

Comparación de la reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política

Political dimension of the reform of the systems of health of Colombia and Costa Rica

Blanca M. Chávez G¹; Yonathan Montoya B.²

¹ Enfermera, Doctora en salud Pública, profesora Titular Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Correo electrónico: myro@guajiros.udea.edu.co.

² Administrador de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, Medellín Colombia.

Recibido: 18 de enero de 2011. Aprobado: 22 de febrero de 2011.

Chávez BM, Montoya Y. Comparación de la reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(1): 65-74.

Resumen

Objetivo: analizar la dimensión política de la reforma de los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica en el período de 1990-2009. **Metodología:** se realizó una investigación utilizando la metodología de comparación entre países (*Cross National*). Se hizo un manejo sistemático de datos comparados de Colombia y Costa Rica, buscando semejanzas y diferencias entre los dos países. **Resultados:** se evidenció la similitud que existe en la conformación político administrativa de los dos países objeto de análisis; igualmente, se pudo observar que, en gran medida, la dirección y la implementación que toman las reformas de los sistemas de salud están altamente condicionadas por la participación de la sociedad civil en el proceso de reforma, así como por las directrices impartidas por organismos financieros

internacionales. **Conclusiones:** Colombia tiene un sistema de aseguramiento mixto regulado, vinculado al mercado y al sector privado. Costa Rica, en cambio, tiene un Sistema Público Integrado, ligado a los fines del Estado, de corte eminentemente universalista, apoyado por los actores civiles como pilar fundamental, quienes avalan o rechazan las decisiones sobre las reformas del sector salud, con escasa participación del sector privado. La rectoría la asume el Estado a través del Ministerio de Salud, el cual protege y vela por el cumplimiento de los derechos y genera políticas para elevar el nivel de salud de la población, de modo que redunde en mejores niveles de vida.

----- **Palabras clave:** reforma sanitaria, sistemas de salud, Colombia, Costa Rica

Abstract

Objective: to analyze the political dimension of the reform of the health systems of Colombia and Costa Rica over the period 1990 to 2009. **Methodology:** we conducted an investigation using the methodology of comparison between countries (*Cross National*). There was a systematic use of comparative data from Colombia and Costa Rica, looking for similarities and differences between the two countries. **Results:** it was showed the similarity in the political and administrative establishment of the two States under review, also we could see that much of the course and implement reforms that make health systems are highly conditioned by the participation of civil society in the reform process, as well as the guidelines issued by international financial

organizations. **Conclusions:** Colombia has a mixed insurance system regulated and market-linked private sector. Costa Rica has instead integrated public system, linked for the purposes of the state, eminently universal, supported by civilian actors as a fundamental pillar who endorse or reject the decisions on health sector reforms, with limited involvement of private sector. The rectority is assumed by the State through the Ministry of Health, which protects and enforces the rights and creates policies to increase the level of health of the population so that results in improved living standards.

----- **Key words:** Health Care Reform, Health system, Colombia, Costa Rica

Introducción

Los sistemas políticos, económicos y sociales de los países de América latina, enfrentan grandes desafíos debido a los diferentes reajustes entre los principales bloques de poder y las nuevas reglas de juego en el escenario económico y político mundial. En este contexto, se destacan estrategias, procesos de reforma y transformación del Estado, para adaptarlos a las nuevas exigencias del entorno y hacerlos más eficientes en los diferentes planos sociales. En el sector salud, se aprecia con crudeza la crisis que azota a los países de la región, que se manifiesta en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios de salud, deterioro progresivo de los indicadores de salud y la falta de gobernabilidad. La dimensión política, conjuga un pilar para un exitoso proceso de reforma de los sistemas de salud, sin dejar de lado los aspectos económicos, demográficos, epidemiológicos, geográficos, accesibilidad a los servicios, aspectos técnicos y socio-culturales del país que dan soporte a este proceso. El presente estudio corresponde al análisis de la dimensión política de la reforma de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica, mediante un análisis comparativo entre países (*Cross National*), utilizando para ello, información documental que permitió conocer 1) La organización estatal, el sistema político y la organización territorial de los países 2) Las reformas de salud; 3) Identificar la organización institucional de Salud y 4) Caracterizar los actores participantes en el proceso de reforma de los sistemas de salud.

Metodología

Se realizó una investigación con la metodología de comparación entre países (*Cross National*), que es un tipo de análisis de semejanzas y diferencias que posee un margen amplio de comparaciones posibles y permite apreciar relaciones entre variables, y estudiar consideraciones implícitas y explícitas que den cuenta si el mismo factor produce igual o diferentes efectos en los países estudiados [1, 2, 3]. La información sobre el método es escasa en Colombia, por esta razón se acudió al convenio de préstamo interbibliotecario suscrito entre la Universidad de Antioquia y la Universidad de Granada en España, la cual colaboró con el envío de la bibliografía, incluyendo ejemplos de su aplicación. En Costa Rica, se contó con el apoyo de la doctora Mayra Cartín, directora de la Maestría en Salud de la Universidad de Costa Rica, quien facilitó los nombres de personas que trabajan en el Ministerio de Salud y éstos, por su parte, contribuyeron a precisar las fuentes de información más fidedignas para el estudio. Las fuentes consultadas fueron: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial

(BM), CEPAL, Ministerios de Salud de los países, Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos, organizaciones e instituciones académicas, investigaciones y artículos de revistas científicas. Una vez se consultaron las fuentes documentales, se hicieron las fichas bibliográficas, que se organizaron, analizaron, sistematizaron y, a su vez, se hicieron los cuadros comparativos de los aspectos estudiados. A pesar de ser una investigación de fuente documental, se tuvo en cuenta la ética durante toda la investigación, tratando de ser precisos con los datos obtenidos de las fuentes, cotejadas con otras fuentes cuando alguna presentaba confusión. Las limitaciones presentadas se refieren al exceso de información sobre las reformas de salud, pero con escasa precisión en los aspectos del estudio, como es la dimensión política. Este aspecto queda por fuera de las reformas y, asimismo, los informes no contemplan la influencia de ésta en el éxito o fracaso de los sistemas de salud.

Resultados

Generalidades sobre organización estatal, sistema político y organización territorial

Colombia y Costa Rica, aunque son países del mismo continente, pertenecen a dos zonas diferentes: la Región Andina y la Región del Caribe, respectivamente; están regidas por Constituciones Políticas ubicadas en dos fechas muy distantes 1949 para Costa Rica y 1991 para Colombia; sin embargo, presentan una organización estatal con grandes similitudes en su estructura, constituidos administrativamente por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial; así como por varias entidades autónomas que están dirigidas a completar los fines del Estado y que interactúan de manera directa con los tres poderes.

El *sistema político* del Estado colombiano tiene un régimen republicano, democrático y representativo; según la Constitución de 1991, es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de república unitaria con centralización política y descentralización administrativa. El parlamento colombiano es bicameral (Cámara de Representantes y Senado), los miembros de ambas cámaras legislativas son elegidos por voto popular para cumplir un período de cuatro años, tiene 268 curules, cinco de esos escaños pertenecen a sectores minoritarios como son los indígenas, los afro colombianos y residentes en el exterior. El Estado de Costa Rica, por medio de la Constitución Política de 1949, define un sistema político caracterizado por un gobierno democrático y republicano, enmarcado en un Estado Social de Derecho. El presidente y los dos vicepresidentes son electos directamente por medio del voto universal y secreto por un período de cuatro años. Una de las principales caracte-

terísticas de Costa Rica es que no posee fuerzas armadas, las cuales fueron suprimidas constitucionalmente en 1949 [4].

Organización territorial: en Colombia, se distinguen tres niveles administrativos-ejecutivos: la nación, el departamento y el municipio. En Costa Rica, el nivel ejecutivo lo conforman dos tipos de gobierno: el nacional y el local. En cuanto a la división política administrativa, Colombia presenta tres niveles: el nacional, el departamental y el municipal, compuesto por 32 departamentos, 1120 municipios, un distrito capital y 9 distritos especiales [5, 6]. Los departamentos tienen autonomía para la administración de los asuntos seccionales, la planificación y la promoción del desarrollo económico-social dentro de su territorio. Los municipios con alcaldes y concejos municipales, elegidos por voto popular para un período de cuatro años, son la entidad territorial funda-

mental de la división político-administrativa del Estado, con autonomía política, fiscal y administrativa, dentro de los límites que señala la Constitución y la ley [6, 7].

Costa Rica, para los efectos de la administración pública, divide el territorio nacional en provincias; éstas en cantones y los cantones en distritos [8]. Comprende 7 provincias, 81 cantones y 463 distritos. Las provincias, han dejado de tener importancia desde el punto de vista administrativo; sólo las conservan para efectos de la elección de los diputados [9]. El cantón es la unidad estructural municipal, equivalente a ciudades ó municipios, el gobierno está en cabeza de los alcaldes, quienes son elegidos para un período de 4 años en elecciones generales y un concejo municipal, formado por un cuerpo deliberante, integrado por regidores municipales de elección popular y de un funcionario ejecutivo que designará la ley.

Reforma de los sistemas de salud

Tabla 1. Aspectos principales de la Reforma a los Sistemas de Salud

Colombia	Costa Rica
<ul style="list-style-type: none"> • Separación entre administración de recursos y prestación de servicios. Creación de nuevos actores para la administración de los recursos y el aseguramiento. Las instituciones de salud son las encargadas de la prestación de los servicios. • Introducción de la competencia en el marco de un mercado regulado para administrar los recursos de la seguridad social o prestar servicios directos de salud, lo cual ejercería un influjo positivo sobre la cobertura, la calidad de los servicios y la eficiencia en la utilización de los recursos. • Generación de espacios propicios para la participación del sector privado: eliminación de los monopolios estatales en el aseguramiento y prestación de servicios de salud. • Sustitución progresiva del llamado subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda: Una de las estrategias de política social fue la "focalización" de los destinatarios de las inversiones del Estado en las políticas sociales. • Ampliación de flujos tradicionales de solidaridad para que la financiación de los Servicios de Salud no sea exclusivamente en el ámbito de los trabajadores vinculados al sector formal de la economía, sino que englobe al conjunto de la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento institucional de la csss*, descentralización para mejorar las finanzas mediante la separación rigurosa de los fondos de los regímenes de salud y pensiones, el aumento de la afiliación, la reducción de la evasión y el mejoramiento de los sistemas de fiscalización [10]. • Readecuación del Modelo de Atención de la csss*, un modelo de atención integral con mayor impacto en las condiciones de salud de la población a menores costos de operación [11]. Cambio de enfoque de un modelo de atención centrado en la atención médica biológica a otro que busca brindar "una atención integral". • Asignación de Recursos Financieros, sustitución de la asignación de recursos de tipo histórico e incrementalista por una asignación prospectiva, competitiva y ligada a objetivos y metas de producción y calidad de los servicios de salud [13]. • Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, empoderamiento del rol rector, definición de la política nacional de salud, transferencia de las funciones operativas de atención a las personas a la csss*. Las nuevas funciones de rectoría se organizaron en cuatro grandes áreas: dirección y conducción, regulación del desarrollo de la salud, vigilancia de la salud, investigación y desarrollo tecnológico [13].

* Caja Costarricense de Seguro Social.

Fuente: elaboración propia con base en la bibliografía.

Según la Constitución Política de Colombia de 1991, la dirección, coordinación y control del sistema de salud está a cargo del Estado. La ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social (sgsss), que

está formado por el conjunto de las entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios

[14], basados en los principios constitucionales de equidad, obligatoriedad de la afiliación, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad [15]. En el año 2001, con la ley 715 se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. La ley 789 en el año 2002, fusiona el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y lo convierte en el Ministerio de la Protección Social, e igualmente reestructura y amplía todo lo concerniente al tema de Protección Social en Salud [16].

Posteriormente, el gobierno promulga la ley 1122 de 2007, con el objeto de realizar ajustes al SGSSS en aspectos de dirección, universalización, financiación, racionalización, mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud; también, crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la figura del Defensor del Usuario y reorganiza el sistema de investigación, vigilancia y control en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud [17].

La Constitución Política de Costa Rica de 1949, expone la seguridad social con una concepción integral y, en el Título V denominado derechos y garantías sociales, establece el rol del Estado como procurador del mayor bienestar a todos los habitantes del país, dándole así la obligatoriedad indelegable de velar por la salud y el bienestar físico y mental de sus ciudadanos. La Ley General de Salud No. 5395 de 1973, destaca que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado y que es función esencial de éste velar por la salud de la población [18]. El Sistema Nacional de Salud de Costa Rica lo reglamenta el decreto 19276-S de 1989, el cual determina que la salud y el bienestar originan derechos y deberes del individuo y de la población en su conjunto, y velar por ellos es un deber del Estado y de las personas [19]. El gobierno responsabiliza al Ministerio de Salud de la rectoría, la coordinación y el control técnico del sistema, dirigidos a alcanzar la salud y el bienestar para toda la población, con equidad, eficiencia, eficacia y participación [20].

Organización institucional actual de los sistemas de salud

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, es el máximo organismo rector del sistema, que formula las políticas y estrategias del sector, establece normas y regulaciones en función de la calidad, la eficiencia, la

gestión y el control de los factores de riesgo. Preside la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que es la unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. La (CRES) estará integrada de la siguiente manera: el Ministro de la Protección Social quien la preside, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus viceministros; el Ministro de Hacienda y Crédito Público que, excepcionalmente, podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros y cinco comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. Entre las principales funciones asignadas a la CRES se encuentran: definir y modificar los planes obligatorios de salud, definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos, definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada régimen, definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, definir los criterios para establecer los pagos moderadores, definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades, establecer y actualizar un sistema de tarifas y presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del SGSSS [17].

El Ministerio de Salud de Costa Rica es el ente rector del sistema, que vigila el desempeño de las funciones esenciales en salud pública y ejerce la rectoría sectorial, define la política nacional de salud, las normas, conduce la planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, se encarga del fomento y promoción de salud, la prevención de las enfermedades y el control del ambiente. En la reforma de la década de los noventa, reafirmó su papel rector y definió sus cuatro funciones básicas de rectoría: dirección y conducción, vigilancia de la salud, regulación de servicios, e investigación y desarrollo tecnológico. Dirige el Consejo Sectorial de Salud [16]. A los gobiernos municipales les corresponde la administración de los servicios e intereses de la comunidad de su área de atención, que promueven el desarrollo integral de los cantones en armonía con el desarrollo nacional [21]. La comunidad, como integrante del sistema de salud, es la base fundamental del sistema: participa por medio de grupos organizados en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de recursos y control en el uso de los mismos [22]. La Caja Costarricense de Seguro Social es el único asegurador y proveedor público de servicios para los riesgos de enfermedad general y maternidad; así mismo, existe un pequeño grupo de presta-

dores de servicios de salud que cubren las necesidades o demandas de las personas más adineradas del país bajo la modalidad de pólizas de salud.

Caracterización de los actores participantes en el proceso de reforma de los sistemas de salud

Participación de los actores públicos en la reforma a los sistemas de salud

El gobierno colombiano, desde 1990, en cabeza del presidente César Gaviria Trujillo, demostró públicamente su interés en que se realizara una reforma al sistema de salud. Entre 1991 y 1993, la posición y participación del gobierno en el proceso de reforma sufrió varias transformaciones, todas ellas fruto de los desacuerdos entre el grupo de actores. Las contradicciones presentadas al interior de organismos gubernamentales sobre la propuesta, sumada a otras situaciones políticas, motivó la reestructuración en el equipo de dirección de las entidades públicas comprometidas. Esta aparente falta de consenso en el gobierno permitió el desarrollo de un proceso más debatido, más argumentado y mejor estructurado, porque los actores institucionales públicos pudieron fortalecer e hicieron prevalecer una idea presidencial bastante definida desde el comienzo, consolidándose así, por parte del gobierno, un proceso de reforma al Sistema de Salud bajo una óptica económica y universalista. Los *gobiernos regionales y locales*, a pesar de ser afectados en materia organizativa, técnica, financiera, social y política no participaron, debido a que el gobierno nacional quiso mantener el control total del proceso, limitándolos sólo a aportar la información que les era solicitada.

De igual forma sucedió con la reforma en 2007, en la medida en que el gobierno estuvo a la cabeza del proceso de cambio y fue liderada por el Ministerio de la Protección Social y otros altos mandos, que focalizaron los problemas que, a su parecer y en representación de la sociedad, eran las dificultades más apremiantes del sistema. Nuevamente, se limitó la participación de los gobiernos regionales y locales, dado que, las enormes restricciones de los fiscos y su dependencia frente al presupuesto nacional para la ejecución de los programas de salud, fue un factor fundamental para coartar su participación en este nuevo proceso de reforma.

El gobierno de Costa Rica, desde 1990, en la presidencia del doctor Ángel Calderón Fournier, mostró públicamente su interés para realizar un profundo cambio al Sistema de Salud. Después de tomar posesión, entró en conversaciones directas con el Banco Mundial y con el Banco Interamericano de Desarrollo para la negociación de la tercera parte del “Programa de Ajuste Estructural”, centrado principalmente en la reforma al sector salud [23]. El gobierno convocó al Segundo Foro Nacional de Salud y Desarrollo, en el cual participan técnicos

de todas las instituciones gubernamentales relacionadas con el sector salud y el saneamiento básico; este foro concluyó que era necesario redefinir el rol de las entidades que conformaban el sector salud, las estructuras de la ccss y del Ministerio de Salud, la consolidación de programas de atención integral y la redefinición de la estructura financiera del sector [24].

En 1991, el gobierno de Costa Rica emitió un decreto ejecutivo (20262-P-H-RE-S), mediante el cual instaló una Comisión Evaluadora del Sector Salud. Esta Comisión identificó los principales problemas que el sistema de salud enfrentaba, y sus resultados sirvieron de base para la creación de la Unidad Preparatoria de Proyectos del Ministerio de Planificación (Mideplan) que, con participación de funcionarios del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social elaboraron el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, publicado por Mideplan en 1993 [25]. En este contexto, el gobierno nacional inicia la formulación del Proyecto de Reforma del Sector Salud, un esfuerzo sistémico y ordenado, que concluyó en la ley 7374 de 1993.

Participación de los actores privados

Los actores gremiales: en Colombia, los gremios de empresas privadas y los profesionales médicos han tenido una participación tímida y poco visible ante la luz pública en los dos grandes procesos de reforma que, desde 1990, afrontó el sistema de salud colombiano. En este comportamiento se debe enmarcar a la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), a la Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco), la Sociedad de Agricultores de Colombia (SAC), la Asociación Colombiana de las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (Acopi), la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia (Asobancaria) y, por último, la Asociación Nacional de Instituciones Financieras.

Los profesionales médicos, que son actores tradicionales y fundamentales en la discusión de las reformas al sector, históricamente, han tenido la vocería mediante la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), la Federación Médica Colombiana, la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, han tenido opiniones encontradas y no definidas, traducándose esto en una posición no pública ni oficialmente manifiesta, aunque es de resaltar que, tampoco, han demostrado ideas radicales [26].

En Costa Rica, los actores gremiales se destacaron desde el inicio de las negociaciones y discusiones sobre la reforma al sistema de salud; por una parte, representados por los médicos conservadores, cuya vocería estuvo encabezada por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, quienes plantearon diferentes fórmulas que procuraban una reforma de los modelos de atención

médica, orientada a asignarle mayor protagonismo a la iniciativa privada; pero, debido a la oposición del resto de los actores, sus planteamientos no trascendieron. Las cooperativas participantes de las discusiones fueron: Coopesalud, Coopesain, Coopesana y Coopesiba.

Los actores políticos: conformados por los congresistas y los partidos políticos colombianos, participaron activamente, algunas veces defendiendo sus propios intereses. Con respecto a la reforma de 1993, solamente la nueva fuerza democrática y el “sector Tequendama” del partido conservador, manifestaron su apoyo al proyecto de manera unificada, y en forma positiva. El partido liberal expresó de forma oficial su acuerdo, pero se encontraban sectores disidentes en sus filas. El movimiento Salvación Nacional, por el contrario, no declaró públicamente su postura frente a la reforma del sistema de salud. Para el año 2007, la participación del partido de izquierda polo democrático, que fue el abanderado del proceso, logró la aprobación de muchas de sus iniciativas de cambio, entre ellas, la sustitución del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud (CNSSS) por la CRES, debido a los conflictos de interés que se presentaban [27].

En Costa Rica, los dos partidos políticos más representativos: Partido de Liberación Nacional (PLN) y Partido de Unidad Social Cristiana (PUSC), después de varias reuniones lograron un consenso para apoyar el proceso de reestructuración. Ese acuerdo, se convirtió en un asentimiento y una unión de los dos grupos políticos en torno al tema trascendental de la reforma, de tal forma que, trabajando de la mano con el grupo de actores internacionales e institucionales públicos, fueron los actores políticos los que delimitaron el proceso y los alcances de la reforma; enmarcados en la reconstitución organizacional y cultural de la CCSS, así como en la reconceptualización del papel del Ministerio de Salud, inaugurando un enfoque más vinculado al modelo de la rectoría [24]. Es de resaltar su firme oposición ante la Banca Multilateral para apadrinar un proceso de privatización de los servicios de salud [23].

Los actores académicos: en Colombia han mantenido una visión salubrista del sistema y poca participación en ambos procesos de reforma, debido a la escasa fuerza que presentan, así como a los intereses que se mueven en el sector salud. Sus participaciones en los procesos de reforma se enmarcan en discusiones puntuales, y en las representaciones que algunos congresistas hacen en nombre de estos actores, o basados en argumentos dados por ellos. Para la Fescol, el hecho de que los actores académicos no tengan una forma de organización representativa ni unificada, ha generado que éstos presenten opiniones encontradas. Con respecto a la reforma de 1993, los actores académicos se mostraron en desacuerdo; pero, debido a las circunstancias del sector salud y a

la crisis que afrontaba el mismo, apoyaron tímidamente la iniciativa de reforma del año 2007.

Los actores académicos en Costa Rica, representados principalmente por la Universidad de Costa Rica, participaron activamente y su opinión, como la de la totalidad de los actores involucrados (Públicos y Privados) fue favorable. La Universidad, como miembro del sistema de salud, participó en todas las discusiones de la reforma desde 1990; en el II Foro Nacional de Salud y Desarrollo, coincidió con los especialistas del gobierno en la necesidad de reformar el sistema de salud, apoyados en cambios organizacionales y financieros del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social [24] con el monopolio de la educación en temas de salud.

Los actores sindicales: en Colombia, hacia 1993, según Fescol sólo el 10% de la población laboral se encontraba sindicalizada y, para el año 2007, sólo el 7% de la misma. La mayoría de los representantes de los gremios sindicales provenían del sector público. Éstos, lograron introducir importantes cambios en los proyectos de reforma de 1993 y 2007; básicamente, relacionados con el mantenimiento de las entidades públicas que iban a desaparecer, y en el aumento de los beneficios de salud para los trabajadores y su grupo familiar, así como la permanencia de regímenes especiales como el de Fecode (educadores) y el de Ecopetrol. Por otra parte, los Trabajadores sindicalizados del sector salud, han tenido en las dos reformas, su expresión a través del Sindicato de Trabajadores del Instituto del Seguro Social, de la Asociación Sindical de Médicos (Asmedas), de la Asociación Nacional de Enfermeras Certificadas de Colombia y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social - Sintraseguridadsocial.

Cabe destacar que, en Costa Rica, los sindicatos son, principalmente, del sector público. El sindicalismo de empresa privada ha estado reducido al que organizaron los comunistas en la zona bananera, pero estos últimos no tuvieron ninguna incidencia en el proceso de reforma al sistema de salud. El más representativo de los actores sindicales, y activamente participante en el proceso, fue la Unión Nacional de Empleados de la Caja (Undeca), uno de los sindicatos más grandes del Estado y que agrupa a los trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social. Este presentó una posición favorable ante el proceso de cambio, pero guardó algunos desacuerdos en lo referente a la prestación público/privada de servicios, puesto que ellos mismos habían sido artífices y defensores del modelo de atención público, por lo que se opusieron a los planteamientos que se esgrimían con relación a la privatización [23]. Los actores sindicales, con su alto grado de influencia y de persuasión en las esferas del gobierno, jugaron un rol muy importante en las mesas de discusión del proyecto a favor del servicio público de salud y en contra de la expansión del mercado privado en el sector.

Los actores institucionales privados: en Colombia, tuvieron la vocería en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Prepagada (Acemi), la Federación de Aseguradores de Colombia (Fasecolda), la Asociación de Hospitales y en la Federación Médica Colombiana, esta última, integrante también de los actores gremiales como representante de los profesionales médicos [28]. La posición de Acemi y Fasecolda fue abierta y radicalmente favorable a la propuesta oficial de reforma presentada por el gobierno nacional, que culminó en la ley 100 de 1993. Pero, es de anotar que estas dos organizaciones mantuvieron una postura prudente en sus pronunciamientos públicos; por lo cual sostuvieron sus debates en círculos de consulta relativamente cerrados. Por su parte, la Asociación de Hospitales y la Federación Médica Colombiana, apoyaron de forma tímida la iniciativa, en defensa de intereses privados y bajo la reserva de algunas inquietudes sobre las consecuencias de su apoyo.

En Costa Rica, según el profesor Abarca Rodríguez, las pequeñas clínicas privadas, con su limitada acción en el campo de la salud, no trascendieron en las negociaciones de la reforma, aunque fueron representados sus intereses de expansión del sector privado en el área de la salud, por parte de las cooperativas y de algunos grupos de médicos influyentes en la sociedad costarricense, que se hacían presentes en las mesas de discusión del proyecto de reforma. La participación, tanto de instituciones privadas como de los profesionales de la salud que prestaban servicios privados representados, fue marginal debido a las características sociopolíticas del país y a la influyente participación de los sindicatos y de la sociedad civil que confrontaron y se opusieron con gran éxito a todos los planteamientos privatistas [29].

Los actores civiles: en Colombia, las asociaciones de usuarios expresaron abiertamente su oposición; las organizaciones de pensionados, por su parte, no se manifestaron públicamente sobre el proyecto; aunque, mediante algunos de sus voceros, manifestaron discrepancias más no oposición al proyecto de reforma. Hasta el año 1993, en pleno proceso de culminación de las discusiones sobre la reforma, no existía una organización de usuarios de los servicios de salud con reconocimiento amplio, nacional y público. Los usuarios del sistema y la comunidad en general, hicieron la petición pública, al ministro de salud, de iniciar una profunda transformación en el sistema de salud, con el fin de mejorar, no sólo la calidad de vida y el bienestar de la ciudadanía, sino también disminuir el gasto de bolsillo [30].

En Costa Rica, los actores civiles, sin duda alguna, fueron el grupo más influyente en el proceso de reforma, el cual estaba integrado por innumerables grupos y sectores sociales con poder institucionalizado en la sociedad; dentro de ellos, se destacan los grupos de usuarios del

sistema, y las distintas organizaciones de la sociedad civil [22]. Estos últimos estaban representados, en su gran mayoría, por las redes de organizaciones comunitarias, grupos de ciudadanos que se han organizado para el logro de objetivos comunes. Con sus pronunciamientos públicos, su gran capacidad de persuasión y sus argumentos en las mesas de discusión, lograron defender sus intereses, lo que les permitió aumentar la legitimación de sus derechos, identificar sus obligaciones en la construcción de la salud en general y atender, de manera conjunta, los problemas de salud que los afectan, así como evitar la privatización de los servicios de salud [31].

Los actores internacionales: en Colombia, estaban representados por la OPS, la OMS y la Banca Internacional; esta última fue orientadora y condicionante de la política social del país, mediante la asignación de recursos, el apoyo técnico y las ayudas humanitarias. La OPS, presentó una participación más activa en la reforma, sus pronunciamientos se centraron en la necesidad de analizar detenidamente las condiciones de salud de las grandes mayorías y la accesibilidad y calidad de los servicios, más que en apoyar la concepción de la propuesta privatista. La OMS, hizo consideraciones técnicas y estructurales sobre el nuevo sistema de salud y la organización institucional del mismo. El Banco Mundial, en su papel de máximo financiador de la reforma, impuso el modelo económico del Sistema de Salud como política de Estado.

En Costa Rica, los actores internacionales jugaron un importante papel en el proceso de reforma; desde principios de los noventa, con el surgimiento de los planes de estabilización económica y de ajuste estructural, los cuales eran impulsados por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, comenzaron a direccionar los temas del sector salud y argumentar la necesidad de un intenso proceso de reforma, según el cual, el Estado disminuyera su función y se ampliara el sector privado, pero, no se impuso su visión privatizadora ni de libre mercado [23].

Discusión

Según Giorgio Solimano [32, 33], es necesario debatir los temas referentes a las reformas del sector salud en América Latina, desde posiciones más cercanas a la sociedad civil y más independiente de las instituciones que generalmente han promovido, impulsado y financiado estos procesos de cambio. Analizar los procesos de reforma de los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica, a partir de una perspectiva más independiente, inaugura una nueva etapa de la discusión que puede permitir ampliar las fronteras del debate e incorporar explícitamente a actores que han sido determinantes en el éxito y fracaso de los procesos de cambio, aún estando al margen del diseño

y de la ejecución formal de los programas, como es el caso de muchas organizaciones de la sociedad civil.

Un factor decisivo que contribuyó a la construcción, estructuración y direccionamiento del rumbo que tomaron las reformas de los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica, fue la participación de organismos financieros internacionales, los cuales por su poder de condicionamiento lograron la construcción de una racionalidad técnica en la política de salud que se impuso sobre la lógica de la política nacional, lo cual se sometió a distintos intereses y a la construcción de un horizonte con mayor certeza; pero, también, con un enfoque más tecnocrático que desestima la orientación política propia y la realidad de las necesidades sociales del país.

La reforma del sistema de salud colombiana se caracterizó por cuatro grandes rasgos: cambios en la composición público-privado, con mayor presencia de agentes privados en el financiamiento y la provisión de servicios; la poca participación de la ciudadanía y el escaso impacto de los intereses colectivos en la reforma; la búsqueda de un mayor vínculo entre contribuciones y beneficios para lograr mayor equilibrio entre ingresos y gastos. Y por último, el énfasis en los mecanismos de mercado, como medio para promover la eficiencia en la utilización de los recursos [34]. Para las autoridades nacionales e internacionales, el sistema general de seguridad social en salud hace parte de la política de equilibrio macroeconómico, más que del sistema de protección social [35].

Costa Rica, según Álvaro Salas Chávez, ex-director de la ccss, realizó una reforma más de corte socialista. La reforma de 1993, plasmada en la ley 7374, se enfocó a reorganizar el sistema de salud, a intentar adecuarlo a las nuevas realidades del entorno; mejorar el sistema público, con la modificación y fortalecimiento de la red de atención primaria y la descentralización de las responsabilidades administrativas. De acuerdo con Clark [37], los actores internacionales representados por negociadores y expertos técnicos del Banco Mundial, pretendían usar el préstamo sectorial de salud para condicionar la reforma, de manera que ésta incluyera la creación de aseguradoras privadas similares a las EPS colombianas, y dividir la Caja Costarricense de Seguro Social en varias instituciones para el financiamiento de la salud, la compra de los servicios y de las pensiones. Lo que fue rechazado por los negociadores, en especial del gobierno nacional, los sindicatos del sector y la sociedad civil; por lo que predominó una reforma que, si bien impulsó la desconcentración administrativa, se enfocó a fortalecer un sistema universal de atención primaria, mediante la creación de equipos básicos de salud en todo el país, cuyo objetivo fue constituirse en centros, donde toda la población pudiera recibir atención integral. Al final, prevaleció la posición del país,

defendida por todos los actores del Estado, a excepción de los gremios e instituciones privados que, junto a la Banca, exigían mayor participación del sector privado en el sistema de salud.

Para Garnier [37], la defensa de los intereses sociales ha permitido que la población costarricense siga contando con un acceso casi universal a un sistema de prevención y atención de la salud adecuado; de manera que, a diferencia de lo que ocurrió en Colombia, no se presentó una distinción tan grande entre la cobertura y la calidad de los servicios de salud que reciben los distintos estratos de la población. La alta participación de la ciudadanía y la cohesión social, fueron el principal pilar que soportó y evitó la implementación de los planteamientos privatizadores empleados por la banca multilateral.

Tanto en Colombia como en Costa Rica, según Solimano [32], no se puede soslayar el momento político en el que se desenvuelve el proceso de cambio, puesto que se eludirían variables histórico-institucionales que son determinantes al implantarse la reforma, dado que, en cada una de ellas emergen correlaciones de fuerza singulares entre determinados actores. Es así como, se evidencian los intereses gremiales que defienden pactos y motivaciones económicas, al igual que los grupos civiles son veedores de lo social y buscan defender prestaciones y acceso de carácter universal, panorama que nos muestra la complejidad de actores y de intereses, así como las tramas que estos tejen para defender sus aspiraciones. La gran diferencia y el éxito relativo del proceso de reforma en las dos naciones objeto de estudio, enmarcada en la dimensión política del proyecto de cambio, radica en que el proceso colombiano fue tratado con más determinismo en el campo de las políticas de atención individual y economicistas, mientras que el costarricense se basó en la integralidad del proceso de salud, así como el proceso político que lo estructuran y que actúa dentro del mismo.

Conclusiones

En Colombia, como resultado de la comparación de las reformas de los sistemas de salud, se encontró un sistema de aseguramiento mixto, más vinculado al mercado y al sector privado. En Costa Rica, un sistema público integrado, ligado a los fines del Estado, de corte eminentemente universalista y con escasa participación del sector privado, por lo cual es más solidario, equitativo, con eficiencia económica y eficacia social.

La mayor diferencia está en la rectoría del sistema; aunque el Ministerio de Protección Social realiza una alta regulación, las EPS tienen un poder dominante bajo la permisividad gubernamental y baja actividad operativa de entidades de control, como la Superintendencia Nacional de Salud. Costa Rica, por el contrario, asume

la rectoría del sistema a través del Ministerio de Salud, ente que protege y vela por el cumplimiento de los derechos y genera políticas para elevar el nivel de salud de la población.

La participación de los actores públicos, políticos y sindicales en la reforma de los sistemas de salud fue abierta en ambos casos. Con relación a los actores internacionales, participaron en ambos países, pero en Costa Rica se impusieron los intereses del país sobre los intereses del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. En Colombia, la participación de los actores privados, como son los gremios, fue tímida y en Costa Rica con participación activa. La vinculación de los actores académicos fue poca en Colombia y muy representativa en Costa Rica. La participación de las instituciones privadas fue activa en Colombia y en Costa Rica no trascendieron. La participación de los actores civiles hace la gran diferencia entre Colombia y Costa Rica, de lo que se destaca que en este último fue muy activa.

Referencias

- Piovani JI. Acerca del status de la comparación en la Ciencia Política. *Rev. Relaciones Internacionales* 2004; 10 (20): 5-6.
- Cais J. Metodología del Análisis Comparativo., Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1997. p. 83-100.
- Gómez D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Rev. Salud Pública* 2005; 7(3): 305-316.
- República de Costa Rica. Asamblea Nacional Constituyente: Constitución Nacional de la República de Costa Rica 1949. San José: La Asamblea; 1949.
- Periódico El Tiempo. Colombia Viva: Entidades Territoriales de Colombia. Casa editorial el Tiempo. 2000: 50-51.
- Rodríguez RL. Derecho Administrativo General y colombiano. Santa Fe de Bogotá: Editorial Temis; 1998. p. 116-156.
- República de Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Santa fe de Bogotá: La Asamblea; 1991.
- República de Costa Rica. Asamblea Nacional Constituyente: Constitución Nacional de la República de Costa Rica 1949, Título XIII EL REGIMEN MUNICIPAL. San José: El Asamblea; 1949.
- República de Costa Rica, Presidencia de la República. El Estado de Costa Rica [Internet] [Acceso 26 de agosto de 2006]. Disponible en: www.casapres.go.cr.
- Herrero F, Durán F. El Sector Privado en el Sistema de Salud en Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Financiando el Desarrollo; 2001.
- Ministerio de Salud. Oferta y Demanda de Servicios de Salud. San José de Costa Rica; El Ministerio; 1994.
- Rodríguez A. La reforma de salud en Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Financiando el Desarrollo; 2006.
- Sojo A. Hacia unas Nuevas Reglas del Juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Políticas Sociales; 1998
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Banco de Información de los Sistemas de seguridad Social Iberoamericanos. Características generales del sistema de seguridad social en Colombia: Organización administrativa. Madrid.p. 31-38.
- República de Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007: Colombia, Características del Sistema de Salud. Publicación Científica y Técnica No. 622. Volumen II Países. Washington DC: OPS; 2007. p. 257-258.
- Congreso de la República. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. Reforma Ley General de Salud, Ley No. 5395 de 1973 [Internet] [Acceso 6 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.pgr.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43957&nValor3=46322&strTipM=TC.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. Asamblea Legislativa: Decreto No. 19276-S Reglamento General del Sistema Nacional de Salud [Internet] [Acceso 30 de Agosto de 2008]. Disponible en: http://www.pgr.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=10255&nValor3=10974&strTipM=TC.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Publicación científica y técnica No. 622. Washington DC: OPS; 2007. p. 314-405.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. [Internet] [Acceso el 19 de agosto de 2008] Chile: El Ministerio; 2006. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/desaorga/documentos/modelocortex.pdf>.
- Ayala N, Carvajal-Salazar X, Cercone J, Arce-Ramírez C. Bases del Sistema Nacional de Salud y Procesos de Modernización ccss. Gestión Local de Salud: Modulo I. San José de Costa Rica; 1999. p. 39-69.
- Guendel L. Gestión de las Reformas de las Políticas de Salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento. San José de Costa Rica: UNICEF; 1997.
- Sánchez MR. Análisis Sectorial del Sector Salud en Costa Rica. San José de Costa Rica; 2002.
- Forastelli RM. Reforma del sector salud en Costa Rica: Antecedentes, lo que sabemos de resultados, y algunas interrogantes. San José de Costa Rica; 2006.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Un Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud para los Colombianos. Santa fe de Bogotá: ASCOFEME; 1993.
- Toro DF. Ley 1122 del 9 de 2007, por la cual se reforma al Sistema de Salud Colombiano. Santa Fe de Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública; 2007.
- Molina C, Trujillo JP. La reforma del sistema de seguros de salud: una comparación de tres propuestas. Bogotá: GEHOS, FEDESARROLLO; 1992.
- Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. Proyecto de Reforma del Sector Salud. San José de Costa Rica, agosto 1992
- Restrepo J. Ponencia: Ley 1122 del 9 de 2007, Modificaciones a la ley 100 de 1993. Santa Fé de Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2007.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Salud. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. [Internet] [Acceso 19 de agosto de 2008]. Disponible

- en:<http://www.ministeriodesalud.go.cr/desaorga/documentos/mo-delocertex.pdf>, 2006.
- 32 Solimano G, Vergara M, Isaacs S. La Reforma de Salud en América Latina: Fundamentos y Análisis Críticos. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana; 1999. p. 45-70.
 - 33 Solimano G, Isaacs S. La salud en América Latina, de la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago de Chile; 2000.
 - 34 Londoño JL. Estructurando Pluralismo en los Servicios de Salud. Revista de Análisis Económico ILADES 1996; 11 (2).
 - 35 Rodríguez-Salazar O. Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad. En: Le Bonniec Y, Rodríguez-Salazar O, editores. Crecimiento Equidad y Ciudadanía, hacia un nuevo sistema de protección social. Santa fe de Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID; 2006. p. 197-272.
 - 36 Clark M. Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System. Wilson Center Workshop on the Politics of Education and Health Reforms. Washington D.C: 2002. p. 2-8.
 - 37 Garnier L. El Seguro de salud en Costa Rica: La encrucijada de un modelo exitoso. Oscar Rodríguez Salazar, editor. CID: Crecimiento, equidad y ciudadanía; hacia un nuevo sistema de protección social; 2006. p. 589.