

Relación entre regímenes de bienestar (según Geof Wood-Ian Gough) y el índice COP para 54 países*

Relationship between welfare regimes (by Geof Wood-Ian Gough) and the DMTF index for 54 countries

RESUMEN

Introducción: La Caries dental sigue considerándose el principal problema de salud pública en muchos países del mundo. Diversos autores han hipotetizado la relación existente entre: salud oral y regímenes de bienestar. Geof Wood los clasifica basándose en: Índice de Desarrollo Humano, gasto público y flujo de divisas, en cinco categorías: 1. Régimen Social-demócrata, 2. Régimen Liberal, 3. Régimen Conservador, 4. Régimen de Seguridad Informal (A y B) y 5. Régimen de Inseguridad (A y B). **Propósito:** Analizar la relación existente entre el tipo de régimen de bienestar y el índice de COP a los 12 años para 54 países en las últimas cinco décadas. **Metodología:** Estudio ecológico sobre fuentes secundarias de bases de datos de la OMS, Banco mundial, PubMed/Medline y sitios web de los países seleccionados. **Resultados:** El porcentaje de decrecimiento entre el primer y último COP reportado por cada país fue: Régimen Social-Demócrata (-86,6%), Régimen Conservador (-81,7%), Régimen Liberal (-79,0%), Régimen de Seguridad Informal A (-55,2%), Régimen de Seguridad Informal B (-46,9%), Régimen de Inseguridad A (-35,9%), Régimen de Inseguridad B (+136,8%). **Conclusiones:** El descenso de la caries observado en países desarrollados es resultado de medidas de salud pública, las condiciones-estilos de vida y la mejora de prácticas de autocuidado. Se espera que la incidencia de caries incremente en países africanos y asiáticos por el creciente consumo de azúcares e inadecuada exposición a fluoruros. Los retos futuros implican traducir conocimientos y experiencias en la promoción de la salud y prevención de la caries en los programas de acción.

PALABRAS CLAVE:

Índice C.O.P., Estado de Bienestar, Liberalismo, Conservatismo, Social-Democracia.

ABSTRACT

Introduction: Dental caries is still considered the main public health problem in many countries. Several authors have hypothesized the relationship between: oral health and welfare regimes. Geof Wood classifies them based on: Human Development Index, public spending and foreign exchange flows, into five categories: 1. Social-democratic regime, 2. Liberal Regime, 3. Conservative regime, 4. Informal Security Regime (A and B) and 5. Insecure Regime (A and B). **Objective:** To analyze the relationship between the type of "Welfare Regimes" as classified by Geof Wood (1. Social-Democratic Regime, 2. Liberal Regime, 3. Conservative Regime, 4. Informal security Regime [subgroup A and B] and 5. Insecurity Regime [subgroup A and B]), and DMTF index for 12-year-olds in 52 countries during the last four decades. **Methodology:** Ecological study on secondary sources of database of the WHO, PAHO, World Bank and CIA, in addition to web sites of selected countries. **Results:** The average value of the last DMTF index had the following results: Insecurity Regime B (0.76), Liberal Regime (1.17), Social-Democratic Regime (1.49), Insecurity Regime A (1.54), conservative Regime (1.70), Informal Security Regime B (2.36) and Informal Security Regime A (2.89). **Conclusions:** Dental Caries, citing Petersen's and the WHO's recent papers, is still considered a public health problem worldwide (developed and under-developed countries). The decline of caries observed for decades in developed countries is the result of numerous public health measures, together with the conditions of life-styles and improving self-care practices in the population. This drop could be compromised by neoliberal reforms underway in many countries. It is expected that the incidence of caries (low in recent decades) increases in African and Asian countries, due to the introduction of western-type diets, the growing consumption of sugars and inadequate exposure to fluorides and the practically no "Welfare Regime" existence in many of them. Public policies implemented in the true Welfare Regimes, particularly in the golden decades of capitalism, were fundamental to improve access, promote equity and create healthy environments. Future challenges involve translating knowledge and successful experiences into promoting health and preventing caries in countries with different regimes.

KEY WORDS:

DMTF Index, Welfare State, Liberalism, Conservadurism, Socio-Democratic.

Javier Dario Ávila Pita 1

John Harold Estrada Montoya 2

* Artículo de **investigación** desarrollado dentro de la línea de investigación "Análisis de Políticas públicas desde la perspectiva de la Determinación social de la Salud-Enfermedad". Este trabajo contó con apoyo financiero de parte de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, código Hermes 15777.

1 Odontólogo y estudiante del posgrado de ortodoncia de la Universidad Nacional de Colombia, perteneciente al semillero de investigación en Salud Colectiva de la Facultad de Odontología. Grupo de investigación en Salud Colectiva reconocido por COLCIENCIAS en categoría de excelencia "A", Correo electrónico: jdavilap@unal.edu.co.

2 Odontólogo, Magíster y PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Titular, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Dirección postal: Carrera 30 No. 45-30 Edificio 210, Ciudad Universitaria – Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jhestradam@unal.edu.co ó jhestradam@gmail.com

Citación sugerida

Ávila-Pita JD, Estrada-Montoya JH. Relación entre regímenes de bienestar (según Geof Wood-Ian Gough) y el índice COP para 54 países. Acta Odont Col [en línea] 2016; 6(1): 33-68 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>.

Recibido Febrero 26 2016

Aprobado Abril 27 2016

Publicado Junio 30 2016

INTRODUCCIÓN

Se define la caries dental como una enfermedad multifactorial en la que se integran microorganismos, hospedero y sustratos para generar la desmineralización de la superficie dental en un ambiente adecuado y durante un periodo de tiempo determinado. Esta desmineralización es producida por los microorganismos presentes en la placa bacteriana (*streptococcus mutans*) debido a la generación de ácidos derivados de la degradación de carbohidratos provenientes de azucres, adquiridos por medio de la dieta; modificando los niveles de pH en la cavidad oral y, por consiguiente, un desbalance iónico que provoca una salida de iones fosfato y calcio de la superficie dental, lo que comúnmente definimos como desmineralización del esmalte que inicialmente se evidencia como lesiones de mancha blanca avanzando hasta generar una pérdida de la estructura del esmalte y dentina, o la destrucción completa del diente (1). Es una patología que puede llegar a afectar cualquier persona y a mostrar un diferente curso o evolución a lo largo del tiempo llegando a provocar molestias, dolor e incluso la pérdida del diente o un compromiso sistémico de la persona (2).

Pero estos no son los únicos factores que pueden condicionar la aparición y desarrollo de la enfermedad, hay una gran variedad de factores que también están involucrados que se agrupan dentro de los determinantes sociales que, como bien se sabe, tienen una categorización dentro de la cual se van a ubicar dependiendo de su influencia para modificar otros en un nivel diferente, están los determinantes proximales, unos determinantes intermedios y unos determinantes generales, o estructurales, que pueden llegar a relacionarse para condicionar la aparición de la enfermedad; relación que, dependiendo del nivel en que se presente, va a afectar en distinto grado los demás determinantes. El interés por el estudio de los determinantes sociales parte de la necesidad de determinar sobre qué factores deben actuarse o implementarse medidas a nivel político, económico u organizacional para contrarrestarlos y mejorar así los índices no solo en caries sino en salud oral y general (3).

Es fundamental entender cómo los sistemas de salud o sistemas sanitarios llegan a jugar un papel importante al brindar los requerimientos para que las personas tengan los medios suficientes para suplir sus necesidades o tengan las herramientas básicas para saber, desde un principio, cómo prevenir la aparición de la enfermedad. Ambos medios se requieren en gran parte para asegurar un adecuado bienestar a las personas que tengan acceso o estén cubiertas por algún tipo de sistemas de protección social, pueden variar de un país a otro y están muy relacionados con el desarrollo económico y el esquema político que impera en cada uno de estos (4).

Los sistemas sanitarios son definidos como estructuras sociales complejas, de naturaleza heterogénea, destinados a satisfacer las necesidades de la población de cada país en materia de salud y enfermedad, son resultado de la configuración de la estructura de cada país. A partir de la revolución industrial, cada uno de los sistemas pertenece a una de las diferentes regiones mundiales. En Europa Occidental, por medio de la consolidación de la clase trabajadora industrial, se construye el Estado de Bienestar. El bienestar está enfocado a equilibrar los beneficios dirigidos a los trabajadores con un ideal filosófico de garantía de los derechos humanos y apoyados por sistemas sindicales, partidos políticos y la configuración de los Sistemas Sanitarios. Precisamente, los Sistemas Sanitarios son considerados parte fundamental de los estados de bienestar. En los esquemas básicos de sistemas sanitarios se pueden diferenciar cinco etapas dentro de su desarrollo y funcionamiento que están relacionadas con el desarrollo de los estados de bienestar (5).

La primera etapa se da entre 1900–1929, se caracteriza por la lenta implantación, en los países con una industrialización progresiva, del esquema de Seguros Obligatorios de Enfermedad cuya referencia es el modelo creado por Bismarck durante la permanencia generalizada de las estructuras sanitarias del siglo anterior. En esta etapa los sistemas sanitarios se enfocan en la curación y la prevención.

Segunda Etapa, 1929–1945, comienza con el objetivo de enfrentar la crisis de 1929 con tres procesos enfocados en los sistemas sanitarios:

- a. Desarrollo de sistema sanitario "socialista" a partir de la constitución de la Unión Soviética.
- b. Implantación de los esquemas del Seguro Obligatorio de Enfermedad junto con el crecimiento de la importancia de los hospitales como futuro núcleo del mismo en el mundo industrial capitalista desarrollado.
- c. La configuración de un modelo sanitario en el mercado libre en EEUU al fracasar allí la implantación de un Seguro Obligatorio de Enfermedad.

En esta etapa va aumentando la importancia que tiene la medicina hospitalaria en el conjunto del sistema sanitario por lo que la Sociedad de Naciones propone regionalizar y coordinar las estructuras sanitarias, sobre todo en el ámbito rural.

Tercera etapa, 1945–1973, que es el momento fundamental y más importante en la construcción del **Estado de Bienestar**. Es cuando se instaura, en algunos países del mundo capitalista, la cobertura sanitaria universal y se intentan integrar los fines curativos y preventivos a través de un modelo de **Servicio Nacional de Salud**, al mismo tiempo que se extiende al modelo sanitario soviético. De todos modos, ambos modelos se centraron en un modo de intervención curativo y no preventivo, haciendo énfasis en el mundo hospitalario.

Cuarta etapa, 1973–1990, se caracteriza por la tensión existente entre dos corrientes opuestas. Por un lado, se encuentra la aplicación de la lógica salubrista y de los derechos humanos en los sistemas sanitarios, respondiendo a los principios del estado de bienestar; y por otro lado, la pretensión de reducir el ámbito de las leyes de mercado, que se explica por factores como:

- El aumento de la población mayor de 80 años, que es la que más hace uso de los servicios sanitarios.
- La aparición de un grupo demográfico constituido por personas marginadas, que tiene dificultad de acceso a los servicios sanitarios, constituyendo una población de alto riesgo.
- El aumento en el uso de los servicios sanitarios.
- La disociación o discrepancia entre el gasto la salud y la evolución de los indicadores de salud.

La quinta etapa, desde 1990 hasta el presente, está caracterizada por el recorte en los gastos sociales y sanitarios y por la implantación del modelo competitivo en los sistemas sanitarios a través de medidas de privatización que hacen que los usuarios contribuyan en mayor medida al

pago de los servicios concretos prestados. Se supone que el marco ideológico liberal garantiza el mejor funcionamiento del sistema con la instauración del individualismo y la evitación de la solidaridad. Es claro cómo se fue modificando el sistema sanitario a través de estas etapas para llegar a establecerse dentro del marco político y económico de un país. El pensamiento filosófico, enfocado desde los derechos humanos en Europa, estructura el modelo del sistema sanitario, la participación y el papel que juega el Estado (6).

Desde finales del siglo XIX y comienzos del XX se implementa un modelo de las prestaciones sanitarias con cobertura universal, iniciado por Bismark, en 1883. "Implementando el Seguro Obligatorio de Enfermedad dado inicialmente en Alemania e instaurado paulatinamente en toda Europa, en el que el estado garantiza las prestaciones sanitarias a través de cuotas obligatorias, dando libertad para la negociación entre usuario, los profesionales y las entidades aseguradoras. En general en manos privadas la que paga los gastos por medio de las cuotas recogidas por el seguro". El segundo modelo es el instaurado por Beveridge, desde 1948, "basado en el Servicio Nacional de Salud, el cual funciona como una estructura pública sanitaria financiada por los presupuestos del Estado que da cobertura universal, gratuita y completa, donde la prestación privada es suplementaria" (5).

En Europa el Estado de Bienestar termina de construirse, como se mencionó anteriormente, en la tercera etapa, después de la Segunda Guerra Mundial, mediante la implantación del Servicio Nacional de Salud (modelo de Beveridge) en Gran Bretaña. "El estado de bienestar viene a ser creado no solo con la necesidad de garantizar el bienestar a todo el mundo, sino que también busca evitar las crisis desarrolladas por el modelo capitalista", donde se pretende asegurar: a) un nivel de consumo interno adecuado por medio de la prestación universal de los servicios en caso de desempleo, b) la producción, mediante iniciativas en infraestructura o en adquisiciones para promocionar el consumo general y asegurar la actividad industrial, c) la transformación de la fuerza laboral proletarizada en un trabajador asalariado adecuado y d) la legitimación de un sistema capitalista ofreciendo prestaciones sociales que favorezcan que los trabajadores se identifiquen con el estado y con los objetivos del capitalismo y, de esta forma, se vayan separando de los ideales socialistas. El desarrollo del Estado de Bienestar se basa en el acuerdo entre sus protagonistas sociales: el estado, el mundo empresarial y el mundo de los trabajadores (7).

A mediados de los años setenta se empieza a reconocer la necesidad de que el Estado de Bienestar empiece a resolver problemas como la adaptación de los trabajadores a nuevas condiciones como paros, movilizaciones y la mundialización de la economía, lo que lleva a imponer reorientaciones económicas a favor del modelo neoliberal por medio de tres medidas: (1. Disminuir paulatinamente el conjunto de gastos públicos sociales, 2. Flexibilización laboral, reducción de salarios, debilitamiento de los sindicatos, etc. 3. Libertad para que el capital generado en una región pueda emigrar hacia otras zonas más rentables sin someterse a controles ni imposiciones fiscales). Esto conllevo a una serie de modificaciones en el Estado de Bienestar para que se asumieran medidas de ajuste sociales y económicas basadas en la competitividad y la productividad (8).

La reconversión neoliberal del sistema sanitario europeo se efectúa en cuatro momentos: el primero se encarga de concientizar a la población, a través de estudios o informes, sobre la situación de los servicios públicos, para impulsar los argumentos de reforma y reducción de los gastos sanitarios; en un segundo momento se integran los niveles del sistema sanitario (prevención, curación y atención especializada) y los elementos del mercado (contratos proveedores y usuarios) haciendo responsable a la población y a los profesionales sanitarios del racionamiento de los recursos,

dejando de lado la planificación y la defensa de los derechos ciudadanos. En un tercer momento, se promueven esquemas privados introduciendo contingencias en el mercado, incluyendo mecanismos de pago en el servicio público, desestimando la dimensión colectiva de solidaridad e igualdad. En un último momento, se produce una diferenciación entre servicios mínimos, garantizados por el estado, y el resto de las prestaciones consideradas ajenas a la cobertura pública y, por ello, sufragada por los usuarios o clientes, directamente o a través de seguros privados (9).

Debido a lo anterior, Campos, en su escrito argumenta que "pensar un sistema sanitario basado en el Estado de bienestar entra en conflicto con los objetivos globales del Estado, debido a que garantizar la universalidad y satisfacción, conduce a un crecimiento de los esfuerzos y por tanto de los recursos, así como un fortalecimiento en la mentalidad colectiva. Llevando a diferentes actores gubernamentales a entrar muchas veces en conflicto debido a las posiciones individualistas que buscan seguir quitando presupuesto a los gastos sociales" (5).

Diferentes autores han empleado varios tipos de clasificación para ubicar a determinado grupo de países en el contexto de los estados de bienestar. Inicialmente Esping-Andersen clasifica los estados de bienestar en tres tipos principales: los estados de bienestar socialdemócratas (Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) que se caracterizan por un alto grado de desmercantilización (donde más bienes y servicios son proporcionados por el Estado y menos por el mercado); Estados de bienestar conservadores (Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Japón y Suiza) que hacen hincapié en el papel de la familia, que es asegurada por medio de un contrato laboral, además de alguna provisión estatal de servicios; y por último, los estados de bienestar liberales (Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos) donde el bienestar social se deja al mercado privado donde las personas deben comprar los servicios ofrecidos por aseguradoras y aquel que no tenga los recursos tiene que demostrar su pobreza absoluta para poder acceder a los beneficios brindados por el Estado (10).

Este tipo de clasificación es ampliamente utilizado en Europa porque hace su categorización sobre análisis que permiten evaluar variables económicas y políticas para clasificar, en su mayoría, a países de Europa occidental en estas categorías.

Mesa Lago propuso tres tipos de países: pionero-alto, intermedio y tardío-bajo y ofrece una síntesis de sus resultados: El grupo pionero-alto (Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica) fue el primero en establecer los sistemas de seguros sociales en la región latinoamericana en los años veinte y en los años treinta, alcanzó la mayor cobertura y desarrollo de dichos sistemas, su población estaba relativamente más envejecida y su esperanza de vida era mayor; pero los sistemas adolecían de estratificación, de altos costos, de déficit creciente y de desequilibrio financiero y actuarial. El grupo intermedio (Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela) implementó sus programas principalmente en los años cuarenta y cincuenta, influenciado por el Informe Beveridge y los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), logró una cobertura y desarrollo medio de sus sistemas, estaban menos estratificados, su costo era menor y su situación financiera mejor que en el primer grupo, aunque algunos ya enfrentaban desequilibrio. El grupo tardío-bajo (Paraguay, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití) fue el último que introdujo sus programas, en los años sesenta y setenta, su población era la más joven y su esperanza de vida menor, sus sistemas eran relativamente más unificados y adolecían de menos problemas financieros, pero tenían la menor cobertura y desarrollo (9,11).

Leibfried (1992), junto con Ferrera (1996) y Bonoli (1997) identificaron un cuarto tipo de régimen en el que se incluye a España, Grecia, Portugal, Italia y Francia, caracterizado por tener unas prestaciones sociales fragmentadas, es decir generosidad en ciertas disposiciones y debilidad en otras, una clara mezcla público-privada en los beneficios y servicios. Fue el reconocimiento de la pobreza, como un problema social, lo que creó las condiciones para el desarrollo de los poderosos mecanismos institucionales de protección social que, en el contexto Europeo, fueron conocidos como el Estado de Bienestar Social (*Welfare State*) (10).

Sonia Fleury, divide a los países de América Latina en tres modelos que pueden ser entendidos a partir de la modalidad de protección social que provee, los criterios de organización de la incorporación de las demandas sociales por medio de una institucionalidad específica. Encontrando las diferentes modalidades de seguridad social: Asistencia Social (equiparable con el Régimen Liberal, se enfatiza en el mercado, donde las necesidades son satisfechas de acuerdo a los intereses individuales y la capacidad de cada uno de adquirir los bienes y servicios), Seguro Social (Equiparable con el Régimen Conservador, hace referencia al sistema instaurado por Bismark, donde la cobertura se da a grupos ocupacionales o trabajadores a través de una relación contractual) y Seguridad Social (equiparable con el Régimen Social-Demócrata, donde se designa un conjunto de políticas públicas, garantizando a los ciudadanos el derecho de un mínimo vital) (12).

Fernando Filgueira, en el artículo titulado "Pasado, presente y futuro del estado social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas", propone que el Estado Social se muestra ligado al desarrollo de estados y burocracias modernas y a la emergencia de un nuevo modelo de desarrollo y la política de masas. Identifica 3 tipos distintos de Estado Social: Argentina, Uruguay y Chile (hasta los años setenta) ofrecieron cobertura casi universal para población económicamente activa e hicieron la incorporación total en la enseñanza primaria y servicios básicos. Estados duales (Brasil México, Venezuela, Panamá y Colombia) donde gran parte de la población fue cubierta por servicios sociales y esquemas de mantenimiento de ingreso, otra gran parte de la población permaneció fuera del sistema estatal de protección. Estados sociales excluyentes (Salvador, Honduras, Bolivia Ecuador y Guatemala), donde una pequeña y privilegiada parte de la población tuvo acceso a protección social (13).

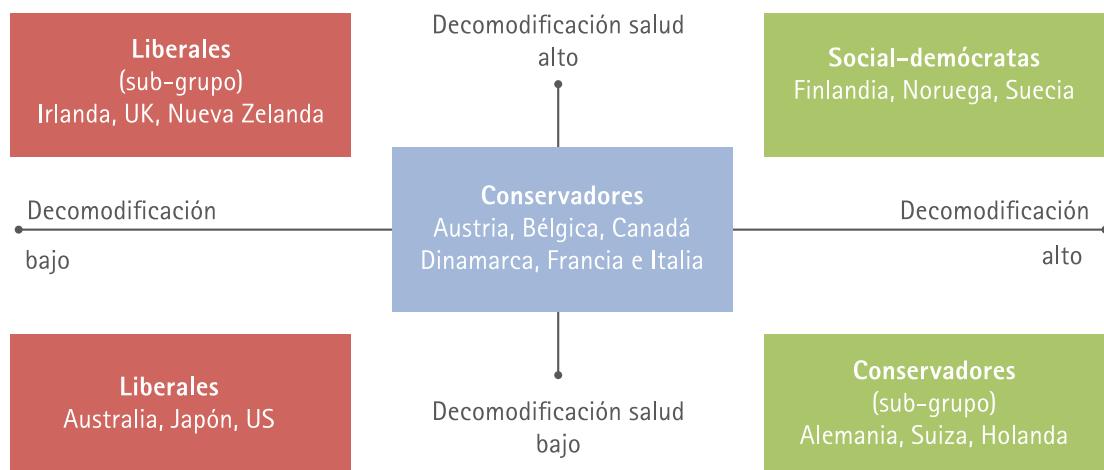
Estas diferencias, en el desarrollo de los sistemas de protección social, tenían una marcada repercusión sobre las variables relacionadas con el bienestar social. Las diferencias en la formación de los diversos tipos de estados radican en la economía política de los países. Por su parte, Navarro agrupa los países según sus tradiciones políticas, identifica cuatro categorías: social democrática, democracia cristiana (conservadora), liberal y países con dictaduras previas (14).

También Clare Bambra realiza una clasificación basada en dos índices, una versión actualizada del índice de decomodificación usado por Esping-Andersen (generosidad y cobertura de tres beneficios: pensiones, desempleo y enfermedad) y un índice de decomodificación de servicios de salud (gasto privado en salud como porcentaje de PIB, porcentaje de camas hospitalarias privadas y porcentaje de población cubierta por un sistema público de atención en salud) (15).

Gráfica 1. Clasificación de Clare Bambra

BAMBRA, 2005

Comparando los puntajes en estos índices, los países se agrupan así:



Gráfica Elaborada por la profesora de la Universidad Nacional, Carol Cristina Guarnizo, modificada de Clare Bambra de su artículo: Decommodification and the worlds of the welfare revisited.

De otra parte, hacia el 2006, Geof Wood realiza una nueva clasificación en su artículo "A comparative welfare regime approach to global social policy", que será la empleada para el desarrollo de este trabajo. Ampliando la clasificación realizada por Esping–Andersen en la que, aparte de los regímenes de estado de bienestar propuestos, incluye dos regímenes más, uno de ellos denominado "regímenes de seguridad informal" y el otro, "regímenes de inseguridad" (16).

Dentro del artículo en mención, Wood señala los estados de bienestar como "los medios a través de los cuales el estado (financieros) o la familia/hogar brindan para satisfacer varias necesidades de seguridad de los individuos, dentro de las cuales se incluyen una combinación de pensiones y beneficios de protección social, servicios sociales y regulación del mercado laboral"; que concuerda, en gran medida, con la definición dada por Bambra en 2007, donde el estado de bienestar es una forma particular de estado o tipo específico de sociedad. Por lo general, alude al papel desempeñado por el Estado en los servicios y prestaciones sociales como la educación, la salud, la vivienda y el alivio de la pobreza, entre otros. Para su clasificación se emplean medidas como el gasto en salud y educación (gasto social) que realiza el Estado como parte del PIB, además de la sumatoria de flujos internacionales como parte del PNB y también emplea el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para clasificar cada país que se encuentra fuera de la clasificación inicialmente hecha para cada país por Esping-Andersen (16).

En trabajos anteriores que se realizaron en el grupo de investigación de salud colectiva se investigó, desde una perspectiva epidemiológica ecológica, y se centró en la relación entre la clasificación obtenida por un país determinado, según el indicador de desarrollo del banco mundial (desarrollo alto, mediano alto, mediano bajo y bajo), y el índice COP en 22 países; encontrando que en países de desarrollo alto y mediano alto hay un aumento en la esperanza de vida al nacer, disminución en las tasa de mortalidad materna e infantil y en el COP, valores que se encontraron

asociados a los factores económicos y estructurales y que se podían relacionar con los sistemas políticos y sanitarios imperantes. Este trabajo de investigación pretende explorar la relación existente, durante las últimas décadas en aproximadamente 22 países, entre el régimen de bienestar, según la clasificación de Geof Wood, y el índice de COP (17).

El siguiente trabajo se realizó también desde una perspectiva ecológica y con él se buscó explorar la relación existente entre el tipo de cobertura del sistema de seguridad social (universalista, dualista y excluyentes) y el índice de COP a lo largo de tres décadas en 20 países, encontrando que en países universalistas se mostraba una tendencia a la disminución en el índice de COP; en países dualistas, no se presenta homogeneidad en la tendencia; y en países excluyentes, también se comporta de manera heterogénea: algunos se muestran con una tendencia al alza del COP, mientras que otros van en disminución, sin alcanzar las metas propuestas (18).

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en bases de datos como PubMed, Medline y Science Direct para obtener los índices de COP de los 54 países, por lo menos 3 indicadores durante las últimas 5 décadas para cada país, se tomó como referencia el indicador de la OMS para triangularlo con 2 de los valores obtenidos en la búsqueda. Se realizó adicionalmente la búsqueda de información secundaria en bases de datos internacionales (O.M.S., O.P.S., C.I.A. y Banco Mundial) y en sitios web de los 54 países seleccionados (Régimen liberal: Australia, Reino Unido, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda y Estados Unidos. Régimen Conservador: Alemania, Finlandia, Suiza, Japón, Francia e Italia. Régimen Social-Demócrata: Dinamarca, Suecia, Noruega, Austria y Bélgica. Régimen de Seguridad Informal A: Brasil, Colombia, Kenia, Polonia, Hungría, Bielorrusia, Argentina, Eslovaquia, República Checa, Lituania, Argelia, Chile y Tailandia. Régimen de Seguridad Informal B: Vietnam, Uruguay, República Dominicana, Sri Lanka, Irán, Marruecos, Ecuador, Filipinas y Guatemala. Régimen de Inseguridad A: Togo, Pakistán, Tanzania, Bangladesh, Madagascar, Camerún, Nepal Y Rep Africana central. Régimen de Inseguridad B: Malí, Gana, Senegal, Malawi, Uganda, Benín y Etiopia), para corroborar los indicadores y encontrar una explicación teórica al comportamiento del índice COP en cada país.

RESULTADOS

El valor promedio del índice C.O.P se comportó así: Régimen de Inseguridad B (0.76), Régimen Liberal (1,17), Régimen Social-demócrata (1,49), Régimen de Inseguridad A (1,54), Régimen Conservador (1,70), Régimen de Seguridad Informal B (2,36) y Régimen Seguridad Informal A (2,89). A continuación se presentan los porcentajes de decrecimiento (o incremento en el caso de los regímenes de inseguridad B), en cada uno de los regímenes mencionados en orden de mejor a peor comportamiento: Régimen Social-Demócrata (-86,6%), Régimen Conservador (-81,7%), Régimen Liberal (-79,0%), Régimen de Seguridad Informal A (-55,2%), Régimen de Seguridad Informal B (-46,9%), Régimen de Inseguridad A (-35,9%) y Régimen de Inseguridad B (+136,8%).

Régimen Social-Demócrata

Para el régimen Social-Demócrata se presentó un decrecimiento mayor a lo largo de las décadas analizadas, se presentan resultados del comportamiento individual de los países agrupados bajo

este régimen (organizados de acuerdo al porcentaje de decrecimiento que presentó a lo largo de las décadas; de mayor a menor). En la [Ilustración 1](#) podemos observar el comportamiento individual de cada país, analizando en especial la marcada disminución que tuvo Dinamarca con un 91,9% de decrecimiento pasando de un COP de 10,1 en los años 60's a un 0,9% en la primera década del segundo milenio, comparado con el país que menor porcentaje de decrecimiento tuvo que fue Bélgica con un decrecimiento de 58,1%, pasando de un COP de 3,1 en los 70's a 1,3 en la primera década del segundo milenio ([Tabla 1](#)). Ambos países pertenecen a un régimen social democrática debido al modelo de aseguramiento que impera en cada país; lo que se evidencia porque en Dinamarca existe un modelo Social-Demócrata más evidente que en Bélgica; ambos difieren en aspectos claves como la forma en que los ciudadanos reciben los beneficios ([Ilustración 2](#)).

Dinamarca es uno de los estados de bienestar más modernos y desarrollados en el mundo, invierte cerca del 11,2% del PIB. Sigue el modelo Social- Demócrata enfatizado en la redistribución, la inclusión social y la universalidad de las prestaciones, con una elevada participación de los sindicatos. La forma en la que éste modelo ha decidido organizar y financiar su sistema de seguridad, sistema de salud y educación es distinta a la de otros países europeos (19).

Los daneses tienen un alto grado de confianza tanto en sus conciudadanos como en el gobierno, en sus leyes, en las instituciones políticas y en la democracia. La mayoría apoya el nivel de impuestos al creer que el dinero es manejado correctamente según las leyes del país y a favor del estado de bienestar que beneficia a todos. El sistema es visto como un contrato social, por lo que se percibe una obligación moral a contribuir a este sistema colectivo.

Mientras que en Bélgica su sistema de salud es supervisado y financiado por el gobierno federal; las tres comunidades y las tres regiones presentes en este país invierten cerca del 10,8 del PIB. Este sistema de salud es financiado por medio de un sistema de seguridad social e impuestos, donde el seguro de salud es obligatorio. El cuidado sanitario se realiza con un sistema, en su mayor parte, privatizado con médicos y hospitales independientes; pero la mayoría de las veces el paciente paga directamente por los servicios obtenidos y posteriormente se le reembolsa por las compañías de seguros. Modelo eventualmente con inclinaciones hacia el sistema de tipo conservador. Adicional a lo mencionado anteriormente, en años recientes se cambió muy profundamente su sistema de beneficencia social y de protección social; se hicieron profundos recortes y luego se redireccionó y adecuó según el grado de desarrollo económico que presenta cada una de las dos zonas belgas (Valona y Flamenca).

Tabla 1. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento para el Régimen Social-Demócrata.

Régimen Social-Demócrata	60's	70's	80's	90s	00's	X	Decrecimiento
Dinamarca	10,1	6,4	2,2	1,2	0,9	4,2	-91,09
Suecia	7,8	6,3	2	1,6		4,4	-79,49
Noruega			8,4	2,3		5,4	-72,62
Austria		3,5	4,2	3	1,4	3,0	-60,00
Bélgica			3,1	2,7	1,3	2,4	-58,06
Promedio	8,95	4,83	4,2	2,16	1,2		-86,59

Ilustración 1. Análisis de COP en el régimen Social-Demócrata.

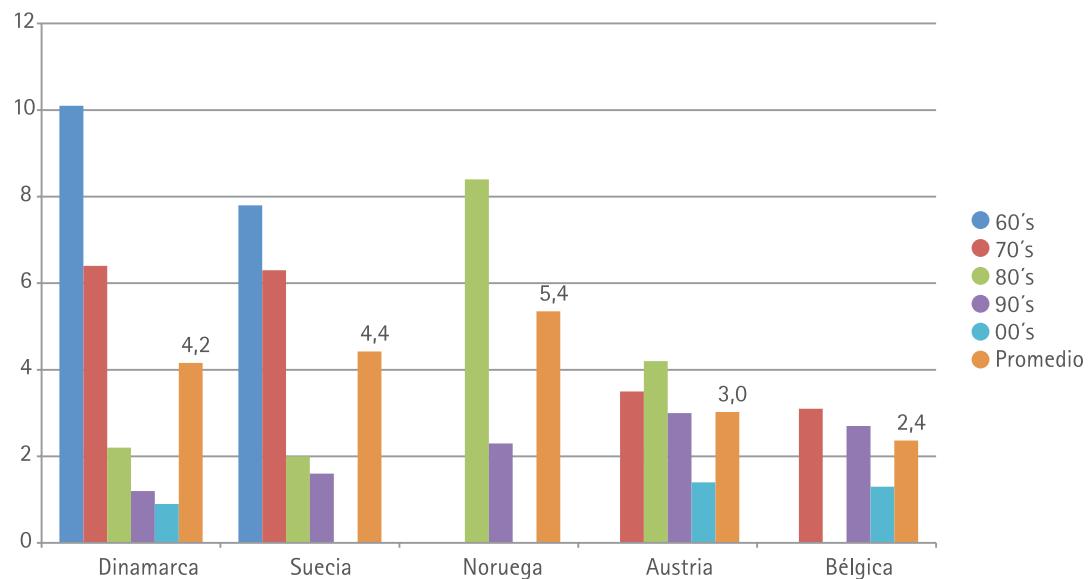
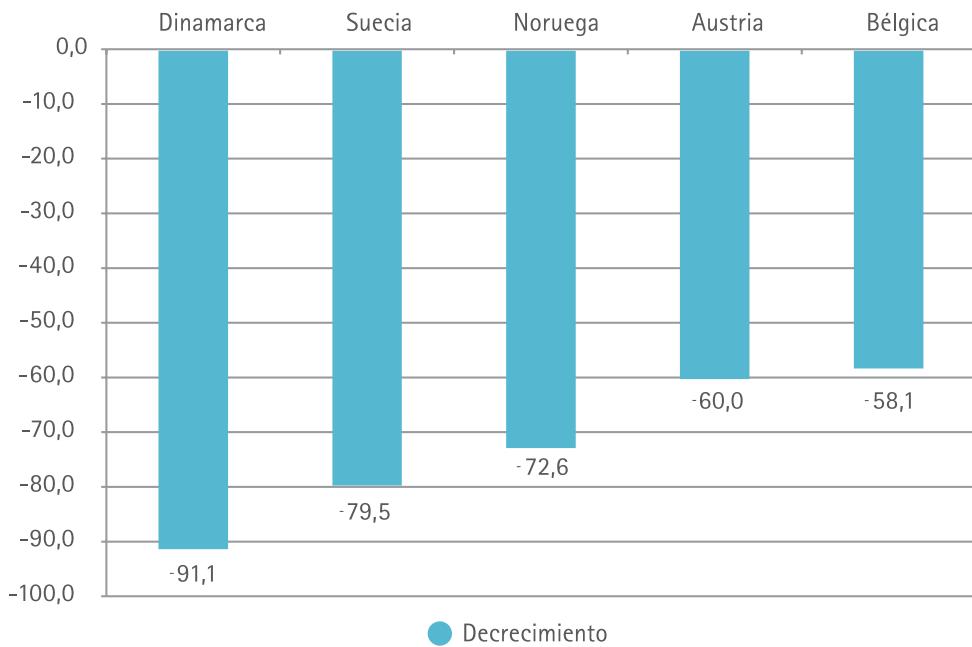


Ilustración 2. Análisis de porcentaje de decrecimiento para el régimen Social-Demócrata.



Régimen Conservador

Para el caso del Régimen Conservador, que fue el segundo que mejor se comportó después del régimen Social-Demócrata, que cuenta con políticas de aseguramiento de su población, diferentes a las implantadas por el anterior modelo, se evidencia, de igual manera, un decrecimiento en el índice COP atribuible a un sinnúmero de políticas que, aunque no tengan el mismo impacto que las desarrolladas por el sistema Social-Demócrata, logra una reducción mayor en Alemania ([Tabla 2](#)) con un decrecimiento de -88,3% pasando de un COP de 6,0 en los 60's a un 0,7% en la primera década del segundo milenio y con una clara diferencia comparada con Italia con un decrecimiento de -62,5% pasando de un COP de 4,0 en los 70's a 1,5 en la primera década del segundo milenio ([Ilustración 3 y 4](#)).

Alemania, por ejemplo, cuenta con el sistema de atención sanitaria universal (por el grado de cobertura que tiene, mas no por el modelo universalista) considerado el más viejo del mundo, basado en el modelo Bismarkiano. Hacia el 2005, este sistema estaba financiado en un 77% por el gobierno y en un 23% por el sector privado, invirtiendo cerca del 11,3% del PIB (20). La mayor parte de los gastos del Estado de bienestar alemán funciona según la lógica del seguro; es decir, los beneficios que se reciben son proporcionales al monto de las contribuciones pagados regularmente, derivados del salario del empleado. En esta lógica, no se incorpora una redistribución significativa más allá de la distribución del riesgo. El sistema de salud también sigue la lógica del seguro pero, al mismo tiempo, implica una redistribución significativa. Todos contribuyen según su capacidad individual financiera y reciben según su necesidad, derivada del estado de su salud.

Las instituciones del Estado de bienestar de la Alemania han cumplido con la tarea gigantesca de incorporar los 17 millones de ciudadanos nuevos sin base económica. Se les han incorporado sin bajar más que marginalmente los estándares del Estado de bienestar, promoviendo que la sociedad alemana movilice los recursos financieros necesarios. Objetivamente, era un acto de solidaridad estupendo pero no era enteramente producto expreso de un sentimiento de solidaridad de la población alemana occidental; sino que se debió, en gran parte, al manejo político del gobierno del Canciller Federal Helmut Kohl, quien confrontó la población con el pretexto de las nuevas cargas financieras que debía asumir el Estado para justificar el gasto derivado del cubrimiento de esta población (21).

En Italia se maneja un sistema mixto público-privado que cubre, casi de manera universal, la asistencia sanitaria de la población. La asistencia pública es manejada por el Servicio Sanitario Nacional (SSN), creado por medio de la reforma de 1978. Dada la creciente insatisfacción por parte de la población que estaba cubierta por un sistema de seguridad social, creado después de la Segunda Guerra Mundial, que incluía un seguro social de salud administrado por las cajas de enfermedad; en la década de 1970 el seguro social de salud enfrenta varios problemas de equidad, como la cobertura diferida entre las cajas de enfermedad y además que alrededor del 7% de la población seguía sin estar cubierta, dando pie para la creación del SSN. Cabría suponer que ese seguro social era poco generoso y no universalista para esta época, lo cual influye en la necesidad de cambio. El gasto sanitario en Italia está ligeramente por encima de la media del 8,9% del PIB de los países de la O.C.D.E, aunque no es concordante con los resultados de decrecimiento de la caries.

El sistema italiano se basa en la atención bajo un "médico familiar" al que se le asigna la atención de un grupo poblacional (de aproximadamente 1.500 habitantes), bajo el aseguramiento del SSN; los pacientes, sin embargo, pueden optar por el "libre mercado" proporcionado por los dos

hospitales públicos y privados y se paga completamente fuera de su propio bolsillo y tiene generalmente tiempos de espera más cortos para la asignación de citas. Teniendo la opción de elegir el profesional que desee que la atienda pero bajo el tipo de tratamientos aprobados o permitidos por el sistema. Es un sistema privado fuertemente regulado (19).

Tabla 2. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento para el Régimen Conservador.

Régimen Conservador	60's	70's	80's	90's	00's	Promedio	Decrecimiento
Alemania	6		3,8	2,5	0,7	3,3	-88,33
Finlandia	6,9	4	2,8	1,2	1,1	3,2	-84,06
Suiza	10,6		2		1,8	4,8	-83,02
Japón		5,9		3,6	1,4	3,6	-76,27
Francia	5,6	3,5		2,1	1,47	3,2	-73,75
Italia		4	3		1,5	2,8	-62,50
Promedio	7,27	4,35	2,9	2,35	1,3		-81,74

Ilustración 3. Análisis de COP para el régimen Conservador.

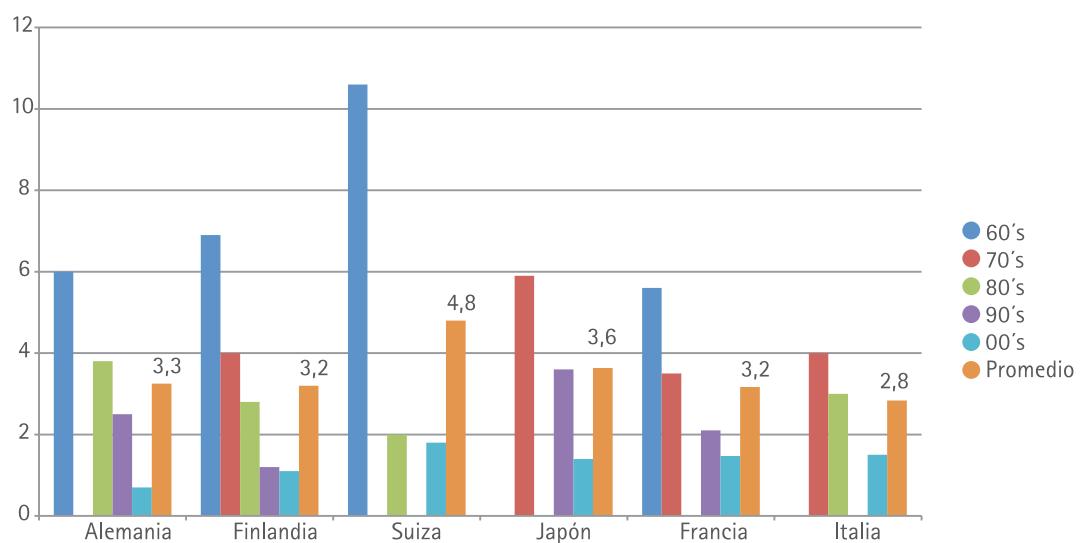
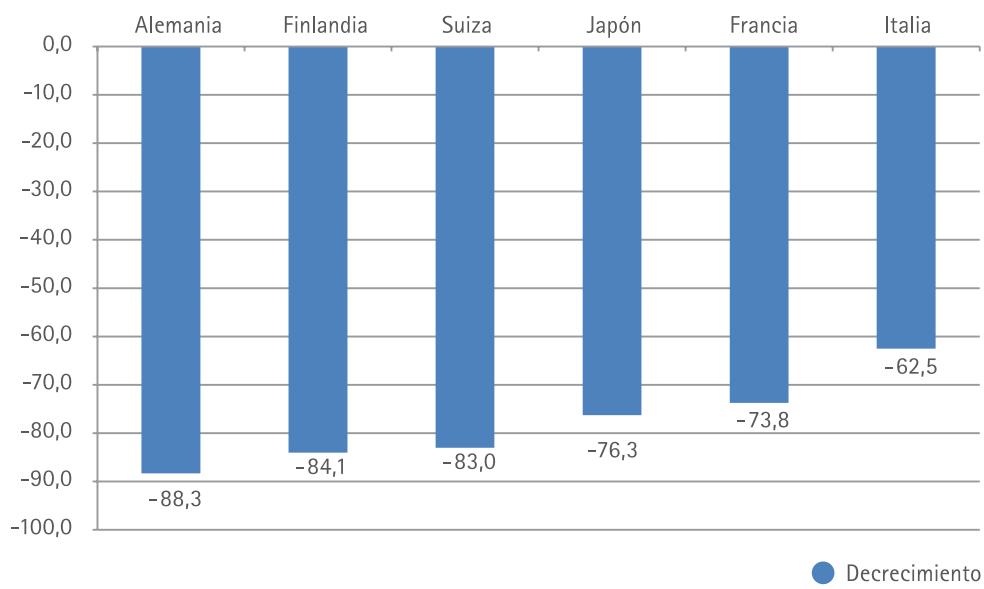


Ilustración 4. Análisis de porcentaje de decrecimiento para el régimen Conservador.



Régimen Liberal

Seguido al régimen conservador está el régimen liberal, que fue el tercer modelo en orden descendente, presentando una tasa de decrecimiento del 79,0% ([Ilustración 5 y 6](#)) teniendo un mejor comportamiento Australia con un 84,2%, pasando de un COP de 6 en los 60's a 0,95 en la primera década del segundo milenio, comparado con el comportamiento que tuvo Estados Unidos con un decrecimiento del 72,5% pasando de un COP de 4 en los años 60's a un 1,1 en la primera década del segundo milenio ([Tabla 3](#)). Australia es un país que se incorpora dentro del grupo del modelo Liberal debido a que maneja un sistema de aseguramiento privado para gran parte de sus ciudadanos, además tiene un sistema público financiado por el Estado con una inversión cercana al 9,1% del PIB. Este sistema, denominado Medicare, es de acceso gratuito para las personas menos favorecidas y también brinda servicios a la población que tiene un seguro privado.

Medicare es operado por la autoridad gubernamental Medicare Australia, el principal financiador de la atención de salud, y brinda atención primaria a los ciudadanos australianos y a los residentes permanentes. Los residentes tienen derecho a tratamiento subsidiado de los médicos, parteras elegibles, enfermeras y profesionales de la salud; también pueden obtener tratamiento gratuito en los hospitales públicos. El plan fue presentado en 1975 por el Gobierno Whitlam como Medibank y se llevó a cabo en 1976 por un fondo de propiedad estatal de seguro de salud privado, Medibank Private, establecido por el Gobierno; pasó, en 1984, a llamarse Medicare.

Como se mencionó anteriormente, Medibank se crea con el segundo discurso de la lectura del Proyecto de Ley de Seguro de Salud 1973 entregado por Bill Hayden, el 29 de noviembre de 1973; el objetivo del nuevo sistema de seguro de salud universal, llamado Medibank, era proporcionar los medios más equitativos y eficientes de cobertura del seguro de salud para todos los australianos.

El tipo de aseguramiento que se maneja en Australia es de tipo público-privada, donde la mayor parte de la población adquiere un seguro privado para cubrir su aseguramiento; el 47,2 % de los australianos mantienen la preferencia por un seguro privado a pesar de que la atención en los hospitales públicos se hace de manera gratuita.

A pesar de esto, el Estado aporta el 30% sobre las primas del seguro y son exentos de pagar el 1,5% de los impuestos, como incentivo, todos aquellos que adquieren un seguro privado. De cierto modo hay una mayor intervención del Estado en Australia que en estados Unidos; además, el primero presenta una mayor disminución en el índice COP. El comportamiento que ha tenido Australia en relación con el COP es porque el estado tiene una cierta intervención por medio del medicare.

En Estados Unidos la situación es muy diferente, el gasto en el sistema de atención a la salud sobrepasa al de cualquier otra nación siendo de 17,9% para el 2012, tanto en términos de gasto per cápita como en porcentaje del PIB. En 2000, la Organización Mundial de la Salud colocó el sistema de salud estadounidense en primer lugar en la capacidad de respuesta, pero ocupó el puesto 37 en rendimiento global; evidenciando la gran brecha que tiene intrínsecamente este tipo de sistema asegurador, independientemente de manejar un alto porcentaje del PIB para su gasto en salud.

Gran parte de las instalaciones médicas son de propiedad privada y cuentan con algunos subsidios del gobierno local. A pesar de ser asociaciones sin fines de lucro, muchos de los hospitales más importantes del país están afiliados a grandes corporaciones o escuelas de medicina y han hecho posible que anualmente alberguen cerca del 70% de todos los pacientes médicos del país. A diferencia de otros países desarrollados, la cobertura del sistema de salud en Estados Unidos no es universal. En 2004 los seguros médicos pagaron el 36% de los gastos en materia de salud y los gobiernos federales y estatales otorgaron el 44%. En 2005, 46,6 millones de estadounidenses, 15,9% población no estaban asegurados; 5,4 millones más que en 2001. La principal causa de este aumento es la caída en el número de empleos donde se garantiza el seguro médico (22).

Tabla 3. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento para el Régimen Liberal.

Régimen Liberal	60's	70's	80's	90's	00's	Promedio	Decrecimiento%
Australia	6	2,6	1,4	1,1	0,95	2,4	-84,2
Reino Unido	5,5	4,7		1,3	0,9	3,1	-83,6
Canadá	6		4,3	3	1,02	3,6	-83
Irlanda	5,4			1,9	1,3	2,9	-75,9
Nueva Zelanda		6		1,5	1,5	3,0	-75
Estados Unidos	4	1,8	1,4		1,1	2,1	-72,5
Promedio	5,38	3,78	2,37	1,76	1,13		-79,03

Ilustración 5. Análisis de COP para el Régimen Liberal.

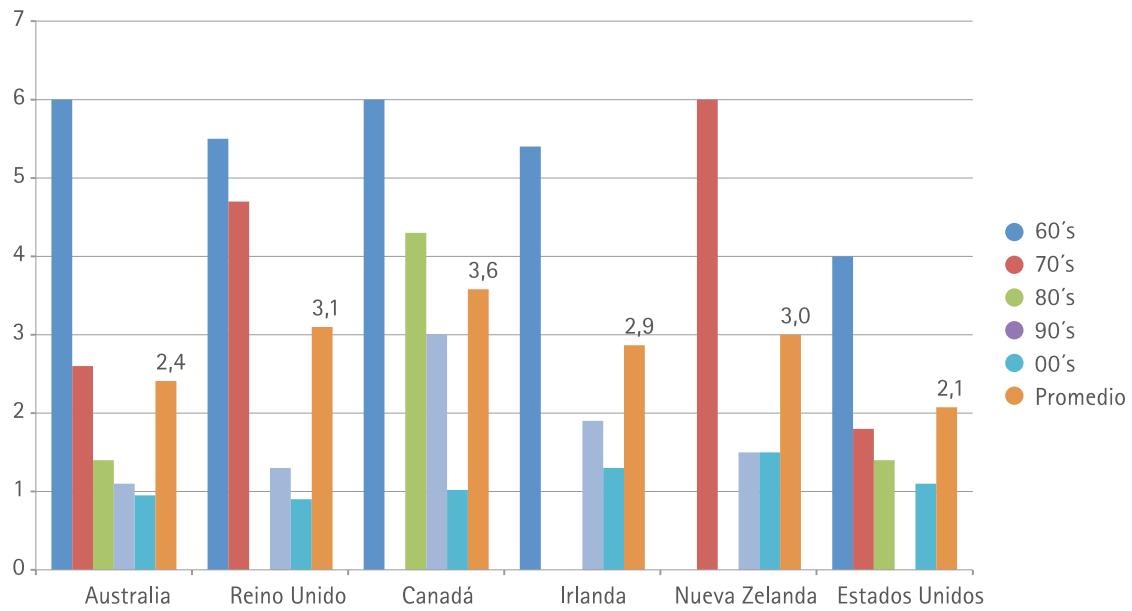
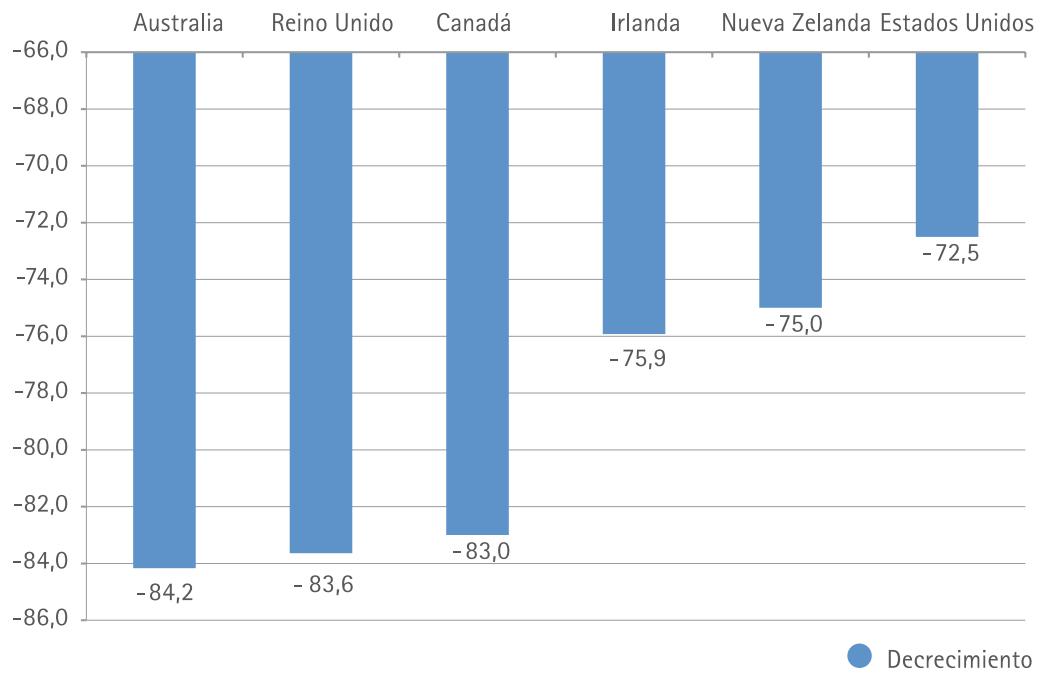


Ilustración 6. Análisis de porcentaje de decrecimiento para el Régimen Liberal.



Régimen de Seguridad Informal A (Potenciales Estados de Bienestar)

Es el régimen que tuvo el cuarto puesto en orden de decrecimiento con una porcentaje de decrecimiento del -55,2% ([Ilustraciones 7 y 8](#)). Destaca en este grupo Brasil, que ocupa el primer lugar con un decrecimiento de -75,9% pasando de un COP de 8,6 en los 70's a uno de 2,1 en la primera década del segundo milenio ([Tabla 4](#)). Posiblemente influenciado por el sistema de salud pública brasileño (*Sistema Único de Saúde*), creado en 1988, reconoció el acceso a la salud como derecho de todo ciudadano. El sistema brasileño es administrado por todos los niveles del gobierno de manera descentralizada, llegando a cubrir al 80% de la población. Su creación se debió a la necesidad de cambiar un sistema que dependía del capital: era un régimen privado, dejado a la deriva de un mercado sin regulación y fragmentado en torno a programas prioritarios. Actualmente, los servicios de salud pública son universales, se ofrecen a todos los brasileños residentes de manera gratuita. El país gasta anualmente cerca del 9% de su PIB en gastos de salud. Pese a todos los progresos realizados desde el establecimiento del sistema de salud universal en 1988, aún existen varios problemas en la salud pública de Brasil, con la existencia de los sistemas de salud privados que cumplen un papel complementario (23).

Colombia se ubica en segundo lugar dentro del grupo, con un decrecimiento de -69,3% presentando un claro descenso del COP de 7,5 en los años 60's a 2,3 en la primera década del segundo milenio, adicionalmente invierte cerca del 6,8% del PIB para el 2012. A la espera del comportamiento que va presentar el índice del COP en el cuarto estudio nacional de salud bucal. Este decrecimiento podría derivar del evidente esfuerzo del Estado en asegurar a la población al sistema de Salud. Aunque se pensaba como un sistema ideal en que toda la población estuviera cubierta, bien sea por el régimen contributivo o por el régimen subsidiado, para el 2012 aún hacia falta cerca del 5% por cubrir. También cabe resaltar que estaba pensado como un sistema unificado de atención igualitaria para ambos regímenes, caso que tampoco se ha cumplido porque se puede evidenciar una amplia brecha entre las personas que se encuentran afiliadas a cada uno de estos regímenes, con calidad y eficacia desiguales.

Tailandia por otra parte presenta un comportamiento diferente, en vez de decrecer ha tenido en aumento con un crecimiento de +275% pasando de un COP de 0,4 en los años 60's a 1,5 en la primera década del segundo milenio (24). Haciendo la salvedad no solo para este sino también los otros países en los que el valor es positivo, como Chile, este aparente aumento en el COP se debe a un abrupto salto entre las décadas de los 60's a los 80's, ya que después de este periodo los índices de caries han presentado una disminución de -44,4% para Tailandia y -31,6% para el caso de Chile hasta la primera década del segundo milenio (25). El decrecimiento visto en Tailandia, aunque no tan claro dentro de su grupo, podría deberse a que, durante las dos últimas décadas, el gobierno de Tailandia ha implementado, de manera gradual, varias medidas para ampliar la cobertura sanitaria de la población. Primero, ofreció cobertura a los funcionarios públicos y a sus familiares a cargo y, luego, introdujo un sistema que eximía a las personas de bajos ingresos del pago de los gastos médicos. Este sistema se amplió posteriormente para abarcar a las personas de la tercera edad, los niños menores de 12 años y los discapacitados (26).

Para cubrir a quienes podían pagar su propia atención se implementó un sistema de seguro público voluntario. A partir de 1991, los empleados del sector privado empezaron a quedar cubiertos por el Sistema de Seguridad Social. A pesar de estos esfuerzos, cerca del 30% de la población seguía sin estar cubierta en 2001. Para el caso de Argelia, cabe resaltar que presenta un aumento en el índice de COP entre la década de los 70's y los 80's. Periodo histórico en el que se dan fuertes cambios en

el mandato de este país. Argelia venía siendo liderada, posterior a su independencia desde 1962, por dirigentes socialistas; el primero elegido democráticamente y el segundo llevado al poder por medio de un golpe militar. Estos dos líderes políticos lideraron del periodo de 1962-65 y de 1965-78 respectivamente, durante este periodo, a pesar de las medidas adoptadas, se conservaba la autonomía de la región llegando incluso a nacionalizar empresas extranjeras, mostrando interés por el desarrollo de empleos en la región.

Posteriormente, en 1978, es designado presidente Chadli Bendjedid, un militar adversario de la política socialista predecesora, quien dio más espacio a las iniciativas privadas e introdujo lentamente una economía de mercado, aunque sin abandonar el control estatal de la economía. Sin embargo, a partir de 1985, la caída del precio del petróleo hizo que disminuyesen fuertemente los ingresos del país. Por otra parte, la explosión demográfica hizo que aumentase el desempleo rápidamente. Lo que provocaría posiblemente que en este periodo se acrecentara las deficiencias en salud (19).

Tabla 4. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento para el Régimen de Seguridad Informal A.

Régimen de Seguridad Informal A	60's	70's	80's	90's	00's	Promedio	Decrecimiento
Brasil	8,6	6,7	4	2,07	5,3		-75,93
Colombia	7,5	4,8	2,3		4,9		-69,33
Kenia	1,7	0,9			1,3		-47,06
Polonia	7	4,4	4,1		5,2		-41,43
Hungría	6	4	3,8		4,6		-36,67
Bielorrusia	3		3,3	2,1	2,8		-30,00
Argentina	4,5		3,4		4,0		-24,44
Eslovaquia	5,4		3,6	4,3	4,4		-20,37
República Checa		3,3	3,1	2,9	3,1		-12,12
Lituania		3,9	3,8		3,9		-2,56
Argelia	1,9	2,3			2,1		+21,1
Chile	2,8		6	5,3	4,1	4,6	+46,4
Tailandia	0,4	2,7	1,5		1,5	1,5	+275,0
Promedio	4,9	3,7	3,7	2,2			-55,2

Ilustración 7. Análisis de COP para el Régimen de Seguridad Informal A.

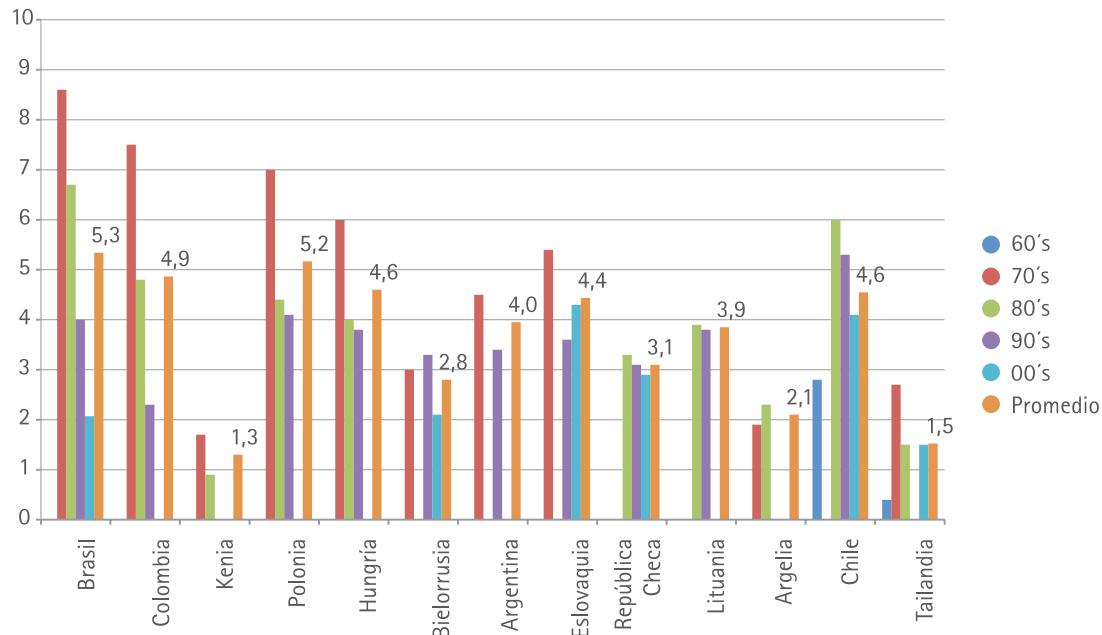
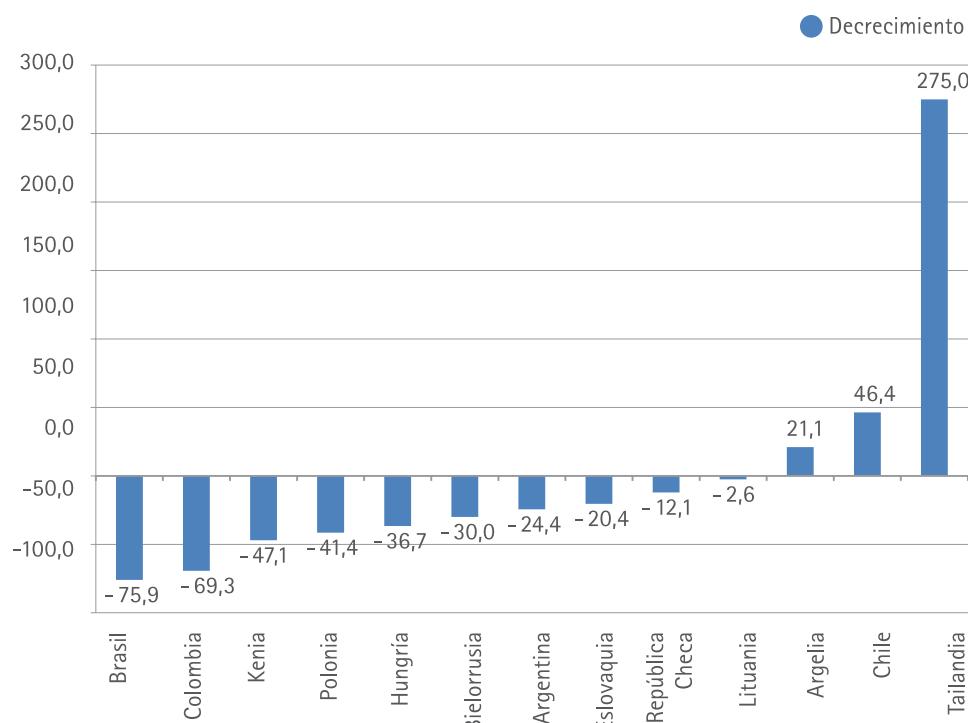


Ilustración 8. Análisis de porcentaje de decrecimiento para el Régimen de Seguridad Informal A.



Régimen de Seguridad Informal B

En este tipo de Régimen vemos una disminución menor en el porcentaje de decrecimiento siendo de -46,95% (Ilustraciones 9 y 10), posicionando a Vietnam como el que mejor se comportó dentro del grupo, con un decrecimiento de -76,19% pasando de un COP de 6,3 en los 70's a 1,5 en la primera década del segundo milenio (Tabla 5). Para entender su comportamiento cabe resaltar que, hacia los años de los 50's, Vietnam del Norte estableció un sistema de salud pública que era muy centralizado, desprotegiendo zonas rurales; después de la reunificación nacional en 1975 se estableció un servicio de salud a nivel nacional pensando en una amplia cobertura de la población y que asistiera de manera eficiente sus requerimientos. Ya para los años 80's la calidad de los sistemas de salud se redujo como consecuencia de un sin número de restricciones presupuestarias (24). La financiación insuficiente ha venido haciendo más evidente ya que según el Banco Mundial, en el 2001, el gasto del gobierno en salud corresponden a sólo el 0,9% del producto interno bruto de Vietnam (PIB) que, con los subsidios estatales cubría el 20% de los gastos en asistencia sanitaria, lo que explicaría la lenta disminución durante la década de los 90's y la primera década del segundo milenio.

Guatemala presentó un crecimiento en su índice de COP del 160% siendo de 1,5 en los 60's, pasando a 2,4 en 80's. El Sistema de Salud Guatemalteco trabaja de manera ineficiente en parámetros de salud oral y salud en general presentando una tasa de mortalidad infantil de 32 niños por cada 1000 habitantes para el año 2012, una de las más altas para los países de América Latina. Adicional a esto, el país tiene cerca de 16.000 médicos para sus 16 millones de personas, la OMS recomienda el doble de proporción, y tiene un gasto en salud de 6,7% del PIB para el 2012. Desde el final de la Guerra Civil de Guatemala, en 1997, el Ministerio de Salud ha ampliado el acceso de atención médica para el 54% de la población rural. Adicional a esto, la asistencia sanitaria ha recibido diferentes niveles de apoyo de las administraciones políticas debido a que se han visto en desacuerdo sobre la mejor manera de gestionar la distribución de los servicios, bien sea a través de un particular o una entidad pública; es decir dejan abierto el libre mercado para que pueda encargarse del sistema de salud guatemalteco. También hay discusión sobre la escala de la financiación que debería estar disponible para el sistema (19, 27).

Tabla 5. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento para el Régimen de Seguridad Informal B.

Régimen de Seguridad Informal B	60's	70's	80's	90's	00's	Promedio	Decrecimiento
Vietnam		6,3		1,8	1,5	3,2	-76,19
Uruguay	4			4,1	2,5	3,5	-37,50
República Dominicana	7		6	4,4		5,8	-37,14
Sri Lanka		3	1,9			2,5	-36,67
Irán		2,4		2,3	1,9	2,2	-20,83
Marruecos		2,6	1,8	2,3		2,2	-11,54
Ecuador	3,2		4,9	2,9		3,7	-9,38
Filipinas	1,5	2,5	5,5	4,6	1,4	3,1	-6,67
Guatemala	1,5	1,1	2,4			1,7	+60,0
Promedio	3,44	2,98	3,75	3,2	1,83		-46,95

Ilustración 9. Análisis de COP para el Régimen de Seguridad Informal B.

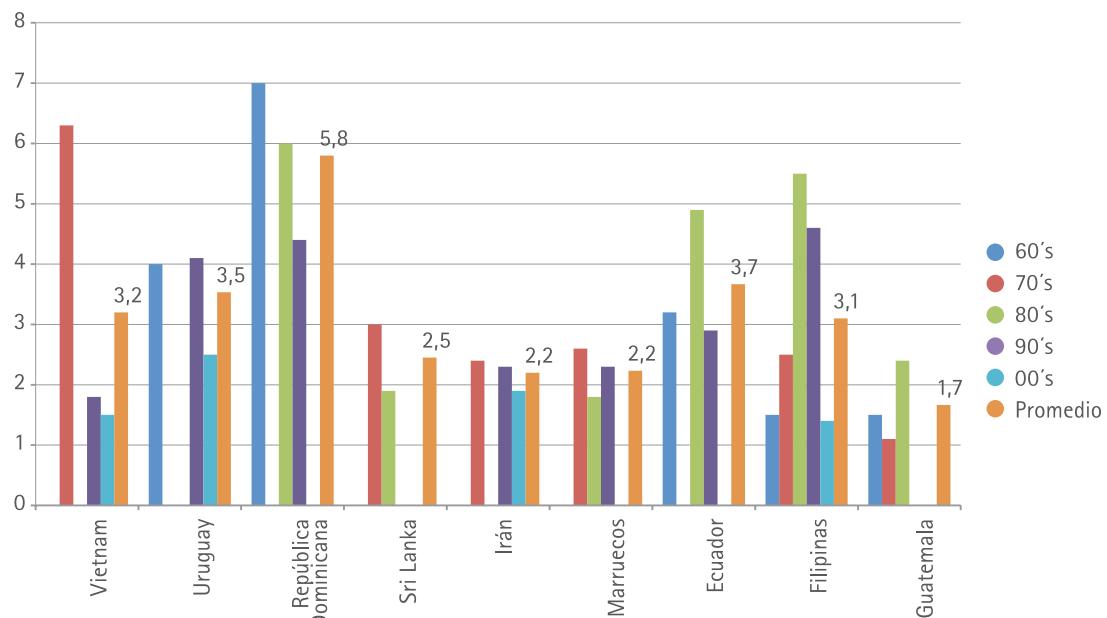
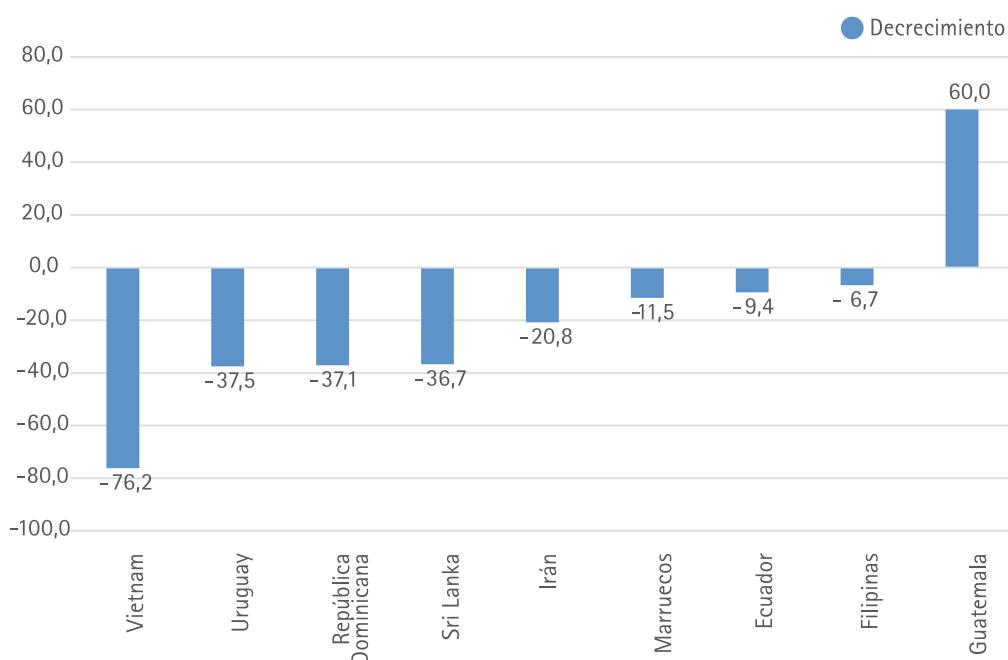


Ilustración 10. Análisis de porcentaje de decrecimiento para el Régimen de Seguridad Informal B.



Régimen de Inseguridad A

Grupo conformado por países africanos y asiáticos, ubicado en el penúltimo puesto, con un decrecimiento de -41,51% ([Ilustraciones 11 y 12](#)), tiene un comportamiento muy similar al del grupo anterior, no difieren mucho entre ellos. Dentro del grupo se destaca Togo que, a pesar de la búsqueda realizada, no se logró obtener un valor de COP más reciente, dando espacio de análisis solo de dos décadas en las cuales se pasó de un COP de 1,6 en los 70's a 0,3 en los 80's (tabla 6) dando un decrecimiento de -81,3% para el margen tan corto que se pudo analizar. Cabe resaltar que en Togo los datos de inversión en salud no son muy alentadores, siendo de tan solo el 8% del PIB para el año 2012. Más del 50% de la población está viviendo por debajo del umbral de pobreza. Podría justificarse este descenso por el paso que tuvo Togo de una etapa de colonización (por parte del Estado Francés) hasta 1963, año en el que se logra la independencia por un golpe de estado, pasando a una transición a la democracia, la cual se ha visto retrasada por el mandato bajo el cual se ha visto sometida, ya que han sido dirigentes militares los que la han gobernado (27).

Por otra parte está Pakistán que presentó un decrecimiento de -52,4%, pasando de un COP de 2,1 en los 70's a 1 en los 90's. Presenta un sistema de salud dual público-privado; regulado por el Ministerio de Salud y Sistema Privado dado por ONG nacionales e internacionales que cubren zonas de difícil acceso. Se financia mediante impuesto y cooperación internacional. Brindaba atención gratuita para todos los que se encontraban en un casco urbano o cercano a éste; pero, en las últimas décadas, ha sido privatizado, convirtiéndose en inaccesible para la mayoría de la población. Las condiciones precarias generales del estado de salud de los pakistaníes siguen deteriorándose, en parte, debido a la falta de oportunidades y de educación. El país destina al sector salud sólo 3,1% del PIB (año 2012), cabría evaluar el comportamiento que ha tenido en las últimas dos décadas para contrastar la influencia de la privatización de los sistemas de salud (24).

Tanzania presentó un decrecimiento de -50,0% pasando de un COP de 0,6 en los 70's a 0,3 en la primera década del segundo milenio. Este país presenta un componente conservador, socialista y de autofinanciación (presentando los modelos liberal, conservador y social-demócrata), su primer presidente dentro de la democracia fue el creador de un partido socialista africano, derrotando los intentos de colonización (no era una social democracia pura) que predominó de 1962 a 1985. Durante esta época los centros de salud fueron redirigidos hacia las zonas rurales (cercano al 70%) y los servicios de salud médica pasaron a ser gratuitos. En años posteriores se incluye la participación de otros partidos; dándose, en 1977, la ley por la cual los profesionales de la salud podía gestionar entidades privadas. A pesar de que la salud está incluida como un derecho constitucional, se acepta que no se cumple a cabalidad; adicional a esto, aún predomina la preferencia, en zonas rurales, por la medicina tradicional. Aunque ha sido grande el esfuerzo hecho a lo largo de las últimas décadas después de su independencia, quedan mejoras por realizar en la regulación al sector privado y la ampliación y mejora en la cobertura, en especial, en las áreas rurales (27).

En otro de los países, como en Madagascar que tiene un crecimiento de +29,2%. La historia de este país podría explicar el comportamiento del COP. Madagascar pasó de un gobierno socialista que lideró desde la independencia en 1962 hasta presentar en 1975 un golpe de estado militar, liderando durante el periodo de 1975 a 1992, lo cual nos indica que hay una experiencia de estado militar de tipo dictatorial; que por experiencias evaluadas, nos deja ver que en estos tipos de mandato podría haber una tendencia a presentar peores niveles de salud.

En el caso de Camerún que presentó un crecimiento de +36,4% en el periodo de 1970 a 1980. Históricamente se ve que el aumento del índice de COP coincide con un gobierno de tipo liberal que permite un redireccionamiento de los recursos para permitir la explotación de pozos petroleros tras su descubrimiento en 1970, dejando a un lado políticas de salud pública y la financiación del sector salud que puede explicar el aumento en el índice COP. Para el caso de Nepal, el crecimiento de su índice COP de +450%, es coincidente con la historia de su organización estatal. Durante el periodo de 1951 a 1989 estuvo dirigida por una monarquía y fue hasta 1989 que se le obliga a aceptar las reformas constitucionales, con lo que permite un acercamiento a la población y una intervención sobre los diferentes sectores, incluida la reforma a un sistema de salud que era prestado en los centros urbanos y poco financiado. Luego de la reorganización estatal vuelve a tener un decrecimiento del COP, llegando a ser de 1,1 para la primera década del segundo milenio, pero siendo mayor a la inicial (28).

Por otra parte, se encuentra la República Africana Central que presentó un crecimiento del 1950% en su índice COP pasando de 0,2 en los años 70's a 4,1 en los 80's un crecimiento abismal para tan solo 10 años de diferencia. Posiblemente relacionado con la llegada al poder de un líder militar, luego del derrocamiento del anterior presidente, quien tomó un sin número de medidas para perpetuarse en el poder, prestando mayor atención a la inversión militar y a la explotación de recursos minerales como petróleo, oro y diamantes. A pesar de la posesión de estos recursos, sigue siendo uno de los países más pobres del mundo ya que ha permitido que la explotación de estos recursos se haga sin ningún control y esté a cargo de empresas extranjeras. La suma de el tipo de gobierno, la inversión y la explotación extranjera y la poca regulación y participación que se tiene sobre los sistemas de salud podría relacionarse con un decrecimiento en los niveles de salud. En la actualidad, este país presenta un pobre sistema de salud con resultados bastante desalentadores; tiene una esperanza de vida de tan solo 49 años y una tasa de mortalidad infantil de 129 niños por cada 1000 nacidos para el año 2012, siendo las cifras más alarmantes dentro este régimen. Teniendo una inversión en gasto social de tan solo 3,8% del PIB para este mismo año. Cifras que muestran el total desinterés del Estado en materia de salud de la población (19, 24).

Tabla 6. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento para el Régimen de Inseguridad A.

Régimen de Inseguridad A	60's	70's	80's	90's	00's	Promedio	Decrecimiento
Togo	1,6	0,3				1,0	-81,3
Pakistán	2,1	1,2	1			1,4	-52,4
Tanzania	0,6	0,6	0,3	0,3		0,5	-50,0
Bangladesh	1,8	3,5	1,7	0,97		2,0	-46,1
Madagascar		2,4	3,1			2,8	+29,2
Camerún	1,1	1,5				1,3	+36,4
Nepal	0,2	0,5	1,9	1,1		0,9	+450,0
Rep. Africana Central	0,2	4,1				2,2	+1950,0
Promedio	1,1	1,8	1,6	0,79			-35,95

Ilustración 11. Análisis de COP para el Régimen de Inseguridad A.

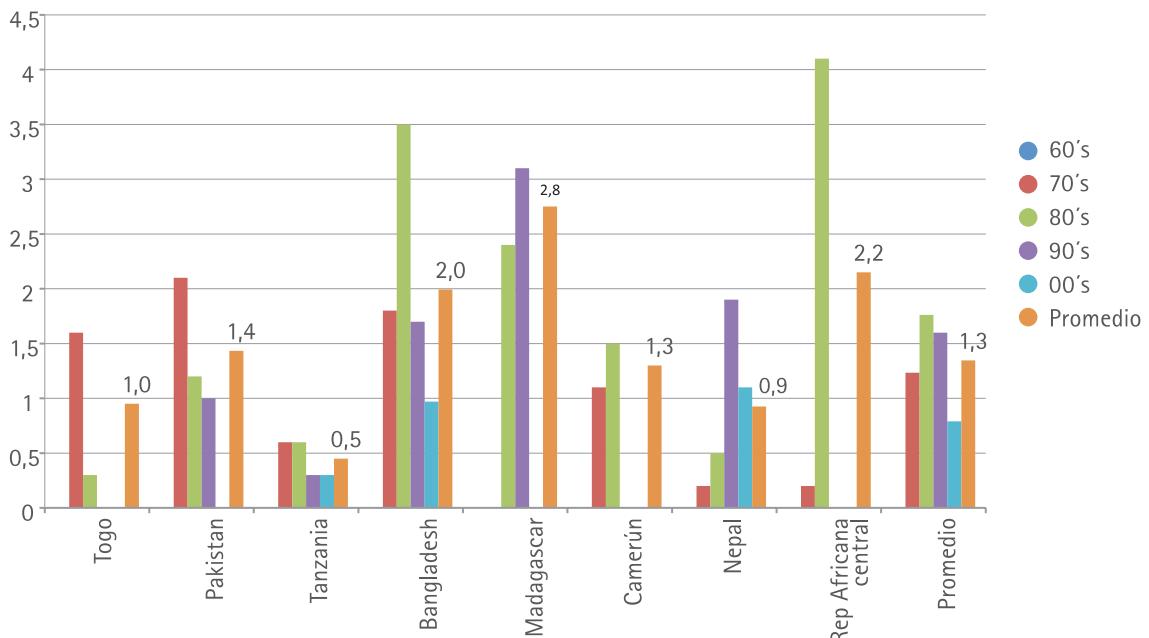
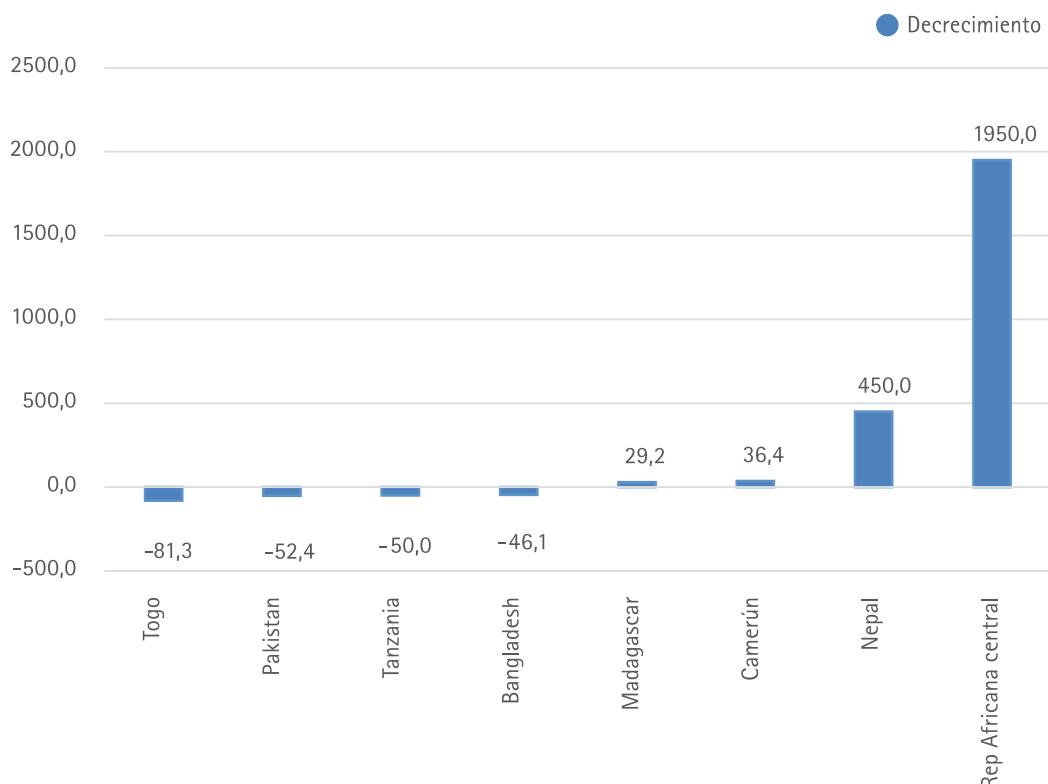


Ilustración 12. Análisis de porcentaje de decrecimiento para el Régimen de Inseguridad A.



Régimen de Inseguridad B

Este grupo se ubica de último en cuanto al análisis de COP, al igual que en la ubicación que los posiciona Geof Wood e Ian Gough como los peores sistemas que pueden presentarse. Éste, al contrario de los otros grupos, presenta un crecimiento (siendo positivo) de +136,84%. ([Ilustraciones 13 y 14](#)) (16).

Los países que lo conforman son todos africanos, siendo el que mejor se comporta Malí, con un decrecimiento de -81,8% pasando de 2,2 en la década de los 80's a 0,4 en la década de los 90's ([Tabla 7](#)), con gran dificultad para analizar en mayor profundidad el comportamiento durante las últimas décadas. Malí es uno de los países más pobres, con bajas tasa de alfabetización, lo que genera, junto con las condiciones económicas desfavorables, que sea escasa la demanda de los servicios sanitarios y poco el interés que le da la población a la atención médica; predominando la atención familiar dada por la misma comunidad/familia que impera en su cultura. Para los años 80s el sistema de salud de Malí se encontraba centralizado y desinteresado por la población, un sistema inaccesible para la población rural y con un monopolio de propiedad estatal encargado del manejo de los costos. Adicional a esto, el ejercicio de las profesiones médicas era de tipo privado con altos costos lo que llevaba a la población a atender sus necesidades por medio de las creencias autóctonas. A partir de la intervención del Banco Mundial, después de 1980, se formula una política sanitaria nacional que estableció una base para ampliar el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales y aumentar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos genéricos esenciales, lo que podría explicar el cambio en el índice de COP en este periodo. Aunque aún quedan vacíos y descontento en el sistema lo que hace ver la necesidad de mejorar este sistema (24).

Por otro lado está Etiopía con un crecimiento claro de +750%, pasando de un COP de 0,2 en la década de los 60's a 1,5 en la primera década del segundo milenio, al igual que Malí se observa un sistema de salud centralizado y despreocupado por las zonas rurales. La baja disponibilidad de profesionales de la salud con formación médica moderna, junto con la falta de fondos para los servicios médicos, conducen a la preponderancia de los curanderos tradicionales menos fiables, que utilizan terapias en el hogar para curar dolencias comunes (Tendiente a un régimen de tipo conservador) (27).

El sistema de salud de Etiopía se ve aumentado por la rápida expansión del sector privado con fines de lucro y organizaciones no gubernamentales que juega papel importante en el impulso de la cobertura del servicio de salud, en busca de mejorar la asociación pública-privada-ONG en la prestación de servicios de atención de salud en el país.

La suma de las ONG a la atención de la población es un esfuerzo que va en busca de mejorar las falencias que este tipo de regímenes presentan, comunes para la mayoría de países incluidos en esta categoría, en el que el aseguramiento de la población se da por entidades públicas y privadas, siendo de mayor participación el sector privado y un sector público poco financiado y con muchas falencias (19).

Tabla 7. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento para el régimen de Inseguridad B.

Régimen de Inseguridad B	60's	70's	80's	90's	00's	Promedio	Decrecimiento
Mali			2,2	0,4		1,3	-81,82
Ghana	1,3		0,4			0,9	-69,23
Senegal		1,6	1,5	1,2		1,4	-25,00
Malawi		0,8	0,8	0,8		0,8	0,00
Uganda	0,4	2,4		0,4		1,1	0,00
Benín		0,3	1,4	0,7		0,8	133,3
Etiopia	0,2	1,5		1	1,5	1,1	650,0
Promedio	0,63	1,32	1,26	0,75	1,5		+136,84

Ilustración 13. Análisis de COP para el régimen de Inseguridad B.

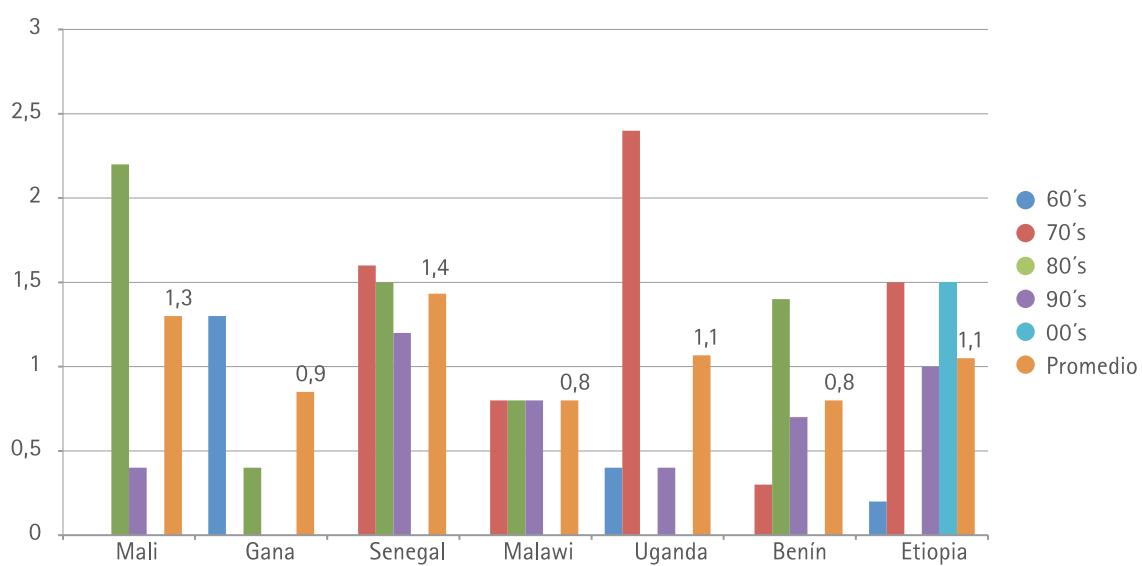
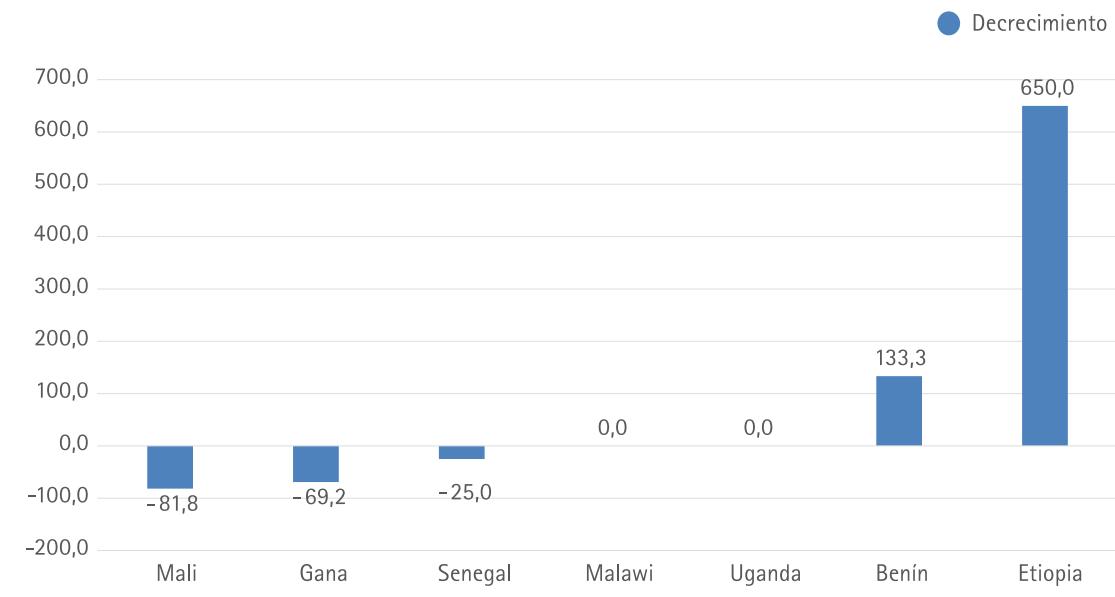


Ilustración 14. Análisis de porcentaje de decrecimiento para el régimen de Inseguridad B.



Para finalizar se realiza una comparación entre los diferentes tipos de regímenes de bienestar según sus promedios y tasas de decrecimiento. Ubicando en los tres primeros puestos a los Régimen de Bienestar establecidos por Esping Andersen encabezando la lista el Régimen Social-Demócrata presentando el mayor decrecimiento (-83,6%) lo que podría estar influenciado por el tipo de aseguramiento presente en estos países en el que se garantiza un total acceso a los servicios de salud y de manera gratuita; seguido por el régimen conservador con un decrecimiento de -83,5% (29, 30).

Mientras que para los regímenes planteados por Geof Wood e Ian Gough se evidencia un comportamiento acorde con el orden en el que los clasifica, aunque con comportamientos internos dispares, siendo los grupos que se asemejan más a un régimen de bienestar (Régimen de Seguridad Informal A) los que presentan mejor comportamiento en el decrecimiento; ubicando este grupo en cuarto lugar en seguida del último de los regímenes (régimen liberal con un decrecimiento de -79,0%) con un decrecimiento de -55,2%. Seguido del Régimen de Seguridad Informal B con un decrecimiento de -46,9% al cual le sigue el Régimen de Inseguridad A con un decrecimiento de -35,9% ([Tabla 8](#)).

Por último, y con el peor comportamiento, se encuentra el régimen de inseguridad B que presenta un crecimiento de +136,8% ([Ilustración 15](#)) (contrario al comportamiento de los otros 6 grupos), asociado con los bajos niveles de intervención estatal y una alta dependencia del capital económico para acceder a servicios de salud adecuados y que satisfagan las necesidades de la población. Países en que los indicadores de gasto social, como porcentaje del PIB, son los más bajos y los indicadores de salud tradicionales, como tasa de mortalidad infantil, índice de desarrollo humano e ingreso por intervención extranjera superan en gran medida a los países de los demás grupos.

También podemos evidenciar, como lo muestra la [Ilustración 16](#), que tomando los valores promedio de cada uno de los regímenes a lo largo de las 5 décadas, se observa que tiene un mejor

comportamiento el Régimen de Inseguridad B y A, seguido por los Regímenes de inseguridad y por último los regímenes de bienestar planteado por Esping Andersen, esto posiblemente se debe a la poca industrialización y desarrollo que han tenido los países pertenecientes a estos regímenes en comparación con los países europeos integrantes de la OCDE que, en su mayoría, son productores y consumidores de dietas con un alto contenido de azúcares.

Tabla 8. Análisis de COP y porcentaje de decrecimiento entre los Regímenes.

COP	60's	70's	80's	90's	00's	Promedio	Decrecimiento
Social-Demócrata	9,0	4,8	4,2	2,2	1,2	4,3	-86,6
Conservador	7,3	4,4	2,9	2,4	1,3	3,6	-81,7
Liberal	5,4	3,8	2,4	1,8	1,1	2,9	-79,0
Seguridad Informal-A		4,9	3,7	3,8	2,2	3,6	-55,2
Seguridad Informal-B	3,4	3,0	3,8	3,2	1,8	3,0	-46,9
Inseguridad-A		1,2	1,8	1,6	0,8	1,3	-35,95
Inseguridad-B	0,6	1,3	1,3	0,8	1,5	1,1	136,8

Ilustración 15. Análisis de COP entre los Regímenes.

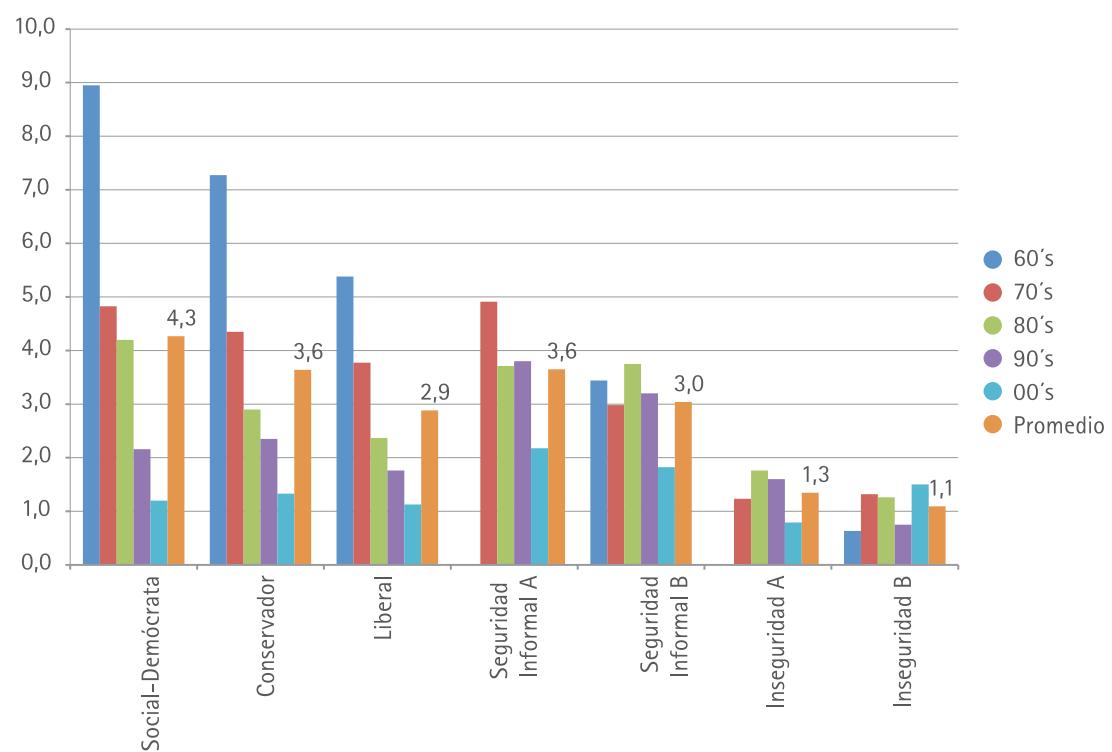
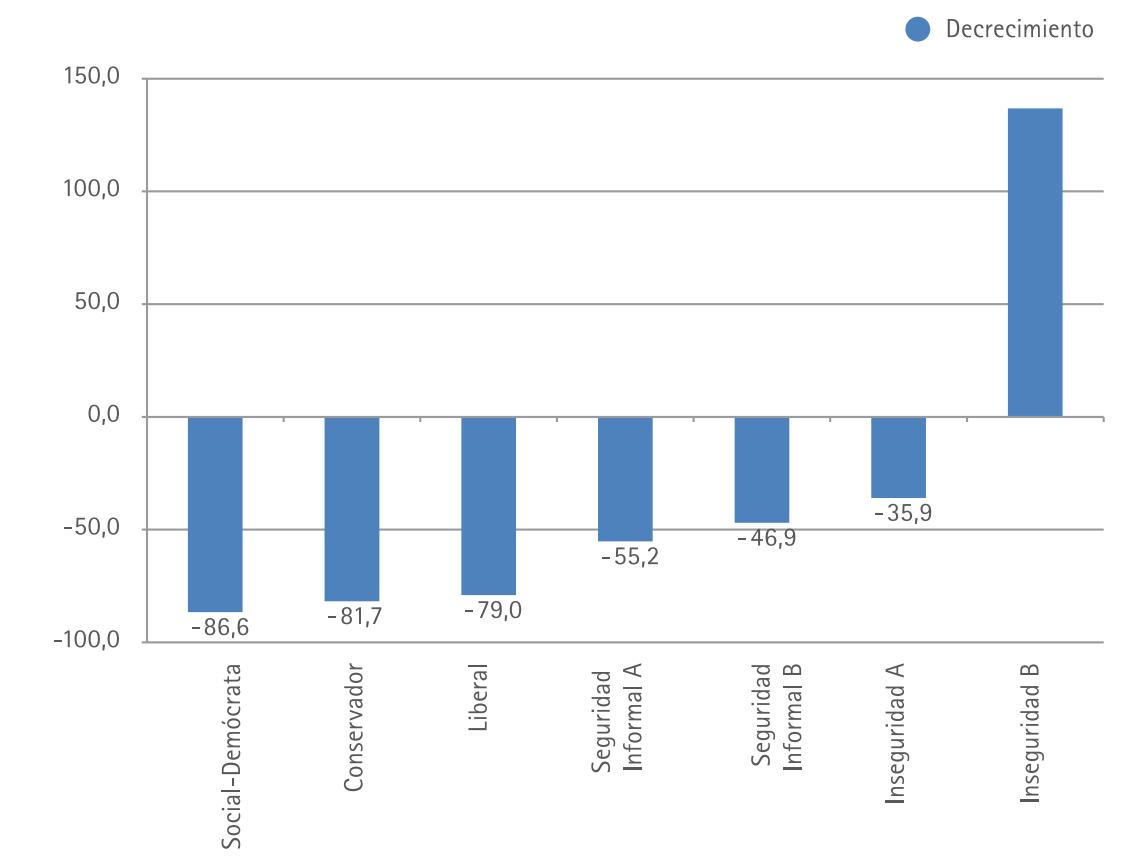


Ilustración 16. Análisis de porcentaje de decrecimiento entre los Regímenes.



DISCUSIÓN

Régimen Social-Demócrata: Países como Dinamarca, Suecia y Noruega han sido tradicionalmente Social-Demócratas; en el caso de Dinamarca, con un decrecimiento de -91,1%, se caracteriza por ser un país altamente solidario con alta inclusión social en el que, a pesar de tener una alta tasa de impuestos, la población confía en el Estado al ver reflejada la redistribución de los impuestos en los servicios brindados por el sector público.

En el caso de Bélgica, con un decrecimiento de -58,1%, el modelo brinda un sistema de seguridad social con la participación del sector privado donde el aseguramiento está disponible en el mercado y, para acceder a los servicios, el ciudadano requiere un capital financiero para poder cubrir sus gastos en salud que se reembolsan posterior a su atención.

Régimen Conservador: Dentro de los países que lo conforman se encuentra Alemania como el país que mejor se comporta dentro del grupo con un decrecimiento de -88,3%, se caracteriza por ser la cuna del modelo Bismarkiano, maneja un sistema de seguro social con una cobertura universal donde se brinda una devolución en la prestación de los servicios de acuerdo al monto pagado por el asegurado; también se permite la participación de los seguros privados pero en baja proporción. En los últimos años, ha hecho esfuerzos por asegurar cerca de 17 millones de personas sin base económica.

Para el caso de Italia, con un decrecimiento de -62,5%, el que menor decrecimiento presentó. Fue incluido dentro del grupo por Esping Andersen dentro de la categoría, pero cabe resaltar que autores como Ferrero lo excluyen de este grupo por ser un país de tradición de democracia cristiana, con una participación del sistema privado en mayor porcentaje y donde el sistema público tiene falencias obligando a las personas a adquirir un sistema de seguro privado, menor demora en asignación de citas y mayor cubrimiento en los tratamientos.

Régimen liberal: En este régimen se incluye a países como Australia, en el que el decrecimiento fue mayor (-84,2%) y presenta un sistema de aseguramiento público, el Medicare, con un alto porcentaje de cubrimiento pero la participación del sistema privado se incentiva por parte del Estado mediante la reducción en los impuestos del 1,5% para todos aquellos ciudadanos que adquieran un seguro privado. Para el caso de Estados Unidos, con un decrecimiento de -72,5%, que maneja el PIB más alto del mundo, 17% del PIB, falla en su tipo de aseguramiento ya que deja cerca del 15% de la población sin aseguramiento, aclarando que el decrecimiento logrado se da posiblemente por medidas universales como la fluorización del agua.

Régimen de Seguridad Informal A: Grupo en el cual empiezan a aparecer países latinoamericanos, siendo Brasil el que mejor comportamiento presenta con un decrecimiento de -75,9%, logrando esta reducción después de la instauración del sistema único de seguridad que, a pesar de tener críticas, presenta buenos resultados en salud oral. Colombia, que aparece en el segundo lugar, presenta adecuados resultados y más aún con el desarrollo del cuarto estudio nacional de salud bucal en el cual le va aún mejor. Para el caso de Argelia, Chile y Tailandia son los tres países dentro del grupo que interrumpen la tendencia al decrecimiento que estaban presentando los regímenes anteriores, esto coincide con los tiempos en el que llegaron dictaduras militares al poder en los tres países, donde los esfuerzos llevados a cabo, después del derrocamiento de estas dictaduras, no fueron suficientes para lograr un decrecimiento del indicador a las cifras iniciales.

Régimen de Seguridad Informal B: En el cual está Vietnam como el que mejor comportamiento presenta con un decrecimiento de -76,2%, esto posiblemente debido a la unificación del sistema nacional de salud, en 1975, con lo que se estableció un servicio de salud a nivel nacional pensando en una amplia cobertura de la población y que asistiera de manera eficiente sus requerimientos. Para el caso de Guatemala, que presentó un crecimiento en su índice de COP del 160%, el Sistema de Salud trabaja de manera ineficiente, la asistencia sanitaria ha recibido diferentes niveles de apoyo de las administraciones políticas debido a que se han visto en desacuerdo sobre la mejor manera de gestionar la distribución de los servicios, bien sea a través de un particular o una entidad pública; es decir dejan abierto el libre mercado para que pueda encargarse del sistema de salud guatemalteco.

Régimen de Inseguridad A: Togo, el que mejor comportamiento tuvo con un decrecimiento de -81,3%; coincide en el periodo histórico de su independencia y el establecimiento de la democracia y derrocamiento de las dictaduras militares. Por el contrario, los países que peor comportamiento tuvieron fueron Madagascar, Camerún y República Africana Central que coinciden con el periodo histórico de llegada al poder de mandatarios militares que se encargaron de vender las riquezas del país como petróleo, oro y diamantes. Permitiendo que, de esta manera, las compañías extranjeras se apoderaran de las riquezas y salieran de los países sin dejar ningún tipo de capital financiero que proviniera de las ventas de estas riquezas. Sumado a esto se presenta el completo desinterés por parte del Estado para el financiamiento de los sistemas sanitarios.

Régimen de Inseguridad B: El único de los regímenes que presenta un crecimiento en el indicador general del grupo. Con países como Malí con un decrecimiento del -81,8%, presenta un comportamiento adecuado, ya que en la década de los 80's tiene un ingreso de capital por parte del Banco Mundial, exigiendo a cambio un aumento en la cobertura del sistema sanitario y mejora en su prestación de los servicios y permitir el acceso a medicamentos genéricos esenciales. Para el caso de Etiopía, con un crecimiento de +650%, presenta un comportamiento acorde con lo anteriormente expuesto para los países africanos, sumado el papel fundamental de las ONG's que brindan servicios a la población mas apartada de los centros urbanos.

CONCLUSIONES

En el análisis de resultados evidencia la dependencia que tienen indicadores de salud, como lo es el índice COP específico para evaluar la salud oral de la población, con la lógica de aseguramiento y ordenamiento del sistema sanitario bajo el que se rige un país. Al comparar Regímenes de Seguridad, como los planteados inicialmente por Esping Andersen, aplicables a países pertenecientes a la O.C.D.E., con los planteados por Geof Wood, que precisamente no incluyen a ninguno de los incluidos en la clasificación inicial, se puede observar el variado comportamiento de los resultados de valores de COP de la última década y a lo largo de las últimas décadas.

Los valores de COP en los países de la O.C.D.E. en comparación con los valores de COP en los países pertenecientes al Régimen de inseguridad B, en promedio, se asemejan bastante no por las políticas públicas manejadas en estos países, sino por el reducido contacto que han tenido los países de Regímenes de Inseguridad A y B con dietas occidentalizadas y azucaradas y que, en algunos casos, el índice ha ido en aumento en estos Regímenes. Diferente es la situación de los países pertenecientes a la O.C.D.E., como lo evidencian sus gráficas, en la que hay una marcada tendencia al descenso desde la década de los 60's a la actualidad.

De igual manera, podemos evidenciar como en países pertenecientes al Régimen Social-Demócrata se presentan mejores niveles de salud oral en especial evaluando su comportamiento a lo largo de las décadas. Observando un claro descenso en países como Dinamarca donde se ha implementado un modelo en el que toda la población se encuentra asegurada, es de carácter universal y gratuito, se financia por el Estado, con recursos de la población, proveniente de los impuestos, asociados a una muy baja tasa de desempleo.

Este modelo de aseguramiento garantiza accesibilidad a toda la población lo que se ve reflejado en los niveles de salud oral por medio del decrecimiento del COP en Dinamarca. Siendo el decrecimiento de éste país mayor al presentado por los demás países incluidos en el grupo. El Régimen Social-Demócrata también presenta un mayor decrecimiento comparado con los otros Regímenes, poniendo de manifiesto que realmente son efectivas las políticas implementadas en aquellos países con un modelo de aseguramiento universalista y de atención gratuita.

El decrecimiento en el COP de los Regímenes presenta un comportamiento acorde con el orden que los clasifica Geof Wood, aunque con comportamientos internos dispares. Siendo los grupos que se asemejan más a un régimen de bienestar (Régimen de Seguridad Informal A) los que presentan un mejor comportamiento en el decrecimiento. Ubicando este grupo en cuarto lugar, siguiendo al último de los Regímenes de Bienestar (Régimen Liberal), lo que indica que aún son insuficientes los esfuerzos que realizan estos países en materia de políticas públicas encaminadas a una adecuada

asistencia en salud que garantice a la población adecuados niveles de prestación de servicios y un alto porcentaje de cubrimiento. Prestación que debe ser independiente de la posición social o poder adquisitivo que tengan las personas.

También podemos observar que grupos de países, como los incluidos en el Régimen de Inseguridad B, presentan los peores indicadores en cuanto a salud (tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, mortalidad materna entre otros), así como el grado de apoyo que brinda el Estado y el control que tiene sobre los capitales externos y privados. Esto permite evidenciar que sí es influyente el papel que toma el Estado en la prestación de los servicios de salud sobre los indicadores que ponen de manifiesto cómo se encuentra la población en diferentes aspectos de salud, en especial el indicador de COP que fue el analizado en el presente trabajo.

A lo largo del texto se ha podido evidenciar la estrecha relación que se presenta entre la salud de la población y las medidas políticas derivadas de diferentes tipos de gobierno, es el caso visto de dictaduras de tipo militar que han sido represoras (Madagascar, República Centroafricana) y de gobiernos que han permitido el crecimiento de desarrollo de mercados privados con gran desarrollo capitalista (Argelia, Guatemala, Camerún) que llegan a influenciar en los niveles de salud presentados por la población, siendo en estos casos en los que el índice de COP tiene un comportamiento indeseado. Presentando una tendencia al aumento, en estos países, de los niveles de carieses.

El caso de los países pertenecientes al Régimen de Inseguridad B es diferente. Estos países desarrollan una economía independiente y reciben en gran medida apoyo económico extranjero, con poca inversión en un sistema de salud público. La cobertura de la población en materia de salud es garantizada por entidades privadas que se ofrece a aquellos que tengan los medios económicos para acceder al servicio, mientras que el resto de la población depende de la atención que brindan las ONG de manera gratuita, en especial en zonas rurales. Este tipo de "aseguramiento", con baja cobertura, se refleja en los pobres niveles de salud que presentan estos países.

Es importante el desarrollo de sistemas de aseguramiento que incluyan una amplia cobertura, atención gratuita y equitativa, pensada en una lógica de redistribución del capital. Establecer un sistema de salud que debe ser subsidiado en su gran mayoría por el Estado, recaudado principalmente de los impuestos pagados por los ciudadanos e independiente de una lógica de mercado laboral, con participación externa, altamente regulada, de entidades privadas y predominio de la atención de sistemas públicos.

De igual manera, se debe evitar una intervención depredadora de los sistemas privados, pensados en una lógica capitalista, debido a que este tipo de sistemas son, en su gran mayoría, de carácter curativo o restaurador y muy poco, o nada, preventivo; desarrollan políticas que dejan desprovistas a personas de atención, al no tener los medios suficientes para pagar un tipo de aseguramiento privado; y generan grandes brechas de no equidad entre la población que tiene los recursos económico y la que está asegurada a un sistema de salud, poco financiado y con atención deficiente.

Medidas desarrolladas a lo largo del tiempo en países pertenecientes a los Regímenes de seguridad informal y de inseguridad, que permiten la participación de un mercado privado no garantizan una atención en salud de buena calidad, debido a que solo se está dirigiendo la atención a la población de las zonas urbanas y a costos elevados y la metodología bajo la que funcionan es más restaurativa que preventiva. Siendo de acceso solo a la población con recursos económicos necesarios para

poder pagar este tipo de aseguramiento. Es por ello que se debe ayudar a desarrollar un servicio de salud accesible, eficaz y sostenible, promoviendo el mejoramiento de la salud oral en estos países.

En documentos como "Estrategia regional de salud bucodental para los años noventa" desarrollado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud), se plantean estrategias que incluyen integración de los servicios bucodentales a los sistemas de salud, se propone por la formación de profesionales para atender las necesidades de la región, se promueven programas preventivos en materia de salud oral, se apoya la formulación de políticas sobre educación en cuidados de la salud oral y se propone la creación de sistemas de información sobre el cuidado bucodental son estrategias dirigidas a países latinoamericanos pensadas en el cambio epidemiológico de la salud oral de la población a través de la participación del sector público; que buscan garantizar, en cierta medida, la mejora en la atención y prestación de los servicios; y desarrollaron campañas, a lo largo de los años y en diferentes países de América Latina, de la fluoración de la sal y del agua para obtener un índice COP inferior a 3,0 y así cumplir con el objetivo de la OMS para el año 2000 en materia de salud oral (31).

Los objetivos globales para la salud bucodental fueron establecidos por la FDI (Federación Dental Internacional) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1981 y estaban estipulados para cumplirse en el año 2000. Posteriormente, la OMS llevó a cabo una evaluación del logro de los objetivos e iniciaron nuevamente la formulación de los objetivos para el año 2020.

Entre los Objetivos Globales para el 2000 la Salud Bucodental, que aparecen en un informe de 2003, se encuentran (32):

- Disminuir la mortalidad por enfermedades bucodentales y cráneo faciales.
- Reducir la morbilidad de las enfermedades bucodentales y cráneo faciales con el fin de mejorar la calidad de vida.
- Promover políticas y programas sostenibles, en los sistemas de salud oral, de acuerdo a las prioridades, es decir aquellas que se encuentren sustentadas con evidencia científica.
- Desarrollar sistemas de salud oral para la prevención y control de enfermedades bucodentales y cráneo faciales, que tengan como característica ser accesibles y costo-eficaces usando como método predictor el factor de riesgo en común.
- Formar un conjunto entre promoción y atención en salud oral.
- Desarrollar programas de salud oral con el fin de mejorar la salud en general.
- Fortalecer los sistemas y métodos de vigilancia en salud oral, tanto en su resultado como en el proceso.
- Promover la ética y responsabilidad social entre los encargados de la atención.
- Disminuir las disparidades y desigualdades en salud oral entre los distintos grupos socioeconómicos de cada país.

- Aumentar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y trastornos orales.

Posteriormente a la Asamblea Mundial de la Salud, donde se aprobaron las metas para el año 2000, el Servicio de Salud Bucodental, la OMS y la FDI, recomendaron metas concretas para la salud bucodental como alcanzar un índice COP de 3.0, a nivel mundial, para los niños de 12 años de edad; teniendo en cuenta que éste es el primer indicador del estado de salud bucodental a nivel global (33).

Algunos miembros de la FDI, la OMS, y la IADR (*International Association for Dental Research*), escogidos de distintas partes del mundo, formaron un grupo que se encargó de preparar nuevos objetivos para el 2020 que fueron sometidos a evaluación y consideración de Centros de Colaboración en Salud Oral de la OMS, Asociaciones Dentales Nacionales y otros grupos interesados en el tema.

Para el año 2020 las metas, objetivos y blancos globales para la Salud Oral se circunscriben en promover la salud bucodental y minimizar el impacto de las enfermedades de origen bucodental y cráneo facial, teniendo en cuenta su impacto en la salud física general y el impacto psicosocial, tomando como blanco aquellas poblaciones más afectadas. Así como minimizar el impacto de las manifestaciones cráneo faciales y orales de las enfermedades, usándolas como un método para el diagnóstico precoz, la prevención y manejo de enfermedades sistémicas asociadas (34, 35).

Propendiendo por el cumplimiento de los objetivos es de responsabilidad de cada uno de los países su implementación y velar por su cumplimiento en todos los aspectos, principalmente en el campo de salud oral, ya que la mayoría de objetivos quedaron pendientes por cumplir en países que se encuentran fuera de los Régimenes de bienestar y en algunos de los pertenecientes al Régimen de Bienestar Liberal, como es el caso de Estados Unidos.

Luego haber realizado la revisión de cada uno de los índices de COP de los países y su comportamiento de acuerdo al Régimen en el que fueron clasificados; partiendo de la discusión anteriormente planteada podemos concluir lo siguiente:

- Determinantes de nivel macroestructural, como lo es el tipo de Régimen bajo el cual funciona el sistema de salud en cada uno de los países, es determinante sobre la salud en general de la población.
- El índice de COP está fuertemente relacionado con la organización política y consecuentemente con el tipo de aseguramiento que se le brinda a la población.
- Permitir una participación de sistemas privados en la prestación de servicios de salud a la población está asociado a países que presentan un bajo grado intervención y participación del Estado en la seguridad de la población, generando niveles más bajos de salud oral.
- Alcanzar unos mejores niveles de Salud Oral es posible por medio de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud y se garantice acceso de manera gratuita y universal a la población.

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Selwitz R, Ismail A, Nigel P.** Dental caries. *Lancet*. 2007 Enero 6; 369 (9555): p. 51-59.
2. **Bourgeois D, Nihtila A, Mersel A.** Prevalence of caries and edentulousness among 65-74 years-olds in Europe. *Bull World Health Organ*. 1998; 76 (4).
3. **Petersen PE.** Global Policy for improvement of oral health in the 21st century - implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009; 37: p. 1-8.
4. **Caballero M.** Evaluación de los sistemas de salud: estudio multivariante del logro en salud en los países Europeos. *Rev Ger Pol Sal*. 2006; 5 (11): p. 56-69.
5. **Campos P.** Análisis comparados de sistemas sanitarios. EN: Martinez F. Salud pública. Interamericana S.A.; 1997. p. 819-844.
6. **Giraldo C.** El origen de la protección social. EN: Giraldo C. ¿Protección o desprotección social? Colombia: Desde abajo; 2007. p. 39-87.
7. **Beveridge WH.** El seguro social y sus servicios conexos: Editorial Jus; 1946.
8. **Navarro V.** What we mean by social determinants of health. *Int J Health Serv*. 2009; 39 (3): p. 423-441.
9. **Lomelí EV.** Los debates sobre los regímenes de bienestar en América Latina y en el Estado de Asia. Los casos de México y Corea del Sur. Espiral, *Estudios sobre Estado y Sociedad*. 2010 Enero/Abril; 16 (47).
10. **Bambra C.** "Sifting the Wheat from the Chaff": A two-dimensional discriminant Analysis of the welfare State Regime Theory. *Social Policy and Administration*. 2007 Febrary; 41(1): p. 1-28.
11. **Gómez D.** Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y del Caribe. *Rev Salud Pública*. 2005; 7 (3): p. 305-16.
12. **Fleury S.** Estados sin Ciudadanos. Seguridad Social en América Latina Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
13. **Filgueira F.** Pasado presente y futuro del Estado Social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas. EN: Hernandez-Bello A, Rico de Sotelo C, (editores). Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011. p. 69-101.
14. **Navarro V, Borell C, Benach J.** The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J of Health Serv*. 2003; 33 (3): p. 419-494.

15. **Bambra C.** Decommodification and the worlds of welfare revisited. *Journal of European Social Policy*. 2006 January; 16 (1).
16. **Wood G, Gough I.** A comparative Welfare Regime Approach to Global Social Policy. *World Development*. 2006; 34 (10): p. 1696-1712.
17. **Sanabria C, Suárez M, Estrada-Montoya JH.** Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Rev Gerenc Polít Salud* 2015; 14(28): 161-189. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.rdsc>
18. **García LC, Sánchez-Alfaro LA, Estrada-Montoya JH.** Determinantes estructurales y su relación con el índice de COP en países de desarrollo alto, mediano y bajo. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: 20/07/2014]; 5(1): 25-40. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>
19. **Banco Mundial.** El Banco Mundial. [Online].; 2012 [cited 2014 Septiembre 22. Available from: <http://databank.bancomundial.org/data/views/reports/tableview.aspx>.
20. **Wikipedia.** Wikipedia. The free encyclopedia. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril 16. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany.
21. **Schwefel D.** Normas, Formas y Reformas del Sistema Alemán de Salud. Cooperación Alemana al Desarrollo; 1997.
22. **Wikipedia.** Wikipedia. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril 20. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States.
23. **Silva MT.** Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26(2): p. 251-257.
24. **Nithila A, Bourgeois D, Barmes D, Murtomaa H.** WHO Global Oral Data Bank, 1986-96: An overview of oral health surveys at 12 years of age. *Bulletin of the World Health Organization*. 1998; 76 (3): p. 237-244.
25. **OPS.** La salud pública y la organización mundial en Chile 1902-2000: 100 años de colaboracion. 2001.
26. **Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitarayamphong S.** Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004 October; 82 (10).
27. **OMS.** Dental Caries Levels at 12 Years. OMS, Programa de salud oral; 1994.
28. **Yee R, McDonald N.** Caries experience of 5-6-year-old and 12-13-year-old school children in central and western Nepal. *Int Dent J*. 2002 December; 52 (6): p. 453-460.
29. **Esping-Andersen G.** Power and Distributional Regimes. *Politics and Society*. 1985; 14 (2): p. 223-256.

30. Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism; 1990.
31. Estupiñán S. Estrategia regional de salud bucodental para los años noventa. Organización Panamericana de la Salud. 1994. Agosto; 248.
32. OMS, IADR, FDI. Objetivos Globales para la Salud Bucodental. 2003 Septiembre.
33. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Report. Geneve: World Health Organization, Oral Health Programme; 2003.
34. Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005 Septiembre; 83(9): p. 661-669.
35. OMS. Subsanar las desigualdades en una generación, alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud; 2009.