



Población y Salud en Mesoamérica

ISSN: 1659-0201

revista.ccp@ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

García Hernández, Héctor; Esquer Bojorquez, David  
Análisis comparativo de los sistemas de salud de México y Colombia  
Población y Salud en Mesoamérica, vol. 21, núm. 2, 2024, Enero-Junio  
Universidad de Costa Rica  
San José, Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v21i2.54151>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44676126001>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

CCP

Centro Centroamericano  
de Población

Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v21i2.54151>  
Volumen 21, numero 2, Ensayo. Enero-junio 2024



# Población y Salud en Mesoamérica

## Análisis comparativo de los sistemas de salud de México y Colombia

Héctor García Hernández y David Esquer Bojorquez

### Cómo citar este artículo:

García Hernández, H. y Esquer Bojorquez, D. (2024). Análisis comparativo de los sistemas de salud de México y Colombia. *Población y Salud en Mesoamérica*, 21(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v21i2.54151>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral  
[Centro Centroamericano de Población](#)  
Universidad de Costa Rica

## Análisis comparativo de los sistemas de salud de México y Colombia

### *Comparative analysis of the Mexican and Colombian health system*

Héctor García Hernández <sup>1</sup> y David Esquer Bojorquez <sup>2</sup>

**Resumen: Introducción:** el modelo para comparar sistemas de salud, propuesto por Federico Tobar, menciona la revisión de tres dimensiones: políticas de salud, situación de salud y sistema de salud, con el fin de profundizar en las similitudes y las diferencias existentes entre varios países. **Proposición:** los sistemas de salud de México y Colombia comparten características y reformas similares, sin embargo, se requiere de un marco de análisis para realizar una comparación estructurada entre ellos. **Argumentación:** las reformas a las políticas de salud mexicanas y colombianas derivaron en un sistema de salud fragmentado que atiende a diversas poblaciones; en el caso de México, se fundamenta en la seguridad social, y en Colombia, en el pluralismo estructurado o mercado regulado; en ninguno se ha podido revertir esa situación. El tema de salud en estos países es equiparable, dominado por una disminución de las enfermedades infecciosas y un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, así como un auge de problemas sanitarios de carácter social (homicidios). Los componentes de ambos sistemas de salud son múltiples. Esto propicia un escenario con varios subsistemas en el caso de México y con diversos actores en Colombia. **Conclusión:** los dos sistemas de salud están fragmentados a causa de políticas que han intentado aumentar su afiliación. Tienen perfiles epidemiológicos semejantes, esto hace pensar que poseen necesidades parecidas dentro del propio sistema de salud. Un aspecto pendiente para los dos es la equidad de los servicios, la cual ha sido desapareja.

**Palabras clave:** sistema de salud, políticas de salud, epidemiología

**Abstract: Introduction:** The model, proposed by Federico Tobar, for the comparison between health systems mentions the review of three different dimensions: health policies, epidemiological situation, and health system, to delve into similarities and differences that exist between systems from several countries. **Proposal:** The health systems of Mexico and Colombia share characteristics and reforms that make them similar, however, an analysis framework is required to make a structured comparison. **Argument:** The reforms in the health policies of Mexico and Colombia generated a fragmented health system that serves different types of populations, in the case of Mexico it is based on social security, and in Colombia on structured pluralism or regulated market; in both cases, it has not been possible to reverse this situation. The health situation in both countries is similar, dominated by a decrease in infectious diseases and an increase in chronic-degenerative diseases, as well as the appearance of health social problems (like homicides). Finally, there are multiple components in both health systems. This generates a scenario with several subsystems in the case of Mexico and different actors in Colombia. **Conclusion:** Both health systems are fragmented, with policies that try to increase their coverage. They have comparable epidemiological profiles, which suggests that they face related needs within the health system itself. A pending issue for both is the equity in the services which has been unequal.

**Palabras clave:** health system, health policies, epidemiology

**Recibido:** 14 feb, 2023 | **corregido:** 06 sep, 2023 | **aceptado:** 10 sep, 2023

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, MÉXICO. [hector.garcia.hernandez@facmed.unam.mx](mailto:hector.garcia.hernandez@facmed.unam.mx)

<sup>2</sup> Universidad de Sonora, MÉXICO. [david.bjrz@gmail.com](mailto:david.bjrz@gmail.com)

## 1. Introducción

Un sistema de salud es la respuesta social organizada del Estado y la población para atender los problemas de salud (Ruvalcaba y Cortés, 2012), además, es un determinante social intermedio que puede contribuir al desarrollo social (Moiso, 2007). Existen tantos sistemas de salud como países, por eso, analizar sus semejanzas y diferencias es una forma de entender la propia realidad bajo una perspectiva diferente. A través de tal proceso es posible adaptar ciertas acciones, programas o políticas y mejorar algún aspecto de una situación particular, o vislumbrar problemáticas en común que promuevan la participación conjunta de los sistemas involucrados para resolverlas (Orellana et al., 2013). Las comparaciones entre sistemas en Latinoamérica cobran relevancia debido a su heterogeneidad (Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank, 2023), y se puede aprender de esas diferencias.

En el ejercicio de análisis de los sistemas de salud, se necesita partir de un marco guía, mediante el cual se definan los elementos que posteriormente servirán para comparar. El marco elegido en este trabajo es el propuesto por Tobar (2000), quien habló de la existencia de tres dimensiones comparables entre sistemas de salud. La primera son las políticas de salud, definidas como las acciones del gobierno con objetivos de interés público en salud, según las decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico para atender problemas específicos (Franco, 2012). La segunda es la situación de salud, referente a la morbilidad y la mortalidad de una población, la cual varía dependiendo de cambios demográficos, económicos, culturales, sociales y los avances en la atención médica de un país (Soto et al., 2016). La última es el sistema de salud, entendido como el conjunto de relaciones entre el Estado y la población, enfocadas a restablecer la salud de las personas (Ruvalcaba y Cortés, 2012).

El objetivo de este ensayo es comparar los sistemas de salud de México y Colombia, con base en las tres dimensiones descritas en el marco de análisis planteado por Tobar (2000), a fin de señalar puntos en común que faciliten el aprendizaje de sus aciertos y desafíos.

## 2. El sistema de salud mexicano

### 2.1 Políticas de salud

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), la idea del derecho a la salud se concibió como las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora formal (donde el patrón financia parcialmente su incorporación al sistema de salud) y no como derecho para todos los mexicanos (Elizondo, 2006), esto quedó plasmado en los artículos 4 y 123. Es decir, solo los

trabajadores formales podían acceder al sistema de salud. Desde ese momento, el sistema se fragmentó en dos grupos: aquel que atiende a este sector y aquel que presta servicios al resto de la población (Molina et al., 2018).

En México, existen cuatro generaciones de reformas en salud, las cuales fueron fragmentando cada vez más el sistema (Ruvalcaba y Cortés, 2012). La primera surgió en 1943 con la fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), luego, se anexó la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2016); dentro de esta fase se comenzó a afiliar a los trabajadores formales del país (Chertorivski, 2011). La segunda generación empezó en 1983 con dos cambios: uno, relacionado con la reforma a la Constitución, mediante la cual se incluyó el derecho a la protección de la salud (Muñoz, 2002); y el otro comprendió la descentralización del sistema de salud (Chertorivski, 2011), aquí el Gobierno responsabilizó a los estados para que coordinaran y proporcionaran la atención sanitaria.

La tercera generación sucedió en 2003 con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular (SP) como el organismo encargado de afiliar y coordinar los servicios de salud (Santana, 2011). Dicha reforma se encaminó a ampliar la afiliación a aquel sector poblacional excluido de la seguridad social (esta parte de la sociedad tenía que financiar con recursos propios la atención recibida, por ejemplo, la compra de medicamentos; Ruvalcaba y Cortés, 2012). El fin máximo era disminuir la inequidad<sup>3</sup> entre los mexicanos mediante el financiamiento de los servicios básicos de salud especificados en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES; Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, 2019). Dentro de sus principales logros se disminuyó el porcentaje de personas sin seguridad social, pasando del 48.8 % en 2006 al 15.5 % en 2016, además, se amplió la infraestructura del sistema en un 12 % (Reyes et al., 2019).

La última reforma se debió al cambio de administración política presidencial en 2019, comúnmente llamada la «4.<sup>a</sup> transformación» y caracterizada por la eliminación del SPSS y la fundación del Instituto Nacional para el Bienestar (INSABI), con esto se pretendía brindar la atención en salud a toda la población, sin importar su condición laboral y sin restringir los servicios ofrecidos (como el CAUSES; Secretaría de Salud, 2019). A pesar de la transferencia de los recursos destinados del Seguro Popular hacia el INSABI y el incremento de más de 40 billones de pesos (Reich, 2020; Reyes et al., 2019), los recursos para satisfacer las necesidades de la población sin seguridad social fueron

---

<sup>3</sup> La inequidad refiere a todas aquellas diferencias cuantificables entre individuos o grupos que son injustas y prevenibles. En cambio, la equidad en salud implica que todos tengan una oportunidad justa para lograr su potencial en salud y que nadie esté desfavorecido para lograrlo, en la medida en que ello pueda evitarse (Whitehead, 1991).

insuficientes; esta situación, junto con la ausencia de una planeación clara sobre su funcionamiento y financiamiento (Reyes et al., 2019), derivó en que en junio de 2023 el INSABI fuera oficialmente extinto y sus recursos se destinaran al IMSS-Bienestar, un subsistema dentro del IMSS que actualmente tiene la tarea de dar atención médica a los mexicanos fuera de la seguridad social (Secretaría de Gobernación, 2023), y enfrenta los mismos retos que el INSABI (falta de planeación e insuficiencia presupuestaria).

En general, a través del tiempo las soluciones en políticas de salud para la población desprotegida han sido la creación de más subsistemas (Ruvalcaba y Cortés, 2012); sin embargo, se ha intentado unificar el sistema por medio del financiamiento basado en impuestos, las reformas al artículo 123 de la constitución, la portabilidad de pacientes entre subsistemas, etc. (Murayama y Ruesga, 2016). Ninguna de ellas ha avanzado en la agenda política de salud.

## 2.2 Situación de salud

La población mexicana ascendió a 129 millones en el primer trimestre de 2023, de ese número, el 48 % son hombres y el resto, mujeres. La situación de salud de estas personas ha transitado progresivamente a las enfermedades crónicas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023). A mitad del siglo pasado, alrededor del 50 % de los decesos se debió a infecciones y padecimientos de la desnutrición; ahora, las enfermedades infecciosas concentran menos del 15 % de los decesos, mientras que, los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables del 75 % y el 11 % de las muertes, respectivamente (Gómez et al., 2011; Soto et al., 2016). En adición, la mortalidad por violencia ha aumentado desde 2008 y se ha posicionado como una causa de defunción importante en hombres (Aburto et al., 2016). Las cinco causas principales de muerte en 2020 (sin tomar en cuenta la COVID-19) fueron las siguientes: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, influenza, neumonía y enfermedades del hígado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

En cuanto a morbilidad, una forma de estudiarla es a través de la discapacidad que puede ocasionar (Instituto Nacional de Estadística, s.f.); por tanto, los años de vida vividos con discapacidad (YLD [*years lived with disability*]) es un buen indicador para conocer la carga de estas patologías. Según el estudio de la carga mundial de morbilidad (Global Burden of Disease)<sup>4</sup>, el indicador ha tenido un incremento importante en las últimas dos décadas; las principales causas que generaron YLD en

---

<sup>4</sup> Es un programa de investigación a nivel mundial y regional de la carga de morbilidad, se trata de un estudio colaborativo entre más de 145 países (Institute for Health Metrics and Evaluation, s.f.).

2019 fueron diabetes, dolor de espalda baja, otros problemas musculoesqueléticos, depresión y dolor de cabeza (Institute for Health Metrics and Evaluation, s.f.).

Entonces, la disminución de la mortalidad y el incremento de los YLD ha repercutido en un aumento de la esperanza de vida (de 72.1 a 75.1 años de 1990 a 2019, con un número mayor en mujeres), mas no en la esperanza de vida saludable. De tal forma, los mexicanos viven más, pero con menor calidad de vida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, s.f.; Organización Mundial de la Salud, 2021).

Otros indicadores a resaltar por su relación con las acciones del sistema de salud son la mortalidad infantil, que pasó de 20 a 14 defunciones por 1000 nacidos vivos de 2000 a 2020, y la mortalidad materna, que disminuyó en un 23 % para el mismo periodo, llegando a 31 por 100 000 nacidos vivos (Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank, 2023). Ambas reducciones son resultado del combate de las enfermedades infecciosas y la mejora de los servicios de salud.

En resumen, México ha incrementado su esperanza de vida, aunque ha pasado por una transición de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, junto con el surgimiento de problemas de salud pública de carácter social, como los homicidios. Dichos cambios también han elevado la cifra de años de vida vividos con discapacidad, pero estos años extras ganados se viven sin calidad.

### 2.3 Sistema de salud

En este apartado se retoma la serie de reformas descritas, ya que sientan las bases para la creación de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos [PEMEX], Secretaría de la Defensa Nacional [SEDENA], Secretaría de Marina [SEMAR]) y las instituciones dedicadas a la cobertura de la población desprotegida (SSA, Secretarías Estatales de Salud [SESA], SPSS, INSABI; García y Dávila, 2022). Dichas reformas originaron la separación del sistema de salud en tres distintos grupos de usuarios: 1) Trabajadores asalariados; 2) Autoempleados, trabajadores informales y desempleados; 3) Personas con capacidad de pago (González et al., 2020). El primer grupo lo integran aquellos con seguridad social (45.3 % de la población); en el segundo están aquellos excluidos (50.7 %); y el último representa a quienes hacen uso de los servicios privados de salud mediante aseguradoras, el cual no es mayor al 4 % (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2016).

Respecto al financiamiento, en la seguridad social se da de manera tripartita: Estado, patrón y asalariado (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2016). Actualmente, las personas que carecen de la seguridad social pueden acceder a los servicios mediante el IMSS-

Bienestar, financiado a través de impuestos. Quienes cuentan con capacidad de pago solventan con recursos propios estos servicios.

Otros indicadores del sector salud se mencionan a continuación: el gasto per cápita en salud, que representó 1117 dólares en 2019; el financiamiento público destinado al sector salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) del 2.7 % en 2019; el número de médicos en 2022, que fue poco más de 2 por 1000 habitantes (Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank, 2023).

## 3. El sistema de salud colombiano

### 3.1 Políticas de salud

Los cambios aplicados a la legislación colombiana en salud son más recientes y están marcados por la promulgación de distintas leyes que dieron forma al sistema sanitario. Si bien, la salud era reconocida en el orden constitucional, no fue hasta la Constitución Política de 1991 cuando se le consideró como un derecho; esto representó un importante avance en la forma de organización de la salud, de tal manera, quedó consagrada como un servicio público a cargo del Estado (Ramírez, 2013), según lo establecido en los artículos 48 y 49. El artículo 48 estipuló la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio; el artículo 49 señaló que «la atención en salud y el saneamiento ambiental eran servicios públicos a cargo del Estado, el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación, donde puede haber participación de agentes privados y públicos» (Bernal y Barbosa, 2015; Constitución Política de la República de Colombia, 1991). Así, se responsabilizó al Estado como garante de la seguridad social y de la atención de salud. Además, en la Constitución existen otros artículos referentes a la salud, como el artículo 11 sobre el derecho a la vida; el 44 y el 50 respecto al derecho a la protección y la seguridad social de niños y niñas; el 366 sobre el derecho al agua potable y el saneamiento ambiental, entre otros (Constitución Política de la República de Colombia, 1991; Ramírez, 2013).

Por su parte, la ley 60 de 1993 dio origen a la descentralización del sistema, con el fin de hacer partícipes y responsables a los estados. En el mismo año, la ley 100 se formuló para crear el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS; Guerrero et al., 2011; Moreno, 2017), con este se reestructuró el sistema al incluir a los prestadores privados de atención médica (Ramírez, 2013); su máximo objetivo fue asegurar la afiliación de toda la población a servicios de salud.

Con estos dos antecedentes, las reformas a la constitución y la creación del SGSSS, se erigió un Sistema Nacional de Salud con múltiples actores: las entidades promotoras de salud (EPS) públicas

o privadas (reciben las cotizaciones -el financiamiento- de la población y del Estado) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS; ofrecen el Plan Obligatorio de Salud [POS] o el POS-S a los afiliados al régimen subsidiado, es decir, planes de paquetes básicos de servicios de salud; Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Este panorama con diversos actores que financian y proporcionan servicios de salud equivale a un mercado regulado, también conocido como pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997).

Entonces, las personas se ven obligadas a afiliarse a través de dos regímenes: el régimen contributivo (RC) o el subsidiado (RS). Los trabajadores con empleo formal, los pensionados y los trabajadores independientes deben afiliarse al RC, mientras tanto, aquellos individuos sin capacidad de pago se afilian al RS (Guerrero et al., 2011).

Posteriormente, debido al incremento en la cantidad de EPS y a la falta de rectoría del Ministerio de Salud (MinSalud), se expidieron varias leyes destinadas a fortalecer el sistema de seguridad social, con un enfoque en la promoción de la salud y la atención primaria. Entre ellas resaltan la ley 1122 de 2007, la ley 1438 de 2011 y la ley 1751 de 2015 (Chávez, 2022). Esta última cobró relevancia al considerar nuevamente a la salud como un derecho que debe ser provisto y protegido por el Estado. Así pues, el Estado vuelve a ser el actor principal y busca recuperar funciones que habían sido delegadas a terceros (Bernal y Barbosa, 2015).

Los cambios en las políticas que conformaron el actual modelo de seguridad social y la forma organizacional del sistema a través del pluralismo estructurado han demostrado logros en afiliación, uso de servicios y reducción de gasto de bolsillo. Por ejemplo, con un aseguramiento de más del 95 % de la población (Chávez, 2022), un gasto de bolsillo menor al 15 % (Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank, 2023) y un acceso a la atención médica del 85 % (Arrivillaga et al., 2016). Sin embargo, también se han señalado varias fallas, tales como dificultades para regularlo y gobernarlo, problemas en la transparencia, duplicación en la afiliación, enfoque asistencialista, fragmentación de los servicios, etc. (Chávez, 2022).

### 3.2 Situación de salud

En Colombia, a inicios de 2023, la población era de más de 52 millones de habitantes, de los cuales, el 51.2 % eran mujeres y el 48.8 %, hombres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.). Al igual que México, en el siglo pasado las causas de mortalidad más frecuentes fueron las de origen infeccioso y aquellas relacionadas con la desnutrición (Idrovo et al., 2008). Para 1961, según los datos epidemiológicos, las diarreas y la enteritis eran los problemas más importantes. En los años ochenta, el país tomó un nuevo perfil de mortalidad al disminuir las causas infecciosas y aumentar

las degenerativas y las secundarias por violencia (Bernal y Barbosa, 2015). Las cinco principales causas de muerte en 2020 (sin tomar en cuenta la COVID-19) fueron las siguientes: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, homicidios, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades hipertensivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Para revisar la morbilidad en Colombia, nuevamente se hace uso del indicador de años de vida vividos por discapacidad (YLD), de esa forma, las principales causas en 2019 fueron crónicas y no transmisibles, con un perfil muy similar al mexicano: dolor de espalda baja, otros problemas musculoesqueléticos, diabetes, dolor de cabeza y pérdida de la audición (Institute for Health Metrics and Evaluation, s.f.). En efecto, el panorama es semejante entre ambos países, ya que incrementó la esperanza de vida de 71.42 años en 1990 a 75 años en el 2020, con una cifra mayor para mujeres (Banco Mundial, s.f.), pero sin calidad de vida.

Otros indicadores a resaltar son la mortalidad infantil, que pasó de 19 a 17 defunciones por 1000 nacidos vivos de 2000 a 2020; y la mortalidad materna que disminuyó un 27 % para el mismo periodo, llegando a ser de 10 por 100 000 nacidos vivos (Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank, 2023). Como en México, lo anterior es consecuencia del combate de las enfermedades infecciosas y la mejora de los servicios de salud.

### 3.3 Sistema de salud

Colombia cuenta con un sistema de salud basado en el mercado regulado o pluralismo estructurado, con dos grandes actores: las EPS y las IPS. Las primeras fungen como intermediarios en la afiliación y la administración de los fondos financieros; las segundas son instituciones que prestan servicios de salud (Guerrero et al., 2011). A finales de 2022, se reportaban 30 EPS activas (Gutiérrez, 2023) y más de 11 450 IPS registradas (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Debido a la presencia de ambos regímenes, los estados son los encargados de identificar a cuál se debe incorporar cada individuo. Aquellas personas dentro del RC contribuyen financieramente a los servicios de salud; este recurso económico se conjunta en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), encargado de distribuir los recursos tanto al RC como al RS, es decir, ambos regímenes están vinculados financieramente entre sí. Para el caso del RS, se suman fondos provenientes de otras fuentes fiscales. Posteriormente, los recursos son transferidos a las EPS, en donde aquellos dentro del RC pueden elegir el lugar de atención de su preferencia, según los servicios ofertados y

sus características (Guerrero et al., 2011). Hasta 2014, el RC tenía una afiliación del 42.8 % y el RS, del 48.5 %. El 5.2 % restante estaba afiliado al régimen especial (trabajadores del Estado, fuerzas armadas, etc). Uno de los objetivos del SGSSS es la regulación y la homologación de ambos regímenes, ya que el RC tiene un POS más amplio que el RS (Bernal y Barbosa, 2015).

En síntesis, la población dentro del sistema de salud se divide en RC o RS, aquellas personas dentro del RC financian parte de los servicios de salud del RS. El financiamiento se conjunta a través del FOSYGA y este lo distribuye a las EPS tanto públicas como privadas que, posteriormente, derivarán el recurso a las IPS. A pesar de que las IPS del RS y RC tienen la obligación de cubrir el POS, las del RC tienen servicios más amplios; por tanto, el SGSSS busca homologar ambos regímenes (Guerrero et al., 2011).

En cuanto a ciertos indicadores respecto al sector salud se pueden mencionar los siguientes: el gasto per cápita en salud representó 1293 dólares en 2019; el financiamiento público destinado al sector salud como porcentaje del PIB fue del 6.3 % en 2019 -uno de los más altos en Latinoamérica-; el número de médicos en 2022 fue muy similar a México: más de 2 por 1000 habitantes (Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank, 2023).

## 4. Discusión y conclusiones

Habiendo resaltado las tres dimensiones del marco de Tobar en ambos sistemas, se procederá a la comparación. En la Tabla 1 se describen los principales puntos comparables entre ambos países para cada dimensión. En la dimensión de las políticas, ambos países han pasado por reformas que han ido modificando progresivamente sus sistemas de salud. En México, se tienen las cuatro generaciones desde los años cuarenta. Mientras tanto, en Colombia los cambios han sido recientes -desde 1991-, con varias leyes que culminaron en el establecimiento de la seguridad social, la descentralización del sistema y el enfoque de mercado regulado.

**Tabla 1**  
Dimensiones del marco de Tobar (2000) comparadas entre los sistemas de salud de México y Colombia

Dimensión	Sistema de salud de México	Sistema de salud de Colombia
<b>Políticas públicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El derecho a la protección de la salud se encuentra en el artículo 4 constitucional.</li> <li>Cuatro generaciones de reformas estructuraron el sistema de salud desde 1943.</li> <li>Enfoque basado en la seguridad social.</li> <li>División entre la población con seguridad social y la población sin seguridad social.</li> <li>Se diseñaron instituciones para proveer servicios de salud a la población fuera de la seguridad social (como el Seguro Popular o el INSABI).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El derecho a la protección de la salud está de manera implícita en los artículos 48 y 49 constitucionales.</li> <li>Se realizaron reformas constitucionales que reestructuraron el sistema de salud desde 1991.</li> <li>Enfoque basado en el mercado regulado o pluralismo estructurado.</li> <li>División de la población en régimen contributivo y régimen subsidiado.</li> <li>El régimen subsidiado provee atención en salud a las personas fuera de la formalidad laboral.</li> </ul>
<b>Situación de salud de la población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>129 millones de habitantes en 2023.</li> <li>Transición de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico-degenerativas desde mediados del siglo pasado.</li> <li>Incremento de la esperanza de vida de 72.1 a 75.1 años de 1990 a 2019, mayormente en mujeres.</li> <li>Cinco principales causas de muerte en 2020: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, influenza y neumonía y enfermedades del hígado.</li> <li>Cinco principales causas de años de vida vividos con discapacidad en 2019: diabetes, dolor de espalda baja, otros problemas musculoesqueléticos, depresión y dolor de cabeza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>52 millones de habitantes en 2023.</li> <li>Transición de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico-degenerativas desde mediados del siglo pasado.</li> <li>Incremento de la esperanza de vida de 71.4 a 75 años de 1990 a 2020, mayormente en mujeres.</li> <li>Cinco principales causas de muerte en 2020: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, homicidios, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades hipertensivas.</li> <li>Cinco principales causas de años de vida vividos con discapacidad en 2019: dolor de espalda baja, otros problemas musculoesqueléticos, diabetes, dolor de cabeza y pérdida de la audición.</li> </ul>
<b>Sistema de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformado por diferentes subsistemas que atienden por separado a población con seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR) y sin seguridad social (SSA, IMSS-Bienestar).</li> <li>Financiamiento independiente de cada institución, de manera tripartita en la seguridad social (Estado, patrón y empleado) y por impuestos (Estado) en entes fuera de esta.</li> <li>Las personas con seguridad social representan el 45.3 %, sin seguridad social, el 50.7 % y seguros privados, &lt;4 %.</li> <li>Gasto per cápita en salud de 1117 dólares en 2019.</li> <li>Financiamiento público al sector salud con porcentaje del 2.7 % del PIB en 2019.</li> <li>Número de médicos en 2022 más de 2 por 1000 habitantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformado por actores privados y públicos, divididos en 30 EPS activas y más de 11 450 IPS registradas.</li> <li>Financiamiento integrado a través del FOSYGA, donde los recursos de ambos regímenes se vinculan y se transfieren a las EPS y, posteriormente, a las IPS.</li> <li>El RC tiene una afiliación del 42.8 % y el RS, del 48.5 %. El 5.2 % restante está afiliado a un régimen especial (como las fuerzas armadas).</li> <li>Gasto per cápita en salud de 1293 dólares en 2019.</li> <li>Financiamiento público al sector salud como porcentaje del 6.3 % del PIB en 2019.</li> <li>Número de médicos en 2022 más de 2 por 1000 habitantes.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917); Constitución Política de la República de Colombia (1991); Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2016); Chertorivski (2011); Muñóz (2002); Santana (2011); Secretaría de Salud (2019); Reyes et al. (2019); Instituto Nacional de Estadística y Geografía (s.f., 2021, 2023); Soto et al. (2016); Institute for Health Metrics and Evaluation (s.f.); Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank (2023); Ramírez (2013); Bernal y Barbosa (2015); Guerrero et al. (2011); Londoño y Frenk (1997); Ministerio de Salud y Protección Social (s.f., 2022); Chávez (2022); Departamento Administrativo Nacional de Estadística (s.f.); Idrovo et al. (2008); Banco Mundial (s.f.); Gutiérrez (2023).

La dimensión de políticas de salud de ambos países es similar, pero existen diferencias importantes, la más relevante es el enfoque. En México, está inclinado a la seguridad social como eje principal de prestación de servicios de salud; en Colombia existe un mercado regulado. Si bien, ambos países enfatizan la responsabilidad del Estado de suministrar y velar por la salud de la población, en Colombia ha sido más marcada la necesidad de afiliar a las personas sin trabajo formal; en contraste, en México esta afiliación no comenzó sino hasta el año 2003. Aun así, ambos han aumentado el porcentaje de afiliación.

Las políticas también son análogas en cuanto a la formación de un listado de servicios de salud que los estados colombiano y mexicano brindan; por un lado, se tiene al POS (para el régimen subsidiado) y, por otro, al extinto CAUSES (casos sin seguridad social). Esto ha generado una situación de inequidad resultante de la forma organizacional del sistema de salud, pues existen sectores de la población que pueden ser atendidos por más causas de enfermedad, al contrario de quienes solo tienen permitida la atención por servicios esenciales de salud (García y Dávila, 2022). Problema derivado de la fragmentación de ambos sistemas.

En la dimensión del estado de salud, claramente ambos países son parecidos, con una historia de combate a las enfermedades infecciosas - reflejada en los logros alcanzados en la disminución de las mortalidades infantil y materna- y un aumento progresivo de las enfermedades crónico-degenerativas y de las muertes por violencia; esto último es importante en virtud de la problemática social que atraviesan dichos países. Asimismo, las causas de morbilidad que incrementan los YLD son iguales; de tal modo, a pesar del incremento de sus esperanzas de vida, las personas viven con menor calidad. Esto representa un reto para el sistema, no solo en la disponibilidad, sino también en la calidad de la atención dada.

Desde la dimensión de los sistemas de salud, México y Colombia buscan la cobertura universal, esto es, el escenario donde las personas reciban servicios de salud con calidad y protección financiera (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Una característica particular compartida es el hecho de dividir a las personas, dependiendo de su condición laboral, para afiliarlas a un subsistema. Ambos países tienen afiliaciones especiales para trabajadores de las fuerzas armadas, petróleo, etc. Un problema asociado a esa forma de segmentar a la población usuaria -además de la inequidad- es el tránsito entre los diferentes subsistemas según la condición de ingreso o empleo, lo cual resulta conflictivo durante el seguimiento médico de los pacientes (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2016). Además, en los dos países existe un gasto per cápita y un número de médicos similares, aunque aún por debajo del promedio de los países de la Organización para la

Cooperación y Desarrollo Económico (Organization for Economic Cooperation and Development y The World Bank, 2023).

Es importante remarcar que el gran problema en ambos sistemas de salud es la fragmentación. En el sistema colombiano se encuentran diversas EPS e IPS y, a la vez, en México el sector público está conformado por múltiples instituciones. En ambos casos, estas instituciones no se articulan entre sí, a pesar de existir bajo la misma rectoría. Sin embargo, en Colombia el sector público tiene una mejor integración debido al financiamiento en común mediante el FOSYGA; en cambio, en México, cada institución tiene su propia forma de financiarse.

En conclusión, pese a la existencia de otros marcos para comparar sistemas de salud entre países (Orellana et al., 2013), el marco de Tobar (2000) permite compararlos de manera estructurada; de ahí, el principal hallazgo en este ejercicio fue comprobar que los sistemas de salud de México y Colombia son similares, con políticas que han intentado aumentar la afiliación de salud y la equidad, responsabilizando al Estado de la protección en salud y buscando formas de brindar cobertura a la población desprotegida. Al respecto, si bien, México tiene una mayor trayectoria en sus instituciones, Colombia ha sido más veloz en la afiliación de sus poblaciones.

También, se constató que ambos países presentan semejanzas en el estado de salud, pues manifiestan un perfil epidemiológico similar. En ese sentido, enfrentan retos similares en torno al tratamiento de enfermedades crónicas y el desarrollo de estrategias para combatir la violencia, aunados al desafío de no solo incrementar los años de vida, sino también dotarlos de calidad. En cuanto al sistema de salud, el principal punto a trabajar en ambos sistemas es la forma organizacional causante de su fragmentación, lo cual recae en el surgimiento de inequidades en salud. Una recomendación para mejorar dicha situación desde las acciones provistas por el sistema es promover su unificación, conjuntando las múltiples instituciones de seguridad social en México y reduciendo los actores públicos y privados en Colombia (EPS e IPS). De esta manera, sería más factible hacer frente a las fallas de los sistemas de afiliación y al tránsito repetido entre los diferentes esquemas.

## 5. Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés y aseguran que no recibieron ningún tipo de financiamiento para la elaboración de este trabajo.

## 6. Referencias

- Aburto, J. M., Beltrán, H., García, V. M. y Canudas, V. (2016). Homicides in Mexico reversed life expectancy gains for men and slowed them for women, 2000–10. *Health Affairs*, 35(1), 88-95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0068>
- Arrivillaga, M., Aristizabal, J. C., Pérez, M. y Estrada, V. E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 415-420. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
- Banco Mundial. (s.f.). *Datos sobre las cuentas nacionales del Banco Mundial*. Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org>
- Bernal, O. y Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública Méx.*, 57(5), 433-40. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i5.7623>
- Chávez, B. M. (2022). Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 41(1), 1-11 <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348269>
- Chertorivski, S. (2011). Seguro Popular: logros y perspectivas. *Gaceta Médica de México*, 147, 487-96. <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm116g.pdf>
- Constitución Política de la República de Colombia [Const.]. (1991). Asamblea Constituyente de Colombia. *Gaceta Constitucional*.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. (1917). Congreso de la Unión. *Diario Oficial de la Federación*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.). *Esperanza de vida*. <https://www.dane.gov.co>
- Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. (2019). *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>
- Elizondo, C. (2006). El derecho a la protección de la salud. *Rev. Salud Publica Mex.*, 49(2), 144-155. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2007.v49n2/144-155/es>
- Franco, J. (2012). *Diseño de Políticas Públicas*. IEXE.

- García, H. y Dávila, C. (2022). Análisis de la mortalidad evitable en México durante el periodo 1998-2019. *Población y Salud en Mesoamérica*, 20(1). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.15517/psm.v20i1.50116>
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex.*, 53(supl2), S220-S232. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Gonzalez, M. A., Reyes, H., Cahuana, L., Balandrán, A. y Mendez, E. (2020). *Mexico. Health system review. Health system in transitions*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334334>
- Guerrero, R., Gallego, A. y Becerril, V. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública Méx.*, 53(122), S144-45. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5036?articlesBySimilarityPage=11>
- Gutiérrez, A. (2023, 23 de enero). Solo cinco de las 30 EPS activas están al día en pagos ad portas de la posible reforma. *La República*. <https://www.larepublica.co/empresas/solo-cinco-de-las-30-eps-activas-estan-al-dia-en-pagos-ad-portas-de-la-posible-reforma-3527181>
- Idrovo, A., Eslava, J. y Ruiz, M. (2008). La otra transición epidemiológica: Hitos en el desarrollo de la epidemiología de los factores de riesgo en Colombia. *Biomédica*, 28(4), 480-96. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v28i4.54>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (s.f.). *Global Burden of Disease Compare*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#0>
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Esperanzas de vida en salud*. <https://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pre\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la población*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_DMPO23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.) *Esperanza de vida*. <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
- Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Listado de IPS en Colombia según su nivel de complejidad*.

<https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Listado-de-IPS-en-Colombia-seg-n-su-nivel-de-compl/ugc5-acjp>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Medición de la Mortalidad por todas las causas y Covid-19*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/mortalidad-colombia-periodo-2020-2021.pdf>

Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. En H. Barragán (Ed.), *Fundamentos de Salud Pública*. Universidad Nacional de La Plata.

Molina, R., Aguilar, F. y Amozurrutia, J. (2018). Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. *Horizonte Sanitario*, 17(3), 197-2017.

Moreno, C. (2017). *Descentralización y política social en Colombia: la coalición de los objetivos cercenados*. Nómadas.

<http://nomadas.ucentral.edu.co/index.php/component/content/article?id=720>

Muñoz, M. (2002). *Temas selectos de salud y derecho*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.

Murayama, C. y Ruesga S. M. (2016). *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Orellana, J. E., Nava, N. y Onofre, M. G. (2013). Comparación de los sistemas de salud de México y de España. *Salud en Tabasco*, 19(1), 28-36.

<https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/pag28.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Década del Envejecimiento Saludable*. Organización Mundial de la Salud.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18469>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- Organization for Economic Cooperation and Development & The World Bank. (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*. Organization for Economic Cooperation and Development. <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>
- Ramírez, E. C. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: Una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Revista de Derecho*, 40(1), 199-226. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85131028008>
- Reich, M. R. (2020). Restructuring Health Reform, Mexican Style. *Health Systems & Reform.*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1763114>
- Reyes, H., Dreser, A., Arredondo, A., Bautista, S. y Ávila, L. (2019). Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. *Salud Pública de México*, 61(5). <https://doi.org/10.21149/10894>
- Ruvalcaba, J. C. y Cortés, S. Y. (2012). El sistema de salud mexicano. *ODOUS CIENTIFICA*, 13(1), 34-42. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol13-n1/art05.pdf>
- Santana, A. (2011). *El Seguro Popular de Salud en México: Posibles efectos sobre la economía informal*. Ethos Fundación.
- Secretaría de Gobernación. (2023). *ACUERDO por el que se emiten las bases para la transferencia de recursos y desincorporación por extinción del organismo público descentralizado denominado Instituto de Salud para el Bienestar*. Diario Oficial de la Federación. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5690905&fecha=01/06/2023#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690905&fecha=01/06/2023#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud. (2019). *Programa Sectorial de Salud 2019 - 2024*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>
- Soto, G., Moreno, L. y Pahua, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Rev. Facultad de Medicina*, 59(6), 8-22. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000600008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008)

Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad*, 23(2), 1-22.  
[https://www.academia.edu/36605808/%20Herramientas\\_para\\_el\\_análisis\\_del\\_sector\\_salud](https://www.academia.edu/36605808/%20Herramientas_para_el_análisis_del_sector_salud)

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud.

# Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

[revista.ccp@ucr.ac.cr](mailto:revista.ccp@ucr.ac.cr)



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

**Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.**

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



 Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica

