

COMPARACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADA, COSTA RICA, CHILE Y
COLOMBIA: ORIGEN, EVOLUCION Y FUTURO

LUZ MIYELAN RODRÍGUEZ MÉNDEZ
DIANA CLARISSA RODRÍGUEZ TOVAR

UNIVERSIDAD CES- UNIVERSIDAD AUTONOMA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 52,
PROMOCION 12 UNAB
BUCARAMANGA, SANTANDER
2012

COMPARACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADA, COSTA RICA, CHILE Y
COLOMBIA: ORIGEN, EVOLUCION Y FUTURO

LUZ MIYELAN RODRÍGUEZ MÉNDEZ
DIANA CLARISSA RODRÍGUEZ TOVAR

PROPUESTA DE MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

Director: Dr. Carlos Mario Vega Montoya
Docente Facultad de Medicina
Universidad CES-UNAB

UNIVERSIDAD CES- UNIVERSIDAD AUTONOMA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 52,
PROMOCION 12 UNAB
BUCARAMANGA, SANTANDER
2012

CONTENIDO

	Pág.
	8
INTRODUCCION	
OBJETIVO GENERAL	10
METODOLOGIA	11
COMPARACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADÁ, COSTA RICA, CHILE Y COLOMBIA: ORIGEN, EVOLUCIÓN Y FUTURO	12
1.CANADÁ	13
1.1 SISTEMA DE SALUD EN CANADÁ	13
1.2 RESEÑA HISTORICA	15
1.3 SISTEMA DE SALUD CANADIENSE EN LA ACTUALIDAD	17
1.3.1 El Sistema y sus Componentes	17
1.4 PRINCIPIOS DE MEDICARE	17
1.4.1 Administración pública	17
1.4.2 Integralidad	18
1.4.3 Universalidad	18
1.4.4 Accesibilidad	18
1.4.5 Transferabilidad	18
1.5 FINANCIAMIENTO	18
1.6 ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	19
1.7 FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE	22
1.7.1 Reformas y Cambio	22
1.7.2 Los proyectos de Reforma del Sistema de Salud Canadiense	23
2. SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA	26
2.1 RESEÑA HISTORICA	26

2.1.1 Creación de la Caja Costarricense del Seguro Social	26
2.1.1 Década de los 40	27
2.1.2 Década de los 60	27
2.1.3 Década de los 70	27
2.1.4 Década de los 80	28
2.1.5 Década de los 90 en adelante	28
2.2 SISTEMA DE SALUD EN LA ACTUALIDAD	29
2.2.1 La Política Pública de Salud en Costa Rica	29
2.2.2 Organización del Sistema de Salud	30
2.2.2.1 Ministerio de Salud	30
2.2.2.2 La Caja Costarricense de Seguro Social	31
2.2.2.3 El Instituto Nacional de Seguros	31
2.2.2.4 El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados	31
2.2.2.5 Las Universidades públicas y privadas	31
2.2.2.6 Los Servicios Médicos Privados, las Cooperativas y las empresas de autogestión	32
2.3 PROPÓSITOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	33
2.4 REGÍMENES DE ASEGURAMIENTO	33
2.4.1 Asegurados (as) directos	33
2.4.2 Asegurados (as) por el seguro estudiantil	34
2.4.3 Asegurados (as) por leyes especiales	34
2.4.4 No asegurados que pagan directamente su seguro	34
2.5 FINANCIAMIENTO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	34
2.6 ORGANIZACIÓN DE LA CAJA COSTARRICCENCE	35
2.6.1 Nivel central o nacional	35
2.6.2 Nivel regional	36
2.6.3 Nivel local	36
2.7 NIVELES DE ATENCIÓN	37
2.7.1 Primer nivel de atención	37
2.7.2 Segundo nivel de atención	37
2.7.3 Tercer nivel de atención	37
2.8 CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN	37

2.8.1 Atención integral e integrada	38
2.8.2 Equipos de salud del Primer nivel de atención	38
2.8.2.1 Equipo de Apoyo	38
2.8.2.2 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.)	38
2.8.3 OTRAS MODALIDADES DE ATENCION EN SALUD	39
2.8.3.1 Servicios del Sector Público	39
2.8.3.2 Servicios del Sector Privado	39
2.8.3.3 Sector Mixto	39
2.9 PLANES ESTRATEGICOS EN EL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD	40
2.9.1 El Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y Sida 2011- 2015	40
2.9.2 El Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes (PENSPA) 2010- 2018	41
3.SISTEMA DE SALUD DE CHILE	44
3.1 DESARROLLO HISTORICO DEL SISTEMA	44
3.1.1 Período de servicios locales de salud (1552 – 1917)	44
3.1.2 Período de maduración del sistema de salud (1917 – 1952)	44
3.1.3 Período del Servicio Nacional de Salud (1952 – 1973)	45
3.1.4 Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales (1973 – 1990)	45
3.1.5 Período de gobiernos de la Concertación (1990 en adelante)	46
3.2 SISTEMA DE SALUD CHILENO EN LA ACTUALIDAD	47
3.2.1 Subsector Público	49
3.2.1.1 Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)	49
3.2.1.2 Fondo Nacional de Salud (FONASA)	50
3.2.1.3 Instituto de Salud Pública	50
3.2.1.4 Central de Abastecimiento	50
3.2.1.5 Superintendencia de Salud	50
3.2.2 Subsector Privado	51
3.2.2.1 Instituciones y Profesionales prestadores de servicios	51
3.2.2.2 Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)	51
3.2.3 Modalidades de Afiliación	51
3.2.3.1 Atención institucional	51
3.2.3.2 Libre elección	52

3.2.4. Servicios ofrecidos	52
3.2.4.1 En FONASA	52
3.2.4.2 En las ISAPRES	52
3.2.4.3 Nivel Secundario de atención	53
3.2.5 Financiamiento del Sistema	54
3.2.6 Principales problemas del Sistema en la actualidad	54
3.3. SISTEMA DE SALUD DE CHILE – PROPUESTA 2010-2020	55
3.3.1 Conceptos Relevantes en los que se basa la propuesta	56
3.3.2 Plan Nacional de Salud	57
3.3.2.1 Propósito	57
3.3.2.2 Políticas y Estrategias Prioritarias	57
3.3.2.3. Objetivos de Salud	58
 4. SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	 60
4.1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD	60
4.1.1 De 1886 a 1950	60
4.1.2 De 1970 a 1989	62
4.1.3 De 1990 a hoy	64
4.2 LA LEY 100 DE 1993	65
4.2.1 Objetivos del sistema	65
4.2.2 Componentes del Sistema	65
4.3 SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA EN LA ACTUALIDAD	65
4.3.1 Reglamentación básica	66
4.3.2 Modificaciones	66
4.3.3 Estructura del Sistema de Salud	67
4.3.3.1 Ministerio de la Salud y Protección Social	68
4.3.3.2 Comisión de Regulación en Salud (CRES)	68
4.3.3.3 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)	69
4.3.3.4 La Superintendencia Nacional de Salud	69
4.3.3.5 Entidades aseguradoras	69
4.3.3.5.1 Empresas promotoras de salud (EPS)	69
4.3.3.5.2 Administradoras de riesgos profesionales (ARP)	70
4.3.3.5.3 Administradoras de fondos de pensiones (AFP)	70

4.3.3.6. Instituciones prestadoras de salud	70
4.3.4 Financiación del Sistema	71
4.3.4.1. Subcuenta ECAT	71
4.3.4.2 Subcuenta de Compensación	72
4.3.4.3 Subcuenta de Solidaridad	72
4.3.4.4 Subcuenta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	73
4.3.5. Planes de Beneficios del Sistema	73
4.3.5.1 Plan Nacional de Salud Pública	73
4.3.5.2 Plan Obligatorio de Salud	73
4.3.5.3 Planes Voluntarios de Salud	74
4.3.5.4 Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito –SOAT	74
4.3.5.5 Cobertura en riesgos profesionales	74
4.3.5.6 Atención en eventos catastróficos	75
4.3.5.7 Otros planes de cobertura	75
4.3.6 Regímenes del Sistema	75
4.3.6.1 Régimen contributivo	75
4.3.6.2 Régimen subsidiado	76
4.3.6.3 Población pobre no asegurada	78
4.3.7 SISBEN	78
4.3.8 Regímenes de excepción	79
4.3.9 El futuro de la Salud en Colombia	79
4.3.9.1 Plan Estratégico de Colombia Para Aliviar la Carga de la Enfermedad y Sostener las Actividades de Control de Lepra 2010-2015	79
4.3.9.1.1 Justificación del Plan Estratégico 2010-2015	80
4.3.9.1.2 Objetivos y metas del Plan Estratégico	80
4.3.9.2 Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015 Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”	81
4.3.9.2.1 Justificación del Plan Estratégico	82
4.3.9.2.2 Metas y Objetivos del Plan	83
4.3.10 ¿Qué esperar ahora después de la reforma?	83
CONCLUSIONES	92
BIBLIOGRAFIA	95

INTRODUCCION

Los Sistemas de salud en la mayoría de los países del continente Americano buscan mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la legislación establecida en cada uno, orientados a satisfacer con calidad los requerimientos de los usuarios.

Algunos de estos sistemas, y refiriéndonos a los Latinoamericanos tienen la peculiaridad de que fueron creados con influencia o teniendo en cuenta como modelo otros sistemas de salud de países desarrollados, lo cual generó ventajas y desventajas, ya que las características políticas y sociales de un país son propias, y el “copiar” estos sistemas trajo como consecuencia que no tuvieran los resultados esperados, aunque se debe tener en cuenta que los Sistemas de Salud en sí mismos son consecuencia también, de los diferentes actores en el campo de la Salud, entre los cuales están el Estado y los profesionales de la salud.

Nos parece importante resaltar un poco lo que fueron los orígenes de los Sistemas aquí analizados, ya que en el contexto de los sistemas contemporáneos encontramos que sus orígenes datan de la experiencia del ducado alemán de Nassau en 1818, que desarrolló un sistema completo de servicios médicos estatales. La propuesta Bismarkiana de los seguros de enfermedad, accidentes de trabajo, vejez y muerte data de 1883 y es necesario esperar a la revolución bolchevique para ver el establecimiento de sistemas nacionales de cobertura universal en este siglo, cuya instauración ha sido lenta y progresiva. El Sistema inglés data de 1948 y el canadiense, aún cuando en su experiencia de Saskatchewan se remonta al final de los 40, lo esencial de su sistema actual data de la década de los 70.¹ En nuestra región, hasta la postguerra, predominaron sistemas en donde la participación del Estado Nación era secundaria, pues el peso recaía sobre comunidades religiosas, sociedades mutitarias, municipios, provincias o particulares.¹

¹ ARIAS, J. YEPES F. La Investigación de la Salud Pública y Sistemas de Salud en América Latina a la luz de las reformas. IDRC (International Development Research Centre) http://www.idrc.ca/es/ev-23078-201-1-DO_TOPIC.html

Surgió entonces un rol más activo por parte del Estado, ya fuera mediante la constitución de Servicios Nacionales de Salud como en Chile (1952), o de Sistemas Nacionales de Salud como en Colombia (1975), a través de la Seguridad Social más o menos universal como en Costa Rica, o por medio de sistemas mixtos de prestación, relativamente controlados desde los Ministerios de Salud.¹

El contexto en el cual se han desarrollado los diferentes Sistemas de Salud de América Latina ha sido una serie de constantes modificaciones y reformas en busca de procurar una mejor atención, una mejor estructura y un mejor servicio de salud, pero desafortunadamente no se ha logrado por la complejidad que ha representado.

¿Que se espera entonces de los Sistemas de Salud de países en desarrollo como Colombia, Chile y Costa Rica, de los retos que se deben enfrentar para lograr Sistemas de Salud de primer mundo como Canadá? Entre otros: 1) Impacto del crecimiento económico. 2) Sanidad, estilos de vida, inmunizaciones y salud Materno Infantil. 3) Reforma sanitaria y aseguramiento universal.²

Esperamos que con esta revisión bibliográfica podamos dilucidar un poco cual será el futuro de la salud de países como Canadá, Chile y Costa Rica, ya que consideramos que son los abanderados en esta rama; también incluimos a Colombia, ya que por obvias razones nos interesa conocer cuál será nuestro futuro en salud, además con la nueva reforma que se hizo al sistema con la Ley 1438 del 2011 se pretende fortalecer el Sistema, optimizando los servicios, buscando una mayor calidad, hacerlo incluyente y equitativo y donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos seamos los residentes en el país.³

² CAVIEDES DUPRA, R. Hacia un Sistema de Salud de Primer Mundo ¿Qué hacer? Cámara de Comercio Lima Perú. 2011. http://www.camaralima.org.pe/DESCARGAS/FORO_SALUD/2_RCaviedes.pdf

³ LEY 1438 de 2011. Congreso de Colombia.

OBJETIVO GENERAL

Establecer los orígenes, estado actual y futuro de los Sistemas de Salud de países como Canadá, Chile, Costa Rica y Colombia, teniendo en cuenta para tal fin entre otros las principales leyes que rigen los sistemas de salud de cada uno, en Canadá el Sistema Nacional de Salud llamado MEDICARE, en Chile el DECRETO LEY 2.763 de 1979 que rige actualmente el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en Costa Rica LA LEY GENERAL DE SALUD 5395 de 1973, el Colombia LA LEY 100 de 1993 y la LEY 1438 de 2011 que fortaleció a esta última.

Debemos tener presente que tres de los países en esta revisión son países en desarrollo lo cual establece una diferencia muy marcada con el Sistema de Salud Canadiense que es un país del primer mundo y que a ese nivel se pretende llegar en el futuro, lo que establece un reto muy importante para las demás naciones de esta revisión, incluyendo Chile que está proyectado como del primer mundo para el año 2018.

METODOLOGIA

Se hará una revisión bibliográfica de los Sistemas de Salud de Canadá, Chile, Costa Rica y Colombia, estructurando cada uno de ellos así:

ORIGEN: Revisión de artículos, monografías y otros textos haciendo una reseña histórica.

SITUACIÓN ACTUAL: Tendremos en cuenta además de la literatura encontrada sobre el tema, la legislación vigente en cada uno de los países.

RETOS FUTUROS: Se esbozarán los proyectos más importantes y relevantes que puedan llegar a producir modificaciones y reformas en pro de mejoras en atención, estructura y servicios de salud.

COMPARACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADÁ, COSTA RICA, CHILE Y COLOMBIA: ORIGEN, EVOLUCIÓN Y FUTURO

Para empezar debemos ubicarnos en el contexto de los países objeto de este estudio. Este cuadro comparativo de datos estadísticos nos ayuda para tal fin.

	 CANADA	 COSTA RICA	 CHILE	 COLOMBIA
UBICACIÓN	América del Norte	América Central	América del Sur	América del Sur
NOMBRE OFICIAL	CANADA	REPÚBLICA DE COSTA RICA	REPÚBLICA DE CHILE	REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAPITAL	Ottawa	San José	Santiago	Bogotá
IDIOMA OFICIAL	Inglés y Francés	Español	Español	Español
MONEDA	Dólar Canadiense C\$	Colón costarricense (¢CRC)	Peso Chileno (\$CLP)	Peso colombiano (\$COP)
FORMA DE GOBIERNO	Monarquía Parlamentaria Federal	República Presidencialista	República democrática presidencial	República Presidencialista
PRESIDENTE	Jefa de estado: Isabel II Gobernador: David Johnston Primer Ministro: Stephen Harper	Laura Chinchilla Miranda	Sebastián Piñera Echenique	Juan Manuel Santos Calderón
SUPERFICIE	9.970.610 km ² Puesto 2°	51.100 Km ² Puesto 129°	2.006.626 Km ² (Superficie total) Puesto 38° -756.626 Km ² (Chile americano e Islas Oceánicas) -1.250.000 Km ² (Chile Antártico)	1.141.748 Km ² Puesto 26°
DENSIDAD	3,4 hab/km ²	84,18 hab/km ²	23,01 hab/km ²	40 hab/km ²
PROVINCIAS Y TERRITORIOS	El Canadá cuenta con diez provincias y tres territorios: Alberta (Edmonton); Columbia Británica (Victoria); Isla del Príncipe Eduardo (Charlottetown); Manitoba (Winnipeg); Nueva Escocia (Halifax); Ontario (Toronto); Quebec (Quebec); Saskatchewan (Regina); Terranova (St-John's); Territorios Noroccidentales (Yellowknife); Yukón (Whitehorse) y Nunavut (Iqaluit).	La división territorial de Costa Rica comprende 7 Provincias divididas en 81 Cantones o Municipios y estos a su vez, subdivididos en 463 Distritos Colegiados.	15 regiones, 54 provincias y 346 comunas en total.	El país se divide administrativa y políticamente en 32 departamentos 1102 municipios
CIUDADES PRINCIPALES Y POBLACIONES	Las ciudades canadienses más importantes son Toronto (5,400,000 hab), Montreal (3,600,000 hab), Vancouver (2,200,000 hab), Ottawa-Hull, región de la capital nacional (1,150,000 hab) y Edmonton (1,050,000 hab).	Limón, Punta Arenas y Alajuela	En 2011, Santiago fue la séptima ciudad más grande de América Latina y la 48.ª más grande del mundo. Otra ciudades importantes : Valparaíso, Viña del Mar, Concón, Quilpué y Villa Alemana, Concepción, Talcahuano, Hualpén, Chiguayante, San Pedro de la Paz, Penco, Coronel, Lota, Hualqui.	Las 21 ciudades más pobladas son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cúcuta, Bucaramanga, Ibagué, Soledad, Pereira, Villavicencio, Santa Marta, Soacha, San Juan de Pasto, Manizales, Montería, Bello, Valledupar, Buenaventura, Neiva y Palmira.
POBLACION TOTAL	Puesto 37° 34.124.781 Hab (2010)	Puesto 123° 4.726.575	Puesto 59° 17.402.630 mill (2012 est.)	Puesto 28° 46.927.125 mill (2011 est)
POBLACION URBANA Y RURAL	Población Urbana : 80,58% (2010) Población Rural : 19,42 % (2010)	Población Urbana : 64,42% (2010) Población Rural : 35,58 % (2010)	Población Urbana : 89% (2010) Población Rural : 11 % (2010)	Población Urbana : 75,07% (2010) Población Rural : 24,93 % (2010)
PROMEDIO DE VIDA	Hombres : 77,2 años Mujeres : 81,2 años	Hombres : 76,8 años Mujeres : 81,73 años	Hombres : 75,7 años Mujeres 81,2 años	Hombres : 71,27 años Mujeres 78,03 años
PRODUCTO INTERNO BRUTO	PIB Total 2010: USD 1.577.040mill PIB per capita 2010:USD 46.361US\$	PIB Total 2010: USD 52.885 mill PIB per capita 2010:USD 11.397US\$	PIB Total 2010: USD 203.443 mill PIB per capita 2010:USD 11.888	PIB Total 2010: USD 288.086 mill PIB per capita 2010:USD 6.223
PUESTO DE POBREZA EN EL MUNDO	Puesto 13° de 177 países estudiados	Puesto 48° de 177 países estudiados	Puesto 40° de 177 países estudiados	Puesto 75° de 177 países estudiados

1. CANADÁ

1.1 SISTEMA DE SALUD EN CANADÁ

Nos parece importante antes de hablar del Sistema de Salud en Canadá, brindar una visión del contexto social en el que este existe.

Canadá es un país nórdico y como aquellos de Escandinava, tiene un alto grado de socialización. Es de interés destacar que no hay universidades privadas; son todas estatales. Los hospitales son también todos del Estado.⁴

Entre las fuerzas políticas principales en el Canadá se distinguen aquellas socialistas, liberales y conservadoras. A pesar de las fuertes tendencias socialistas, el Canadá nunca ha elegido un gobierno federal socialista aunque sí los ha habido en el ámbito provincial. Puede definirse Canadá como un país que piensa como un socialista pero que vive con los pies sobre el capitalismo. Canadá entonces, usa la riqueza generada por el sistema capitalista para proveer a sus ciudadanos con beneficios de inspiración socialista.⁴

Esto no quiere decir que la educación terciaria sea gratuita o que el ingreso a este nivel de educación no tenga restricciones. Canadá, se puede decir que camina una delgada línea entre fuertes presiones sociales por un lado y por consideraciones que imponen los negocios por el otro. Obviamente ha hecho muy bien este balanceo porque las Naciones Unidas han declarado por muchos años seguidos al Canadá como el país con la mejor calidad de vida. Es un país donde el individuo se siente parte de la sociedad y no donde el individuo está en contra de todos como se pudiera sentir en un lugar de capitalismo descarnado.⁴

⁴ DE BOLD, Adolfo J. El Sistema de Salud Canadiense y su Contexto dentro de la Sociedad Canadiense. Instituto de Cardiología de la Universidad de Ottawa, Canadá. Congreso Cardiología. 2001

El sistema educativo de Canadá se parece más a los Estados Unidos que a ningún otro país. La selección de estudiantes que van a entrar a la carrera de medicina es muy exigente. Los filtros de selección comienzan desde la secundaria, se debe realizar una licenciatura en ciencia en la cual debe obtener un promedio alto para acceder a esta carrera y luego sí aplicar a alguna universidad.⁴

El resultado del proceso de selección descrito anteriormente significa que los estudiantes de medicina son individuos pre-seleccionados como altamente competitivos y estudiosos. Por lo expuesto se puede esperar que los médicos en Canadá no sobren y estén muy bien preparados lo cual es un elemento clave e imprescindible para el buen funcionamiento del sistema de salud.⁴

No es fácil definir el Sistema de Salud Canadiense porque este es un sistema en constante flujo. Sin embargo se puede decir que es un sistema donde el Estado, al ser el único pagador de la mayoría de los servicios médicos, puede establecer cuáles y cuántos servicios se ofrecen.⁴

Esta cualidad es fundamental desde el punto de vista de contener los gastos, potencialmente enormes, generados por un sistema destinado a cuidar de la salud individual de todo un país. No hay primas. Todos los canadienses tienen acceso sin cargo a todo procedimiento médicamente necesario para pacientes hospitalizados o no.⁴

La posición del médico dentro de este Sistema es interesante aunque con algunas excepciones, el médico es un profesional libre, cuyos aranceles son pagados por el sistema provincial de la provincia donde practique.⁴

Como resumen del sistema de salud canadiense o seguro de salud, conocido como "Medicare", se puede decir que este sistema es financiado con fondos públicos pero los prestadores (léase médicos) son privados. Cada provincia y territorio administra y presta servicios de acuerdo con sus propios planes de salud. El sistema canadiense de salud tiene sus raíces en sistemas que fueron evolucionando desde el tiempo en el que Canadá era colonia británica aunque la medicina privada era la proveedora de la mayor parte de la atención médica hasta la primera parte de la década de 1940 ⁴

1.2 RESEÑA HISTORICA

La historia del sistema de salud canadiense comienza formalmente en 1947 con la instauración del primer régimen de seguro-hospitalización universal en una de sus diez provincias. Ante al éxito alcanzado por esa experiencia, el Gobierno Federal propone extenderlo a todo el país, lo que se logrará en 1961. En 1966, el Gobierno Federal propone a las provincias implantar un régimen complementario de seguro de salud. Este nuevo régimen fue adoptado por todas las provincias en 1972.⁵

Antes de finales de los años 40, la medicina privada dominaba la atención médica en Canadá, a consecuencia de lo cual el acceso a la atención se basaba en la capacidad de pagar. La tendencia al seguro de enfermedad universal con financiamiento público comenzó en 1947 cuando la provincia de Saskatchewan introdujo un plan de seguro público para los servicios de hospital.

En 1956, el gobierno federal, tratando de fomentar la creación de programas de seguro hospitalarios en todas las provincias (Alberta, la Columbia Británica, Manitoba, Nuevo Brunswick, Terranova y Labrador, Nueva Escocia, Ontario, la Isla del Príncipe Eduardo, Quebec y Saskatchewan)⁶, ofreció compartir los costos por los servicios de hospital y diagnósticos pagando mitad y mitad.

Para 1961, las diez provincias y los dos territorios existentes en ese entonces (Territorios del Noroeste y Yukón)⁶ habían firmado acuerdos estableciendo planes de seguro públicos que proporcionaban cobertura universal por lo menos para la atención de los pacientes hospitalizados que reunían los requisitos para la distribución de los costos con el gobierno federal.⁷

⁵ REINHARZ D. La Regulación de financiamiento del Sistema de Salud Canadiense. Universidad Laval, Quebec, Canadá. Facultad de Medicina 2001. <http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdd/canada.pdf>

⁶ ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE CANADA. WIKIPEDIA. Provincias de Canadá. http://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_territorial_de_Canad%C3%A1

⁷ El sistema de atención medica en Canadá. <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H39-502-1999Sp.pdf>.
Julio 1999

Para 1972 todos los planes provinciales y territoriales se habían ampliado e incluían los servicios prestados por los médicos. Por tanto, ese año se había logrado el objetivo de tener un plan de seguro de salud nacional para dar atención hospitalaria y médica en Canadá.⁵

Con el advenimiento de los acuerdos de financiamiento global en 1977, el derecho de las provincias a la contribución federal estaba condicionado solamente al cumplimiento de los criterios establecidos en la legislación sobre atención hospitalaria y médica. Debido a que las transferencias ya no estaban ligadas al gasto provincial en hospitales y servicios de médicos, las provincias tenían la flexibilidad de invertir en otros métodos para dar atención médica tales como servicios ampliados de atención médica y centros de salud comunitarios, o ampliar la cobertura de prestaciones de salud suplementarias tales como medicamentos recetados a personas de la tercera edad o atención dental para niños.⁵

En 1979, un examen de los servicios de salud realizado por la Comisión Hall estableció que la atención médica en Canadá estaba entre los honorarios suplementarios que los médicos cobraban a los pacientes a fin de suplementar los que el doctor recibía del plan provincial y las tarifas cobradas a los usuarios por los hospitales estaban creando un sistema de dos niveles que hacía peligrar la accesibilidad a la atención médica.⁵

Para la década de los 80's el modelo está consolidado, se habían duplicado los servicios y cada grupo comenzaba a defender sus intereses. Al aumentar el número de actores se perdió un poco la visión global. El sistema empieza a mostrar dificultades, las urgencias se congestionan, los equipos envejecen y se vuelven obsoletos y los pacientes comienzan a quejarse. El gobierno de Québec crea la "Comisión Rochón", promoviendo la adopción de políticas de salud y bienestar, la regionalización y un enfoque centrado en el ciudadano.⁸

⁸ LOPEZ S. Sistemas de salud comparados - Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90. Monografias.com. <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml#sistcanada>

En 1984 la ley de salud reforzó las medidas legislativas sobre los seguros de hospitalización y de enfermedad y definió las normas nacionales para que las provincias accedan a la contribución financiera del gobierno federal.⁸

En los años 90 siguen las reformas que había propuesto Rochón⁸

1.3 SISTEMA DE SALUD CANADIENSE EN LA ACTUALIDAD

1.3.1 El Sistema y sus Componentes. Canadá tiene un sistema de atención médica financiado en forma predominante con fondos públicos y de prestación privada que se puede describir como un conjunto entrelazado de diez planes de seguro de enfermedad provinciales y tres planes territoriales⁷ (Noroeste, Yukón y Nunavut-Ingresó a la confederación en 1999).⁶ Conocido por los canadienses como el “seguro de enfermedad” (*Medicare*)⁷

El sistema proporciona acceso a atención universal y completa por servicios hospitalarios médicamente necesarios, y consultas médicas a pacientes hospitalizados y no hospitalizados.⁷ El gobierno federal, que es el mayor financista de estos planes, introdujo ciertos principios que hacen que el sistema funcione en forma uniforme en todo Canadá.⁴

Constitucionalmente, cada provincia y cada territorio ejerce la jurisdicción completa de su sistema de salud. El sistema de salud canadiense está política y administrativamente descentralizado. Desde el punto de vista legal, las provincias pueden concebir y administrar los programas sociales como lo deseen.⁵

1.4 PRINCIPIOS DE MEDICARE

Los principios que gobiernan el seguro de salud canadiense son cinco, como se detalla a continuación. Ellos deben ser seguidos por los planes de salud, provinciales y territoriales, para que estos reciban transferencias de fondos federales.

1.4.1 Administración pública. El plan de seguro de enfermedad de una provincia debe ser administrado y operado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial.⁷

1.4.2 Integralidad. El plan debe asegurar todos los servicios médicamente necesarios que proporcionan hospitales y médicos. Los servicios asegurados de hospitales incluyen la atención de pacientes hospitalizados en las salas comunes (a menos que sea médicamente necesario dar los servicios en salas privadas o semiprivadas) y todos los medicamentos, suministros y exámenes diagnósticos así como una amplia gama de servicios a pacientes no hospitalizados. Los servicios por enfermedades crónicas también están asegurados, si bien se puede exigir pago por costos de alojamiento a los pacientes que residan más o menos permanentemente en la institución.⁷

1.4.3 Universalidad. El plan debe dar derecho al 100 por ciento de la población asegurada (es decir, residentes admisibles) a los servicios asegurados en términos y condiciones uniformes.⁷

1.4.4 Accesibilidad. El plan debe dar, en condiciones y términos uniformes, acceso razonable a servicios médicos y hospitalarios asegurados sin barreras. No se permiten cobros adicionales a pacientes asegurados por servicios asegurados. No se puede ser objeto de discriminación por motivos de ingresos, edad, condición de salud, etc.⁷

1.4.5 Transferabilidad. Los residentes conservan su seguro cuando se mudan de una provincia a otra dentro de Canadá o cuando viajen dentro de Canadá o al extranjero. Todas las provincias tienen límites en las cantidades pagadas por los servicios prestados fuera de Canadá, y pueden exigir aprobación previa en el caso de servicios fuera de la provincia que no sean de urgencia.⁷

1.5 FINANCIAMIENTO

La atención médica en Canadá es financiada principalmente a través de tributos, en forma de impuestos provinciales y federales a la renta y los ingresos de las empresas privadas. Algunas provincias utilizan métodos auxiliares de financiamiento que están dirigidos nominalmente a la atención médica, tales como impuestos a la venta, deducciones salariales y entradas obtenidas en loterías. Sin embargo, estos fondos no están destinados específicamente a la salud y se agregan a los ingresos centrales de la provincia. Tienen un papel relativamente menor en el financiamiento de la atención

médica. Dos provincias (Alberta y Colombia Británica) utilizan primas de salud. Las primas no están clasificadas según el riesgo en ninguna de las provincias y el pago anterior de la prima no es una condición previa para recibir tratamiento, de conformidad con la *Ley canadiense sobre salud*.⁷

El gobierno federal impone los principios listados más arriba como condición de transferencia de fondos para los planes provinciales de salud. Sin embargo, una vez transferidos los fondos, las provincias y los territorios tienen libertad de administrar estos fondos de la manera que le parezca más apropiada al ministerio de salud provincial o a similar autoridad regional.⁴

Es importante el hecho de que en un esfuerzo para contener los costos de Medicare la expansión de programas, la compra de equipo costoso, servicios e inmuebles deben ser aprobadas por la comunidad y las autoridades provinciales.⁴

Los honorarios de los médicos se negocian entre las provincias y las asociaciones médicas provinciales. Los salarios para enfermería se negocian a través de negociaciones entre los sindicatos y los empleadores.⁴

1.6 ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los hospitales canadienses funcionan como entidades sin fines de lucro administrados por consejos comunitarios de fiduciarios, organizaciones voluntarias o municipalidades quienes rinden cuentas principalmente a las comunidades a las cuales prestan servicios, no a la burocracia provincial.⁴

Existen clínicas médicas y consultorios privados, que se establecen por iniciativas de médicos y en las cuales se pueden brindar servicios clínicos (aunque no de alta complejidad o invasivos), de laboratorios y hasta farmacia. El establecimiento de estas clínicas, que prestan servicios primarios, o incluso más especializados como de cardiología general, se establecen con la autorización del gobierno provincial. Estas clínicas sirven las numerosas instancias de cuidado médico primario y cumplen el rol de

centros de derivación a centros o médicos más especializados. Alternativamente, el paciente puede ir directamente a la sala de emergencia de un hospital.⁴

Cuando un individuo requiere atención médica, va al médico o clínica de su preferencia y presentan su tarjeta de seguro de salud. El paciente no paga por los servicios de hospital y de médicos, ni tampoco se les exige que llenen formularios por los servicios asegurados. No hay pagos deducibles, ni límites sobre la cobertura de los servicios asegurados.⁴

Las provincias y los territorios dan cobertura por servicios de salud que quedan fuera del seguro de salud para ciertos grupos de la población (por ejemplo, ancianos, niños y personas que reciben asistencia social). Estos servicios pueden incluir medicamentos, cuidado odontológico y oftalmológico, prótesis, sillas de ruedas, etc.⁴

A fines de cubrir ciertos gastos que no están cubiertos por Medicare, se puede adquirir un seguro privado o recibir las prestaciones de los planes de seguro colectivos en la empresa donde se trabaje para compensar en parte los gastos por los servicios de salud suplementarios (p.ej. servicios odontológicos, oftalmológicos). Pero, de acuerdo con los principios de Medicare, las compañías de seguros privadas no pueden ofrecer cobertura que duplique los programas gubernamentales.⁴

El sistema de atención médica de Canadá depende en gran parte de los médicos que prestan atención primaria (por ej.: los médicos generales) que representan cerca del 51% de todos los médicos en ejercicio en Canadá. Normalmente son el contacto inicial con el sistema de atención médica oficial y controlan el acceso a la mayoría de los especialistas, a muchos proveedores asociados, a los hospitales, exámenes de diagnóstico y terapia con medicamentos.⁷

Canadá no tiene un sistema de “medicina socializada”, con médicos empleados por el gobierno. La mayoría de ellos ejercen la profesión en forma privada, trabajando en oficinas privadas o en grupos y tienen un alto grado de autonomía.⁷

Algunos médicos trabajan en centros de salud comunitarios o ejercen en grupo desde hospitales o están afiliados a departamentos de hospitales que prestan servicios a pacientes no hospitalizados. Los médicos privados reciben generalmente honorarios por los servicios prestados y presentan sus solicitudes de reembolso directamente al plan de seguro provincial para recibir el pago.⁷

Otros profesionales de atención primaria, como, por ejemplo, los nutricionistas, odontólogos y psicólogos, no quedan cubiertos por el sistema público de salud.

Aunque es cierto que el servicio de la salud canadiense es uno de los mejores del mundo, quizás el mejor, no es este el "nirvana" de la salud. La mayoría de los problemas que se presentan están relacionados con los costos asociados con la práctica de la medicina moderna. De hecho, un sistema como el canadiense puede ser un barril sin fondo; y varias veces ha tenido que ser "ajustado" a las realidades económicas. Este reajuste se ve al nivel de paciente en el alargamiento de las esperas, especialmente para procedimientos electivos.⁴

También existen fuertes presiones de empresas dedicadas a prestar servicios en ese rubro para que se abandonen algunos de los principios del Medicare o para prestar servicios de la misma naturaleza que presta este sistema. Estas presiones hacen que raramente pase una semana sin que los periódicos tengan alguna noticia sobre el Medicare.⁴

De todas maneras, sería muy difícil que un partido político sea elegido o re-elegido en Canadá que proponga cambios sustanciales al sistema de salud.⁴

Finalmente, es importante que desde hace un par de años, el sistema de salud y el sistema de investigación en biomedicina se han unificado en lo que ahora se llama los Institutos Canadienses para la Investigación en la Salud. Este nuevo emprendimiento tiene como propósito desarrollar enlaces más estrechos entre los investigadores básicos en biomedicina, investigadores en sociología y el sistema de salud en sí. El resultado de esta nueva visión es la creación de 13 nuevos institutos que son "virtuales" y un incremento sustancial en los fondos dedicados a la investigación sobre la salud. Cabe destacar que este nuevo concepto no interfiere con los programas de investigación que

son iniciados por los investigadores mismos ya que se considera que se debe mantener la creatividad individual para mantener una ciencia y tecnología biomédica competitiva. Es decir, no se presentó el problema de si la ciencia tiene o no que ser aplicada.⁴

1.7 FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE

Al realizar esta revisión hemos encontrado que aunque el Sistema de Salud Canadiense está catalogado como uno de los mejores del mundo, pretende hacer reformas en el mismo, dadas por los cambios que ha traído consigo la economía del país, y la explosión demográfica en provincias antes poco pobladas. Acá algunos análisis de los proyectos de reforma que se han querido realizar.

1.7.1 Reformas y Cambio. La noción misma de reforma supone que se percibe una necesidad de influir las orientaciones o el funcionamiento de un sistema. Las presiones a favor del cambio provienen de diferentes orígenes. Los cambios demográficos, la evolución de los conocimientos científicos y de las tecnologías, y las transformaciones en el entorno político y económico de los sistemas de salud, provocan una fuerte demanda por el emprendimiento de reformas. Más específicamente, esas presiones conducen a focalizar diferentes zonas de mejora del funcionamiento del sistema de atención: la atención primaria o de primer nivel, el estatuto y el rol del hospital, la atención y los cuidados domiciliarios y los mecanismos de cobertura de los costos y de la gestión del uso de los medicamentos.⁹

La implantación en 2002 de grupos de medicina familiar (GMF) en Quebec que tuvo como objetivo ofrecer una atención de proximidad más continua y accesible, es una reforma que se inscribe en continuidad con los fundamentos y modos de organización prevalentes en el sistema de salud. La reforma actual del sistema de salud de Quebec apunta a operar un cambio más importante, puesto que intenta institucionalizar el principio de

⁹ JEAN L. Denis, LISE LAMOTHE, ANN LANGLEY Y STÉPHANE GUÉRARD. Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública. REVISTA DE SALUD PUBLICA. Volumen 12. Bogotá. Abril 2010. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0124-00642010000700008&script=sci_arttext

responsabilidad poblacional, subordinar ese principio a una gobernanza gerencial y reorganizar la producción de la atención y de los servicios en función de las necesidades de los usuarios más que de los intereses inmediatos de los establecimientos y de los proveedores de servicios.⁹

El sistema de salud enfrenta así numerosas e importantes contingencias que lo estimulan a transformarse, y la voluntad de aportar cambios al funcionamiento de esos sistemas no puede ser asimilada totalmente a posiciones ideológicas o a la defensa de intereses particulares. Debido a los recursos que moviliza y a la importancia que la población otorga a la atención de la salud, el sector de la salud es una meta. La reforma es, en cierta manera, la expresión de la voluntad del Estado de actuar sobre un sistema del cual es responsable y cuyas deficiencias percibidas plantean problemas. Tal constatación sobre la necesidad de las reformas no implica que ellas sean guiadas únicamente por un principio de bien público.

1.7.2 Los proyectos de Reforma del Sistema de Salud Canadiense. Cinco ideologías pueden ser identificadas en el análisis de los proyectos de reforma de las diferentes provincias canadienses y a nivel del gobierno federal: la ideología democrática, la ideología de la "salud poblacional", la ideología de negocios, la ideología gerencial, y la ideología de la equidad y del humanismo.

La ideología democrática se apoya sobre el principio de una descentralización política y fiscal con el fin de redistribuir el poder a las comunidades locales. La ideología de la salud poblacional promueve políticas públicas fuertes atacando los determinantes de la salud constituidos por las condiciones de trabajo y de vivienda y las políticas económicas y de educación. La ideología "de negocios" se inspira en el modelo clásico del mercado en economía favoreciendo la competencia entre organizaciones y proveedores de atención y de servicios y el principio de la soberanía del consumidor que debe tener la capacidad de realizar opciones con recursos que son privados. La ideología gerencial está estrechamente ligada al principio de eficiencia. Según esta ideología, es posible mejorar el funcionamiento del sistema de salud otorgando un rol más importante a la gestión y a las medidas incentivadoras y mecanismos de imputabilidad.⁹

El equilibrio entre mecanismos burocráticos, políticos y de mercado está en el centro del pragmatismo vehiculado por la ideología gerencial. La ideología de la equidad y del humanismo está basada en la búsqueda de una mayor justicia social.⁹

Observamos de plano que las ideologías se manifiestan con una intensidad variable a través del tiempo en los diferentes proyectos de reforma. Además, los proyectos reformistas preparados por las diferentes comisiones se basan en una mezcla de dosis variables de las diferentes ideologías.⁹

Los informes recientes de diferentes comisiones muestran que los principios organizadores del sistema de salud se articulan cada vez más en torno a estrategias que apuntan a dinamizar la gestión (gestión descentralizada, contractualización, medida de los resultados asociaciones público-privadas, definición de sectores prioritarios, promoción de la utilización de una información racional o científica)⁹

A nivel federal dos grandes principios organizadores del sistema de salud se enfrentan: un sistema integrado sobre el plan de los valores y con una conducción rigurosa de las operaciones en función de la obtención de ciertos objetivos, y un sistema cuyo funcionamiento importa mejorar a cualquier precio sin voluntad de afirmar su singularidad o su especificidad.⁹

De esta manera, en el plano de los principios organizadores, la evocación de estrategias y de medios vinculados a la ideología gerencial se ha reforzado a través del tiempo. Esta tendencia puede acompañarse o no de la promoción de principios organizadores vinculados al mundo del sector privado (ej.: el recurso al mercado, a la competencia, una reivindicación para autorizar el ingreso de nuevos actores del mundo de la economía privada). La promoción de una ideología de negocios favorece la importancia del rol de los gestores como artífices de las reformas y de la conducción del cambio. Ello estimula también una cierta personificación de la acción al valorizar la figura del empresario en el sector público.⁹

Finalmente, la valorización de la ideología gerencial no implica, en el plano organizacional, el rechazo total de las otras ideologías reformistas sino su integración en

un marco más restrictivo. La ideología de la salud poblacional en el plano organizacional va a asumir la forma de una atención particular a ciertos programas preventivos en nombre de la búsqueda de una mayor eficiencia y del logro de ciertos resultados. La ideología democrática va a reflejarse en la promoción de mecanismos que permitan a los ciudadanos actuar como consumidores informados en el mercado de la atención en salud, tal como la promoción y difusión de información sobre los resultados alcanzados por los organismos de salud. De esta forma se otorga una atención particular a la reactividad del sistema.⁹

La campaña electoral en Canadá ha tenido en boga el tema de salud en ese país, "Los canadienses están en busca de liderazgo, y hay una serie de funciones importantes que el gobierno federal puede desempeñar en la promoción de la salud de canadienses", dijo el Dr. Karen Cohen, co-Presidente de HEAL, y Director Ejecutivo de la Asociación Psicológica Canadiense.¹⁰

La importancia para la actual campaña electoral se centró en que el sistema de salud no puede ser subestimado. Con la expiración del Acuerdo de 2004 de Salud en 2014, el gobierno federal próximo será el responsable de la negociación de un plan nacional para el cuidado de la salud más allá de 2014. La discusión y el debate que se requiere ahora para que los canadienses entren a entender la visión de las partes respectivas para el cuidado de la salud en el futuro, y tomar una decisión informada.¹⁰

¹⁰ Canadá Partidos políticos a los que se centran en el Sistema de Salud durante la campaña electoral. News Medical. Abril 2011. <http://www.news-medical.net/news/20110408/16216/Spanish.aspx>

2. SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA

Costa Rica se ha caracterizado en la región latinoamericana, por el reconocimiento de políticas públicas de desarrollo social de carácter universal, igualitario y equitativo. Las preferencias por el sector privado, se originan de la flexibilidad, eficiencia y rapidez de atención, enfrentado a la otra cara de la moneda, la ineficiencia, lentitud y poca calidad de los establecimientos públicos de Salud. Sin duda alguna, la salud constituye la principal preocupación de la ciudadanía costarricense, donde los cuasi mercados que se fortalecen en el campo de la salud requerirán sin duda regulación del Estado pero ante todo mejora del sistema de salud para garantizar el derecho constitucional de universalismo de este importante servicio, eje transversal del modelo de desarrollo de un país que hace diferencia en el resto de América Latina.¹¹

2.1 RESEÑA HISTORICA

2.1.1 Creación de la Caja Costarricense del Seguro Social. En 1923 Durante la V Conferencia Panamericana en Santiago de Chile, la Organización Internacional del Trabajo, (OIT) propuso a los países miembros de la Oficina Panamericana de la Salud instituir seguros sociales, dado el éxito que estaban teniendo en los países europeos. La IV Resolución de dicha conferencia recomendó el establecimiento en cada país de los seguros sociales y especialmente en las ramas de accidentes de enfermedad y de invalidez.¹²

¹¹GUTIERREZ PORRAS, Blanca Rosa. El Estado de Bienestar Costarricense: El Sistema de Salud y La Sostenibilidad de la Seguridad Social en Costa Rica. Universidad Nacional Instituto de estudios sociales en población. IDESPO. Costa Rica. 2010

¹²SALAS CHAVEZ, A. CASTILLO MARTINEZ, A. Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del modelo de atención de la salud. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) 2003.

2.1.1 Década de los 40. El 1 de noviembre de 1941, mediante Ley N° 17, se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como una Institución Semiautónoma durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.¹³

El 22 de octubre de 1943 la Ley de la creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento.¹³

El Seguro de I.V.M. (Invalidez, vejez y muerte) se crea en 1947, incluía a los trabajadores del Estado, Instituciones Autónomas, Semiautónomas y las Municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporan los trabajadores administrativos de la empresa privada.¹²

2.1.2 Década de los 60. En 1960, el Seguro de I.V.M. amplió su cobertura a los empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales.¹²

El 12 de mayo de 1961, mediante la Ley N° 2738, se aprueba la Universalización de los Seguros Sociales a cargo de la CCSS.¹²

En 1962, se amplió a los trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas, ferrocarriles.¹²

2.1.3 Década de los 70. En 1970 Durante la presidencia de José Figueres Ferrer se toma la decisión política de extender y universalizar los servicios médicos de la C.C.S.S. comprendidos en el Régimen de Enfermedad y Maternidad.¹³

En 1973, por medio de la Ley N° 5349, se aprobó el traspaso a la CCSS de los hospitales administrados por el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y financiados con fondos provenientes de la Junta de Protección Social y el Estado. Esta tarea se cumplió en un período de tres años y medio.¹³

¹³ Página Caja Costarricense del Seguro Social. 2006-2009.

http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c_organizacional/c_org_06.html

En 1975, se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores agrícolas y se le asigna a la CCSS la administración del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo, con el fin de otorgar protección económica a los ciudadanos de bajos recursos¹³

En 1978 ocurrió la creación del Régimen Voluntario de Protección a los Trabajadores independientes y sus Familiares.¹³

2.1.4 Década de los 80. A partir de 1982, se inicia el proceso de integración de servicios entre la CCSS y el Ministerio de Salud.¹³

El 15 de febrero de 1983 fue formalmente establecido el Sector Salud en Costa Rica mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN llamado Constitución del Sector Salud.¹²

En 1984 se da el Establecimiento del Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado para la cobertura de la población indigente¹²

El 09 de noviembre de 1989, por Decreto Ejecutivo No. 19276-S, se creó el Sistema Nacional de Salud y se estableció el Reglamento General del Sistema mediante el cual se responsabilizó al Ministerio de Salud de la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población.¹²

2.1.5 Década de los 90 en adelante. A principios de los años 90, se propone y aprueba la Reforma del Estado en la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público No. 6955, en la que se plantea la reestructuración de las instituciones públicas. Esto, con el financiamiento de los préstamos del Banco de Desarrollo (BID) contenido en la Ley No. 7374 aprobada en 1993, esta fortalece la competencia rectora del Ministerio de Salud y le asigna a la CCSS la ejecución de las actividades para la atención integral en la salud, mediante el traspaso de recursos e infraestructura.¹²

En 1993 se da la reforma al sector salud, los trabajadores de la Caja y del Ministerio se dedican a retomar los diferentes diagnósticos del Sistema de Salud y elaboran propuestas encaminadas a resolver sus limitaciones que, una vez avaladas y aprobadas, conforman el proyecto de Reforma del Sector Salud, que fue aprobado en la Asamblea Legislativa en diciembre de 1993, por la Ley No. 7441, que se implementa con el nombre de Modernización del Sistema de Salud.¹²

En 1998, mediante la Ley N° 7852, se aprobó la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, a efecto de otorgar mayor autonomía en la gestión presupuestaria, contratación administrativa y la administración de los Recursos Humanos. Adicionalmente, se crean las Juntas de Salud como entes auxiliares de los hospitales y clínicas para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana.¹³

En el año 2000, se aprobó la Ley N° 7983 Ley de Protección al Trabajador la cual le otorga a la CCSS la responsabilidad de recaudar las cuotas obrero patronales relacionadas con los fondos de capitalización laboral y el fondo de pensión complementaria, con el propósito de distribuir las a las diferentes operadoras de pensiones definidas por el trabajador.¹³

2.2 SISTEMA DE SALUD EN LA ACTUALIDAD

2.2.1 La Política Pública de Salud en Costa Rica. En Costa Rica, la salud se considera un bien público fundamental y por lo tanto, indispensable para lograr el desarrollo humano sostenible, por eso durante décadas ha ocupado un lugar importante en las políticas públicas costarricenses. Su fundamento legal se encuentra en la fuente principal del ordenamiento jurídico, la Constitución Política (1949). Costa Rica fundamenta su institucionalidad jurídica, económica y social en la Constitución Política de la República que data de 1949, año cuando fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente al final de uno de los procesos más difíciles de la historia costarricense, el cual incluyó además la abolición del ejército.¹¹

La Ley General de la Salud 5395 de 1973 consignó en su Artículo 1 que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado, y en su artículo 2, define que la función esencial del Estado es velar por la salud de la población, correspondiendo al Ministerio de Salud definir la política nacional de la salud y la coordinación de todas las actividades públicas y privadas relacionadas con la salud.¹¹

En cuanto a los logros en salud Costa Rica no solo está en una posición de privilegio a escala internacional, sino que además sus indicadores continúan mostrando progresos. Sin embargo, preocupan las notables variaciones que registran las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer, según zonas geográficas y áreas de salud. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el país, seguido del cáncer.¹¹

2.2.2 Organización del Sistema de Salud. En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas de Salud existen una serie de instituciones y establecimientos que forman parte de los subsectores públicos y privados, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad. El marco legal de la organización del Sector Salud está definido en el Decreto Ejecutivo No. 14313-SPSS-PLAN del 15 de febrero de 1983 que constituye el sector con las siguientes organizaciones:

2.2.2.1 Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud asume la rectoría, la que se fundamenta en la dirección y conducción de la planificación, coordinación e integración de las actividades relacionadas con la producción social de la salud y la promoción de la capacidad de respuesta de los actores sociales e institucionales que participan en el proceso.¹¹

El Ministerio formula, brinda seguimiento y evalúa el cumplimiento de la política nacional de salud, de los programas sectoriales y de los planes estratégicos en salud. Igualmente, realiza la vigilancia de la salud, así como la investigación y desarrollo tecnológico. Igualmente, tiene la función de vigilar el cumplimiento de las normas, reglamentos técnicos y procedimientos jurídicos y administrativo por parte de los actores sociales que realizan actividades relativas a la salud.¹¹

2.2.2.2 La Caja Costarricense de Seguro Social. Es la institución que administra el seguro de salud y de pensiones, mediante la oferta de servicios de salud para la prevención, promoción, curación, rehabilitación, la protección económica y las prestaciones sociales a la población costarricense. A partir de la reforma de modernización del Sector Salud, promulgada con la Ley No. 7374 de noviembre de 1993, los servicios de atención dejan de ser competencia del Ministerio de Salud y se trasladan a la Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante CCSS, esto con el fin de que el Ministerio asumiera el ejercicio de la Rectoría del Sector Salud. En la CCSS se desarrolla una estrategia con énfasis en el primer nivel de atención, mediante la conformación de las áreas de salud y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que se constituyen en el paso fundamental hacia un nuevo modelo de atención integral y universal en salud.¹¹

Como se puede observar, estas dos entidades, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud constituyen las entidades fundamentales en el desarrollo y ejecución de la política pública de la Salud, aunque con un nivel mayor de rectoría y planificación por parte del Ministerio de Salud.

2.2.2.3 El Instituto Nacional de Seguros. Es responsable de prevenir los riesgos laborales y de tránsito y otorgarles a los accidentados los servicios médicos hospitalarios y rehabilitación en forma integral.¹¹

2.2.2.4 El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Institución encargada de administrar y resolver todo lo relativo al suministro de agua potable para usos domiciliarios, industriales o de cualquier otra naturaleza, y disponer lo relativo a las aguas negras y pluviales en el país.¹¹

2.2.2.5 Las Universidades públicas y privadas. Instituciones docentes que tienen la responsabilidad de formar y capacitar a los profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas en salud y desarrollar proyectos de investigación para fortalecer y mejorar la salud.¹¹

2.2.2.6 Los Servicios Médicos Privados, las Cooperativas y las empresas de autogestión. Entidades que otorgan servicios de salud a la población mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Si ha existido un mercado creciente en el país, ha sido el sector privado de la salud, que ofrece una atención médica general y especializada en las áreas de consulta externa y hospitalaria, así como en servicios odontológicos, de laboratorio clínico y de radiodiagnóstico, entre otros, mediante el pago directo por parte de los usuarios, es decir, el gasto se da directamente del usuario (de los ciudadanos) sin ningún subsidio ni apoyo del Estado.¹¹

Quizá como dato importante es que en el año 2002 había dos hospitales pertenecientes al sector privado, y para el 2010 ya se cuenta con cinco hospitales privados y gran cantidad de clínicas y laboratorios privados cuya organización compite en infraestructura con las del sector público.¹¹

Finalmente, conforme a estudio reciente realizado por el Ministerio de Salud, el gasto en salud realizado por los ciudadanos sigue dominado por el componente público, pero con crecimiento acelerado en la participación del gasto privado. Todo esto ligado al creciente consumo en el mercado de servicios de distinta índole y adquisición de medicamentos.

Sobre este tema existe muy poca investigación en Costa Rica, cuya necesidad de realizar mayores estudios crece conforme la preocupación también, en especial por la desigualdad que se manifiesta entre la utilización de servicios eficientes y de alta tecnología (sector privado) y los del Estado que han entrado en crisis de eficiencia y calidad.¹¹

Estas instituciones son las que implementan los procesos de universalización de la atención integral en salud, descentralización y desconcentración de los servicios de salud, conforme a los lineamientos de la política nacional que señale el Ministerio de Salud. Dada la existencia de distintas instituciones encargadas de esta política, se creó el Consejo Nacional de Salud, que es un órgano de coordinación y consulta y está integrado por los máximos jefes de cada una de las instituciones. No ha tenido el impacto deseado puesto que la dirección en realidad en temas de Salud en el país, se observa únicamente en la CCSS y el Ministerio de Salud.¹¹

2.3 PROPÓSITOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El propósito general del Sistema Nacional de Salud consiste en preservar, mantener y mejorar la salud de la población mediante los siguientes propósitos específicos:

- Garantizar a toda la población, servicios integrales de salud de buena calidad
- Disponer de estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de los recursos y su respectivo control.
- Establecer subsistemas administrativos efectivos, eficientes y equitativos y garantizar por niveles de gestión (central, regional y local) una legislación nacional en salud congruente y actualizada.¹⁴

2.4 REGÍMENES DE ASEGURAMIENTO

Para cubrir a la población, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con diferentes regímenes de aseguramiento:

2.4.1 Asegurados (as) directos

- Asalariados (as)
- Trabajadores independientes
- Voluntarios (as)
- Por cuenta del Estado
- Asegurados (as) por convenios específicos
- Pensionados por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte
- Pensionados por el Régimen No Contributivo
- Pensionados por Regímenes Especiales

• ¹⁴ GARCIA CONZALEZ, Rossana. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Internet. <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>. 2004

2.4.2 Asegurados (as) por el seguro estudiantil. Este seguro cubre a todos (as) los niños (as) en edad preescolar y escolar que se mantienen en el programa regular de educación.

2.4.3 Asegurados (as) por leyes especiales. Un ejemplo de este tipo de asegurados son quienes están cubiertos por el Código de la Niñez.

La seguridad social le garantiza a la población la satisfacción de sus necesidades básicas. De esta forma, constituye uno de los más importantes pilares para la redistribución del ingreso nacional. Así contribuye a la equidad y justicia social.¹⁴

La Caja cubre, además de los (as) asegurados (as) mencionados (as), a sus familiares hasta primer grado de consanguinidad y al cónyuge o compañera (a), siempre que demuestren dependencia económica. Los familiares a que nos referimos son:

- Hijos (as) menores de 18 años
- Hijos (as) hasta los 25 años de edad que estén estudiando
- Hijos (as) con algún tipo de minusvalía sin límite de edad
- Ambos padres

2.4.4 No asegurados que pagan directamente su seguro. Adicionalmente, la Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención a personas no aseguradas mediante el pago directo de éstos.¹⁴

2.5 FINANCIAMIENTO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Por el carácter de su función o fin principal, la CCSS cuenta con el respaldo pleno del Estado, Patronos y Trabajadores, quienes con sus cotizaciones constituyen el fundamento económico básico sobre el cual giran sus actividades.¹⁵

Éstas son las cargas sociales recaudadas por medio de planillas:

¹⁵ CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL. Financiamiento. Enciclopedia libre Wikipedia. Revisión mayo 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Caja_Costarricense_de_Seguro_Social

Cotizaciones	Patrono	Trabajado	Estado	Total
Seguro de Salud	9.25%	5.5%	0.25%	15%
Seguro de Pensiones	4.75%	2.5%	0.25%	7.50%
Total	14%	8%	0.50%	22.50%

2.6 ORGANIZACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE

Por tener competencias y responsabilidades en todo el territorio nacional, la Caja Costarricense de Seguro Social, al igual que las otras instituciones del Sector Salud que, como se mencionó, forman parte del Sistema Nacional de Salud, está organizada en tres niveles administrativos, a fin de facilitar la ejecución de sus actividades y la coordinación en su interior.¹⁴

2.6.1 Nivel central o nacional. Este nivel tiene un carácter eminentemente político, normativo, controlador y financiero, pues en él se ubican las autoridades superiores que tienen la responsabilidad de garantizar, mediante la formulación de estrategias, planes, programas y presupuestos institucionales, el cumplimiento de los objetivos y funciones de la institución. Para ello se toma como punto de partida la Política Nacional de Salud oficializada por el Ministerio de Salud en su calidad de rector del Sistema Nacional de Salud.¹⁴

- Junta Directiva
- Presidencia Ejecutiva
- Auditoría
- Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS)
- Asesoría en Desconcentración y
- Juntas de Salud
- Gerencias: Médica, Pensiones, Financiera, Modernización y Desarrollo, Administrativa y Operaciones

2.6.2 Nivel regional. Su función consiste en adoptar y sistematizar, en su área geográfica de atracción, las estrategias, planes, programas y presupuestos definidos por el nivel central. Asimismo, le corresponde coordinar, supervisar y capacitar al recurso humano del nivel local y administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región. Este nivel representa el medio de enlace entre el nivel central y el nivel local y está conformado por:

- Direcciones regionales médicas
- Direcciones regionales financieras

2.6.3 Nivel local. Le corresponde programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud mediante las cuales se ejecutan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizados por el nivel regional. Además, se formulan y ejecutan proyectos locales que responden a particularidades del área de atracción y se administran los recursos humanos, físicos y financieros asignados a ese nivel.

Este se encuentra conformado por todos los establecimientos en los que se realizan las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación y rehabilitación de la salud de las personas, o sea por los servicios de salud:

- Hospitales nacionales especializados
- Hospitales nacionales generales
- Hospitales regionales
- Hospitales periféricos
- Áreas de salud
- Sectores de salud con sus Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.)

2.7 NIVELES DE ATENCIÓN

Los establecimientos que conforman el nivel local de la CCSS atienden necesidades y problemas de salud de diferente complejidad, que van desde la baja hasta la muy especializada, por lo que se organizan también en diferentes niveles de atención.¹⁴

2.7.1 Primer nivel de atención. Comprende los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.) y que cumplen con la consulta externa, medicina general de las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo.¹⁴

2.7.2 Segundo nivel de atención. Brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades. Los establecimientos de la C.C.S.S. típicos de este nivel de atención son los puestos y los centros de salud, las clínicas tipo I, II y III, así como la consulta de medicina general de las clínicas tipo IV y de los hospitales periféricos y regionales.¹⁴

2.7.3 Tercer nivel de atención. Provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades. Adicionalmente, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.¹⁴

2.8 CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN

Las características del modelo de atención se sustentan en las experiencias positivas del país, logradas a partir de la década de los años setenta, cuando se implementó la estrategia de Atención Primaria, razón por la cual la retoma y la fortalece mediante las siguientes características:

2.8.1 Atención integral e integrada. El modelo de atención se caracteriza por aplicar el enfoque bio-sicosocial del proceso salud – enfermedad, según el cual la salud de la población es un producto social y no solamente el resultado del éxito o fracaso de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las personas.¹⁴

2.8.3 Equipos de salud del Primer nivel de atención

2.8.2.1 Equipo de Apoyo. Constituyen el recurso humano asignado a las Áreas de Salud para que colaboren con acciones de supervisión técnica y administrativa, educación continua y atención de referencia de casos por parte de los E.B.A.I.S. y deberán estar conformados, al menos, por los siguientes miembros:

- 1 médico (a) especialista en medicina familiar y comunitaria
- 1 odontólogo (a)
- 1 farmacéutico (a)
- 1 microbiólogo (a)
- 1 enfermero (a)
- 1 trabajador (a) social
- 1 nutricionista (a)

Adicionalmente, el equipo de apoyo cuenta con recursos humanos del área administrativa.¹⁴

2.8.2.2 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.) El modelo de atención de salud es nacional, lo que significa que no es un modelo exclusivamente de la CCSS sino que, por lo menos las instituciones de salud que ofrezcan sus servicios financiados con fondos públicos deben apegarse a éste. Por ser la Caja la institución que cubre a la gran mayoría de la población, en este apartado se dispone la organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención de esta institución; está integrado, al menos por:

- 1 médico (a) general
- 1 auxiliar de enfermería
- 1 asistente técnico de atención primaria en salud (A.T.A.P.S.)

Es importante hacer notar que la integración, tanto de los equipos de apoyo como de los E.B.A.I.S., puede ser modificada en algunas áreas y sectores de salud, de manera temporal o permanente, cuando así se requiera para atender las necesidades y problemas de salud particulares. Esa modificación puede ser del tipo o de la cantidad de recursos humanos.¹⁴

2.8.3 OTRAS MODALIDADES DE ATENCION EN SALUD. En costa Rica, utilizando como criterio la procedencia de los recursos que los financian, la oferta de servicios de salud puede clasificarse en tres modalidades:

2.8.3.1 Servicios del Sector Público. Los servicios de salud del sector público son los que se ofrecen en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el Instituto Nacional de Seguros. Ya han sido ampliamente descritos.

2.8.3.2 Servicios del Sector Privado. Los servicios de salud del sector privado se pueden dividir en dos grupos:

- **Sector privado con fines de lucro.** En este grupo se ofrecen servicios, tanto ambulatorios como hospitalarios, mediante el pago directo de los (as) usuarios (as). El tipo de establecimientos en los que se ofrecen los servicios. Ejemplo: consultorios médicos, odontológicos, farmacias, laboratorios, hospitales, centros de diagnóstico, entre otros.¹⁴
- **Sector privado sin fines de lucro.** Son los servicios brindados por organizaciones no gubernamentales, por ejemplo: Cruz Roja Costarricense y Hogares CREA.

2.8.3.3 Sector Mixto. Los servicios de salud que se brindan en el sector mixto son una modalidad en la que se conjugan el sector público con el privado. Dentro de esta modalidad se presentan iniciativas como aquellas en que una institución pública como la CCSS entrega la infraestructura para que sea administrada por un ente ajeno al gobierno, o bien, cuando los (as) médicos (as), que ejercen la profesión en forma independiente o privada, y se aportan a los (as) pacientes, las medicinas de la CCSS.

Dentro de la modalidad de sector mixto se encuentran las siguientes iniciativas:

- Sistema médico de empresa
- Sistema de medicina mixta
- Sistema de cooperativa.
- Sistema de libre elección médica

- Compra de servicios a terceros

2.9 PLANES ESTRATEGICOS EN EL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD

Costa Rica tiene varios Planes Estratégicos para los próximos años en cuanto a salud pública se refiere. Entre ellos se encuentran:

- El Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y Sida 2011- 2015, y
- El Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes 2010-2018.¹⁶

2.9.1 El Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y Sida 2011- 2015. El Ministerio de Salud como institución rectora y el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y sida (CONASIDA), destacan la relevancia de avanzar en el conocimiento de la epidemia del VIH, reconociendo que, para avanzar hacia una sociedad más justa y solidaria, debe enfocar las intervenciones hacia las “causas de las causas”, o sea, intervenir en sus determinantes sociales, culturales y económicos. Esta realidad moviliza una vez más a Costa Rica a brindar una respuesta integral al VIH y sida, con la participación de diferentes sectores, instituciones públicas, privadas y la sociedad civil.¹⁷

En este esfuerzo nacional, ha sido y continuará siendo fundamental el apoyo técnico y financiero de las Agencias de Cooperación como ONUSIDA, y el Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID | PASCA). En este marco se construye el Plan Estratégico Nacional del VIH 2011-2015 (PEN).¹⁷

Este PEN se constituye en una herramienta para medir periódicamente los compromisos adquiridos por Costa Rica dirigidos a reducir la incidencia de VIH, fortalecer el Sistema de

¹⁶ Pagina Web. Pasca.Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH-SIDA. Revisión mayo 2011. <http://www.pasca.org/node/6>

¹⁷ AVILA AGÜERO, María Luisa. Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y Sida 2.011- 2.015. Ministerio de Salud de Costa Rica. Noviembre-2010

Vigilancia de la Salud, garantizar el acceso a la atención integral en los diferentes servicios, promover y defender los Derechos Humanos y fortalecer las capacidades y destrezas en el sector educación, con la finalidad de reducir el impacto personal, social, económico y político, generado por la exclusión y vulnerabilidad de las personas con VIH y sus allegados.¹⁷

Se es consciente que el trabajo no acaba con este PEN 2011-2015, pero la ejecución del mismo será un insumo esencial para continuar fortaleciendo intervenciones y acciones positivas, para crear estrategias específicas de acuerdo al escenario epidemiológico del VIH-sida y las enfermedades de transmisión sexual, promoviendo la integración y coordinación de esfuerzos conjuntos para lograr respuestas eficaces, siempre primando el enfoque de derechos humanos, de igualdad y equidad de género, diversidad sexual, interculturalidad e intergeneracional y garantizando los procesos inclusivos.¹⁷

2.9.2 El Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes (PENSPA) 2010- 2018. Durante los años 2008 y 2009, los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes y Jóvenes y el Plan de Acción de Salud de Adolescentes y Jóvenes en las sesiones 48ª y 49ª del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁸

Fundamentado en lo anterior y en el análisis de los determinantes sociales de salud de la población adolescente, especialmente el grupo comprendido entre los 12 y 18 años, el Ministerio de Salud de Costa Rica, como ente rector, convocó a diversos actores para iniciar un proceso de construcción que condujo a la formulación de un “Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)” cuyo propósito es mejorar las condiciones de vida de las personas adolescentes.¹⁸

Por medio de este PENSPA se pone a disposición ante los y las adolescentes, las instituciones y la sociedad en general, una herramienta de trabajo que permitirá

¹⁸ AVILA AGÜERO, María Luisa y colaboradores. El Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes 2010-2018. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Costa Rica. Marzo 2011

desarrollar acciones consensuadas que contribuyan a la reducción de los factores de riesgo a los que están expuestos este grupo de población, y a fortalecer los factores que protegen su salud, mediante estrategias de articulación que converjan sinérgicamente en acciones de desarrollo integral, promoción, prevención y atención de la salud de las personas adolescentes.¹⁸

Reconociendo que existen inequidades en el acceso y calidad a los diferentes servicios que requieren las personas adolescentes, el PENSPA permitirá avanzar hacia la reducción de las brechas de salud que inciden en las condiciones de vida, impactar en los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades que explican los perfiles de salud diferenciados que afectan a las poblaciones adolescentes más vulnerables.¹⁸

Con este Plan interinstitucional, el Ministerio de Salud conduce y articula las diversas responsabilidades y competencias institucionales en procura del bienestar de la población adolescente de Costa Rica, priorizando el logro de cinco objetivos:

- Generar información estratégica, de calidad, actualizada y accesible sobre la salud de las y los adolescentes e intervenciones institucionales, que permita identificar inequidades según edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, así como facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales e interinstitucionales.¹⁸
- Fortalecer y consolidar los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud para el establecimiento de entornos favorables para la salud y el desarrollo integral y el mejoramiento de las condiciones de vida de los y las adolescentes.¹⁸
- Implementar servicios interinstitucionales integrales de cobertura nacional, que respondan a las necesidades en salud de las personas adolescentes de forma articulada, accesible, diferenciada, amigable, continua y con un abordaje metodológico adecuado a las características de este grupo etéreo, dando prioridad a población adolescente que vive en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.¹⁸
- Desarrollar y fortalecer los programas de formación de recursos humanos en salud y atención integral de la adolescencia, especialmente en las carreras de ciencias

de la salud y afines, al igual que en los programas institucionales de capacitación para aumentar la competencia técnica de las personas funcionarias que brindan atención directa a la población adolescente.¹⁸

- Desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de un ambiente social de apoyo y fortalecimiento de la salud en la población adolescente a nivel nacional y local.¹⁸

Para alcanzar esos objetivos, se cuenta con el compromiso de diversidad de actores sociales que permitirán que el PENSPA sea una realidad y logre construir un mundo presente y futuro con mayor equidad, avanzando hacia el cumplimiento de los derechos humanos de los y las adolescentes.

3. SISTEMA DE SALUD DE CHILE

3.1 DESARROLLO HISTORICO DEL SISTEMA

El sistema de salud - en su aspecto formal - comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa, hospitalaria de enfermos y menesterosos.¹⁹

El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional. Sin embargo, para efectos de una descripción sintética, es posible identificar cinco períodos históricos en el desarrollo del sistema (formal) de salud, aunque hay sobreposición de elementos entre ellos:

3.1.1 Período de servicios locales de salud (1552 – 1917). Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. Desde el siglo XVI y hasta el siglo pasado, la atención y organización formales de salud se fue estructurando en forma paulatina, a través de varias instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico o de beneficencia.¹⁹

En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permite ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes. El año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya misión era asesorar al gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales. En 1892 estas funciones fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública.¹⁹

3.1.2 Período de maduración del sistema de salud (1917 – 1952). En 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.

¹⁹ Página Web COLEGIO MEDICO DE CHILE. Biblioteca. Documentos. Otros documentos. Mayo 21/2011
<http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=203>

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte.

En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

En 1948 se constituyó por ley el Colegio Médico de Chile destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.¹⁹

3.1.3 Período del Servicio Nacional de Salud (1952 – 1973). El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzado una importante cobertura del sector asistencial del país. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigentes. Con menor cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales.

Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud se destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica.¹⁹

3.1.4 Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales (1973 – 1990). Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario.

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

1985 se da la creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada Ley de Salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.¹⁹

3.1.5 Período de gobiernos de la Concertación (1990 en adelante). A partir de 1990, y luego del triunfo de los sectores democráticos tras la realización del plebiscito de 1989, se abrió un nuevo período en la historia del país. Ese mismo año, y apenas instaurada la democracia, el Parlamento dictó la llamada Ley N° 18.933 que creó la Superintendencia de las ISAPRE; las ISAPRE no fueron destruidas bajo la democracia, sino se las organizó de manera eficiente dotándoselas de una autoridad y un prestigio nunca antes vistos en el ámbito de la salud; pero, simultáneamente, se resolvió por esa vía terminar con el conflicto de intereses que existía entre FONASA y las ISAPRE.

Sin embargo, el aporte del sector laboral para el financiamiento del sistema público se mantuvo en un 14% en tanto el “costo de bolsillo” (llamado así al desembolso que realizan las personas para el gasto en farmacias y demás gastos no incluidos en el financiamiento del sistema público) estuvo alrededor del 27%, cifra que se debe considerar como bastante alta.

Que el gasto público haya aumentado significativamente no quiere decir que todos esos dineros hayan ido a parar a manos de los necesitados; la burocracia, el aumento indiscriminado de asesores ministeriales y sectoriales, consumió gran parte de ese aumento, aunque justo es reconocer que hubo notables avances en salud.

En 1995, el Congreso Nacional decidió modificar la Ley N° 18.933. Se ampliaron ciertos beneficios, se flexibilizó el cambio de ISAPRE y se dictaron algunas normas relativas a los excedentes de la cotización. Nada más. El sistema permaneció igual, aunque sí se

complementaron las reformas con mejoras en cuanto a la relación de FONASA con los prestadores de salud.

Hacia el año 2002, el gasto per cápita de FONASA alcanzaba un 54% del correspondiente a las ISAPRE.

Tres años más tarde, el Congreso despachó la Ley N° 19.966 que estableció el Régimen General de Garantías en Salud GES que, en un principio se conoció bajo el nombre de Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas AUGE. Los beneficios otorgados por esta ley comenzaron a regir a partir del 1 de enero de 2005, pero se extendieron sólo a quienes cotizaban en FONASA o alguna ISAPRE. Si bien es cierto que, en sus comienzos, esta ley abarcó enfermedades cuyo tratamiento no resolvía los verdaderos problemas de salud de la población por lo que era necesario incorporar más afecciones; en 2010 ya había 69 enfermedades incorporadas al Plan, con atención garantizada.

La ley antes mencionada estableció también que todas las personas que cotizaran tanto en FONASA como en alguna ISAPRE tendrían derecho a ir, una vez al año y en forma gratuita, a los consultorios médicos y hospitales a efectuarse un examen de medicina preventiva para detectar a tiempo ciertas enfermedades.³⁷

3.2 SISTEMA DE SALUD CHILENO EN LA ACTUALIDAD

El Sistema de Salud de Chile está Legislado actualmente por el DECRETO LEY 2.763 de 1979, el cual ha sido modificado por las Leyes:

- Ley 18.122 del 10 de mayo de 1982
- Ley 18.126 los artículos 4, 9, 33, todo lo concerniente a infraestructura hospitalaria, muebles e inmuebles.²⁰
- Ley 18.191 de 1982: Se agrega el Departamento de Nutrición a la Oficina de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud.²⁰
- Ley 18.210: Se incluyen algunos Servicios de Salud al artículo 16.²⁰
- Ley 18.417 de 1985: Modifica el artículo 20 (literal *i*). Las normas a que regulan la celebración de convenios a que se refiere esta letra se contienen en el DFL

(Decreto con fuerza de Ley) No. 36/80 del Ministerio de Salud. El capítulo VIII, artículo 9 (Se hace referencia a los mismos convenios) ²⁰

- Ley 19.310 de 1994 : Modifica el artículo 30²¹
- Ley 19.650 de 1999 : Modifica los artículos 8, 16, 24, 27, 30, 31, 33 (se deroga artículo 32) ²¹
- Ley 19.664 de 2000: Modifica la Ley 15.076 a que hace referencia el Decreto Ley 2763 de 1979.²¹

El Sistema dual o mixto está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y al sector privado. El subsector público representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por SNSS en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

El modelo plantea una **cobertura muy amplia, casi universal**. Según el trabajo de Marcos Vergara Iturriaga, el subsistema público brinda cobertura al 62% de la población mientras que las ISAPRES lo hacen en alrededor del 31%, y las FFAA en un 4%. ²²

Los afiliados al sistema público son categorizados según su nivel de ingreso en cuatro grupos. Los indigentes tienen cobertura total y se atienden exclusivamente en el SNSS, mientras que los otros tienen distintos porcentajes de cobertura en atención médica, odontológica, parto, medicamentos, etc., y pueden optar entre el SNSS y la libre elección. En tanto que los que cotizan en una ISAPRE, que pueden ser cerradas (orientadas a grupos definidos) o abiertas, tienen una cobertura según el aporte y la modalidad de la

²⁰ DECRETO LEY 2763 DE 1979. Ministerio de Salud. Departamento de asesoría jurídica. República de Chile. Actualizado 31 de diciembre de 2003.

²¹ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Legislación Chilena.
<http://docs.chile.justia.com/nacionales/leyes/ley-n-19-310.pdf>

²² LOPEZ, Susan .SISTEMAS DE SALUD COMPARADOS. Monografías. 2005.
<http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml#sistchile>

ISAPRE. Cabe recordar que estas entidades realizan selección por riesgo, contemplan preexistencias y períodos de carencia y espera.²²

El hecho que el Estado garantice a la población su derecho a la salud podría mostrarnos una concepción de que la salud es considerada un bien social, pero por otra parte el hecho que el acceso sea diferencial según sus ingresos pone en dudas la anterior concepción, aunque no implique directamente que sea un bien de mercado.²²

3.2.1 Subsector Público

3.2.1.1 Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS). Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: Subsecretarías de Salud Pública, Subsecretarías Regionales Ministeriales de Salud, Subsecretarías de Redes asistenciales, los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento y la Superintendencia de Salud. Además cuenta con una Comisión Presidencial de Salud la cual se encarga de estudiar las propuestas de Ley que prepara el Gobierno.²³

Al Ministerio de Salud le corresponde ejercer la función que le compete al Estado de velar por el desarrollo de la salud nacional y de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de los enfermos. Fundamentalmente, están a su cargo el dictado de normas, la formulación de planes y programas, la supervisión, evaluación y control del cumplimiento de las políticas y planes de salud, y de la coordinación de las actividades que tienen incidencia sobre el estado de salud, tanto de los organismos de su propio sistema, como con otras instituciones del sector y con otros sectores. A nivel de cada Región el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio en el ámbito de la Región.¹⁹

²³ Página Web MINISTERIO DE SALUD. Gobierno de Chile. Mayo 21 2011.

http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html

Son 26 Servicios con asignación geográfica definida más el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente. Están estructurados internamente en una Dirección de Servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.¹⁹

3.2.1.2 Fondo Nacional de Salud (FONASA). El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio.¹⁹

3.2.1.3 Instituto de Salud Pública. El Instituto de Salud Pública de Chile realiza labores en diversas áreas de la salud, como evaluación de calidad de laboratorios, vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros.²³

3.2.1.4 Central de Abastecimiento. La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene por objetivo abastecer de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a los establecimientos municipales de salud y a otros adscritos al sector público, como los hospitales de las fuerzas armadas o universidades.²³

3.2.1.5 Superintendencia de Salud. La Superintendencia de Salud es la sucesora legal de la Superintendencia de Isapres e inició sus actividades el 1° de enero del año 2005. Es un organismo que tiene como funciones principales, supervigilar , controlar a Isapres, Fondo Nacional de Salud (FONASA) y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, además de fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación.²³

3.2.2 Subsector Privado. El subsector privado está conformado de la siguiente manera:

3.2.2.1 Instituciones y Profesionales prestadores de servicios: Con o sin ánimo de lucro. No dependen del Ministerio de Salud y sólo están sujetas a disposiciones del Código Sanitario y a requisitos de funcionamiento.²³

3.2.2.2 Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE): En 1981 se creó el Sistema de Instituciones de Salud Previsional, popularmente conocidas como "Isapre". Éstas son entidades que captan la cotización obligatoria previsional de salud de los trabajadores que han optado por afiliarse al sistema privado.¹⁹

Las Isapre otorgan servicios de financiamiento de prestaciones de salud a un 18% de la población en Chile. Los servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad se prestan con cargo a las cotizaciones. Las prestaciones de salud se entregan a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de servicios médicos financiados por las Isapre. Prestan sus servicios ya sea mediante la entrega de ellas en sus propias unidades de atención, o a través del financiamiento de las mismas por pago a personas, clínicas, hospitales u otras instituciones pertenecientes a terceros. La afiliación es voluntaria, mediante cuotas que son pactadas teniendo en vista diferentes planes y coberturas que ofrecen las diversas instituciones.²³

Actualmente las ISAPRES son las siguientes: Banmédica S.A, Colmena Golden Cross S.A, Consalud S.A., Ferrosalud S.A., Fundación Ltda., Fusat Ltda., Cruz Blanca S.A., Masvida S.A., Normédica S.A., Río Blanco Ltda., San Lorenzo Ltda., Vida Tres S.A., Chuquicamata Ltda., Cruz del Norte Ltda.²³

3.2.3 Modalidades de Afiliación

3.2.3.1 Atención institucional. Indigentes sin capacidad de pago. Los usuarios se clasifican según el nivel de ingreso: A-B (no pagan), C (10%), D (20%). Sólo se atienden en establecimientos del SNSS.³⁹

3.2.3.2 Libre elección. Afiliados cotizantes y sus dependientes quienes pueden acceder a los servicios en el sistema público o en proveedores privados bajo contrato. Pagan un contrato que depende del nivel en el que se clasifiquen las instituciones y los profesionales.³⁹

3.2.4. Servicios ofrecidos

3.2.4.1 En FONASA: Se ofrece cobertura financiera para más de 2.000 tipos de prestaciones. Estas prestaciones pueden ser agrupadas de la siguiente manera:

- Atención ambulatoria: Consultas médicas, exámenes de laboratorio clínico e imagenología.
- Atención cerrada: Hospitalización incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Programas especiales: Cardiología, neurocirugía, transplantes renales y hepáticos, medicina nuclear, atención oncológica, hemodiálisis y programa del adulto mayor.

En la modalidad de Atención Institucional, los beneficiarios pueden acceder a las atenciones de salud que otorga la red de centros asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Según el ingreso del afiliado, éste debe efectuar copagos que fluctúan entre el 10% y 20% del valor de la prestación. En la Modalidad de Libre Elección, los afiliados pueden elegir libremente al profesional y establecimiento dentro del Rol de Inscripción del FONASA. Esta modalidad de atención considera siempre la cancelación de un copago por el beneficiario, el cual varía de acuerdo a la prestación y la categoría con que el profesional o el establecimiento estén inscritos en el registro de proveedores de FONASA.

3.2.4.2 En las ISAPRES: El contrato de seguro se suscribe individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, aunque existen planes colectivos cuyos beneficios y costos son negociados entre la ISAPRE y los representantes de los trabajadores de una determinada empresa. No existen planes obligatorios de referencia, pero se incluyen copagos a cargo de los cotizantes, cuyo valor también es muy variable. Sin embargo las ISAPRES, no pueden proponer planes de salud con una cobertura inferior a un 50% del nivel 1 de FONASA.

En el sistema privado de las ISAPRES, la libertad es amplia, pudiendo el usuario elegir atenderse con profesionales o instituciones que tengan o no convenio con su ISAPRE. Las ISAPRES incentivan la utilización de los profesionales e instituciones de su lista, o de su propia red en el caso de las ISAPRE que integran seguro y provisión, mediante el empleo de mecanismos de copago cuyas magnitudes se incrementan cuando los proveedores elegidos por el usuario no están en sus listas de profesionales.

En el sistema público de FONASA, la posibilidad de elección existe en la Modalidad de Libre Elección (MLE) para quienes cotizan. En este caso la situación es similar a la del sistema privado. La población indigente sólo puede usar la Modalidad de Atención Institucional (MAI), que se limita a los proveedores públicos. Sin embargo, el usuario mantiene la libertad de escoger el centro de salud en el cual se inscribe para su atención primaria. El acceso a la atención secundaria está definido por el centro de salud en el cual se inscribe para su atención primaria. El acceso a la atención secundaria está definida por el centro de salud. Por las condiciones generales de pobreza, la modalidad institucional es más frecuente en la zona rural y es casi la única para las poblaciones indígenas. Existen zonas del país en que la provisión privada, especialmente de especialidades y de atención de hospitalizados, es casi inexistente.

3.2.4.3 Nivel Secundario de atención: Se cuenta con 182 hospitales del sector público, a los que se deben agregar 8 hospitales no pertenecientes a los Servicios de Salud, pero que tienen convenios además 9 centros para consultas especializadas, sin capacidad de hospitalización.

Existe un conjunto de prestaciones correspondientes a la Ley de Medicina Preventiva y otros componentes adicionales, a los que pueden acceder beneficiarios de los sectores público y privado. Entre éstos se pueden mencionar el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), inmunizaciones, controles de salud y tamizaje para algunas enfermedades, entre otros.³⁹

3.2.5 Financiamiento del Sistema. Se destacan las siguientes fuentes de financiamiento:

- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
- Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
- La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% del salario), en virtud del régimen de seguro de salud.
- El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.
- Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
- El co-pago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
- Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
- Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
- Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
- El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.¹⁹

3.2.6 Principales problemas del Sistema en la actualidad. El subsistema público concentra a los beneficiarios de menores ingresos y de mayor riesgo.

- El subsistema privado concentra la población más sana y de mayores recursos, además se les permite la selección de riesgo, los copagos de cualquier tamaño, el uso de carencias y preexistencias.
- El subsistema privado puede discriminar afiliados y el subsistema público no.
- El subsistema público es el reasegurador implícito de toda la población.
- El subsistema público configura el eje estabilizador del sistema.

Entonces se puede caracterizar el sistema de salud actual como inestable, desde una perspectiva técnica por la creciente tensión financiera que seguirá aumentando la carga global de enfermedad (hoy de 55% de los años de vida perdidos obedecen a discapacidad y un 45% a mortalidad prematura), sobre el subsistema público a causa de la naturaleza discriminatoria del subsistema ISAPRE y de las evidentes dificultades que el subsistema tendrá para continuar reasegurando a la totalidad de la población.²³

3.3. SISTEMA DE SALUD DE CHILE – PROPUESTA 2010-2020

En enero del 2010 se presentó una propuesta por parte del Equipo de Objetivos de Salud y Planificación División de Planificación Sanitaria – DIPLAS de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. Este documento es una propuesta de Objetivos de Salud para Chile para la década 2010- 2020 en el contexto de un Plan Nacional de Salud. La propuesta en mención se realizó a solicitud de la Sra. Subsecretaria de Salud Pública en enero de 2010, Dra. Jeanette Vega, siendo el Estado quien la lidera pero contando con el concurso de un número importante de estudios técnicos, las propuestas emanadas de un proceso de participación ciudadana y el informe preliminar de la evaluación de los objetivos de impacto de la década 2000-2010. Asimismo, como parte de la programación del trabajo, esta propuesta ha sido difundida y discutida con diferentes actores del sector: directivos de los Servicios de Salud, SEREMI, equipos técnicos ministeriales, equipos directivos de Instituciones Autónomas.

Se realiza un análisis de contexto respecto a la realidad que hoy vive la sociedad chilena, sujeta a profundas transformaciones en las últimas décadas, a la necesidad de avanzar hacia el futuro modificando la forma de hacer las cosas, al vínculo entre la equidad tanto en el acceso como en la obtención de resultados en salud y el modelo de desarrollo y crecimiento económico. Los desafíos que hoy Chile enfrenta en salud están fuertemente vinculados a la inequidad, producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de

la vida de las personas expresándose con singular dureza en salud. Por ello es que esta propuesta tiene como pilar fundamental lograr mayor equidad.²⁴

Las Definiciones Estratégicas Sectoriales propuestas son las siguientes:

- **VISIÓN:** Ser un país que protege a su población el derecho a vivir en forma saludable, con equidad y justicia social.
- **MISIÓN:** Contribuir al desarrollo de un país con mayor bienestar y justicia social a través de acciones que comprometan al conjunto de la sociedad, respondiendo a las necesidades de la población.
- **VALORES:** Equidad, Participación, Solidaridad, Respeto, Calidad, Eficiencia.²⁴

Dentro de este **Plan Nacional de Salud** se definen los Objetivos de Salud para Chile 2010-2020 y las Políticas y Estrategias Prioritarias que deben ser desarrolladas para el logro de los objetivos propuestos. Estos son:

3.3.1 Conceptos Relevantes en los que se basa la propuesta

- El primer concepto que orienta la definición de los Objetivos en Salud que se presentan en este documento es la necesidad imprescindible de comprender que hay decisiones políticas mayores que una sociedad debe concordar para lograr avances en salud.
- Otro concepto, consecuente con el anterior, es la relevancia de los determinantes sociales de la salud. Son los distintos actores los que, actuando en forma coherente, determinan los resultados en salud, es decir, las acciones intersectoriales, guiadas por políticas públicas adecuadas, con participación de las comunidades ejercen un rol principal en salud.
- Un tercer concepto, a su vez dependiente de los anteriores, es definir la búsqueda de la equidad social y en salud, como un norte más concreto que oriente las acciones de todos los actores.

²⁴ OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD CHILE 2010-2020. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Equipo de Objetivos de Salud y Planificación, División de Planificación Sanitaria – DIPLAS. Enero 2010

- Por último, la reflexión del país que queremos para el año 2020, que está detrás de la nueva formulación de Objetivos de Salud, trae una vez más a colación la difícilísima cuestión de abordar la relación entre salud y desarrollo.²⁴

3.3.2 Plan Nacional de Salud. Para que los futuros Objetivos de Salud y el Plan Nacional de Salud se transformen en una verdadera carta de navegación, no sólo se requiere que los distintos actores se vean representados en ellos, que hagan sentido a la comunidad y a todos aquellos que pertenecen a los distintos sectores, sino que para llevarlos a cabo requiere que la planificación de las estrategias y actividades sea realizada en forma local.

El Plan Nacional de Salud se ha estructurado de la siguiente forma:

- Propósito.
- Objetivos Nacionales de Salud y Estrategias asociadas para su cumplimiento, cuya formulación es de responsabilidad del nivel central.
- Planes regionales de salud de responsabilidad de las autoridades de salud regionales con acompañamiento del nivel central.
- Sistema de monitoreo y control de gestión del Plan: a nivel regional y central.

3.3.2.1 Propósito. El propósito del Plan Nacional de Salud es el de ser el instrumento que oriente y enmarque todo el quehacer del sector salud y su relación con los otros sectores del Estado, en pos del cumplimiento de la Visión y Misión enunciadas.²⁴

3.3.2.2 Políticas y Estrategias Prioritarias

- Desarrollar modelos de trabajo para convocar a otros sectores del Estado. Avanzando al concepto de Salud en Todas las Políticas (STP).
- Políticas de RRHH.
- Gestionar la calidad y seguridad para el usuario del sistema de salud.
- Políticas de sustentabilidad financiera del sistema de salud. Presupuestos regionales
- Desarrollar tecnologías y estandarización de los sistemas de información.
- Política de regulación y complementariedad entre el sector público y privado.

- Políticas de inversión en infraestructura y desarrollo tecnológico.
- Política Nacional de Fármacos e Insumos Clínicos.
- Completar el proceso de Reforma de la Salud institucionalizando y profundizando el proceso de implementación
- Institucionalizar la participación ciudadana vinculante.⁹

3.3.2.3. Objetivos de Salud

- Alcanzar mayor equidad en salud
- Construir juntos una mejor salud, generando capacidades para una vida saludable
- Vivir en un entorno saludable
- Fortalecer un sistema de salud centrado en las personas y sus necesidades
- Vivir más y mejor incrementando los años de vida saludables disminuyendo las inequidades

Para cada uno de estos Objetivos se definen elementos priorizados, que enfocan y especifican su contenido y orientación.

De los 5 objetivos propuestos, los 3 primeros son fundamentalmente de acción intersectorial. El cuarto es específico y dependiente del sector salud y finalmente, el quinto, expresa el impacto deseado en mejoras de la morbilidad y discapacidad.²⁴

Estos son a groso modo los pilares de la propuesta de PLAN NACIONAL DE SALUD.

Al momento de realizar esta revisión, es decir, un año después de presentada la propuesta, no se evidencia que se esté llevando a cabo la misma, ya que ni en la página del Ministerio de Salud de Chile, ni en la del Colegio Médico de Chile se encuentra información al respecto; además el actual subsecretario de Salud de Chile el Dr. Jorge Díaz Anaiz, tampoco hace referencia a la misma, o a poner en marcha la propuesta.

Esperemos por el bien del pueblo chileno que no se quede el PLAN NACIONAL DE SALUD en un documento, ya que son palpables los múltiples problemas de índole insolidario, inequitativo, con selección y discriminación de riesgos en el sector privado y

selección adversa en el sector público, llevando a un gasto desequilibrado en ambos sistemas, además como consecuencia de lo anterior el gasto público en salud se ha venido incrementando en tanto que se observa ineficiencia y alto costo en el sector privado.

4. SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

4.1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD

Son visibles tres períodos históricos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que se han dado en la prestación del servicio de salud.

4.1.1 De 1886 a 1950. Se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950, en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista”. Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Recordemos que para la segunda mitad del siglo XIX Colombia era una república naciente, inexperta, agrícola, de colonos, y que esta situación duró hasta bien entrado el siglo XX.

Hacia 1945 se creó la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos, y para 1946 se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) que atendía a los empleados del sector privado formal.²⁵

El modelo que se iba a implementar a partir de 1946 fue resultado de una serie de transacciones políticas entre los diferentes actores sociales, destacándose los gremios de la producción, los sindicatos, el Gobierno y la organización médica de ese entonces que se llamaba Federación Médica. Esta transacción fundamentalmente dio lugar a un modelo que necesariamente tenía que entrar en crisis. Vale la pena anotar que la Federación Médica se opuso al modelo argumentando que el nacimiento del Seguro Social iba a romper la libre relación médico-paciente, porque el paciente solamente podría escoger al

²⁵ OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del Mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Capítulo 2. Biblioteca Virtual de economía, derecho y ciencias sociales. Cartagena. Agosto 2006

médico que estuviera adscrito al Seguro Social; pero según otros autores, otra razón (¿central?) era porque nivelaba tarifas en un momento en que la relación de población y médicos era de un médico por cada 30.000 habitantes. Entonces, al nivelar tarifas y al reducirlas, el Seguro Social afectaría los intereses de la agremiación.³⁸

El Seguro Social nació descapitalizado; el Gobierno se comprometió a financiarlo con un 25% de los aportes, el 50% correría a cargo del patrón y el otro 25% a cargo de los trabajadores. Tres años después de que iniciara operaciones el Seguro (que inició en el año 1949), es decir en el año 1952, el Gobierno dejó de aportar al sistema, con lo que tarde o temprano tenía que entrar en crisis.³⁸

Durante los años 1962 a 1968 Colombia registró uno de los mayores estándares de crecimiento, envidiables para la época. En ese tiempo, durante el Gobierno de Carlos Lleras Restrepo, el producto interno bruto creció un promedio de 6 al 6,5 %. La masa de asalariados también se acrecentó. Luego, lo que podríamos llamar en ese momento el Régimen Contributivo y la precaria cobertura del Seguro Social aumentaron significativamente. Evidentemente, con los recursos financieros que habían venido disminuyendo por el no aporte estatal y con el número de pacientes que había venido aumentando, y además que el Seguro no amplió el número de trabajadores propios, de médicos, obviamente la calidad del servicio tenía que deteriorarse y hubo que empezar a remitir pacientes del Seguro Social a clínicas privadas.³⁸

Una fue la situación del sistema de salud hasta el año 1966, y otra fue la situación del sistema de salud a partir del año 1967, entre otras cosas porque la historia del Seguro, y un poco la historia de la Caja de Previsión Nacional, muestra que fueron proyectos bien intencionados pero sin recursos financieros suficientes; por lo tanto, con frecuencia los pacientes del Seguro tenían que ser atendidos en clínicas privadas. La formación de hospitales y su cambio significativo fundamentalmente se dio gracias a los seguros económicos y a la creación del Fondo Nacional Hospitalario, ya que el 10% de los aportes para IVM (Invalidez, Vejez y Muerte, o sea, Pensiones) iban a fortalecer el Fondo Nacional Hospitalario, que era el que le daba grandes recursos al sistema para dotación de Hospitales, el mejoramiento y la atención en salud. La solvencia y el mejoramiento de

la calidad se le atribuyeron por tanto al desarrollo de los seguros económicos y al Fondo Nacional Hospitalario.³⁸

4.1.2 De 1970 a 1989. Un segundo periodo, que podemos ubicar entre 1970 y 1989, se caracterizó por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido de que los recursos del Gobierno central para la salud de las personas que no tenían Seguro Social eran transferidos a las instituciones públicas hospitalarias para que atendieran a la población pobre; hubiese poca o hubiese mucha demanda, el Estado pagaba todo lo que cada hospital fuera capaz de ofrecer, independiente de que se empleara o no (por eso se llamaba sistema de subsidio a la oferta). En este periodo el servicio de salud se convirtió en parte integral de la planeación socioeconómica del país. Se mantuvo el esquema tripartito de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal (Estado - empleadores - empleados), al menos en teoría, sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.²⁵

En vista de las condiciones reinantes en las Direcciones Seccionales de salud, se hacía evidente que el modelo propiciaba la corrupción, pues estas no podían al mismo tiempo dirigir, ejecutar recursos financieros, y ejercer acciones de auto-vigilancia y auto-control, ya que esta mezcla de funciones incompatibles eran un caldo de cultivo para la desviación de recursos del erario público hacia los bolsillos particulares.²⁶

El decenio de los setenta fue el período floreciente del Sistema Nacional de Salud durante la cual se construyeron grandes hospitales públicos, a través del Fondo Nacional Hospitalario, casi siempre ligados a prestigiosas Facultades de Medicina, con excelente dotación tecnológica y gran capacidad de resolución de problemas de salud.²⁶

El decenio de los ochenta fue el tiempo requerido para que el sistema público centralizado evidenciara sus debilidades. A finales de los ochenta se empieza a ver la necesidad de

²⁶ OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Porque reformar la reforma. Capítulo 1. Biblioteca Virtual de economía, derecho y ciencias sociales. Editorial Eumed.net. 2006

desarticular las funciones de salud que ejercían los Servicios Seccionales; los municipios reclamaban a gritos una descentralización.²⁶

Para 1990 el Congreso de la República expidió la Ley 10 que organizó la prestación del servicio de salud en tres niveles de atención. Los municipios podrían acceder a los recursos del Situado Fiscal para salud para las atenciones de menor complejidad, siempre y cuando demostraran capacidad de gestión para asumir la competencia.²⁶

El decreto 1770 de 1990 reglamentó la materia. Los municipios debían crear Direcciones Locales de salud, un Fondo Local de salud, diseñar un sistema de información en salud que les permitiera mantener un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de la población, y la elaboración de un Plan Local de Salud que permitiera controlar a través de indicadores la ejecución de los recursos de salud. La Dirección Local de salud debía contar con una estructura organizacional y un Manual de funciones, e implementar la carrera administrativa para sus funcionarios.²⁶

A los municipios que fueran asumiendo la competencia se les transferiría el manejo integral de su hospital, que era la institución prestadora pública de baja complejidad, la dotación tecnológica y el recurso humano, y obviamente el premio: el Situado Fiscal de nivel 1.²⁶

Pero un pequeño detalle ayudó a dar al traste con tan bienintencionado plan. ¿A qué entidad le correspondería el papel de evaluar si los municipios cumplían o no con los requisitos y expedir el certificado de cumplimiento? A las Direcciones Seccionales de Salud. Dado que la descentralización de los municipios representaba la pérdida de poder como ordenador del gasto y nominador, pues implicaba girar los recursos del Situado Fiscal al Fondo Local de Salud y transferir el personal de las instituciones prestadoras de primer nivel, sólo se descentralizaban aquellos municipios cuyos alcaldes eran de los afectos del Gobernador o del Director Seccional de salud de turno. La evidencia de tal afirmación está en que en el año 2008 es decir catorce años después de expedida la ley 10 de 1994, de los 1098 municipios de Colombia existían 637 sin descentralizar, lo que equivalía al 58%.²⁶

El tiempo de plena vigencia de la Ley 10 de 1990 fue muy corto debido a los acontecimientos subsiguientes.

4.1.3 De 1990 a hoy. Un tercer periodo arranca desde 1990 con la expedición de la Ley 10 en concordancia con lo que decía el artículo 36 de la Constitución Política de 1886, que había elevado el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad.

En un comienzo hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera fue la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declaró como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado y/o agentes particulares delegados por éste, en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental.²⁵

Algunos autores como Garay interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos.

Bajo este marco, la Constitución de 1991 elevó a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49).²⁵

La segunda fuerza fue el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993.²⁵

4.2 LA LEY 100 DE 1993

El Sistema General de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.²⁷

4.2.1 Objetivos del sistema

- Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
- Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la ley.
- Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.²⁸

4.2.2 Componentes del Sistema

La Ley 100 de 1993 establece la legislación de cuatro frentes generales:

- Primer libro : El Sistema General de Pensiones
- Segundo libro :El Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Tercer libro : El Sistema General de Riesgos Profesionales
- Cuarto libro: Los servicios sociales complementarios.

4.3 SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA EN LA ACTUALIDAD

²⁷SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. Salud en Colombia. Revisión mayo 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_social_de_Colombia

²⁸ LEY 100 DE 1993. Congreso de la República de Colombia. 1993

El sistema de salud en Colombia está regulado por el Gobierno Nacional por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. El núcleo del sistema vigente en Colombia está reglamentado por la ley 100 expedida en 1993, la cual implementó el sistema de seguridad social integral. Colombia para el año 2000 se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud.²⁹

A inicios del año 2011 la Ley 1438 fortaleció la Ley 100 de 1993, donde se modificaron entre otros puntos los principios que se tenían establecidos desde hace 18 años. Actualmente nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud se rige bajo los siguientes principios: Universalidad, Solidaridad, Igualdad, Obligatoriedad, Prevalencia de derechos, Enfoque diferencial, Equidad, Calidad, Eficiencia, Participación social, Progresividad, Libre escogencia, Sostenibilidad, Transparencia, Descentralización administrativa, Complementariedad y concurrencia, Corresponsabilidad, Irrenunciabilidad, Intersectorialidad, Prevención y Continuidad.³

4.3.1 Reglamentación básica. El sistema de salud en el país sigue reglamentado por la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país y que tiene 4 libros que regulan respectivamente las pensiones, la salud, los riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios, como se citó anteriormente.

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del Estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas promotoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos, además de que los proveedores de salud debían tener autonomía administrativa y que los usuarios del servicio debían tener el derecho a escoger libremente el proveedor de salud que desearan.²⁹

²⁹ SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA. Revisión mayo 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_Colombia

4.3.2 Modificaciones. La Ley 100 de 1993, que es la primordial norma del Sistema de Salud en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el Congreso de la República:

- **Ley 1122 de 2007:** su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública, de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".³⁰
- **Ley 1438 de 2011:** según lo señala su artículo primero: " ...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera." ³

4.3.3 Estructura del Sistema de Salud

El sistema está compuesto básicamente por tres tipos de entes:

- El Estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Salud y Protección Social que incluye a la cuenta FOSYGA, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) a partir de la Ley 1122 de 2007,

³⁰ LEY 1122 DE 2007. Congreso de la República. 2007

el Instituto para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

- Los aseguradores: Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP).
- Los prestadores: llamadas genéricamente instituciones prestadores de salud, son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc., que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.²⁹

4.3.3.1 Ministerio de la Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social es uno de los dieciséis Ministerios de la Rama Ejecutiva en Colombia en 2012. Es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza. Al asumir la Presidencia de la República en su primer mandato (2002- 2006), el presidente Álvaro Uribe Vélez decidió fusionar los Ministerios de Salud y de Trabajo en el Ministerio de la Protección Social. En el año 2011 y mediante la Ley 1444 el Ministerio de la Protección Social fue escindido en dos, resultando en el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Ministerio de Trabajo.³¹

4.3.3.2 Comisión de Regulación en Salud (CRES). La Comisión de Regulación en Salud (CRES) es una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Salud y Protección Social en Colombia, se encarga de normatizar temas relacionados con el Sistema de Seguridad Social en Salud como son el Plan Obligatorio de Salud y la unidad de pago por capitación -UPC-, entre otros. Esta Comisión fue creada por la Ley 1122 (2007) del Congreso de Colombia y reemplazó en sus funciones directivas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.³¹

³¹MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCION SOCIAL (COLOMBIA). Wikipedia. Revisión enero 2012. [http://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio_de_la_Salud_y_Protecci%C3%B3n_Social_\(Colombia\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio_de_la_Salud_y_Protecci%C3%B3n_Social_(Colombia))

4.3.3.3 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). El CNSSS a partir de lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007 que reformó el sistema, fue sustituido en sus funciones de dirección del sistema por la CRES, quedando como organismo asesor. Está conformado por el representante o los delegados de 14 estamentos nacionales como el Ministerio de la Salud y Protección social, Ministerio de Hacienda, Instituto de Seguros Sociales, Asociación Colombiana de las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (ACOPI), Asociación Nacional de Industriales de Colombia (ANDI), representante de los trabajadores, representante de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de la asociación de usuarios, de los trabajadores, de las EPS, de los profesionales de la salud, de los pensionados y de las entidades municipales de salud.²⁹

4.3.3.4 La Superintendencia Nacional de Salud. Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS, y supervisa los monopolios rentísticos de juegos de suerte y azar y de licores; así como la oportuna y eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud, entre otros.²⁹

4.3.3.5 Entidades aseguradoras. Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una Empresa Promotora de Salud (EPS), a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), y a una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) por medio de una afiliación formal.

4.3.3.5.1. Empresas promotoras de salud (EPS). Su función es organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el Plan de Beneficios. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el régimen contributivo o el régimen subsidiado; en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión, y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables que tienen los servicios de salud amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema.²⁹

La EPS del régimen contributivo o la EPS del régimen subsidiado son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. A su vez, las EPS contratan la prestación de los servicios de salud de sus afiliados con los prestadores de servicios de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, etc.) La Superintendencia de Salud define cuáles organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud (EPS) basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cubrimiento. Las EPS deben garantizar a sus afiliados el Plan de Beneficios y para cumplir con esa obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras instituciones prestadoras de salud.²⁹

4.3.3.5.2. Administradoras de riesgos profesionales (ARP): todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARP. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales, así como el pago de los días de incapacidad y las pensiones por esas causas. La atención sanitaria de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales será realizada por intermedio de la EPS a la que se encuentre afiliado, y la EPS luego cobrará a la ARP los gastos ocasionados. El valor total del aporte para la ARP le corresponde al empleador.²⁹

4.3.3.5.3. Administradoras de fondos de pensiones (AFP): son instituciones financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, cuyo objeto exclusivo es la administración y manejo de fondos y planes de pensiones del régimen de ahorro individual con solidaridad, y en algunos casos administran fondos de cesantía. Su papel en el sector salud se limita al pago al FOSYGA de las cotizaciones de quienes tenga pensionados, descontando el monto correspondiente de las pensiones que administran.²⁹ Además pagan el Auxilio Económico en personas que llevan más de 180 días incapacitados por enfermedad o accidente común (no profesional).

4.3.3.6. Instituciones prestadoras de salud

Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc., que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas, privadas o mixtas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se

caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acrediten, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Salud y Protección Social, de las IPS que reportan, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.²⁹

4.3.4 Financiación del Sistema. Los recursos en salud son manejados a partir de tres grandes “bolsillos”: el primero es la porción para salud que se entrega a cada ente territorial proveniente del Sistema General de Participaciones, que se llama Participación para Salud, que se utiliza para pagar actividades generales de salud pública, algo para población que necesita subsidios en salud, y algo para atender a la población pobre que ni siquiera tiene subsidio para salud; el segundo bolsillo son los recursos propios que cada ente territorial dedique a salud de su población; y el tercero y más grande es el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y reglamentado por el Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir varios frentes del sistema de seguridad social.²⁹

Las subcuentas que tiene el FOSYGA son las siguientes:

4.3.4.1. Subcuenta ECAT. Esta subcuenta paga el valor de las atenciones en salud de las víctimas de accidentes de tránsito que no cubra el seguro obligatorio para accidentes de tránsito (SOAT), y paga la atención en salud a las víctimas de eventos catastróficos y atentados terroristas. El seguro obligatorio SOAT cubre la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 500 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV); si la atención del paciente sobrepasa este monto, el sobrecosto estará a cargo de la subcuenta ECAT cubriendo hasta otros 300 SMLDV; si la atención entraña un precio más elevado, será la EPS o la ARP a la cual se encuentre afiliado el usuario quien asume el resto del costo, dependiendo de si el accidente fue común o laboral. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar los formularios para certificar éste tipo de accidentes, los cuales deben

anexarse junto con la copia del seguro SOAT para el respectivo cobro a la Aseguradora SOAT, y eventualmente a la subcuenta ECAT del FOSYGA.²⁹

4.3.4.2 Subcuenta de Compensación. Cada mes las EPS reciben de parte de los empleadores el valor de la cotización por cada trabajador (12,5% de los ingresos de cada trabajador), retiene lo que le corresponde por concepto de la Unidad de Pago por Cápita (UPC), y gira el excedente a la subcuenta de compensación del FOSYGA, o recibe de él el faltante, si fuere el caso. A ese procedimiento se le llama compensación. Se dice entonces que la subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago a la EPS de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para que a cambio de ella la EPS garantice un Plan de Beneficios por afiliado y por año. La CRES es la que fija anualmente el valor de la UPC, dependiendo del sexo, de la edad y de la localización geográfica de cada afiliado. De esta forma el FOSYGA paga a cada una de las EPS el valor de UPC independiente de si el afiliado utiliza los servicios o no, y es la EPS la encargada de administrar el riesgo en salud.

4.3.4.3 Subcuenta de Solidaridad. Recauda los recursos aportados por diferentes actores del sistema con destino al régimen subsidiado: una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan capacidad de pago, otra parte proviene de Cajas de Compensación, otra del presupuesto general de la Nación, y además hay otros ingresos menores (artículo 44 Ley 1438). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto pagar la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC del régimen subsidiado (UPC-S) por cada persona afiliada a una EPS del Régimen subsidiado en cada municipio del país. A diferencia de lo que pasa en el régimen contributivo, esta UPC solamente varía en función de la localización geográfica del afiliado. Entre más recursos obtenga ésta cuenta se abren más cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.²⁹

De la cotización de las personas que están afiliados como trabajadores activos en el régimen contributivo, pasan 0,17 puntos porcentuales (o 0,17% del ingreso) para la subcuenta de solidaridad; en cambio, si se trata de un pensionado o jubilado, pasa el

1.5% de su cotización para la subcuenta de solidaridad. Así lo establecieron la Ley 1438 y la Resolución 477 de 2011 del entonces Ministerio de la Protección Social.

4.3.4.4 Subcuenta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Financia las actividades masivas de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan Nacional de Salud.²⁹

Las actividades individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se hacen de cuenta de la UPC de cada afiliado, incluidas en su Plan de Beneficios.

4.3.5. Planes de Beneficios del Sistema

4.3.5.1 Plan Nacional de Salud Pública. Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 1438, le corresponde definir cada diez años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública deberá incluir:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.³⁹

4.3.5.2 Plan Obligatorio de Salud. Está a cargo de las EPS y se le llama también **Plan de Beneficios**. Es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario del régimen contributivo o subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria, y cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades. Incluye además la atención en morbilidad general, el suministro de medicamentos hospitalarios y ambulatorios para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de prestaciones económicas en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad (éstas últimas

aplicables sólo en el régimen contributivo)²⁹. A partir de julio de 2012, el plan de beneficios o plan obligatorio de salud del régimen subsidiado es igual al plan de beneficios o plan obligatorio de salud del régimen contributivo en lo asistencial, ya que existían diferencias representadas en menor cantidad de prestaciones concedidas en el segundo nivel, en actividades ambulatorias y en medicamentos ambulatorios para el régimen subsidiado.

4.3.5.3 Planes Voluntarios de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales en el libre mercado de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o al subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.³ Los planes voluntarios pueden ser: planes complementarios, prepagada, o pólizas de salud.

4.3.5.4 Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito –SOAT. El SOAT es un seguro que obligatoriamente tiene que adquirir con una aseguradora de seguros generales el propietario de cada vehículo automotor. Este seguro cubre exclusivamente el valor de atenciones en salud originadas en accidentes de tránsito hasta un monto determinado de 500 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV), después de lo cual los servicios serán facturados por el prestador de servicios de salud a la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito del FOSYGA (ECAT) hasta por otros 300 SMLDV. Superados estos montos, el cargo económico lo asumirá la EPS o la ARP a la que esté afiliado el usuario, según el evento haya sido un accidente común o un accidente laboral.

4.3.5.5 Cobertura en riesgos profesionales: Cubre el valor de la atención en accidentes de trabajo o en enfermedades profesionales, sin los límites del Plan Obligatorio de Salud. Los servicios son garantizados y pagados por las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), prestados a través de la red de prestadores contratados por la EPS en la cual esté afiliado el usuario, y la EPS recobrará luego de la ARP el dinero que corresponda.

4.3.5.6 Atención en eventos catastróficos. Cuando una persona es víctima de eventos definidos como catastróficos (por ejemplo: inundaciones, terremotos, avalanchas,

atentados terroristas), su atención en salud será pagada (el prestador facturará) por la subcuenta ECAT del FOSYGA hasta el tope de 800 SMLDV. Lo que exceda ese tope, será asumido por la EPS en la que esté afiliada la persona.

4.3.5.7 Otros planes de cobertura: En Colombia es obligación de todos los prestadores de servicios de salud, brindar la atención inicial de urgencias (hasta lograr estabilización de los signos vitales), obviamente de acuerdo con sus capacidades, sin exigir ningún pago previo.

4.3.6 Regímenes del Sistema. Como ya se ha señalado, existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo o el régimen subsidiado.

4.3.6.1 Régimen contributivo. El régimen contributivo es aquél mediante el cual las personas con capacidad de pago (Artículo 33 Ley 1438), hacen una cotización al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con los prestadores de servicios de salud y los presten a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales iguales a un salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador, del pensionado es del Fondo de Pensiones, y de los beneficiarios es del afiliado.²⁹

La cotización a salud debe ser el 12,5% del ingreso base de cotización (no necesariamente el salario, incluye todo lo que sean ingresos), porcentaje que asumen en su totalidad los trabajadores independientes; y en caso de trabajadores empleados éstos asumen el pago de un aporte del 4% y el empleador aporta el 8,5%. Para el personal pensionado es del 12% y está completamente a su cargo²⁹.

Al afiliarse al régimen contributivo, el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- Los beneficios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud.
- Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad (sólo los cotizantes).

- Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad o paternidad (sólo los cotizantes).

4.3.6.2 Régimen subsidiado. Acoge a la población que no tiene la capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a un salario mínimo legal vigente); por lo tanto quienes ingresan a este régimen reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian de manera global con tres fuentes de recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios (sistema general de participaciones), recursos propios del ente territorial, y el dinero que llega a cada ente territorial proveniente de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.²⁹

Para ingresar al régimen subsidiado, las personas son escogidas por cada uno de los municipios o distritos. Cuando el municipio o distrito ha logrado llegar a la llamada cobertura superior (al menos el 90% de su población potencialmente afiliable al régimen subsidiado la tiene efectivamente afiliada), simplemente va afiliando a cada persona nueva que vaya resultando beneficiaria de este régimen. Si es un municipio que no haya logrado la cobertura superior, afiliará a su población de manera paulatina, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así:

- Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Población infantil menor de 5 años.
- Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal.
- Población con discapacidad identificada mediante la encuesta SISBEN.
- Mujeres cabeza de familia de acuerdo la definición legal
- Población de personas mayores
- Población indígena.
- Población del área rural.⁴⁰

Cada municipio identifica la población potencial beneficiaria de subsidios mediante la aplicación de la Encuesta SISBEN (Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de Programas Sociales), o mediante otros instrumentos denominados listados censales

(comunidades indígenas, población infantil abandonada a cargo del ICBF, población indigente, entre otros) en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.²⁹

Cada ente territorial administrará el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. El Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional. La Nación podrá colaborar con los municipios, distritos y departamentos con la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.³

Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en la EPS del régimen subsidiado en la que venían, cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud del subsidiado y será compensado mensualmente a la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.³

Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor en proporción al pago que por el trabajador debería aportar al

³⁹ Decreto 3039 de 2007. Capítulo I. Ministerio de le Protección Social. Agosto de 2007.

⁴⁰ ACUERDO 415 de 2009. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Consejo Nacional de la seguridad social en salud. 2009

Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas. En caso que el empleador no cumpla con la obligación de pagar la cotización, al concluir la

relación laboral el empleador deberá pagar los aportes que adeude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.³

4.3.6.3 Población pobre no asegurada. Es aquella población urbana o rural de cada distrito, municipio o corregimiento departamental, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios, que no ha sido afiliada al régimen contributivo, a un régimen excepcional o al régimen subsidiado.³²

La población pobre no asegurada para los efectos de los cálculos de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones será por lo menos igual a la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación la población pobre no asegurada en los términos y condiciones previstos en el Decreto 159 de 2002, e igualmente comunicará la metodología y los datos que sirvieron de base para el cálculo de dicha población.³³

4.3.7 SISBEN. El Sistema de Identificación y Selección de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta de identificación que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar económico y pretende lograr una selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas, de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos como:

- Salud: mediante el subsidio a la demanda (es la misma afiliación al régimen subsidiado).
- Adulto Mayor.

³² DECRETO 2878 DE 2007. Presidencia de la República de Colombia. Julio 31 de 2007.

- Vivienda.
- Subsidios condicionados.
- Créditos Educativos.
- Desayunos Infantiles.

4.3.8 Regímenes de excepción. Son los definidos por la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, los servidores públicos antiguos de Ecopetrol, así como los Congresistas.²⁹ Cada vez son menos numerosos y tienden a desaparecer en el tiempo.

4.3.9 El futuro de la Salud en Colombia. Actualmente existen algunos Planes estratégicos para ser ejecutados los próximos años, algunos de los cuales vienen desde gobiernos anteriores. Entre estos encontramos dos sobre los cuales queremos hacer especial énfasis: la enfermedad de Hansen (lepra) y la tuberculosis (TB).

4.3.9.1 Plan Estratégico de Colombia Para Aliviar la Carga de la Enfermedad y Sostener las Actividades de Control de Lepra 2010-2015

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el plan estratégico 2000-2005, con el objetivo de consolidar en la región la eliminación de la lepra como un problema de salud pública a nivel nacional, y alcanzarla en aquellos países donde aún no se había llegado a la meta propuesta.³³

Sin embargo, la OMS consideró urgente y necesario efectuar cambios decisivos en el control de la lepra para lograr la meta de eliminación, reducir la carga de la enfermedad y sostener los servicios de control de la misma durante muchos años. Para esto, diseñó la estrategia mundial 2006-2010 para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad, la cual fue definida por la OMS como: “la evolución natural del plan estratégico, encaminada a afrontar los desafíos restantes y reducir la carga de morbilidad generada por la lepra”; desafíos que no son ajenos a la realidad y situación de

³³ PLAN ESTRATÉGICO DE COLOMBIA PARA ALIVIA LA CARGA DE LA ENFERMEDAD Y SOSTENER LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE LEPR 2010-2015. Ministerio de Protección social. República de Colombia. Diciembre 2009.

la enfermedad en Colombia. Actualmente se ha promulgado la estrategia 2011-2015, que pretende afianzar la lucha contra la enfermedad.³⁴

4.3.9.1.1 Justificación del Plan Estratégico 2010-2015. Colombia ha alcanzado en forma global la meta de eliminación de la lepra, al tener una prevalencia desde 1997 hasta 2007 por debajo de la meta de 1 por 10.000 habitantes. Sin embargo, el análisis territorial evidencia que aún persisten dentro del país, municipios que han sostenido prevalencias superiores a esta meta y, como resultante, se notifican anualmente en promedio cerca de 600 casos nuevos; un tercio de éstos presentan algún grado de discapacidad, 10% tenían discapacidad grado 2, y a ello se suma el hecho de que en los últimos cinco años, entre 67% y 76% de los casos nuevos corresponde a casos multibacilares. Es conocido que la persistencia de personas infectantes sin tratamiento en la comunidad aumenta el riesgo de mantener la circulación del bacilo, y por lo tanto de infectar a más personas.³⁴

Cerca de la mitad de los casos nuevos están diagnosticándose en adultos jóvenes entre los 15 y 44 años, lo cual significa que si además ya se encuentran con discapacidad, se está afectando a población económicamente activa generando un gran impacto social y económico. Si bien existen departamentos que permanentemente están notificando casos de lepra a través del SIVIGILA como Santander y Norte de Santander, hay departamentos que están en un aparente silencio epidemiológico, debido a que por recopilación histórica de información son territorios que presentan circulación del bacilo de Hansen. De igual forma, cerca de la mitad de los departamentos y distritos del país tienen un alto porcentaje de discapacidad promedio en los últimos años.³⁴

4.3.9.1.2 Objetivos y metas del Plan Estratégico.

- **Objetivo general**

Reducir la carga de la lepra y brindar acceso a servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de discapacidades con oportunidad y alta calidad a toda la población, conforme a los principios de equidad y justicia social.³⁴

- **Metas generales**

- Para el año 2015 el 100% de los municipios del país tendrán prevalencias menores a 1 caso por 10.000 habitantes.

- Reducir en un 35% la tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2 para el año 2015. (línea de base 2010).

4.3.9.2 Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015 Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”

Al analizar la incidencia notificada de tuberculosis (TB) que ha tenido Colombia entre 1970 y 2008 es necesario tener en cuenta la historia sanitaria, sociopolítica y ambiental del país; por ello se ha dividido el análisis en tres periodos:

- En el primer periodo de 1970 a 1993 observamos una disminución marcada, en donde existía un programa vertical basado en actividades de búsqueda activa con mayor importancia en criterios de diagnóstico clínico, radiológico y tuberculínico; la baciloscopia como pilar fundamental para el diagnóstico no tenía cobertura nacional; en este primer periodo el sistema de información era centralizado y consolidado por el nivel nacional.
- En el segundo periodo de 1994 a 1998 se observa irregularidad en la notificación, que podría estar explicada por una descentralización de las actividades de prevención, vigilancia y control y una reforma del sistema de salud que implicó que los niveles territoriales y nuevos actores como las aseguradoras e Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) asumieran responsabilidades en estas acciones. Por lo tanto, este periodo fue de transición y ajuste al nuevo sistema; el sistema de información entró en ajuste y modificación, lo cual pudo haber incidido en la irregularidad de la notificación de casos tanto por el programa de control como por el sistema de vigilancia.
- En el tercer periodo comprendido entre 1999 a 2008 se observa una tendencia estable según la notificación reportada; el nivel nacional hacia 1998 reglamentó la inclusión de eventos de interés en salud pública como la TB en el Plan de Atención Básica (ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas), lo cual implicó fortalecer acciones como la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo. La información diferencial para TB pulmonar y extrapulmonar aparece desde 1987 debido a que en años anteriores no se existían registros confiables que permitieran hacer el análisis. A partir de 1987 se mejoró el diagnóstico y notificación de la TB extrapulmonar y se incluyó

como un evento de vigilancia obligatoria en el marco de la aparición de los primeros casos de VIH/Sida en el país.³⁴

Colombia reporta anualmente más de 11.000 casos nuevos de TB-TF lo que nos indica que aun sigue siendo un serio problema de salud pública; durante el año 2008 se notificaron 11.342 casos nuevos para una incidencia 25,6 casos por 100.000 habitantes, de los cuales 6.815 (60,08%) ocurrieron en hombres y 4.527 en mujeres

4.3.9.2.1 Justificación del Plan Estratégico. Colombia adquirió el compromiso de trabajar por el logro de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales se dejaron de forma explícita en el documento CONPES 91 de marzo de 2005. En los planes de trabajo conjuntos en el nivel nacional para focalizar acciones hacia los ODM, se ha establecido incorporar el tema de tuberculosis como una prioridad. Dentro de la normatividad vigente, la tuberculosis se ha incluido como una prioridad en salud pública mediante el decreto 3039 de 2007 el cual incluyó objetivos, metas y estrategias. El país ha mantenido en los últimos 10 años altas tasas de incidencia de tuberculosis (25 por 100.000 habitantes promedio año) con brechas entre los departamentos, encontrándose territorios donde hay incidencias que superan cuatro veces el promedio nacional. Aun existen debilidades en las actividades vitales como la captación de sintomáticos respiratorios que para el 2008 fue de 54,4%, además no se cuenta con datos exactos de la coinfección VIH/tuberculosis, pero algunas aproximaciones puntuales estiman que la proporción de muertes por tuberculosis en PVVS (Personas Viviendo con el VIH/Sida) es del 10%.

4.3.9.2.2 Metas y Objetivos del Plan

- **Objetivo General:** Fortalecer la expansión de la estrategia “Alto a la TB” en Colombia para reducir la incidencia y mortalidad por tuberculosis.

³⁴ PLAN ESTRATÉGICO “COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 – 2015 PARA LA EXPANSIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TB” Ministerio de Protección Social. 2009.

- **Metas Generales :**

- Colombia notificará más del 70% de los casos nuevos baciloscopia-positiva y curará al menos el 85% de los mismos para el 2012.
- Reducir la incidencia de tuberculosis y disminuir la mortalidad y la prevalencia al 50% al 2015 respecto a la de 1990 (Línea de Base 1993: Incidencia de 32 casos por 100.000 habitantes).

4.3.10 ¿Qué esperar ahora después de la reforma?

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011, “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, fue presentada como la anhelada “solución estructural” de los problemas del sistema creados a través de varios años de vigencia de la Ley 100 de 1993. Se habló de nuevos recursos para la salud para lograr la cobertura universal del aseguramiento (800 millones de dólares anuales), “portabilidad nacional” del seguro, preferencia de los infantes y adolescentes, y mucha vigilancia y control para evitar que se pierdan recursos del sistema. Desafortunadamente, y como pasa con frecuencia en Colombia, la desinformación ayuda a olvidar los problemas y a confiar sin preguntar. Pero los problemas siguen ahí y las soluciones no son tan halagadoras³⁵

El actual Gobierno nacional ha tomado tres iniciativas legislativas que muestran con toda claridad sus intenciones: lograr la sostenibilidad financiera del sistema y, al mismo tiempo, tratar de cumplir con las órdenes de la Corte. Las iniciativas fueron:

- Apoyar el proyecto de reforma constitucional que había presentado el anterior gobierno para hacer de la “sostenibilidad fiscal”, un “derecho de todos”, lo cual implica limitar el contenido de los derechos sociales a la disponibilidad de recursos

³⁵ HERNANDEZ ALVAREZ, Mario; TORRES TOVAR, Mauricio. Nueva reforma en el sector salud en Colombia : Portarse bien para la salud financiera del sistema. Diciembre. 2010

³⁷ ACUÑA ASENJO, Manuel. Antecedentes para una reforma de la salud. Revista Piensa Chile tu ventana libre. Diciembre 10 de 2011. <http://www.piensachile.com/secciones/analisis/9468-antecedentes-para-una-reforma-de-la-salud>

fiscales, después de pagar la deuda pública y garantizar los recursos para la seguridad.³⁶

- Un proyecto de ley estatutaria para el sector salud mediante el cual se defina, de una vez por todas, el contenido del “*núcleo esencial del derecho*” a la atención en salud; esto es, un plan de beneficios costo-efectivo o financieramente viable, para que los jueces de tutela no sigan poniendo en riesgo financiero al sistema con su amplia concepción del derecho a la salud.
- Una integración de los proyectos de ley para reformar el sistema que habían presentado varios parlamentarios de diferentes partidos, pero con la impronta de la sostenibilidad financiera del seguro como eje de las propuestas.

Contrario a lo que cabría esperar de la jerarquía normativa, las dos primeras iniciativas siguieron su lento curso en el Congreso, mientras que la tercera se convirtió en la Ley 1438.³⁶

La "portabilidad nacional del derecho", anunciada como una de las principales virtudes, sólo podrá exigirse después de junio de 2013, cuando las EPS y el Ministerio de Salud y Protección Social lleguen a un acuerdo sobre cómo podrá pagarse a los hospitales y clínicas sin el contrato previo entre la EPS del afiliado y la institución prestadora.³⁶

La "universalización del aseguramiento" no es el resultado de una decisión política de garantizar el acceso real a los servicios que se requieren. Se trata de lograr la afiliación compulsiva al sistema, ahora desde el momento en que se requiera un servicio.

La intención, porque todavía falta mucho para ejecutar la nueva Ley, es la siguiente: cuando alguien enferme, una gran base de datos integrada, disponible en cualquier punto de atención del país, permitirá saber si está afiliado o no, sólo con el número de identidad. Si está afiliado, comenzará el trámite correspondiente según su plan de beneficios.

La actualización de los planes se hará cada dos años, con criterios de "costo-efectividad", "disponibilidad de recursos" y "equilibrio" de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se paga a las EPS. Pero la Ley no asume la unificación de los planes de los dos

regímenes que ordenó la Corte. Por lo tanto, continuará la desigualdad injusta entre los dos regímenes.³⁶

En conclusión, asistimos a un nuevo episodio de negociaciones entre actores del sistema, fuerzas políticas y gobierno, con muy poca transparencia y con baja participación de los ciudadanos y ciudadanas que se verán afectados. Las EPS seguirán siendo los agentes dominantes, ampliando su negocio por la vía de los seguros voluntarios, y el Estado seguirá tratando de hacer que todos se porten bien, por la salud financiera del sistema. Pero es poco probable que haciendo más de lo mismo se resuelvan los problemas.³⁶

La sociedad colombiana no puede quedarse tranquila con las promesas. Es claro que este modelo de salud no es el conveniente para Colombia, ni para otros países. Es necesario continuar el debate y, sobre todo, profundizarlo, aunque se haya presentado esta nueva Ley como la mejor solución.³⁶

Para culminar esta revisión y se haga práctico y útil el ejercicio realizado anexamos un cuadro con los principales hallazgos de cada uno de los sistemas de salud estudiados, del cual podemos concluir entre otros:

- Ninguno de los sistemas es del todo completo, lo que ha hecho que países como Canadá y Costa Rica que tuvieron sistemas públicos por muchos años, actualmente vean como los sistemas privados empiezan a ofrecer servicios que los ciudadanos están dispuestos a pagar, iniciando la conversión hacia sistemas mixtos.

³⁸ RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar. Experto en Seguridad Social. Reportaje Revista Salud Colombia. Edición 56. 2001. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud56/report56.htm>

³⁹ PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. CHILE. 2002 http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/perfildelsistemadesaluddechile-ES.pdf

- Nuestro Sistema de Salud colombiano es el que tiene mayor número de principios logrando de esta manera involucrar a los diferentes actores del mismo para poder conseguirlos.
- Financieramente el Sistema de Salud colombiano es de los mejor organizados, las diferentes subcuentas del FOSYGA permiten que cada rubro cubra necesidades específicas, aunque en nuestra cruda realidad la corrupción que invade el sistema no lo permite completamente.
- La estructura organizacional de cada uno de los Sistemas en los diferentes países se observa bien definida aunque sea diferente en cada uno de ellos.
- En las modalidades de afiliación es de admirar como Canadá desde su Gobierno federal ofrece cobertura a todos sus residentes indistintamente de su capacidad económica.
- Todos los Sistemas pretenden ofrecer cobertura en los mismos servicios, la diferencia la hacen la capacidad de sus profesionales, la tecnología con que se cuenta en cada uno de los países y esto depende directamente de la capacidad económica de cada uno de éstos.

PRINCIPALES HALLAZGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CANADA, COSTA RICA, CHILE Y COLOMBIA				
	 CANADA	 COSTA RICA	 CHILE	 COLOMBIA
CARACTERISTICAS GENERALES	Llamado Medicare. Sistema único, universal e integral de seguro médico.	Único, Público, equitativo y con cobertura universal	Insolidario, inequitativo, con selección y discriminación de riesgos en el sector privado y selección adverso en el sector público, llevando a un gasto desequilibrado en ambos sistemas	Regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado
NORMATIVIDAD	LEY DE SALUD CANADIENSE 1984	LA LEY GENERAL DE SALUD 5395 de 1973	DECRETO LEY 2.763 de 1979	LA LEY 100 de 1993 y la LEY 1438 de 2011
PRINCIPIOS	Administración Pública, Integralidad, Universalidad, Accesibilidad, Transferabilidad	Universalidad, Calidad, Integralidad, Solidaridad	Equidad, Participación, Solidaridad, Respeto, Calidad y Eficiencia.	Universalidad, Solidaridad, Igualdad, Obligatoriedad, Prevalencia de derechos, Enfoque diferencial, Equidad, Calidad, Eficiencia, Participación social, Progresividad, Libre escogencia, Sostenibilidad, Transparencia, Descentralización administrativa, Complementariedad y concurrencia, Corresponsabilidad, Irrenunciabilidad, Intersectorialidad, Prevención y Continuidad
TIPO DE SISTEMA	Público y privado	Público y privado	Público y privado	Público y privado
ASEGURAMIENTO	Cada provincia asegura a su población (Todo persona con mínimo 3 meses de residencia) y expide tarjeta de seguro para que sean atendidos	Caja Costarricense del seguro social y el Instituto Nacional de Salud. 87	Sector Público: FONASA Sector Privado: ISAPRES Otros sistemas previsionales: fuerzas armadas y carabineros	Empresas aseguradoras de servicios de salud (EPS subsidiadas y contributivas), de accidentes profesionales (ARP) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación. Regímenes de excepción: Policía, Ejército y Ecopetrol, cada empresa afilia a sus empleados y beneficiarios

FINANCIACIÓN	Fondos públicos el 75%. Fondos directos de usuarios y seguros privados el 25%	Aportación tripartita un % del salario del empleado, otro % el empleador y otro % el estado, además con otros recursos del Estado como Impuestos, Venta de Servicios e intereses.	.Impuestos directos e indirectos administrados por el gobierno .Tributos municipales o comunales administrados por la municipalidades .Cotización obligatoria de los trabajadores a Fonasa o Isapre .Pagos adicionales o de independientes a las ISAPRE .Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro .Copagos a ISAPRE y FONASA .Gastos directos de servicios asistenciales .Aporte de empresas a ARP	Los recursos son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Tiene 4 subcuentas : Subcuenta ECAT: Subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud. Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por los diferentes actores del sistema con destino al régimen subsidiado. Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad.
COMPETENCIA	. Los servicios de salud pública son administrados por las autoridades provinciales y municipales. . El gobierno federal a través del Depto de salud presta servicios de PyP, salud ocupacional y ambiental e investigación. . Algunas provincias ofrecen servicios que en otras dependen del pago del paciente.	.La Caja Costarricense del seguro social a través de : Nivel central o nacional (Político, normativo y controlador), nivel regional (Adoptar y sistematizar planes del nivel central), nivel local (Programar, ejecutar y monitorear programas del nivel regional).	SECTOR PUBLICO: SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD(SNSS): Servicios de salud descentralizados compuestos e hospitales, consultorios generales urbanos y rurales, médicos y estaciones medicos rurales .SECTOR PRIVADO : ISAPRES : Profesionales y centros de atención privados	El Ministerio de la Salud y Protección social a través de las EPS ejecutan el Plan de beneficios al que tienen derecho los afiliados al Regimen Contributivo o Subsidiado contratando para este fin las IPS según su competencia.

ESTRUCTURA	. Gobierno Federal . Ministerio de Salud Provincial . Hospitales estatales sin ánimo de lucro. . Clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias privadas debidamente autorizados por el gobierno.	. Ministerio de Salud .Caja Costarricense del seguro Social .Instituto Nacional de Seguros .Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados .Servicios médicos privados, las cooperativas y las empresas de autogestión.	SUBSECTOR PUBLICO .Sistema Nacional de Servicios de Salud(SNSS) .Fondo Nacional de Salud(FONASA) .Instituto de Salud Pública .Central de abastecimiento .Superintendencia de Salud SUBSECTOR PRIVADO .Instituciones y profesionales prestadores de servicios. .Instituciones de salud previsional(ISAPRES)	El estado: Sus organismos son : El Ministerio de la Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema. Los aseguradores: Entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). Acá tenemos ñas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Los prestadores: son las instituciones prestadores de salud (IPS), hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para este fin.
MODALIDADES DE AFILIACION	Ninguna. Toda persona con mínimo 3 meses de residencia recibe prestaciones médicas y hospitalarias	.Asegurados directos (Asalariados, trabajadores independientes, por convenios específicos, pensionados por el seguro de invalidez, vejez y muerte, por el régimen no contributivo y por regímenes especiales). Familiares que dependan del asegurado. (Esposa, hijos menores de edad, estudiantes, inválidos sin límite de edad, madre, padre mayor de 65 años y hermanos menores de edad o inválidos) .Asegurados por el seguro estudiantil, por leyes especiales y no asegurados que pagan directamente su seguro.	.ATENCIÓN INSTITUCIONAL: Indigentes sin capacidad de pago. Los usuarios se clasifican según el nivel de ingreso: A-B (No pagan) C(10%), D (20%) Solo se atienden en establecimientos del SNSS. .LIBRE ELECCION: Afiliados cotizantes y sus dependientes quienes pueden acceder a los servicios en el sistema público o en proveedores privados bajo contrato. Pagan un contrato que depende del nivel en el que se clasifiquen las instituciones y los profesionales.	REGIMEN CONTRIBUTIVO: Personas con capacidad de pago. todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un salario mínimo) y los pensionados. REGIMEN SUBSIDIADO: Población sin capacidad de pago con ingreso menor a un salario mínimo legal vigente.

SERVICIOS	. Atención universal y completa por servicios hospitalarios médicamente necesarios. .Consultas médicas a pacientes hospitalizados y no hospitalizados. .Medicamentos formulados a población especial como ancianos.	.Primer Nivel: Acciones de PyP, curación y rehabilitación de menor complejidad, consulta externa, medicina general. .Segundo Nivel: Intervenciones ambulatorias por especialidades básicas y algunas subespecialidades. .Tercer Nivel: Servicios de hospitalización y ambulatorios más complejos en las especialidades y subespecialidades de segundo nivel y en todas las subespecialidades. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que requieren alta tecnología y especialización.	.SECTOR PÚBLICO-FONASA: 1. Atención ambulatoria: Consultas médicas, exámenes de laboratorio clínico e imagenología. 2. Atención cerrada: Hospitalización incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos. 3. Programas especiales: Cardiología, neurocirugía, trasplantes renales y hepáticos, medicina nuclear, atención oncológica, hemodiálisis y programa del adulto mayor. .SECTOR PRIVADO-ISAPRES: El contrato de seguro se suscribe individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, aunque existen planes colectivos entre la ISAPRE y los representantes de los trabajadores de una determinada empresa. No existen planes obligatorios de referencia, pero se incluyen copagos a cargo de los cotizantes, cuyo valor también es muy variable. Sin embargo las ISAPRES, no pueden proponer planes de salud con una cobertura inferior a un 50% del nivel 1 de FONASA.	.REGIMEN CONTRIBUTIVO: •Los beneficios del POS • Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.(Solo los cotizantes) • Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad. (Solo los cotizantes) .REGIMEN SUBSIDIADO: •Los beneficios del POS. No hay derechos a prestaciones económicas.
-------------------------	--	--	--	--

CONCLUSIONES

- Canadá se distingue por ser un país donde se encuentran fuerzas políticas socialistas, liberales y conservadoras. Puede definirse Canadá como un país que piensa como un socialista pero que vive con los pies sobre el capitalismo. Canadá entonces, usa la riqueza generada por el sistema capitalista para proveer a sus ciudadanos con beneficios de inspiración socialista.
- El Sistema de salud canadiense es un sistema en constante flujo. Sin embargo se puede decir que es un sistema donde el Estado, al ser el único pagador de la mayoría de los servicios médicos, puede establecer cuáles y cuántos servicios se ofrecen, lo cual es fundamental desde el punto de vista económico porque se pueden contener gastos generados por un sistema destinado a cuidar de la salud individual de todo un país.
- El sistema de salud canadiense o seguro de salud, conocido como "Medicare", es un sistema financiado con fondos públicos pero los prestadores son privados. Cada provincia y territorio administra y presta servicios de acuerdo con sus propios planes de salud.
- El Sistema de salud canadiense está catalogado como uno de los mejores del mundo, aún así se pretende hacer algunas reformas, dadas por los cambios que ha traído consigo la economía del país, y la explosión demográfica en provincias antes poco pobladas.
- En Costa Rica, el desarrollo y ejecución de las políticas públicas de la Salud se inspiran en los principios de universalidad, igualdad y equidad, lo que ha producido índices de salud de gran éxito.
- En Costa Rica, la rectoría del sistema corresponde al Ministerio de Salud, sin embargo, este Ministerio no ha logrado posicionarse en su papel de rector de la Salud, ya que no administra ni tiene competencia sobre el Régimen de Seguridad Social, labor a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, quien también es a la vez el principal proveedor de los servicios de salud.

- El sistema de salud costarricense se financia tanto del Régimen de Seguridad Social como de los impuestos generales que recaudan el Estado o sus instituciones.
- Los retos del sistema de salud de Costa Rica se resumen en el deterioro en los servicios públicos de salud y la creciente demanda de los ciudadanos en el mercado privado de la salud que se está generando en los últimos años, con una regulación e inspección mínima por parte del Ministerio de Salud.
- La constitución política de Chile garantiza a todas las personas que habitan en el país el derecho a la protección de la salud. Además el Estado debe planificar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones del sector salud.
- El Sistema de Salud de Chile es un sistema mixto que combina dos subsectores, público y privado en donde se combina una Sistema de Seguridad Social con un Sistema de seguros privados.
- El sistema de salud chileno es insolidario, inequitativo, con selección y discriminación de riesgos en el sector privado y selección adversa en el sector público, llevando a un gasto desequilibrado en ambos sistemas.
- El gasto público en salud viene incrementándose, no existen planes únicos de salud y las diferencias en calidad y oportunidad son importantes, además hay ineficiencia y alto costo en el sector privado.
- El sistema de salud en Colombia está regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. El sistema vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida en 1993, ha tenido modificaciones mediante las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y tiene amplia regulación con base en Decretos, Resoluciones y Acuerdos.
- A partir de la Ley 1438 de 2011 nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud se rige bajo los siguientes principios: Universalidad, Solidaridad, Igualdad, Obligatoriedad, Prevalencia de derechos, Enfoque diferencial, Equidad, Calidad, Eficiencia, Participación social, Progresividad, Libre escogencia, Sostenibilidad, Transparencia, Descentralización administrativa, Complementariedad y concurrencia, Corresponsabilidad, Irrenunciabilidad, Intersectorialidad, Prevención y Continuidad.

- La Ley 1438 parece ser que no es la gran reforma que esperábamos los colombianos, ya que nos abocará a un nuevo episodio de negociaciones entre actores del sistema, fuerzas políticas y gobierno, con muy poca transparencia real y con baja participación de los ciudadanos que se verán afectados.
- La nueva ley 1438 aprobada en el Congreso de la República de Colombia fortalece al SGSSS como industria y comercio, como negocio, donde la salud dejó de ser considerada un derecho humano para convertirse en mercancía. Es una ley de claro beneficio para los intermediarios, ley que desconoce las observaciones y solicitudes que se han hecho en favor de un sistema de salud que de verdad represente los intereses de los ciudadanos y no los de las empresas aseguradoras.

BIBLIOGRAFIA

- Página Web COLEGIO MEDICO DE CHILE. Biblioteca. Documentos. Otros documentos. Mayo 21/2011. <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=203>
- BASTÍAS, G. VALDIVIA, G. Reforma de Salud en Chile; El plan auge o régimen de garantías explícitas en salud. BOLETÍN ESCUELA DE MEDICINA U.C., PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE VOL. 32 N°2 2007
- Página Web. MINISTERIO DE SALUD. Gobierno de Chile. Mayo 21/2011. http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html
- LOPEZ, Susan .SISTEMAS DE SALUD COMPARADOS. Monografías. 2005. <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml#sistchile>
- PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. CHILE. 2002 http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/perfil_delsistemadesaluddechile-ES.pdf
- DECRETO LEY 2763 DE 1979. Ministerio de Salud. Departamento de asesoría jurídica. República de Chile. Actualizado 31 de diciembre de 2003.
- ARIAS, J. YEPES F. La Investigación de la Salud Pública y Sistemas de Salud en América Latina a la luz de las reformas. IDRC (International Development Research Centre) http://www.idrc.ca/es/ev-23078-201-1-DO_TOPIC.html
- CAVIEDES DUPRA, R. Hacía un Sistema de Salud de Primer Mundo ¿Qué hacer? Cámara de Comercio Lima Perú. 2011. http://www.camaralima.org.pe/DESCARGAS/FORO_SALUD/2_RCaviedes.pdf
- OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD CHILE 2010-2020. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Equipo de Objetivos de Salud y Planificación, División de Planificación Sanitaria – DIPLAS. Enero 2010
- LEY 1438 de 2011. Congreso de Colombia.
- Página web Caja Costarricense del Seguro Social. 2006-2009. http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/c_organizacional/c_org_06.html

- Comisión Económica para América Latina, Financiamiento del Desarrollo. El Sector Privado en el Sistema de Salud de Costa Rica. Abril 2001 <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/7095/lcl1527e.pdf>. Abril 2001
- ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE CANADA. WIKIPEDIA. Provincias de Canadá. http://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_territorial_de_Canad%C3%A1
- DE BOLD, Adolfo J. El Sistema de Salud Canadiense y su Contexto dentro de la Sociedad Canadiense. Instituto de Cardiología de la Universidad de Ottawa, Canadá. Congreso Cardiología. 2001
- JEAN L. Denis, LISE LAMOTHE, ANN LANGLEY Y STÉPHANE GUÉRARD. Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública. REVISTA DE SALUD PUBLICA. Volumen 12. Bogotá. Abril 2010. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0124-00642010000700008&script=sci_arttext
- Canadá Partidos políticos a los que se centran en el Sistema de Salud durante la campaña electoral. News Medical. Abril 2011. <http://www.news-medical.net/news/20110408/16216/Spanish.aspx>
- GUTIERREZ PORRAS, Blanca Rosa. El Estado de Bienestar Costarricense: El Sistema de Salud y La Sostenibilidad de la Seguridad Social en Costa Rica. Universidad Nacional Instituto de estudios sociales en población. IDESPO. Costa Rica. 2010
- Centro de Desarrollo Estrategico e Informacion en Salud y Seguridad Social. Curso de Gestion Local de Salud para Tecnicos del Primer Nivel de Atencion. Internet. <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>. 2004
- CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL. Financiamiento. Enciclopedia libre Wikipedia. Revisión mayo 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Caja_Costarricense_de_Seguro_Social
- Pagina Web. Pasca. Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH-SIDA. Revisión mayo 2011. <http://www.pasca.org/node/6>
- AVILA AGÜERO, María Luisa. Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y Sida 2.011-2.015. Ministerio de Salud de Costa Rica. Noviembre-2010

- AVILA AGÜERO, María Luisa y colaboradores. El Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes 2010-2018. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Costa Rica. Marzo 2011
- OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del Mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Capítulo 2. Biblioteca Virtual de economía, derecho y ciencias sociales. Cartagena. Agosto 2006
- OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Porque reformar la reforma. Capítulo 1. Biblioteca Virtual de economía, derecho y ciencias sociales. Editorial Eumed.net. 2006
- SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. Salud en Colombia. Revisión mayo 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_social_de_Colombia
- LEY 100 DE 1993. Congreso de la República de Colombia. 1993
- SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA. Revisión mayo 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_Colombia
- LEY 1122 DE 2007. Congreso de la República. 2007
- MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCION SOCIAL (COLOMBIA). Wikipedia. Revisión enero 2012. [http://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio_de_la_Salud_y_Protecci%C3%B3n_Social_\(Colombia\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio_de_la_Salud_y_Protecci%C3%B3n_Social_(Colombia))
- COMISION DE REGULACION EN SALUD. Wikipedia. Revisión mayo 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_Regulaci%C3%B3n_en_Salud
- DECRETO 2878 DE 2007. Presidencia de la República de Colombia. Julio 31 de 2007.
- PLAN ESTRATÉGICO DE COLOMBIA PARA ALIVIAR LA CARGA DE LA ENFERMEDAD Y SOSTENER LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE LEPROSIA 2010-2015. Ministerio de Protección social. República de Colombia. Diciembre 2009.
- PLAN ESTRATÉGICO “COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 – 2015 PARA LA EXPANSIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TB” Ministerio de Protección Social. 2009.

- HERNANDEZ ALVAREZ, Mario; TORRES TOVAR, Mauricio. Nueva reforma en el sector salud en Colombia : Portarse bien para la salud financiera del sistema. Diciembre. 2010
- RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar. Experto en Seguridad Social. Reportaje Revista Salud Colombia. Edición 56. 2001.
<http://www.saludcolombia.com/actual/salud56/report56.htm>
- Decreto 3039 de 2007. Capítulo I. Ministerio de le Protección Social. Agosto de 2007.
- ACUERDO 415 de 2009. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Consejo Nacional de la seguridad social en salud. 2009.
- ACUÑA ASENJO, Manuel. Antecedentes para una reforma de la salud. Revista Piensa Chile tu ventana libre. Diciembre 10 de 2011.
<http://www.piensachile.com/secciones/analisis/9468-antecedentes-para-una-reforma-de-la-salud>