

SIG·Obesidad NutriSSAN



GRUPO DE INTERÉS ESPECIAL
PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD
Red Latinoamericana de Soberanía y Seguridad
Alimentaria y Nutricional

Serie

Políticas Públicas de Prevención y Control de la Obesidad
ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ECUADOR

Esta es una producción colectiva apoyada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Innovaciones y Comunicaciones/ Secretaría de Políticas y Programas de Investigación y Desarrollo/ Departamento de Políticas y Programas para la Inclusión Social/Red Nacional de Investigación (MCTIC/SEPED/DEPIS/RNP), Brasil. Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"(UNESP), Brasil. Universidad del Bío Bío (UBB), Chile. Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL), Ecuador. Corporación Universitaria Remington, Colombia.

La Estructura Operativa de los Sistemas de Salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia

Weber TK¹, Oliveira MRM¹, Miranda M¹, Araneda J², Pinheiro, AC³, Muñoz ME⁴, Gil BE⁴, González AL⁵, Popelka R⁵, Albrecht C⁵

¹ Universidad Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Centro de Ciencia y Tecnología en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional UNESP/INTERSSAN - Brasil

² Universidad del Bío-Bío, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Departamento de Nutrición y Salud Pública - UBB - Chile

³ Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina-Clinica Alemana, Escuela de Nutrición y Dietética - Chile

⁴ Programa de Nutrición y Dietética, Corporación Universitaria Remington, Colombia.

⁵ Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición – UNC – Argentina

INTRODUCCIÓN

Aunque enfrentar la obesidad demande reconocidamente esfuerzos intersectoriales, es el sector de salud que absorbe gran parte de esa demanda, ya sea en esfuerzos de implementar acciones de protección, promoción y control de la salud en todas las políticas y ejecutando estas acciones o trabajando la intersectorialidad a través de acciones conjuntas, que permitan a las personas empoderarse de su problema y abogar por cambios estructurales, en torno a la obesidad y enfermedades asociadas (1). El acceso y la cobertura de los servicios de salud a la población depende de la política que se adopta en cada país. Por esa razón, vislumbrando la sistematización de informaciones sobre prevención y el tratamiento del sobrepeso y obesidad en países de América Latina como parte de este compendio de publicaciones, es que se priorizó en este fascículo la caracterización de los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Estos países presentan en sus constituciones federales/nacionales el Derecho a la Asistencia a la Salud. Comentar sobre los sistemas de salud (SS) que rigen en estos países en la actualidad nos remite al contexto histórico

de América Latina, sobre todo lo referido al proceso de democratización, acompañado de profundas transformaciones políticas, económicas y sociales (1). Las reformas que ocurrieron en los SS de cada uno de los países estudiados frente a la globalización y al neoliberalismo, no fueron uniformes. (2).

De manera general, los SS de estos países contemplan la acción del Estado y la iniciativa privada, con o sin la contribución de trabajadores y empleadores. En todos los países, ingresos fiscales son destinados a la salud. En algunos de ellos, la contribución individual proveniente de los salarios es obligatoria. En otros, el Estado proporciona el derecho universal a la salud, contemplando a todos los ciudadanos, y también en otros, el Estado subsidia la asistencia a los más vulnerables. En todos los países hay problemas en la distribución de los servicios y el Estado no ha logrado garantizar el derecho pleno a la salud con equidad e igualdad (2). Una visión general de los SS, pueden ser observada en el cuadro 1. Los modelos de carácter redistributivo universal, se fundamentan en la ciudadanía y tuvieron inspiración

en la búsqueda de la aplicación de la justicia social. Ya los modelos de carácter corporativo, son financiados fundamentalmente con contribuciones de empleados y empleadores, aunque puedan contar también con recursos de impuestos. Un tercer modelo consiste en la protección social residual, cuando el Estado se responsabiliza apenas por proteger a los más pobres, y los demás ciudadanos deben adquirir los servicios de salud en el mercado (2). Es cierto que cuanto mayor la participación del Estado en el financiamiento de la asistencia a la salud, mayor la igualdad de oportunidades de acceso y la cobertura. Los países aquí analizados, tienen modelos de SS combinados, es decir, involucrando el sistema público no contributivo, seguro social contributivo y el sector privado. Esa coexistencia de modelos dentro de un mismo sistema, genera la fragmentación de los servicios.

La privatización de los servicios se está volviendo una realidad en estos países y Chile fue el primer país en privatizar la seguridad social en América Latina. Brasil, aunque se mantiene con un modelo universal, presenta uno de los mayores mercados de planes y seguros de salud del mundo.

Es importante discutir también el modelo de asistencia, con foco en la integralidad de las acciones de salud. Desde la década del 60, se ha reforzado la importancia de la Atención Primaria a la Salud (APS) en lo que se refiere a los determinantes de salud. Por tanto, ha sido priorizado el abordaje sistémico y socioecológico ampliando la visión sobre la salud.

De acuerdo con el grado de complejidad tecnológica, los SS se organizan por niveles de asistencia en la APS con políticas específicas conforme a los niveles de asistencia, grupos de enfermedades y grupos poblacionales. Cuanto más complejo el servicio, más involucrado se encuentra en acciones curativas y reparadoras de la salud. En el caso de la obesidad, las acciones de promoción y prevención exigen gran esfuerzo de la atención primaria para que se desarrollen efectivas estrategias multisectoriales. Al mismo tiempo, las comorbilidades asociadas a la obesidad (hipertensión, diabetes, enfermedades osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer, entre otras), son las que más han ocupado la atención especializada.

Mientras, la cirugía bariátrica surge en la atención de alta complejidad como alternativa de control de la obesidad y sus comorbilidades en aquellos casos que cumplen con criterios específicos para la prestación de salud. En el equilibrio que debería existir en la oferta de cuidado en los tres niveles, algunos países invierten más en la APS, que en cualquier otro nivel, comprendiendo la dimensión de esa tarea. Otros, se aproximan más a una atención individualizada, privilegiando niveles de mayor complejidad de asistencia. La integralidad de los servicios se completa cuando los tres niveles de asistencia se encuentran articulados, integrados en red y al cuidado de la ciudadanía.

En estos países, la atención a la prevención, manejo y tratamiento de la obesidad viene siendo, de forma más o menos fragmentada, con mayor o menor cobertura de servicios, reglamentada por marcos legales específicos conforme el nivel de asistencia, cuyos procesos de cuidado han sido orientados por guías y manuales de Prácticas Clínicas, editados por los Ministerios de la Salud de cada país.

ARGENTINA

En Argentina, el derecho a la Salud está garantizado en el artículo 42 de su Constitución. Sin embargo, ese derecho fue confirmado de forma más explícita en el “Protocolo de San Salvador”, en 2003, que amplió los derechos económicos, sociales y culturales de la población. En este país, cada provincia tiene autonomía para decidir sobre su política de salud, las cuales tienen sus propias leyes que involucran el acceso a los servicios de salud (3).

El SS argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación (4), que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: Público, De la seguridad social y Privado. Esta fragmentación se presenta en tres niveles: i) de cobertura, dado que no toda la población tiene acceso a prestaciones y beneficios de salud similares; ii) regulatoria, puesto que las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores; y iii) territorial, debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas regiones de la nación.

El papel de rectoría en la política sanitaria nacional le corresponde al Ministerio de Salud. El Consejo Federal de Salud (COFESA) es un organismo público creado por la ley 22373 de 1981 con el objeto de coordinar las acciones de salud pública en la Nación Argentina (5).

El COFESA está integrado por los ministros de salud de las provincias y es presidido por el ministro de salud de la nación y es el espacio para la construcción de consensos, establecimiento de metas, y adopción de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones. De esta manera, la vía para generar modificaciones es a través de consensos muy amplios. Esto se ha intentado a través de planes federales de salud y fortaleciendo el papel del COFESA.

El modelo de atención definido en el Plan, está constituido por aquellas estrategias orientadas a garantizar el desarrollo de la atención a las personas en un marco de la APS, promoviendo el enfoque por ciclo de vida; impulsando el fortalecimiento de redes de atención según niveles de riesgo.

Las metas y estrategias para la Salud de las personas que el Ministerio de Salud de la Nación (en su papel de rectoría de la Política Sanitaria Nacional), a través de sus dependencias y programas, se expresan por ciclo de vida (definidos en niños y las niñas, adolescentes y jóvenes, mujeres embarazadas, parto y puerperio, adultos y adultos mayores). Asimismo, las estrategias se plantean en tres líneas que se desprenden de los principios de la Estrategia de Atención Primaria y que deben definir la direccionalidad de los planes y programas nacionales y provinciales destinados a contribuir al logro de las metas de salud. Esas líneas estratégicas son:

- Garantizar la atención de las personas, a través de la regionalización y fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las redes de atención, mejorando la accesibilidad y la continuidad de la misma;
- Priorizar las intervenciones orientadas a la prevención y minimización de los problemas de salud responsables de las principales causas de muerte y patologías prevalentes;
- Participación Social y Determinantes Sociales: coordinación de acciones programáticas de comunicación y participación social articuladas intersectorialmente para el abordaje de los Determinantes.



Figura 1. Representación de la gobernanza del Sistema de Salud Argentino

Cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud (CUS), (6) establecida por Resolución 475/2016, tiene por objetivo que todos los individuos, especialmente los más vulnerables, tengan acceso, a lo largo de su vida, a servicios de salud de calidad sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos. Es una iniciativa para la reformulación del sistema sanitario argentino que apunta a lograr mayor eficiencia y transparencia. Se busca corregir la fragmentación del sistema que se caracteriza por la existencia de los subsectores y por la superposición de funciones de las distintas jurisdicciones (nación, provincias y municipios). También se procura corregir la fragmentación de los programas, con financiamiento nacional y/o internacional, del propio Ministerio de Salud de la Nación. En un trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Modernización de la Nación se está diseñando un documento nacional de salud.

BRASIL

En Brasil, el Sistema Único de Salud creado con la Constitución de 1988, en su ley orgánica ley N° 8.080, tiene como principales principios doctrinales la universalidad, la equidad y la integralidad; y como principios organizativos, la descentralización, la jerarquización y la participación (7). Este fue el primer documento que coloca el derecho a la salud en el ordenamiento jurídico brasileño. La creación de dicho sistema de salud fue contraria a la fuerte tendencia neoliberal en la década de 80 y la del Sistema Único de Salud fue incorporada a la plataforma política del movimiento que defendía la redemocratización en el país, conllevando al derecho de la asistencia universal a la salud (8,9). El SUS es enteramente financiado por recursos de impuestos de la Unión, de los Estados y Municipios. Todo ciudadano brasileño tiene derecho a hacer uso de sus servicios. A pesar de esto, el mercado de planes y seguros de salud en Brasil es uno de los más grandes en el mundo, atendiendo a grupos poblacionales que pueden pagar por servicios específicos. El mercado suplementario de salud es independiente, pero regulado por el gobierno y la iniciativa privada también participa del

SUS realizando prestaciones de servicios al gobierno.

En el SUS, los proveedores de servicios pueden ser públicos o privados (prestadores de servicios por convenio). En lo que se refiere al sistema privado, este puede complementar al sistema público cuando hay falencias de estructuras, especialmente en el área hospitalaria, para la prestación de examen diagnóstico o asistencia de media y alta complejidad (8). Este mecanismo de complementación es conocido como salud complementaria y cuando es accionada, los valores son cubiertos por el gobierno; posibilitando, en teoría, la cobertura integral a la salud, según lo que establece la Constitución Federal (8).

Los gastos del gobierno brasileño con la salud representan en la actualidad aproximadamente el 8% del Producto Interno Bruto (PIB) (10). Actualmente, Brasil se organiza en tres esferas de gobierno, Unión, Estados y Municipios; cada una posee autonomía administrativa y gestores del SUS designados para desarrollar las funciones del Ejecutivo en la salud: en el ámbito nacional, el Ministro de Salud; en el ámbito estatal, el Secretario de Estado de Salud; y en el municipio, el Secretario Municipal de Salud. Sus principales funciones engloban formulación de políticas / planificación; financiación; coordinación, regulación, control y evaluación del sistema y de los prestadores públicos o privados.

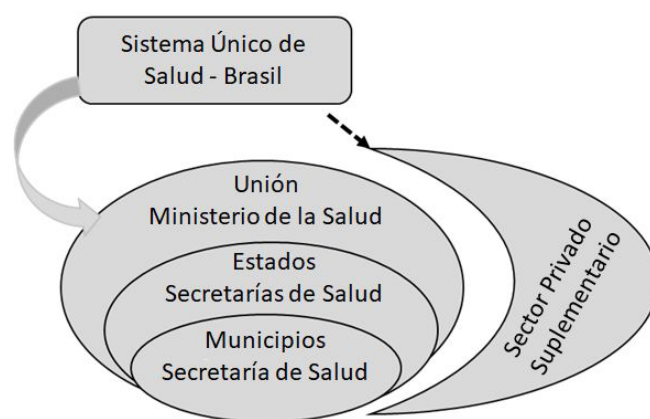


Figura 2. Representación de la gobernanza del Sistema de Salud Brasileño

En 1994, Brasil estructuró el Programa Salud de la

Familia, hoy Estrategia Salud de la Familia (ESF). En 2016, la ESF atendía el 64% de la población brasileña. La ESF tiene la territorialización como base de actuación de los equipos de salud de la familia (11,12).

Las acciones y servicios de salud se organizan en redes de atención regionalizadas para garantizar la atención integral a la población. El acceso a la población ocurre preferentemente por la red básica de salud (atención básica) y los casos de mayor complejidad son encaminados a los servicios especializados, que pueden ser organizados de forma municipal o regional, dependiendo del porte y de la demanda del municipio. La organización del SUS en redes de atención es en realidad una estrategia para garantizar los principios del SS, basados en la universalidad, integralidad y equidad (13). El SUS tiene como importante componente la participación social por medio de los consejos de políticas públicas en los tres niveles de gobierno. Es a partir de las conferencias de salud que se levantan subsidios para los planes de salud. Los consejos de salud deliberan sobre los recursos de la misma y tienen la importante función de monitorear la ejecución de los Planes de Salud.

CHILE

En 1918 se publica el primer Código Sanitario en el país, con la creación de una autoridad unipersonal con facultades ejecutivas y se establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad (1). La Constitución Política de la República de Chile, promulgada el 18 de septiembre de 1925, señala que es deber del estado “velar por la salud pública y en bienestar higiénico del país”. En 1952 se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), el que se encarga de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. En 1958 se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo (1).

Posteriormente, a través del Decreto con Fuerza de Ley N° 25 de 1959, se crea formalmente El Ministerio

de Salud, entidad dependiente del Gobierno, que tiene por responsabilidad encargarse de la protección de la salud para toda la población y garantizar a toda la población residente el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud, y tiene por misión “construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera. En 1968 la Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales consolida a las Mutuales de Seguridad, ya que las faculta para captar fondos, además de que les permite organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo (1). En 1979, se reorganiza el Ministerio de Salud y se crean los SS, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP). La nueva institucionalidad permite el acceso a beneficios a sistema de libre elección. En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados. En 1985 se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional y establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud (14,15).

El Sistema de Salud chileno está compuesto por un sistema mixto de atención, conformado por un sector público y otro privado. El Fondo Nacional de Salud (seguro público), cubre alrededor del 80% de la población Nacional, a través de la red asistencial desplegada en todo Chile. Este fondo se financia con el aporte de los trabajadores y con recursos del Estado, que provienen de los impuestos de la nación. Por otra parte, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), reconocidas como el sistema privado, cubren aproximadamente el 20% de la población y proveen servicios tanto en instalaciones privadas como públicas. Este sistema opera a través de planes contratados por las personas. Posteriormente, en 2005 entra en vigencia

la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno (14,16).

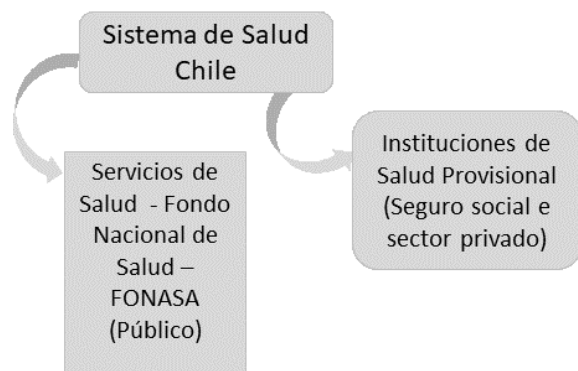


Figura 3. Representación de la gobernanza del Sistema de Salud Chileno

En Chile, se gasta aproximadamente un 8,5% del PIB en salud, por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es de un 9,5% (17).

Respecto a su organización, el Sistema de Salud en Chile, se estructura en el Ministerio de Salud, cuya función es de rectoría; las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), las que tienen una función de fiscalización y se ubican en cada una de las regiones del país, conformando un total de 16 SEREMIs. Además, el sistema incluye a los Servicios de Salud SS los que son responsables por la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas (18). Actualmente hay 29 Servicios de Salud (19), los que cuentan con su propia red asistencial que está constituida por los establecimientos municipales de APS y otros establecimientos públicos o privados que tengan convenios en el respectivo Servicio de Salud

COLOMBIA

Evolución y Marco normativo

En primera instancia, es necesario mencionar el concepto o definición de sistema de salud en Colombia y además realizar mención a la evolución del mismo con base a la fundamentación del derecho a la salud. En Colombia, se define como Sistema de Salud: “Conjunto articulado y armónico de principios y normas, instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes, que el Estado disponga para la garantía y materialización del Derecho Fundamental a la salud” (20).

Antes de 1990 en Colombia, el proceso de salud se enmarcaba en el modelo inglés de seguridad social como respuesta a las necesidades de aseguramiento de toda la población (21), existía entonces el Instituto de Seguros Sociales (ISS) el cual estaba orientado a cubrir las necesidades de salud solamente de los trabajadores del sector privado y era financiado por estado y los empleadores (22), la demás población debía acceder a los servicios de salud de manera particular.

En la década de los 90, la seguridad social se comenzó a concebir como un derecho irrenunciable de la persona, fue entonces que a partir del año 1991 en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente y la nueva Constitución Política en el artículo 48 se estableció la seguridad social así: “un servicio público de carácter obligatorio garantizando el derecho irrenunciable a la seguridad social” y se determinó el escenario para la estructuración del nuevo sistema de seguridad social en donde se encuentra inmerso el sistema de salud.

El Sistema de Seguridad Social Integral (SSI) fue implantado en 1993 a partir de la ley 100, el cual tiene como objetivo garantizar como derecho irrenunciable y universal a la seguridad social de la persona y la comunidad, con el fin de lograr una calidad de vida acorde con la dignidad humana, los principios de la ley son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (21,22).

Bajo este enfoque, se tienen en cuenta el sistema de pensiones, de riesgos profesionales y de seguridad social en salud, con los que se provee de servicios y de asistencia social a la población.

La ley 100 instauró la obligatoriedad de afiliarse al sistema por medio de Entidades Promotoras de Salud EPS. Las EPS administran el Plan Obligatorio en Salud (POS) a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

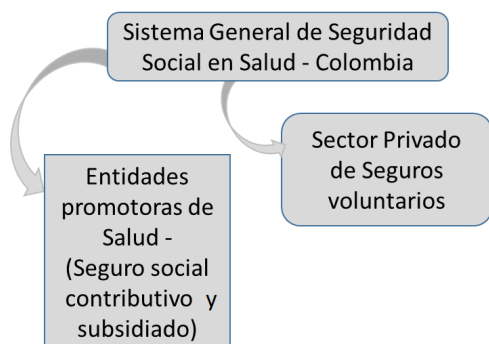


Figura 4. Representación de la gobernanza del Sistema de Salud Colombiano.

Se consideran dos regímenes: el régimen subsidiado y contributivo.

El régimen subsidiado busca garantizar el acceso a los servicios de salud a la población que no devenga salario, poblaciones especiales que están en una situación de vulnerabilidad o poblaciones a cargo del estado.

El régimen contribuido obliga a los empleados, personas independientes y pensionados que obtienen ingresos mayores a un salario mínimo legal vigente a realizar aportes al sistema de salud. Las personas pertenecientes al régimen contributivo están en la libertad de elegir la EPS que desea brinde los servicios de salud (23).

En el 2002 se aprueba la Ley 789 donde el SSSI deberá reinterpretarse como componente del Sistema de Protección Social (SPS), y donde además se crea el Ministerio de Salud y Protección Social (21), a partir de esta ley se redefinieron los objetivos trazados por la ley 100 de 1993, el SPS se creó para afrontar las contingencias generadas por los altos niveles de desempleo, las

personas con empleos informales y en definitiva para garantizar a los más necesitados el goce de los derechos a la salud, la pensión y al trabajo. Y en materia de salud se definió que los programas debían estar enfocados a permitir que los colombianos pudieran acceder en condiciones de calidad y oportunidad a los servicios básicos (21). En años posteriores se han realizado varias reformas mediante leyes y decretos que modifican la estructura de la operación del SPS, en el 2011, 2016, 2018 y 2019 (24). En el año 2015 se aprueba la Ley Estatutaria 1751, la cual busca determinar el derecho a la salud como derecho fundamental autónomo e irrenunciable tanto de forma individual como colectiva siendo exigible directamente al estado, estableciendo los mecanismos de protección y regulación del derecho a la salud. Dentro de las contemplaciones se encuentra la oportunidad en el servicio, eficiencia y la calidad (20).

Actualmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, trabaja bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tiene funciones como la formulación de políticas, planes y programas con el fin de mejorar la salud de la población, dirigir el funcionamiento del sistema y evaluar el resultado de las políticas ejecutadas. El SGSSS es financiado por dos fuentes, los recursos fiscales (impuestos) y los recursos parafiscales (cotizaciones, cuotas moderadoras y copagos al mismo sistema por parte de trabajadores y empleadores). Los dineros recaudados por las EPS y las autoridades sanitarias luego son entregados al SGSSS y posteriormente se compran o pagan los servicios a las IPS (24).

Para garantizar la prestación de los servicios de salud tanto del sector público como del privado, el SGSSS se vale del régimen contributivo y el subsidiado, de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Las EPS tienen la función de administrar los planes de beneficios de Salud (PBS) de ambos regímenes; y las IPS son una red de instituciones tanto públicas como privadas como hospitales, clínicas, laboratorios y demás las cuales son contratadas por las EPS para garantizar la prestación del servicio a sus afiliados (23).

El régimen subsidiado: es el mecanismo mediante el cual la población más pobre de Colombia, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. Es responsabilidad de los Entes Territoriales (municipios, distritos, departamentos) la operación adecuada de sus procesos para garantizar el bienestar de la población. Por otro lado, los entes territoriales también tienen la función de la identificación y afiliación de la población, la inversión, contratación, seguimiento, vigilancia y control de la ejecución de los recursos (25).

El régimen subsidiado es financiado por un aporte de los trabajadores del sector formal de la economía y la contribución del gobierno a través de impuestos. La selección de los beneficiarios se realiza a través de un proceso de focalización usando una encuesta poblacional denominada Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), así se identifican las poblaciones vulnerables o especiales que no tienen capacidad de pago, los indígenas, los desplazados, entre otros (26).

El régimen contributivo: como su nombre lo dice, este régimen obliga a las personas que trabajan a contribuir para el financiamiento de la protección social (salud, pensión riesgos laborales); está dirigido a los trabajadores y sus familias con capacidad de pago. En el caso de los trabajadores que tengan contratos laborales con las empresas, el aporte al Sistema de Protección Social se hace por parte del trabajador y por parte de la empresa con unos porcentajes establecidos, además el valor del aporte se calcula con base al ingreso mensual de cada trabajador. El trabajador puede afiliarse a su grupo familiar y además escoger la Empresa Promotora de Salud (EPS) de su preferencia. En el caso de los trabajadores independientes, es decir, que no tienen ningún tipo de vínculo laboral con alguna empresa, este deberá asumir el 100% del aporte a la protección social y también se calcula con base a sus ingresos.

El régimen especial: en este régimen se encuentran el sistema de salud de las fuerzas militares, los empleados del magisterio (profesores del estado), la Empresa Colombiana de Petróleos y otras organizaciones con autonomía para

determinar sus coberturas y estructura de servicios (26).

Política de Atención Integral en Salud – PAIS

Para dar cumplimiento a la ley 100 y por ende a la constitución política de Colombia, además del plan de desarrollo y el Plan decenal de Salud pública, en el año 2016 se diseñó y aprobó la Política Integral en Salud (PAIS), la cual está centrada en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario. La política abarca el marco de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Es por ello que el gobierno comenzó a reconocer que los problemas de salud son impulsados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educativas, que afectan a las poblaciones a lo largo de todo el territorio (27).

En el momento se comenzó con la implementación de esta política, es una nueva apuesta de país para mejorar la calidad y el acceso a la salud y para disminuir las brechas de inequidad en salud en el territorio. En teoría, esta política cuenta con un marco estratégico y un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que es la manera de operar este marco estratégico (27).

Las estrategias para operar este modelo de atención son tres: la Atención Primaria en Salud (APS) con énfasis en la salud familiar y comunitaria, la segunda estrategia es el cuidado, donde se le debe realizar énfasis a la promoción de la salud y no a la solución de contingencias solamente, y la tercera es el enfoque diferencial, donde el objetivo es poder llegar a todas las personas y sus necesidades. Estas estrategias deben estar incluidas en un sistema de aseguramiento el cual es denominado Gestión Integral del Riesgo (GIRS); por último, este modelo está diseñado teniendo en cuenta a todos los actores del sistema (entidades territoriales, EPS e IPS) y quienes manejan los Determinantes Sociales de la Salud (27).

El Modelo de Atención Integral en Salud tiene diez componentes que trabajan de forma articulada para garantizar la salud, el cuidado y la resolución de las

necesidades de la persona, su familia y la comunidad, afectando los determinantes sociales de la salud que están generando este tipo de contingencias. La herramienta que se utiliza para que esto sea posible son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), a partir de las mismas se consolidan las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Plan de Beneficios (PB) y las Guías de práctica clínica (GPC) (27).

En el modelo se plantean tres tipos de rutas, la primera es la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, las cuales son acciones que se realizan en los entornos donde transcurre la vida y se desarrollan las personas (enfoque de curso de vida), promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar de las poblaciones. La siguiente es la ruta integral de atención para grupos de riesgo, donde se encuentran las acciones dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, y la tercera, es la ruta integral de atención específica, la cual concentra sus acciones en la recuperación, rehabilitación y paliación de condiciones específicas de salud (27). El Sistema de Salud en Colombia ha tenido múltiples cambios y ha evolucionado según las necesidades de la población, la economía, la política y el ajuste a los nuevos direccionamientos de los organismos multilaterales, se ha avanzado en materia de acceso a la atención ya que antes solo era para los trabajadores. El avance más importante es que la población en general se ha apropiado del tema, las personas ya saben y tiene muy claro que la salud es un derecho y luchan por el mismo con los diferentes instrumentos legales; sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos por mejorar la calidad de la prestación en los servicios y la cobertura universal, la corrupción hace que el dinero destinado para la población se vayan quedando en medio de estas etapas del esquema de financiamiento del sistema haciendo que las IPS se cierren por falta de recursos, dejando en ocasiones a la población desprotegida y aumentando las brechas de inequidad en salud. Se hace necesario entonces cualificar la vigilancia del sistema para evitar los problemas de financiamiento, dar continuidad al modelo y evaluarlo mientras se ejecute y así poder vislumbrar mejoras para disminuir las brechas de inequidad en el país en materia de salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Cada país a su manera ha buscado garantizar la salud como un derecho fundamental. En todos los países la población está dividida conforme el poder adquisitivo, incluso la propuesta siendo universal. La fragmentación en la organización y prestación de servicios y segmentación en el financiamiento genera inequidad e ineficiencia. Es en ese escenario que acciones de promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad en estos países de América Latina deben suceder. Quienes las políticas encaminadas a combatir o disminuir el sobrepeso y la obesidad, deben estar conscientes de la importancia de las gestiones para promover y fomentar la inserción de acciones específicas en las políticas orientadas a “Salud en Todas las Políticas”, teniendo en cuenta la escasez de recursos y las limitaciones orgánicas de los sistemas, en un escenario de gran disputa.

Bibliografía

1. Jones JL, Sundwall D. Health care systems and national policy: role of leadership in the obesity crisis. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 43(1):19-37, 2016
2. Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) Ministério da Saúde (MS) Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento, 2016, 260p.[consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf
3. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México* [Internet]. 53(2): 98-108, 2011. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf>
4. Sofia Suárez Baldo VSS. Fragmentação e segmentação do sistema de saúde argentino: uma análise histórica. 9º Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Montevideo, 26 al 28 de julio de 2017. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.congresoalacip2017.org/archivo/downloadpublic2?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czoNToiYToxOntzOjEwOiJJRi9BUIFVSZVZPIjtzOjQ6IjMwMzEiO30iO3M6MT0iaCI7czoMjoiOGRlNGNhYjMwZDRhOGZMGQ3NjQ3Y2M4YjZmYmQyNzQiO30%3D>
5. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (orgs.). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012. 80p.
6. Argentina - Ministerio de salud – Presidencia de la Nación. Programa Sumar: Reporte de gestión 2017. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/rg-6-2017.pdf>
7. BRASIL. Lei nº8.080, 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
8. Levino A, de Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríple fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Rev Panam Salud Publica* 32(5), 2011.
9. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016.
10. Saldiva PH; Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados* 32 (92), 2018.
11. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília-DF. Out, 2010.
12. Neves RG, Flores RT, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 27 (3) 03, 2018. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/ress/2018.v27n3/e2017170/>
13. Paim J et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil*. Publicado online. 9 de maio de 2011.
14. Ministerio de Salud- Gobierno de Chile. Hitos de la Salud Chilena. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
15. Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* [Internet];143:774–86. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>
16. Arredondo A, Bertoglia MP, Inostroza M, Labbé J, Lenz R SH. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición. ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio? 2017. [consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Libro-ISPAB-11.pdf>
17. The Public Health System in Chile. In: *OECD Reviews of Public Health: Chile* [Internet]. OECD; 2019 p. 41–80. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-public-health-chile/the-public-health-system-in-chile_9789264309593-5-en
18. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Servicios de Salud. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>
19. OCHISAP. Observatorio Chilenos de Salud Pública. Los Servicios de Salud del S.N.S.S. [consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://ochisap.cl/index.php/los-servicios-de-salud-del-s-n-s-s>
20. Personería de Medellín, Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud. *El derecho fundamental a la salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud* 1 ed. Medellín: CTP EXPRESS; 2018.
21. Cortés J. Estructura de la protección social en Colombia. 1 ed. Bogotá: Legis editores S.A; 2012.
22. Jiménez J, Londoño S, Estrada L. Historia de la seguridad social en Colombia. 1998;1–7. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/segsoc2.htm23>
23. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud en Colombia. Bogotá: Área de sistemas y servicios de la salud; 2009.
24. Consultorio de seguridad social integral [internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; c2019. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/medicina/extencion/consultorio-seguridad-social-integral>

25. Régimen subsidiado [internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; c2019. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

26. Sistema de salud en Colombia [internet]. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; c2012. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-colombia/>

27. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá; 2016.
13. Otten JJ, Dodson EA, Fleischhacker S, Siddiqi S, Quinn EL. Getting Research to the Policy Table: A Qualitative Study With Public Health Researchers on Engaging With Policy Makers. *Prev Chronic Dis* 2015;12:140546

28. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos: situación de Salud en las Américas. 2019. [Consultado el 13 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y.

Cuadro 1. Principales características de los Sistemas de Salud de Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

Características	Argentina	Brasil
Salud como derecho fundamental	Constitución Nacional de 1853	Constitución Federal de 1988
Marco Normativo principal vigente	22 de agosto de 1994	Ley n° 8.080 de 19 de setiembre de 1990
Ultima Reforma	2003	1988/1994
Principios	Universalidad, equidad y descentralización	Universalidad, equidad, integralidad, descentralización de gestión, participación comunitaria y regionalización
Modelo de Gobernanza	Ministerio de la Salud Autoridad Sanitaria Nacional en conjunto con autoridades sanitarias de las provincias	Ministerio de la Salud responsabilidad compartida y jerárquica entre el gobierno federal, estadual y municipal a través de las Secretarías de Salud
Modelo de cuidado	Fragmentado	Integrado
Modelo económico-financiero	Mixto - Sistema Público de Salud, Seguridad Social y Privado	Mixto – Sistema Público de Salud (SUS) y Sistema Privado
Fuente financiera	Gobierno nacional, provincial y municipal, derivado de recursos fiscales y contribuciones sociales	Presupuesto general del Estado, pero el municipio puede invertir en lo sistema público de salud. Lo sistema suplementar (privado) se financia con aportes de empleadores y usuarios.
Afiliación al sistema	Obligatorio (para trabajadores asalariados)	No hay
Cobertura	Universal	Universal
Población total	44,27 millones de habitantes (2017)	202,77 millones de habitantes (2019)
Cobertura del Sistema (Público y Privado)	En 2005, 56% de los argentinos cubiertos por seguridad social, 10% por servicios privados y 34% atendidos en el Sistema Público	Sistema público de salud teóricamente cubre 100% de la población, siendo que 75% utiliza el SUS, la otra parte utiliza servicios privados
Expectativa de vida	76,7 años	76 años
Gasto % del PIB en 2015 (28)	7,5	8,8

Cuadro 1. Principales características de los Sistemas de Salud de Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

Características	Chile	Colombia
Salud como derecho fundamental	Constitución 1980	1751 (reconocimiento de derecho fundamental)
Marco Normativo principal vigente	Decreto Ley 2763 de 03 de agosto de 1979	Ley 100 de 1993, (implementación del sistema). La ley estatutaria
Ultima Reforma	1981/2005	1993/2012
Principios	Equidad, participación, y solidaridad	Equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad
Modelo de Gobernanza	Ministerio de la Salud	Ministerio de la Salud y Protección Social
Modelo de cuidado	Parcialmente integrdo	Parcialmente integrado
Modelo económico-financiero	Mixto – Sistema Público de Salud (FONASA) y Sistema Privado (ISAPREs)	Mixto Régimen contributivo y régimen subsidiado
Fuente financiera	Principalmente del Estado, derivado de las contribuciones fiscales de trabajadores y empresas y aportes de usuarios.	Recursos fiscales (impuestos) y los recursos parafiscales (cotizaciones, cuotas moderadoras y copagos al mismo sistema. por parte de trabajadores y empleadores).
Afiliación al sistema	Obligatoria	Obligatoria
Cobertura	Seguro Social	Seguro Social
Población total	18,05 millones de habitantes (2017)	45.5 millones de habitantes (2018)
Cobertura del Sistema (Público y Privado)	FONASA cobre 73,5% e ISAPREs 16,3% de la población	96.4%: Régimen Subsidiado (RS) 48.5%, Contributivo (RC)42.8% 5.2% el régimen de excepción; 3.6% en el tiene afiliación en salud
Expectativa de vida	79,9 años	74 años
Gasto % del PIB en 2015 (28)	9,3	5,9

Temas de los próximos fascículos de la Serie “Políticas Públicas de Prevención y Control de la Obesidad”

ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ECUADOR

Fascículo 1: Redes Académicas: El SIG Obesidad en la Red Latinoamericana de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional

Fascículo 2: Epidemiología de la Obesidad en Argentina, Brasil, Chile y Ecuador.

Fascículo 3: La estructura operativa de los Sistemas de Salud en Argentina, Brasil, Chile y Ecuador.

Fascículo 4: Obesidad en las políticas públicas de Argentina, Brasil, Chile y Ecuador.

Fascículo 5: Red y líneas de cuidados para la obesidad en Argentina, Brasil, Chile y Ecuador: Atención Primaria a la Salud.

Fascículo 6: Vivir, comer y trabajar en el campo y en la ciudad: Obesidad.

Fascículo 7: Rotulado y regulación frente a la publicidad.

Fascículo 8: Red y líneas de cuidados para Obesidad en Argentina, Brasil, Chile y Ecuador: Servicio Especializado y de alta complejidad.

Red Latinoamericana de SSAN: <https://redelaSSAN.wordpress.com>
Plataforma NutriSSAN: <https://nutriSSAN.rnp.br/>

Equipe INTERSSAN, Unidad NutriSSAN/UNESP
55 (14) 3880 0146, e-mail: interssanunesp@gmail.com