO Ejemplo: Brasil
SEGREGACIÓN	MODELO SEGMENTADO La mayoría de los países latinoamericanos	MODELO PRIVADO ATOMIZADO Ejemplo: Argentina, Paraguay

Fuente: Tomado de Frenk y Londoño (1997)

El *Modelo público unificado*, identificado por los investigadores Frenk y Londoño (1997), es aquel en el que el Estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. Para los investigadores, uno de los principales problemas de este modelo es que limita la libre elección de los usuarios en cuanto a la prestación de servicios, y, además, los proveedores no pueden competir entre sí para brindar un mejor servicio. Bajo este modelo, la función prevaleciente es la de modulación, que se ejerce de forma autoritaria, la cual evita los incentivos para el buen desempeño por parte de los proveedores. La función de articulación se encuentra implícita, ya que la integración vertical y la ausencia de competencia hacen innecesaria la creación de instancias intermedias que medien la relación entre el financiamiento, la prestación del servicio y los consumidores. El ejemplo que toman los autores en este modelo en una versión pura es el Sistema de Salud de Cuba, y en una versión no tan extrema, el modelo de Costa Rica.

En el *modelo privado atomizado*, la función de financiamiento se realiza mediante desembolsos directos de los consumidores, o a través de múltiples agencias de

seguros privados, las cuales reembolsan a diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical entre ambas funciones (Frenk & Londoño, 1997). Bajo este modelo, aunque formalmente existe libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de acceso financiero generan una segmentación en el mercado que excluye a la gran mayoría de la población.

Los investigadores determinan una variante al modelo privado atomizado: el “corporatista” que segrega los diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. Aquí, en ocasiones, los fondos cuentan con sus propias instalaciones para la prestación de servicios. La forma común implica una separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Como ejemplo de estos modelos, los autores identifican los casos de Paraguay y otros países del Cono Sur.

El *modelo de contrato público* ocurre, según los investigadores del Banco Mundial, cuando el financiamiento se combina con la participación privada en la prestación de servicios, separación que se logra mediante la contratación de servicios. Las ventajas de este modelo con los anteriores consiste en que los usuarios tienen mayores opciones de elección y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. Existe un presupuesto público global que no se asigna por adelantado a los prestadores, sino que se dirige a un conjunto plural de prestadores en función de ciertos criterios de productividad y calidad. Como desventaja encuentran Frenk y Londoño (1997) la falta de una función de articulación explícita. Ubican a Brasil como ejemplo del modelo.

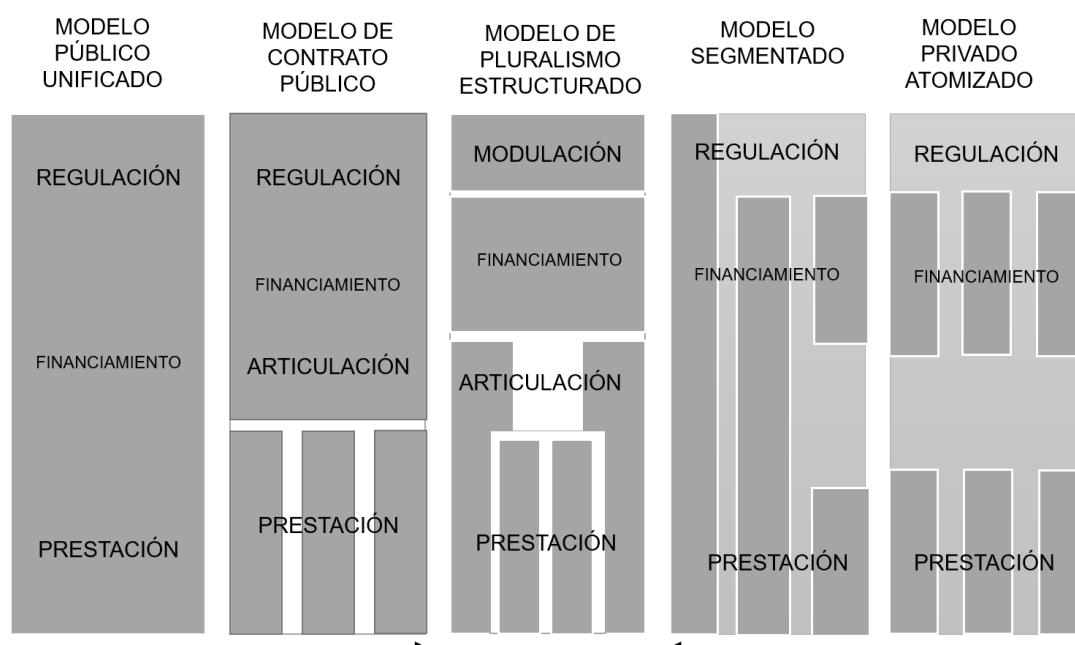
El *modelo segmentado*, es para Frenk y Londoño (1997), el más común en América Latina. Como característica general se agrupa a la población en tres grandes segmentos: el primero está formado por los asalariados que trabajan en el sector formal de la economía, el segundo por las clases medias y altas urbanas que no están cubiertas por la seguridad social y acuden a los seguros privados

que pagan de su propio presupuesto; y el tercero, por los pobres que están excluidos de la seguridad social por no estar formalmente empleados.

En la organización de este modelo, los Ministerios de Salud se encargan de suministrar servicios personales a los pobres, además de realizar programas de salud pública para toda la población. Entre los problemas identificados por Frenk y Londoño (1997) se encuentran: la duplicación de funciones y desperdicio de recursos de alta tecnología; diferenciales de calidad de la salud entre los diferentes segmentos; coexistencia de dos modelos opuestos.

En la propuesta, el *modelo del pluralismo estructurado*, Frenk y Londoño (1997) explican que este modelo, un punto medio entre los modelos existentes, evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado (Ver Figura 9). Bajo este modelo, la modulación se convierte en la misión principal del Ministerio de Salud en su carácter de entidad reguladora del sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor de servicios, establecerá por tanto reglas de juego a los participantes del sistema.

FIGURA 9 CONVERGENCIA ENTRE LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD



Fuente: Tomado de Frenk y Londoño (1997)

En el financiamiento, se espera una mayor responsabilidad de la seguridad social, que debe ser ampliada gradualmente, y para atender a la población pobre, los subsidios se orientarán a la demanda. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada estaría representada en un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor. Es decir la articulación en este sistema sería una función explícita y estaría a cargo de instituciones especializadas. El pago que se realizaría a estas instituciones es la clave en la función de articulación y le confiere el carácter de estructurado al modelo.

Finalmente, la función de prestación directa de servicios de salud sería un esquema pluralista de instituciones, tanto públicas como privadas, y existiría la competencia entre los proveedores. La clave del modelo de pluralismo estructurado es aumentar las opciones de elección para los usuarios y los proveedores, y contar con reglas de juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. Para los usuarios se acompañará con un prepago con el fin de asegurar y redistribuir los recursos y los proveedores se integrarían en redes de servicios articuladas y moduladas.

2.2 Principales componentes de análisis de los Sistemas de Protección Social en Salud desde la visión pro mercado

Considerando el impacto, tanto en la academia como en las instituciones hacedores de política y multilaterales, del análisis realizado por Julio Frenk y Juan Luis Londoño (1997), con el documento *Pluralismo Estructurado: Hacia un modelos innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, y dado que los principales análisis de los Sistemas de Protección Social en Salud de América Latina incluyen la reflexión sobre las funciones de Modulación, Financiamiento, Articulación y Prestación de Servicios de Salud, se describirán en

el siguiente apartado las características que los investigadores les dieron a estas funciones.

2.2.1 Modulación

La función de *modulación*, llamada así por los investigadores Frenk y Londoño (1997) en su propuesta del *pluralismo estructurado*, se asimila desde otras investigaciones a la función de rectoría. Para los investigadores del Banco Mundial, la clave de la modulación se encuentra en satisfacer la necesidad de “establecer reglas de juego justas y transparentes con el fin de impulsar un desarrollo armónico del sistema” (Pág., 17)

La modulación debe ser una función diferenciada del financiamiento y la prestación de servicios, a fin de evitar conflictos de intereses y asegurar la transparencia. Se ha desarrollado a partir de la realidad de los sistemas como una responsabilidad pública, en palabras de Frenk y Londoño (1997), “lo que significa que un agente políticamente legítimo debe ofrecer una respuesta sensible frente a los intereses de la colectividad y rendir cuentas claras sobre su actuación”. (Pág. 17)

El enfoque que da la propuesta del *pluralismo estructurado* a la función de modulación implica un cambio en la concepción de la misión central de los Ministerios de Salud. La propuesta consistió en promover que las instituciones públicas ya no fueran productoras de bienes y servicios, sino que los gobiernos enfilen sus capacidades al cuidado del interés público, desarrollando direcciones estratégicas, proporcionando una seguridad integral, movilizand recursos, estableciendo normas, catalizando la actividad privada, confiriendo transparencia a los mercados, protegiendo al consumidor, evaluando desempeños y asegurando justicia, entre otras actividades (Frenk & Londoño, 1997; 18)

Para los Sistemas de Salud esta reforma pro mercado promovida desde la Banca Multilateral implicó que los Ministerios de Salud deberían apartarse gradualmente de la prestación directa de servicios para encargarse de la modulación estratégica del sistema. Este cambio fortalece la labor de los Ministerios al no preocuparse ahora por los detalles de la operación directa de los servicios, situación que debilitaba a las instituciones

La función de la modulación involucra la realización de cinco funciones más específicas: Desarrollo del Sistema, coordinación, diseño financiero, regulación propiamente dicha y protección al consumidor (Ver Tabla 5).

TABLA 5 FUNCIONES DE LA MODULACIÓN EN EL MODELO DEL PLURALISMO ESTRUCTURADO

Función	Características
Desarrollo del sistema	Incluye formulación de políticas, planeación estratégica, establecimiento de prioridades para la asignación de recursos, acción intersectorial en la promoción de políticas saludables transversales, movilización social para la salud, desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño de los actores, fortalecimiento de la capacidad del sistema.
Coordinación	Puede requerirse entre unidades territoriales, niveles de gobierno u organizaciones públicas y privadas, es necesario una instancia que tenga la autoridad para convocar a todos los actores. Es una tarea de diseño estratégico que confiere transparencia y consistencia.
Diseño financiero	Para incrementar la cobertura y la calidad, los sistemas deben movilizar los recursos requeridos y contener los costos, buscando un equilibrio entre ambos. Involucra decisiones clave que determinan la estructura de los incentivos en el sistema, tales como el uso de fondos públicos en los paquetes de beneficios; los montos de los pagos por capitación y sus posibles ajustes por riesgo; los techos presupuestales para el sistema en su conjunto; las fórmulas para la asignación de recursos entre niveles territoriales y el uso de instrumentos de política como impuestos y subsidios.
Regulación	Es de dos tipos, la regulación sanitaria de bienes y servicios y la regulación de la atención a la salud. La primera, se refiere a los esfuerzos en materia sanitaria para minimizar los riesgos a la salud derivados de los bienes y servicios que se proporcionan a través de la

	economía. El segundo, aplica a sectores específicos de la economía relacionados de manera directa con la atención a la salud ⁸ .
Protección al Consumidor	Por la asimetría de información existente en el mercado de la atención en salud, debe existir un mecanismo explícito para la protección del consumidor. Es decir, proporcionar información pública acerca del desempeño de los aseguradores y los prestadores de servicios, entre otros beneficios para promover la competencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de Frenk y Londoño (1997)

2.2.2 Articulación

Corresponde a la nueva función propuesta por el modelo de *pluralismo estructurado* y que involucra el proceso de financiamiento, es decir, un conjunto “de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud”. Es una función intermediaria entre la financiación del sistema y la prestación de los servicios de salud.

El proceso consiste entonces en que existen unas agencias financieras que captan el dinero que financia el sistema, ya sea mediante impuestos generales, impuestos a la nómina, contribuciones especiales y primas de seguro. Una vez transferidos los recursos a las agencias financieras, es necesario articular la relación entre la población y los prestadores de servicios, para lo cual se requiere una especie de agente gestor en esta intermediación.

La función de *articulación entre poblaciones y prestadores* incluye tres subfunciones: la administración de riesgos, la administración del acceso y la

⁸ Incluye el establecimiento de reglas de juego para los siguientes actores: Prestadores individuales, mediante el licenciamiento y la certificación; prestadores institucionales, mediante la acreditación; mecanismos financieros, mediante reglas para los fondos de aseguramiento e instrumentos similares; organizaciones a cargo de la función de articulación, mediante la acreditación y la función de supervisión; instituciones educativas, mediante la acreditación; medicamentos, equipo y aparatos, mediante la evaluación tecnológica; inversiones de capital, mediante planes.

representación. La administración de riesgo se realiza mediante la afiliación de poblaciones, de forma tal que los riesgos se dispersen y se reduzca la incertidumbre financiera de los consumidores-usuarios en su interacción con los prestadores. Las agencias financieras reciben un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de riesgos, se fija un tope a los gastos y al mismo tiempo se crea un incentivo contra la competencia basada en la selección de riesgos. Tal pago debe ser una capitación ajustada por riesgo. Adicional a la función del aseguramiento, se incluye también la administración del acceso. En esta parte se regulan los procedimientos para el ingreso de los clientes-usuarios del sistema de salud, las contingencias que deben ser cubiertas, definidas mediante un paquete explícito de beneficios o intervenciones, y la organización de las opciones de atención disponibles para los clientes, mediante la organización de redes integrales de proveedores.

La articulación entre agencias financieras y prestadoras de servicios de salud consiste en la canalización selectiva de los recursos de las agencias a los prestadores, mediante la ejecución de tres subfunciones: El diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la gestión de la calidad.

Dentro de esta función de articulación, se vuelve clave el diseño de incentivos como el mecanismo de pago, pues permitirá que los prestadores reciban el pago para impulsar su eficiencia y su respuesta frente a los usuarios. Si se constituye además un diseño de beneficios adecuados, la agencia financiera puede estar segura de que sus recursos se están aplicando efectivamente.

2.2.3 Financiamiento

Para Frenk y Londoño (1997), la función de financiamiento es una de las más conocidas y detalladas por la literatura. Explican los investigadores que consiste en la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos

internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales, que pueden ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios (Frenk & Londoño, 1997).

2.2.4 Prestación de Servicios de Salud

La función de prestación de servicios de salud consiste en la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, en el marco de una estructura organizacional particular, y conduce a una serie de productos (servicios de salud), que generan un resultado (cambios en el estado de salud del usuario) (Frenk & Londoño, 1997).

2.3 Niveles de análisis para la comparación de los Sistemas de Protección Social en Salud

Las comparaciones actuales de los sistemas de salud tienden a organizar (*rankings*) los Sistemas de Salud en términos de su eficiencia financiera. Bajo la ideología pro mercado, se debe propender a una menor utilización de recursos públicos en los Sistemas de Salud. De requerirse la participación de fondos públicos para financiar los sistemas, debe primar la focalización.

Los análisis comparativos más generalizados de los Sistemas de Salud basan sus comparaciones a partir de las funciones identificadas en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud, o a partir de las funciones establecidas por Frenk & Londoño (1997) en el Pluralismo Estructurado. Hasta aquí, este tipo de comparaciones se basan casi todas en el enfoque pro mercado.

Desde la visión crítica o basada en derechos, los análisis heterodoxos son más cualitativos y buscan comprender las diferencias en la organización institucional de los países a partir de sus determinantes históricos, políticos y económicos. Por

lo tanto, tienden más a realizarse mediante reflexiones históricas. Como ejemplo, figuran los amplios estudios adelantados por el investigador iberoamericano Carmelo Mesa Lago.

En el presente apartado se propondrán unos temas de análisis para comparar el funcionamiento de los Sistemas de Protección en Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica. El análisis será más cualitativo, desde una visión crítica o basada en derechos, aunque considerará algunas características destacada desde la visión pro mercado, que es necesario estudiar a profundidad. A partir de lo anterior, los niveles de análisis que se propondrán serán tres: Características del marco institucional, características del financiamiento del sistema y características de la gestión de los recursos en el sistema. Cada uno de los niveles propuestos se explicará a continuación.

2.3.1 Características de la reforma y el marco institucional

Los estudios comparativos de los Sistemas de Protección Social en Salud, entre ellos los de Becerril-Montekio, Medina, & Aquino (2011), han identificado los siguientes elementos para analizar la arquitectura institucional de los Sistemas de Salud: primero, los sectores involucrados, en este caso el público o el privado; los fondos presentes a partir de los cuales se financian el sistema, es decir, impuestos generales, contribuciones a la seguridad social o ambos; los compradores de servicios de salud, o bajo el modelo de Frenk & Londoño (1997) lo responsables de la función de aseguramiento; los proveedores de los servicios de salud, que pueden ser prestadores públicos o privados, y finalmente, los usuarios.

En el análisis de las dimensiones vertical y horizontal de los sistemas de salud, Maceira (2001) establece como objetivo en el análisis horizontal identificar las relaciones que se forman entre cada uno de los actores o subsistemas que participan en el sistema, si existe por ejemplo aseguramiento social y cómo se

distribuyen los riesgos entre el sector público y privado. Respecto al análisis vertical, hay temas que nos interesarán particularmente para poder identificar las diferencias entre los sistemas analizados, en especial los métodos de gerenciamiento de fondos, la administración del sistema y la estructura de provisión de servicios.

Conocer si prevalece la centralización o descentralización en la provisión de los servicios parece ser también una herramienta idónea para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos.

Daniel Maceira, investigador del BID, publicó en 2007 el documento titulado *Actores y reformas en salud en América Latina*, que procura comprender el contexto en el cual interactúan los protagonistas de diferentes Sistemas de Salud a partir de la reforma en salud más significativa en cada uno de los países. Se revisarán en el siguiente capítulo sus análisis para los casos de Brasil, Colombia y Costa Rica.

Así pues, en el presente apartado se harán dos revisiones: la primera, un corto recuento de la reforma “estructural” que sufrió el respectivo Sistema de Salud, con el fin de identificar si fue enfocada bajo los lineamientos pro mercado o se apartó de ellos. En la segunda se analizarán las características de la función de regulación o rectoría, transversal a todo el sistema, con el fin de identificar la relación de los diferentes actores en sus diferentes niveles.

Para Mesa- Lago (2005), la mayoría de las reformas que sufrieron los Sistemas de Salud latinoamericanos a finales del siglo XX tuvieron los siguientes objetivos:

- a. Descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, con un papel crucial del subsector privado y mayor independencia o autogestión de los hospitales.

- b. Separar las funciones de rectoría/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión
- c. Introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario
- d. Ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de una paquete básico de prestaciones y mejorar la calidad de los servicios
- e. Promover la equidad, reasignando recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres.
- f. Aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales
- g. Cambiar el financiamiento tradicional desde el presupuesto fijo hacia reembolsos por la provisión de servicios, de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda.
- h. Reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso
- i. Promover una mayor participación y control social

Fuente: (Mesa-Lago, 2005, pág. 33).

Respecto a estas reformas, recuerda Mesa-Lago (2005) que desde una “posición crítica” se argumenta que los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial, el FMI y el BID, usualmente apoyados por los Ministerios de Hacienda en los distintos países, apoyaron las reformas con una “visión económica”, poniendo énfasis en los mecanismos de mercado, como la expansión del subsector privado, la competencia y la libertad de elección, la reducción de costos, la eficiencia y la sostenibilidad, así como en la separación de funciones, mediante préstamos cuantiosos atados a condiciones.

También identifica también Mesa-Lago (2005) un segundo énfasis en las reformas, impulsado desde los organismos sanitarios o de trabajo internacionales, como la OMS, la OPS y la OIT, usualmente en colaboración con los Ministerios de Salud. Dichas reformas tenían una “visión sanitaria” y ponían más énfasis en la universalización de la cobertura, la equidad, la promoción de la salud y la atención primaria y la participación social y comunitaria.

La función de regulación o rectoría, según Rivas-Loría (2006), generalmente está concentrada en los Ministerios de Salud, principales organizaciones públicas depositarias de la Autoridad Sanitaria, AS. Sin embargo, esta función fue desmembrada en el marco de las reformas de ajuste estructural de corte pro mercado.

Las diferentes subfunciones de la regulación o rectoría en los Sistemas de Salud pueden subdividirse en siete, siguiendo a Rivas-Loría (2006):

1. Actores de la Autoridad Sanitaria

Si la función de regulación no es provista por un solo agentes, se debe identificar y describir en caso de ser más de uno.

2. Conducción de la política general de salud

Corresponde a la capacidad de la AS para formular, organizar y dirigir la ejecución de la Política Nacional de Salud definiendo objetivos viables y metas factibles, y elaborando e implantando planes estratégicos de salud.

3. Regulación sectorial

Diseñar el marco normativo sanitario que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento. La regulación y la vigilancia de su aplicación son requeridas para garantizar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción, distribución de los recursos, bienes y servicios de salud en función de principios de solidaridad y equidad.

4. Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública

5. Orientación del financiamiento

La responsabilidad aquí lleva a garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

6. Garantía del aseguramiento

Acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.

7. Armonización de la provisión

Se analiza la capacidad de la AS para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios y extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficiente.

Se pretende, con los temas propuestos en este nivel de análisis, identificar a partir de la literatura secundaria disponible los énfasis de la reforma implementada y las características generales de la función de regulación o rectoría.

2.3.2 Características del financiamiento del sistema

El financiamiento comprende la determinación de los recursos financieros disponibles en el sistema de salud, en su caso, en cada uno de los subsistemas existentes (recaudación y gasto). La recaudación de éstos recursos se lleva a cabo mediante impuestos, cotizaciones sociales, copagos y otros recursos financieros. Comprende también la distribución y asignación de los flujos financieros dentro del sistema (Rivas-Loría, 2006).

Investigadores como Alarcón (2009) entienden la función de financiamiento como el conjunto de tres subfunciones: La recaudación de recursos financieros, la mancomunación de estos, es decir, la formación de fondos mancomunados en el marco de sistemas de aseguramiento, y la compra de servicios de salud.

En cuanto a la subfunción de la recaudación, en la actualidad se identifican varias modalidades para ejecutarla (Alarcón, 2009):

1. El gasto de bolsillo que realizan las familias al momento de requerir un servicio de salud, gasto que se presume altamente inequitativo.
2. Parte de la recaudación tributaria que se destina a financiar la salud, generalmente durante el proceso de definición de presupuesto general.
3. Recursos generados por las contribuciones a la seguridad social de empleadores o empleados.

4. Gasto de las familias en seguros privados, por lo común vinculadas al riesgo individual o del grupo al que se pertenece.

Particularmente, respecto a la función tres (3), aclara Alarcón (2009) que una de las mayores diferencias entre un seguro regular y un seguro social es que las contribuciones no se realizan en forma de primas, usualmente establecidas en función del riesgo, sino sobre la base de la remuneración de cada empleado.

Respecto a la función de mancomunación, común en los análisis del sistema desde la visión ortodoxa, recuerda Alarcón (2009) que la OMS define la mancomunación como la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no cada contribuyente. Se trata entonces de gestionar los riesgos asociados con la salud de los miembros del fondo.

Esta gestión del riesgo es la “función de aseguramiento”. Con esta función se establecen los mecanismos que permitan alcanzar la protección financiera para los asegurados. Sin embargo, el balance financiero entre enfermos y sanos no resulta suficiente en una sociedad que valore la equidad. Sobre el tamaño del fondo, existe la idea de que los fondos únicos que administran casi la totalidad de los dineros son mejores, tienen como ventaja el sustentarse en los beneficios obtenidos por el hecho de aprovechar economías de escala y reducir los gastos administrativos (Alarcón, 2009).

En cuanto al financiamiento (recaudación), los Sistemas de Salud pueden tener un énfasis bismarkiano, es decir, financiado principalmente mediante las contribuciones a la seguridad social de empleadores y trabajadores; un sistema de énfasis beveridgiano, es decir, financiado mediante impuestos, y una tercera opción, contar con esquemas mixtos de financiamiento.

Las formas como se financien los sistemas de salud proponen varias discusiones que pueden determinar el incremento o no de la cobertura. Entre las discusiones, según Maceria (2001), se encuentran:

1. Los sistemas de salud basados en impuestos directos deben considerar no solo la recolección de los recursos (impuestos), sino también su nivel de progresividad y regresividad, así como los criterios de asignación y uso que pueden impactar la equidad antes y después de impuestos.
2. Recaudar fondos para los sistemas de salud no relacionados con el erario público (impuestos) previene de posibles desfinanciamientos relacionados con la volatilidad macroeconómica.
3. Cuando los Sistemas de Salud se basan en modelos de aseguramiento social basados en el trabajo, especialmente el trabajo formal, el alcance del aseguramiento en América Latina es limitada debido a la alta informalidad en las economías.

Para Suárez (2014), el financiamiento de los sistemas debe diseñarse para dos propósitos: Proporcionar a toda la población los servicios necesarios en salud, incluida la promoción, tratamiento y rehabilitación, de calidad suficiente para que sean eficaces, y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.

Finalmente, desde los análisis tanto ortodoxos como críticos se destaca que las fuentes de financiamiento de los Sistemas de Salud pueden ser progresivas o no y por tanto determinar su carácter equitativo (Ver Tabla 6).

TABLA 6 INCIDENCIA DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN LA PROGRESIVIDAD DEL SISTEMA

Fuente de financiación	Nivel de progresividad	Factores que mejoran la progresividad de la fuente	Factores que disminuyen la progresividad de la fuente
Impuesto directo sobre la renta	Fuente de financiación más progresiva (individuos con más renta pagan más que proporcionalmente)	*Tipo impositivo creciente con la renta, *Mínimos exentos de impuesto para niveles de renta de subsistencia.	*Fraude fiscal, *Tamaño elevado del trabajo informal (evasión), *Procesos inflacionistas, *Desgravaciones en la base imponible

Fuente de financiación	Nivel de progresividad	Factores que mejoran la progresividad de la fuente	Factores que disminuyen la progresividad de la fuente
Contribuciones obligatoria a seguros sociales	Fuente de financiación proporcional (porcentaje del salario)	Exención de la cotización con niveles de renta de subsistencia.	* Evasión y subcotización (tamaño de la economía informal, desempleo), *Topes máximos en los tramos de cotización, *Traslación de la cuota del empresario al salario del trabajador o al precio de bienes de consumo.
Impuestos indirectos	Fuente de financiación regresiva (peso mayor del consumo en las rentas bajas)	* Tipo impositivo reducido sobre artículos de primera necesidad (baja elasticidad-ingreso), *Tipo impositivo elevado sobre bienes de lujo (elevada elasticidad-ingreso)	*No se aplican tipos impositivos diferentes según el tipo de bien
Seguros de salud privados	Fuente de financiación regresiva (precio independiente de la capacidad de pago; mayor para los riesgos elevados que suelen coincidir con los individuos con menor renta.	*Seguros privados suplementarios, cuya cartera de servicios coincide con la pública (bien de lujo)	*Seguros privados complementarios al público (cartera de los servicios que no cubre el seguro público)
Pagos directos (out of pocket)	Fuente de financiación regresiva (gasto privado como porcentaje del gasto total mayor para hogares de renta baja)	*Estructura de precios con distintos tramos, *Exenciones en función de la renta.	

Fuente: Tomado de (Vargas, Vásquez & Jané, 2002).

Se pretende entonces a partir de este nivel de análisis identificar para cada uno de los Sistemas de Salud en revisión las características del financiamiento, principalmente en su subfunción de la recaudación.

2.3.3 Características de la gestión de los recursos

Siguiendo la propuesta de análisis de Daniel Maceira (2001) sobre las dimensiones de análisis horizontal y vertical de los Sistemas de Salud, el presente apartado considera una variable determinante en la gestión de los recursos financieros: Mecanismos de pagos a los proveedores de salud.

Para Alarcón (2009), esta función guarda relación con las decisiones de qué comprar, a quién comprar y cómo comprar. El debate sobre el cómo comprar está vinculado con la capacidad de influir en el comportamiento de los proveedores

con el propósito de lograr cuatro objetivos: Prevención de problemas de salud, prestación de servicios, expectativas de los usuarios y contención de costos.

Los mecanismos de pago a proveedores afectan el comportamiento de las organizaciones a nivel individual o local y configuran sus incentivos económicos, así como el riesgo que asumen al suministrar servicios sanitarios (Cornejo Ovalle, 2008).

Siguiendo a Cornejo Ovalle (2008), este es uno de los componentes más importantes de las relaciones entre los agentes de los sistemas de salud. Por el sistema de pago se entiende la forma en que se organiza la compensación, normalmente monetaria, que recibe un proveedor por la prestación de sus servicios. El proveedor puede ser un profesional individual u organizado, privado o público. La literatura describe los mecanismos de pago vigentes en la mayoría de los países en función del análisis de tres dimensiones: la unidad de pago, la distribución del riesgo financiero y los incentivos que genera.

1. La unidad de pago: es la unidad en que se basa el monto pagado. Al proveedor se le puede remunerar por la cantidad de tiempo que invierta, la cantidad de servicios que provea, al número de personas al que sirve. En general, se distinguen tres tipos de unidades de pago:
 - a. Los insumos
 - b. Productos intermedios como estancia hospitalaria
 - c. Productos finales, como por ejemplo, total de servicios prestados por persona en un período de tiempo.
2. La distribución de riesgos financieros: Se refiere a cómo se traspasa entre los agentes financiadores o compradores y los proveedores el riesgo económico que implica la atención. El riesgo nace por la imposibilidad de predecir el costo futuro del servicio sanitario debido a la heterogeneidad de los pacientes, que no generan los mismos costos, ya que no todos tiene la misma posibilidad de enfermar.
3. Incentivos: En economía, la palabra incentivo significa un estímulo a actuar de manera particular. Un sistema de incentivos se entiende como un sistema de recompensas. También se puede definir como las condiciones que influyen en

la conducta de los agentes. Al perseguir sus propios intereses e ir modificando sus decisiones, pueden alterar su comportamiento, su desempeño y el resultado de sus acciones.

Fuente: Cornejo-Ovalle (2008).

Según Álvarez, Pellisé & Lobo (2000), los tipos fundamentales de pago a los proveedores son seis: Pago por servicio médico, pago por salario, pago per cápita, pago por estancia hospitalaria, pagos por ingreso hospitalario y pago por presupuesto.

El análisis de los Sistemas de Salud en términos comparativos suele cotejar solamente las formas de financiamiento general de los sistemas. Sin embargo, debe también darse cuenta de la gestión de los recursos del sistema y una forma es comprendiendo los mecanismos de pago a los prestadores de servicios, y si las prácticas o “incentivos” fomentan una mejor atención y calidad.

En la Tabla 7 que se presenta a continuación se resumen los seis principales mecanismos de pago a prestadores de servicios de salud utilizados en América Latina (Álvarez, Pellisé, & Lobo, 2000), identificando el incentivo económico, la distribución de riesgos, los efectos previsibles y los efectos en la eficiencia.

Ahora bien, según lo planteado por Álvarez, Pellisé & Lobo (2000), se entiende por sistema de pago a los prestadores de servicios la “forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes.” (Pág. 2)

Frente a cada forma o mecanismo de remuneración, es posible identificar la unidad de pago y el riesgo financiero sobre los participantes.

TABLA 7 TIPOS FUNDAMENTALES DE PAGO A PROVEEDORES

Sistema de pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencias
Pago por servicio médico	Se paga el servicio más desagregado	Maximizar el número de actos médicos	Suele recaer sobre el financiador	No prevención; alta tecnología y calidad; inducción a la demanda; corrupción; discriminación de tarifas; desigualdad	Incentiva actividad y sobreutilización
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Minimiza el esfuerzo en el trabajo	Salario puro: riesgo sobre el prestador; Ajustes de productividad: Riesgo sobre el financiador.	Importancia del ascenso y promoción; crecimiento de plantillas; cooperación entre médicos	Puede incentivar la actividad y sobreutilización; sobredimensión de los médicos
Pago per cápita	Se paga la afiliación, la asistencia a un individuo	Maximiza la afiliación y minimiza los costes de la asistencia	Per cápita sin ajustes: riesgo sobre el prestador; pre cápita ajustado: riesgo sobre el financiador	Prevención; Derivación y Selección de riesgos	Fomento de la integración de servicios y de la prevención cuando es eficiente.
Pago por estancia hospitalaria	Se paga al hospital por cada paciente y noche	Maximiza el número de estancias y minimiza el coste medio de la estancia	Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de que las estancias sean caras; si se ajustan las tarifas según los costes esperables, el riesgo recae sobre el financiador.	Aumenta la duración media de la estancia; Mínimo coste de las estancias; ingresos hospitalarios innecesarios; no cirugía ambulatoria	Se fomenta la actividad hospitalaria
Pago por ingreso hospitalario	Se paga al hospital por cada ingreso, independientemente de la duración del ingreso.	Maximizar el número de ingresos y minimizar el coste medio de cada ingreso.	Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de los ingresos caros; Si se ajustan las tarifas según los costes esperables: riesgos sobre el financiador.	Aumenta los ingresos; Reduce la duración media de los ingresos; Reingresos; Hospitalización innecesaria	Se fomenta la actividad hospitalaria
Pago por presupuesto	Se paga al hospital por una actividad concreta en un plazo de tiempo.	Minimizar los costes.	Suele recaer sobre el prestador si no se tienen en cuenta particularidades.	Implementación costosa; Planificación compatible; Margen de maniobra al prestador.	Se fomenta la eficiencia, excepto si hay muchas asimetrías de información.

Fuente: Tomado de (Álvarez, Pellisé, & Lobo, 2000).

Existen dos dimensiones en los mecanismos de pago, la unidad de pago y la distribución de riesgos financieros. La unidad de pago debe aproximarse en mayor o menor medida a los insumos utilizados, como también al producto o los productos intermedios. Se distingue por el grado de agregación: “Puede considerarse que la unidad menos global o más desagregada es el pago por servicio y las unidades más agregadas son, sucesivamente, los pagos por proceso asistencial, por una estancia hospitalaria, por un ingreso y por la asistencia a un enfermo a lo largo de un determinado período de tiempo” (Álvarez, Pellisé, & Lobo, 2000, pág. 2).

Ahora bien, a partir del criterio de agregación, se determina el tipo de incentivo que el pagador emite al prestador, al definir qué productos y qué insumos entran en juego en el concepto de eficiencia. En la segunda dimensión, el riesgo financiero, existe una amplia gama de posibilidades para calcular la remuneración una vez definida la unidad de pago. Por ejemplo, en el caso de elegir el ingreso hospitalario como unidad de pago, el precio puede ser una tarifa basada en grupos de diagnóstico relacionado o en función del número de productos hospitalarios diferenciados (tipos de estancia) que reconozca el pagador (Álvarez, Pellisé, & Lobo, 2000).

Cornejo (2008) explica que los mecanismos de pago se pueden clasificar como prospectivos o retrospectivos, con implicaciones diferentes de riesgo financiero entre el pagador y el prestador. Cuando el pago es prospectivo, se paga antes de la provisión del servicio, es decir, se anticipan y predicen los costos futuros. En el pago retrospectivo se calcula y paga después de otorgado el servicio sanitario. Aquí el riesgo financiero es mayor para el proveedor.

Profundizando en la segunda dimensión, el riesgo financiero nace por la imposibilidad de predecir el costo futuro del servicio de salud debido a la heterogeneidad de los pacientes, que no generan los mismos costos. De esta forma, cuanto mayor sea la variabilidad de costos para una unidad de pago

definida a un precio, mayor es el riesgo financiero que se transfiere del pagador al prestador (Cornejo Ovalle, 2008).

Para Álvarez, Pellisé & Lobo (2000), la información sobre las formas de pago vigentes en los Sistemas de Salud en América Latina es limitada, un síntoma del escaso protagonismo que las formas de pago han recibido tradicionalmente en el diseño de los sistemas.

Así pues, frente a las modalidades de pago identificadas en un extremo se encuentra la remuneración fija, como el pago prospectivo más puro o pago por capitación. Aquí, los prestadores soportan todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos para una tarifa prefijada y una determinada unidad de pago. En el otro extremo, en una infinidad de intervalos, está el pago retrospectivo o pago por acto. En este, el riesgo en el que incurren los prestadores es nulo. Cualquiera que sea el costo de la unidad producida, la remuneración lo cubrirá y el pagador será quien soporte todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos (Álvarez, Pellisé, & Lobo, 2000).

Considerando la preocupación por la eficiencia en la administración de los recursos financieros reduciendo los costos e incrementando la calidad de la atención, un objetivo en el que coinciden casi todos los prestadores, se presentan en seguida los incentivos de cada uno de los mecanismos de pago, para fortalecer desde la perspectiva crítica una línea de trabajo e investigación, pues los análisis existentes de carácter microeconómico no se alejan de la visión de la salud como un mercado.

Finalmente, en este nivel de análisis a partir de la literatura secundaria disponible, se identificarán los mecanismos de pago a prestadores prevalecientes en cada uno de los sistemas.

Capítulo 3. Comparación de los Sistemas de Protección Social en Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica

En el presente capítulo se comparan los Sistemas de Protección Social en Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica. Se tocarán tres aspectos para comprender las características de los tres sistemas: Las características de la reforma y el marco institucional, las características del sistema de financiamiento y las características de la gestión de los recursos.

Teniendo en cuenta la financiación y la participación del sector público o privado, pueden dividirse en cuatro grupos los sistemas de salud, dependiendo de su grado de fragmentación (integrado o segmentado) en la cobertura y prestación de servicios de salud. Siguiendo a Giedion, Villar & Ávila (2010), solo una minoría de los países de la región tienen sistemas integrados. Entre ellos figuran Costa Rica y Brasil. Los restantes, incluido el colombiano, cuentan con sistemas altamente segmentados.

En su versión inicial, los sistemas integrados ofrecían atención en todos los niveles de atención con cobertura universal en un Sistema Público. En la actualidad se han realizado cambios permitiendo la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud (Giedion, Villar , & Ávila, 2010). Es el caso de Brasil.

Para el caso de los sistemas segmentados, característica predominante en la región, por ofrecer cobertura a la población a través de diferentes esquemas que pueden combinar el aseguramiento y la asistencia, se distingue la cobertura de seguridad social para los trabajadores formales, la extensión de la cobertura del aseguramiento a otras poblaciones como los trabajadores independientes, y organización de esquemas asistenciales o de aseguramiento mínimo para la población pobre. En los sistemas segmentados, la participación del sector privado se destaca en las funciones de prestación de servicios y aseguramiento. Por ejemplo, en algunos países el sector privado no participa dentro de las estrategias de política pública para garantizar la cobertura universal de aseguramiento (los casos de Venezuela, México y Ecuador), mientras que en otros lo hace activamente, como en Chile, Colombia y República Dominicana.

La siguiente Tabla 8 presenta la clasificación de los sistemas de salud a partir de su cualidad de integración y segmentación en la cobertura de la población, y la participación de los sectores público y privado.

TABLA 8 CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD SEGÚN SEGMENTACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO

		Integración sistemas	
		Integrado	Segmentado
Participación del sector privado en prestación (p) o aseguramiento (a)	Sí	Brasil (p), Uruguay (p, a; SNIS)	Chile (a, p), Colombia (a, p), Perú (a), Argentina (a), Nicaragua (a, p), República Dominicana (a, p), Paraguay (a, p)
	No	Antigua y Barbuda, Barbados, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Saint Vincent y Grenadines, Trinidad y Tobago	México, Ecuador, Bahamas, Belice, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Saint Lucía, Surinam, Venezuela.

Fuente: Tomado de (Giedion, Villar & Ávila, 2010).

A partir de esta clasificación se identifican tres sistemas de salud icónicos de la región por sus características: El primero, el de Brasil, un sistema altamente integrado en la cobertura a la población, el cual permite la participación del sector privado. Segundo, el de Colombia, ícono de las reformas pro mercado impulsadas desde el Banco Mundial, un sistema altamente segmentado en la cobertura y con una importante participación del sector privado en las funciones de aseguramiento y prestación de servicios. Y finalmente, el de Costa Rica, con un esquema de aseguramiento público altamente integrado que no permite la participación del sector privado en la función de aseguramiento, y en el que gradualmente se ha venido introduciendo la participación del sector privado en la prestación de servicios.

Además de su característica de integración o segmentación, y la participación del sector privado, los Sistemas en mención presentan otras características que los hacen únicos, por ejemplo, los mecanismos de financiación y la organización territorial de los sistemas de atención, entre otros.

En población, economía y tamaño, los tres países son muy diferentes. Sin embargo, a continuación se presentarán unos indicadores básicos acerca de las

características generales de los Sistemas de Salud de Brasil, Colombia y Costa Rica, tomados de las Estadísticas Sanitarias Mundiales, publicadas por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2014.

TABLA 9 INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA

Información demográfica y socioeconómica	Año	Brasil	Colombia	Costa Rica
Población total (miles)	2012	198.656	47.704	4.805
Ingreso nacional bruto per cápita en dólares internacionales PPA	2012	11.530	9.990	12.500
Población que vive con menos de 1 dólar al día (% , dólares PPA)	2006-12	6,1	8,2	3,1

Fuente: Elaboración propia con base en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 (OMS, 2014).

De los tres países analizados, para el año 2012 Brasil es el país con mayor población con 199 millones de personas. Lo sigue Colombia, con 48 millones, y finalmente Costa Rica, con 5 millones de personas. El ingreso bruto per cápita promedio de los tres países es 11.300 US\$. El mayor está en Costa Rica, con 12.500 US\$. Y el porcentaje de población que vive con menos de un dólar al día es mayor en Colombia con 8,2%, seguido de Brasil con 6,1% y en tercer lugar Costa Rica, con el 3,1%.

TABLA 10 ESPERANZA DE VIDA Y MORTALIDAD

Esperanza de vida y mortalidad	Año	Brasil	Colombia	Costa Rica
Esperanza de vida al nacer (años) ambos sexos	2012	74	79	79
Probabilidad de morir antes de cumplir un año por mil nacidos vivos, ambos sexos	2012	13	15	9
Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por mil nacidos vivos	2012	14	18	10
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años por mil hab.	2012	159	111	89

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 (OMS, 2014).

Respecto a las cifras de esperanza de vida y mortalidad, se encuentra que los tres países tienen esperanza de vida mayor a los 70 años, siendo 79 el mayor para Colombia y Costa Rica. La probabilidad de morir antes de cumplir 1 y 5 años por cada mil nacidos vivos es mayor entre los tres países en Colombia, y la

probabilidad de morir entre los 15 y 60 años por mil habitantes es mayor entre los tres en Brasil.

TABLA 11 MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Mortalidad y morbilidad por causas específicas	Año	Brasil	Colombia	Costa Rica
Tasa de mortalidad según la edad, por causas, por cien mil hab. Transmisibles	2012	93	58	31
Tasa de mortalidad según la edad, por causas, por cien mil hab. No Transmisibles	2012	515	335	392
Años de vida perdidos por cien mil hab. Enfermedades transmisibles	2012	3.345	3.308	1.274
Años de vida perdidos por cien mil hab. Enfermedades no transmisibles	2012	12.542	7.622	8.695
Razón de mortalidad materna, por cien mil nacidos vivos	2013	69	83	38

Fuente: Elaboración propia con base en Sanitarias Mundiales 2014 (OMS, 2014).

En cuanto a la mortalidad y morbilidad por causas específicas, para el año 2012, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles⁹ es mayor en Brasil (93 por cada cien mil hab.), seguido por Colombia (50 por cada cien mil hab.) y finalmente Costa Rica (31 por cada cien mil habitantes); La tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles¹⁰ es mayor en Brasil (515 por cada cien mil hab.), seguido por Costa Rica (392 por cada cien mil hab.) y finalmente Colombia (335 por cada cien mil hab.); y la Razón de mortalidad materna es mayor en Colombia (83 por cada cien mil hab.), seguida por Brasil (69 por cada cien mil hab.) y Costa Rica (38 por cada cien mil hab.)

⁹ El Instituto Nacional de Salud, INS, define las enfermedades transmisibles como “aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas” (INS, 2015).

¹⁰ La Organización Mundial de la Salud, OMS, explica en su página de internet que “Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes” (OMS, 2015).

TABLA 12 PERSONAL E INFRAESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

	Sistemas de salud	Año	Brasil	Colombia	Costa Rica
Densidad de la fuerza laboral sanitaria por 10.000 habitantes	Médicos	2006-13	18,9	14,7	11,1
	Personal de enfermería y de partería	2006-13	7,6	6,2	7,7
	Personal de odontología	2006-13	11,8	9,2	1,2
	Personal de farmacia	2006-13	5,4	...	1,8
	Psiquiatras	2006-10	0,3	...	0,2
Infraestructura y tecnologías	Hospitales por 100.000 habitantes	2013	0,8
	Camas hospitalarias por 10.000 habitantes	2016-12	23	15	12
	Camas psiquiátricas por 10.000 habitantes	2006-10	1,9	...	2,3
Infraestructuras y tecnologías	Unidades de tomografía por millón de habitantes	2013	5,1
	Unidades de radioterapia por millón de habitantes	2013	1,7	1,4	2,3
	Unidades de mamografía por millón de mujeres de 50-69 años	2013	120,3

Fuente: Elaboración propia con base en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 (OMS, 2014).

Sobre el personal y la infraestructura disponible en los Sistemas de Salud de análisis, para el período 2006-2013, los médicos disponibles por cada 10.000 habitantes eran de 18,9 en Brasil, 14,7 en Colombia y 11,1 en Costa Rica; el personal de enfermería por 10.000 habitantes era de 7,7 en Costa Rica, 7,6 en Brasil y 6,2 en Colombia; y el personal de odontología por 10.000 habitantes era de 11,8 en Brasil, 9,2 en Colombia y 1,2 en Costa Rica. En relación con la infraestructura, de las camas hospitalarias por 10.000 habitantes en el período 2006 a 2012 eran de 23 en Brasil, 15 en Colombia y 12 en Costa Rica. Y respecto a la tecnología disponible, por ejemplo en el año 2013, las unidades de radioterapia por millón de habitantes estaban disponibles 2,3 en Costa Rica, 1,7 en Brasil y 1,4 en Colombia.

TABLA 13 INDICADORES DEL GASTO EN SALUD

Gasto en salud		Año	Brasil	Colombia	Costa Rica
Porcentaje de gasto en salud	Gasto total en salud como % del PIB	2011	8,9	6,5	10,2
	Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	2011	45,7	75,2	74,7
	Gasto privado en salud como % del gasto total en salud	2011	54,3	24,8	25,3
	Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	2011	58,7	64	91
	Planes de prepago privados como % del gasto privado en salud	2011	40,4	36	5
Gasto per cápita	Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales PPA	2011	1.035	657	1.243

Fuente: Elaboración propia con base en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 (OMS, 2014).

Finalmente, los indicadores de gasto en salud, teniendo en cuenta la disparidad en los esquemas de financiamiento de los sistemas, sobre los que profundizaremos más adelante, se destaca lo siguiente: para el año 2011, el gasto total en salud per cápita (en PPA) es mayor en Costa Rica con 1.243 dólares PPA, seguido por Brasil con 1.035 dólares PPA y Colombia con 657 dólares PPA.

El Gasto total en salud como % del PIB es mayor en Costa Rica con el 10.2% (de este el 74,4% corresponde al gasto del gobierno y el 25,3% al gasto privado); sigue Brasil con el 8,9% (de este el 45,7% corresponde al gasto del gobierno y el 54,3% al gasto privado); y Colombia con un 6,5% (de este el 75,2 corresponde al gasto del gobierno y el 24,8 al gasto privado)

El gasto privado en salud se ordena, de mayor a menor, así: Brasil, Costa Rica y Colombia. Del total, el gasto directo de los hogares es mayor en Costa Rica, con un 91% del gasto total privado en salud, seguido por Colombia con un 64%, y luego Brasil con el 58,7%. Ahora bien, de todo el gasto privado en salud en cada uno de los países, la participación en planes privados prepago es del 40.4% en Brasil, 36% en Colombia y un 5% en Costa Rica.

El presente capítulo hará un ejercicio de comparación en tres niveles: Características de la reforma y la estructura institucional en cada país; características del financiamiento del sistema y características de la gestión de los recursos. En un último apartado se presentarán algunas comparaciones simultáneas que completarán el panorama sobre los rasgos principales de los sistemas analizados.

3.1 Sistema de Protección Social en Salud de Brasil

La República Federal del Brasil es el mayor país de América Latina, tanto en términos de población como en extensión territorial y capacidad económica. Brasil es una república federal, constituida por 26 estados, un Distrito Federal y 5.556 municipios.

Dentro de los hitos de la historia del Sistema de Salud de Brasil Giedion, Villar & Ávila (2010) mencionan el año 1920 como el año de reestructuración del Departamento Nacional de Salud, y la creación de entidades especializadas en la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas; en la misma década el año 1923 con la creación del Sistema de Cajas de Jubilación y Pensiones. Sigue el año 1930 con la creación del Ministerio de la Educación y Salud.

Veinte años después en 1953 continúa la consolidación del sistema brasileño mediante la separación de los Ministerios de Salud y Educación y la creación del Ministerio de Salud. En 1967 se reforma la previsión social unificando cinco de los seis institutos de administración prestacional en el Instituto Nacional de Previsión Social, INPS. Se crea en 1974 el Ministerio de Previsión y Asistencia Social y se separa el INPS en tres institutos: el Instituto de Administración de Previsión y Asistencia Social, LAPAS, el INPS y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social, INAMPS.

En 1983 se crea el proyecto de Acciones Integradas de Salud, AIS. Muy importante es 1988, con la promulgación de la nueva Constitución y la creación del Sistema único de Salud, SUS. Finalmente, en 1990 se reglamenta el SUS mediante la Ley Orgánica de la Salud y la ley que define la participación social en el SUS y en 1997 se crea el Piso de Atención Básica, PAB, permitiendo la transferencia per cápita del nivel federal a los municipios.

El Servicio Nacional de Salud en Brasil, el denominado Sistema Único de Salud, SUS, creado en 1988, es una excepción a los sistemas de salud de la región, pues cubre a la mayoría de la población independientemente de su ingreso u ocupación. La reforma sanitaria de Brasil se destacó por haber logrado establecer un sistema universal, lo que contrariaba las recomendaciones de la época, de ajuste fiscal y Estado mínimo (Gomes-Temporao & Faria, 2014).

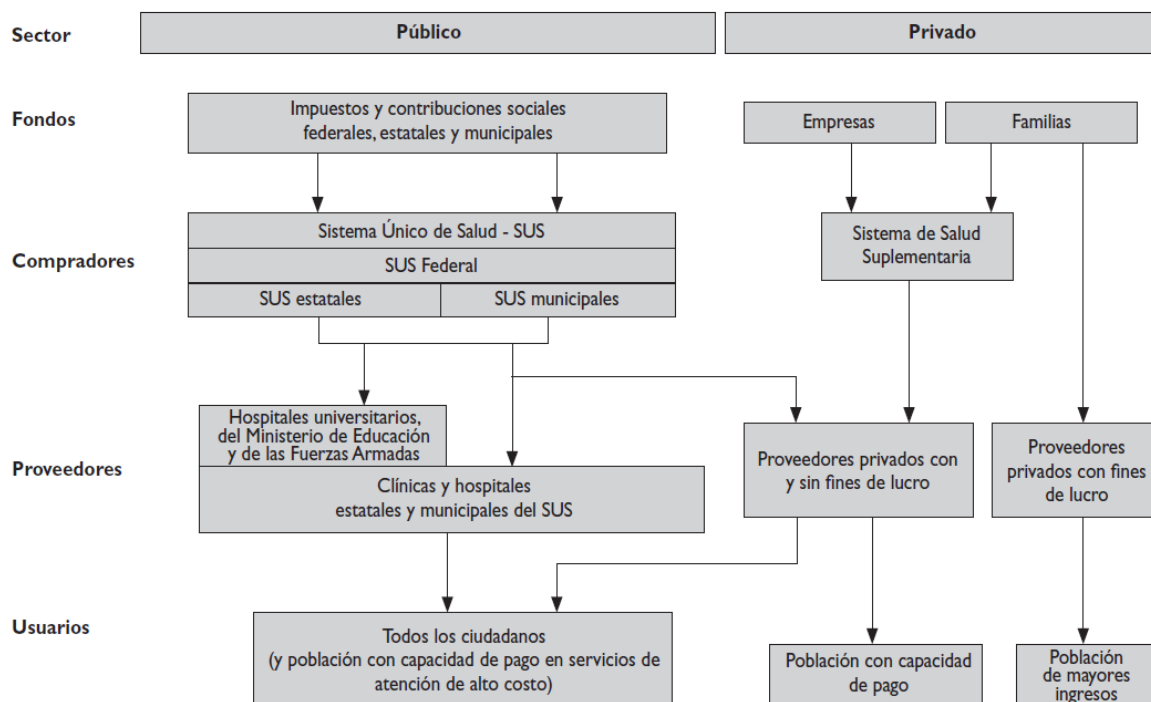
3.1.1 Características de la reforma y el marco institucional

Descripción general

En razón de las características generales del Sistema de Salud de Brasil, Mesa-Lago (2005) identifica dos subsectores (Ver Figura 10): El primero, subsector público, denominado Sistema Único de Salud, SUS, que es gratuito y ofrece un piso básico de atención para toda la población a través de la provisión y financiamiento asignado en tres niveles: federal, estatal y municipal. Gran parte de las unidades del SUS subcontratan servicios con el subsector privado para la prestación de servicios.

El segundo subsector, el privado, es de carácter voluntario y complementario al SUS. Regulado y controlado por el gobierno federal, es utilizado por los estratos de ingreso medio y alto, quienes adicionalmente están afiliados en empresas prepagadas de salud (seguro privado). De forma adicional, las grandes empresas contratan planes de salud con aseguradoras privadas. Sin embargo, un porcentaje importante de la población con seguro privado utiliza los servicios del SUS para atención de alto costo.

FIGURA 10. DESCRIPCIÓN GRÁFICA LAS CARACTERÍSTICAS DEL SS DE BRASIL



Fuente: Tomado de Becerril-Montekio, Medina, & Aquino (2011).

El Sistema Único de Salud, SUS, es considerado uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo. Garantiza asistencia integral y totalmente gratuita para toda la población. Incluye desde la atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos y atención de alto costo, y garantiza acceso completo, universal y gratuito. Promueve además acciones preventivas (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Bajo el principio de la descentralización, el SUS es administrado por los gobiernos territoriales (federales, estatales y municipales), los cuales deben organizar la prestación a través de redes de clínicas, hospitales y establecimientos tanto públicos como privados. La prestación de servicios está organizada por niveles de complejidad, determinados por zonas geográficas, según criterios epidemiológicos y culturales. El ingreso al sistema se hace a través de la atención primaria, a partir de la cual se hace referencia y se remite de ser necesario a otro servicio de mayor complejidad. De no estar disponible, se traslada a otro territorio donde sí

exista, mediante un proceso de convenios municipales (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

El Sistema de Salud Privado, llamado Sistema de Atención Médica Suplementaria, SAMS, participa de forma complementaria y articulada con el SUS. La red privada de prestadores vende sus servicios tanto al SUS como al SAMS y a los usuarios que realizan pagos directos. El SAMS es un sistema de aseguramiento que ofrece planes de salud, como complemento a lo ofrecido por el SUS. Sus principales usuarios son las empresas y familias que adquieren planes administrativos o privados individuales de seguros de salud (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Existe la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, ANS, que regula los temas relacionados con los seguros privados de salud, como también a los operadores de planes de salud. Los Operadores de Planes de Salud, OPS, son las instituciones privadas que ofrecen planes de atención de salud. Según la ANS, las OPS pueden ser de ocho tipos: administradores, cooperativas, médicas, cooperativas dentales, instituciones filantrópicas, de autogestión, aseguradores especializados en salud, medicina de grupo y odontológica de grupo (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Aquellos que realizan pagos privados acuden a la red de consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios no vinculados al SUS. Estos servicios son utilizados en su mayoría por personas de altos ingresos, a pesar de que tienen derecho a utilizar los servicios del SUS por el principio de universalidad.

Características de la principal reforma en salud en el siglo XX

Giovannella (2013) explica los antecedentes de los procesos que dieron origen al nacimiento del Sistema Único de Salud, SUS, a principios de los 80. Como resultado de una crisis financiera, se consolidaron una serie de iniciativas racionalizadoras en la asistencia médica de previsión social, generando una integración entre los servicios del existente seguro de social y los servicios

públicos de salud, empezando un proceso de desconcentración y de articulación con servicios municipales y estatales. Este proceso fue intensificado al final de la década con la Nueva República (1984-1989).

En el proceso de democratización, se creó a finales de los 70 el Movimiento Sanitario, integrado por intelectuales, académicos, profesionales de salud, estudiantes, asociaciones de vecinos y trabajadores. El MS defendió la creación de un sistema nacional de salud de acceso universal. Como resultado, en 1986 se realizó la 8ª Conferencia Nacional de Salud, que tuvo como tema “La salud, derecho de los ciudadanos y deber del Estado”. Las recomendaciones de este evento fueron incorporadas en el texto de la Constitución Nacional de 1988 (Giovannela, 2013).

En el marco de las luchas por la democratización del país y por la conquista de los derechos sociales y políticos, se impulsó una reforma estructural en salud: “El cambio de un modelo bismarkiano de seguro social (que cubría solamente a trabajadores formales) para un modelo de servicio nacional de salud bederidgiano con la creación del Sistema Único de Salud, SUS de acceso universal y financiado con recursos fiscales” (Giovannela, 2013, pág. 23).

Como consecuencia, el consolidado Movimiento Social logró que la salud se convirtiera en un “derecho de todos y un deber del Estado” con la promulgación de la Constitución de 1988. El SUS tiene como principios:

“i) El acceso universal a la atención integral en servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos en todos los niveles de complejidad (primario, secundario y terciario) para todos los ciudadanos y residentes en Brasil independiente de ingresos, clase social, etnia, ocupación o contribución – esto significa que todo ciudadano tiene derecho a la asistencia sanitaria; ii) La descentralización con funciones y responsabilidades compartidas por los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal; y iii) La participación social en la formulación e implementación de las políticas de salud a través de los consejos de salud constituidos a nivel federal, estatal y municipal”. (Giovannela, 2013, pág. 24)

A partir del análisis de actores realizado por Maceira (2007), la principal reforma al sistema brasileño, la de 1988, tenía como objetivo ampliar la cobertura y consolidar un sistema público nacional e integrado por los tres niveles de gobierno. Los pilares de la reforma son dos: La descentralización y la creación del Sistema Único de Salud, un sistema de medicina familiar más atención en niveles más completos.

Características del marco institucional a partir de sus cualidades

Coordinación y separación de funciones

El análisis cualitativo realizado por Mesa-Lago (2005) describe que antes de la reforma había un sistema de salud segmentado por seis subsectores con recursos, instalaciones y usuarios propios: El seguro social, el Ministerio de Salud, los funcionarios públicos, los militares, los estados y los municipios.

El SUS está descentralizado en tres niveles coordinados (federal, estatal y municipal), cada uno con funciones de dirección-regulación, financiamiento y provisión, por lo cual subsiste una enorme heterogeneidad (Mesa-Lago, 2005). Hay además un subsector privado muy importante y creciente estrechamente relacionado con el SUS:

- El Ministerio de Salud Federal, coordinador nacional del SUS, se encuentra en negociación con los estados y municipios a través del Consejo Nacional de Salud (con representantes de los tres niveles). Diseña políticas y planes, incluyendo la reestructuración de los municipios; aporta la mayor parte del financiamiento público; detecta insuficiencias y emergencias locales o regionales y, usando incentivos, promueve acciones focalizadas a corto plazo; y, finalmente, monitorea, supervisa y evalúa el sistema, incluyendo al subsector privado.
- No hay superintendencia. Las unidades federales se dividen esas funciones con relación al SUS. Por otra parte, el Consejo Nacional de Salud Suplementaria, CNSS, dicta normas y la Agencia Nacional de Salud

Suplementaria, ANSS, supervisa el subsector privado. Un fondo de compensación intenta reducir las diferencias regionales en cuanto al financiamiento de procedimientos especiales de alta complejidad basado en prioridades federales.

- Las Secretarías de Salud de los estados también tienen funciones reguladoras dentro de sus propias jurisdicciones (de transferencias federales y suyas propias) y provisión. Los estados organizan y regulan el sistema de referencia y coordinan las acciones de mayor complejidad.
- Las Secretarías de Salud de los municipios reciben recursos federales y estatales de acuerdo con responsabilidades que asumen a nivel local, especialmente el paquete básico y el programa de salud de la familia.
- El subsector privado funciona independiente del SUS, sin conexiones organizativas, institucionales y financieras, salvo su regulación y supervisión por el gobierno federal. Está compuesto por “empresas de medicina de grupo”, cooperativas médicas que restringen el uso a una lista de proveedores, grandes empresas con planes de salud para sus empleados, seguros médicos de reembolso, entidades filantrópicas y gasto directo de las familias.
- No hay separación de funciones.

Descentralización

En lo que atañe a esta cualidad, Mesa-Lago (2005) identifica que el gobierno federal ha descentralizado hacia los estados y municipios, pero aún ejerce funciones claves de financiamiento y provisión. La descentralización se regula por lineamientos básicos dictados por el Ministerio federal después de debates entre los tres niveles por conducto de una comisión tripartita nacional y comisiones bipartitas estatales que resultan en acuerdos del Consejo Nacional de Salud. También hay consejos estatales y municipales.

El Ministerio federal dictó normas operativas para la descentralización que fijan los requisitos técnicos, administrativos y financieros, de obligatorio cumplimiento

por los estados y municipios a fin de ser autorizados para ejercer responsabilidades de acuerdo con su capacidad para proveer servicios, recibir trato preferencial al operar dichos servicios y su autonomía para manejar recursos procedentes de transferencias federales (Mesa-Lago, 2005).

En cuanto a las funciones, enfatiza Mesa-Lago (2005) que los estados son directores de regionalización e inversión, identificando regiones y microrregiones en función de las características epidemiológicas, el volumen de usuarios y la capacidad de atención. Determinan también las funciones y niveles de complejidad que pueden atender los municipios dentro de cada región o microrregión y coordinan las acciones de alto costo y complejidad.

Además, los municipios reciben recursos federales para financiar y administrar el paquete básico y el programa de salud de familia, así como estatales, según el nivel de complejidad media autorizado.

Como obstáculos de la descentralización, Mesa-Lago (2005) identifica: La fluctuación en el flujo de recursos federales y la falta de recursos estatales y municipales en el decenio de los 90, aliviadas por mínimos fijados en cada nivel en 2000; las regulaciones federales estrictas que limitan la creatividad de los municipios para adaptarse a las necesidades de salud locales, a veces incluso obstaculizando innovaciones positivas, y la incapacidad de algunos municipios de cumplir con los requisitos federales y estatales.

Libertad de elección

La población en el subsector público tiene libertad para usar sus servicios o comprar seguros privados, en un porcentaje importante de municipios. Los usuarios también pueden escoger entre los proveedores que participan en el SUS, así como para elegir el tipo de aseguramiento y proveedor privado que prefieran, pero no pueden llevarse el financiamiento del público. A pesar de que este es un mecanismo de solidaridad, se argumenta que es un desincentivo para el sector público mantenga la calidad (Mesa-Lago, 2005).

Participación social

Tal como explica Mesa-Lago (2005), la Constitución de 1988 estableció como un objetivo asegurar la participación social en el subsector público, SUS. El Consejo Nacional de Salud determina lineamientos, aprueba planes y monitorea la implementación, mediante negociación, pero solo entre los administradores de los tres niveles del SUS.

La Comisión Interadministrativa Tripartita negocia todos los aspectos de la descentralización. Está compuesta por 15 miembros del Ministerio federal y de las Secretarías estatales y municipales, sin representación de los usuarios. También hay comisiones bipartitas a nivel estatal.

No obstante, una ley de 1990 ordenó establecer en cada uno de los tres niveles Consejos de Salud permanentes y Conferencias de Salud celebradas periódicamente. Ambos mecanismos están integrados en 50% por representantes de los usuarios, y el resto por funcionarios y profesionales de la salud, administradores y proveedores.

Paquete básico de servicios de salud

Según la recopilación de Mesa-Lago (2005), el paquete básico tiene una parte fija, el Plan de Atención Básica, PAB, introducida en 1998, cuya finalidad reside en extender gradualmente la cobertura a toda la población de un conjunto de acciones: atención prenatal de parto, promoción, prevención de enfermedades contagiosas y crónicas, cuidado de problemas comunes en la infancia, trastornos agudos de mayor incidencia, pequeñas urgencias ambulatorias, atención oral básica y farmacia básica.

Para financiar el costo del paquete básico, el Fondo Nacional de Salud asigna un per cápita mínimo mensual uniforme fijo en todo el país y a los municipios que cumplen los requisitos exigidos.

Y el PAB contiene una parte variable, que comprende otros programas como salud familiar, farmacia básica, agentes comunitarios y alimentación y se asigna con base en varios criterios.

En 2001 el PAB fue ampliado a PABA para incluir acciones de mediana y alta complejidad. El Programa de Salud Familiar, PSF, que comenzó a ser implantado en 1994, se halla centrado en la atención primaria, espacialmente prevención promoción y recuperación de la salud. Cada unidad del PSF cubre un máximo de mil familias, o sea, 4.500 personas, con un equipo compuesto por un médico general de tiempo completo, un enfermero, un auxiliar de enfermería y entre 4 y 6 agentes comunitarios, que deben vivir en el área cubierta y sirven de puente entre las familias y el equipo con una visita domiciliaria mensual. El Programa de Agentes Comunitarios de Salud, PACS, capacita a los agentes sin educación para que puedan actuar eficazmente en sus comunidades, y se financia con transferencias anuales por cada agente y por cada equipo (Mesa-Lago, 2005).

Los resultados de sus actividades deben ser evaluados periódicamente e incorporados al Sistema de Información sobre la Atención Básica, SIAB, que mantiene el Ministerio federal. El financiamiento del PSF es tripartito y un tercio es aportado por el gobierno federal.

El Programa Bolsa de Alimentación aporta una suma fija mensual a cada infante menor de 6 años con familias con renta inferior a medio salario mínimo. El Programa de Asistencia Farmacéutica de los municipios, PAF, recibe transferencias anuales per cápita para la compra de los medicamentos básicos.

3.1.2 Características del financiamiento del sistema

El SUS se financia con impuestos y contribuciones sociales de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal (Becerril-Montekio, Medina, & Aquino, 2011). Se estima que del ciento por ciento de los recursos, el 50,7% corresponde al aporte del gobierno no federal, el 26,6% a las unidades de la federación y el

22,7% de los municipios¹¹. Respecto a las fuentes de los recursos federales, hasta el 2007 eran: la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros¹², la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social¹³, COFINS, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas¹⁴. Para los estados y municipios, las fuentes provienen de los presupuestos fiscales de cada uno (Becerril-Montekio, Medina, & Aquino, 2011). Sobre la destinación en el SUS, los recursos deben depositarse en los Fondos de Salud y una parte de los recursos federales se transfiere a los estados y los municipios. Ocurre lo propio con los recursos de los estados.

El sector privado se financia con recursos de las empresas que pagan planes y seguros privados para los empleados y con los recursos de las familias que compran esquemas prepagados de salud y que realizan pagos de bolsillos por los servicios.

Respecto al gasto en medicamentos del SUS, el gobierno federal es responsable de la disponibilidad de los productos más complejos y estratégicos. El financiamiento de la asistencia farmacéutica está a cargo de las tres esferas de gestión, la federal, la estatal y la municipal, que son (Giedion, Villar, & Ávila, 2010):

- a. Componente básico, para la adquisición de medicamentos e insumos en el nivel de atención básica.
- b. Componente estratégico, para el control de endemias y los antirretrovirales
- c. Componente de medicamentos de distribución excepcional para la adquisición u distribución de medicamentos de tabla de procedimientos ambulatorios.

¹¹ Datos para el año 2014 (Becerril-Montekio, Medina, & Aquino , 2011).

¹² Impuesto Indirecto.

¹³ Hace parte de los Impuestos Federales: La base de este impuesto es la renta de operación bruta con algunas exclusiones, tales como ventas canceladas y renta de exportación.

¹⁴ Impuesto Directo.

La asignación de recursos públicos para acciones y servicios de salud es definida por la Enmienda Constitucional No 29 de 2000. La regla federal es distinta para los estados y municipios. La federación debe aplicar la cantidad de recursos gastados en el año anterior, ajustada por la tasa de variación del PIB. Los estados deben asignar a la salud 12% y los municipios 15% de sus recursos propios, que incluyen impuestos directamente recaudados y las transferencias de la Federación (Giovannela, 2013).

El SUS es descentralizado. Por tanto, la mayor parte de los fondos federales son transferidos a los estados y municipios por un mecanismo de transferencias directas del Fondo Nacional de Salud a los fondos estatales y municipales. Además de los fondos provenientes del nivel federal, hay inversión de fondos propios provenientes del presupuesto fiscal de los municipios y estados. La asignación de recursos propios incluye impuestos de recaudación propia por estados y municipalidades y las transferencias constitucionales de la federación para los estados federados (Giovannela, 2013).

Los mecanismos de asignación de recursos para transferencias financieras entre entes gubernamentales y niveles subnacionales están bien reglamentados en Brasil. La implementación del SUS y su proceso de descentralización fue reglamentado por una serie de Normas Operacionales Básicas del SUS.

No hay copagos en el SUS, pero cuando se presentan problemas de acceso o desabastecimiento, los usuarios suelen tener que comprar medicamento o pagar por procedimientos en el sector privado.

El mercado privado de salud, suplementario, corresponde al 24% del gasto total en salud en el 2010. Operan en el país 1.200 empresas de medicina prepaga (planes y seguros) estructuradas en distintas modalidades: Las empresas de medicina de grupo (con servicios propios) y responsables del 37% de los contratos; las cooperativas médicas (con servicios propios) y responsables del 37% de los contratos; las cooperativas médicas (con servicios propios) responsables del 35% de los contratos; los planes de autogestión (organizados

por empresas para sus empleados con servicios acreditados) y las aseguradoras en estricto sentido, con 12% de los contratos.

3.1.3 Características de la gestión de los recursos

Siguiendo a Maceira (2001), el pago a los prestadores de servicios públicos se realiza a través de presupuestos históricos (asociados con equipamiento y número de camas), para el caso de las clínicas y hospitales, y por procedimientos a los prestadores privados subcontratados. Según Giovannela (2013), en Brasil existen diferentes sistemas de pago en el SUS. En el sector hospitalario, el sistema es de pago prospectivo con base en grupos relacionados por el diagnóstico, DGR. Los hospitales públicos también cuentan con un presupuesto anual para cubrir su costo, financiado por el gobierno de la esfera gubernamental correspondiente, basado en un histórico de gasto.

En relación con los recursos físicos disponibles, para el 2005 Brasil contaba con 77.044 establecimientos de salud. De éstos, el 58,6% pertenecen al sector público y el restante 41,4% al privado. Según el nivel de atención, 55.328 (72% del total de establecimientos) ofrecen servicios ambulatorios, 11.521 (19% del total) servicios de apoyo de diagnóstico, diagnóstico o terapia, y 7.155 (9% del total) servicios hospitalarios. Del total de servicios ambulatorios, el 70,4% son establecimientos públicos. Y de los establecimientos de hospitalización, el 74,6% son privados (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Para los hospitales de las universidades públicas, la financiación es distinta. El Ministerio de Educación es corresponsable y fue creada por ley una empresa pública para administrarlos (Giovannela, 2013).

El SUS también compra servicios de diagnóstico, de tratamiento y de consulta externa especializada a proveedores privados. Los pagos a los proveedores

privados para estas acciones ambulatorias se basan en una lista nacional de precios, que incluye procedimientos, medicamentos, órtesis, prótesis y materiales especiales (Giovannela, 2013).

3.2 Sistema de Protección Social en Salud de Colombia

En población, Colombia es el tercer país más grande de América Latina. Es una república, con 32 departamentos y 1.120 municipios

Desarrollar los momentos históricos más importantes del Sistema de Salud Colombiano, parte, para Giedion, Villar & Ávila (2010), por identificar tres periodos para comprender los cambios más importantes en la organización y prestación de servicios. El primero, desde la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950, el denominado modelo higienista. En él, la salubridad pública atendía aspectos de carácter sanitario. Las acciones preventivas y curativas eran financiadas por los propios ciudadanos con gasto de bolsillo o por instituciones de caridad. En 1945, con la creación de la Caja Nacional de Previsión, CAJANAL, y en 1946, con el Instituto de Seguros Sociales, ISS, se inició el aseguramiento para los empleados formales.

Un segundo período es el comprendido entre 1970 y 1989 con la creación del Sistema Nacional de Salud, un modelo de subsidio a la oferta en el cual los recursos públicos del presupuesto se transferían directamente a la red de instituciones públicas hospitalarias (Giedion, Villar, & Ávila, 2010). Además, se generó un sistema tripartito de seguridad social, con participación del Estado, los empleadores y los empleados para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal.

Finalmente, el tercer período, desde 1991 hasta la actualidad, en el que se configuró a partir de la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La nueva Constitución permitió la

participación de agentes privados en la prestación de los servicios sociales de salud, y la Ley 100 reorganizó el sistema, creando un mercado en las actividades de aseguramiento y prestación de servicios. En el primer mercado se permitió la configuración de entidades intermediadoras en el aseguramiento, las denominadas Empresas Promotoras de Salud, EPS, que administrarían el aseguramiento tanto para los trabajadores formales e informales (régimen contributivo), como para la población más vulnerable o pobre (régimen subsidiado), este último financiado con recursos del presupuesto nacional.

3.2.1 Características de la reforma y el marco institucional

Descripción general

Para Mesa-Lago (2005), la reforma colombiana ha balanceado los objetivos, como resultado de un compromiso político, combinando principios convencionales de seguridad social (universalidad, equidad, solidaridad, suficiencia y participación social) con los nuevos principios de inspiración, como libre elección, competencia y eficiencia. En Colombia la reforma se realizó por un gobierno democrático con fuerte debate nacional, una nueva Constitución, varias leyes debatidas en el Congreso, intentos de revertir el proceso y también modificaciones a la reforma original.

La Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 ordenaron la universalidad y la cobertura. En un sistema especial se encuentran manteniendo sus propios programas y cobertura las fuerzas armadas, la policía, el magisterio y los trabajadores petroleros.

La Ley 100, que organizó el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, introdujo dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. El contributivo cubre obligatoriamente a los trabajadores del sector formal tanto dependientes como independientes que cotizan al sistema, así como a los pensionados. La cobertura también se extendió a los familiares de los asegurados, los cuales no estaban protegidos antes de la reforma.

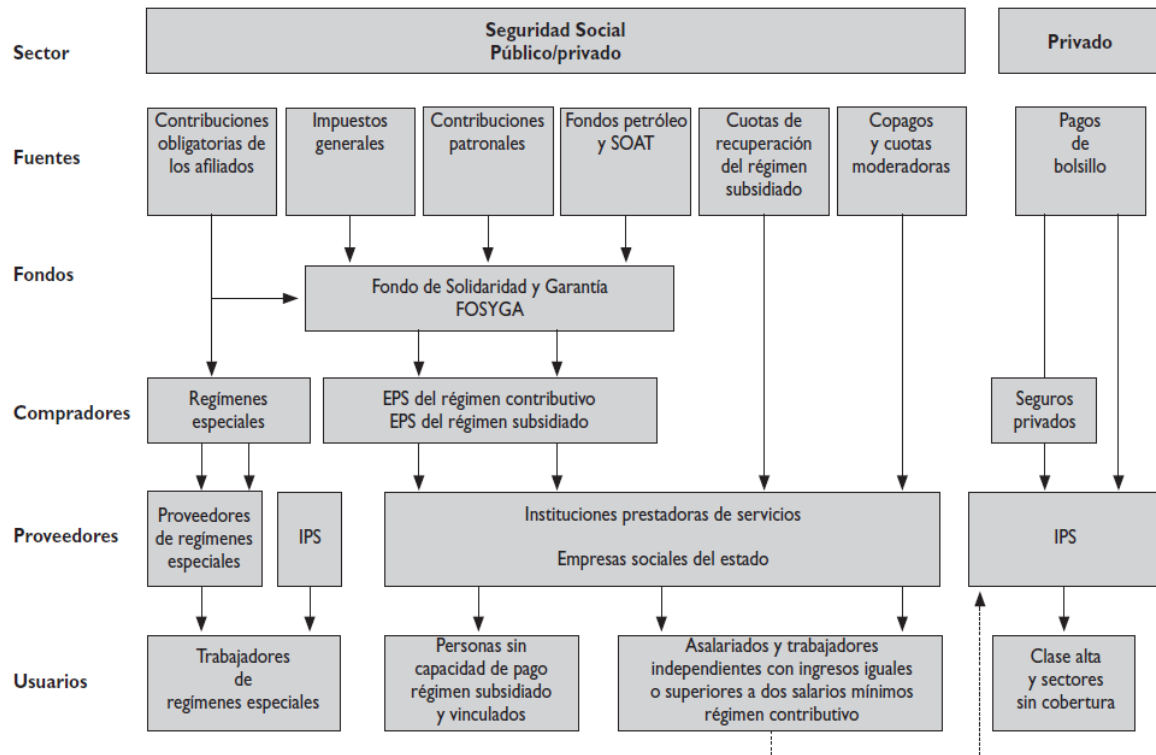
El régimen subsidiado, esquema de aseguramiento para pobres único en la región, cubre a la población de escasos recursos que carece de capacidad contributiva (Mesa-Lago, 2005). El sistema se financia a través de diversas fuentes: transferencia del régimen contributivo y de la Nación, así como asignaciones por parte de los departamentos y municipios. La reforma obligó a que se transformara gradualmente el sistema de asistencia social en salud, pasando de subsidios a la oferta (financiación de hospitales públicos) al subsidio a la demanda. Se utiliza un sistema de identificación para la población y una encuesta a las personas y familias llamada SISBEN, con el fin de evaluar las condiciones de vida y variables sociodemográficas, clasificando a las personas en tres niveles de pobreza, permitiendo el acceso a variados programas de asistencia social.

Existe un tercer grupo, conocido como “vinculado”, y tiene un carácter transitorio, hasta lograr el aseguramiento universal.

Para el año 2005, existían un total de 58.500 prestadores de servicios de salud registrados, de los cuales el 75% de un total de 43.639 eran profesionales independientes, y el 25% restante, es decir, 14.861, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS. De este total de IPS, el 70% corresponden a instituciones de la red privada y el 30% restante a la red pública. De las camas hospitalarias disponibles, el 40% son privadas y el 60% restante públicas (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, son proporcionados por prestadores públicos y privados que compiten entre sí para ser proveedores de servicios de las Empresas Promotoras de Salud, EPS (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

FIGURA 11 DESCRIPCIÓN GRÁFICA LAS CARACTERÍSTICAS DEL SS DE COLOMBIA



Fuente: Tomado de Becerril-Montekio, Medina, & Aquino (2011)

El sector privado desempeña un papel importante en el sistema de salud colombiano. Siguiendo la estructura de análisis del Pluralismo Estructurado de Frenk & Londoño (1997), se crearon las Empresas Prestadoras de Salud, EPS, cuyo papel en la función de articulación es dirigir los recursos desde el financiamiento del sistema, principalmente el FOSYGA, hacia la prestación de los servicios, mediante la competencia entre las EPS que aseguran a los usuarios y la competencia que se genera entre los prestadores. Las compañías aseguradoras de salud pueden dividirse en dos grandes grupos según el rol que desempeñan en el sistema: Se encuentran las Entidades Promotoras de Salud, EPS (del régimen subsidiado o contributivo, que pueden ser públicas o privadas) y las aseguradoras, que ofrecen productos de seguro de salud privados y voluntarios (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Dentro del modelo creado por la Ley 100 de 1993, las EPS constituyen un núcleo básico de gestión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tienen como función la promoción de mejora del estado de salud de sus afiliados, garantizando las prestaciones de servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, POS. Cumplen además una función financiera debido a que recaudan la cotización, descuentan la capitación correspondiente a cada uno de los afiliados y administran el POS, bien sea mediante la prestación directa o la contratación de servicios con otros agentes (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Características de la principal reforma en salud en el siglo XX

En 1991, mediante asamblea constituyente, los delegados aprobaron una nueva Constitución Política. La negociación entre intereses económicos e intereses sociales, que constituye este nuevo acuerdo social, permite al mercado incursionar en los servicios públicos, antes competencia exclusiva del Estado (Martínez, 2013).

En la Constitución Política de 1991, la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. En los términos que establezca la Ley, “se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social”. A continuación, el documento constitucional señala que el Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social, que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley: “La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o por entidades privadas, de conformidad con la ley.” (Martínez, 2013).

Después del cambio constitucional, se promulgó la Ley 100 de 1993, que estableció un modelo de aseguramiento social universal, integrando en un solo sistema las poblaciones previamente atendidas por la seguridad social y los subsistemas público y privado. El nuevo sistema propendió a la separación de funciones. Creó el FOSYGA como una institución especializada en la función de

financiamiento. En el aseguramiento, que comprende la asunción del riesgo financiero y la organización de redes de servicios, así como en la prestación misma de los servicios, el nuevo sistema habilitó la coexistencia de múltiples instituciones públicas y privadas bajo un esquema de competencia regulada, las EPS (Guerrero, Prada, & Chernichovsky, 2014).

Siguiendo los cambios del sistema de salud introducidos por la reforma, según Guerrero, Prada & Chernichovsky (2014), se creó el FOSYGA como una entidad especializada en el financiamiento. Este delegó la parte operativa del recaudo en las EPS, pero se especializó en juntar los recursos de todo el sistema y asignarlos a la población asegurada a través de pagos per cápita, las UPC.

Además, se crearon las Entidades Promotoras de Salud, EPS, como instituciones especializadas en asumir el riesgo financiero de la población asegurada, organizar redes integrales de servicios propias y/o contratadas con prestadores independientes, y garantizar a través de dichas redes la prestación del plan obligatorio de salud.

Con la Ley 100 se intentó establecer una distinción conceptual entre los servicios preventivos dirigidos a los individuos y los servicios colectivos de salud pública que se prestan, no a personas individuales, sino a la comunidad. Los tipos de servicios de salud pública se incluyeron en el Plan de Atención Básica, PAB, y fueron inicialmente responsabilidad de las entidades territoriales (Guerrero, Prada, & Chernichovsky, 2014). La responsabilidad por los servicios médicos individuales, incluyendo los preventivos, correspondió a las EPS. La función de hacer cumplir el reglamento sanitario correspondía a las direcciones locales de salud desde antes de la reforma, lo cual no cambió con ésta.

Se modificaron también las reglas de juego para los hospitales públicos. Gradualmente, estos deberían empezar a vender servicios a las EPS y, pasando por un período de transición, autosostenerse financieramente con los ingresos así obtenidos. Antes de la Ley 100, los hospitales públicos prestaban servicios preventivos a los individuos. Realizaban también actividades extramurales y

prestaban servicios colectivos de salud pública en determinada jurisdicción o territorio que les era exclusivo. Con la reforma, las actividades colectivas de salud pública pasaron a ser responsabilidad directa de la entidad territorial, la cual podía o no contratarlas con el mismo hospital (Guerrero, Prada, & Chernichovsky, 2014)

Éste nuevo sistema cambió radicalmente el papel que habían de cumplir las entidades territoriales en el sistema de salud. Antes, los departamentos y municipios ejercían una función de dirección en sus respectivas jurisdicciones, la cual consistía esencialmente en dirigir la prestación de los servicios en el respectivo nivel de atención del subsistema público (Guerrero, Prada, & Chernichovsky, 2014)

De esta forma, la Ley 100 de 1993 implicó para las entidades territoriales la asunción de roles nuevos adicionales a dirigir la prestación. Estas fueron, siguiendo a Guerrero, Prada & Chernichovsky (2014):

- **Financiación:** Les correspondió a los gobiernos locales recaudar algunos recursos, recibir otros de la nación, y asignarlos a las distintas EPS del régimen subsidiado.
- **Aseguramiento prestación:** Las entidades territoriales ya no debían garantizar la prestación de los servicios directamente sino que debían hacerlo indirectamente mediante la contratación de EPS para la atención de la población pobre y vulnerable. La Ley 100 invitó, por lo demás, a las entidades territoriales a crear EPS. Y les ordenó transformar sus hospitales en entidades autosuficientes, proveedoras de las EPS. A los municipios les surgió además la nueva tarea de seleccionar los beneficiarios de los subsidios a la demanda del régimen subsidiado.
- **Salud pública colectiva:** Se definió como una responsabilidad de la entidad territorial el garantizar la prestación de los servicios del Plan de Atención Básica.

- Vigilancia sanitaria: Siguió siendo una responsabilidad del municipio asegurar el cumplimiento del reglamento sanitario.

Características del marco institucional a partir de sus cualidades

Coordinación y separación de funciones

Siguiendo a Mesa-Lago (2005), antes de la reforma existía una enorme multiplicidad y tres subsectores principales: público con tres niveles (nacional, departamental y municipal), múltiples seguros sociales y subsector privado. El nuevo sistema eliminó los subsectores y los unificó, pero subsisten programas separados al menos para las fuerzas armadas, maestros y trabajadores petroleros.

La reforma colombiana, como ninguna otra, separó las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento, provisión y supervisión, a través de las siguientes entidades (Mesa-Lago, 2005):

- a. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS¹⁵, adscrito al Ministerio de Salud, dirige el sistema, define el paquete básico prestacional (Plan Obligatorio de Salud), determina la capitación (Unidad por Capitación, UPS), elabora mecanismos para controlar la selección de riesgos y administra el fondo de compensación.
- b. El Ministerio de Salud ejerce la rectoría técnica, dicta las políticas y los planes y prioridades, expide normas, formula y aplica criterios de evaluación de eficiencia, provee asistencia técnica a nivel nacional y promueve la descentralización de la provisión desde la nación hacia los departamentos y municipios.

¹⁵ Reemplazada por la Comisión de Regulación en Salud, CRES mediante una de las reformas a la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, finalmente mediante el Decreto 2560 de 2012 se suprimió la CRES dejando todas las funciones de rectoría y regulación del sistema en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

- c. La Superintendencia Nacional de Salud, SNS, regula, supervisa y ejerce el control financiero de los aseguradores y proveedores, diseña los mecanismos de control de la calidad de los servicios y establece el marco para la transformación de los hospitales públicos en entes autónomos.
- d. El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, asigna las UPC a las aseguradoras. Cuando éstas generan un excedente entre éste y los POS, deben transferirlo al fondo, mientras que si ocurre un déficit, el fondo lo cubre con subsidios.
- e. Las aseguradoras son de dos tipos: Empresas Promotoras de Salud, EPS, que pueden operar tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, y Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS. Ambos tipos de aseguradoras afilian, recaudan y ejercen el manejo financiero, reciben la UPC, transfieren excedentes o reciben subsidios y contratan a las proveedoras.
- f. Las proveedoras son de tres tipos: Instituciones Proveedoras de Servicios, IPS, en el régimen contributivo, Empresas Solidarias de Salud, ESS, en el régimen subsidiado, y Empresas Sociales Estatales, ESE, que son los antiguos hospitales públicos, ahora descentralizados, con autonomía administrativa y financiera, así como criterios gerenciales y régimen de contratación privado. Las IPS son contratadas por las EPS, mientras que las ESS son contratadas por las ARS, y las aseguradoras y proveedoras contratan las ESE.

Mesa-Lago (2005) identifica claramente la separación de funciones: Rectoría/regulación (Ministerio); financiamiento (Fosyga); aseguramiento (EPS); provisión (IPS,ESS, ESE) y supervisión (Superintendencia).

Descentralización

Además de los cambios descritos anteriormente en el apartado de la reforma que impactaron a las Entidades Territoriales, la descentralización ha sido desde la

nación hacia los departamentos y municipios, a través de Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Según la recapitulación realizada por Mesa-Lago (2005), los intereses contrapuestos afectados por la reforma generaron una fragmentación de responsabilidades entre los diferentes niveles gubernamentales, así como complejidad o falta de claridad de normas, pues hay un exceso de regulaciones que reduce la transparencia.

De esta forma, más que una reforma nacional, existen múltiples reformas territoriales, con avances dispares y poco intercambio entre ellas, y se carece de regulación para lograr una adecuada integración vertical y horizontal de los niveles de atención. Y los municipios no han completado la toma de responsabilidad por varias razones: falta de incentivos para descentralizar, carencia de capacidad y experiencia para asumir funciones complejas, agravada porque los profesionales no fueron preparados para la reforma y muchos se resisten a los cambios (Mesa-Lago, 2005).

La OPS (2005), retomada en Mesa-Lago (2005), concuerda con la anterior evaluación, añadiendo que la descentralización generó autonomía autárquica y la transferencia de responsabilidad y recursos no fue acompañada de conocimientos adecuados en la gerencia, todo lo cual deterioró la autoridad nacional de salud y erosionó la coordinación nacional del sistema.

Para los investigadores Guerrero, Prada & Chernichovsky (2014), en Colombia han coexistido la descentralización territorial y la descentralización “corporativa” del sistema de salud. La descoordinación entre los dos sistemas ha sido y sigue siendo problemática, situación de la cual surgen las siguientes reflexiones:

- El rediseño del sistema pasa necesariamente por repensar y reformar las reglas de juego de la descentralización en salud contenidas en la Ley 715 de 2001. Una reforma que omita la dimensión territorial tendría el efecto de

perpetuar muchas de las disfunciones y debilidades que hoy se observan a nivel local.

- Segundo, es hora de repensar el papel del Estado, incluyendo los municipios y departamentos, en un sistema de salud que otorga un papel preponderante a organizaciones privadas en la organización y prestación de los servicios.

Libertad de elección

Según la estructura del sistema creado con la Ley 100 de 1993, Colombia tiene la mayor libertad de elección, pero encuestas tomadas entre 1997 y 2003 han detectados fallas y desigualdades importantes. Por ejemplo, que el 81,5% de los afiliados no había pensado en cambiarse de institución. Dentro de las razones para las fallas en la libertad de elección, se encuentra que los afiliados, especialmente del régimen subsidiado, desconocen sus derechos, carecen de información o no tienen la educación para hacer una selección (Mesa-Lago, 2005).

Participación social

La Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 establecieron cuatro mecanismos de participación y control social, retomados por Mesa-Lago (2005):

- a. El Consejo Nacional de Seguridad Social en la Salud, compuesto de 13 miembros que representan al gobierno, las aseguradoras y las proveedoras, los profesionales y los sindicatos, las comunidades y los usuarios (no se pudo obtener la representatividad de estos últimos)
- b. En las juntas directivas de los hospitales, ESE, participan los usuarios (tampoco se conoció su representatividad).
- c. Se estipulan las asociaciones de usuarios de las EPS y las IPS. La Defensoría del Pueblo recibe reclamos y quejas de los usuarios y hace encuestas para conocer la opinión de estos
- d. Los ciudadanos tienen derechos a una acción de amparo (tutela) para reclamar contra posible violaciones de seguridad social, incluyendo salud, las

cuales pueden presentarse ante cualquier juzgado y ser apeladas ante la Corte Constitucional.

La administración de las aseguradoras y proveedoras, así como el Fosyga y la Superintendencia, no tienen representación efectiva de los afiliados, usuarios o la comunidad. Estos últimos carecen de organización y poder para ejercer sus derechos y funciones (Mesa-Lago, 2005).

A partir de la recopilación realizada por Mesa-Lago (2005), los estudios concluyen que la reforma ha hecho poco para desarrollar instrumentos a fin de que los ciudadanos controlen las funciones de aseguramiento, financiamiento, provisión y calidad de los servicios, debido a cuatro obstáculos: Falta de conocimiento de los usuarios sobre sus derechos; información limitada sobre dichos derechos y ausencia de instrumentos para ejercerlos de manera efectiva; mecanismos deficientes para reconocer la diversidad social y debilidad de las organizaciones civiles.

Paquete básico

Mesa-Lago (2005) resume, a partir de lo proporcionado por la Ley 100 de 1993 , el “sistema integral” que incluye las siguientes prestaciones:

- a. Plan de Atención Básica, PAB, obligatorio y gratuito para toda la población, administrado por el Ministerio, departamentos y municipios, ofrece educación de la salud, prevención y promoción, control del abuso de drogas y tabaco, planificación familiar, nutrición básica, control de enfermedades contagiosas y SIDA; se financia con recursos fiscales de la nación departamentos y municipios.
- b. El Plan Obligatorio de Salud, POS, normalizado y obligatorio para todos los afiliados al régimen contributivo y administrado por las aseguradoras, que no pueden negar cobertura a los afiliados que lo soliciten y ni tener en cuenta condiciones preexistentes de salud, a fin de evitar la selección de riesgos. El

- POS incluye prevención y promoción, diagnóstico y tratamiento en varios niveles de atención, rehabilitación, medicamentos esenciales y pago de licencias por enfermedad y maternidad. Explica Mesa-Lago (2005) que teóricamente las aseguradoras y proveedoras tienen incentivos para proporcionar la prevención y promoción a fin de evitar mayores costos curativos y de rehabilitación, a más de que la cuenta de promoción y prevención del FOSYGA estimula el desarrollo de estos programas. En la práctica las aseguradoras no dan prioridad a dichas acciones.
- c. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, que equivalía al 60% del POS, excluía algunas prestaciones como cirugías, atención dental, tratamiento en cáncer. No obstante, los afiliados podían acceder a dichas prestaciones a través de los hospitales, con subsidios a la oferta¹⁶.
 - d. Los Planes de Atención Complementaria, PAC, paquetes de prestación adicionales al POS (hotelería, tecnología, ciertas medicinas) y ofrecidos por las aseguradoras a sus afiliados del régimen contributivo y financiados totalmente por estos. No se permite ofrecer PAC a quienes no están cubiertos por el POS, pero las aseguradoras “atan” ambos haciendo menos transparente el paquete y la comparación del POS (Mesa-Lago, 2005).

3.2.2 Características del financiamiento del sistema

Considerando la naturaleza de los recursos fuente en el financiamiento del Sistema de Salud colombiano, se encuentran principalmente dos tipos: Los recursos fiscales y los recursos parafiscales (Ver Figura 12).

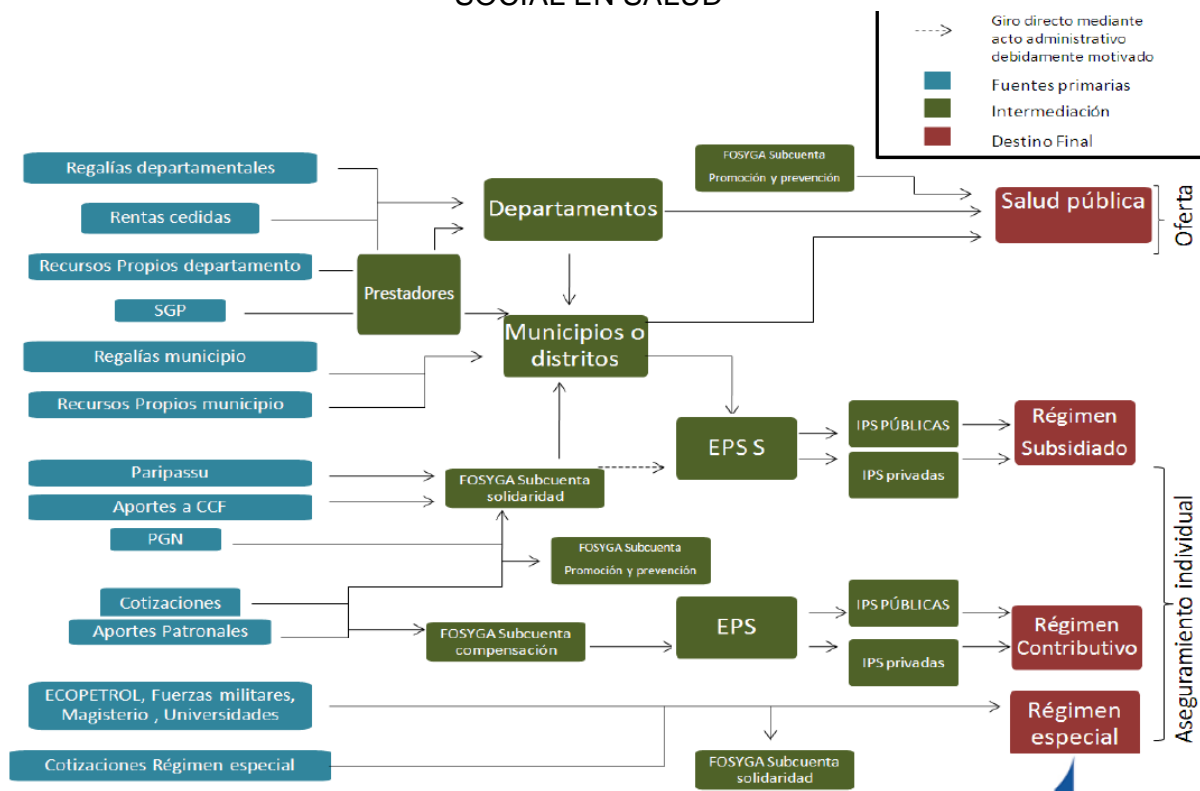
Dentro de los recursos fiscales, se ubican los recursos asignados a la salud en el Sistema General de Participaciones, SGP, dentro de un marco de descentralización (Ley 60 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1176 de 2007). A estos se suman otros recursos del Presupuesto General de la Nación. A nivel territorial,

¹⁶ La Corte Constitucional Colombiana en 2008 mediante la Sentencia T-760 ordenó al gobierno nacional a igualar los POS de los regímenes contributivo y subsidiado.

se suman las rentas cedidas a las entidades territoriales por operación y explotación de monopolios rentísticos y, finalmente, los recursos propios de los departamentos y municipios.

En cuanto a los recursos parafiscales, se encuentran los aportes de los cotizantes del régimen contributivo. Estos recursos se administran a través del FOSYGA mediante cuatro subcuentas: Compensación, solidaridad, promoción, seguros de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito ECAT. Cada uno de los recursos se maneja de manera independiente dentro de cada subcuenta.

FIGURA 12 FLUJO DE RECURSOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: Tomado de Fedesarrollo (2014) PPT Gonzalo Zapata

El Sistema de Salud se financia en el régimen contributivo con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes y con contribuciones de los empleadores¹⁷. Para el régimen subsidiado se cuenta con contribuciones del gobierno. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual redistribuye a las Empresas Promotoras de Salud, EPS, según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011).

La mayor parte del financiamiento del régimen contributivo proviene de los impuestos parafiscales (89%), seguido por algunos impuestos generales (8%) y los copagos que tienen que hacer los afiliados en el momento de usar el POS (4%) (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Para el régimen subsidiado, a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, FOSYGA, se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios. Para terminar el ciclo, las EPS pagan los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS.

En 2007, del gasto total del régimen subsidiado, el 85% de los recursos provenía de impuestos generales de orden nacional o local, y un 18% del impuesto de solidaridad que se cobra a todos los cotizantes del régimen contributivo (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Analizando las cifras de gasto del Sistema de Salud Colombiano, desde el ejercicio de Barón (2014) con las Cuentas Nacionales de Salud, el Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB en 2011 fue del 6,5%. Del total gasto en salud para el 2011, el 62,7% correspondió al gasto de seguridad social en salud; el

¹⁷ En la actualidad, toda personas que tiene ingresos superiores a un salario mínimo legal, tiene que aportar mensualmente el 12,5% de sus ingresos (en el caso de trabajadores dependientes, el empleador aporta el 8,5% y el trabajador el 4%).

75,2% correspondió al gasto del gobierno general; el 5,2% al gasto en salud pública; el 24,8% al gasto privado y el 15,9% al gasto de bolsillo.

3.2.3 Características de la gestión de los recursos

Investigadores como Héctor Castro (2013) y otros, al reflexionar sobre las características de los métodos de pago a los prestadores de los servicios de salud, identifican que “en Colombia los mecanismos de pago más difundidos son a la vez lo que han sido identificados en la literatura como los que generan los peores incentivos económicos.” (Pág. 6)

La Ley 100 de 1993 introdujo la competencia en la prestación de servicios de salud. De esta forma, los hospitales públicos debieron autofinanciarse.

Los proveedores de servicios reciben la presión de reducir costos de las Empresas Promotoras de Salud, EPS. De esta forma, el sistema de pago de reembolso por atención prestada es el predominante en la prestación de servicios de salud. El método de pago por caso específico define una producción y una unidad de pago que sigue como una “moneda” común para la negociación de un hospital con varios compradores de servicios de atención en salud (Telyukov, Novak, & Bross, 2001).

Cada Empresa Promotora de Salud, EPS, cuantifica su participación en la producción de un hospital y paga estrictamente esa proporción. El reembolso por caso específico intensifica la contratación competitiva y facilita la integración institucional de los mercados de hospitales, para que éstos compitan con mayor facilidad por fondos de diferentes fuentes (Telyukov, Novak, & Bross, 2001).

3.3 Sistema de Protección Social en Salud de Costa Rica

Costa Rica es un país de América Central, un Estado democrático, con gobierno representativo de república unitaria. El país se divide en siete provincias a cargo de gobernadores, subdivididas en 85 cantones y 470 distritos.

Como parte de los hitos históricos del Sistema de Salud Costarricense, Giedion, Villar & Ávila (2010) identifican diez momentos: Entre 1941 y 1943 se dio la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS. En 1949 se establece como derecho constitucional para trabajadores manuales e intelectuales la protección contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte a través de los seguros sociales. En 1956 se amplía la cobertura a familiares de los trabajadores afiliados. En 1961 se universaliza el seguro a toda la población.

En 1973 se expide la Ley General de Salud, que reglamenta el derecho a las prestaciones de salud para todo habitante del país y traspasa la administración de los hospitales de la Junta de Salud a la CCSS. Entre 1974 y 1989 se introduce la Medicina Empresa y la Medicina Mixta. En 1984 se permite ampliar el régimen de asegurados por cuenta del Estado para la población indigente.

La ola de reformas en los 90 permitió que entre 1992 y 1993 se iniciara la reforma del sector salud, que transformaría al Ministerio de Salud en rector del Sistema y organizó el Establecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud, EBAIS. Entre 1997 y 1998 se introdujeron compromisos de gestión que implicaron la separación interna de las funciones de provisión y compra dentro de la CCSS, se promulgó la Ley de desconcentración de Hospitales y Clínicas y se inició el funcionamiento de las Juntas de Salud.

3.3.1 Características de la reforma y del marco institucional

Descripción general

La Constitución y la Ley General de Salud establecen el derecho a la atención de salud para toda la población. Desde los años 70 se desarrolló una estrategia para extender la cobertura a las maternas a través de la Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS, y después se le transfirieron también todos los servicios preventivos y curativos que ostentaba el Ministerio. De igual forma, la CCSS atiende a todas las personas no aseguradas sin recursos, con cargo al erario público.

El Sistema de Salud de Costa Rica es paradigmático y único en América Latina y se considera uno de los más exitosos de la región por su universalidad (Mesa-Lago, 2005). Además de contar con la cobertura del seguro social más amplia de la región, considera la afiliación de los siguientes grupos poblacionales:

- i) Afiliación obligatoria para todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado.
- ii) Voluntaria para los trabajadores independientes con remuneración, los cuales reciben subsidios fiscales que aumentan según disminuye su ingreso.
- iii) Voluntaria para trabajadores que han dejado de ser cubiertos de manera obligatoria, los que no trabajan pero tienen ingresos propios (rentistas), los trabajadores familiares sin remuneración, los estudiantes que no trabajan y las amas de casa.
- iv) Atención integral a los pensionados y los familiares dependientes de estos y de los asegurados activos, así como la población indigente.
- v) Atención para todos los casos de urgencia.

El Ministerio de Salud no provee servicios de atención. El sector privado atiende a tres grupos: los de ingreso alto que no están asegurados en la CCSS y compran planes de seguro privado o se dirigen directamente a los proveedores de

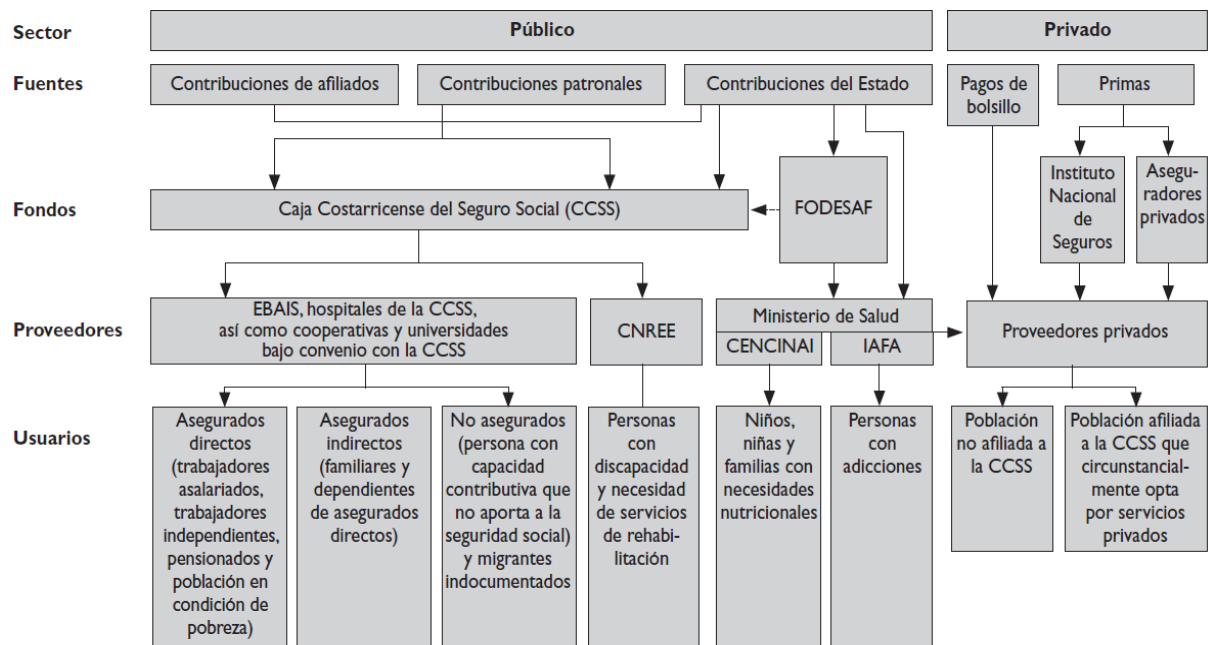
servicios; y a parte de los asegurados, porque la CCSS delega una proporción de la atención a proveedores privados o mixtos (Mesa-Lago, 2005).

La cobertura al sistema de salud está a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, una institución pública autónoma que se encarga del financiamiento, compra y prestación de la mayor parte de los servicios públicos de salud a través del seguro de enfermedad y maternidad. Se financia con fondos provenientes de las contribuciones de sus afiliados, los empleadores y el Estado, y presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

La institución pública que regula la gestión del sistema para el sector privado es el Instituto Nacional de Salud, INS, que trabaja tanto en el sector público como en el privado. En el público financia y compra servicios de salud, principalmente a la CCSS, relacionados con los seguros obligatorios de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales y accidentes de circulación. En el sector privado funciona como proveedor de un seguro privado de salud (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

El sector privado se compone principalmente de una red amplia de prestadores de servicios de salud para la atención primaria, ambulatoria y odontológica. Los hospitales privados se concentran en servicios no esenciales como cirugías estéticas o servicios complementarios a aquellos brindados por el Plan de Beneficios de la Seguridad Social. Finalmente, el Ministerio de Salud es el rector encargado de la regulación para la dirección y conducción del sistema, la regulación sanitaria y de la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, la investigación y el desarrollo tecnológico.

FIGURA 13 DESCRIPCIÓN GRÁFICA LAS CARACTERÍSTICAS DEL SS DE COSTA RICA



Fuente: Tomado de Sáenz, Acosta, Muise & Bermúdez (2011)

Según Giedion, Villar & Ávila (2010), la Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS, cuenta con tres niveles de atención: El primero consiste en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, EBAIS, en 2009 un total de 953, con alrededor de 1.800 consultorios de visita periódica para zonas muy alejadas y poco pobladas. El segundo nivel de atención cuenta con 13 clínicas, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. Existen cuatro tipos de clínicas y tres tipos de hospitales según su capacidad resolutoria. Y el tercer nivel de atención cuenta con seis hospitales especializados y tres hospitales generales de concentración nacional.

Se cuenta con una red de servicios y un sistema de referencia altamente definido. Cada uno de los tres hospitales es responsable de atender a la población de un área del país y todos los establecimientos del área remiten los pacientes que requieren intervenciones complejas (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Profundizando en la organización de la prestación de los servicios de salud, Giedion, Villar & Ávila (2010) explican que en el primer nivel de atención la CCSS

divide actividades en siete regiones sanitarias, las cuales se subdividen en 104 áreas de salud, correspondientes a la división político-administrativa del país. Cada área cuenta con una clínica, y se subdivide a su vez en dos o más sectores de salud, que son divisiones geográficas en las que habitan entre 4.000 a 4.500 personas. Así, cada sector está a cargo de un equipo de recursos humano, el EBAIS, ubicados dentro de una clínica o un centro de salud (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Los EBAIS constituyen un pilar del sistema de salud que se concreta en un modelo de atención integral de atención. El objetivo consiste en mejorar las condiciones de salud de la población y la eficiencia de los servicios integrando los servicios de promoción de la salud, el control de riesgos y prevención de enfermedades y la curación. Los programas del EBAIS están dirigidos según grupos de edad (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), sexo (adolescentes y mujeres en edad reproductiva) y morbilidad, diabetes e hipertensión, entre otras (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Características de la principal reforma en salud en el siglo XX

La Ley 17 del Seguro Social fue promulgada en 1941 y retomada mediante otra norma, en 1943, denominada Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que le daba autonomía para su administración y gobierno. A partir de ese momento, los tomadores de decisiones, independientemente de partidos políticos, delinearon el rumbo hacia la consolidación de un sistema de atención a las personas sustentado en los principios de la seguridad social.

Según la OPS (2010) Los años 70 marcaron la pauta en la consolidación del sector salud. El primer hito fue la universalización del seguro social, según la Ley 4750 de 1971. En esta se ordenaba que la universalización se diera en tres etapas:

- La primera, llamada extensión vertical del seguro social, que se logró a partir de la eliminación del llamado “tope salarial”

- La segunda, llamada extensión horizontal, que amplió los servicios del seguro social a zonas geográficas donde aún no se recibían.
- La tercera etapa fue impulsada a finales de los 80s, con el fin de cubrir al 20% de la población que por imposibilidades de pago por pobreza no estaban asegurados, de forma tal que se incorporan los pobres a los servicios del seguro social.

La reforma del sector salud costarricense puede resumirse en dos ejes (Rodríguez, 2006):

- a. La readecuación del modelo de atención en el primer nivel a partir de i) la incorporación de un modelo planificación basado en necesidades de salud con base geográfico-poblacional, ii) Un aumento en la capacidad resolutive de la atención de primer nivel, y iii) La introducción de la atención integral a la salud a partir de la concentración de toda la provisión de servicios de salud en la CCSS.
- b. La implantación de nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros con el instrumento de los compromisos de gestión, cuyo uso se inició en 1997. La propuesta aprobada incluía a prestadores con el otorgamiento de incentivos y la paulatina sustitución del presupuesto histórico por un presupuesto con base en la producción.

Características del marco institucional a partir de sus cualidades

Coordinación y separación de funciones

Para Mesa-Lago (2005), desde antes de la reforma existía un sistema unificado en el seguro social, la CCSS, y la reforma introdujo tres cambios principales: Los programas de prevención y promoción que antes ofrecía el Ministerio se trasladaron a la CCSS, se separó la función de provisión, se aumentó la provisión privada y se introdujeron compromisos de gestión entre las CCSS y los proveedores.

El subsector público se compone del Ministerio de Salud, MINSA, que legalmente ejerce la rectoría, regulación, coordinación y monitoreo. Pero en la práctica el Ministerio es débil y subsisten problemas de coordinación entre éste y la CCSS. Hay varias entidades autónomas con sus propios recursos como el Instituto Nacional de Seguros, INS, que concentra el monopolio de los riesgos laborales y de los planes de seguro médico, y el Instituto de Acueductos y Alcantarillado (Mesa-Lago, 2005).

La CCSS, a través del programa enfermedad-maternidad, es la institución principal en el sector público, con cuatro funciones, divididas internamente entre cuatro unidades administrativas: aseguradora para casi toda la población; financiadora con recaudación centralizada y asignadora de los recursos para ofrecen un conjunto de servicios integrales entre los tres niveles; compradora de servicios principalmente dentro de la propia institución, así como de proveedores privados, mediante compromisos de gestión, y fijadora de estándares para los servicios (Mesa-Lago, 2005).

El subsector privado, complejo y variado, incluye algunos programas mixtos que existían antes de la reforma y han sido expandidos por ésta: Medicina mixta en que el asegurado escoge y paga a un médico privado para la consulta externa y la CCSS provee exámenes y medicinas; medicina de empresa, en la que el empleador organiza un consultorio y paga a un médico para atender a los trabajadores y sus familias, y la CCSS provee el diagnóstico y medicinas; y cooperativas organizadas (Mesa-Lago, 2005).

Las funciones están parcialmente separadas: El Ministerio ejerce la rectoría/regulación y la supervisión, pero la Contraloría General de la República controla el gasto de salud y el seguro social y otras entidades autónomas tiene auditorías propias. La CCSS es el financiador y principal proveedor de servicios en instalaciones propias, así como a través de compras a proveedores privados y medicina mixta.

Descentralización

La descentralización, o más bien desconcentración, dentro del seguro social se ha hecho desde 1997 en el primer nivel a través de los Equipos Básicos de Acción Integral en Salud, EBAIS, que ofrecen un conjunto estandarizado de servicios en las áreas de salud en que se halla dividido el país.

Cada EBAIS tiene un territorio asignado dentro del área y atiende un promedio de 3.500 a 4.000 habitantes con un equipo que cuenta al menos con un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria. Los EBAIS deben trabajar con las comunidades de su territorio para identificar las personas y familias con alto riesgo. Los usuarios que requieren atención especializada son referidos al segundo y tercer nivel de atención, pero hay problemas de referencia y contrarreferencia (Mesa-Lago, 2005).

La Ley de desconcentración y su reglamento, de 1998, estipulan la transferencia de autoridad y recursos a los hospitales y clínicas de la CCSS, pero sus márgenes de maniobra son estrechos, pues no han desconcentrado la gestión de recursos humanos.

El nivel central ha firmado compromisos de gestión, bastante estandarizados, con todas las áreas de salud y todos los hospitales, comprometiéndoles a cumplir metas de cobertura, calidad y productividad en la oferta de un conjunto de prestaciones con énfasis en las necesidades de salud de los asegurados.

Las áreas de salud reciben un per cápita relacionado con variables demográficas, mientras que los hospitales son pagados por una unidad de producción homogénea conectada con el desempeño.

En 2001, 81% de los recursos totales distribuidos a hospitales y áreas de salud se asignaron a través de los compromisos. Estos también se usan para negociar entre los diversos niveles dentro de la CCSS y con los proveedores privados o mixtos. La renovación del compromiso anual requiere que la CCSS evalúe el cumplimiento de las metas referidas.

La evaluación de 2001 dio resultados mezclados, indicando que el modelo no es una práctica consolidada y está aún en proceso. Así, mostró progresos en cobertura entre niños y adolescentes en la mayoría de los establecimientos, pero brechas entre la cobertura y la calidad. Esta disminuyó en el grupo de adultos mayores. Se ha logrado un adelanto mínimo en que los compromisos de gestión establezcan indicadores basados en resultados que estén relacionados directamente con los recursos financieros (Mesa-Lago, 2005).

Libertad de elección

A pesar de la delegación de una parte considerable de la atención a proveedores privados, los asegurados no pueden seleccionar el establecimiento y médico que ellos quieren, puesto que estos son asignados por la CCSS según el domicilio del usuario. No obstante, la práctica de la medicina mixta permite a los asegurados cubiertos en esta forma de provisión elegir directamente a su cargo la atención a primer nivel, mientras que el seguro social obligatoriamente les da apoyo para diagnóstico, exámenes de laboratorio y medicinas (Mesa-Lago, 2005).

Participación Social

Hay una larga tradición de consulta pública y resolución de conflictos por consenso. El seguro social tiene una junta directiva con 11 miembros: 4 representantes de los trabajadores, elegidos por sindicatos, cooperativas y movimiento solidarista, 3 de empleadoras y 4 del gobierno. El Ejecutivo elige al presidente de la junta (Mesa-Lago, 2005).

En 2000 se introdujo un importante mecanismo participativo, las juntas de salud, entes auxiliares de carácter asesor en los establecimientos y áreas de salud de la CCSS. Deben crearse tanto en los proveedores del seguro social como en los privados, sus miembros son elegidos y ni reciben pago, y tienen como objetivo fiscalizar el funcionamiento, el uso de los recursos, la calidad de la atención y el cumplimiento de normas, incluyendo los compromisos de gestión sobre el cual deben opinar antes de su aprobación.

En 2000 había 235 juntas de salud organizadas en 78% de los EBAIS, así como programas de control de calidad en 80% de las áreas de salud, y oficinas de la Contraloría General que atienden quejas en los hospitales.

Pero hay varios problemas, según Mesa-Lago (2005): La Contraloría no presta suficiente atención a la actuación de la CCSS; sólo 40% de las juntas de salud funcionaban con regularidad en 2000, operan en el ámbito local y tienen influencia escasa o nula en estrategia a nivel nacional. Y tanto las juntas como los asegurados carecen de información adecuada sobre la estrategia de la reforma y sus resultados, así como de aspectos financieros clave. Importantes denuncias sobre aspectos fundamentales de la reforma en 2000-2002 no fueron respondidas o debatidas públicamente por la CCSS, resultando en muy escasa rendición de cuentas.

3.3.2 Características del financiamiento del sistema

La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas (empleadores, trabajadores y Estado) a la seguridad social. Los asegurados voluntarios e independientes aportan conforme a sus ingresos declarados y el Estado aporta en proporción a éste (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011).

Los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, así como con impuestos específicos a las actividades de lotería y la venta de cigarrillos y licores.

El sector privado se financia de forma directa con los pagos de bolsillo que realizan los usuarios al momento de recibir la atención.

Los fondos con los que se financia la CCSS son tripartitos. El Estado contribuye como empleador público, como encargado de los regímenes no contributivos o a través de contribuciones provenientes de impuestos generales.

Los trabajadores asalariados, el empleador privado y los pensionados aportaban un porcentaje del ingreso salarial para 2008, de 5,5%, 9,25% y 5%, respectivamente. El Estado aporta un monto equivalente al 25% de los salarios de todos los trabajadores del país y de las mesadas pensionales de todos los pensionados cubiertos; los fondos que pagan pensión, el 8,75% sobre las pensiones que pagan; Para los asegurados voluntarios y trabajadores independientes, el aporte se determina con base en una escala contributiva definida por el CCSS y el Estado asume una cuota complementaria compensando la contribución patronal y el 0,25% que paga por todo empleador; Para los asegurados por el Estado en condición de pobreza, el aporte lo determina la CCSS (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Sobre el gasto farmacéutico, las CCSS cubre los servicios de atención y diagnóstico, como también los medicamentos requeridos por los asegurados. Desde 1989 se realiza un esfuerzo institucional por identificar los medicamentos esenciales. Existe una Lista Oficial de Medicamentos, LOM, que atiende el 97% de los problemas de salud de la población. Esta lista se revisa y prepara cada dos años y es responsabilidad del Comité Central de Farmacoterapia que informa al Ministerio de Salud de los cambios (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

El gasto de rectoría del Ministerio de Salud se financia con recursos del presupuesto nacional, provenientes mayoritariamente de impuestos indirectos (Sauma, 2013).

3.3.3 Características de la gestión de los recursos

En 1998, la Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, inició un plan de modernización asociado a los mecanismos de pago a los proveedores de salud. El objetivo era separar la compra y el suministro de servicios como política clave, es decir, firmar contratos de gestión entre la CCSS como el organismo comprador y los consultorios médicos, hospitales y áreas de salud como proveedores de atención (Telyukov, Novak, & Bross, 2001).

A partir del estudio de Telyukov, Novak & Bross (2001), los contratos de gestión con los hospitales establecieron objetivos de desempeño relacionados con la calidad, la organización y la prestación de servicios. Con el fin de incrementar la productividad, los contratos con los hospitales relacionarían el financiamiento a las mediciones de resultados, y los hospitales se verían motivados a maximizar la producción dentro de un presupuesto global predeterminado. En las etapas siguientes de reforma, se generaría una introducción gradual de presupuestación prospectiva relacionada con el volumen de producción hospitalaria ajustada según la complejidad y calidad de la atención.

Sobre el año 1997, en el documento *Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos*, la CCSS detalló el concepto de reembolso hospitalario basado en el desempeño (Telyukov, Novak, & Bross, 2001), a partir de una combinación de actividades: Hospitalización, atención ambulatoria en el hospital, servicios de emergencia, programas especializados de atención de salud, actividades de enseñanza e investigación, estableciendo Unidades de Producción Hospitalaria, UPH.

Ahora bien, según Telyukov, Novak & Bross (2001), este modelo de presupuestación hospitalaria comprende la planificación y proyección de:

1. Presupuesto asignado, el tope de financiamiento anual cercano al gasto de referencia del hospital.
2. Presupuesto programado, el presupuesto asignado menos el 10% reservado en el Fondo de Incentivo y Fondo de Compensación de Solidaridad
3. Volumen clínico proyectado, el número agregado de UPH que refleja el volumen proyectado de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Las UPH de pacientes hospitalizados se basarán en estándares de estancia establecidos en el contrato hospitalario.
4. Las tarifas de pago por UPH de actividad específica se basarán en los costos históricos hospitalarios y el nivel administrativo. Los

establecimientos de nivel superior recibirán un pago de tarifas más altas para sostener sus mayores costos fijos.

5. Presupuesto de producción, correspondiente al monto total de ingresos proyectado de cada una de las cuatro actividades hospitalarias. El ingreso por actividad corresponderá al producto del volumen clínico de una actividad específica en UPH (punto 3) multiplicado por la tarifa de pago de UPH (punto 4) de actividad específica.

Al final de período, se pueden encontrar dos situaciones, a partir de la comparación del presupuesto ejecutado y el presupuesto de producción (punto 5). Cuando el presupuesto ejecutado supere al presupuesto de producción, el hospital tendría un déficit, considerado como una ineficiencia, pues el hospital necesitó más de los recursos planificados para producir el volumen clínico contratado. El proveedor, es decir el hospital, recibirá el déficit como un subsidio y se examinaría después el desempeño del hospital.

Por el contrario, si el presupuesto ejecutado permaneciera igual o menor al presupuesto de producción, significaría que el hospital alcanzó el volumen clínico contratado al costo planificado o a uno menor. Frente a este superávit o ahorro, el 80% de estos es retenido por el hospital y obtendría acceso al Fondo de Incentivo. El otro 20% se pagaría al hospital por el exceso de prestación de servicios.

En síntesis, a partir de esta reforma, la compra de servicios quedó en manos de la Gerencia Administrativa de la CCSS. Los compromisos de gestión o contratos de prestación estipulan la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, el monto de recursos financieros requeridos y el tipo de evaluación aplicada. El sistema de pago es capitado y prospectivo e incluye un 10% del presupuesto para incentivos (Giedion, Villar, & Ávila, 2010). Además, el sistema de compromisos de gestión se implementó en todos los establecimientos públicos y contratados por la CCSS y áreas de salud.

3.4 Perspectiva comparada: Reflexiones sobre las características analizadas

A continuación se presentarán de forma comparada y resumida algunas de las cualidades analizadas en los apartados anteriores de este Capítulo.

3.4.1 Perspectiva comparada general a partir de las cualidades de los Sistemas de Salud

En relación con la organización del sistema, en la Figura 1 se detallan las características de los órganos públicos y privados que participan, además de los requisitos para las entidades que realicen prestación de servicios.

En los tres sistemas se permite la participación de actores privados en la prestación de servicios de salud. Lo que diferencia esta participación es si los servicios que prestan son complementarios o no a la estructura general.

FIGURA 14 CARACTERÍSTICAS DE LOS ACTORES PARTICIPANTES EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, COLOMBIA Y COSTA RICA

ORGANIZACIÓN	Brasil	Colombia	Costa Rica
Ministerio o departamento de dirección o tutela	Ministerio de salud; Gobiernos estatales; Gobiernos municipales	Ministerio de la Protección Social; antes Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ahora Comisión de Regulación en Salud.	Ministerio de Salud Pública
Organismos públicos	Existe un Sistema Único de Salud - SUS - que se organiza a nivel federal, estatal y municipal	Superintendencia Nacional de Salud; Empresas Sociales del Estado; Empresas Promotoras de Salud Públicas; Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado; Secretarías Departamentales de Distrito y Municipales de Salud	Caja Costarricense de Seguro Social
Organismos privados	La asistencia de salud está abierta a la iniciativa privada, caracterizándose por la actuación, por iniciativa propia o mediante convenio con la red pública, de los profesionales liberales legalmente habilitados o por personas jurídicas de derecho privado.	Empresas Promotoras de Salud; Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado Privadas; Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	En caso de falta de personal o dificultades para conceder atención en las instalaciones públicas, se puede acceder a consultorios, clínicas y hospitales privados, con reconocimiento parcial del coste, en algunos casos.
Requisitos para la actuación en la prestación	La iniciativa privada puede participar de forma complementaria al SUS, siguiendo las directrices marcadas por éste, a través de contratos de derecho público o conciertos, teniendo preferencia las entidades benéficas y sin ánimo de lucro. Está	El certificado de funcionamiento lo expide la Superintendencia Nacional de Salud, siempre que las EPS acrediten: Capital mínimo, personalidad jurídica, mínimo de afiliados, organización administrativa y financiera, así como capacidad técnico científica adecuada. Existe un Sistema de Habilitación.	Los profesionales de la salud, para ejercer en sus consultorios privados, requieren estar incorporados al Colegio Profesional respectivo.

ORGANIZACIÓN	Brasil	Colombia	Costa Rica
	prohibida la participación directa o indirecta de empresas o de capitales extranjeros, salvo a través de intermediación de organismos internacionales vinculados a la ONU, de entidades de cooperación técnica y de empréstitos.		

Fuente: Elaboración Propia con base en Banco de información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos 2012.

En relación con la grado de unidad o segmentación de los Sistemas de Salud, según los análisis presentados por Mesa-Lago (2005), se considera que el Sistema con mayor grado de unidad es el de Costa Rica. El colombiano se califica como coordinado sin integración y el brasileño como segmentado con coordinación (Ver Figura 15)

FIGURA 15. GRADO DE UNIDAD/COORDINACIÓN O SEGMENTACIÓN, NÚMERO DE SUBSECTORES Y PROGRAMAS SEPARADOS 2005

Países	Grado de Unidad/ Coordinación o Segmentación	Número de Subsectores y Subdivisión dentro de los mismos	Programas Separados	
			Fuerza Armada	Otros
Brasil	Segmentado con coordinación	2 Público (federal, estados, municipios) y privado	Si	Empleados públicos con planes privados, policía.
Colombia	Coordinado sin integrado	4 Contributivo, subsidiado, privado y vinculado (público)	Si	Maestros trabajadores petroleros
Costa Rica	Totalmente unificado	2 Seguro social y privado (minoritario pero creciente)	No	No

Tomado de: Elaboración propia con base en Mesa-Lago (2005)

En cuanto a la separación de funciones, el sistema de salud colombiano tiene separadas todas las funciones y el sistema costarricense las tiene de forma parcial. El único que no presenta separación es el sistema brasileiro (Ver Figura 16).

FIGURA 16 SEPARACIÓN DE FUNCIONES EN LOS SISTEMAS DE SALUD, 2005

Países	Separación de Funciones					
	Grado	Rectoría/Regulación	Financiamiento	Aseguramiento	Provisión	Supervisión
Brasil	No	Federal, estados y municipios	Público (Federal, estados, municipios) y privado)			Dividida entre unidades federales
Colombia	Total	Ministerio CNSSS	Fondo Fosyga	Aseguradoras EPS-C, EPS-S	Proveedoras IPS; ESE	Superintendencia (todo el sistema)
Costa Rica	Parcial	Ministerio (débil)	Seguro Social		Seguro Social y privado (creciente)	Ministerio

Tomado de: Elaboración propia con base en Mesa-Lago (2005)

Sobre la cualidad de la descentralización, los análisis de Mesa-Lago (2005) concluyen que los tres sistemas de salud analizados tienen grados de descentralización altos (Ver Figura 17), los sistemas de Brasil y Costa Rica en un nivel muy alto, y el de Colombia en un nivel alto, pero con problemas.

FIGURA 17 DESCENTRALIZACIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO, 1998 A 2005

Países	Grado de Descentralización	Descentralización del Gobierno Central hacia unidades geográficas intermedias locales
Brasil	Muy alto	Gobierno federal, estados y municipios (90% controlan atención primaria)
Colombia	Alto (problemas)	Departamentos y municipios (no completa)
Costa Rica	Muy Alto	Seguro Social: 1er nivel por EBAIS locales en todas las áreas de salud cubren 85% de la población, desconcentración de todos los hospitales.

Tomado de: Elaboración propia con base en Mesa-Lago (2005)

La libertad de elección como cualidad de interés en el marco de las reformas pro mercado identifica que existe libertad, pero con matices que dependen de las características propias de los sistemas. El único sistema donde se limita esta posibilidad es en Costa Rica (Ver Figura 18).

FIGURA 18 LIBERTAD DE ELECCIÓN 2000 A 2004

Países	Libertad de Elección
Brasil	Sí, puede dejarse el servicio público y comprar privado (eligiendo el proveedor)
Colombia	Sí, más dentro del contributivo y entre aseguradoras que dentro del subsidiado y proveedoras.
Costa Rica	No

Tomado de: Elaboración propia con base en Mesa-Lago (2005)

Sobre los costos administrativos (Ver Figura 19), no existen cifras comparables para los sistemas analizados.

FIGURA 19 CIFRAS NO NORMALIZADAS DE LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS EN LOS TRES SUBSECTORES, 1999 A 2004. COMO ADMINISTRATIVO EN PORCENTAJES DEL INGRESO O DEL GASTO

Países	Público	Seguro Social
Brasil	22% del gasto del sistema único nacional; 50% va a personal.	
Colombia	15,4% del ingreso de todo el sistema	
Costa Rica	4% del gasto de EM, 61% a personal.	

EM= Programa de enfermedad-maternidad del seguro.

Tomado de: Elaboración propia con base en Mesa-Lago (2005)

En cuanto a la participación social (Ver Figura 20), la cualidad está implícita en los tres sistemas analizados. Sin embargo, presenta diferentes niveles de penetración en el funcionamiento de los sistemas.

FIGURA 20 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA GESTIÓN DE LA SALUD, 2002 A 2005
Órganos de Participación Social (Sin especificar la composición)

Países	Órganos de Participación Social (Sin especificar la composición)	
	Subsector Público	Seguro Social
Brasil	Consejo Nacional de Salud: Solo empleados públicos; consejos y conferencias de salud (50% representantes de usuarios en ambos, empleados, proveedores) operan en todos los estados y municipios.	
Colombia	Consejo Nacional de Seguridad Social: 13 miembros (sindicatos, comunidades, usuarios); Defensoría del Pueblo (apelaciones). Aseguradoras: no, ESE y EPS: Juntas Directivas (usuarios)	
Costa Rica	Seguro Social: Junta Directiva con 10 miembros: 3 trabajadores (sindicatos, cooperativas y solidaritas), 3 de empleadores y 4 del gobierno (el Ejecutivo elige al presidente). Juntas de salud en todos los EBAIS y asociaciones de desarrollo en la mayoría. Defensoría de los Habitantes (reclamos).	

Tomado de: Elaboración propia con base en Mesa-Lago (2005)

Las fuentes de financiamiento de los sistemas de salud analizados contemplan tanto recursos del presupuesto nacional como recursos por cotizaciones a la seguridad social (Ver Figura 21).

El sistema brasileño financia todo su sistema a partir de impuestos generales, en una gran proporción impuestos de carácter directo basados en la renta o los ingresos. El sistema costarricense tiene como base principal las cotizaciones a la seguridad social y el sistema colombiano puede categorizarse como mixto en su financiamiento.

FIGURA 21 CARACTERÍSTICAS DEL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, COLOMBIA Y COSTA RICA, 2005

FINANCIAMIENTO	Brasil	Colombia	Costa Rica
Fuentes	Financiación a través de impuestos, denominados contribuciones, gravámenes sobre la facturación y la ganancia neta de las empresas.	Cotizaciones de los empleadores de los trabajadores. Recursos del Sistema General de Participaciones; Recursos propios de los entes territoriales; Copagos; Cuotas Moderadoras; Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.	Cotizaciones de los trabajadores, los empleadores, los pensionistas y el Estado, para el Seguro de Salud. Presupuesto del Estado para asistencia sanitaria pública y para asegurados por cuenta del Estado y, de forma subsidiaria, para trabajadores por cuenta propia.
Cotizaciones: Porcentajes y topes salariales	El 2% de la facturación y 8% de las ganancias netas de las empresas, siendo la cotización del 18% de las ganancias netas para las instituciones financieras.	Cotización del 12,5% del ingreso base del trabajador. 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador. Los trabajadores independientes y pensionados tienen a su cargo la cotización total.	Seguro de Salud; Trabajadores por Cuenta Ajena: 5,5% trabajador, 9,25% empleador, 0,25% Estado. Sin tope de cotización; Pensionistas: 5% pensionista; 8,75% el Fondo que paga la pensión; 0,25% Estado.; Asegurado Voluntario: La contribución que corresponde al asegurado voluntario está determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido. ; Trabajadores Independientes: La contribución que corresponde al trabajador independiente estará determinada por la escala contributiva aprobada. Cuantía Mínima: El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo.

Fuente: Elaboración Propia con base en Banco de información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos 2012.

En cuanto a las características del acceso, Mesa-Lago (2005) resume lo que para la época correspondía a las principales características en la prestación de los servicios de salud en el marco de los sistemas analizados.

FIGURA 22 CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO Y PRESTACIÓN A LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, COLOMBIA Y COSTA RICA 2005

ACCESO Y CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN	Brasil	Colombia	Costa Rica
Inicio de la prestación	Desde el inicio de la enfermedad.	Estar afiliado al Sistema, ya sea en calidad de cotizante o beneficiario.	Desde niños son asegurados por leyes especiales, como el Código de la Niñez.
Duración de la prestación	Ilimitada	Limitada. En caso de baja en la afiliación, se tiene un período de protección de un mes, para quienes hayan cotizado un mínimo de 6 meses anteriores, y de 3 meses, cuando se lleve cotizando 5 años o más de	Sin información

ACCESO Y CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN	Brasil	Colombia	Costa Rica
		afiliación continua a una EPS.	
Elección del médico	Pública: La elección es libre dentro de la unidad asistencial, regida por el principio de jerarquización de los servicios. No hay obligación de pago de los servicios por parte del usuario; Privada (concertada con el SUS) la elección es libre de los servicios concertados con el SUS. No hay pago por parte del usuario de los servicios.	Parcial. Libre elección dentro de los adscritos a la EPS.	La Caja puede brindar la ayuda para libre elección médica, cuando se demuestre inopia del personal o dificultades para conceder la atención en sus propias instalaciones, con sujeción al instructivo correspondiente.
Hospitalización	Totalmente gratuita, incluso en la implantación de órtesis y prótesis quirúrgicas realizadas bajo indicación médica.	Todos los afiliados tienen derecho.	
Asistencia odontológica	Atención preventiva y curativa.	Tratamiento básico y preventivo.	Atención preventiva y curativa, incluyendo la atención clínica especializada y de rehabilitación, así como prótesis dentales. Las prestaciones se suministran de acuerdo a las posibilidades de las infraestructuras existentes.

Fuente: Elaboración Propia con base en Banco de información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos 2012.

Finalmente, existe un mecanismo presente en los tres sistemas que no es comúnmente reseñado en la literatura y corresponde a los litigios que permiten los sistemas y los órdenes constitucionales para exigir el derecho a la salud.

Respecto a lo anterior, una revisión sobre los litigios por el derecho a la salud en Brasil, Costa Rica y Colombia (Ludovic, y otros, 2013) puede dar luces sobre las características del acceso y las barreras existentes en cada uno de los países en lo relacionado con la salud. El estudio en cuestión analizó las características de los litigios por derecho a la salud identificados mediante una búsqueda en redes científicas de la salud. En total fueron identificados 30 estudios (Brasil 19, Colombia 10 y Costa Rica 1), que abordaron este tema. Los períodos de estudio respectivamente fueron: Colombia, entre 1999 y 2010, Costa Rica, entre 2007 y 2009, y Brasil, entre 1997 y 2007.

La revisión realizada por Ludovic & Otros (2013) muestra las debilidades de los sistemas de salud para garantizar el acceso a los distintos servicios. Dentro de los fenómenos encontrados por los investigadores se evidencia que, a partir de 1990, se incrementaron de forma considerable los reclamos judiciales relacionados con la salud justicia mediante mecanismos de garantía de derechos incluidos en cada una de las Constituciones, especialmente en Brasil y Colombia. En general, se evidencia una debilidad en los sistemas, según los autores, para garantizar el acceso a los distintos servicios así como para incorporar nuevas tecnologías sanitarias.

Los estudios de Colombia y Costa Rica evaluaron los litigios relacionados con la vulneración del derecho a la salud de manera general. En Colombia las demandas se efectuaron por beneficios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y favorables a los demandantes con rangos de 75% a 87%. En Costa Rica las decisiones de las demandas versaron en un 30,2% sobre el acceso a los medicamentos y fueron favorables para los demandantes en el 89,7%.

En Brasil, los estudios analizan la dinámica de judicialización desde los municipios o estados particulares. Una parte importante de las demandas se distribuye entre el Programa de Medicamentos de Dispensación Excepcional y los medicamentos básicos del Sistema de Salud. Las demandas se resolvieron a favor de los demandantes entre el 70% y el 100%

3.4.2 Perspectiva general a partir de las potencialidades y limitaciones de los sistemas de salud

En 2005, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, publicó el documento titulado "*Sistemas de Protección Social en América Latina. Una perspectiva comparada*". A continuación se presenta las potencialidades y limitaciones identificadas por los investigadores en cada uno de los sistemas de salud analizados.

Sistema de Salud de Brasil

El sistema de salud de Brasil, analizado por Robles & Mirosevic (2015), está basado en un enfoque de derechos definido en la Constitución de 1988. El SUS asegura que el acceso a la salud sea integral, universal y libre de costos.

En 1990, la Ley Orgánica de Salud 8080 y la Ley 8142 definieron varios aspectos operativos del SUS, así como los principios que lo fundan: el acceso universal a los servicios de salud, la asistencia integral con énfasis en la salud preventiva, la descentralización política administrativa, la regionalización y la participación comunitaria (Robles & Mirosevic, 2015).

La atención médica primaria del SUS se brinda mediante dos modelos que coexisten: La estrategia de Salud Familiar, implementada por las Unidades de Salud Familiar encargadas de trabajar directamente con las comunidades, y el modelo tradicional, conformado por centros y puestos de salud y hospitales que proveen servicios de salud secundarios y terciarios (Robles & Mirosevic, 2015).

El SUS también establece que para supervisar la gestión del sistema, los Consejos de Salud deben operar a escala nacional, estatal y municipal. Estos consejos están compuestos por usuarios del sistema, miembros del gobierno, proveedores y profesionales de la salud.

La Estrategia de Salud Familiar es la principal línea directriz para la atención primaria en salud en Brasil y funciona como puerta de entrada al sistema, junto con los servicios de emergencia. La salud primaria en Brasil se centra en las familias, con un énfasis en la participación comunitaria y la adecuación cultural de las acciones. Desde 2010, se ha promovido un modelo de atención médica organizada en red. Con esto se busca superar la fragmentación en la gestión y atención médica y articular los aplazamientos de los niveles de complejidad más altos (Robles & Mirosevic, 2015).

Fortalezas y ventajas:

- El SUS ha demostrado varios logros epidemiológicos, incluyendo la erradicación del sarampión en 2007 y la reducción de la mortalidad ligada a la tuberculosis, malaria y sida, entre otros.
- El SUS también se consolidó como la principal agencia de provisión de medicinas en el país. En 2008 45,5% de la población recibió medicinas sin ningún costo.
- La Estrategia de Atención Médica Familiar aumentó su cobertura. Para 2008 el 94,1% de las municipalidades en Brasil habían implementado el Programa de Atención Médica Familiar. En 2009, este modelo de atención cubría el 50.7% de la población.
- El gasto social en salud como porcentaje del PIB ha aumentado, principalmente impulsado por los incrementos en atención integral, hospitalaria y especializada, y el combate a enfermedades transmisibles específicas.

Debilidades y retos:

- Superar la todavía persistente segregación y realización de las garantías sociales en salud para todos. La población cubierta por el sector privado en 2008 fue del 25,9% y solo aumentó el 1% desde 1998. Las personas con cobertura de atención privada tienen 34% más probabilidades de usar los servicios de salud que las cubiertas por el SUS.
- Existe una expresión de la desigualdad en términos geográficos, en particular en la oferta de personal médico cualificado y equipamientos especializados, más allá de la atención primaria en salud. La relación de médicos y de consultas médicas para mil habitantes cae en las zonas más afectadas por la pobreza y vulnerabilidad, principalmente el norte y el nordeste.
- Se requiere mayor atención de complejidad. Existe una desigualdad a la cual están confrontados los gobiernos municipales en la garantía de estos servicios. Por ejemplo, en 2005, el 16% de las municipalidades con más de

25.000 habitantes no ofrecían consultas especializadas en nefrología, cardiología, endocrinología, dermatología, oftalmología y ortopedia.

- El gasto público social en salud es relativamente bajo comparado con el gasto privado. Para 2009, el primero estaba por debajo del 46% mientras que el segundo por encima del 54%. Por tanto, el sector público necesita más recursos para garantizar el mismo derecho a la salud para toda la población a lo largo del territorio.

Sistema de Salud de Colombia

El Sistema de Salud colombiano fue analizado por Mina Rosero (2015), quien describe que el acceso a los servicios de salud está garantizado a través de un régimen contributivo y otro subsidiado. El primero está diseñado para personas con cierta capacidad de pago e incluye trabajadores formales, independientes, empleadores y pensionados y sus beneficiarios.

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, son las instituciones encargadas de gestionar las afiliaciones al régimen, que luego contratan los servicios de las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS

El régimen subsidiado proporciona atención a las personas que no cuentan con capacidad de pago, pertenecientes a los dos primeros niveles del SISBEN, o que viven en situación de vulnerabilidad. Este régimen está gestionado de forma similar al régimen contributivo, con EPS que están específicamente a cargo de atender a la población beneficiaria del régimen subsidiado.

El aseguramiento a través de estos regímenes posibilita el acceso a un paquete de servicios médicos o a un Plan Obligatorio de Salud, POS. Inicialmente la cobertura de los servicios de salud para las personas afiliadas al régimen subsidiado era más reducida que la de los afiliados al régimen contributivo. Sin embargo, un pronunciamiento de la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 del 2008 ordenó eliminar las diferencias entre los dos planes, igualación que se

ha realizado progresivamente en términos del POS, pero no de la UPC que se paga en el régimen subsidiado (Mina Rosero, 2015).

Los asegurados en los dos regímenes deben incurrir en los copagos y cuotas moderadoras. Estas últimas se usan como medida para moderar la demanda de los servicios de salud y promover su buen uso. Los recursos recaudados a través de estos instrumentos son usados para financiar los dos regímenes.

Los recursos provenientes de la contribución de los miembros afiliados al régimen contributivo alimentan al Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social. Estos recursos financian las inversiones en salud. El Fondo también cumple una función de estabilización de los recursos disponibles. Dispone de cuatro cuentas: i) una cuenta que asegura los recursos para el régimen contributivo, de forma que cada EPS paga una prima por cada afiliado, también conocida como Unidad de Pago por Capitación, UPC, para financiar los servicios definidos en el POS, ii) Una cuenta de solidaridad para el régimen subsidiado; iii) una cuenta para la promoción de la salud, y iv) una cuenta que proporciona aseguramiento contra riesgos de catástrofe y accidentes de tráfico (Mina Rosero, 2015).

El régimen subsidiado también recibe recursos provenientes de otras fuentes. Estas son, entre otras: recursos del Sistema General de Participaciones, SGP, recursos territoriales, Cajas de Compensación Familiar, de los gremios, Gobierno Nacional y loterías, entre otros.

La población no afiliada a ninguno de los regímenes y que pertenece a los tres primeros niveles del SISBEN es denominada “población vinculada”. El Ministerio de Protección Social también gestiona programas de salud pública implementados por entidades territoriales, las IPS y en algunos casos las EPS (Mina Rosero, 2015).

El acceso a servicios de salud puede ser proporcionado por instituciones públicas o privadas dependiendo del régimen de salud. En el régimen contributivo, las EPS pueden contratar libremente proveedores de servicios médicos en los dos tipos de instituciones; bajo el régimen subsidiado la ley obliga a contratar como mínimo el 60% de los servicios con las IPS públicas regionales (Mina Rosero, 2015).

Fortalezas y ventajas:

- En sólo dos décadas, Colombia avanzó rápidamente hacia la cobertura universal en salud. Actualmente, el 98% cuentan con un seguro de salud.

Debilidades y retos

- Los logros en aseguramiento son sin embargo oscurecidos por el declive en la afiliación al régimen contributivo, debido al deterioro del mercado laboral y un aumento importante del mercado laboral informal y el desempleo. A largo plazo, los cambios ocurridos en la estructura del mercado laboral pueden tener impactos importantes en el financiamiento del sistema de salud.
- La demanda de recursos para la cuenta de solidaridad se ha incrementado progresivamente. Esta se debió a los costos incurridos por la demanda e intervenciones no incluidas en el POS, pero que fueron aprobados por el Comité Técnico Científico (28% de los casos), o más frecuentemente por sentencias judiciales (55% de los casos) para garantizar el derecho a la salud. En 2008, el costo incurrido en el pago de servicios negados representaba el 0,25% del PIB y de acuerdo con la ECV de 2008, a una de cada cinco personas se le negó el acceso a los servicios.
- Debido a estas restricciones impuestas al régimen subsidiado, este cuenta con una red de salud con 1.006 instituciones, de las cuales el 84,7% corresponde al primer nivel de atención médica, el 12,7% al segundo y sólo el 2,6% al tercer nivel, con grandes diferencias entre los territorios. Así, cuatro departamentos concentran el 43,4% de los hospitales públicos de primer nivel que brindan atención solamente al 24,2% de la población colombiana.

- La probabilidad de recibir atención médica por parte de una institución en caso de enfermedad es del 12%. Dentro de la población afiliada, el servicio médico tiene una evaluación positiva para ocho de cada diez personas. Según la ECV de 2008, el tiempo de espera para recibir atención por un médico general u odontológico aumento entre 2003 y 2008 pasando de 1,93 a 2,72 días. El aumento del tiempo fue mayor para los beneficiarios del régimen contributivo.

Sistema de Salud de Costa Rica

El Sistema de Salud costarricense es analizado por Román Vega (2015), que identificó al Sistema de Protección Social costarricense como uno que articula un conjunto de políticas universales, complementado con programas selectivos a la población más pobre y vulnerable.

Para Román Vega (2015), la Seguridad social en salud y pensiones hace parte de esas políticas universales consistentes enb “lograr que la mayoría de personas tengan acceso a una vida larga y sana ha sido una aspiración de la sociedad costarricense”.

Fortalezas y ventajas:

- El sistema de seguridad social en salud se construyó sobre la base de tres principios básicos: universalidad en la cobertura, equidad en el acceso y solidaridad en el financiamiento.
- Cuando se compara al sistema de seguridad social costarricense con otros sistemas, este destaca por sus relevantes logros.
- El seguro social es gestionado completamente por la Caja Costarricense del Seguro Social, CCSS, entidad a cargo del seguro de salud y pensiones.
- En cuanto al principio de universalidad, mientras la cobertura de seguridad social es muy baja en la mayoría de los países latinoamericanos, Costa Rica es el país de la región con mayor cobertura por el seguro social, con el 92% de la población total (Mesa-Lago, 2008, citado por Román Vega, 2015).

- Mientras que en América Latina predomina la segmentación, el carácter universal del sistema de salud costarricense es uno de los rasgos más relevantes, por cuanto la atención de salud integrada en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, SEM, se otorga legalmente de manera igual a asegurados contributivos y no contributivos (Mesa-Lago, 2009, citado por Román Vega, 2015).
- En 1984 se creó la modalidad de aseguramiento por cuenta del Estado, que cubre a personas pobres que no pueden asegurarse por las demás modalidades.
- La seguridad social costarricense cubre a la población migrante en materia de prestaciones básica, especialmente en lo que se refiere a la atención en servicios de emergencia y atención primaria, aunque también en materia de hospitalización en caso de parto o accidentes graves.
- En relación con la calidad y el acceso a los servicios de salud, una investigación realizada con datos de la Encuesta Nacional de Salud, ENSA, 2006 reveló que había una calificación “buena” en un elevado porcentaje (79,8%).

Debilidades y retos:

- Mantener los principios constitutivos y responder a las nuevas necesidades de salud de la población son los principales retos que el país enfrenta.
- El panorama financiero del 2010 no fue positivo para la CCSS, pues del déficit del seguro de salud fue del 7,2% del gasto total. Para el período 2006-2010 los ingresos crecieron un promedio de 7,6% anual, mientras que los gastos lo hicieron en un 9,5%. Fue una situación generada entre otros aspectos por: El envejecimiento de la población, las variaciones del perfil epidemiológico y el progreso tecnológico por los nuevos medicamentos. Además, en situaciones de crisis se afectan particularmente los ingresos por cotizaciones y, finalmente, las decisiones de índole administrativa relacionadas con contrataciones e incrementos salariales condujeron al desbalance financiero.

- Otro factor que ha deteriorado las condiciones financieras de la CCSS es la deuda del Gobierno Central. Para marzo de 2011, la deuda del Estado con la CCSS ascendía al 23,3% de los ingresos totales recaudados para el año 2010. Del total, el 75,2% estaba pendiente de formalización. La Contraloría indicaba como tarea que es necesario revisar los procesos y mecanismos que se utilizan para definir la deuda, a fin de determinar de una mejor manera su cuantía, así como documentar y registrar oportunamente las obligaciones.
- La falta de cupo en los consultorios y la carencia de seguro sobresalían en la ENSA en 2006 como los aspectos que más afectaban la calidad, con 44,4% y 40,7%, respectivamente.
- Otro problema identificado con la calidad de los servicios de salud son las llamadas “listas de espera”. Los procedimientos diagnósticos ambulatorios representan la mitad de dicha lista, seguidos de las especialidades de consulta externa 30% y cirugías 20%. En este tema se unen tres tipos de situaciones: a) La falta de profesionales especializados; b) la infraestructura y el equipamiento con que cuentan los centros médicos y c) la falta de un sistema de información institucional, unificado y estandarizado.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En el estudio de los Sistemas de Protección Social en Salud es posible identificar dos visiones de análisis, una, denominada “visión pro-mercado u ortodoxa”, y otra, que se llamó en el documento “visión crítica o basada en derechos”. La primera ha sido la predominante en el proceso de reforma de los Sistemas de Salud en América Latina desde finales de los 80 y se ha constituido en el paradigma dominante sobre el cual se evalúan y consideran las reformas futuras.

El presente documento consideró el análisis de la Protección Social principalmente desde la visión basada en derechos y en los estudios analíticos de los casos que explicaban las características cualitativas de los Sistemas de Salud. La visión crítica considera la PS como el conjunto de “derechos, beneficios y prestaciones a los que la ciudadanía puede acceder para protegerse del brusco decaimiento en sus estándares de vida” (CEPAL, 2011). Se entiende, siguiendo a Norton (2001), que la PS está ligada a la cohesión y exclusión de las sociedades y tal como afirma Therét (2006), que es un medio de comunicación entre el

capitalismo de mercado y el Estado, cuya finalidad es el control social de la población.

Así pues, los Sistemas de Protección Social serán todos aquellos arreglos institucionales que buscan cubrir los riesgos de naturaleza social (Giraldo, 2007). Estos pueden organizarse alrededor de la relación laboral formal (seguridad social) o de la asistencia pública y pueden ser financiados a través de las cotizaciones a la seguridad social o los impuestos generales. De esta forma, proteger a los trabajadores o la ciudadanía frente a las consecuencias económicas de riesgos asociados a la pérdida de la salud se convertirá entonces en el objetivo de los Sistemas de Protección Social en Salud.

Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), los artículos 22 y 23 contemplan que toda persona tiene el derecho a un nivel de vida adecuado, que se desprende de las posibilidades de salud y bienestar. Por tanto, los Estados deben garantizar la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, como garantes del derecho a la salud de sus ciudadanos. Esto, junto con la comprensión que hace la OMS de la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, se constituye en un reto de realización para las sociedades y su consecución debe acompañarse de voluntad política.

Con el objeto de lograr progresivamente este ambicioso objetivo, se organizan los Sistemas de Salud, entendidos como todas aquellas actividades cuya principal finalidad es promover, restablecer o mantener la salud (OMS, 2000). Siguiendo a Marset y otros (1998), son estructuras sociales complejas de naturaleza heterogénea, destinadas a satisfacer las necesidades de la población de cada país en materia de salud y enfermedad.

Las reformas pro mercado en los Sistemas de Salud se plasman en tres líneas de trabajo, resumidas por el Banco Mundial (1993) en el *Informe sobre el desarrollo*

mundial. Invertir en Salud, estas son: 1. Formular políticas de crecimiento que aseguren el aumento de los ingresos a los pobres; 2. El gasto en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan a ayudar a los pobres; y 3. Los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

El estudio de los Sistemas de Salud ha estado marcado por diferentes líneas de investigación. Siguiendo a Maceira (2001), figura entre ellas la inquietud sobre el financiamiento y el gasto en salud, identificando el gasto de bolsillo; también los análisis de tipo microeconómico que revisan los incentivos institucionales y desempeños relativo de los agentes; en tercer lugar se hace un rastreo a las reformas aplicadas y, finalmente, se encuentran estudios sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Siguiendo ésta última línea, la CEPAL (2015) considera los análisis de caso y de tipologías como una opción para reconfigurar nuevas esferas de análisis de los Sistemas de Salud en América Latina.

Ahora bien, de esta variedad de estudios es posible concluir que la mayoría de estudios que analizan las dinámicas de financiamiento, el gasto y el desempeño financiero, lo hacen desde la visión pro mercado. Existe un segundo grupo de estudios que analiza las reformas, los actores y las fuerzas involucradas en la consolidación o no de los Sistemas de Salud y sus objetivos.

La primera línea de trabajo, de análisis desde el financiamiento, el gasto y los incentivos de pago en los agentes, sigue por lo común el esquema propuesto por Frenk & Londoño (1997) desde las funciones del sistema, que son: Función de modulación o rectoría, generación de recursos, en la prestación de servicios de salud en dos niveles; los servicios personales (financiamiento, articulación y prestación), y en un nivel diferenciado, los servicios de salud pública. Este

análisis funcional busca evaluar la eficiencia de los sistemas desde la gestión financiera de los recursos, es decir, promoviendo la competencia en cada uno de los niveles.

La segunda línea de trabajo identifica en especial tres Sistemas de Salud icónicos para América Latina, a partir de Mesa-Lago (2005): el modelo de Costa Rica, caracterizado por tener un “seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal”; el modelo de Brasil, un modelo “dual con cierta coordinación entre el subsector público dividido entre niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura universal”, y finalmente el modelo colombiano, “Cuadripartito coordinado, con un subsector público seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público (vinculado)”.

El análisis que se realizó parte de caracterizar tres dimensiones de los Sistemas de Protección Social en Salud de Brasil, Costa Rica y Colombia, que son: Las características de la reforma y el marco institucional; las características del financiamiento del sistema y las características de la gestión de los recursos en el sistema. *Estudio a partir del cual se encontró lo siguiente:*

Énfasis de atención en los Sistemas de Salud

Siguiendo a Hernández (2007), a partir de los niveles de intervención y atención predominantes en los Sistemas de Salud de los países revisados, se identifica que el sistema colombiano por su organización atiende la enfermedad; por su parte los sistemas de Brasil y Costa Rica organizan su estructura con énfasis de atención en la promoción y prevención de la salud.

En el caso Colombiano, la reforma introducida con la Ley 100 introdujo la función de articulación en cabeza de las Empresas Prestadoras de Salud, EPS que intermedian entre las funciones de financiamiento y prestación, cuya principal acción es garantizar mediante el aseguramiento financiero la atención de la enfermedad. En los casos de Brasil y Costa Rica, la estrategia del sistema se ha basado en la organización de los esquemas de atención primaria, para que éste sea la puerta de entrada al sistema mediante acciones de promoción y prevención; en Costa Rica mediante el EBAIS y en Brasil mediante el PAB y el Programa de Salud Familiar; en ambos casos de requerirse atenciones de mayor complejidad se remiten a la red de prestadores territoriales previamente definidos.

Énfasis Universalista en el acceso y las protecciones

Desde su concepción, organización y financiamiento, los sistemas de Brasil y Costa Rica tienen un énfasis universalista, es decir, la salud se configuró como un derecho para todos los ciudadanos; mientras el sistema colombiano a pesar de ser un derecho se limitó el acceso y los beneficios según la capacidad de pago (así se creó con los Regímenes Contributivo y Subsidiado (CEPAL, 2015).

Tanto en Brasil como en Costa Rica la salud se configuró como un derecho para todos los ciudadanos, los matices por los cuales se logró esta conquista ciudadana pasa en el caso de Brasil por una masiva e influyente participación social, y en Costa Rica constituyó una apuesta de aseguramiento social que proviene desde mediados del siglo XX. En Colombia por su parte, el avance de la Ley 100 conllevó a un sistema altamente segmentado en el financiamiento y la cobertura, la no extensión del asalaramiento limitó el avance del aseguramiento contributivo, por tanto en la actualidad existe mayor presión sobre el presupuesto público para garantizar el aseguramiento subsidiado de la población. Lo anterior sumado a que desde su configuración existieron dos Planes de Beneficios asociados a los regímenes existentes, situación que se ajustó a partir de la presión social y la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008.

Penetración de las cualidades de descentralización y participación social

El análisis cualitativo de Mesa-Lago (2005) permite identificar que la descentralización y participación social constituyen la base en la organización del sistema brasileiro, y en menor medida en el sistema costarricense, pues en este solo se concibe a partir de la función de prestación; mientras que en Colombia la participación no es eje del sistema y la descentralización se ha desarrollado de forma problemática.

El financiamiento como determinante del énfasis universalista de los SS

A pesar de representar tres tipos diferentes en la financiación de los sistemas de salud, el carácter de esta influye en la progresividad de los sistemas (Vargas, Vásquez & Jané, 2002): En Brasil, predomina la financiación a través de impuestos (directos); en Costa Rica predomina la financiación a través de contribuciones a la seguridad social y en Colombia, la financiación es mixta, con una presión creciente en los recursos públicos.

En 1988 Brasil realizó un cambio trascendental en la financiación de la salud, al establecer impuestos directos de orden nacional (directos) para financiar el naciente Sistema Único de Salud, SUS; cambio originado por el fracaso en la extensión del aseguramiento social que existió durante la mayor parte del Siglo XX. Costa Rica realizó una apuesta por el aseguramiento social en cabeza de la Caja Costarricense de la Seguridad Social, CCSS que inició desde finales de los años 40, la estrategia consistió en una extensión de la seguridad social a los trabajadores, sus beneficiarios, pensionados y trabajadores independientes; la particularidad reside en que el Estado aporta en el esquema tripartito, y en los casos de los pensionados y trabajadores independientes también aporta en la contribución. Colombia, por su parte no logró extender el aseguramiento contributivo y en la actualidad tiene una mayor presión en los recursos públicos para financiar el Régimen Subsidiado.

Mecanismos de pago prevalecientes a los prestadores

Luego de la revisión se identifica que en los tres sistemas el sector privado participa en la función de prestación/provisión de servicios de salud, junto con el sector público (Maceira, 2001); sin embargo, los mecanismos de pago a los prestadores difieren: En Brasil y Costa Rica predomina la presupuestación y gestión por resultados; mientras en Colombia el reembolso por prestación.

Cuando los privados participan de la prestación de servicios de salud junto con los privados, inevitablemente se introducen los lineamientos del mercado en esta interacción. Sin embargo, llama la atención es los mecanismos de pago utilizados y los incentivos de actuación tanto para el prestador como para el pagador. Lo que evidenció la revisión es que tanto Brasil como Costa Rica utilizan mecanismos de pagos presupuestales y otros atados a la gestión por resultados, es decir, a partir de la fuerte organización y administración territorial de los prestadores es posible en estos sistemas atar las actividades de los prestadores a los resultados en salud de los habitantes del territorio. En el caso de Colombia, no se ha llegado a ese nivel, prevalece el mecanismo de pago por prestación de atención, y por el contrario la literatura señala que se ha generado un deterioro de los prestadores en su número y no responde a las necesidades según niveles de complejidad.

Finalmente se encontró que las organizaciones multilaterales ha reforzado por medio de las reformas impulsadas la cobertura universal en salud, la cual debe diferenciarse del establecimiento de sistemas universales de salud (Gomes-Temporado & Faria, 2014)

La cobertura universal apunta hacia una paradoja, pues constituye una disociación entre cobertura, acceso; contrasta con la cobertura de servicios, que se define por paquetes, se condicionan a una renta; el modelo es financiado por diversos mecanismos como contribuciones y subsidios, con altos costos de

transacción que favorecen principalmente a prestadores y proveedores privados, en donde es indispensable la administración de los riesgos financieros (Gomes-Temporao & Faria, 2014).

Desde el análisis destaca el caso de Brasil, por ser un buen ejemplo de articulación entre lo público y lo privado, el sector público tiene a su cargo la regulación, la coordinación y la prestación de los servicios de salud, utiliza a los prestadores privados para garantizar la oferta y acceso de toda la población.

Además, la prestación de servicios está organizada por niveles de complejidad determinados por zonas geográficas, según criterios epidemiológicos y culturales, y el ingreso al sistema se hace a través de la atención primaria y de ser necesario se remite a otros niveles (Giedion, Villar , & Ávila , 2010).

En el de Costa Rica, el éxito del sistema que le abogan la mayoría de los analistas se debe según Tovar (1999) por el modelo de la atención primaria integral, es decir, la organización del sistema de salud hace que la red de servicios de salud parte desde el primer nivel, por medio de la promoción y prevención en salud.

El Sistema de Salud de Colombia, destaca por reflejar en mayor medida los lineamientos de la visión pro-mercado de un sistema de salud, al incorporar desde la Ley 100 de 1993 la competencia en las funciones de articulación y prestación, le han significado una extensión de la cobertura, proveniente principalmente del aseguramiento asistencial del Régimen Subsidiado, en detrimento del acceso y la calidad de los servicios de salud, y por lo tanto de la realización progresiva del derecho.

Ante la tensión inicial identificada en este documento, de restricciones asociadas al uso cada vez más eficiente de los recursos por parte del paradigma pro mercado, y por otro lado las expectativas de realización del derecho a la salud por

parte de los ciudadanos de forma más universal y progresiva, se encuentra a partir de la revisión realizada que tanto Brasil como Costa Rica han resuelto la tensión del lado de los ciudadanos, con la prevalencia del derecho, la universalidad y la progresividad, los anteriores constituyen por supuesto Sistemas de Salud con retos y temas a resolver, pero su énfasis en la promoción y la prevención, incrementando cada vez más las acciones en la entrada al sistemas, es decir, desde la atención primaria, generan una mayor cercanía con el ciudadano y sus necesidades. A lo anterior se suma de forma particular que para fortalecer la legitimidad del SUS en Brasil, la participación social y la descentralización constituyen pilares de la organización del sistema.

En Colombia, tras la reforma del 93 que permitió la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS ha resuelto la tensión hacia el lado del paradigma pro mercado, introduciendo el modelo tipo del Pluralismo Estructurado en la organización del sistema, implementando los mecanismos de mercado tanto en la función de articulación como de prestación. Al descuidar las acciones de promoción y prevención al dejar las responsabilidades desarticuladas entre el sector público y privado, se ha presionado cada vez más un sistema que a partir de su estructura enfatiza una atención a la enfermedad.

Es el sistema colombiano de los tres países analizados, el que ha definido un Paquete de Beneficios explícito, el denominado POS es el bien que se provee tras el aseguramiento financiero de las EPS. Plan que aunque se ha ampliado, se concibió desde la formulación del sistema como un Plan que diferenciada a aquellos usuarios que tenían capacidad de pago (afiliados al Régimen Contributivo), y los usuarios sin capacidad de pago (afiliados al Régimen Subsidiado). Desde su conformación el sistema colombiano presenta inequidad en el acceso, pues el mismo dependerá directamente de su capacidad de pago, mas no de su condición de ciudadanía.

Por último, ha sido la presión social y la rama judicial quienes han impulsado la igualación de los planes de beneficios entre regímenes, sin embargo, el descuido estructural a la organización de los prestadores de forma territorial y a la aplicación de las acciones de promoción y prevención hacen que en la actualidad el acceso a los servicios (más no la cobertura) y la calidad de los mismos sean los principales problemas que afectan a los ciudadanos.

Se encuentra entonces que de continuar el sistema colombiano bajo la organización del modelo tipo denominado Pluralismo Estructurado que atiende la enfermedad, persistirán las dificultades en el acceso y calidad de los servicios de salud. Se requiere por tanto un cambio de fondo en la organización del sistema de salud, que por un lado prevea esquemas de financiamiento que promuevan la progresividad del sistema; y por otro organice sus instituciones en pro de la atención primaria, con fuertes acciones de promoción y prevención. Un sistema que garantice el acceso por la condición de ciudadanía.

Recomendaciones

El presente trabajo es el punto inicial de una inquietud que busca identificar nuevas variables de análisis de los Sistemas de Protección Social en Salud en los países latinoamericanos, con el fin de ir más allá de los análisis pro mercado, que clasifican a los sistemas según su eficiencia y sostenibilidad financiera, sin preocuparse por el alcance del derecho en cada uno de los países o los avances en términos de progresividad.

Sin duda, una clave para entender el éxito o fracaso desde la perspectiva crítica o basada en derechos (aunque no se hizo esa calificación en este trabajo) parte por entender los procesos sociales y económicos que acompañaron las reformas estructurales de finales del siglo XX, el concepto de salud que fue incorporado en la base de cada uno de los sistemas y el grado de penetración de la lógica de mercado en las funciones de tradicional análisis en los sistemas de salud.

También fue de gran aporte entender las posibilidades o limitaciones de procesos en los Sistemas de Salud de la región, como lo son la participación social y la descentralización, los dos fenómenos inacabados, sobre los cuales hay mucho que explorar para detectar cómo facilitan o no la legitimidad ciudadana de los sistemas de salud.

Bibliografía

- Alarcón, G. (2009). *Financiamiento del aseguramiento universal en salud: Experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú*. Bethesda: USAID.
- Álvarez, , B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). *Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE*.
- Arévalo, D., Ciro, E., & Gutiérrez, M. (2006). Contribuciones de la Historiografía al estudio de la protección social en Colombia. Invitación a un diálogo interdisciplinario. En Y. Le Bonniec, & O. Rodríguez Salazar, *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social* (págs. 178-196). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Artaa Barrios, O., Aizaga Sacoto, F., Yglesias Bedoya, A., Yànez Monteverda, L., Martínez Martín, F., & Torres-Goitia, J. (2004). *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión Andina*. Lima: Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue.
- Asociación de Organismos Reguladores y de Fiscalización en Salud de la Región de las Américas. (2010). *Las tendencias de los marcos reguladores de los sistemas de salud en América Latina*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS.
- Banco Mundial. (14 de Febrero de 2013). Banco Mundial. Obtenido de <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/02/14/universal-healthcare-latin-america>
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington.
- Bascolo, E. (2014). Relaciones público privadas en la construcción de sistemas universales de salud. Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud "Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud" (págs. 35-42). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino , R. (2011). Sistema de Salud de Brasil. *Revista de Salud Pública de México*, 52, 120-131.

- Buglioli, M., Gianneo, O., & Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica. *Rev Med Uruguay*, 198-210.
- Castro Hoyos, C. (2012). Salud y Seguridad Social: Un breve comparativo de cinco países de América Latina. Bogotá: Fescol.
- Cecchini, S., Filgueira, F., & Robles, C. (2015). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe una perspectiva comparada. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEDLAS, & Banco Mundial. (2014). La desigualdad en América Latina: Evidencia de dos décadas. Washington: CEDLAS y Banco Mundial.
- Centrálogo, O. (2014). Crisis económica y sistemas de salud en América Latina. Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud: "Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud" (págs. 177-198). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Comisión Económica para América Latina. (2011). *Protección Social Inclusiva en América Latina. Una mirada integral un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina, CEPAL. (2006). *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo: Comisión Económica para América Latina, CEPAL.
- Cornejo Ovalle, M. (2008). *Mecanismos de distribución del sistema de pago caputivo: Revisión de algunas experiencias internacionales*. Barcelona: Tesis de Maestría en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra.
- Faria, M., & Gomes-Temporao, J. (2014). Reformas de los sistemas de salud en sudamérica: Una oportunidad para Unasur. *REV PERU MED EXP SALUD PÚBLICA*, 31(4), 740-746.
- Fleury, S., & Molina, C. (2000). *Modelos de Protección Social*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, BID; Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, INDES.
- Franco-Giraldo, Á. (enero-junio de 2012). Referentes Teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11(22), 28-42.
- García-Lacalle, J., Martín, V., & Royo Montañés, S. (2010). La financiación de la sanidad pública. El efecto de los sistemas de pago prospectivos en el rendimiento de los hospitales. *Presupuesto Y Gasto Público*, 99, 115.
- Gaviria, A. (21 de mayo de 2015). Blog Alejandro Gaviria. Obtenido de <http://agaviria.blogspot.com.co/2015/05/logros-y-desafios-del-sistema-de-salud.html>

- Giedion, Ò., Villar, M., & Ávila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Madrid: Instituto de Ciencias del Seguro.
- Giraldo Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Ediciones Desde Abajo.
- Gomes-Temporao, J., & Faria, M. (2014). Reformas de los sistemas de salud en sudamérica: Una oportunidad para unasur. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 31(4), 740-746.
- Govindaraj, R., Murray, C., & Chellaraj, G. (1995). *Health Expenditures in Latin America*. Washington: Banco Mundial, BM.
- Granados Toraño, R., & Gómez Montoya, M. (2000). La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Revista de Salud Pública*, 97-120.
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de Salud de Colombia. *Revista de Salud Pública de México*, 52, 144-155.
- Holzmman, R., & Jorgensen, S. (2000). *Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá*. Washington: Banco Mundial.
- Le Bonniec, Y., & Rodríguez Salazar, O. (2006). *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, Universidad Nacional de Colombia.
- Le Bonniec, Y. (Noviembre de 2002). Sistemas de Protección Social Comparados: Colombia, Brasil y México. *Revista de Salud Pública*, 4(3), 203-239.
- Londoño, J., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington: Working Paper, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Lo Vuolo, R. (2006). La Protección Social en América Latina: Los límites de la revisión ortodoxa y las propuestas Alternativas. En *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social* (págs. 698-722). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ludovic, R., Chapman, E., Torres, R., Fitzgerald, J., Mendoza, A., Bolis, M., & Salgado, O. (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: Revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 213-222.
- Maceira, D. (2012). *Cuadrantes de análisis en los Sistemas de Salud de América Latina*. Buenos Aires.
- Maceira, D., Cejas, C., & Olaviaga, S. (2010). *Coordinación e integración: El desafío del sistema de salud argentino*. Buenos Aires: CIPPEC.

- Maceira, D. (2007). *Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa*. Institut de recherche pour le developpement, IRD.
- Maceira, D. (2001). *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: USAID.
- Maceira, D. (1998). *Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: Incentivos, resultados e impacto organizacional. Aportes para un programa de investigación en países en desarrollo*.
- Martínez Martín, F., Giraldo Giraldo, C. A., Rodríguez Salazar, O., Rodríguez, C. I., López Alfonso, C. M., & Ordoñez Lega, I. E. (2008). *Impacto para la sociedad y el Estado del no pago de la porción social del salario por Actividad Económica*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Mina Rosero, L. (2015). *Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Colombia*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Bogotá .
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: CEPAL/GTZ.
- Molina, C. G. (2006). *Universalismo Básico. Una nueva política Social para América Latina*. New York: Banco Interamericano de Desarrollo, BID.
- Navarro, V. (2001). Evaluación del informe sobre la salud en el mundo, 2000. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Norton, A., Conway, T., & Foster, M. (2001). *Social protection concepts and approaches: Implications for policy and practice in international development*. London: Centre for Aid and Public Expenditure.
- Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud. (2013). *Perfil descriptivo del Sistema de Salud de la República Federativa de Brasil (Resumen)*.
- Oggier, G. (2012). *Modelos de contratación y pago en salud: ¿Integración vertical o tercerización de servicios?* Buenos Aires: Fundación Sanatorio Guemes.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el Mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Berna.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Denmark: Organización Mundial de la Salud, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Berna.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Situación de salud en las américas. Indicadores Básicos 2012*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2012). *Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos*. Madrid.
- Proyecto de Colaboración para la Reforma a la Salud, PHR. (1998). *Métodos alternativos de pago a proveedores: Incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud*. Washington: PHR Resource Center.
- Rivas-Loría, P. (2006). *Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio / reforma*. Washington: OPS.
- Riveros-Pérez, E., & Amado-González, L. (julio-diciembre de 2012). Modelo de salud en Colombia: ¿Financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11(23), 111-120.
- Robles, C., & Mirosevic, V. (2015). *Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe*. Brasil. Santiago de Chile: CEPAL.
- Roman Vega, I. (2015). *Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe: Costa Rica*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Rodriguez Herrera, A., & Bustelo, C. (2008). *La compra de servicios de salud en Costa Rica*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina, CEPAL.
- Ruiz Gomez, F. (2013). *Mercados y sistemas de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senta de ajuste*. Bogotá: Friederich Ebert Stiftung en Colombia, FESCOL.
- Torres, R. (2011). Mecanismos de financiamiento en los Sistemas de Salud de la Región. *Financiamiento, regulación y fiscalización en Latinoamérica: Más calidad y derechos en salud*. Santiago de Chile.
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de Salud de Costa Rica. *Revista de Salud Pública de México*, 52, 156-167.
- Suarez, R. (2014). Estrategias para el Financiamiento de los sistemas de salud: aseguramiento e impuestos generales. Memorias Segundo congreso internacional de investigación en Sistemas de Salud "Ciudadanía y financiamiento de los Sistemas de Salud" (págs. 15-34). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Telyukov, A., Novak, K., & Bross, C. (2001). *Alternativas de pago a los proveedores para América Latina: Conceptos y estrategias de las partes interesadas*. USAID.

Tovar , F. (1999). *Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Buenos Aires: Fundación ISSALUD.

Vargas, I., Vásquez, M., & Jané, E. (jul-ago de 2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 927-937.