

Colombia y Costa Rica: enfoques de políticas en salud y resultados en el bienestar de la población infantil

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa*

RESUMEN

La garantía del derecho a la salud de la niñez es atravesada transversalmente por las concepciones que cada Estado tenga respecto a su filosofía política, económica y la comprensión de lo social. En este sentido, Latinoamérica ha sufrido profundas reformas en sus estructuras de protección social desde finales de los años ochenta, debido a la influencia de los organismos multilaterales de financiamiento. Esto ha producido una homogeneización de los sistemas de salud y los programas de atención a la niñez, soportados en modelos de mercado; sin embargo, en algunos países, como Cuba y Costa Rica, han subsistido sistemas en los cuales el Estado mantiene modelos plena o principalmente públicos.

Con base en los informes estadísticos que cada país presenta a la Organización Panamericana de la Salud, se pretende establecer un comparativo entre los resultados en la salud infantil de dos países con estructuras socioeconómicas cercanas, como Costa Rica y

Colombia, pero cuyos sistemas de salud divergen, ya que el primero se basa en el monopolio del Estado y el segundo, en modelos basados en mercado.

Para ello, se describen algunas variables sociales, las estructuras de cada uno de los dos sistemas de salud y los programas de salud infantil existentes, para continuar con los resultados de cobertura y epidemiológicos que se han obtenido en cada uno de los países.

Finalmente, se plantea una discusión que trasciende lo que evidencian los resultados numéricos para dar una visión holística de lo que deberían ser las políticas de salud en niñez, no sólo soportada en los sistemas de salud, sino también en las condiciones de calidad de vida que pueden garantizar cada nación a estas poblaciones.

Palabras clave: sistema de salud, niñez, derecho a la salud.

* Odontólogo Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Administración Universidad de La Salle, Especialista en Gerencia en Servicios de Salud y Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud Universidad Jorge Tadeo Lozano. Aspirante a Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales-Cinde.

Fecha de aceptación: 10 de julio de 2009.

Fecha de aprobación: 7 de septiembre de 2009.

Colombia and Costa Rica: approaches to policies on health and results in well-being of the child population

ABSTRACT

The guarantee of the right to health of children is crossed by the conceptions that each State has its philosophy political, economic and social understanding. Regarding this, Latin America has undergone far-reaching reforms to their social protection structures since the end of the 1980s, due to the influence of multilateral funding agencies. This has been a homogenization supported in market, models, child care programs and health systems. However, some countries like Cuba and Costa Rica have subsisted systems in which the State maintains models full or mainly public. Based on the country statistical reports to the Pan-American Health Organization, is intended to establish a comparative results in child health of two countries with nearby, socio-economic structures as Costa

Rica and Colombia, but whose health systems differ, since the first is based on the monopoly of the State and the second in market-based models. To this end, describes some social variables, structures of each of the two systems of health and child health programs, to continue with the digitization of coverage results and epidemiological which have obtained in each of the countries. Finally, raises a discussion that transcends the obvious from numerical, results to a holistic view of children, not only supported in health systems but also in the quality of life conditions that can ensure every nation to these people health policies should be.

Keywords: health system, right to health, children.

El crimen y las vidas miserables
son la medida del fracaso del Estado;
al final, todo crimen es un crimen de la sociedad.
Herbert G. Wells

INTRODUCCIÓN

La salud como derecho fundamental, así como el acceso real a obtener servicios de salud de calidad, debe ser un objetivo fundamental del Estado, pero esta obligación toma especial relevancia cuando se trata de la atención de poblaciones en especial vulnerabilidad, como mujeres en embarazo, parto o puerperio, ancianos y ante todo la niñez.

Para tal efecto, cada Estado, acorde con los lineamientos políticos y económicos consagrados en su carta magna y en los direccionamientos de los gobiernos de turno, genera estrategias que permiten brindar el máximo grado de bienestar a sus poblaciones, lo que en el área de la salud se debe realizar desde el mantenimiento y la conservación de ambientes saludables, pasando por la educación, la promoción y prevención de la aparición de enfermedades, la construcción y estructuración de una red de instituciones prestadoras de servicios de salud que permitan la oportuna, continua y segura recuperación de la salud y, en el caso de la existencia de secuelas temporales o permanentes, su pertinente rehabilitación.

Sin embargo, la salud no se limita, y por ende no debe ser comprendida únicamente como la inexistencia de enfermedad, entendida ésta como la colonización por parte de un agente patógeno en un huésped, es decir, un ser humano, sino que debe integrar dos grandes componentes que forman parte del ciclo vital de un individuo, como lo son su bienestar psíquico, es decir, el equilibrio consigo mismo y su bienestar social, comprendido por la calidad de vida a la que accede gracias a las infraestructuras y oportunidades que le puede proporcionar su entorno

para desarrollarse de manera integral y la capacidad de él para aprovecharlas integrándose socialmente con sus congéneres y participando en las actividades del colectivo.

En la sociedad moderna, estos tres grandes componentes del concepto de salud ya no inician en el momento del parto, sino cada vez se ha comprendido más que la relación entre el feto y la madre y los entornos que afectan a ésta durante su embarazo tienen repercusiones significativas en el futuro neonato. Por tal causa, la mayoría de naciones ha declarado como poblaciones de especial protección tanto a las mujeres en gravidez como a los infantes, en especial a aquellos con edades entre los 0 y los 5 años.

LA SALUD ENTRE EL ESTADO Y EL MERCADO

Esta protección, como ya se mencionó, se afecta y depende de las orientaciones económicas adoptadas por los diferentes países, las cuales se reflejan en sus políticas sociales, que, en especial a partir de los años ochenta, han divergido entre modelos que mantienen la hegemonía del Estado como generador, regulador y prestador de los servicios sociales y aquellos que limitan la acción estatal a la generación de políticas y la regulación de las mismas, dejando la prestación de los servicios, en especial los dirigidos al individuo, a la acción del mercado, en el que los actores privados desempeñan un papel fundamental.

El triunfo del socialismo en Rusia y el posterior advenimiento del estado de bienestar en la Europa Occidental como una forma de contención de las presiones sociales y la aparición y el crecimiento de partidos comunistas en estos países hizo que, a partir de mediados del siglo veinte, surgieran sistemas de salud, en la mayoría de los estados, que buscaban dar cobertura universal e integral a las poblaciones, mediante sistemas regidos por políticas públicas

centralizadas y brindando los servicios mediante una red de prestadores de salud exclusivamente públicos, en algunos casos, y en otros en una mixtura entre públicos y privados, con ayuda de la figura de un pagador central estatal, cuyo financiamiento era dado por la tributación general.

Estos sistemas entraron en crisis por diversos motivos, entre los que vale la pena destacar los siguientes: el fin del ciclo de crecimiento económico que siguió a la culminación de la segunda guerra mundial, el surgimiento de la Opep y su posición de restricción a la producción petrolera, que condujo a la crisis económica de 1974; el debilitamiento en la lógica del mundo bipolar de la posición geopolítica dominante de Estados Unidos en Asia; crisis de los rehenes de la embajada en Irán e invasión de la Unión Soviética a Afganistán, bajo el gobierno de Jimmy Carter, y el aumento del peso de los costos de la seguridad social en los presupuestos nacionales, bajo un modelo de solidaridad intergeneracional. Estos factores facilitaron la llegada de los gobiernos de Ronald Reagan en los Estados Unidos y de Margaret Thatcher en el Reino Unido, quienes impulsaron las ideas de corte neoliberal, principalmente soportados teóricamente en los planteamientos dados desde la Universidad de Chicago por el profesor Milton Friedman, expresados en su libro *La libertad de elegir*.

Estos conceptos arribaron con fuerza a Latinoamérica mediante el decálogo de lineamientos condensados en el denominado Consenso de Washington, y fueron empleados de manera genérica para adelantar reformas estructurales en las diferentes naciones del continente americano, como condicionamiento para que sus gobiernos accedieran a créditos de la banca multilateral.

Entre estos condicionamientos, se destaca la restricción presupuestal a la seguridad social, al expresarse que el cálculo de ésta se debe realizar previa estima-

ción de la capacidad que tengan los individuos para financiarla a cargo de sus propios recursos, es decir, se reduce la responsabilidad del Estado de brindar seguridad social a todos sus habitantes, limitándola a sólo las denominadas poblaciones pobres y vulnerables, con lo que se crean las políticas de focalización, que permiten identificar los potenciales beneficiarios de la asistencia social.

Este nuevo enfoque transformó la seguridad social en protección social, la cual, como se deduce, tiene un alcance más limitado al concentrarse solamente en aquellas poblaciones previamente focalizadas. La adopción y la adaptación de este tipo de políticas han estado guiadas por el documento denominado "Manejo social del riesgo", elaborado por Holzman y Jorgensen (2000) para el Banco Mundial, en el que se definen estrategias de prevención, mitigación y superación para que las comunidades afronten los riesgos sociales. Estas estrategias operan en los niveles informales, de mercado y público. La orientación del documento busca crear mecanismos que den espacio a la participación de entidades públicas y privadas, con lo que se crea el ambiente propicio para la privatización de los servicios sociales, entre ellos el de salud.

Sin embargo, este proceso privatizador del sector salud había iniciado a finales de la década de los ochenta en Chile, con la implementación de un modelo de aseguramiento en el que el sistema se subdividía, en el sector público a cargo del Fonasa y en el sector privado administrado por las Isapres. Este sistema era altamente inequitativo al permitir la selección adversa de las poblaciones, dada la posibilidad de rechazo de afiliados o el cobro de primas de seguro elevadas por parte de las Isapres, si éstas tenían enfermedades o condiciones preexistentes que previeran en el futuro elevados consumos de servicios de salud, concentrando con ello en el sector público el mayor número de pacientes con patologías de alto costo, así como poblaciones de la tercera edad.

Un soporte teórico fundamental a estos procesos de privatización fue dado por Juan Luís Londoño y Julio Frenk (1997) en el documento denominado *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, en el cual los autores hacen una revisión y un análisis de los diferentes sistemas de salud existentes en ese momento en Latinoamérica, con un enfoque de mercado en el que la posibilidad de libre escogencia de asegurador y prestador desempeñan un papel fundamental, olvidando o dejando en un segundo plano los resultados que dichos sistemas hayan alcanzado en la salud de las poblaciones.

En cuanto a políticas de organismos internacionales, relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida y del estado de salud de las poblaciones, es relevante destacar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, acogidos por los países miembros de la ONU el 25 de septiembre de 2008, entre los cuales, en lo relacionado con la salud materno infantil, sobresalen reducir la mortalidad de los niños (la meta es disminuirla en dos terceras partes, entre 1990 y 2015) y mejorar la salud de las maternas (con una meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr el acceso universal a la salud reproductiva, en el lapso de tiempo comprendido entre los años 1990 y 2015). Estos objetivos vienen siendo monitoreados por la Organización Mundial de la Salud, mediante el constante seguimiento a los reportes que presentan los diferentes países miembros.

En el marco anteriormente relacionado, se procede a realizar un comparativo entre los sistemas de salud de Colombia y de Costa Rica, dado que el primero representa a los sistemas basados en el mercado y el segundo a los sistemas con monopolio estatal. Para tal efecto, se inicia con una descripción de ambos modelos de salud y luego se procede a revisar sus resultados en salud, con especial énfasis en aquellos directamente relacionados con las poblaciones infantiles.

EL SISTEMA DE SALUD COSTARRICENSE

Los sistemas de salud cuya regulación y prestación es realizada total o principalmente por parte del Estado sólo existen en la actualidad en dos países latinoamericanos: Cuba, como política de estado en un modelo político económico socialista, y Costa Rica, nación en la cual el Estado ejerce el monopolio de la seguridad social bajo principios de universalidad, solidaridad y equidad, mediante el Instituto Costarricense del Seguro Social, con una limitada participación de los particulares en la prestación de los servicios de salud.

Lo anterior se cumple acorde con lo estipulado en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica, según la cual:

Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La estructura de instituciones participes en el sistema de salud costarricense, con sus respectivos objetivos, son las siguientes:

Ministerio de Salud (MS): ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en la producción social de la salud, mediante el estímulo a su participación activa y la orientación a sus acciones hacia el desarrollo y el mejoramiento constante de los niveles de salud de la población. Por rectoría, se entiende la capacidad política, técnica, administrativa y legal para dirigir, conducir, regular y controlar el proceso de la producción social de la salud.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): prestar servicios de salud a toda la población con apego a los

principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, unidad, obligatoriedad, igualdad y equidad. Adicionalmente, otorgar protección económica y social tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos, de conformidad con la normativa vigente en materia de invalidez, vejez y muerte.

Instituto Nacional de Seguros (INS): proteger a la población trabajadora, mediante el Régimen de Riesgos del Trabajo, otorgando asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación en caso de accidentes o enfermedad laboral.

Acueductos y Alcantarillados (A y A): prestar servicios relacionados con el suministro de agua segura para el consumo humano, recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos y establecer normas para los sistemas de alcantarillado pluvial en las áreas urbanas.

Universidades e institutos del área de la salud: formar y capacitar a profesionales y técnicos en el área de la salud, así como realizar y participar en investigaciones y proyectos de acción social en el ámbito de la salud.

Servicios de salud privados: brindar servicios de atención integral de la salud, que incluyen servicios de tratamiento y diagnóstico. Algunos de estos servicios, con el producto de sus rentas, desarrollan o participan en programas de acción social.

Municipalidades: ofrecer servicios a la comunidad que promuevan el desarrollo integral de los cantones, en armonía con el desarrollo nacional, especialmente los relacionados con la preservación del medio ambiente.

Comunidades: participar, por medio de grupos organizados, en la determinación de las necesidades y prioridades de salud (proceso de análisis de la situación integral de salud, Asis), ejecución de las acti-

vidades, orientación y control de los recursos y, en especial, en el autocuidado de su salud.

Adicionalmente, y en complemento de lo expresado en la Constitución, la ley constitutiva de la Caja Costarricense de la Seguridad Social expresa lo siguiente:

El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudez y orfandad y el suministro de una cuota para entierro [...], siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional.

En consonancia con lo anterior, la niñez es cubierta como afiliada directa al Instituto Costarricense del Seguro Social mediante dos posibles modalidades: la primera por medio del seguro estudiantil, que cubre a los niños en edad preescolar y escolar que asistan a las instituciones educativas, y la segunda por el régimen especial, creado mediante el código de la niñez. Lo anterior como complemento a la cobertura que tienen los asalariados de los hijos menores de 18 años o hasta los 25 años que se hallen estudiando o tengan algún tipo de discapacidad.

El Estado de igual forma diseña programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad específicos para los riesgos de los diferentes grupos poblacionales, entre los cuales es relevante mencionar los orientados a la niñez, a saber, la consulta de crecimiento y desarrollo, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, la atención en salud oral integral, la captación y seguimiento de grupos de riesgo, la captación temprana del recién nacido, la atención de la enfermedad y su rehabilitación básica.

El financiamiento de este sistema, tal y como lo expresa la constitución, es dado por el aporte tripartita entre Estado, trabajador y patrono, siendo este último el mayor aportante. Los recursos son administra-

dos por el Estado, siendo el sistema de salud uno de los pilares de redistribución de la riqueza del país.

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

La tendencia reformadora llegó a Colombia a partir de la Constitución Política de 1991, la cual permitió la participación del sector privado en la estructuración del sistema de salud, como se halla definido en el contenido del artículo 49, el cual fue reglamentado por medio de la promulgación de la Ley 100 de 1993, en especial por lo dispuesto en su libro segundo. En él, se crea un sistema de aseguramiento dividido en dos regímenes, a saber: contributivo, al que se afilian los trabajadores con una relación laboral formal, los pensionados y los independientes con capacidad de pago, en conjunto con sus núcleos familiares, y el subsidiado, al cual pueden pertenecer las poblaciones pobres y vulnerables, focalizadas mediante un instrumento de identificación de sus necesidades básicas insatisfechas denominado Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisben).

El sistema de salud es agenciado por unas nuevas figuras creadas para tal fin, denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), cuya propiedad puede ser pública, privada o mixta, que se encargan de afiliar la población, recaudar las cotizaciones o firmar contratos con los municipios y organizar las redes de atención para la prestación de los servicios contenidos en un paquete de procedimientos, actividades, intervenciones, insumos y medicamentos denominados Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyos contenidos difieren entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, siendo más amplias las coberturas para el primero. Por otra parte, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son contratadas por las EPS para garantizar el acceso a los contenidos del POS a los afiliados, éstas pueden ser de origen público, privado o mixto.

De esta forma, el papel del Estado queda limitado a la formulación de políticas, la regulación de la presta-

ción de los servicios y las relaciones entre los actores involucrados y su vigilancia y control. El financiamiento es dado por aportes generados con base en la nómina de trabajadores, pensionados y empleadores y aportes provenientes de recursos fiscales, administrados por medio de un gran fondo nacional, denominado Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y de los fondos locales de salud existentes en cada uno de los departamentos, distritos y municipios del país.

En lo relacionado con la salud de la niñez, la Constitución Política profiere una especial protección al establecerla en el artículo 44 como un derecho fundamental de todo niño, y lo refuerza para el caso del menor de un año, al expresar en su artículo 50 que en caso de no hallarse éstos cubiertos por la seguridad social, recibirán en forma gratuita los servicios de salud en las instituciones que reciban aportes del Estado, sean éstas públicas o privadas. Adicionalmente, el Decreto 3039 de 2007 establece como una de las prioridades de la salud pública la salud infantil; en cuanto a las actividades de promoción y prevención orientadas a la atención de población infantil que forman parte del Plan Obligatorio de Salud (POS) se encuentran las siguientes: la vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la atención preventiva en salud bucal, la atención del parto, la atención al recién nacido, el control de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, las alteraciones del embarazo, el bajo peso al nacer, las alteraciones asociadas a la nutrición y la infección respiratoria aguda.

RESULTADOS EN LA SALUD DE LA NIÑEZ EN LOS MODELOS COLOMBIANO Y COSTARRICENSE

Como se observa en la descripción de estos dos modelos, sus orientaciones son divergentes; mientras el costarricense se fundamenta en el concepto clásico de seguridad social, que se forjó bajo el estado de bienestar inglés, acorde con los conceptos de Sir

William Beveredge el sistema colombiano se basa en las orientaciones neoliberales impulsadas por los organismos multilaterales de financiamiento, a partir de 1989, mediante el denominado Consenso de Washington y sus teorías de focalización.

Pero ¿cuál de los dos sistemas ha tenido un mayor impacto positivo sobre el estado de salud de sus poblaciones, en especial la infantil? Para encontrar una respuesta se comparan y analizan los informes de salud consolidados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 2006 para Colombia y de 2007 para Costa Rica.

COSTA RICA

En primer término, Costa Rica es una nación localizada en Centroamérica, caracterizada por una tradición democrática, en la cual, a diferencia de la mayoría de los países de esta zona del continente, no se padeció ningún tipo de guerra civil desde la registrada en 1947. Tras su finalización, la parte victoriosa que asumió el Gobierno, encabezada por José Figueres, decidió en forma autónoma la supresión del ejército y la búsqueda de la equidad social como política de estado que ha trascendido los cambios de gobierno y cuyos resultados la han llevado a ser considerada la Suiza de Latinoamérica.

En cuanto a sus indicadores económicos, el PIB per cápita era de \$4.329,6 dólares en 2005, con una tasa de desempleo del 6,6% y el porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza de 5,6%. El gasto nacional en salud correspondió al 5,22% del PIB.

En cuanto a disponibilidad de talento humano en salud, por cada diez mil habitantes se contaba en el 2005 con 20,8 médicos, 16,05 enfermeras y 6,75 odontólogos. La atención por personal de salud capacitado durante el periodo prenatal fue del 91,7% y durante el parto del 94,29%. En cuanto a infraes-

tructura, se disponía de 1,32 camas por cada mil habitantes; el número de consultas médicas al año por habitante fue de 3,75. La cobertura de la población asegurada alcanzó el 87%, el número de habitantes no asegurados era de 532.491 personas.

Según los datos consignados en el informe de la OPS de 2006, su población correspondía a 4.325.838 habitantes, de los cuales 2.199.852 son hombres y 2.125.986 son mujeres, distribuidos en una superficie de 51.100 kilómetros cuadrados para una densidad poblacional de 84,7 habitantes por kilómetro cuadrado; la esperanza de vida al nacer es de 78,4 años, la tasa de mortalidad general por mil habitantes es de 3,7, siendo más elevada en hombres, con 4,2, que en mujeres, con 3,3; el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, teniendo en cuenta todos los métodos, es del 96%, el número total de pobladores menores de 15 años de edad es de 1.222.921, es decir, el 28% del total. Su tasa de natalidad por cada mil habitantes es de 16,5 y la tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos es de 9,8; la mortalidad materna por cada diez mil nacidos vivos es de 3,6. La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con respecto al total de defunciones es del 2,1%.

En cuanto a la mortalidad infantil por enfermedades transmisibles, ésta fue de 0,18 por cada mil nacidos vivos; en el caso en que la muerte fue causada por problemas del sistema circulatorio esta tasa correspondió a 0,10; para la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal, la tasa fue de 4,56; la tasa de mortalidad infantil por causas externas fue de 0,21 y la mortalidad infantil por las demás enfermedades tuvo una tasa por cada mil nacidos vivos de 4,74. En el periodo no se registraron muertes causadas por neoplasias y se registro una tasa de 0,01 por causas mal definidas.

En lo referente a coberturas de vacunación, el informe de la OPS indica que para BCG (Tuberculosis) fue

de 81,5%, para DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos) se alcanzó el 89,3%, para VOP (Antipoliomelítica oral) el 89,18%, en cuanto a VHB (Hepatitis B) fue de 84,3%, mientras que para HIB (Haemophilus Infantil Tipo B) fue de 88,34% y finalmente para SRP (Triple Viral, Antisarampionosa, Antiparotidítica y Antirrubéolica) se logró el 87,87%.

COLOMBIA

Se ubica en el extremo norte de Sudamérica y aunque tiene la más fuerte tradición democrática de Latinoamérica, solamente interrumpida por un corto periodo de dictadura militar entre 1953 y 1957, se ha visto asolada por una ininterrumpida violencia interna desde 1948 y por fenómenos delictivos asociados al cultivo y tráfico ilegal de alucinógenos y narcóticos, que la llevaron a tener la tasa de mortalidad más alta de América y una de las mayores del mundo. Los menores de edad no han sido ajenos al conflicto, siendo reclutados por los diferentes actores involucrados en la guerra o víctimas inocentes de las incursiones realizadas por los actores armados.

Acorde con los datos consignados en el informe de la OPS de 2007, Colombia tenía una población total de 43.405.387 personas, de los cuales el 49,4% eran hombres y el 50,6% mujeres; el PIB per cápita correspondía a \$3.593 dólares, su tasa de desempleo para ese año fue de 11,1%; al año 2006, el 45% de su población se encontraba bajo la línea de pobreza, con un índice Gini de 0,56 y el gasto nacional en salud en el año 2003 fue del 7,8% del PIB. La cobertura del sistema de salud en 2006 era del 88,4%, contabilizando afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y especiales, la población no cubierta por el aseguramiento alcanzaba los 5.017.022.

En lo referente a talento humano en salud, el país contaba por cada mil habitantes con 1,5 médicos, 0,6 enfermeras y 0,9 odontólogos; la atención por per-

sonal de salud capacitado en el periodo prenatal fue de 93,5% y la atención institucionalizada durante el parto, del 96,4%. En cuanto a infraestructura, se disponía de 12.984 instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y de 8.400 públicas.

La tasa de natalidad por cada mil habitantes era de 19,9 niños, la esperanza de vida al nacer de 74 años, la mortalidad general por cada mil habitantes correspondía a 5,8, la mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos fue de 73,1; el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, incluidos todos los métodos, alcanzó el 56,4%.

La mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos fue de 15,9; las principales causas de mortalidad en hombres menores de un año fueron los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con una tasa de 376,7, seguidos por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 279,4, luego se hallan otras afecciones originadas en el periodo perinatal, cuya tasa correspondió a 157,3; en cuarto lugar se ubicó la sepsis bacteriana del recién nacido, con una tasa de 125,8, y como quinta causa las infecciones respiratorias agudas, con la tasa de 102,7. En cuanto a las principales causas de mortalidad en el grupo de mujeres menores de un año, fueron las mismas que para los hombres, pero con las siguientes tasas: para los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, la tasa era de 289,4; para las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, la tasa fue 231; otras afecciones originadas en el periodo perinatal contaron con una tasa de 116,2; la sepsis bacteriana del recién nacido con una tasa de 103,5 y las infecciones respiratorias agudas con la tasa de 86,8. Todas las tasas relacionadas son por cada cien mil habitantes.

En lo referente a coberturas de vacunación, el informe de la OPS indica que para BCG (Tuberculosis) fue

de 95,8%, para DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos) se alcanzó el 93,5%, para VOP (Antipoliomelítica Oral) el 93,9%, en cuanto a VHB (Hepatitis B) fue de 93,5% y para HIB (Haemophilus Infantil Tipo B) 93,4% y finalmente para SRP (Triple Viral, Antisarampionosa, Antiparotidítica y Antirubeólica) se logró el 95,4%.

ANÁLISIS

La niñez y la defensa de sus derechos se han convertido en un interés prioritario para la mayoría de los estados, de manera que cada uno ha formulado políticas públicas encaminadas a brindarles el máximo bienestar, pero éstas responden a contextos sociales, políticos y económicos, que definen su orientación y la forma de alcanzar los resultados esperados.

Sin embargo, al revisar los resultados en salud infantil de dos países con características geopolíticas cercanas, como lo son Costa Rica y Colombia, pero con disímiles formas de garantizar el goce pleno del derecho a la salud a sus ciudadanos y con diferencias sustanciales en el tamaño de sus poblaciones, se encuentran resultados que no parecen distantes desde el punto de vista estadístico, pero que, al contextualizarlos con los resultados generales de cada uno, muestran que se podría esperar un futuro con mayores oportunidades para los infantes costarricenses que para los nacidos en Colombia.

La afirmación se soporta en indicadores como el PIB per cápita, el de pobreza, la mortalidad general e infantil y la materna, así como la esperanza de vida al nacer, los cuales son más favorables a los costarricenses que a los colombianos. En el mismo sentido, la expectativa de un real acceso a los servicios de salud, si bien en lo porcentual las afiliaciones a los sistemas de salud son similares, gracias al enfoque integral de atención existente en Costa Rica, que involucra a los diferentes actores bajo un modelo regulado centralmente y con objetivos claramente definidos, puede

materializar el derecho en un forma más eficiente que en el modelo colombiano, en el que la atomización entre aseguradores, prestadores, entes territoriales y Estado central dificultan el planteamiento, el desarrollo y la implementación de políticas que articulen un sistema centrado en la conservación o la recuperación de la salud de las poblaciones.

Lo anterior, sumado al mayor número de médicos, odontólogos y enfermeras por habitantes existente en Costa Rica, permite inferir que la oportunidad en la atención puede ser mejor en este país que en el caso colombiano. En consonancia con lo anterior, llama la atención que aunque el porcentaje de atención de la gestación y el parto por personal capacitado es ligeramente superior en Colombia, la mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos es 62% más alta en esta nación que en Costa Rica, lo que podría explicarse por una baja calidad en los servicios maternoinfantiles brindados por los equipos de salud del país andino.

En cuanto al logro de coberturas efectivas de vacunación, el indicador es favorable a Colombia al ubicarse en promedio en un 94,25%, mientras que en el país centroamericano este porcentaje fue de 86,74%, resultado que técnicamente es entendido como no efectivo.

Para ambos países, la mortalidad causada por factores asociados al periodo perinatal se ubica en los primeros lugares, así como las de causas infecciosas y la infección respiratoria aguda, enfermedades que hacen ver que en ambos estados aún es posible continuar avanzando en un mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de sus poblaciones.

Como se observa, el derecho a la salud de la población infantil no puede evaluarse únicamente mediante indicadores puntuales, sino que debe ser entendido desde una visión holística, que ubique la

niñez en forma contextual con el entorno social en que se desarrolla. Por tal causa, para analizarlo es importante revisar las estructuras de dotación que cada nación brinda a toda su población y que impactan de manera positiva o negativa sobre las posibilidades de crecimiento pleno e integral como seres humanos de los niños y las niñas que la conforman.

En tal sentido, si bien los resultados de los indicadores en salud en las poblaciones infantiles de dos naciones disímiles en las orientaciones que estructuran a sus sistemas de salud, como Costa Rica y Colombia, son cercanos, pueden encubrir inequidades existentes propias de la redistribución de la riqueza, la violencia y el acceso real a servicios de calidad, que en la edad adulta pueden constituir factores diferenciadores del potencial de desarrollo humano que se tenga en cada una de ellas y es en este ítem en el que la balanza favorece a la niñez costarricense, ya que ellos están creciendo en una nación mucho más pacífica y equitativa, afirmación soportada por el informe de la Contraloría General de Colombia de abril de 2006, acerca de la evolución del gasto en social en Colombia, el cual expresa que, en cuanto al gasto en infancia: “el porcentaje de niños bajo línea de pobreza, indigencia y pobres por NBI, supera la cifra nacional”, lo que implica que en Colombia la desprotección de la niñez es una de las mayores fuentes de inequidad y probablemente fuente primaria de la violencia endémica que azota a este país.

Pero un factor agravante, consignado en el Informe de la Contraloría, es que la mayor parte de la financiación del gasto social en niñez en Colombia proviene de los parafiscales a la nómina, los cuales han sido objeto de debate, ya que los empresarios

los consideran un costo que impide, según su opinión, el aumento del empleo formal, por lo cual han solicitado su eliminación, lo que resulta preocupante, ya que si esta tesis impera la niñez será la mayor damnificada, dando como resultado el aumento de la brecha social.

Es así como se puede afirmar que el futuro de la niñez en cada país no está asociado en forma única a los programas direccionados específicamente hacia este grupo poblacional, sino que depende de la orientación social que tengan las políticas públicas en beneficio de la solidaridad y la equidad entre los diferentes estamentos de la sociedad. Sociedades incluyentes transformarán a los niños en ciudadanos que pueden desarrollar todas sus potencialidades gracias a las oportunidades de desplegarlas en los entornos que lo deseen; mientras que sociedades violentas e inequitativas oprimen al niño desde su infancia, lo hacen crecer en medio de temores, silencios y privaciones, que los pueden llegar a transformar en ciudadanos poco creyentes en lo público, inseguros e incapaces de integrarse plenamente con sus congéneres.

Es este el reto real de los Estados, no mirar la niñez y sus derechos, en especial el de salud, como algo meramente instrumental, desarrollado mediante programas y políticas aisladas, sino como un objetivo central de la sociedad, para lo cual todas las acciones deben orientarse a la construcción de un contexto incluyente, en el que diferencias de sexo, etnia, idioma o condición social no sean causantes de exclusión, sino de identidad y reconocimiento, es decir, motivos de construcción de visiones alternativas de país que busquen como fin el mejoramiento de la calidad de vida de todos.

REFERENCIAS

- Caja Costarricense de Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (Cendeiss). (2004). *Proyecto fortalecimiento y modernización del sector salud. El sistema nacional de salud en costa rica: generalidades*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción Social, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública.
- Constitución Política de Colombia, 1991.
- Contraloría General de la República de Colombia. (2006). *Evolución del gasto social en Colombia: gasto en infancia*. Bogotá: Contraloría General de la República de Colombia.
- Emmerich, G. y Alarcón, V. (2007). *Tratado de ciencia política*. Bogotá: Anthropos
- Fresneda Bautista, O. (2003). La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 5, 45-75.
- Holzmann, R. y Jorgensen, O. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1), 73-106.
- Jaramillo Pérez, I. (2002). Tendencias en la reorganización de los sistemas de salud. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 13-35.
- Londoño, J. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de Trabajo 353. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe.
- Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Informe de indicadores de salud pública año 2007*.
- Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. *Situación de la salud en Costa Rica, indicadores básicos, año 2006*.
- Presidencia de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Presidencia de la República de Colombia. (s. f.). Ley 1122 de 2007. Extraído desde www.un.org/spanish/millenniumgoals/
- Salazar Silva, F. (2005). La configuración del estado de bienestar, elementos constitutivos. *Revista Reflexión Política*, 14(7), 126-140.