

Editorial

Ximena Dueñas Herrera

Directora del Observatorio de Políticas Públicas,
POLIS, de la Universidad Icesi de Cali.

Casi 20 años después de la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, el 6 de diciembre de 2010 la plenaria del Senado aprobó el proyecto de ley que reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud.

El término prevalente en los proyectos de ley de reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud es la *sostenibilidad fiscal*, que, ante la ausencia de un plan de beneficios unificado y bien definido, ha generado una demanda creciente por eventos no cubiertos mediante la acción de tutela. Es por eso que la inclusión del término suena muy responsable desde la perspectiva económica pero las implicaciones subyacentes son delicadas cuando las limitaciones de recursos van en contravía con garantizar el derecho a la salud. Resulta todo un reto para cualquier sistema de salud en el mundo definir un Plan Obligatorio de Salud (POS) consensuado, actualizado y viable financieramente.

El argumento del Ministro de Hacienda Juan Carlos Echeverry a favor de la sostenibilidad fiscal establece

que el Estado debe actuar como las personas, no gastando más de lo que tienen. El Ministro de Hacienda de Colombia, país caracterizado por el [ab] uso de las vigencias futuras le está explicando a los colombianos, que en su mayoría no tienen acceso al sistema financiero formal, que es obvio que los Honorables Congresistas apoyen proyectos de ley fiscalmente sostenibles.

Adicionalmente, hay otros fenómenos que también resulta pertinente prever como el efecto de la informalidad y los incentivos para que las personas eviten cotizar al sistema, potenciando parte del problema financiero que enfrenta el sector ante la informalidad en la economía. Además, nadie discute sobre la eficiencia en el uso de los recursos, incluyendo EPS, entes territoriales, y el efecto de la corrupción.

El presente Boletín POLIS pretende enriquecer el debate sobre la reforma al Sistema de Salud de Colombia mediante la presentación y discusión de experiencias internacionales relevantes, como las

continúa en la página 2

Encuentre en esta edición

Página No. 3

Diseño Institucional y Desempeño de los Sistemas de Salud
Ramiro Guerrero, MS.

Página No. 6

La Reforma de la Salud en los Estados Unidos: Acuerdos Imperfectos
Thomas Bossert, Ph.D.

Página No. 9

El Seguro Popular: La Versión Mexicana del Régimen Subsidiado
Salomón Chertorivski, MPP.

Página No. 11

Acceso Universal con Garantías Explícitas: La versión chilena del POS, una reforma que funciona
Antonio Infante, M.D. M.PH.

Página No. 13

El Sistema de Salud Español: la Importancia de la Atención Primaria en Salud
Marta Cecilia Jaramillo, Ph.D. (c)

Página No. 16

El sistema de salud en Colombia: "Una sinfonía inconclusa y arriesgada"
Dov Chernichovski, Ph.D.

Página No. 18

Los colombianos preguntan, los expertos responden

Página No. 20

Actividades sobre lo público en la Icesi

recientes reformas en Chile con el programa AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), en México con el Seguro Popular y en Estados Unidos con la reforma Obama. La discusión cuenta con la participación de autores conocedores de los procesos de reforma en cada uno de estos países, reunidos en Santiago de Cali en el “Simposio Internacional sobre los Sistemas de Salud en el Mundo: éxitos, fracasos y lecciones para Colombia”, realizado por el Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA, y el Observatorio de Políticas Públicas - POLIS de la Universidad Icesi, con el apoyo de la Fundación Valle del Lili, Coomeva Medicina Prepagada, Comfandi, el Programa Así Vamos en Salud, Icetex, la Revista Semana y el periódico El País.

En este sentido, Ramiro Guerrero, Director del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA, discute sobre el estado del arte en materia de diseño institucional, regulación y financiación de los sistemas de salud, mediante el planteamiento conceptual de sus objetivos, su forma de organización y desempeño.

Thomas Bossert, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, explica el carácter no universal del sistema de salud en Estados Unidos, la forma como funciona, y los problemas del sistema. Adicionalmente, hace un análisis retrospectivo de los intentos de reforma al sistema desde 1930, y plantea los compromisos y logros de la reforma Obama.

Salomón Chertorivsky, Comisionado Nacional del Seguro Popular de México, plantea la estructura macro

del sistema de salud en términos institucionales, y discute sobre el surgimiento del Seguro Popular en el 2000 como la reforma que le ha permitido a ese país alcanzar altos niveles de cobertura bajo un sistema armonizado.

Antonio Infante, Expresidente del Consejo Consultivo del Plan AUGE de Chile, hace un análisis retrospectivo de los cambios y continuidades del sistema de salud en Chile desde 1952 hasta el sistema actual, que funciona como resultado del proceso de formulación e implementación de reforma del año 2000, que entró en vigencia en el 2005.

Marta Jaramillo, Directora de Programas de Salud del Departamento de Desarrollo Organizacional de la Universidad Icesi, expone brevemente cómo ha funcionado el sistema de salud español desde 1980, y explica la importancia de la atención primaria en salud.

Dov Chernichovsky, Profesor de Economía de la Salud y la Política, en la Universidad Ben-Gurion del Negev, en Israel, cierra esta serie de artículos mediante la evaluación del modelo colombiano y analiza la implementación frente a los nueve principios del paradigma emergente, planteando de forma deductiva las ventajas, desventajas y oportunidades del sistema de salud en Colombia.

Finalmente, el lector encontrará un cuadro de preguntas donde los autores responden inquietudes sobre algunas particularidades de cada uno de los sistemas de salud, que sirven de referente para la reforma del sistema de salud colombiano. ■



Francisco Piedrahita, Rector de la Universidad Icesi; Ramiro Guerrero, Director de PROESA y Dov Chernichovski, profesor de la Universidad Ben Gurión, Israel.

Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

Diseño Institucional y Desempeño de los Sistemas de Salud

Ramiro Guerrero, MS.

rguerrero@proesa.org.co

Director del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA

El propósito del presente artículo es enmarcar las discusiones sobre los sistemas de salud en el mundo, presentadas en los siguientes artículos del boletín, con unas definiciones preliminares y sin la pretensión de ser exhaustivos. Es pertinente empezar con una definición para saber de qué estamos hablando cuando nos referimos a los sistemas de salud. Una definición muy común es la de la Organización Mundial de la Salud: Un sistema de salud “Es el conjunto de instituciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar y mantener la salud”.

Cabe resaltar la palabra intención porque los sistemas de salud se definen por sus fines y no por los medios. Esta es una definición que incluye, pero no se limita, al gobierno o al Estado, y considera acciones preventivas y no sólo curativas.

Ilustración 1. Medios y Fines de los Sistemas de Salud



Como lo describe la ilustración 1, son tres los objetivos finales de todo sistema de salud:

1. Mejorar el estado de salud de la población: ¿cómo se mejora? Primero, hay una serie de factores ambientales y socioeconómicos que afectan el estado de salud de la población que son los determinantes sociales. Hay provisión de servicios de todo tipo preventivo-curativos que contribuyen al cumplimiento de los objetivos finales. Y hay una serie de “factores de producción” que concurren a la producción de servicios, y que son, naturalmente, el talento humano, la infraestructura, los medicamentos y demás.
2. Buena calidad en el trato: satisfacción del usuario.
3. Proteger el ingreso de las personas ante las consecuencias de eventos adversos en salud: es

el común denominador detrás del concepto de protección y seguridad social, y es quizá un objetivo subordinado al principal (objetivo 1).

El objetivo no sólo es mejorar el estado de salud promedio de toda la población, sino que es necesario disminuir las brechas entre grupos, es decir, mejorar la distribución. Por eso, es fundamental el concepto de equidad.

Ilustración 2. Tablero de Control del Sistema de Salud



Fuente: Adaptado de Roberts et al. “Getting Health Reform Right”

Una vez definidos los fines, hay muchas maneras de organizar un sistema de salud. La ilustración 2, conceptualiza el sistema de salud como un tablero de control. Para lograr los objetivos hay que obrar sobre varias dimensiones que se exponen a continuación:

Financiamiento: hace referencia a cuánto dinero hay disponible en el sistema, qué cantidad de recursos públicos se movilizan para el cumplimiento de los objetivos del sistema, quién los aporta, cómo los aporta (a través de contribuciones a la nómina, a través de impuestos directos o indirectos), cómo se asignan (a la prevención, a la curación, al entrenamiento, a la infraestructura), y cómo se racionan (no hay sistema de salud en el mundo donde los recursos disponibles alcancen para prestar todos los servicios que existen o todos los que tecnológicamente serían posibles. En todas partes hay racionamiento, bien sea explícito o implícito, para atender con recursos limitados unas necesidades en salud que los superan).



Organización de la prestación: cómo se organiza la prestación (si hay un monopolio público o hay competencia en la prestación, si hay descentralización o centralización en lo que tiene que ver con la red pública, qué tan funcional es la integración entre los niveles de atención), la propiedad de las instituciones (hospitales y aseguradoras, si son públicos, privados o sin fines de lucro).

Modalidades de pago: cómo se paga a los prestadores del servicio en el sistema. Hay toda una línea continua que va desde la capitación hasta el pago por evento, que distribuye de manera diferente el riesgo financiero entre el prestador y el pagador. La forma como se le paga a los prestadores es absolutamente fundamental para los resultados en salud y para la dinámica financiera agregada del sistema.

¿Qué tan público y qué tan privado es un sistema?

La función de rectoría del sistema posiblemente es una responsabilidad indelegable del Estado. La función de regulación también recae primordialmente en el Estado. Es deseable que el Estado se involucre fuertemente en la financiación del sistema y de los servicios. En cuanto a la prestación, tiende a haber participación del Estado, pero con una mayor cabida para la prestación privada, incluso en países de “medicina socializada”.

¿Qué opciones institucionales hay?

Sistema privado puro - el no sistema: Si el Estado no participa, cada usuario debe suplir sus propias necesidades por su cuenta, lo cual, es evidentemente, inequitativo porque el acceso depende en ese caso, exclusivamente, de la capacidad de pago. En ese

contexto, la gente paga en función de su utilización esperada. Entonces, sin ninguna regulación, los adultos mayores pagan primas de seguro que son 4, 5 o 7 veces más que aquellas de los jóvenes porque tienen una utilización esperada mayor. Ante esas primas, ningún joven se afilia, entonces se segmenta el mercado del aseguramiento. Esa disfuncionalidad del mercado de los seguros la describió Stiglitz al final de los años 70, lo cual le mereció el premio Nobel de Economía años después.

Sistema con financiación y regulación pública: sistema en el que hay múltiples pagadores y opción de elegir, como tenemos en Colombia; o con un solo pagador. La comparación entre los dos sistemas se encuentra en la tabla 1.

En un sistema con un único pagador existe una mayor eficiencia en el recaudo, no hay tanta preocupación por la afiliación y la derecho-habiente de las personas puesto que todo el mundo está cubierto. Por otro lado, en los sistemas donde los usuarios tienen que afiliarse, la gente es mucho más consciente de que tiene derechos y, por lo tanto, hacen el reclamo efectivo de los servicios. Cuando hay un único pagador los problemas asociados a la selección adversa vinculados a la segmentación del riesgo se resuelven más fácilmente, cuando hay múltiples pagadores hay algunos mecanismos que permiten lidiar con el potencial problema de la selección adversa y la selección de riesgos. En principio hay poder de negociación en ambos.

Cuando hay monopolio no hay ningún incentivo para complacer al usuario, mientras que cuando el afiliado se mueve, de un lado a otro, no hay muchos incentivos para invertir en la prevención a largo plazo.

Tabla 1. Único pagador Vs. Múltiple

| Único | Múltiples |
|--|--|
| Potencialmente puede lograr mayor eficiencia en el recaudo | Pueden recaudar mejor cuando la administración tributaria es débil |
| No tienen que preocuparse tanto por afiliación y derecho habiencia | La gente es más consciente de su derecho habiencia |
| Pool de riesgo único; se evitan la selección adversa y la selección de riesgos | Hay mecanismos (imperfectos) para contrarrestar la selección adversa de riesgos |
| Gran poder de negociación con prestadores y proveedores | Compra selectiva de servicios en función de preferencias de los usuarios y calidad |
| Ningún incentivo para complacer al usuario (éste no tiene opción) | Orientación al usuario, pero poco incentivo a la prevención |
| Mayor control del presupuesto y de los servicios que se ofertan | Menor control central de la oferta de servicios; más innovación |
| Mayor riesgo de politización | Menor riesgo de politización |

Fuente: Adaptado de "A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform" R. Hussey, G.F. Anderson Health Policy 66 (2003) 215-228

En cuanto a los pros y los contras, cabe resaltar que los sistemas públicos tienen un mayor riesgo de politización. La calidad del sistema político y el control que tiene el Estado sobre el presupuesto, por ejemplo, no es lo mismo en Inglaterra que en Colombia, en donde ahora el presupuesto está fuera del control. Sin embargo, hay maneras de conciliar los sistemas de salud donde se puede incluir lo mejor de ambas alternativas.

En una combinación de ambos tipos de sistema: empleadores y empleados concurren en los aportes; parte del financiamiento viene por la vía de la nómina, la otra parte viene por los impuestos generales (en la medida en que participa el impuesto de renta hay progresividad); hay un único pool de riesgo nacional y se distribuye el presupuesto a los prestadores a través de cápitas ajustadas por riesgo, que neutraliza la selección de riesgos y hay un plan de beneficios unificado que garantiza la equidad horizontal (ante igual necesidad todo el mundo tiene igual servicio); hay un recaudo centralizado. Esto es lo que tenemos en Colombia, un diseño institucional que combina y sintetiza lo mejor de ambos modelos, e incluso tiene prevista una herramienta subutilizada, la UPC de promoción y prevención, que permitiría subsanar el potencial problema de que no haya incentivos a la prevención a largo plazo.

A pesar de la claridad del diseño institucional del sistema hay enormes problemas y retos.

En la práctica, independientemente de cómo se organice la arquitectura financiera e institucional del sistema (único o múltiples pagadores, o una combinación de ambos), hay problemas por resolver:

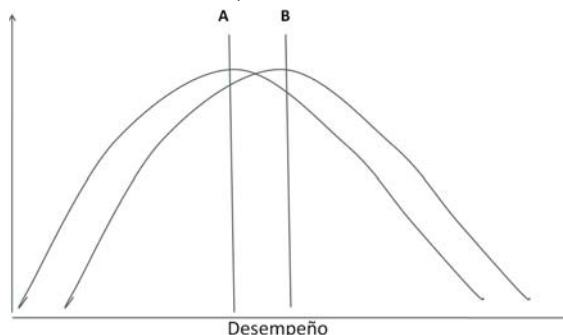
1. Cómo atender demandas infinitas con recursos finitos: ese no es un problema del sistema A o del sistema B. Inglaterra es el paradigma del sistema pagador único, con monopolio público en la provisión, gasta en salud 10 veces más que Colombia, y no le alcanzan los recursos de que dispone.

2. Cómo racionar de manera equitativa y socialmente aceptable: cuál va a ser la institucionalidad que va a lograr, de una manera que sea socialmente aceptable, fijar límites a la provisión de servicios en la atención dado que los recursos son inevitablemente escasos. Es otro elemento que hay que enfrentar independientemente del diseño del sistema de salud.

3. Cómo organizar redes integrales de servicios: es algo que se resuelve más en un nivel local del sistema.

4. Cómo pagar a los prestadores (incentivos): es todo un arte, no hay recetas universales, depende del tipo de servicio, y es un elemento principalmente contextual.

Ilustración 3. Diseño versus Desempeño



Fuente: Mark Roberts

En conclusión, existen grandes debates que analizan el diseño del sistema versus el desempeño. Como lo muestra la ilustración 3, el grado de desempeño del sistema es medido como el nivel de cumplimiento de los objetivos finales. Entre los diseños A y B no hay uno que sea superior a otro. El determinante del desempeño está en cómo se implemente el sistema, cómo se regula y cómo hace el ajuste preciso entre los botones del tablero de control, más allá de la arquitectura financiera general. Por lo tanto, el diseño ideal no existe, su deseabilidad depende del contexto. ■

La Reforma de la Salud en los Estados Unidos: Acuerdos Imperfectos

Thomas Bossert, Ph.D.
 tbossert@hsph.harvard.edu
 Universidad de Harvard
 Escuela de Salud Pública



Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

El sistema de salud en Estados Unidos no es de carácter universal. En efecto, coexisten en el país un sistema de aseguramiento privado y dos sistemas de aseguramiento públicos: *Medicare* y *Medicaid*.

Medicare es un programa enfocado en la atención de ancianos. Es de carácter federal y es uniforme en todo el país. Esto implica la existencia de un paquete básico de beneficios que es igual en todos los estados. Existe además un plan complementario de servicios que puede ser adquirido, dadas ciertas condiciones.

Medicaid, por su parte, es un programa enfocado en la atención de los pobres. Sus costos son asumidos conjuntamente por los gobiernos federal y estatal, de manera que los porcentajes de financiación y los paquetes básicos varían según los resultados de la negociación entre ambos niveles de la administración pública.

Las personas que no califican dentro de estas categorías recurren, en su mayoría, al aseguramiento privado. Éste es ofrecido comúnmente por sus empleadores, quienes han llegado a acuerdos con empresas particulares y pagan un porcentaje de los costos de las primas. La otra parte de la financiación del aseguramiento privado debe ser asumida por el empleado.

El sistema de aseguramiento privado cubre el 68% de la población. Paradójicamente, el sistema de salud, en general, es financiado aproximadamente en un 50% por el sector de aseguramiento público. Aún así, más de 40 millones de personas no están cubiertos por ningún tipo de aseguramiento. Principalmente, este dato corresponde a jóvenes o personas que no califican como pobres, pero cuyos ingresos son apenas superiores a los de la línea de pobreza oficial.

Este sistema de salud también comprende varios problemas e inconsistencias estructurales, tanto en el sector de aseguramiento privado como en el público. En el sector público de aseguramiento, el problema fundamental es la escasez de proveedores públicos. De hecho, los pocos que existen controlan algunos hospitales municipales o se encargan de la atención de militares en retiro.

En el sector privado se pueden identificar cuatro grandes problemas:

1. El sector no tiene establecido un paquete básico de carácter nacional. Cada Estado establece acuerdos con las compañías aseguradoras en los que se estipulan paquetes mínimos de beneficios.

2. Las compañías pueden negar la vinculación o atención de personas con condiciones preexistentes. Por ejemplo, con enfermedades crónicas.

3. Las compañías pueden rechazar la atención de personas vinculadas al sistema si hallan inconsistencias en su proceso de vinculación. Muchas compañías reducen su riesgo financiero usando esas inconsistencias como excusas para rechazar la atención de enfermedades de alto costo, aún si la información inexacta no está relacionada con el problema de salud.

Además, en términos generales, el sistema implica grandes complicaciones de financiación pues es, de hecho, el más costoso del mundo. Y lo es por varios motivos. Primero, los proveedores son pagados por evento, lo que genera incentivos para brindar servicios adicionales a los necesarios. Segundo, existe temor alrededor de las demandas por malas prácticas. Tales demandas también generan incentivos para realizar exámenes y brindar servicios innecesarios. Por último, existe la cuestión sobre solicitud de tecnologías más avanzadas por parte de pacientes y médicos. Esto impulsa la compra y el manejo de tecnologías más avanzadas que pueden no ser las más costo-efectivas.

Así pues, es posible concluir que el sistema de salud actual es ineficiente y necesita de una reforma estructural. Y, aunque tal conclusión parezca intuitiva, el país ha tenido una amplia historia de oportunidades por reformas al aseguramiento.

Un primer intento de reforma se realizó en 1930 cuando fue aprobada la seguridad social. Ésta reforma estuvo enfocada básicamente en pensiones y han perdido una oportunidad de incluir salud, como han hecho muchos otros países, especialmente en América Latina.

Posteriormente, en la época de la Segunda Guerra Mundial, la disminución de la mano de obra provocó la reacción del gobierno de congelar los salarios. Entonces, las compañías decidieron utilizar los seguros de salud como una manera de atraer más empleados, consolidando indirectamente un sistema de aseguramiento privado. Sólo hasta los años 60 se hizo una reforma más pensada que, tras el liderazgo del Presidente Lyndon Johnson en arduas negociaciones en el Congreso, dio como resultado el nacimiento de *Medicare* y *Medicaid*.

Después de 25 años sin nuevas reformas, en 1990, el presidente Clinton propuso una reforma basada en la teoría de la competencia administrada. La propuesta fue estipulada principalmente desde el ejecutivo sin amplia participación del Congreso, por lo cual se constituyó en él una fuerte oposición a ella. La propuesta, además, fue muy técnica y complicada, por lo que era difícil de explicar y, también, difíciles de entender sus implicaciones para los diferentes interesados. La propuesta fue blanco fácil para los

médicos y la industria aseguradora y, por supuesto, no fue aprobada, lo que minó el gobierno de Clinton y condujo a que los Republicanos controlaran el Congreso.

Durante la administración Bush, se amplió la cobertura para niños en familias no aseguradas, y hubo un incremento en el paquete básico de *Medicare* con cobertura de farmacéuticos. No obstante estos avances, se formularon dos grandes problemas más. La ampliación del plan básico de *Medicare* trajo consigo limitaciones significativas y diseños poco usuales, como por ejemplo, “el hueco de la donut”, que implica que el gobierno sólo se hace cargo de los gastos en medicamentos del usuario *Medicare* a partir de cierto monto. Y, por otro lado, dados los acuerdos celebrados entre el gobierno y las compañías farmacéuticas, los precios de los medicamentos en los planes básicos continuaron siendo elevados.

La administración de Obama propuso una reforma al sistema basada en una serie de principios. El primer principio es propender por la cobertura universal o por una cobertura tan amplia como sea posible. El segundo, corregir abusos del sistema de aseguramiento privado. Tercero, no adicionar costos que incrementen el déficit fiscal federal, sino buscar mecanismos que constituyan un déficit neutro. Por último, apoyar innovaciones que reduzcan el costo a largo plazo y, además, mejoren la eficiencia del sistema.

La estrategia de Obama para avanzar con la reforma fue de no caer en los errores de Clinton. En vez de proponer un modelo, trabajar en conjunto con los demócratas del Congreso, dejando que ellos lideraran la negociación y, en general, el proceso legislativo. Adicionalmente, negoció con los más grandes grupos de interés, con antecedentes de oposición a reformas previas, y acordó con ellos una serie de compromisos en recompensa por su apoyo. Entre los grupos de interés implicados estaban la American Medical Association, los hospitales, las farmacéuticas e incluso, algunas de las compañías de seguros.

Sin embargo, aunque Obama trató de negociar con los republicanos, los republicanos se unieron en una oposición fuerte e intransigente que rechazó el intento de reforma. A través de una maniobra obstruccionista llamada filibuster, el voto fue evitado y, con esto, se le dio poder a los demócratas moderados, limitando el rango de posibles reformas.

Finalmente, la reforma logró llegar a una propuesta que incluye cobertura de aproximadamente un 95% de la población; el establecimiento de un orden que obliga a todos los estadounidenses a la adquisición de un seguro; subsidios para la población de bajos ingresos, permitiendo la adquisición de seguros de bajo costo, con paquetes mínimos de beneficios; mayor regulación sobre las compañías aseguradoras; ahorros en costos y eficiencia, reducciones en el déficit federal.



Dov Chernichovski, profesor de la Universidad Ben Gurión, Israel; Fernando Montenegro, Economista Senior del Banco Mundial y Thomas Bossert, profesor de la Universidad de Harvard.

Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

¿Cómo lograr estos acuerdos?

La cobertura se logrará a través de extensiones en la elegibilidad a *Medicaid*, asegurando a los hijos de hasta 26 años en los planes de sus padres y exigiendo a los empleadores que proporcionen planes de aseguramiento.

El control sobre compañías aseguradoras privadas se ejercerá mediante la prohibición de negar aseguramiento a personas con condiciones preexistentes o negar servicios cuando se hallan inconsistencias en el formato de aplicación; la creación de nuevos grupos de alto riesgo que incluirán a las personas a las que previamente se les había negado el acceso al servicio de aseguramiento por condiciones preexistentes; la regulación de los incrementos en las primas; y, la creación de un paquete mínimo de servicios.

Para la optimización del uso de los recursos se realizará un cambio en los pagos de Medicare, desviando los pagos por evento por formatos que funcionen como un paquete de pagos que van con los DRGs (pago prospectivo por grupo diagnóstico). En segundo lugar, se crearán incentivos a los hospitales que llenen los criterios de ejecución combinando el cuidado de pacientes hospitalizados y ambulatorios, generando así pagos por la continuidad de la atención. En términos generales, se tratará de coordinar diferentes proveedores, exigiendo que éstos respeten los estudios y el trabajo que los otros han hecho, evitando la duplicación de esfuerzos. Finalmente, se enfatizará en la planeación y ejecución de programas preventivos, pues es claro que reducen los costos de la atención médica.

Se intentarán, también, la reducción del déficit y el aumento de los ingresos a través de nuevos impuestos y algunos pagos adicionales en diferentes áreas. La oficina de presupuesto en el Congreso ha estimado que no sólo será neutral el efecto en el déficit federal, sino que este déficit se reducirá en aproximadamente 140 billones de dólares en una década.

¿Qué conclusiones se obtienen de esta Reforma?

Es claro pues que la reforma permitirá el surgimiento de una cobertura casi universal, la reducción de ineficiencias y abusos en el sector privado, y la introducción de innovaciones tecnológicas. Sin embargo, la mayor parte de la reforma está basada en incrementar la elegibilidad al *Medicaid* para grupos de ingresos ligeramente superiores a los de la línea de pobreza oficial, lo que no es exactamente una reforma estructural. Además, es posible que, al implementarse, la reforma genere escasez, especialmente de médicos de atención primaria que cubran el incremento en la demanda.

Habría que preguntarse si es realmente suficiente reducir los costos y aumentar la cobertura como se ha planteado, o si hacen falta mayores cambios en la esencia del sistema.

Lecciones para otros países

Aunque es difícil, una reforma de salud es posible si tiene una estrategia bien pensada. Es importante aprender de los intentos de reforma anteriores. En el caso de Obama, aprendió que era importante:

- Identificar los principios de los objetivos sin proponer un modelo fijo
- Dejar a los legisladores el rol de negociar la legislación entre ellos
- Negociar con los grupos de interés importantes antes de proponer legislación
- Ejercer liderazgo cuando sea necesario pero con los líderes del Congreso
- Hacer acuerdos cuando sea necesario. ■

El Seguro Popular: La Versión Mexicana del Régimen Subsidiado

Salomón Chertorivski, MPP.

Comisionado Nacional del Sistema de Protección Social en Salud Seguro Popular - México



Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

Las primeras instituciones de seguridad social en México nacen en las décadas de 1940 y 1960 con el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), respectivamente. Es en el año 2000 cuando surge el Seguro Popular, fundamentalmente con la idea de incrementar la cobertura del financiamiento de la salud, no sólo para los ciudadanos asalariados que constituyen el sector formal, sino también para los no asalariados, que conforman el sector informal del mercado laboral.

La estructura macro del sistema de salud en México se compone del IMSS que otorga financiamiento y atención médica a todos los trabajadores del sector privado formal, del ISSSTE, que se encarga del financiamiento de la atención de todos los empleados del Estado, y del Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular que financia los servicios médicos de aquellas personas que por sus condiciones laborales no cuentan con acceso a la seguridad social. En cada uno de estos componentes el Estado Nacional aporta cierta proporción de los recursos, pero el resto

depende de cada institución. En el IMSS el excedente es pagado entre el empleador y el trabajador; mientras que en el ISSSTE es el Gobierno Federal y el empleado quienes cubren el saldo restante. Finalmente, en el Seguro Popular entre el Gobierno Federal, Estatal, y la familia se financian los servicios de salud. El Sistema de Protección Social en Salud es subsidiado ya que más del 99% de la población afiliada pertenece a un régimen no contributivo (incluye a la población que por su nivel de ingreso se encuentran en los primeros cuatro deciles).

Actualmente, el 53% del Gasto en Salud en México es gasto público realizado con recursos federales y estatales, y el restante 47% es gasto privado. Cerca del 50% del gasto público en salud se destina para la atención de la población no asegurada y alrededor del 70% de esos recursos corresponden al total de lo destinado al Sistema de Protección Social en Salud. Para 2004 los recursos del Sistema de Protección Social en Salud eran de US\$0,33 billones de dólares, mientras que para 2010 ascendieron a US\$3,79 billones.

El Sistema de Protección Social en Salud cuenta con cinco instrumentos de aseguramiento subsidiario:

1. Seguro Popular: Cubre los servicios de atención primaria y secundaria en salud;
2. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: Es un instrumento muy parecido a un seguro en el que se paga por evento de alta especialidad;
3. Seguro Médico para una Nueva Generación: Es un fondo que le garantiza a cada niño menor de cinco años el financiamiento del 100% de los servicios médicos que requiera. En este seguro se invierte solamente el 1% del total gasto público en salud, mostrando así que es factible garantizar la salud de los más pequeños;
4. Embarazo Saludable: Es una estrategia creada como complemento al Seguro Médico para una Nueva Generación y tiene como fin proteger la salud de las mujeres durante el embarazo y hasta el alumbramiento, y;
5. Componente Salud del Programa de Oportunidades: Ofrece el paquete básico garantizado de salud, además de promover el monitoreo del estado nutricional de la población beneficiaria de este Programa.

Por otro lado, cuenta con el Fondo de Previsión Presupuestal que opera como instrumento de financiamiento para imprevistos de demanda de servicios y necesidades de infraestructura. En la actualidad, el Seguro Popular cuenta con 41 millones de personas afiliadas (en 2004 contaba con 5,3 millones); el número de niños afiliados al seguro médico para una nueva generación pasó de 0,82 millones en 2007 a 4,0 millones en 2010. Finalmente, para octubre de 2010, 1'360,204 mujeres se encuentran afiliadas al Seguro Popular a través de la estrategia Embarazo Saludable, mientras que en 2008 esta cifra ascendía a 188.900 mujeres. La cobertura universal implica que cada mexicano o mexicana, que así lo desee, cuente con algún mecanismo de aseguramiento y se estima que se alcanzará cuando el Seguro Popular cuente con alrededor de 49 millones de afiliados dada la dinámica del padrón de afiliados del sistema y el carácter voluntario del mismo.

El Seguro Popular cuenta con una afiliación que representa el 89.4% de la población susceptible de ser afiliada en los municipios de zonas prioritarias de atención y alrededor del 40% de la población indígena. Por otro lado, el 99,4% de la población afiliada al Seguro Popular se concentra en los primeros cuatro deciles de ingreso y por tanto perciben un subsidio para financiar sus servicios médicos; los recursos para financiar esta atención provienen de los impuestos generales. El 37.7% de los afiliados se encuentran en zonas rurales, esto equivale a 15.52 millones de personas.

El Sistema de Protección Social en Salud ofrece el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) el cual ha evolucionado a través de la inclusión de un número mayor de intervenciones. De 78 intervenciones en 2003 pasó a 275 en 2010; de estas últimas, 136 corresponden a atención de primer nivel (hepatitis, hipotiroidismo, osteoporosis, artritis, etc.) y 139 son intervenciones de segundo nivel (diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños y adultos, atención de cesárea y puerperio quirúrgico, etc.); en conjunto incluyen cerca de 1,407 enfermedades. El financiamiento de estos procedimientos se realiza a través de una capitación que se transfiere a las entidades federativas, encargadas de prestar los servicios de salud, desde la descentralización de 1997, mediante las cerca de 20.000 clínicas y hospitales de todos los niveles existentes en el país. Este pago por cada asegurado cubre el 100% de las intervenciones de primer nivel con sus medicamentos (existen alrededor de 500 medicamentos autorizados para ser entregados) y tratamientos asociados, así como el 95% de las intervenciones de segundo nivel.

Por otra parte, con los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se ha validado el pago de más de 360 mil casos entre los que se encuentran enfermedades tales como cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cuidados intensivos neonatales, cáncer en niños y adolescentes, trasplante de médula, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, cataratas, SIDA/VIH. En

el país se han catalogado 110 padecimientos como catastróficos, hoy en día el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre 49 de estos. Para definir qué padecimientos cubre el sistema se realizan análisis de frecuencia, de costo-beneficio, y financieros que permiten garantizar, a partir de los recursos disponibles y esperados, el cubrimiento de la atención clínica de estas enfermedades. Por otro lado, desde la puesta en marcha del Seguro Médico para una Nueva Generación se han atendido cerca de 40 mil casos de niños menores de cinco años, de 9,155 en 2009 ascendía a 30,749 casos en 2010. Las principales enfermedades atendidas han sido, taquipnea transitoria del recién nacido, asfisia del nacimiento, ictericia neonatal, retardo del crecimiento y desnutrición fetal, septicemia no especificada.

En materia de infraestructura, de 2005 a 2009 se autorizaron más de 270 millones de dólares para la realización de más de 3 mil obras de mejoramiento de las instalaciones hospitalarias, de las cuales 1,902 son de fortalecimiento de la infraestructura y 891 para mejorar el equipamiento. A partir de la entrada en vigor del Sistema de Protección Social en Salud en el año 2003, el gasto per cápita en salud se ha incrementado casi 13%. En lo que respecta al gasto en salud per cápita, en 1995 para la población asegurada era 3.9 veces mayor que el gasto para la población no asegurada, en 2008 esta diferencia entre los dos tipos de población se redujo a 1.5 veces, lo que representa un avance significativo en el fortalecimiento de la igualdad en el sistema de salud. Así mismo, se han presentado reducciones en el gasto que hacen los hogares con sus recursos propios para financiar servicios de salud. Con estos resultados, al analizar la satisfacción de la población atendida por el Sistema de Protección Social en Salud se encuentra que, el grado de satisfacción de los afiliados al Seguro Popular es de 95%.

En la actualidad, se está llevando a cabo la inversión más grande realizada hasta ahora en el país en investigación y evaluación de una política social. El propósito es lograr un cambio completo de lo curativo a lo preventivo, y en ese sentido se creó el proyecto "Consulta Segura" que permitirá reforzar los esquemas de prevención para las personas afiliadas al Seguro Popular, determinar su perfil epidemiológico, y generar información para la planeación del Sistema de Protección Social en Salud. Así mismo, se está implementando el modelo de capacitación basado en el desarrollo de habilidades para la vida, que involucra aspectos como la lactancia materna, la prevención de muerte de cuna y el fortalecimiento del desarrollo cognitivo. El objetivo es lograr el cambio en la conducta de 1.500 médicos, enfermeras y auxiliares de salud y de más de 30 mil mujeres en periodo de lactancia. Todos estos esfuerzos van encaminados a constituir un sistema de salud único que garantice la universalidad, la cobertura integral y cuente con una división clara de funciones entre los encargados del financiamiento, la prestación de servicios de salud y otros servicios de seguridad social. ■

Acceso Universal con Garantías Explícitas: La versión chilena del POS, una reforma que funciona

Antonio Infante, M.D. M.P.H.
ainfantebarros@gmail.com

Ex Viceministro de Salud de Chile



Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

En 1952 Chile copia el sistema de salud inglés y lo implementa como Sistema Nacional de Salud, con financiamiento tripartito entre trabajadores, empleadores y el Estado. En el año 1968 surgió un subsidio para empleados de cuello blanco que con una contribución adicional podían asistir al médico privado; éste fue un primer gesto de fragmentación del sistema. Entre 1979 – 1990 fueron adelantadas reformas estructurales que sustituyeron el Sistema Nacional de Salud por Servicios de Salud Locales. El gobierno dividió el servicio de salud en público y privado, creó las ISAPRE que son las contribuciones de protección al seguro privado y municipalizó la Atención Primaria en Salud (APS). Con estos cambios la inequidad empezó a sentirse fuertemente. Entre 1990 y 2000, con la recuperación de la democracia, se adelanta un proceso de reforma centrado en la gestión y la organización de los servicios, en procura de volver al sistema de salud público. A partir del año 2000 los delantales blancos recuperaron su papel protagónico en el sistema y la reforma iniciada en ese entonces presentó un carácter fundamentalmente sanitario.

El proceso de reforma iniciado en el año 2000 se fundamentó en la persistencia de: 1) Marcadas Inequidades, 2) Cambio Epidemiológico, 3) Ineficiencia en el uso de los recursos, 4) Insatisfacción ciudadana. Evidencias, como el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2000, mostraron a Chile con muy buenos niveles de atención de menores de cinco años, pero

con un desempeño muy inequitativo producto de las reformas adelantadas por el gobierno militar a principios de la década de los 80. Una prueba de las inequidades eran las listas de espera, pues quienes morían esperando eran los más pobres; básicamente porque mientras se contara con más recursos era posible encontrar otros caminos para saltar la lista. En ese sentido, la reforma del sistema de salud estuvo fundamentada en orientar recursos hacia actividades con mayor impacto sanitario y en establecer derechos exigibles para las personas. Por tanto, el derecho a la salud debía entenderse como garantías explícitas y exigibles de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con el objetivo de reducir las desigualdades, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y fortalecer la participación social.

El camino de la reforma comenzó con la identificación de las fallas del sistema y la promulgación de los Objetivos Sanitarios (equidad, ajuste a perfil epidemiológico, respuesta a necesidades de usuarios, mejorar indicadores) como prioridad de la reforma. Para llevarla a cabo fue creado el sistema AUGE como instrumento planificador y garante del derecho a la salud. El requisito fundamental para adelantar el proceso de reforma era un modelo de atención con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad privilegiando la Atención Primaria en Salud. En materia administrativa, los componentes del sistema fueron divididos de la siguiente manera: el Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria que define políticas; la Red Asistencial pública y privada se

encargan de la prestación de servicios médicos; por último, FONASA, como seguro público, y ISAPRE como seguro privado, se encargan del financiamiento del sistema. Todo el sistema está regulado y vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud que garantiza que exista acceso, calidad, oportunidad y protección financiera en los servicios médicos.

Para determinar el conjunto de problemas priorizados fueron realizadas encuestas y grupos focales, estudios conocidos como de prioridades sociales. En 1997 la demanda de la población estaba enfocada a la solución de los problemas de atención en temas vitales, demanda que cambió en el estudio del 2008 hacia la exigencia de igualdad en la importancia de la atención de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. La preocupación por parte de los técnicos era la priorización a partir de los años de vida saludables perdidos, buscando que las medidas que se tomaran tuvieran un impacto significativo, es decir, que los problemas susceptibles a atacar estuvieran sujetos a mejoras. Algo muy importante fue el análisis que se llevó a cabo para conocer qué era posible hacer con los recursos con los que contaba la Red Nacional de Salud, y cómo se podían alcanzar determinadas metas a partir de las inversiones necesarias para garantizarle a la población la atención que necesitaba. Con todo este trabajo fue conformado el conjunto de Garantías Explícitas que se buscaban otorgar a la población en una implementación gradual de tres años.

El proceso de reforma no fue nada fácil, los problemas políticos y culturales estuvieron muy presentes en los primeros momentos. El gremio médico de Santiago de Chile ejerció una presión significativa a través de publicidad en los vehículos del transporte público. Los médicos se organizaron para hacerle frente a la reforma y desempeñaron un rol muy importante para que la discusión fuese muy profunda. En el parlamento el proyecto demoró casi dos años y medio en llegar a ser ley porque el debate contempló cada detalle de los cambios propuestos, además de las diferencias entre quienes defendían los modelos más ortodoxos de financiación subsidiando la oferta, frente a la propuesta de contribuir a la reducción de la inequidad a través del fortalecimiento de la demanda. A pesar de que el gremio médico se mostraba a favor de la salud pública, se opuso fuertemente porque la reforma intervenía la práctica clínica; sin embargo, para los promotores de la misma, no era posible ofrecer garantías a toda la población si no se definía, a manera de orientaciones sugeridas, cómo se iban a prestar los servicios y qué pasos se debían seguir en el ejercicio médico. Contrario a esta oposición, la población se mostraba muy de acuerdo con la reforma cuando está fue recién presentada, luego de la campaña de desprestigio, el apoyo se redujo a la mitad.

Para la implementación de la reforma fue construida una guía clínica para cada uno de los temas de priorización incluidos. Cada guía fue construida por las universidades y las sociedades científicas, que a partir de la evidencia, definieron las mejores

prácticas para la solución de cada problema. Las guías clínicas contenían todo lo relacionado con el problema puntual; sin embargo, dada la limitación de recursos, de estos documentos se estableció lo que era posible garantizar efectivamente por el sistema AUGE; el resto quedó a discrecionalidad del seguro médico. Por ejemplo, ante un infarto un chileno tiene garantizada la fibrinólisis, pero no está garantizada la angioplastia, aunque cada vez es más fácil el acceso a esta última. Ahora en cuanto a la financiación del sistema, a través de estudios de carga de la enfermedad, de prevalencia e incidencia internacional, para cada problema se estimó su costo y finalmente se estableció la prima de salud, para ese entonces de U\$100 dólares anuales. Finalmente, las diferencias entre la capacidad y calidad de la oferta del momento con las necesidades de infraestructura que exigía la reforma, obligaron a que se llevaran a cabo inversiones importantes en hospitales y clínicas para garantizar las condiciones óptimas de la prestación de los servicios.

La reforma entró en vigencia en 2005, fue implementada totalmente en 2007. Con tres o cuatro años es muy prematuro medir impactos de la misma, sin embargo, hay evidencia de algunas señales positivas de la reforma. Los problemas que anteriormente no eran tratados por el sistema público y que se incluyeron dentro de la reforma, muestran una tasa de uso por los tratamientos mucho mayor comparada con la tasa de uso en el sistema público. En general, los tratamientos que presentan mayor tasa de uso en el sistema privado, comparados con el sistema público, son los más costosos. Por su parte, el subsidio en salud se encuentra bien focalizado, pues los deciles más bajos de la población por ingreso reciben proporcionalmente más subsidio; los tres deciles más ricos contribuyen al subsidio por lo que no reciben ningún porcentaje de este rubro. La reforma permitió que entre 1996-1997 y 2006-2007, el gasto en salud se redujera en cada uno de los deciles, pero el gasto en medicamentos se incrementó, lo que se traduce en un problema que hay que atender con prioridad.

En cuanto a la evaluación del sistema, lo que las personas mejor califican es la protección financiera, lo que se convierte en algo muy satisfactorio porque lo más importante con estas reformas es brindar tranquilidad a las familias. De acuerdo con un estudio del Ministerio de Salud, de diciembre de 2008, la población, a diferencia de 1996, no expresa el temor de morir sin ser atendido ni miedo a empobrecerse por un gasto médico catastrófico. A pesar de los avances, queda pendiente simplificar y mejorar las garantías para una mejor comprensión por parte de la población; profundizar el modelo de Atención Primaria en Salud municipalizado, que actualmente presenta problemas de clientelismo en su desarrollo; afianzar la credibilidad en el sistema, que se ha visto minada por algunos problemas con las listas de espera y el cumplimiento de las garantías explícitas y finalmente, y tal vez lo más importante, lograr la adhesión del gremio médico al proceso. ■

El Sistema de Salud Español: la Importancia de la Atención Primaria en Salud

Marta Cecilia Jaramillo, Ph.D. (c)

mcjara@icesi.edu.co

Profesora de Tiempo Completo

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Universidad Icesi



Ramiro Guerrero, Director de PROESA; Antonio Infante, exviceministro de Salud de Chile; Martha Cecilia Jaramillo, profesora de la Universidad Icesi; Thomas Bossert, profesor de la Universidad de Harvard; Salomón Chertorivski, Comisionado del gobierno mexicano.

Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

Antes de explicar la importancia de la atención primaria en el sistema de salud español, el presente artículo expone brevemente cómo funciona.

Hasta 1980, el sistema de salud español se basó en el modelo Bismarkiano¹, a partir de la transición democrática española. Se relacionan dos hechos importantes: La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986. El artículo 43 de la constitución consagra el derecho a la protección de la salud, en el que se establece que “*la salud es un derecho extensible a todos los ciudadanos, así no estén vinculados al trabajo o al nivel de renta*”. Sólo desde ese año (1980) se implementa el Sistema Nacional de Salud Español, basado en el Modelo Beveridge que tuvo su origen en el Reino Unido, promulgaba que: “*todas las personas tienen derecho al mejor tratamiento médico, sean cuales sean los medios económicos*” y con las siguientes características (i,ii):

- a. Es un modelo integrado por niveles de atención.
- b. Restringe la libertad de elección del usuario.
- c. Compromete la accesibilidad (listas de espera), para ser más equitativa y controlar el gasto.
- d. La cobertura es universal.
- e. La financiación es pública, pero con algunas cotizaciones especiales pagadas por la población.

- f. La provisión de los servicios de salud es pública, pero puede ser prestada por fundaciones, pagadas por el servicio público.

Esta ley también promulga el Estado de Autonomías, en el que la mayor parte de la gestión y administración de los servicios e intereses públicos recae en los gobiernos autonómicos², mas no sobre los municipios y las provincias.

La Ley General de Sanidad (LGS), expedida el 14 de abril de 1986, pretendió unificar la red sanitaria en torno a un Sistema Nacional de Salud (SNS) para asegurar una efectiva universalización de la asistencia pública. La red estaba constituida por: la atención primaria, la atención especializada y la atención farmacéutica, para asegurar la efectiva universalización de la asistencia pública. Es por esto que, el SNS queda definido como “*El conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas y se integra en funciones y prestaciones sanitarias a través de un sistema descentralizado*” (iii).

Mediante la descentralización del sistema se establece un ciclo en el que hay asistencia sanitaria para toda la población con acciones de vigilancia epidemiológica, investigación científica, donde se reconocen los derechos y se otorga un espacio para la participación comunitaria. El ciclo está basado en los principios de: equidad, eficiencia, efectividad, celeridad, flexibilidad de recursos y actividades y en la asistencia sanitaria a toda la población.

1. Seguros sociales (modelo Bismarck): Programa que pagaba por los servicios médicos y tenía ayuda económica para la enfermedad y accidente de trabajo, solo para la categoría de trabajadores, el pago estaba a cargo de los patronos en 2/3 partes y del trabajador.

2. España se divide geográficamente en Comunidades (regiones) autónomas, a partir de 1981 el Instituto Nacional de Salud de España se descentralizó en 17 comunidades autónomas (similar a los departamentos en Colombia).

El 15% de los recursos se destinan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad como objetivos principales para su desarrollo, el 22,3% están destinados a la farmacia y un 52,7% a servicios hospitalarios y especializados.

La LGS posibilitó la descentralización de las comunidades autónomas en materia de salud pública y de gestión de servicios asistenciales de salud, con tres componentes fundamentales: 1) la universalización de la asistencia, 2) la atención integral y 3) la equidad basada en la accesibilidad a los servicios asistenciales de salud.

Atención Primaria en Salud (APS)

Sus antecedentes se remontan a la creación del Ministerio de Salud en 1976, luego, la reforma a la Constitución Española de 1978 y la Declaración de Alma Ata del mismo año, llevaron al surgimiento de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, la adecuación de la oferta de servicios de salud a las necesidades del país, la incorporación de nuevos profesionales, el surgimiento de nuevas patologías, el desarrollo de tecnología y un cambio social en la utilización de los servicios de salud por parte de los usuarios (mayor frecuencia y más exigencia). Se consolidó en 1986 con la Ley General de Salud (1,2,3).

La Atención Primaria en Salud se define como la asistencia sanitaria en salud esencial, basada en prácticas reconocidas científicamente y aceptadas socialmente, accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan acceder y mantener en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (iv,v).

El pilar donde se soportó la atención primaria en salud fue “Salud para todos en el año 2000” de la

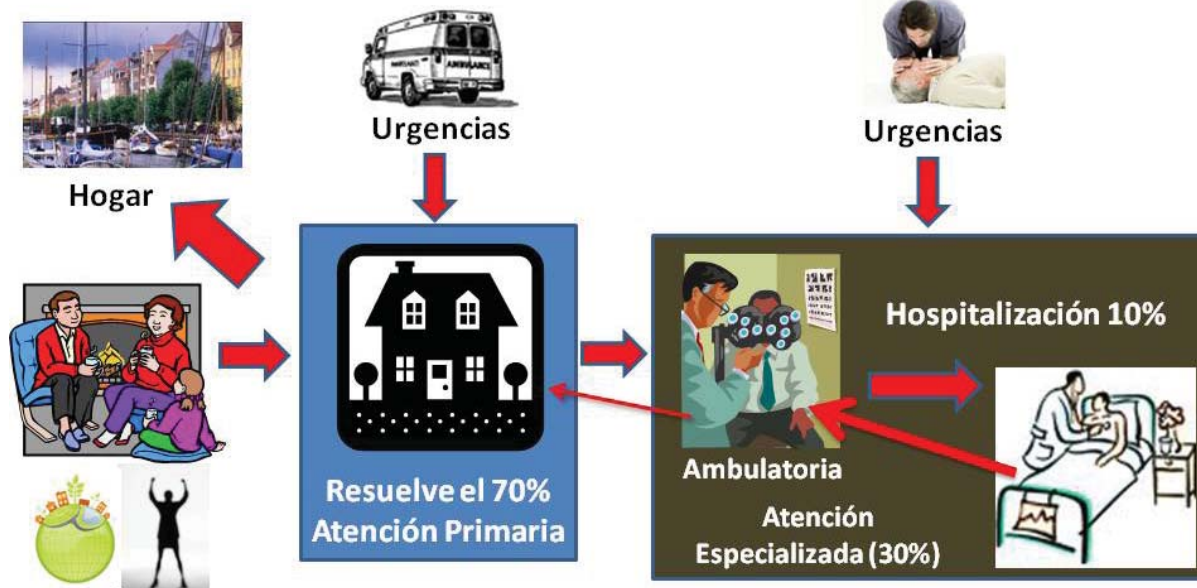
declaración de Alma Ata, con cuatro componentes básicos en los que ha trabajado España:

- a. Promoción de hábitos de vida saludables: Se ha trabajado principalmente en la prevención del consumo del tabaco, en la estimulación del ejercicio para disminuir el sedentarismo y por ende las enfermedades cardiovasculares, la prevención del consumo de alcohol y de sustancias tóxicas.
- b. Prevención de riesgos ambientales para la salud, con énfasis en el saneamiento básico y la potabilización del agua.
- c. Mejora de sistemas de cuidado en la salud, orientados principalmente a la atención materno-infantil, la atención bucodental, los cuidados mentales y geriátricos.
- d. Mejora de la información relevante para la planificación, con un sistema de información oportuno, con series de información por cada comunidad autónoma y que baja hasta el nivel de provincia y municipio, dando lugar a la oportuna toma de decisiones para la salud de la población.

En España, en el marco del desarrollo de la atención primaria en salud, surgió la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16 de 2003), que define a las comunidades autónomas como las responsables de la gestión de la APS en su territorio, no así a las provincias y a los municipios, pues éstos sólo tienen a su cargo el control sanitario. Se incluye el catálogo de prestaciones sanitarias básicas y comunes: salud pública, atención primaria, atención especializada, sociosanitaria y de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario.

La ley de cohesión y calidad, funciona en coordinación y cooperación con las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas

Ilustración 1. Organización General del Sistema



competencias, con el fin de garantizar los principios de equidad, calidad (con estándares definidos y un sistema de seguimiento a los resultados de las instituciones de prestación de servicios) y participación social en el SNS, colaborando, activamente, en la reducción de las desigualdades en salud.

La ilustración I muestra que el modelo de atención primaria parte del individuo, la familia y la comunidad y la puerta de entrada al sistema de salud es el Servicio de Atención Primaria, que está constituido por una red de servicios básicos, donde se resuelve el 70% de los problemas de salud de la población y de aquí la población, generalmente, vuelve a su mismo nivel, a través de la atención en el centro de salud o visitas de atención domiciliaria por parte del equipo de salud. El 30% de los pacientes se derivan a la atención especializada y un 10% van al servicio de hospitalización. Al final, todos los pacientes regresan al servicio de atención primaria, no se quedan en el nivel superior. Las urgencias son atendidas en los centros de atención primaria para las menos complejas y en los hospitales, las de mayor gravedad.

La atención primaria en salud se organiza en un sistema general dividido en “equipos de APS” en donde se trabaja con medicina familiar y comunitaria, medicina pediátrica, diplomados de enfermería, matronas³, fisioterapeutas, odontólogos, higienistas orales, trabajadores sociales, auxiliares en enfermería y otros (dependiendo de las características sociodemográficas de la población), a partir de los cuales se trabaja en programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación que trabajan con los protocolos y guías de atención del Ministerio de Sanidad(vi).

El servicio de atención primaria tiene un área de salud que está dividida por factores geográficos, epidemiológicos, laborales y culturales con características similares y que contienen entre 200 y 250 mil habitantes, excepto en las Islas donde la población es más pequeña. A su vez, las áreas de salud se dividen en zonas de salud, conformadas por población entre 5.000 y 25.000 habitantes, dependiendo de si son concentraciones urbanas y concentraciones rurales.

Las funciones de la atención primaria en salud tienen que ver con: asistencia sanitaria a demanda, indicación y prescripción de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, prevención, promoción, atención familia y comunitaria, información y vigilancia en la protección de la salud, rehabilitación básica, servicios específicos para la mujer, atención paliativa a enfermos terminales, atención en salud mental y atención bucodental. También, se han planteado programas con otros sectores en salud mental, drogodependencia, salud pública, cuidados paliativos, dependencia, violencia doméstica, participación comunitaria y orientación al ciudadano.

La aplicación de la atención primaria en salud se ha valorado con algunas cifras y resultados que han mostrado que el gasto sanitario es del 8,4% del PIB (6,4% público y 2% privado); son cerca de 13.000 centros de salud y consultorios de atención primaria. Se muestran resultados positivos, como el incremento de la esperanza de vida al nacer que se encuentra en 84,5 años para las mujeres y en 77,8 para los hombres, una disminución de la mortalidad infantil a 4 muertes de menores de un año por mil Nacidos Vivos y la salud es percibida de manera positiva en un 70%.

La atención primaria en salud se ha planteado unos retos relacionados con el mejoramiento de indicadores en enfermedades crónicas y degenerativas, principalmente relacionadas con población de la tercera edad, el incremento de la expectativa de vida y tener que enfrentar los problemas de salud de los inmigrantes.■

Referencias

- i Gálvez Vargas R, Sierra López A, Sáenz González MC, Gómez López LI, Fernández-Crehuet Navajas J, Salleras Sanmartí L, Cueto Espinar A, Guestral Otero Jj. Directores. Domínguez Rojas V, Delgado Rodríguez M, Herrero Cabrera R, Bolúmar Montrull F, Serra Majem LI, Rodríguez Artalejo F, Espigares García M, Vaqué Rafart J. Directores Asociados. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a.ed. Barcelona: Masson; 2001.
- ii Borkan J, Eaton B. Ch, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing Primary Care: Lessons Learned From The Spanish Health Care System. *Health Affairs* 2010; 29 (8): 1432-1441.
- iii LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD (BOE 101/1986 DE 29-04-1986) en www.belt.es: “Portal de los Profesionales de la Seguridad”
- iv Mullings J, Paul TM. Health sector challenges and responses beyond the Alma-Ata Declaration: a Caribbean perspective. *Iev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 21(2/3), 2007: 155-163
- v Agudelo Suárez LM. Atención Primaria. En: Blanco JH, Maya JM: Fundamentos de Salud Pública, tomo I, Capítulo 8. Medellín, Colombia: CIB, Reimpresión 2007: 83-95.
- vi Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2): 357-82. Descargado de: <http://www.doyma.es> el 12/11/2006
- vii Frenk J. Reivienting primary health care: The need for systems integration. *Lancet* 1009; 374: 170-173.
- viii Ministry of Health and Social Policy, Health Information Institute. National health system of Spain (Internet). Madrid: The Ministry; 2010 (cited 2010 jul.8) disponible en: <http://www.mspes.es>.
- ix 9 European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition. Spain. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000.
- x Jaramillo MC, García J. Sistemas de Salud en Latinoamérica y el mundo. En: Diplomado e-learning en Gerencia Social para la Protección Social. Ministerio de la Protección Social de Colombia y Universidad Icesi. Santiago de Cali, Julio de 2007:28p.
- xi Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Otero Puime A. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública* 2007, Vol. 81, N.º 2: 131-145.
- xii Hernández Pascual J. Descripción del Sistema Nacional de Salud Español. Visita de familiarización sobre evaluación prospectiva de políticas públicas. Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Gobierno de España. Madrid, 2009.
- xiii Carlford S, Lindberg M, Bendtsen P, Nilsen P, Andersson A. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice* 2010, 11:60 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/60>

3. Son personas diplomadas en las universidades españolas que hacen parte del personal sanitario especializado para el seguimiento del embarazo y atención del parto de bajo riesgo y seguimiento en el postparto.

El sistema de salud en Colombia: “Una sinfonía inconclusa y arriesgada”

Dov Chernichovski, Ph.D.

dov@bgu.ac.il

Universidad de Ben Gurion - Israel

El conjunto de sistemas de salud desarrollados, no necesariamente coincide con el de los países desarrollados. Los Estados Unidos son el mejor ejemplo de esto. Siempre clasifico el sistema de salud de Colombia como desarrollado. La reforma estructurada a partir de la ley 100 fue, a mi juicio, una de las reformas más audaces en su momento y lo sigue siendo hoy, en el contexto de las economías en desarrollo.

En materia de reformas en salud, podemos tener dos situaciones: un mal modelo con una buena implementación o un buen modelo con una no muy buena implementación.

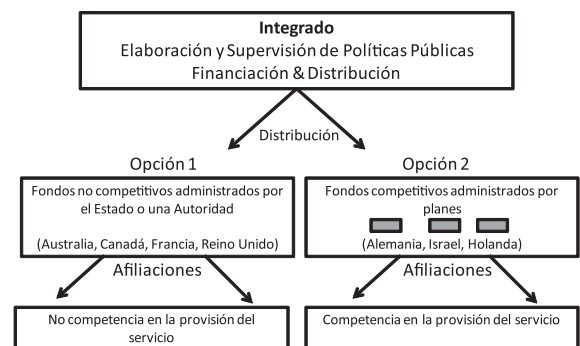
Desde mi punto de vista, Colombia tiene el mejor modelo de sistemas de salud de América Latina, pero carece de una buena implementación. Otros países tienen modelos no tan buenos, pero tuvieron una mejor implementación. La pregunta es entonces, ¿dónde prefiere estar uno? Pues es preferible estar en un buen modelo aunque su implementación sea imperfecta, puesto que es susceptible de mejorar. Un país puede estar en ruinas, pero si las bases fundamentales están bien estructuradas siempre es posible reconstruirlo. Este fue el caso de Europa, al final de la Segunda Guerra Mundial.

Colombia empezó una sinfonía, pero no la ha terminado. A diferencia de la música, donde es posible vivir con una obra inconclusa, el problema es que en atención en salud, no ocurre lo mismo y este es precisamente el reto que tiene Colombia: terminar su sinfonía. Pero ¿por qué es una sinfonía? Porque Colombia tomó la experiencia colectiva de sistemas de salud desarrollados y la aplicó a través de la ley 100 (esto a veces lo llamo el “paradigma emergente”), que consistió en establecer una contribución obligatoria (lo cual es todo un reto en EEUU), e implementar un sistema de competencia regulada en el que la provisión de los servicios de salud está a cargo de entes públicos y privados.

Uno de los problemas de implementación del sistema de salud en Colombia es que le tocó enfrentar dos procesos de descentralización en forma simultánea, pero que parecen muy difíciles de sincronizar. Por un lado el proceso de descentralización funcional consistente en separar el presupuesto y el aseguramiento de la provisión de servicios de salud. Y por otra parte, se enfrentó a una descentralización geográfica y administrativa. Hacer ambas cosas pudo haber sido un reto excesivo para el país, pero esta es una hipótesis aún por comprobarse.

Ahora, ¿por qué inconclusa? Porque, a mi juicio, Colombia se atascó con la implementación y no pudo balancear un conjunto de objetivos, a pesar del intento de solventarlos con la reglamentación de la ley 100. Estos son: mejorar la salud y la equidad, controlar los costos y lograr la sostenibilidad, y garantizar la satisfacción del usuario. Dirigir un sistema de salud es el arte de mantener el balance entre estos objetivos. Hay que abordar todos los objetivos al tiempo, dándole prioridad a algunos en un momento y después atendiendo los otros en etapas posteriores de la reforma. Si se privilegia uno por encima de los demás habrá problemas. Así por ejemplo, la reforma de Estados Unidos y la mexicana, se enfocan en un solo aspecto: la cobertura y la equidad, lo cual puede suscitar problemas tarde o temprano. Colombia, al no haber implementado plenamente la ley 100, desarrolló un problema para atender estos objetivos.

Ilustración 1. Paradigma emergente del diseño del sistema



La otra pregunta que surge es ¿Cuál ha sido la esencia de la reforma colombiana? Lo que llamo el “paradigma emergente”. Los sistemas de salud de países como Australia, Canadá, Israel, Holanda, Alemania, Suiza e incluso España, son muy distintos entre sí, pero tienen principios fundamentales en común. En primer lugar, se integra la rectoría y vigilancia, para esto necesitan ministerios de salud fuertes; también deben integrar el financiamiento, este es un rasgo común, así la integración del financiamiento sea virtual, como en Alemania; después los recursos se asignan a los aseguradores, quienes tienen la función de comprar los servicios de salud para la gente. Dos modelos se pueden identificar: el llamado modelo europeo continental y el denominado modelo anglosajón (Inglaterra y sus antiguas colonias, salvo EEUU). En el primer modelo, también llamado el modelo Bismarkiano estas entidades, llamadas en Colombia Entidades Promotoras de Salud (EPS), compiten. Esto es lo que tiene Alemania, Suiza, Bélgica, Holanda

Tabla 1. Financiación y diseño básico del sistema de salud de Colombia

| País | Gasto total en salud per cápita (US\$) | Gasto total en salud como porcentaje del PIB | Participación del gasto gubernamental en salud en el total del gasto en salud | Participación del gasto en salud privada en el total del gasto en salud | Participación del gasto gubernamental en salud en el presupuesto | Mortalidad Infantil por cada 1000 Habitantes |
|----------|--|--|---|---|--|--|
| Brasil | \$587 | 8.6% | 56.8% | 43.2% | 7.2% | 27 |
| Chile | \$547 | 5.6% | 53.6% | 46.4% | 14.5% | 8 |
| Colombia | \$276 | 7.4% | 86.2% | 13.8% | 17.0% | 19 |
| México | \$552 | 6.5% | 46.5% | 53.5% | 11.9% | 18 |

e Israel. Colombia optó por esta opción que, a mi manera de ver, es preferible. En el segundo modelo los tenedores de los fondos son entidades que no compiten (monopolios), tal es el caso de países como Reino Unido, Canadá, Australia y en buena medida España (Ilustración 1).

En cuanto al problema de la sostenibilidad financiera, se puede observar en la Tabla 1, que Colombia gasta algo muy parecido a lo que gastan los países desarrollados como proporción del PIB. La proporción del presupuesto público dedicado a salud, se parece mucho a la de los países europeos. Sin embargo, tiene una mortalidad infantil muy alta. En otras palabras, tiene un patrón de gasto de país desarrollado, pero un estado de salud de país subdesarrollado. La pregunta que surge es ¿De dónde saldrá la plata para mejorar la salud de los colombianos, si se está acabando el espacio fiscal? Como economista, creo que este es el problema fundamental que tiene Colombia hoy. ¿Saldrá la plata del presupuesto público? No parece haber más plata en el sector privado. México, por ejemplo, gasta mucho en el sector privado y podría sacar plata de allí hacia el sector público, pero esta no parece ser una opción en Colombia. ¿Qué se puede hacer entonces? Implementar su diseño básico, que considero excelente en comparación con otros países.

Colombia puede terminar la implementación de los principios del paradigma emergente. Miremos estos principios uno por uno, para evaluar cómo está Colombia.

Primer principio: Todo ciudadano debe tener derecho a un núcleo de beneficios médicos. En este punto es pertinente resaltar que el derecho a la salud y el derecho a los beneficios médicos son dos cosas separadas. Nadie discute, ni aún en Estados Unidos, el derecho a la salud. Lo que hicieron todos los países, incluyendo el mío¹, es definir un conjunto de servicios al cual la gente tiene derecho. Entiendo que en Colombia el conjunto no está definido puesto que las cortes lo pueden cambiar y esto puede afectar la sostenibilidad financiera. Además, tienen algo que sería inaceptable en otros países y es que hay dos paquetes de servicios para la población (subsidiada y contributiva).

Segundo principio: La elegibilidad para el plan de beneficios solo debe depender de razones médicas y no del empleador o la pertenencia a determinada organización. Colombia debe lograr la universalidad en la elegibilidad, sin discriminar por razones distintas a las médicas.

Tercer principio: Pool único de riesgo. Los recursos se deben juntar en un único fondo. Todas las contribuciones deben ir en un pool, aún si vienen de fuentes distintas, como en Alemania, Israel u Holanda. Múltiples fuentes financian el paquete, pero primero se juntan y después se asignan. Es importante el pool único por varias razones: Una es que se pueda mantener un sistema equitativo, otra es que uno puede hacer compras estratégicas ante los proveedores y eso ayuda a reducir los costos del sistema. El hecho de que no todos los fondos estén unificados en un pool, impide implementar un sistema más eficiente y equitativo. Un logro importante en Colombia es la contribución obligatoria, pero se debe avanzar más en integrar los dos fondos separados que existen para el contributivo y el subsidiado.

Cuarto principio: No debe haber opción de salida. Sólo Alemania deja que el decil más rico no participe en el sistema nacional. En todos los demás países las contribuciones las tienen que hacer todos y éstas dependen del ingreso. En Colombia es fácil no participar, pues hay un sector informal y el juego entre dicho sector y el formal, deja gente por fuera, lo que puede ser un problema para la recolección justa de las contribuciones.

Quinto principio: El papel de los empleadores debe limitarse a recolectar las contribuciones y no a decidir quién es elegible para qué tipo de servicios médicos. En Estados Unidos no han podido con este principio. En esto Colombia está bien.

Sexto principio: El aseguramiento privado suplementario es opcional. Sin embargo, el problema en Colombia es que el paquete básico no está muy bien definido, por lo que el aseguramiento suplementario se vuelve confuso. En otros países está muy claro el plan de beneficios del sistema público. Si este último no está absolutamente claro, no se sabe

1. Israel

qué suplemento uno necesita comprar y la gente termina asegurándose por servicios a los cuales tiene derecho en el plan de beneficios universal.

Séptimo principio: Que haya una distribución nacional de recursos basada en necesidades, con una capitación ajustada por riesgo. Dado que en Colombia hay dos “pool” (contributivo y subsidiado), este principio no se cumple del todo. Hay muchos trabajos en Colombia sobre los mecanismos de ajuste por riesgo de los pagos por capitación, lo cual hace que la asignación de recursos sea más justa y eficiente. Colombia está avanzando en esto.

Octavo principio: Que pueda haber participación privada en la prestación de los servicios. Tal es el caso de Colombia.

Noveno principio: Que los planes (EPS en Colombia) tengan afiliación abierta, de manera que la gente pueda escoger. En Israel es posible cambiar cada 6 meses. En Colombia el principio está reconocido, pero como el sistema es dual, a lo mejor tienen que trabajar más en esto. Este es el último principio, aunque a veces planteo diez para que parezcan los 10 mandamientos.

El punto de fondo es que todos estos principios son reconocidos por la ley 100. La idea era implementarlos paulatinamente en varios años, pero no ha ocurrido, luego Colombia tiene que volver a los principios básicos y terminar la sinfonía.

Es fundamental que haya un plan único, bien definido y ajustado periódicamente. Esto es un reto en todas partes, pero en otros países las cortes no intervienen directamente, como en Colombia.

Para lograr una asignación justa de los recursos, hay que desarrollar un solo sistema de ajuste por riesgo de las asignaciones por capitación, de manera que cada colombiano obtenga su parte justa de los recursos nacionales (según su necesidad o utilización esperada de servicios). Colombia tiene que evitar la segmentación que el sistema ha tenido entre el contributivo y el subsidiado y establecer un sistema unificado.

Hace muchos años vine a Colombia a trabajar con Profamilia, enviado por el Banco Mundial, pues éste era considerado uno de los mejores programas del mundo. La reflexión es que si Colombia pudo tener un programa que era considerado ejemplo mundial no hay razón por la cual no podría hacerse lo mismo con el sistema de salud. ■

Referencias

Sources and references: Chernichovsky, D. 2009. “Not ‘Socialized Medicine’ – An Israeli View of Health Care Reform”. *New England Journal of Medicine*. Vol. 361, No. 21: e41.

———. 2002. “Pluralism, Public Choice and the State in the Emerging Paradigm in Health System.” *Milbank Quarterly* 80 (1): 5 - 39.

———. 1995. “Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm.” *Milbank Quarterly* 73 (3): 339–372.

Chernichovsky, D. and A. Leibowitz. 2010. “Integrating Public Health and Personal Care in a Reformed U.S. Health Care System”. *American Journal of Public Health*. Vol. 100, No. 2: 205-211

Chernichovsky, D., Aguilera, N., and G. Martinez, “Reforming Underdeveloped HealthCare Systems of Mexico, Tanzania and the U.S.A.” in Chernichovsky and Hanson (ed.) *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*. *Advances in Health economics and Health Services Research*. Volume 21, Emerald Group Publishing, UK, 2009.

Chernichovsky, D., R. Donato, A. Leibowitz, A. Maynard, M. Peterson, V. Rodwin, W. van de Ven, and J. Wasem. 2008. “What Can the U.S. learn from its Allies?” Processed. Ben-Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel.

Los colombianos preguntan, los expertos responden

| Preguntas | Respuestas por conferencista |
|---|---|
| <i>¿Qué proporción del PIB y/o del presupuesto público federal o estatal se asigna al sistema subsidiado de salud?</i> | Salomón Chertorivski - México El 2.2% del PIB. |
| <i>¿Cómo se identifican o definen los objetivos sanitarios generales para un periodo dado?</i> | Antonio Infante - Chile Mediante una comisión nacional en la cual están representados distintos grupos técnicos y en función de la realidad e indicadores alcanzados se hace una estimación de lo que podría ser la tendencia de los indicadores a 10 años con intervenciones costo-efectivas. En la evaluación que se hizo a 2010, les fue bastante bien con los indicadores curativos, mejorías de pronósticos en cáncer, enfermedades respiratorias y de algunas otras patologías. Sin embargo, no tuvieron mejoría en factores que tuvieran una alta intervención de medias preventivas de salud pública. |
| <i>¿Porqué no están incluidas patologías como las renales o las neurológicas en los sistemas de salud, y si están las cataratas?</i> | Antonio Infante - Chile Lo que se eligen son grandes problemas de salud para incluirlos en dichos sistemas, pero por ejemplo, dentro de la hipertensión se incluye el accidente vascular encefálico, dentro de la diabetes se encuentra la insuficiencia renal. Por lo cual si están incluidas, mediante medidas preventivas, pesquisa precoz de daño y de rehabilitación. |
| <i>¿Cuáles son las fuentes de financiamiento?</i> <i>¿Qué cobertura ha alcanzado y cuál es el impacto social logrado?</i> <i>¿Cómo regulan el paso de las personas entre el instituto mexicano de los seguros sociales y el seguro popular, y los planes privados de salud?</i> | Salomón Chertorivski - México El financiamiento se da con impuestos generales. Cinco sextas partes las pone el gobierno federal, y una sexta parte la pone los 32 estados de la República Mexicana. La cobertura actual es de 39 millones; sin embargo, hay 10 millones de mexicanos sin aseguramiento de la seguridad social. Cuando una persona se afilia al seguro social, se realizan diferentes cruces en el sistema de información de tal forma que se eviten y corrijan duplicidades, teniendo en cuenta que la re afiliación a dicho seguro es de 3 años. |

| Preguntas | Respuestas por conferencista |
|---|--|
| <p>¿Cuáles son las fuentes de financiamiento en Estados Unidos, Chile y España?</p> | <p>Tom Bossert - Estados Unidos En el estado americano se tienen 3 grandes tipos de financiamiento: el sistema federal para los ancianos (Medicare), el cual es de responsabilidad federal e impuestos generales. El Medicare para los pobres, el cual es compartido entre los estados (más alta o baja dependiendo de su riqueza) y el gobierno federal. Y finalmente, la otra fuente es la privada, la cual se divide entre el empleado y el empleador, la cual varía - por ejemplo - dependiendo de los sindicatos y actividades del negocio.</p> <p>Marta Cecilia Jaramillo - España El sistema de salud español se financia del 8.5% del PIB, el cual se divide en un 6.5% de impuesto de renta al público, y el 2% restante por copagos, cuotas moderadoras y de aportes de algunas personas al sistema.</p> <p>Antonio Infante - Chile En el caso chileno, cada persona que trabaja tiene que cotizar un 7% de su ingreso mensual, lo cual es aproximadamente el 55% del total del presupuesto y el resto es de recursos públicos, con un gasto del PIB entre el 6.5% y 7% para salud.</p> |
| <p>¿Existe en las diferentes constituciones un mecanismo para reclamación del derecho a la salud como las tutelas en Colombia?</p> <p>¿Qué tan frecuente es su uso?</p> | <p>Salomón Chertorivski - México En México, en el artículo 4º constitucional está establecido el derecho a la salud, como un derecho para todos, creado en la ley general de salud; y no hay un tema de judicialización como lo tiene Colombia.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos A nivel constitucional, los norteamericanos tienen derecho a las armas pero no a la salud (ironía por parte del conferencista).</p> <p>Marta Cecilia Jaramillo - España En el sistema español, no sólo está incluido el derecho sino el deber de la salud, de tal forma que, si no cumple con este último, la fuerza policial entrará a forzar al ciudadano.</p> <p>Antonio Infante - Chile Las garantías que ofrece el sistema de salud chileno, están explícitas en la constitución. A su vez, se han creado mecanismos de regulación para las empresas privadas prestadoras de salud, de tal forma que se garantice la prestación del servicio de salud a las personas.</p> |
| <p>¿Qué pasa si una persona padece una enfermedad o requiere un medicamento que no está dentro del plan de aseguramiento?</p> | <p>Salomón Chertorivski - México En el caso de México hay un listado de medicamentos que están autorizados por el sector salud, y hay un proceso para poder registrar un medicamento adicional, donde se hace un estudio para poder lograr su aprobación.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos Cada uno de los planes tiene diferentes reglas sobre los medicamentos que se cubren, pero normalmente si no está en la lista de cobertura, la persona tiene que pagar el costo del medicamento. Cabe agregar que, algunas compañías donde labora la persona, apoyan la consecución de la medicina dependiendo de la gravedad.</p> <p>Marta Cecilia Jaramillo - España En España no hay un listado de medicamentos, es lo que el médico formula, y se hacen controles posteriores para el suministro efectivo del medicamento, mediante un sistema de información nacional.</p> <p>Antonio Infante - Chile En el caso chileno si una persona tiene una enfermedad que tiene cobertura, pero hay un nuevo tratamiento que no está incluido y este le garantiza una expectativa de vida mayor, el seguro público o privado lo analiza y es muy probable que se apruebe.</p> |
| <p>¿Cómo es la participación de los médicos generales en la atención primaria y como es la participación de los especialistas?</p> | <p>Salomón Chertorivski - México Se tiene que planear una formación de especialistas, y diferentes incentivos que permitan que estos estén en los lugares que se necesitan, y para que den un servicio de tiempo completo y no parcial, de tal forma que se logre una cobertura mayor.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos Hay una fuerte escasez de profesionales médicos para la atención primaria, haciendo énfasis especial en los médicos generales y familiares, dados los pocos incentivos salariales con respecto a los especialistas. Sin embargo, se realizó una reforma que ha permitido un incremento en la demanda de las escuelas de medicina y, por ende, se prevé una mejoría de la escasez.</p> <p>Antonio Infante - Chile Se tienen equipos multiprofesionales en la atención primaria; y existen en Chile 24 facultades de medicina con 2000 egresados anuales con un examen nacional para certificar la calidad del médico. En el área de las especialidades hay una debilidad en el área de la medicina interna, y en el uso las herramientas adecuadas para el paso entre un médico general y uno especialista.</p> |
| <p>¿Qué entidades en Estados Unidos están implicadas en la planeación e implementación de los planes de promoción y prevención de la salud?</p> | <p>Tom Bossert - Estados Unidos A nivel nacional se tiene un Ministerio de Salud que es muy débil, siendo los Estados Federales los que realizan un trabajo más importante en prevención y promoción, teniendo cada uno de ellos diferentes énfasis y una retroalimentación entre los mismos. Es importante mencionar que se está haciendo un énfasis especial en cuidados nutricionales para controlar y prevenir la obesidad, y otras enfermedades derivadas de la mala alimentación.</p> |
| <p>¿Qué estrategias se usan para la vigilancia, control y regulación del sistema y llevar la corrupción al mínimo posible?</p> | <p>Salomón Chertorivski - México En México, la acreditación es un sistema de control de calidad, el cual es revisado de manera periódica. Hay gestores de salud que están pendientes que los derechos de los afiliados se cumplan, y también hay vigilancia epidemiológica. Para la compra de medicamentos, se establecen unos rangos de compra para los estados federales de acuerdo con una lista establecida, que ha permitido el control del gasto presupuestal. Y además, en la compra de medicamentos de patentes, se hace una sola compra nacional, generando mayores beneficios.</p> <p>Tom Bossert - Estados Unidos En los Estados Unidos se tiene una agencia llamado Joint Commission Health Organization que permite regular el sistema usando los expertos del sector privado. Hay mucha corrupción en Medicare y Medicaid, pero se tiene diversas agencias que permiten identificar dichos problemas y poder corregirlos.</p> <p>Antonio Infante - Chile En el caso chileno, el Ministerio de Salud tiene una central de compras, la cual hace licitaciones públicas de los principales productos que compra el sistema, tanto de medicamentos como de insumos farmacéuticos.</p> |

Actividades sobre lo público en la Icesi

Durante el segundo y el tercer trimestre de 2010, el Observatorio de Políticas Públicas -POLIS- desarrolló diversos eventos de formación en temas de ciudad y región.

Foro

Lo dicen los datos: La violencia homicida en Colombia es un resultado del ciclo económico **Mayo 11 de 2010**

Se llevó a cabo con éxito la presentación del Documento de Políticas Públicas *Lo dicen los datos: La violencia homicida en Colombia es un resultado del ciclo económico*. En este documento Juan Esteban Carranza, Carlos Giovanni González y Ximena Dueñas Herrera mostraron, de una forma casi formal, que los datos agregados revelan cómo la violencia homicida en Colombia es un resultado del ciclo económico. Durante el evento se contó con la participación de estudiantes de la Universidad, profesores y allegados a la comunidad icesista, y se realizaron importantes aportes y sugerencias sobre el Documento por parte de personas del público.

Conversando con los Líderes - John Sudarsky **Mayo 13 de 2010**

El Observatorio de Políticas Públicas - POLIS, realizó una más de sus acostumbradas sesiones “*Conversando con los Líderes*”. En esta ocasión, el invitado fue el Senador del Partido Verde John Sudarsky, experto en medición y construcción de capital social. En su charla, Sudarsky destacó la importancia del capital social del Valle del Cauca para recuperar el liderazgo nacional que ha perdido el Departamento.

Ronda de Cali: por una Reforma al Sistema de Salud

Mayo 20 de 2010

Realizado en conjunto con el Programa Así Vamos en Salud y el Nodo Suroccidente de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, se efectuó con éxito la *Ronda de Cali: por una Reforma al Sistema de Salud*. En el evento se discutieron los aciertos, desaciertos y situaciones a resolver en este sistema en el país, haciendo énfasis en cuestiones relacionadas con la calidad e integralidad en la prestación del servicio, el recurso humano en salud, la participación social, y ciencia y tecnología en la salud colombiana.

Conversando con los líderes - Marta Lucía Ramirez

Agosto 30 de 2010

El Observatorio de Políticas Públicas convocó una vez más a una sesión de *Conversando con los líderes*. Esta

vez, el evento contó con la participación de Marta Lucía Ramirez, ex Ministra de Defensa y ex Senadora de la República. El conversatorio giró en torno a temas relacionados con los riesgos, compromisos y retos del nuevo gobierno en materia de seguridad en Colombia y el papel de los jóvenes en este ámbito.

Foro

Tendencias y Desafíos de la Mortalidad Materna e Infantil en Cali 1990 - 2010, frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio: ODM **Agosto 31 de 2010**

El foro: “*Tendencias y Desafíos de la Mortalidad Materna e Infantil en Cali 1990 - 2010, frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio: ODM*”, realizado en conjunto con Así Vamos en Salud y Cali Cómo Vamos. En él, los asistentes discutieron, entre otras cosas sobre la evolución y la caracterización de la mortalidad materna e infantil en Cali, durante el periodo 1990 - 2009. Se realizaron, además, dos paneles de discusión alrededor del tema y se identificaron, a través de ellos, los principales desafíos y acciones para continuar reduciendo la mortalidad infantil y materna en la ciudad.

Simposio Internacional

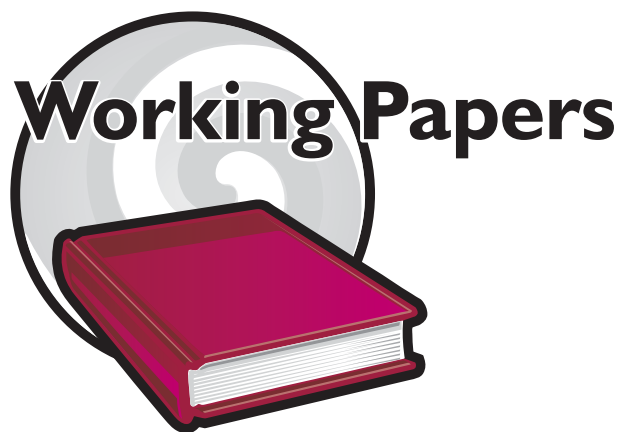
Los Sistemas de Salud en el Mundo: Éxitos, Fracasos, y Lecciones para Colombia **Septiembre 13 de 2010**

El Observatorio de Políticas Públicas, en conjunto con el Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA, y con el apoyo de la revista Semana, el periódico El País, Coomeva, Comfandi, Así Vamos en Salud, Icetex y la Fundación Valle del Lli, realizaron el *Simposio Internacional: “Los Sistemas de Salud en el Mundo: Éxitos, Fracasos, y Lecciones para Colombia”*. Este concurrido evento contó con la participación de los conferencistas internacionales Tom Bossert, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard; Dov Chernichovski, de la Universidad de Ben Gurion en Israel; Salomón Chertorivski, Comisionado Nacional del Seguro Popular de México; Antonio Infante, ex Viceministro de salud de Chile; Fernando Montenegro, Economista Senior del Banco Mundial; Mauricio Santamaría, Ministro de Protección Social; y, Beatriz Londoño, Viceministra de Salud. Además, contó con la participación de importantes conferencistas nacionales. En el Simposio se presentaron los modelos de Sistemas de Salud de México, Chile, Estados Unidos y España. Además, se discutió sobre el sistema de nuestro país, y se plantearon las posibles lecciones y sugerencias derivadas del diálogo emprendido durante todo el evento.

Conversando con los líderes - Jorge Enrique Robledo

Septiembre 16 de 2010

El Senador Jorge Enrique Robledo y el ex Viceministro de Minas y Energía Diego Otero Prada se dieron cita en la Universidad, como parte de una de las acostumbradas sesiones de *Conversando con los líderes*. En su disertación, el Dr. Otero expuso sobre los antecedentes, contenido y compromisos del acuerdo militar con Estados Unidos. Por su parte, el senador Robledo, hizo un análisis político de las implicaciones del acuerdo en términos del principio de soberanía de las naciones y los potenciales desarrollos de su trámite constitucional exigido por la Corte Constitucional.



POLIS convoca

| Nombre del Evento | Asistentes |
|--|-------------|
| Foro "Lo dicen los datos: La violencia homicida en Colombia es un resultado del ciclo económico" | 17 |
| Conversando con los Líderes - John Sudarsky | 36 |
| Ronda de Cali: por una Reforma al Sistema de Salud | 21 |
| Conversando con los líderes - Marta Lucía Ramirez | 83 |
| Tendencias y desafíos de la mortalidad materna e infantil en Cali, 1990-2010, frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio | 147 |
| Simposio Internacional: "Los Sistemas de Salud en el Mundo: Éxitos, Fracasos, y Lecciones para Colombia" | 650 |
| Conversando con los líderes - Jorge Enrique Robledo | 148 |
| Total Asistentes | 1102 |

Valle del Cauca: Gran Subsidiador del Gasto Público Territorial en Colombia. 2002-2008 / María del Pilar López R. - POLICY PAPER 2010-004, Julio de 2010 - ISSN: 2011 -5903

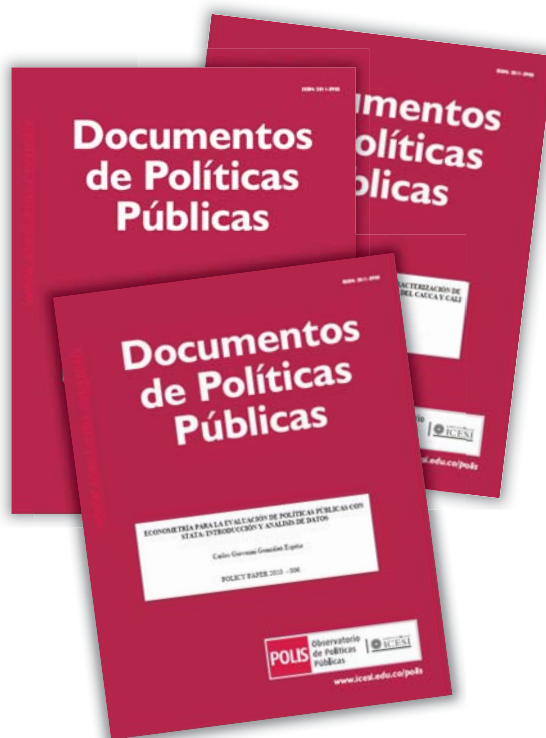
¿Quiénes dirigen a los vallecaucanos? Caracterización de los altos funcionarios públicos del Valle del Cauca y Cali – 2008 / Pedro Pablo Sanabria - POLICY PAPER 2010-005, Noviembre de 2010 - ISSN: 2011 -5903

Econometría para la Evaluación de Políticas Públicas con Stata: Introducción y Análisis de Datos / Carlos Giovanni González Espitia - POLICY PAPER 2010-006, Diciembre de 2010 - ISSN: 2011 -5903

Página Web POLIS - www.icesi.edu.co/polis

Entre el primero de mayo del 2010 y el primero de noviembre del presente año, la página del Observatorio de Políticas Públicas - POLIS sigue consolidándose como una de las más importantes herramientas de difusión del observatorio. Durante este período, el número de visitas alcanzó un total de 4.362, cuya mayor fuente de tráfico fueron los motores de búsqueda con el 46,63% de las visitas, seguido de accesos por tráfico directo con el 22,99%, donde el 55,78% de visitas son nuevas.

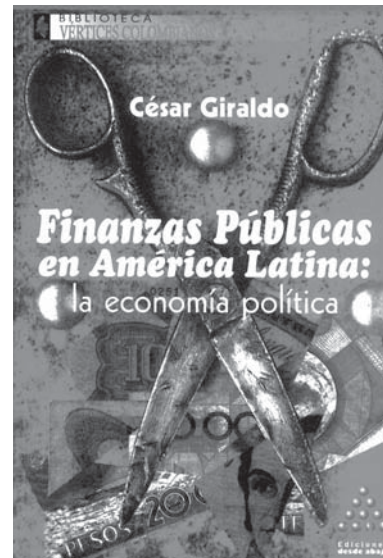
La página también contó con visitantes de 40 países, incluido Colombia, entre los que se destacan: México, Perú, Estados Unidos, Argentina, España y Venezuela. El motivo de las visitas está asociado principalmente con la transmisión en vivo de los eventos a través de video streaming, la consulta sobre las memorias de los eventos y publicaciones como los Documentos de Políticas Públicas y el Boletín POLIS.



Nuevos libros en la Icesi



Finanzas públicas en América Latina: la economía política / Giraldo Giraldo, César; Bautista, Jairo; Mórtigo, Diana; Perilla, Marisol; Saray, Heidi. (2. ed) - Bogotá : Ediciones Desde Abajo, 2005 -190 p- 336.098/G516f

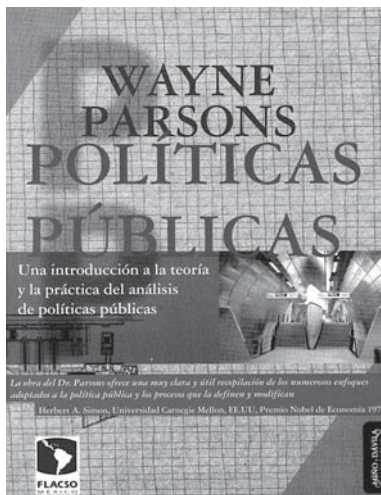


Easyreg: aplicaciones para un curso de econometría / Alonso Cifuentes, Julio César; Semaán R., Paúl - Cali: Universidad Icesi, ©2010 -242 p- 330.015195/A454

Evaluación social: la fase ausente de la agenda pública / Mendicoya, Gloria Edel Buenos Aires: Espacio Editorial, ©2006 -148 p- 361.25/M538



Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas / Parsons, Wayne; Acevedo Aguilar, Atenea. - México : Flasco México, 2007 -815 p- 350/P272p



POLIS

Observatorio
de Políticas
Públicas



Proyectos de Investigación y Observación

Observatorio de Políticas Públicas

- “Visión Región 2032” - eje de gobernabilidad
En convenio con la Gobernación del Valle del Cauca y el Centro Nacional de Productividad.
- Seguimiento a las finanzas públicas de Cali y el Valle del Cauca
- Seguimiento a la Reforma a las Regalías - Acto legislativo 13 de 2010
- Seguimiento al Plan de Ordenamiento Territorial - POT
- Apoyo en la construcción de la formulación de lineamientos de la política pública de cultura ciudadana para Cali

¿En qué participa y con quiénes trabaja POLIS?

El Observatorio ha establecido relaciones interinstitucionales y está o ha estado trabajando en diversos temas de política y políticas públicas con las siguientes organizaciones:

- Programa Así Vamos en Salud
- Centro Nacional de Productividad
- Misión de Observación Electoral - MOE Nacional y Regional del Valle del Cauca
- Unidad de Acción Vallecaucana
- Secretaría de Planeación Departamental - Gobernación del Valle del Cauca
- Programa Cali Como Vamos
- 5C - Comité Cívico de Cultura Ciudadana para Cali
- Fundación FES Social
- Compos: Consejo Municipal de Política Social - Alcaldía de Cali
- Red Rinde - Red de iniciativas para la gobernabilidad, la democracia y el desarrollo territorial
- Observatorio Cali Visible
- NDI - Instituto Nacional Demócrata
- PROESA - Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud

Proyectos de Observación Asociados - Universidad Icesi

- La incidencia del sector azucarero en la configuración de la política exterior colombiana. Una aproximación desde el enfoque de la política burocrática
Vladimir Rouvinski - CIES
- La Eficacia de las acciones populares en Cali
Luz Elena Figueroa - Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
- Cali, Paisaje Sonoro
Enrique Franco / Joaquín Llorca - Facultad de Ingeniería y Departamento de Diseño
- Calidad de la Educación primaria y secundaria en el Valle del Cauca
Hector Ochoa / Natalia Solano - Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas
- Propuesta metodológica para el diseño y despliegue de redes inalámbricas municipales en Colombia utilizando redes enmalladas híbridas WiFi/WiMax
Andrés Navarro / Andrés F. Millán - i2T Research Group - Facultad de Ingeniería
- Sobre-educación y desempleo en Colombia
John James Mora - Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas



El Observatorio de Políticas Públicas - POLIS - de la Universidad Icesi invita a los interesados a participar con artículos sobre temas coyunturales de carácter público que afecten al país, a la región y particularmente al Valle del Cauca.

Se dará preferencia a artículos relacionados con economía regional y fortalecimiento institucional, capital humano, ordenamiento territorial e infraestructura, política y democracia, competitividad regional e inclusión social.

Si está interesado(a) en participar en nuestra publicación semestral con un artículo de máximo 1.000 palabras, por favor háganoslo llegar al E-mail: polis@icesi.edu.co o comuníquese al teléfono: 555 2334, ext. 8400

Pautas para la publicación de artículos en el Boletín POLIS

- Tipología: Reportes de investigaciones, artículos cortos y estudios sobre temas públicos, revisiones de temas, documentos de reflexión, derivados de investigación, análisis de coyuntura.
- Redacción en español
- Los trabajos serán sometidos a una revisión y posterior edición por parte del comité editorial del Observatorio. Los conceptos de la revisión se le entregarán o enviarán al autor.
- Los trabajos se deben presentar en formato de Word (texto) y/o Excel (cuadros y gráficas).
- Pueden contener hasta 1.000 palabras, incluyendo notas, referencias bibliográficas y tablas.
- El autor y sus asistentes deberán incluir los datos de su correo electrónico y su hoja de vida.
- El título del artículo debe ser explicativo y recoger la esencia del trabajo.



¿Qué es POLIS?

Somos una unidad académica y de coordinación de la Universidad Icesi que tiene por objeto hacerle seguimiento y evaluación a hechos y decisiones de carácter político y a políticas públicas de interés general o consideradas estratégicas para el desarrollo del Valle del Cauca.



POLIS, Observatorio de Políticas Públicas

Equipo de Trabajo

Héctor Ochoa. Ph.D. en Economía y Master en Administración, Universidad de Syracuse. Especialista en Planeación Estratégica y Economía Latinoamericana. Economista, Universidad de Antioquia. Decano de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas.

Ximena Dueñas Herrera. Ph.D. (C) en Economía y Educación, Columbia University. Magíster en Asuntos Internacionales, Columbia University. Economista, Universidad de los Andes. Directora del programa de Economía con énfasis en Políticas Públicas, Universidad Icesi. Directora de POLIS.

Silvana Godoy Mateus. Economista y Negociadora Internacional, Universidad Icesi. Coordinadora del Observatorio de Políticas Públicas - POLIS. Joven investigadora.

Jaime Andrés Giraldo. Estudiante de Economía con énfasis en Políticas Públicas. Practicante Departamento de Economía y POLIS, Universidad Icesi.

Angélica María Rengifo. Estudiante de Economía con énfasis en Políticas Públicas y Ciencia Política. Universidad Icesi. Monitora POLIS.

Diego Felipe Espinal Burbano. Estudiante de Economía y Negocios Internacionales y Administración de Empresas. Universidad Icesi. Monitor POLIS.

Juan Sebastián Corrales. Estudiante de Economía con énfasis en Políticas Públicas. Universidad Icesi. Monitor POLIS.

Investigadores asociados

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Juan Esteban Carranza. Ph.D. en Economía, Universidad de Yale. Economista y Magíster en Economía, Universidad de Los Andes. Profesor de Tiempo Completo de Economía, Universidad Icesi.

Pablo Sanabria. Ph.D. (C) en Public Administration and Public Policy, American University. Maestría en Public Policy, London School of Economics. Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Universidad de los Andes. Economista, Universidad Nacional de Colombia.

Carlos Giovanni González. Ph.D. (C) en Economía, Universidad de Alcalá de Madrid. Economista. Se desempeñó durante los últimos tres años como profesor colaborador en la Universidad de Alcalá (CES CEU-Luis Vives) y como profesor asociado de tiempo completo en la Universidad Europea de Madrid, en España.

Jhon James Mora. Ph.D. en Economía, Universidad Alcalá de Henares. D.E.A. en Economía, Universidad Alcalá de Henares. Realizó una Maestría en la Universidad Autónoma de Madrid. Economista de la Universidad del Valle. Actualmente, se desempeña como Jefe del Departamento de Economía de la Universidad Icesi.

Paola Palacios. Ph.D. en Economía, Universidad de Toulouse, Francia. Maestría en Economía, Universidad de los Andes. Profesora de Tiempo Completo de Economía, Universidad Icesi.

Natalia Solano. Economista y Negociadora Internacional de la Universidad Icesi. Joven Investigadora Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas.

Blanca Cecilia Zuluaga. Ph.D. en Economía, Catholic University of Leuven. Maestría en Economía, Catholic University of Leuven. Profesora de tiempo completo del Departamento de Economía, Universidad Icesi.

Colaboradores de este número

Antonio Infante. Médico de la Universidad Católica de Chile, y especialista en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Se ha desempeñado como Director de la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud; Director del Departamento de Estudios de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB); consultor de la Comisión Ejecutiva de la Reforma de Salud; subsecretario de Salud. ExPresidente del Consejo Consultivo del Plan AUGE de Chile.

Dov Chernichovski. Profesor de Economía de la Salud y la Política, en la Universidad Ben-Gurion del Negev, en Israel. Investigador asociado con la Oficina Nacional de Investigación Económica en los EE.UU. y consultor del Banco Mundial. Encabeza el equipo del Taub Center for the Study of Social Policy, en Israel, y gestiona el Negev Health Forum, para la promoción de la salud, en la región sur de Israel.

Marta Cecilia Jaramillo. Médico y Cirujano U de A, Especialista en Gerencia Hospitalaria y en Gerencia de la Salud Pública de las Universidades EAFIT y CES, Máster y PhD (C) en Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Granada (España). Actualmente Directora de Programas de Salud del Departamento de Desarrollo Organizacional de la Universidad Icesi.

Ramiro Guerrero. Maestría en Economía Ambiental de la Universidad de Maryland. Maestría en Política Económica de la Université d'Auvergne en Francia. Economista de la Universidad de los Andes. Director Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA). Ex viceministro técnico de la protección social.

Salomón Chertorivski. Comisionado Nacional del Seguro Popular, México. Licenciado y Maestro en Economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Maestría en Políticas Públicas de la Universidad de Harvard.

Tom Bossert. Director del International Health System Program, de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Sus especialidades incluyen el análisis de políticas, el análisis organizacional e institucional, la descentralización, la estrategia de recursos humanos, relaciones públicas, el desarrollo comunitario, y el diseño y evaluación de proyectos, entre otros.