

EFICIENCIA DE LOS SISTEMA DE SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA
LATINA Y DEL CARIBE DESDE EL INDICADOR DE ESPERANZA DE VIDA AL
NACER PARA LOS AÑOS 1990 Y 2012 FRENTE AL GASTO TOTAL EN SALUD
COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO PARA EL AÑO 1995
Y 2012 “UNA OPORTUNIDAD DE BRENCHMARKING PARA EL SISTEMA DE
PROTECCION SOCIAL COLOMBIANO”

INVESTIGADOR

YANNI RAÚL FONSECA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE:

MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

FACULTAD DE ADMINISTRACION

MAESTRÍA ADMINISTRACIÓN EN SALUD

BOGOTA D.C.

MARZO DE 2015

EFICIENCIA DE LOS SISTEMA DE SALUD EN LOS PAISES DE AMERICA
LATINA Y DEL CARIBE DESDE EL INDICADOR DE ESPERANZA DE VIDA AL
NACER PARA LOS AÑOS 1990 Y 2012 FRENTE AL GASTO TOTAL EN SALUD
COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO PARA EL AÑO 1995
Y 2012 “UNA OPORTUNIDAD DE BRENCHMARKING PARA EL SISTEMA DE
PROTECCION SOCIAL COLOMBIANO”

Investigador

Yanni Raúl Fonseca

Enfermero Profesional

Universidad de Cundinamarca

Especialista en Gerencia y Admón. Financiera

Universidad Piloto de Colombia

Correo Electrónico: Fonseca_28@yahoo.es
yrfonseca@gmail.com

DIRECTOR: DR. GIOVANNI EFRAÍN REYES ORTIZ, PHD.

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

FACULTAD DE ADMINISTRACION

MAESTRÍA ADMINISTRACIÓN EN SALUD

BOGOTA D.C.

MARZODE 2015

DEDICATORIA

El presente trabajo se finaliza gracias a la sabiduría y fortaleza que Dios en el día a día me dio para fortalecerme ante las adversidades que se fueron presentando en el camino.

A mi padre, mi madre, mis hermanos quienes han sido el motor de este nuevo sueño cumplido y presencia de mi hijo Juan Nicolás se fortaleció.

A mi esposa Carolina por la paciencia, compromiso y fortaleza que me brindo en los momentos de desfallecimiento y debilidad por las situaciones que en el camino se fueron presentando.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Giovanni Reyes, quien es un ejemplo a seguir como profesional y como docente en la vida académica con lo cual me inspira día a día a seguir en tan loable labor de educar.

Al director de la Maestría Administración en Salud como es el Dr. Javier González quien con su visión, consejo y experiencia me ha dado elemento para aportar a la sociedad desde la academia.

CONTENIDO

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
ILUSTRACIONES	6
RESUMEN.....	7
PALABRAS CLAVES.....	7
GLOSARIO.....	8
INTRODUCCION	9
PROBLEMA DE INVESTIGACION	11
PREGUNTA DE INVESTIGACION	17
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	18
SISTEMAS DE SALUD	18
EFICIENCIA	20
EFICIENCIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD	23
COMPETITIVIDAD.....	23
UNIDADES DE MEDIDA INTERNACIONAL PARA DETERMINAR COMPETITIVIDAD ENTRE PAISES	26
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	27
OBJETIVOS	29
OBJETIVO GENERAL.....	29
OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
METODOLOGIA.....	30
DISEÑO METODOLOGICO	30
TÉCNICA DE ANÁLISIS INFORMACIÓN.....	30
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	50

TABLAS

Tabla 1 Clasificación de la evolución del indicador de esperanza de vida al nacer para los países de América Latina y del Caribe en los años 1990 y 2012.....	32
Tabla 2 Matriz Comparativa de años de Vida Ganados al Nacer para los años 1990 y 2012 en los países de América Latina y del Caribe	36
Tabla 3 Clasificación del Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto en los países de América Latina y del Caribe para los años 1995 y 2012.....	37
Tabla 4 Matriz comparativa del Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto en los países de América Latina y del Caribe para los años 1995 y 2012.....	40
Tabla 5 Correlación de Pearson para esperanza de vida al nacer año 2012 y participación del gasto en salud como porcentaje del PIB para el año 2012	42

ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Organización de los Sistemas de Salud	18
Ilustración 2 Modelos de Protección Social	20
Ilustración 3 Frontera de Posibilidades de Producción	21
Ilustración 4 Curva de indiferencia.....	22
Ilustración 5 Diagrama de dispersión entre esperanza de vida al nacer año 2012 y participación del gasto en salud como porcentaje del PIB para el año 2012	43

RESUMEN

Para los países emergentes en América Latina y El Caribe se hace necesario determinar la eficiencia de su sistema de salud para generar beneficios a su población desde el indicador de esperanza de vida al nacer y los recursos que se hacen uso desde Colombia en comparación con sus homólogos. Se evidencia que a pesar de Colombia poseer una economía fuerte durante el análisis de los dos momentos se mantiene en la tendencia general de los demás países y con los mismos resultados del indicador. A su vez se concluye que el momento en que se tomaron las decisiones de cambio del sistema de salud es un factor diferenciador en los resultados obtenidos como fue el caso de Costa Rica identificado con el de mejor desempeño en la relación Indicador de esperanza de vida al nacer y Porcentaje de gasto en salud como parte del Producto interno bruto.

PALABRAS CLAVES

Eficiencia, Sistema de salud, Esperanza de vida al nacer, Gasto total en salud, Producto Interno Bruto PIB, clúster, conglomerado. Capital Humano. Ciencias de la Complejidad. Economía de la Salud.

GLOSARIO

Eficiencia: Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado. (Tomado: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=eficiencia>)

Producto Interno Bruto (PIB): Suma del valor de los bienes y servicios finales producidos en un país durante un año. // Valor de todos los bienes y servicios obtenidos en la economía de un país en un período de tiempo dado. (Tomado: [http://lema.rae.es/drae/srv/search?key= Producto Interno Bruto](http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=Producto%20Interno%20Bruto))

Gasto Total en salud: Es la suma del gasto público y privado en salud. Este barca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

(Tomado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>)

Porcentaje de Gasto Total en Salud: Esta variable cuantifica el gasto total en salud como porcentaje del PIB. Los gastos en salud se definen generalmente como las actividades realizadas por instituciones o personas a través de la aplicación del conocimiento médico, paramédico y / o de enfermería y la tecnología, el propósito principal de los cuales es promover, restaurar o mantener la salud. (Tomado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>)

INTRODUCCION

Los sistemas de salud en el mundo a través de la historia han demostrado mejoras sustanciales desde que la organización mundial de la salud planteo las directrices a seguir para alcanzar tres fines en un sistema social como son: mejorar la salud, acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y asegurar la equidad de la contribución financiera (Murray, 2000). En el informe sobre la salud en el mundo del año 2000, la OMS enuncia, la diferencia entre un sistema de salud eficaz e ineficaz desde la medición de los niveles de mortalidad, discapacidad, empobrecimiento humillación y desesperación asociados en un país (La, 2000).

Se ha considerado a lo largo de la historia que los sistema de salud son la expresión de su gobierno partiendo de las políticas implementadas, de sus capacidad de liderazgo, de la cultura de sus sociedad entre otras, muestra de la función rectora desde la legislación que le fue asignada por sus electores y obviamente esto se refleja en los resultados alcanzados a nivel del sector salud.

Es claro para los gobiernos que los sistemas de salud no tienen como única función mejorar la salud de la población desde su nacimiento y hasta sus días de senectud, sino a su vez debe de protegerla de los costos mismos de la enfermedad, que al final redundaran en la recuperación de la fuerza de trabajo.

America latica y el Caribe han demostrado mejoras sustanciales en la estructuracion de sus sistema no solo de salud sino a su vez de proteccion social como ejemplo (Gómez-Camelo, 2005) en su investigacion nos plantea “diferentes diseños organizacionales de los sistemas de salud: un Sistema Nacional de Salud (SNS), sistemas segmentados y sistemas basados en el aseguramiento”. Cada uno planteado desde las politicas de sostenibilidad no solo financiero sino a su vez de resultados en salud a la población.

El indicador de esperanza de vida al nacer se considera como un indicador descriptor de la calidad de vida de la población de un país a razón de resumir la mortalidad para todas las edades. Dicho indicador puede ayudar a entender el concepto de capital humano planteado por (Acevedo, (2012). que lo concibe como el conjunto de: “conocimientos en calificación y capacitación, la experiencia, las condiciones de salud, entre otros, que dan capacidades y habilidades, para hacer económicamente productiva y competente las personas, dentro de una determinada industria” para el presente proyecto se encaja en la generación de calidad de vida no solo laboral sino de su vida diaria.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

(Toraño¹, 2000) realiza un recorrido por la historia en las bases que llevaron a la implementación de cambios en los años ochenta y con más énfasis en los noventa en los sistemas de salud de Chile y Colombia planteando desde los factores extra sectoriales “la globalización de la política y la economía, la crisis del financiamiento de los sistemas de salud, la emergencia del capitalismo basado en la información y la necesidad de acomodar a los sistemas de salud a la economía” como factores sectoriales planteo: “1) la revolución tecnológica desde la obsolescencia de las técnicas de servicios de salud. 2) la escala de costos de las funciones de producción para la atención de la salud. 3) la revolución de las expectativas de la población con los sistemas y servicios de salud, reclamando mayor solución a los problemas. 5) La discusión acerca de la eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud”

En cabeza del “Fondo Monetario Internacional FMI y el Banco Mundial presentaron el Informe sobre el Desarrollo Mundial publicado en 1993, Invertir en Salud” (Toraño¹, 2000) que sentaron las bases para las reformas en el continente americano y se planteó utilizar el “modelo de competencia administrada” (Londoño, 1997) desarrollado en Estados Unidos en los años 70; sin embargo, en algunos países no se tuvieron las adecuaciones necesarias desde el punto de vista demográfico, económico político social llevando en algunos casos a sistemas ineficientes e inequitativos.

La CEPAL muestra como el gasto social ha crecido en forma exponencial desde el año 2000 en cifras de quinquenios del 6,8% del gasto público social como porcentaje del gasto público total (CEPAL, Naciones Unidas, 2013); sin embargo al determinar dicho crecimiento desde cada uno de los sectores involucrados se evidencia que la evolución se debe al crecimiento del gasto destinado a seguridad y asistencia social correspondiente al 3,2%.factores como el envejecimiento de la población, el aumento en la generación de tecnologías para el manejo de

enfermedades han llevado a destinar más recursos para el pago de las prestaciones de seguridad social, en este caso la prestación de servicios de salud.

El informe presenta: “como un conjunto de 21 países de la región estudiados, un tercio de las ejecuciones presupuestarias fueron inferiores al gasto del año anterior (se produjeron 45 episodios de caída del gasto y 90 de aumento absoluto del gasto entre 1993 y 2000)” (CEPAL, Naciones Unidas, 2013) esto asociado a:

- los ciclos económicos de los países.
- Usos del sector salud como fuente de ajuste económico ante la necesidad de contraer el gasto público
- Uso de modelos políticos y tendencias macroeconómicas.

Al observarse la evolución del gasto público social por sectores para América latina y el Caribe (21 países) (CEPAL, Naciones Unidas, 2013) para los años comprendidos entre 1992 y 2011 hay un aumento significativo de participación del gasto social de 6,76 %; sin embargo, el sector de la salud solo creció 1,22% en comparación con seguridad y asistencia social que creció 3,16% y educación 1,90%. Con ello se podría inferir que las prioridades gubernamentales de dichos países estaban centradas en el cumplimiento de los objetivos del milenio.

El informe de la CEPAL presenta una tendencia en los países por el aumento en el gasto en salud desde comienzos de la década del 2000 hasta llegar en el periodo comprendido del 2010 y 2011 al 3,9% del PIB; sin embargo resalta que países como Colombia, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de) entre los periodos 1992-1993, 2000-2001 y 2010-2011 mantuvieron una disminución sostenida de la participación del sector salud en el PIB.

De ello se presenta hacia futuro el interrogante si América está preparada para el gasto en salud que se generará por el efecto combinado del envejecimiento de la

población, nuevas epidemias y pandemias, y del crecimiento económico sujeto de sus variables.

En los países del mundo el papel del estado está cambiando de poder central al de comunidades más autónomas, con ello el fin del sector estatal no se cambia sino que se transforma a una centrada en la búsqueda de la eficiencia a través de la organización y gestión de cada uno de sus sectores. (Bengoa, 2009).

En los sistemas de la salud se introduce el concepto de mercado que se encuentra muy ligado al de “libre competencia” partiendo desde el razonamiento del sector público con lo cual no se pierde el carácter de social.

Al analizar los sistemas de salud que son totalmente públicos o totalmente privados en su estructura organizativa de financiamiento se evidencia que no existe relación entre la financiación pública y la titularidad pública de las instituciones prestadoras de salud, pero sí de las reglas de juego que desempeñan al interior del sistema cada uno de sus actores por lo cual la modulación del sistema se hace necesaria desde el estado (Londoño, 1997).

Todos los países están en la búsqueda de mejorar la competitividad de los sistemas de salud partiendo del fomento de la eficiencia (uso adecuado de recursos), la efectividad (ganancia años de vida después de enfermedad), el equilibrio económico (recursos públicos y de bolsillo de los usuarios) y la calidad de la atención médica. Países como Suecia empezaron a realizar reformas a sus sistemas de salud por el cambio en las dinámicas sociales, de natalidad, de esperanza de vida al nacer, de mortalidad en los años noventa (Hernández, 2008).

La asignación y uso eficiente de los recursos disponibles para los sistemas de salud por parte de los gobiernos se ha convertido en la prioridad a razón del crecimiento acelerado de las tecnologías para el abordaje desde detección, prevención y tratamiento de las enfermedades en el mundo. Siendo conocedores

de las limitaciones presupuestarias en la mayor parte de los sistemas de salud que se han catalogado como mixtos (participación pública y privada) se ha planteado diversos enfoques para la toma de decisiones de atención en salud. “Algunos países han puesto en marcha un enfoque explícito o semi-explícito de guiar las decisiones de asignación de recursos partiendo de un análisis de la salud económica formal, el enfoque más popular en la actualidad es el análisis de costo-efectividad. Este método es utilizado con frecuencia en la toma de decisiones en algunos países, por ejemplo, Australia, Canadá, Suecia y el Reino Unido” (Eichler, 2004). Con esto se evidencia una conciencia de que la asignación de recursos debe ser abordado de manera sistemática en lugar de forma intuitiva, una de esas revoluciones la sustenta la creación de los institutos de evaluación de tecnologías en salud en Europa y América latina.

El Foro Económico Mundial presenta cada año el índice de competitividad (Greenhill, 2011) que tiene como objetivo medir la habilidad de los países de proveer altos niveles de prosperidad a sus ciudadanos. Dicha prosperidad emana de la habilidad del país para ser productivo a partir de los recursos que dispone como son sus instituciones, políticas que plantea, factores individuales de su población en determinado periodo.

El Informe Global de Competitividad 2013-2014 (Schwab, 2014) emitido por el foro económico mundial, señaló en América latina un baja tasa de crecimiento. Para Colombia (Schwab K. , 2014) concluyó:

“The country’s social sustainability is still weak: access to healthcare services is limited and Colombia does not yet have an integrated social safety net, which exposes a large fraction of the population in vulnerable”.

Con ello se evidenció aun falta de acceso a los servicios de salud por parte la población por no poseer una red integrada en la atención.

Los países de Latino América y el Caribe aún se encuentran cortos al compararse con países desarrollados no solo por su estructura económica sino por su concepción mental de eficiencia. (Ocampo, J. A., 2005) nos afirma: “Al abordarse la eficiencia dinámica en los países en vía de desarrollo vista desde los procesos básicos como son capacidad del sistema para innovar y la capacidad de dicha innovación de generar complementariedades, vínculos y redes”; a su vez al comprenderse que la relación entre estas dos fuerzas se da por “el vínculo de doble vía entre el crecimiento del producto interno bruto (PIB) y el aumento de la productividad, siendo claro la necesidad de concentrar las estrategias en la transformación de la estructuras productivas mediante la intervención de tres ámbitos: inducir innovaciones, promover encadenamientos productivos y reducir la heterogeneidad estructural” (Ocampo, J. A., 2005).

Esto ayuda a explicar por qué los sistemas productivos como el sector salud que forman parte del producto interno bruto (PIB) no poseen un avance a pesar de la liberalización del estado.

Al abordarse los sistemas de salud se evidencia la estructuración de estrategias por parte de la Organización Mundial de la Salud “OMS” para mejorar la competitividad de los servicios de salud, una de ellas es la de identificar los determinantes sociales en salud como los elementos generadores de equidad desde la sociedad. Esto se entiende a partir del concepto mismo de determinantes de la salud como los factores que determinan la aparición de la enfermedad a nivel macro como son sociales, económicos, culturales, ambientales, de educación (Álvarez Castaño, 2009) da una claridad entre la relación de factor de riesgo y los determinantes sociales en salud, partiendo del análisis conceptual de equidad. Parte de dos aspectos. El primero que las diferencias sociales como educación, salario, condiciones de vida tienen su máxima expresión en la salud de los individuos y esto se evidencia en la estadística de los países en general; y la

segunda, que la expresión en los individuos de la prevalencia de enfermedades es similar a la estructura social del país.

(Álvarez Castaño, 2009) plantea como origen de las inequidades en salud tres perspectivas teóricas: la teoría Psicosocial, en la cual la perspectiva de ubicación social de las personas generan respuestas fisiológicas. La teoría de la producción social de la enfermedad, afirma que partiendo del modelo capitalista los bajos ingresos generan pocos recursos para superar los factores que afecten su salud. La perspectiva eco-social, que engloba en un esquema multinivel las dos anteriores partiendo de la constitución de un ecosistema como el responsable de la inequidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

Partiendo de la problemática de finitud de los recursos económicos para los sistemas de salud se plantearon una serie interrogantes como son:

¿Qué eficiencia demuestran los países latinoamericanos y del Caribe en sus sistemas de salud partiendo del indicador de esperanza de vida al nacer para los años 1990 y 2012?

¿Qué tendencias manejan los países de Latinoamérica y del Caribe en el porcentaje de participación de gasto en salud del Producto Interno Bruto (PIB) para los sistemas de salud para los años 1995 y 2012?

¿Existe correlación de eficiencia entre el Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno y los resultados de eficiencia desde el indicador de esperanza de vida al nacer en su población?

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

SISTEMAS DE SALUD

Un sistema de salud según la (Organización Mundial de la Salud, 2014) es “la suma de todas las organizaciones instituciones y recursos cuyo principal objetivo es mejorar la salud” a su vez define que el “principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias”.

La evolución histórica de los sistema de salud “plantean tres grandes trayectorias en el desarrollo de los sistemas de salud; en primer lugar el liberal de los Estados Unidos con un fuerte mercado de seguros privados, el segundo el modelo del seguro social y en tercer lugar el modelo de Welfare o Seguridad Social inspirado en el informe de Lord Beveridge” (Tobar, 2001). Este ultimo es el sistema que en su mayoría se ha implantado en los países.

En la actualidad (Zerda, 2001) define “cuatro esquemas de protección social en salud: Asistencialista, Seguro social, Seguridad social y Seguros privados” con el objetivo de determinar los roles que desarrollan cada uno de ellos en el sistema.

Otra clasificación según la organización del sistema de salud se describe en la siguiente figura con el objetivo de dar elementos más comprensivos a los diferentes sistemas de salud.

Ilustración 1 Organización de los Sistemas de Salud

SISTEMA UNICO DE SALUD	SISTEMAS DE SALUD MIXTO
Se caracteriza por ser el Unico sistema existente; se da cuando el estado maneja el sector salud como monopolio	Ausencia de normatividad común. Co existencia de diferentes sectores prestadores de servicios con diferente desarrollo. Deficientes coberturas con duplicidad.
<p>Asistencia pública: Estructura única, pública, financiada con recursos del Estado.</p>	<p>Servicio Nacional de Salud: Cobertura universal y financiación fundamentalmente a partir de impuestos generales.</p>
<p>Seguridad Social: Red única de servicios o mezcla de oferentes pero con una normatividad común. Su cobertura es universal y se financia fundamentalmente con contribuciones obrero-patronales.</p>	<p>Seguridad Social: Cobertura universal y financiación fundamentalmente por contribuciones obrero-patronales.</p>
	<p>Aseguramiento Privado: Cobertura con déficit. Financiación en su mayor parte a través de empresas privadas de seguros.</p>

Fuente: Cuadro elaboración propia, información tomada de (Restrepo, 2005).

En Europa con el desarrollo de la clase trabajadora se empieza a generar beneficios adicionales que fueron integrándose con el objetivo de fortalecer el desempeño laboral del trabajador a la empresa; esto llevo a que los países estimularan el sistema de salud con enfoque de seguridad social.

La forma en que se analiza a los servicios de salud ha evolucionado al concepto de protección social. (Vickery, 1994) plantea a la protección social desde el principio de la titularidad de los derechos (s derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que cada individuo en su nación al nacer adquiere. Desde esta perspectiva se debe de orientar las políticas públicas de los países que mediante un contrato pacto social debe materializarse políticamente tanto en la legislación como en políticas públicas.

Por ello el objetivo de la protección social es generar desarrollo en los países fundamentado en la ciudadanía social o derechos sociales; esto conlleva, como acuerdo fundamental entre las sociedades a desarrollar una institucionalidad incluyente que garantice a todos su conciudadanos las mismas oportunidades de

participar en los beneficios de la vida colectiva y en las decisiones que se toman respecto de cómo orientarla.

La conferencia de Alma Mata (de Alma Ata, 1978) planteo las primeras luces del camino complejo para generar salud al abordar los problemas de salud desde la erradicación de la pobreza. Con ello se plantea según (Suárez, 2005) “Las políticas sociales y los sistemas de protección social expresan el doble compromiso contenido en el concepto de solidaridad: conciliar la independencia individual con la responsabilidad colectiva” tanto así que los sistemas de salud plantearon como principio rector en sus legislaciones la solidaridad.

En su artículo (Suárez, 2005) citando a (Titmuss, 1974) describe una tipología de la protección social y el trabajo clásico:

Ilustración 2 Modelos de Protección Social

	RESIDUAL	MERITO	REDISTRIBUTIVO
COBERTURA	Marginal	Ocupacional	Universal
DESTINATARIO	Pobres	Trabajadores	Ciudadanos
PRESTACIONES	Limitada	Media	Extensa
FINANCIAMIENTO	Fiscal	Contributivo	Fiscal
REQUISITOS	Prueba necesidad	Contribuciones	Ciudadanía/ residencia

Fuente: (Suárez, 2005 Pág. 5)

EFICIENCIA

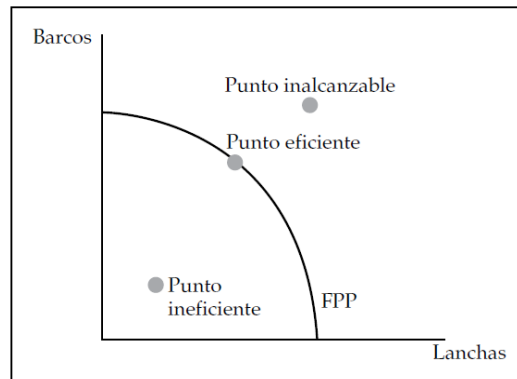
La real academia define la eficiencia como: “la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado” (Española, 2014)

Al abordarse el concepto de eficiencia (Cachanosky, 2012) afirma: “desde la ciencias de la economía se plantean dos tipos de eficiencia, la eficiencia técnica y la eficiencia económica”.

La eficiencia técnica refleja el uso al máximo de los recursos asignados por parte de los responsables. Con ello se podría evidenciar generación de capacidad

ociosa con la respectiva pérdida de recursos económicos. Para operacionalizar la eficiencia técnica se utiliza el gráfico llamado Frontera de Posibilidades de Producción (FPP).

Ilustración 3 Frontera de Posibilidades de Producción



Tomado: (Cachanosky, 2012) Pág. 3.

Al interpretar la FPP se encuentra que un punto por debajo de la FPP quiere decir que no se están utilizando todos los recursos productivos, es decir, hay capacidad ociosa alcanzando un punto ineficiente. Un punto sobre la curva FPP implicaría que se están utilizando todos los recursos disponibles, es decir, no hay capacidad ociosa y se alcanza un punto tecnológicamente eficiente.

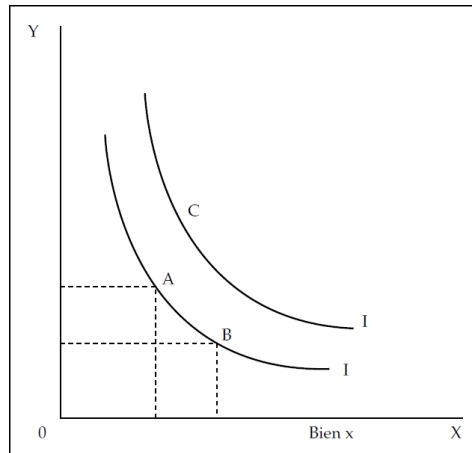
El estado ideal o lo que determina la existencia de eficiencia técnica es estar sobre la curva de la FPP, evidenciándose un aprovechamiento de todos los recursos disponibles; es decir, se considera que es técnicamente eficiente para producir un bien determinado, que para el caso del presente proyecto es el aumento de los años de vida ganados antes de nacer

En los sistemas de salud esta definición es un poco diferente en el sentido que el producto en sí de dicha eficiencia es un dato numérico como son los años ganados. Esta variable es multidimensional al ser el resultado de elementos como la educación, la vivienda, el trabajo, condiciones genéticas o lo que en resumidas cuentas se define como los determinantes sociales. Por ello es importante que al

determinar dicho indicador de competitividad se lograra identificar otras variables que ayudasen a explicar tal comportamiento en la estadística.

.La *eficiencia económica* se define como un nivel superior de la eficiencia técnica en el cual además de demostrar el uso adecuado de recursos para generar un bien o servicio; plantea si estos servicios o productos son demandados por los consumidores, de lo contrario no servirían para la economía de un país partiendo de la idea de demanda oferta. Una de las herramientas más utilizadas para explicar la eficiencia económica es la curva de indiferencia.

Ilustración 4 Curva de indiferencia



Tomado: (Cachanosky, 2012) pag. 8.

Para comprender la curva de indiferencia se debe de partir que cuanto más alejada esté la curva de indiferencia, mejor es la situación del consumidor porque significa que éste puede obtener más de los bienes que se están contrastando.

La eficiencia económica solo se puede lograr partiendo del análisis de la escuela económica que se aborde para explicar la situación.

(Cachanosky, 2012) nos plantea que la escuela convencional abordar los datos desde un análisis puramente matemático. Al ver la escuela austriaca de economía se plantea la existencia de subjetividad en el dato obtenido y se empieza a

entender que la demanda es subjetividad del actor. Como uno de los grandes problemas para determinar la eficiencia económica es la calidad de la información se comenzó a identificar elementos que explicaran el funcionamiento de la economía; y el punto de partida se dio con el lenguaje en la actualidad entre consumidores y productores, el mecanismo de precios.

EFICIENCIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Las organizaciones sanitarias a diferencia de otros sectores han planteado siempre la relación de la eficiencia con calidad de los servicios prestados. Con lo cual indirectamente se está abordando la efectividad de las acciones en salud.

(Puig-Junoy, 2000) plantea que en los sistemas de salud la técnica estadísticas de mayor uso son dos métodos. a) El enfoque de la frontera estocástica y b) el análisis envolvente de datos.

El enfoque de la frontera estocástica propone que los costes observados (o la producción) de una unidad productora (centros de costos) se pueden desviar de la frontera de costes o de la de producción o bien por fluctuaciones aleatorias o bien por ineficiencia.

El análisis envolvente de datos, parte del supuesto que todas las desviaciones entre los costes o la producción observada y el coste mínimo o la producción máxima en la frontera se deben a comportamiento ineficiente.

COMPETITIVIDAD

Desde los académico (Lombana, 2009) plantea que existe un debate académico desde dos enfoques para definir la competitividad: 1) Enfoque del World Competitiveness Center (WCC) del Institute for Management and Development (IMD), que se fundamenta en los países son los generadores del ambiente para la competitividad al interior de las empresas; 2) Enfoque del ISC de la Universidad de Harvard y el World Economic Forum – WEF, se fundamenta en los postulados de

Michael Porter que sustentan al conjunto de instituciones, políticas y factores como los determinantes de productividad de un país.

(Giacometti-Rojas, 2013) plantea como los representantes iniciales sobre el tema de competitividad a Adam Smith por su obra en 1776 titulada *“Indagación acerca de la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones, más conocida como Riqueza de las naciones”* y a David Ricardo con el concepto de “Ventaja Comparativa”; con el nacimiento del concepto de globalización uno de los teóricos más importantes sobre competitividad es Porter quien definió que la ventaja de un país solo se puede generar abordando las siguientes cualidades (Porter, 1991): 1) condiciones de los factores, 2) condiciones de demanda, 3) industrias relacionadas y de apoyo, 4) estrategias, estructura y rivalidad de las firmas.

En su libro (Porter, La ventaja competitiva de las naciones (Vol. 1025). , 1991) se plantea que el éxito de las grandes empresas internacionales se debe a la generación de actos de innovación. Algunas de esas innovaciones crean una ventaja competitiva cuando se percibe la oportunidad de un mercado totalmente nuevo o al atender a un segmento de mercado que otras empresas ignoran por múltiples factores. Pero realmente Porter define que la lentitud que evidencia la competencia para responder a dichos procesos innovadores generan una ventaja competitiva que puede ser provechada por mucho tiempo para su provecho.

Esta regla puede ser aplicada no solo al ámbito empresarial sino al de los países también a razón que diferentes variables generadas como productos de los procesos de producción de un país pueden determinar su avance frente a otros países.

Al tratar de definir la competitividad de una nación se ha planteado multiplicidad de definiciones como la de ser un fenómeno macroeconómico un fenómeno macroeconómico, impulsado por variables tales como el tipo de cambio, las tasas de interés y el déficit fiscal; otros sostienen que la competitividad es una función de la abundancia de mano de obra barata; Otra visión conecta la competitividad

con la abundancia de recursos naturales; y la más reciente según Porter es que la competitividad es impulsada por las políticas gubernamentales: la focalización, la protección, la promoción de importaciones y los subsidios. Otros autores la asocian con las diferencias en prácticas de gestión, incluyendo las relaciones entre trabajadores y ejecutivo de una región a otra.

Por estas diferencias se empezó a plantear no el concepto de competitividad desde las variables exógenas de los países sino desde los procesos interiores que genera realmente el concepto de competitividad; es decir, la productividad.

Al partir de la concepción de productividad se logra entrever que la meta principal de una nación es producir un estándar de vida alto y sostenido para sus ciudadanos, pero que este no se sustente solo en el sistema de salud sino debe estar afianzado también en una red de atención social como la descrita en los sistemas de protección social. Dicha capacidad para generar productividad depende de la productividad con que se emplean el trabajo y el capital de una nación. La productividad es el valor del producto que se obtiene por cada unidad de trabajo o capital.

Como el motor de la competitividad en una nación la generan sus políticas Porter enuncia que algunos principios básicos simples que los gobiernos deberían adoptar son alentar el cambio, promover la rivalidad doméstica, estimular la innovación; y como punto de comparación entre las diferentes naciones se debe de generar ventaja competitiva a través de:

- 1) Enfocarse en la creación de factores especializados, como son los sistemas de educación, infraestructura; el sistema de salud, la investigación en áreas de amplia preocupación nacional.
- 2) Evitar intervenir en los mercados de factores y monedas. Cuando los gobiernos esperan crear costos más bajos por factores o un tipo de cambio

favorable que ayude a las compañías a competir más eficazmente en los mercados internacionales.

- 3) Imponer estándares estrictos de productos, seguridad y medioambiente. Al colocarse estándares rigurosos para el desempeño de los productos a las empresas por parte de un país, estas se verán obligadas por el mismo mercado a elevar la calidad, a mejorar su tecnología y a proporcionar las características que responden a las demandas de los consumidores y de la sociedad.
- 4) Limitar fuertemente la cooperación directa entre rivales de una industria.
- 5) Promover metas que conduzcan a una inversión sostenida. Manteniendo la inversión y atrayendo nuevos inversionistas para el país.
- 6) Desregular la competencia. A la nación tomar este camino se evitan dos consecuencias negativas fuertes: el sofocamiento de la rivalidad y la innovación a medida que las empresas se preocupan más de tratar con los reguladores y de proteger lo que ya tienen; y el de generar una industria menos dinámica.
- 7) Imponer políticas anti monopolísticas fuertes.
- 8) Rechazar el comercio administrado.

UNIDADES DE MEDIDA INTERNACIONAL PARA DETERMINAR COMPETITIVIDAD ENTRE PAISES

Uno de las unidades de medida utilizadas por los países desarrollados y en vía de desarrollo para determinar su nivel comparativo de competitividad es el índice general de competitividad IGC. Este índice fue desarrollado y publicado por

primera vez en 1979 por el Foro Económico Mundial; “es calculado utilizando información pública disponible y la Encuesta de Opinión Ejecutiva (...) (Greenhill, R., 2011); “con lo cual se logra capturar un amplio rango de factores que afectan el clima de negocios dentro de la economía de un país” (Schwab K. (., 2009).

El World Economic Forum plantea 14 pilares de los cuales el cuarto pilar hace referencia a salud y educación primaria. A su vez (Hay, 2006) argumenta que la salud y el desarrollo económico están en una interrelación dinámica (...); que se expresa a través de una fuerza de trabajo saludable; que a su vez se reflejará en la de una población activa saludable, gracias a una buena inversión en la prestación de servicios sanitarios, es fundamental para la productividad y competitividad de un país.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Para (Schwartzmann, 2003) la calidad de vida relacionada con la salud se concibe desde tres corrientes de investigación: 1) la investigación de la felicidad; 2) la investigación en indicadores sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar; 3) en el área de la salud por los indicadores de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida al nacer.

El indicador de esperanza de vida al nacer se plantea como (CEPAL, C. L., & de Demografía, C., 2006) “el número promedio de años de vida adicionales que una persona (...) podría vivir si las tasas de mortalidad específicas por edad para un año determinado se mantienen constantes para el resto de su vida.

La esperanza de vida al nacer se ha empezado a considerar como un indicador de producto de los sistemas de salud, según (Nevárez Sida, 2007) con él se podría llegar en parte a determinar la eficiencia técnica de los sistemas de salud en especial por que incluye multiplicidad de variables como la mortalidad, morbilidad por edades.

Sobre la esperanza de vida autores como (Bongaarts, 2006) plantean que uno de los elementos que lleva a ver el aumento en este tipo de indicadores son la eliminación de sucesos históricos más relevantes para la humanidad como la primera y segunda guerra mundial, a su vez, diversos autores pesimistas con rango de edad que va con un máximo de 80,3 para mujeres y de 73,8 para los varones según estudios del año 1978; a partir de los años 90 múltiples factores llevaron a cambiar el pesimismo por optimismo gracias a las políticas determinadas desde la Organización de Naciones Unidas (ONU) en cabeza de la Organización Mundial de la Salud (WHO) al fomentar la estructuración de los sistemas de salud a nivel de Latinoamérica.

(Arriaga, 1984) en su artículo, plantea como problema metodológico para el uso de del indicador de esperanza de vida al nacer son dos factores 1) la calidad de la información, a razón que este indicador depende de otros para su estructuración e y 2) imposibilidad de definir el límite máximo de referencia para la esperanza de vida al nacer.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar oportunidades de mejora para Colombia que evidencien políticas dirigidas a la eficiencia de los servicios de salud con los efectos más óptimos desde el indicador de esperanza de vida al nacer y la participación del Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno en los países de América Latina y del Caribe.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la expectativa de vida de los países de América Latina y del Caribe para los periodos comprendidos entre 1990 y 2012.
- Identificar la participación del Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno en los países de América Latina y del Caribe para los periodos comprendidos entre 1995 y 2012.
- Determinar la existencia de correlación de eficiencia entre el Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno y los resultados de eficiencia desde el indicador de esperanza de vida al nacer en su población.

METODOLOGIA

El presente trabajo se realizará en tres momentos:

En la primera etapa se realizará una comparación entre la esperanza de vida al nacer desde la totalidad de años entre los quinquenios de 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, en los 35 países de América Latina y del Caribe. En los cinco momentos se determinó mediante análisis por agrupaciones comparaciones significativas haciendo uso de una matriz comparativa entre los integrantes de cada grupo.

Como segunda etapa se procedió a realizar un estudio del porcentaje de gasto total en salud para los entre los quinquenios de 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, agrupado por rangos (clúster).

En la tercera etapa se procesara los datos a través de la regresión lineal entre variables determinándose el grado de elasticidad de la esperanza de vida al nacer en función de porcentaje de gasto total en salud.

DISEÑO METODOLOGICO

El diseño metodológico que se utilizó para el presente proyecto es retrospectivo al hacer uso de estadísticas reportadas a nivel internación de consulta pública en la página web de la Organización Mundial de la Salud (WHO) para los años de vida ganados y en la base de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL del programa ECLAC - CEPALSTAT.

TÉCNICA DE ANÁLISIS INFORMACIÓN

Para el presente estudio se utilizará como método estadístico multivariante el análisis clúster o análisis por conglomerados.

El análisis clúster como técnica de análisis se utiliza para agrupar elementos en grupos homogéneos en función de similitudes o similaridades entre los ellos; con ello se busca generar análisis desde tres tipos de problemas según (Peña, 2002) 1) partición de datos, 2) construcción de jerarquías y 3) clasificación de variables.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud plantea que los componentes claves de un sistema de salud que hacen que su funcionamiento sea adecuado se basa en la responder de forma equilibrada a las necesidades y expectativas de su población; siempre buscando cuatro fines (Organización Mundial de la Salud., 2014):

- Mejorar el estado de salud de los individuos.
- Defender a la población contra lo que amenaza su salud.
- Proteger a las personas contra las consecuencias financieras de la mala salud.
- Proporcionar acceso equitativo a la atención centrada en la persona.

A su vez se plantea que los sistemas de financiamiento sanitario son el elemento principal para el cubrimiento dichas necesidades y expectativas. Por ello la Organización Mundial de la Salud plantea en la Resolución WHA64.9 de la asamblea, (de la salud, A. M., 2011) que existen formas de generar apalancamiento para un sistema de salud:

- Asignación general de recursos desde el equilibrio apropiado entre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y prestación de atención en salud.
- Promover la vigilancia a los fondos externos destinados a la salud para evitar la desviación de los mismos a la atención sobre las prioridades sanitarias del país para lo cual fueron concedidos.
- Que se aplique cada vez más los principios de eficiencia de la ayuda y contribuyan de forma previsible a la sostenibilidad financiera.

Estas premisas ayudan a dar una visión de la importancia de evaluar la eficiencia de los sistemas de salud a partir del indicador de esperanza de vida al nacer en contraste con la participación de gasto en salud del Producto Interno Bruto PIB.

A continuación se presentan los resultados de la presente investigación.

Tabla 1 Clasificación de la evolución del indicador de esperanza de vida al nacer para los países de América Latina y del Caribe en los años 1990 y 2012.

PAIS	EVAN	PROMEDIO GRUPO	CLASIFICACION AÑO 1990	PAIS	EVAN	PROMEDIO GRUPO	CLASIFICACION AÑO 1990
Costa Rica	75,73	74,4	ALTO	Costa Rica	79,71	79,0	ALTO
Virgin Islands (U.S.)	74,79			Chile	79,57		
Cuba	74,64			Virgin Islands (U.S.)	79,47		
St. Martin (French part)	74,52			Cuba	79,07		
Puerto Rico	74,17			St. Martin (French part)	79,02		
Chile	73,55			Puerto Rico	78,54		
Aruba	73,39	71,7	MODERADO ALTO	Panama	77,37	76,0	MODERADO ALTO
Panama	73,06			Mexico	77,14		
Uruguay	72,54			Uruguay	76,91		
Argentina	71,54			Ecuador	76,19		
Belize	71,18			Argentina	76,01		
Antigua and Barbuda	71,16			Antigua and Barbuda	75,67		
Venezuela, RB	71,11	70,0	INTERMEDIO	Aruba	75,21	74,4	INTERMEDIO
St. Lucia	71,05			Barbados	75,13		
Barbados	70,87			Bahamas, The	74,91		
Mexico	70,80			St. Lucia	74,67		
Jamaica	70,65			Peru	74,52		
Bahamas, The	70,63			Venezuela, RB	74,49		
St. Vincent and the Grenadines	70,08	67,6	MODERADO BAJO	Nicaragua	74,47	73,0	MODERADO BAJO
Ecuador	68,84			Colombia	73,78		
Grenada	68,48			Belize	73,70		
Colombia	68,30			Brazil	73,62		
Trinidad and Tobago	68,02			Honduras	73,49		
Paraguay	68,01			Jamaica	73,28		
Dominican Republic	67,95	61,9	BAJO	Dominican Republic	73,23	68,6	BAJO
Suriname	67,50			Grenada	72,61		
Honduras	66,69			St. Vincent and the Grenadines	72,40		
Brazil	66,52			Paraguay	72,19		
El Salvador	65,88			El Salvador	72,10		
Peru	65,53			Guatemala	71,66		
Nicaragua	64,14	62,70	BAJO	Suriname	70,81	62,70	BAJO
Guatemala	62,24			Trinidad and Tobago	69,82		
Guyana	62,12			Bolivia	66,93		
Bolivia	58,78			Guyana	66,05		
Haiti	54,43			Haiti	62,70		

Fuente: Cálculos propios basados en información estadística de World Health Organization (WHO) Octubre 2014 y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Octubre de 2014.

ANALISIS

En general para el año 1990 los países que presentaron mejores resultados en cuanto al indicador de esperanza de vida al nacer son Costa Rica, Islas vírgenes,

Cuba, Islas de san Martin, Puerto rico, chile y Aruba. El grupo clasificado como alto tiene un promedio de 74,4 años de esperanza de vida al nacer, el país que se presenta mayor eficiencia en las políticas de salud es Costa Rica con 75,73 años de esperanza de vida frente a los demás.

Para el año 1990 Colombia se ubica en el grupo de moderado bajo ocupando el lugar número 21 de los 34 países con una esperanza de vida al nacer de 68,3 años. Esto es preocupante en el sentido que países como Ecuador, Bahamas, Jamaica, y México se encuentran para el mismo periodo por encima en 0,2% de Colombia. Estos países al determinar los factores sociales que abordan demuestran que son similares a los de Colombia. Al ver la situación de nuestros vecinos para ese momento Venezuela tenía una esperanza de vida al nacer de 71,11 años, sin embargo está por encima de Brasil quien tiene una esperanza de vida al nacer de 66,52 años.

Para el año 2012 la esperanza de vida al nacer evidencia un aumento en relación al año de 1990 de 4,6 años quedando en promedio para el grupo catalogado como alto de 79 años.

Colombia pasa del puesto 22 en 1990 al puesto 20 para el 2012 con lo cual se evidencia un aumento de 5,48 años en esperanza de vida al nacer quedando en 73,78 años.

Aun así, Colombia se encuentra muy lejos para el año 2012 del primer puesto de la región ocupado por Costa rica con 79,71 años de esperanza de vida antes de nacer.

Es importante analizar que Costa rica ocupa el primer lugar en los dos momentos estudiados (1990 y 2012). Por lo que al realizar la revisión de estudios que expliquen este fenómeno se encuentra que uno de los factores que conlleva a la presencia de estas diferencias es la forma en que se abordaron las transiciones demográficas.

Como lo enuncia (Chackiel, J., 2004) y (Arango, 1980) se definen a las transiciones demograficas como las transiciones demograficas el proceso de transformación de la estructura poblacional de un país caracterizandose por un descenso gradual de las tasas de natalidad y mortalidad.

(Van de Kaa, 2002) plantea que toda la transición demografica es un fenómeno universal por el cual todos los países que han alcanzado un nivel de desarrollo están obligados a pasar. Dicho concepto de transición demográfica se plantea desde la evolución que debe de tener cierta población y por la cual otras ya han pasado. Como ejemplo se podría citar la transición demográfica en Europa de la baja tasa de natalidad que en América Latina está llegando por multiplicidad de factores entre ellos vale la pena recordar el de cumplimiento de metas profesionales o estatus social.

El concepto de Segunda transición es utilizado para los países industrializados que están viviendo una nueva etapa en sus demografías y que solo podrá ser manejados desde la migración.

Factores económicos para Colombia como la apertura comercial con el gobierno del presidente Gaviria se han considerado factores para Colombia generadores de disminución en la tasa de natalidad por ende en el indicador. A su vez elementos como la nupcialidad o el concepto de familia para los colombianos han llevado a esta transición demografica.

Costa Rica en el estudio de (Chackiel, J., 2004) es denominado como el país que ha evidenciado una transición avanzada y como resultado se planteó la existencia en América Latina del concepto de “segunda transición demografica”; algunos de los factores que forman parte de estos cambios a nivel numérico son la implementación de políticas en salud sexual y reproductiva con énfasis en la Planificación con la consecuente baja en la natalidad, ejemplo de ello es Costa Rica con una proporción de uso de anticonceptivos del 80% similar a países europeos.

Otro de los factores es la tasa de fecundidad baja que presenta países como Uruguay, Brasil y Chile.

Los patrones de nupcialidad en los países latinos ha avanzado influenciando a los habitantes de los países a casarse o unirse en una edad más tardía y la mayor cantidad de solteros en la sociedad que privilegian una mayor expectativa educacional y laboral de la mujer, y una menor valoración de la maternidad.

Costa Rica, Cuba y Chile según (Chackiel, J., 2004) son los países líderes en la reducción de la mortalidad infantil lo que evidencia mejora en los indicadores generales en salud para el país. Aunque Colombia ha mejorado los indicadores de mortalidad infantil aún está muy lejos de las metas propuestas por la Organización de Naciones Unidas ONU.

Otro de los conceptos que evidencian estas fortalezas de los países catalogados como altos es la transición epidemiológica según causas y de la distribución de las defunciones según la edad.

Guatemala según (Chackiel, J., 2004) es el país catalogado con más alta mortalidad por género para enfermedades transmisibles y del período perinatal; mientras México, Costa Rica, Chile y Venezuela evidencia avances en el manejo de las enfermedades.

(Herreros, 2012) plantea en su artículo que las reformas administrativas en los años 70 y 80 de transferir los hospitales de manos del Ministerio de Salud Pública a la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) amplió la cobertura del 39 al 70%, sumado a la puesta en funcionamiento de programas de atención primaria en zonas rurales y barrios urbanos desfavorecidos; la reducción de la tasa de mortalidad infantil desde 68,4% a 19,9% para la década de 1990 al 2000.

Tabla 2 Matriz Comparativa de años de Vida Ganados al Nacer para los años 1990 y 2012 en los países de América Latina y del Caribe

AÑO		2012				
		ALTO	MODERADO ALTO	INTERMEDIO	MODERADO BAJO	BAJO
1990	ALTO	Costa Rica = Virgins Islands = Cuba = St. Martin = Puerto Rico = Chile =	Aruba			
	MODERADO ALTO	Panamá	Uruguay Argentina Antigua and Barbuda	Belize Venezuela, RB St. Lucia		
	INTERMEDIO		Barbados México Ecuador	Bahamas, The	Jamaica St. Vincent and the Grenadines Grenada	
	MODERADO BAJO			Colombia	Paraguay Dominican Republic Honduras Brazil	Trinidad and Tobago Suriname
	BAJO			Peru Nicaragua		El Salvador Guatemala Guyana Bolivia Haiti

Fuente: Cálculos propios basados en información estadística de World Health Organization (WHO) Octubre 2014 y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

ANÁLISIS

Se evidencia en la tabla como Colombia avanzó en 12 años de la clasificación de moderado bajo a intermedio, sin embargo no alcanzó a ubicarse en los lugares de países como México, Ecuador y Barbados que avanzó a moderado alto y a uno de los vecinos más cercanos como es Panamá quien se ubicó en la categoría de alto.

Aunque al realizar el cuadro comparativo entre países vemos países como Paraguay, República Dominicana, Honduras y Brasil se mantuvieron en la clasificación durante los 12 años.

Tabla 3 Clasificación del Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto en los países de América Latina y del Caribe para los años 1995 y 2012

PAIS	% Gasto en Salud del PIB	PROMEDIO GRUPO	CLASIFICACION AÑO 1995	PAIS	% Gasto en Salud del PIB	PROMEDIO GRUPO	CLASIFICACION AÑO 2012
Uruguay	15,6	8,4	ALTO	Paraguay	10,3	9,2	ALTO
Argentina	8,3			Costa Rica	10,1		
Panamá	7,7			Brazil	9,3		
Bahamas	6,9			Uruguay	9		
Grenada	6,9			Cuba	8,6		
Colombia	6,8			Honduras	8,6		
Brazil	6,7			Argentina	8,5		
Haiti	6,6	6,4	MODERADO ALTO	Saint Lucia	8,5	7,5	MODERADO ALTO
Chile	6,5			Nicaragua	8,2		
Costa Rica	6,5			Panamá	7,6		
Nicaragua	6,5			Bahamas	7,5		
El Salvador	6,4			Chile	7,2		
Barbados	6,3			Colombia	6,8		
Dominica	5,9			El Salvador	6,7		
Paraguay	5,9	5,4	INTERMEDIO	Guatemala	6,7	6,4	INTERMEDIO
Dominican Republic	5,5			Guyana	6,6		
Saint Kitts and Nevis	5,4			Ecuador	6,4		
Honduras	5,3			Grenada	6,4		
Cuba	5,2			Haiti	6,4		
Mexico	5,2			Barbados	6,3		
Suriname	5,2			Mexico	6,2		
Guyana	5,1	4,7	MODERADO BAJO	Dominica	5,9	5,8	MODERADO BAJO
Antigua and Barbuda	4,9			Jamaica	5,9		
Saint Lucia	4,8			Saint Kitts and Nevis	5,9		
Trinidad and Tobago	4,7			Suriname	5,9		
Bolivia (Plurinational State of)	4,5			Belize	5,8		
Peru	4,5			Bolivia (Plurinational State of)	5,8		
Saint Vincent and the Grenadines	4,5			Dominican Republic	5,4		
Belize	4,3	3,9	BAJO	Trinidad and Tobago	5,4	5,1	BAJO
Venezuela (Bolivarian Republic of)	4,2			Antigua and Barbuda	5,2		
Jamaica	4,1			Saint Vincent and the Grenadines	5,2		
Guatemala	3,7			Peru	5,1		
Ecuador	3,4			Venezuela (Bolivarian Republic of)	4,7		

Fuente: Cálculos propios basados en información estadística de World Health Organization (WHO) Octubre 2014 y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Octubre de 2014.

ANALISIS

Al analizar la tabla se evidencia que en el año 1995 el país que mayor Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto invirtió fue Uruguay con el 15,6 del PIB; sin embargo, llama la atención que los demás países situados en el mismo grupo como Argentina solo invirtieron el 8,3 con lo cual se puede concluir que se logra mayor eficiencia en el gasto de salud con los mismos recursos durante el transcurso de los años.

Se evidencia en el promedio que por grupo el Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto no fue superior a 8,4% para la clasificación en alto; de 6,4% para los clasificados en moderado alto; de 5,4% para los clasificados en intermedio; de 4,7% para los clasificados en moderado bajo y de 3,9 para los clasificados como bajo.

Colombia para el año 1995 se encontraba en el grupo catalogado como alto con un Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto de 6,8%.

Para el 2012 se evidencia que Uruguay sede su puesto en la cabeza del grupo a Paraguay con el 10,3% y Costa Rica con el 10,1%; para un promedio del grupo categorizado como alto de 9,2%. Esto evidencia un aumento entre el año 1995 y 2012 de 0,8% para Gasto en salud del PIB.

El promedio para los países categorizados como moderado alto para el año 2012 fue de 7,5%, en el cual se encuentra Colombia con el 6,8%.

Al contrastar para Colombia los datos de los años 1995 y 2012 para el Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto no se evidencia un aumento durante 17 años se mantuvo en 6,8%.

Artículos como (Jones, 2002) explica por que el aumento del gasto en salud en países industrializados y toma como ejemplo a Estados Unidos. En él se plantea que los gastos en salud y esperanza de vida son variables endógenas que son impulsadas por el progreso tecnológico; planteando que a partir de condiciones iniciales en las que muy poco se gasta en atención de la salud como es el caso de

los países en vía de desarrollo esto naturalmente llevará a un aumento del gasto en salud por acción o necesidad de ausencia del dinero para cubrir los requerimientos. Otro factor es el aumento en la esperanza de vida lleva a la gente a tener más tiempo para enfrentar los problemas más graves.

Si se toma como referente a (Fan, 2008) quien plantea que para determinar el nivel total de gastos de salud pública que deberá asumir un país dependerá de tres elementos clave: a) La composición de los gastos. b) la prestación de servicios de salud, y c) el uso del servicio por los individuos.

Este referente es importante tomarlo en el sentido que hasta hace 10 años se comenzó en la mayor parte de los países de Latinoamérica por indicación de la Organización de Naciones Unidas por intermedio del Banco Interamericano de Desarrollo la importancia de tener fuentes de información fidedignas para la toma de decisiones por parte de los países.

Tabla 4 Matriz comparativa del Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto en los países de América Latina y del Caribe para los años 1995 y 2012

AÑO		2012				
		ALTO	MODERADO ALTO	INTERMEDIO	MODERADO BAJO	BAJO
1995	ALTO	Argentina Brasil Uruguay	Bahamas Panama	Grenada		
	MODERADO ALTO	Costa Rica	Chile Colombia El Salvador Nicaragua	Barbados Haiti	Dominica	
	INTERMEDIO	Cuba Honduras Paraguay		Mexico	Dominican Republic Islas San Cristóbal y Nieves Suriname	
	MODERADO BAJO		Santa Lucía	Guyana	Bolivia	Perú San Vicente y las Granadinas Trinidad y Tobago
	BAJO			Ecuador Guatemala	Belize Jamaica	Antigua y Barbuda Venezuela (República Bolivariana de)

Fuente: Cálculos propios basados en información estadística de World Health Organization (WHO) Octubre 2014 y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Octubre de 2014.

ANALISIS

Se evidencia al realizar el análisis de la tabla como Colombia al transcurrir 17 años de la evolución de los datos se mantiene en el grupo de moderado alto. Como conclusión se puede extraer que Colombia ha mantenido el Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto.

Adicional se evidencia a países como Chile, El Salvador y Nicaragua manteniéndose en el mismo grupo.

Es preocupante como países como Argentina, Brasil y Uruguay se han mantenido como los que más.

Costa Rica paso del grupo moderado alto a alto lo cual significa que para mantener sus resultados debe de realizar más inversión en salud como país.

Tabla 5 Correlación de Pearson para esperanza de vida al nacer año 2012 y participación del gasto en salud como porcentaje del PIB para el año 2012

Correlaciones			
		esperanzavidanacer2012	Gasto en Salud del PIB 2012
esperanzavidanacer2012	Correlación de Pearson	1	,164
	Sig. (bilateral)		,362
	N	41	33
Gasto en Salud del PIB 2012	Correlación de Pearson	,164	1
	Sig. (bilateral)	,362	
	N	33	33

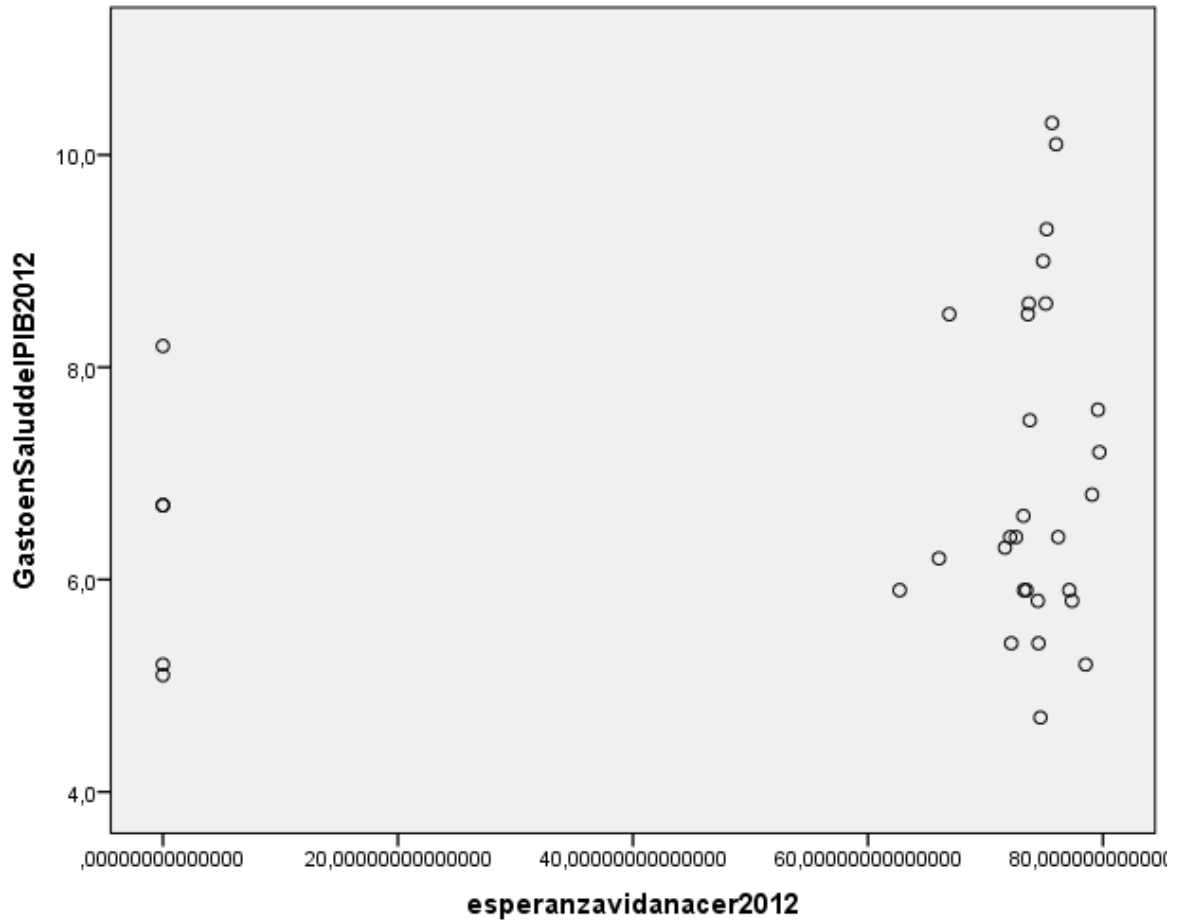
Fuente: Cálculos propios generados desde el Software SPSS basados en información estadística de World Health Organization (WHO) Octubre 2014 y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

ANÁLISIS

Al realizar el análisis del coeficiente Pearson entre el indicador de esperanza de vida al nacer para el año 2012 y la participación del gasto en salud como porcentaje del PIB para el mismo año 2012 se concluye lo siguiente:

Se evidencia una Correlación positiva muy baja entre las variables de porcentaje de participación del gasto en salud y el indicador de esperanza de vida al nacer.

Ilustración 5 Diagrama de dispersión entre esperanza de vida al nacer año 2012 y participación del gasto en salud como porcentaje del PIB para el año 2012



ANALISIS

Al interpretar el diagrama de dispersión utilizando las variables de porcentaje del gasto en salud del PIB y el indicador de esperanza de vida al nacer para el año 2012 se evidencia:

Correlación positiva débil.

Con lo cual se puede concluir que aunque la esperanza de vida puede ser un producto de la variable porcentaje de gasto en salud del PIB no sucede lo mismo al contrario con la variable de esperanza de vida al nacer.

Esto se debe a que el aumento del indicador de esperanza de vida a su vez está relacionado con otra serie de variables como son mortalidad, natalidad, servicios de salud, políticas en salud, políticas económicas, perfil epidemiológico, entre otros.

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Se puede concluir que Colombia en materia de eficiencia de los sistemas de salud ha avanzado en comparación de los demás grupos analizados en 12 años. Estos avances se podrían asociar a ciertos elementos generadores como fueron “el compromiso político, la promulgación de una nueva constitución política, la generación de reformas continuas al sistema de salud desde lo legislativo, la estructuración de un sistema de salud mixto” (Mesa-Lago, C., 2005).

Los informes de la CEPAL evidencia que países como Colombia centraron los esfuerzos en alcanzar metas de cobertura según lo estimado por el FMI relegando en un segundo plano el fin esencia de los sistemas de salud como es el brindar a su población los elementos de empoderamiento hacia una salud más responsable.

Países como Costa Rica quien ocupa el primer lugar viene desarrollando estos cambios de estructura jurídico administrativas desde la década de los 70 lo cual se evidencia en un avance de más de 30 años en indicadores como cobertura que se encuentra en el 100% para estos momentos.

Según (Mesa-Lago, C., 2005) al determinar el principio de acceso desde la encuestas de calidad en salud Costa Rica la mayor dificultad se evidencia en el sistema de referencia y contra referencia esto asociado a la demanda versus oferta de servicios; al compararlo con Colombia, Brasil y Chile se encuentran definidos tácitamente respuestas como: falta de dinero, unidad de atención muy lejana, larga espera en la atención, utilización de remedios caseros, atención deficiente, desconfianza en el servicio, falta de medicinas, cuotas de uso muy caras, nunca fue atendido, falta de información, tramites muy complejos, entre otros. Con ello se puede concluir que se tiene un sistema organizado desde lo ideal para se ha intentado saltar pasos que otros países con más años de experiencia fueron abordando poco a poco.

Países como Costa Rica fomenta la eficiencia en los servicios de salud mediante “compromisos de gestión basados en metas de cobertura, productividad y calidad” (Mesa-Lago, C., 2005). En Colombia según estudios de la OPS elementos como la demora y la complejidad en el flujo de los recursos son determinantes en las inversiones del sector salud, sumado al escaso conocimiento en la gestión del recurso humano sobre productividad y calidad de la atención, factores laborales como la precarización de las condiciones de trabajo fomentaron el deterioro de la moral y la motivación en los profesionales de la salud.

Al medir la efectividad de la reforma en salud en América latina y el Caribe en términos de resultado en salud Fedesarrollo (Nunez, J., Zapata, J. G., Castaneda, C., & Fonseca, S. M. , 2012) plantea que existe una gran tensión entre los actores del sistema a razón de los agudos problemas financieros que redundan en una prestación de servicios de salud de mala calidad y con los consecuentes retrasos en el desarrollo y competitividad de los servicios de salud en comparación con países que han generado las reformas al sistemas de salud para la misma época que Colombia. A esto se le podría sumar el despertar de conciencia que la sociedad colombiana ha venido presentando en cuanto al sistema de legislación que en la actualidad se ha convertido en el ente generador de directrices para el sistema de protección social en salud colombiano, esto se puede constatar con el concepto que el ciudadano colombiano tiene de los actores del sistema (IPS y EAPB) y el uso de los mecanismos legales para optar al sistema de salud como es la tutela; que de por sí, en otros países no existe dicha figura.

Autores como (Castaño Yepes, 2000) plantean que uno de los factores para el aumento en el gasto de salud por parte de los países se asocia a la forma de contratación del personal médico. En dicho documento se presenta formas de contratación como pago por servicio prestado, que en Colombia es el conocido pago por evento; el pago retrospectivo, que en Colombia algunas administradoras de planes de beneficios EAPB han empezado a implementar pero como pago anticipado, sin embargo, no se evidencia una aplicación total desde la concepción

de países como Estados Unidos; y por último el pago prospectivo en el cual se traslada algún grado de riesgo financiero generado al asegurador y este a su vez al intermediario con el objetivo de generar una cadena de auto control.

Es claro que cada uno de las formas de pago implementada por los países tiene como objetivo generar sostenibilidad y eficiencia al sistema; sin embargo elementos como él “target incore” denominado por (Castaño Yepes, 2000) es uno de los elementos que en Colombia está generando el aumento en el gasto en salud. Con ello se podría explicar porque la forma que sean pagados los servicios a los proveedores determinaran el efecto en el gasto en salud. Al abordar la idea de interés primario (bienestar del paciente) y el interés secundario (Ingresos económicos esperados por el profesional) que se genera en el personal médico. En Colombia un ejemplo de ello son las contrataciones de la Instituciones prestadoras de salud con las sociedades médicas quienes son los que en última instancia definen las tarifas para la prestación de los servicios ofertados a la sociedad.

Aunque los avances desde el área de tecnología por parte de Colombia en el sector salud no se han hecho esperar es claro que de acuerdo a los elementos que determina el índice de competitividad desde el cuarto pilar de salud y educación primaria falta camino por recorrer; se podrá mostrar la inversión en recursos económicos en el sector pero según los estudios del ministerio de salud este se realiza en su mayoría para subsanar las debilidades en la cartera y la insuficiencia de la denominada Unidad por Capitación UPC que no alcanza para los requerimiento y satisfacción de necesidades para la población colombiana.

Con el presente trabajo se plantea el interrogante si ¿el sistema de salud necesita más recursos para atender los requerimientos en salud en términos de satisfacción total?, países como Estados Unidos según datos de la CEPAL invierte para el año 2012 el 17,9% del Producto Interno Bruto PIB lo cual para los demás países de Latinoamérica corresponde el doble de lo que se invierte y según las

encuestas de calidad de salud de estados unidos consideran tener un sistema de salud precario. Para Colombia vale la pena revisar el artículo publicado por (Vargas, 2009) en la cual se plantean los interrogantes que son simil en la mayoría de los infores sobre calidad en los servicios de salud por parte desde una optica integral del sistema de salud abordando las normatividad y el plan de beneficios como elementos restrictores del acceso a los servicios.

O un mejor interrogante sería ¿el usuario presente y potencial de los servicios de salud tiene una expectativas sobre estimadas frente a la realidad de un sistema de salud con recursos económicos finitos y multiplicidad de necesidades?. Si se observa desde el usuario los profesionales de la salud además de aprender técnicas para la restauración de la salud tener capacidad para ver al usuario desde el concepto de salud intercultural definido por (Alarcón, 2003) como “el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud” dicha cultura cada día evoluciona hacia una mayor exigencia hacia los responsables de ejecutarla.

Y como último interrogante se podría plantear si ¿los profesionales de la salud de todas las áreas no han avanzado al ritmo de las expectativas de los usuarios de los servicios evidenciado desde la generación de una innovación solo tecnológica (adquiriéndola desde su poder adquisitivo) y no evidenciada desde el sector servicios en sí mismo?; el sector de los servicios es uno de los mayor dinámica tanto que según “información de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) constituye hasta el 60% del PIB” (Escauriaza, 2001) y en Europa según estudios de (Sánchez, 2005) se evidencia que para “el año 2000 la mitad del comercio mundial de servicios se concentra en Europa”.

Por ser tan dinámico el sector salud no puede ser ajeno a estos movimientos y debe de estar preparado no solo desde la dinámica legislativa nacional sino a su vez a nivel internacional de los avances tecnológicos, procedimentales y de innovación de servicios. Una de la formas de generar innovación en el sector

servicios de salud en Colombia y empezar a incorporar el concepto innovación desde el ámbito de las ciencias de la complejidad (Maldonado, 2010) adquiriendo la capacidad de ver relaciones y tipos de relaciones donde no se habían identificado antes; es decir, oportunidades de mejora en todos los aspectos.

Un ejemplo de ello es la implementación del sistema de acreditación en salud instituido para las instituciones prestadoras de salud que se fundamenta en la gestión continua del riesgo y acciones de mejoras constantes, dinámicas.

Pero no se puede afirmar que toda esta situación se encuentra relacionada con los actores, se podría citar algunos estudios como (Hipp, 2005) quien determina que en el sector servicios no se ha desarrollado la metodología adecuada para evaluar el concepto de I + D y con lo cual se evidencia que el sector servicios es poco innovador cuando en algunos casos es de donde surgen la solución a las problemáticas habituales que las nueva tecnología aborda a través de programas informáticos.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, M. C. (2012). Capital humano: una mirada desde la educación y la experiencia laboral. Cuadernos de Investigación, 56.
- Alarcón, A. M. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista médica de Chile, 131(9). 1061-1065.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Gerencia y Políticas de Salud., 8(17).
- Arango, J. (1980). La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica. Reis, 169-198.
- Arriaga, E. E. (1984). Measuring and explaining the change in life expectancies. ,. Demography, 21(1), 83-96.
- Bengoa, R. (2009). Tendencias recientes y reformas de los Sistemas de Salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los Sistemas Integrados de Salud. Anales Del Sistema Sanitario De Navarra, 21(2), 197-202.
- Bertalanffy, L. ((2001).). Teoría general de sistemas. México: Fondo de cultura económica.
- Bertoglio, O. J. (2004). Introducción a la teoría general de sistemas. México: Editorial Limusa.
- Bongaarts, J. (2006). How long will we live? Population and Development Review, 32(4),, 605-628.
- Cachanosky, I. (2012). Eficiencia técnica, eficiencia económica y eficiencia dinámica. . Procesos de Mercado: Revista Europea de Economía Política., 9 (2).
- Castaño Yepes, R. A. (2000). Medicina, ética y reformas a la salud: hacia un nuevo contrato con la profesión médica. Bogotá: Medicina.
- CEPAL, C. L., & de Demografía, C. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile.
- CEPAL, Naciones Unidas. (2013). Capítulo, V. Tendencias recientes del gasto social dentro del gasto público y del gasto de los hogares en salud. En

- Panorama social de América latina 2013 (págs. 195-221). Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- Chackiel, J. (2004). La dinámica demográfica en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas. CEPAL.
- De Alma Ata, D. (1978). Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS.
- De la salud, A. M. (2011). Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Eichler, H. G. (2004). Use of Cost- Effectiveness Analysis in Health- Care Resource Allocation Decision- Making: How Are Cost- Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?. *Value in health*, 7(5), 518-528.
- Escauriaza, M. J. (2001). Innovación en servicios. Cotec.
- Española, R. A. (11 de 9 de 2014). <http://www.rae.es>. Obtenido de <http://www.rae.es>: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- Fan, S. Y. (2008). Public spending in developing countries: trends, determination and impact. Washington, DC: IFPRI, and Baltimore, MD.: Johns Hopkins University Press.
- Giacometti-Rojas, L. (2013). Innovación Tecnológica y Desarrollo de La ventaja competitiva en la Atención a la Salud:. Enfoque conceptual y Metodológico. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12 (25).
- Gómez-Camelo, D. (2005). Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Rev salud pública*, 7(3), 305-316.
- Greenhill, R. (2011). The global competitiveness report 2011-2012. Geneva e Switzerland: World Economic Forum.
- Hay, D. I. (2006). Economic arguments for action on the social determinants of health. Canada: Canadian Policy Research Networks. Obtenido de http://cprn.org/documents/46128_fr.pdf
- Hernándezl, I. C. (2008). Competencia en el sector salud: análisis de la reforma sueca. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 356-64.
- Herreros, O. P. (2012). Evolución de la esperanza de vida de Costa Rica en el contexto global (1930-2010). *Población y Salud en Mesoamérica*, 10(1).

- Hipp, C. &. (2005). Innovation in the service sector: The demand for service-specific innovation measurement concepts and typologies. *Research policy*, 34(4)., 517-535.
- Holzmann, R. &. (2000). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Washington: Banco Mundial, Departamento de Protección Social,; Red de Desarrollo Humano, Documento de trabajo, (0006).
- Jones, C. I. (2002). Why Have Health Expenditures as a Share fo GDP Risen So Much?. . National bureau of economic research., (No. w9325).
- Lombana, J. &. (2009). Marco analítico de la competitividad-Fundamentos para el estudio de la competitividad regional. *Pensamiento y gestión: revista de la División de Ciencias Administrativas de la Universidad del Norte.*, 1-38.
- Londoño, J. L. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist*, No. 353.
- Maldonado, C. E. (2010). *El mundo de las ciencias de la complejidad*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Naciones Unidas, Santiago de Chile : Naciones Unidas.
- Murray, C. J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 78 (6), 717-731.
- Nevárez Sida, A. C.-C.-C. (2007). Comparación de la eficiencia técnica de los sistemas de salud en países pertenecientes a la OMS. *Economía, Sociedad y Territorio*, 6(24)., 1071-1090.
- Nunez, J., Zapata, J. G., Castaneda, C., & Fonseca, S. M. . (2012). *La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogota,: FEDESARROLLO.
- Ocampo, J. A. (2005). La búsqueda de la eficiencia dinámica: dinámica estructural y crecimiento económico en los países en desarrollo. Más allá de las reformas: Dinámica estructural y vulnerabilidad macroeconómica. 3-50.

Bogota, Colombia.: Comisión Económica para America Latina y el Caribe (CEPAL).

Organizacion Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2014). who.int. Obtenido de who.int: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (30 de 11 de 2014). www.sistemadesaluddelaOMS://www.quien.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.PDF.

Peña, D. (2002). Análisis de datos multivariantes (Vol. 24). . Madrid: McGraw-Hill.

Porter, M. E. (1991). La ventaja competitiva de las naciones (Vol. 1025). . Buenos Aires: Vergara.

Porter, M. E. (1991). La ventaja competitiva de las naciones. Buenos Aires: Vergara (Vol. 1025).

Puig-Junoy, J. &. (2000). ¿ Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica. XX Jornadas de Economía de la Salud Asociación de Economía de la Salud (AES). España, Palma de Mallorca.

Quintero, M. D. ((2007).). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. . Revista Hacia la promoción de la salud., 12, 41-50.

Restrepo Trujillo, M. (1997). La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: CEPAL.

Restrepo, J. H. (2005). Fundamentos de salud publica T. II 2 Ed: Administracion de servicios de salud. Corporación para Investigaciones Biológicas.

Sánchez, P. V. (2005). Factores determinantes de la competitividad de los servicios: la importancia de la innovación. Información Comercial Española, ICE: Revista de economía, (824),, 71-91.

Schwab, K. (. (2009). The Global Competitiveness Report 2009 - 2010. Geneva: the World Economic Forum.

Schwab, K. (2014). El Informe de Competitividad Global 2013-2014. Suiza: Foro Económico Mundial.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9., 09-21.
- Suárez, R. &. (2005). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. . *Rev Panam Salud Publica*, 17(5-6)., 419-28.
- Titmuss, R. M. (1974). *Social policy* (pp. 1-2). London: Allen & Unwin.
- Tobar, F. (2001). Breve historia de la prestación del ser-vicio de salud en la Argentina. *Ediciones Isalud.*, 4.
- Toraño¹, R. G. (2000). La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Revista de Salud Pública*, 97-120.
- Van de Kaa, D. J. (2002). The idea of a second demographic transition in industrialized countries. *Birth*, 35, 45.
- Vargas, J. &. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia.*, 121-130.
- Vickery, D. M. (1994). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago (Chile): CEPAL.
- Zerda, A. V. (2001). *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos: estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala*. Buenos Aires: ISALUD.