Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que "los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables."

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

Experiencias en modelos de gestión en salud en países latinoamericanos. Caso de Chile y Colombia

Emilton Darío Pérez Prada

Informe Comparativo para optar por el título de: Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

Director

Ivanhoe Rozo Rojas

Ingeniero industrial

Universidad Santo Tomas, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas

Especialización Gerencia en Instituciones en Seguridad Social en Salud

2016

Contenido

Pág.

1. Marco de Referencia 8

1.1 Antecedentes 8

1.2 Situación Actual 9

2. Análisis Comparativo de los Sistemas de Salud de Colombia y Chile 14

2.1 Sistema de Salud de Chile 14

2.1.1 Breve historia. 15

2.1.2 Legislación básica 17

2.1.3 Visión de la situación de salud en Chile 19

2.1.4 Marco legal del sistema de Salud de Colombia. 32

2.1.5 Ley 100 de 1993. 33

2.1.6 Ley 1122 de 2007 34

2.1.7 Ley 1438 de 2011 34

2.1.8 Visión del Sistema de Salud en Colombia. 34

2.2 Análisis Comparativo entre Chile y Colombia 44

3. Conclusiones y Recomendaciones 55

Refeferencias 57

Lista de Figuras

Figura 1. Composición del Sistema de Salud Chileno 12

Figura 2. Población estimada en Chile a 30 de Junio del 2104, por grupos quinquenales de edad y sexo. 15

Figura 3. Pirámide Población Colombia 2005 - 2013 32

Figura 4. Afiliación a salud en 1993 por quintil de ingreso 37

Figura 5. Afiliación a salud en 1993 por quintil de ingreso 37

Figura 6. Gasto de Bolsillo 39

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1. *Indicadores Generales. Chile año 2012 -2014* 14

Tabla 2. *Legislación básica de Chile* 17

Tabla 3. *Indicadores de Mortalidad infantil, materna y general en países de América Latina (2013)* 22

Tabla 4. *Algunos indicadores sanitarios básicos de Chile: años 1952, 1980 y 2014* 23

Tabla 5. *Algunos indicadores socioeconómicos de Chile (2014)* 24

Tabla 6. *Índices sanitarios básicos comparativos de Chile y Estados Unidos de Norteamérica (2014)* 25

Tabla 7. *Gasto en salud (% del PIB) y per cápita en Chile y Estados Unidos de Norteamérica* 25

Tabla 8. *Debilidades del sistema público de salud* 27

Tabla 9. *Aspectos deficitarios del sistema de salud chileno comparativamente con los países de OCDE* 28

Tabla 10. *Aspectos negativos del sistema privado de salud* 30

Tabla 11. *Indicadores Generales. Colombia año 2010 -2015* 31

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2016), un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. A nivel nacional, la mayoría de los sistemas de salud comprenden el sector público, privado, tradicional e informal, con cuatro funciones principales: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

La gestión en salud presenta particularidades que se desprenden básicamente de las formas en que las personas buscan cuidados de salud (demanda) y de la lógica que las organizaciones (servicios de salud) siguen para proveer dichos servicios. Estas particularidades han hecho necesario el diseño de modelos de gestión que definan las prioridades del servicio, cuáles son las decisiones que deben ser tomadas por la dirección, qué valores las guían, quién las tomas y cómo las toma (Tobar, 2012).

En un sistema de salud a nivel nacional, un modelo de gestión contempla dos cuestiones principales: por un lado los valores que guían el sistema y por otro las funciones del estado en salud (González García, 2002).

Desde esta visión, la dimensión política del sistema de salud consiste en definir qué tipo de información debe ser suministrada a la población, qué servicios debe proveer directamente el estado, cuáles servicios debe comprar al sector privado y cómo se deben regular las empresas de salud (Chiara, 2015).

El presente trabajo muestra un informe comparativo entre los modelos de gestión en salud de dos países latinoamericanos: Chile y Colombia, buscando con ello diferenciar los dos sistemas, en el ámbito de la dimensión política y de gestión de ellos.

En el marco del desarrollo del trabajo se utilizaron principalmente consultas a fuentes bibliográficas a través de internet; que permitieron establecer el marco de referencia y realizar el análisis comparativo, complementado con la asistencia al Primer congreso de Gestión y Administración desarrollado en la ciudad de Cali por la universidad Antonio Camacho en el mes de Abril de 2016.

El trabajo está organizado y presentado de la siguiente forma:

En el capítulo 1 se presenta el marco referencial, compuesto por los antecedentes y la situación actual de los sistemas de salud de Colombia y Chile.

En el capítulo 2 se realiza el análisis comparativo de ambos sistemas de salud, profundizando inicialmente en cada uno de ellos y realizando finalmente la comparación.

En el capítulo 3 se presentan algunas conclusiones y recomendaciones sobre el tema tratado.

1. Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina (Castro Hoyos, 2012), trata de efectuar una presentación de los modelos, los procesos y los resultados de cinco países que se han destacado por sus esfuerzos en mejorar las condiciones de salud de su población, particularmente en los últimos diez años, con muy diferentes niveles de logro e impacto. Colombia, Brasil, México, Chile y Costa Rica, comparten orígenes y luchas históricas para su independencia como colonias europeas, pero más allá de su cultura, tan relacionada como heterogénea, estos países de América Latina fueron incluidos en el estudio por razones más asociadas a su tradición y pensamiento aplicado al terreno de la salud pública.

Establece los orígenes, estado actual y futuro de los Sistemas de Salud de países como Canadá, Chile, Costa Rica y Colombia, teniendo en cuenta para tal fin entre otros, las principales leyes que rigen los sistemas de salud de cada uno; en Canadá, el Sistema Nacional de Salud llamado Medicare, en Chile el Decreto Ley 2.763 de 1979 que rige actualmente el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en Costa Rica La Ley General de Salud 5395 de 1973, el Colombia La Ley 100 de 1993 y la Ley 1438 de 2011 que fortaleció a esta última (Rodríguez Mendez & Rodríguez Tovar, 2012).

El análisis de los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en una comparación propuesta por el Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, pretende promover el conocimiento mutuo de los sistemas de salud en la perspectiva de contribuir para la integración

regional en salud y para la garantía del derecho universal al acceso a los servicios de salud (Giovanella, 2013).

1.2 Situación Actual

En estos momentos de grandes cuestionamientos sobre el sistema de seguridad social en salud, vale la pena reflexionar acerca de la situación actual del mismo.

En el caso Colombia, hasta finales de los 90, tenía los más bajos indicadores de salud de América, superando tan solo a Haití. Su cobertura era muy limitada ya que cubría sólo al 22% de la población (Ramírez J. F., 2011). El gasto de bolsillo consumía una buena porción del ingreso familiar, afectando especialmente a las familias de escasos recursos. Se carecía de sistemas de información, el servicio era fragmentado, ineficiente y era una muestra clara de inequidad (Ramírez J. F., 2011).

La Ley 100 de 1993 creó un nuevo modelo de seguridad social, que en sólo 16 años, permitió que la cobertura llegara a superar el 95% de la población. Los estratos de menores ingresos hoy tienen la posibilidad de ejercer su derecho a la salud y acceder a servicios de calidad (Ramírez J. F., 2011).

La OMS califica al sistema colombiano como el número uno en solidaridad y el 22 en desempeño. Dicha puntuación, se otorga mediante la evaluación de los siguientes indicadores: nivel global de salud de la población nacional; nivel de desigualdad entre sectores, y capacidad de respuesta y satisfacción de los diferentes sectores atendidos por el sistema, entre otros. ¿Con qué recursos se ha logrado esta revolución? ¿Cuánto invierte en realidad Colombia en salud? Las cifras son elocuentes; si se mira como porcentaje del PIB, viene decreciendo: en 1995 era el

7,3%, llegó al 9,3% en 1999, y hoy sólo representa el 6,4%. En este mismo periodo Chile pasó del 5,3 al 8,2% (Portafolio, 2011).

Pero, si se pone en dinero por persona estas cuantías, el escenario es aún más dramático: Colombia gasta 323 dólares al año por habitante, mientras Chile, 787 dólares (Francia invierte 4.798 dólares y Estados Unidos, 7.410 dólares). El desempeño del Sistema de Seguridad Social en Salud debe medirse en diferentes dimensiones: la primera es la protección de las familias ante la enfermedad procurando su atención adecuada y eliminando el riesgo de ruina por los costos involucrados en el servicio del enfermo; la segunda, el poder conferido mediante la libertad de elección de EPS, las cuales no poseen ninguna herramienta de diferenciación distinta a la calidad de servicio; y la tercera son los resultados en salud del país (Portafolio, 2011).

Si hay corrupción se debe combatir, pero en momentos de crisis como el actual se debe recapacitar sobre hechos reales y hacer ajustes claves sin reparo, como la actualización periódica del POS (Ramírez, 2011).

El sistema de salud chileno es mixto (mezcla público/privada) con un rol rector del Estado. El financiamiento proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas. El rol regulador está a cargo de la superintendencia de salud. El aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (Gattini , 2010). Desde 1990 se han realizado una serie de reformas específicas en el sistema de salud, aunque se mantiene la estructura básica establecida en 1979 (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios). En la última década, destaca el fortalecimiento del sistema de protección social en salud, el establecimiento de garantías explicitas y exigibles para los ciudadanos en un grupo de patologías priorizadas y nuevos modelos de atención y gestión en Salud. La provisión de salud

en lo público es responsabilidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con servicios de salud territoriales y con atención primaria delegada a la administración municipal. Los hospitales de las Fuerzas Armadas y de Orden, siendo estatales, tienen un grupo beneficiario específico según previsión de personal de esas entidades. La parte asistencial privada la conforma un conjunto de prestadores de salud (clínicas, laboratorios, centros médicos, médicos y otros profesionales en práctica autónoma) (Gattini , 2010).

Desde 1990 el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) ha tenido importantes inversiones en obras civiles y equipamiento médico por un monto de USD 260 millones, cuyos principales resultados fueron la construcción o reconstrucción de 13 hospitales, modernizaron de 53 hospitales y 13 centros clínicos o consultorios de especialidades, por un monto de USD 180 millones y USD 105 millones, respectivamente (Gattini , 2010). Los planes de inversión en nuevos estructuras, reparación y construcción de estructuras asistenciales fueron modificados e incrementados para enfrentar las necesidades de recuperar la infraestructura dañada en el terremoto de febrero de 2010, a partir de las soluciones temporales iniciales (como hospitales de campaña y hospitales modulares prefabricados). Como inversión inicial, se proyecta 180 millones de dólares destinados a la recuperación de la capacidad asistencial de la infraestructura dañada. Inicialmente, se estima la necesidad de proyectos de salud para inversión, del orden de 2.720 millones de dólares (Gattini , 2010).

El sector público del sistema de salud chileno está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud (Gattini , 2010).

El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011).

Además del FONASA y de las ISAPRE, tres mutuales ofrecen cobertura exclusiva para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores afiliados (sin incluir a sus familias), los cuales representan cerca de 15% de la población. Estas mutuales prestan servicios dentro de sus propias instalaciones y, en caso de contar con capacidad ociosa, ofrecen atención a población no afiliada a cambio de un pago por servicio (Agencia de información laboral, 2012).

Alrededor del 10% de la población están cubiertos por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011).

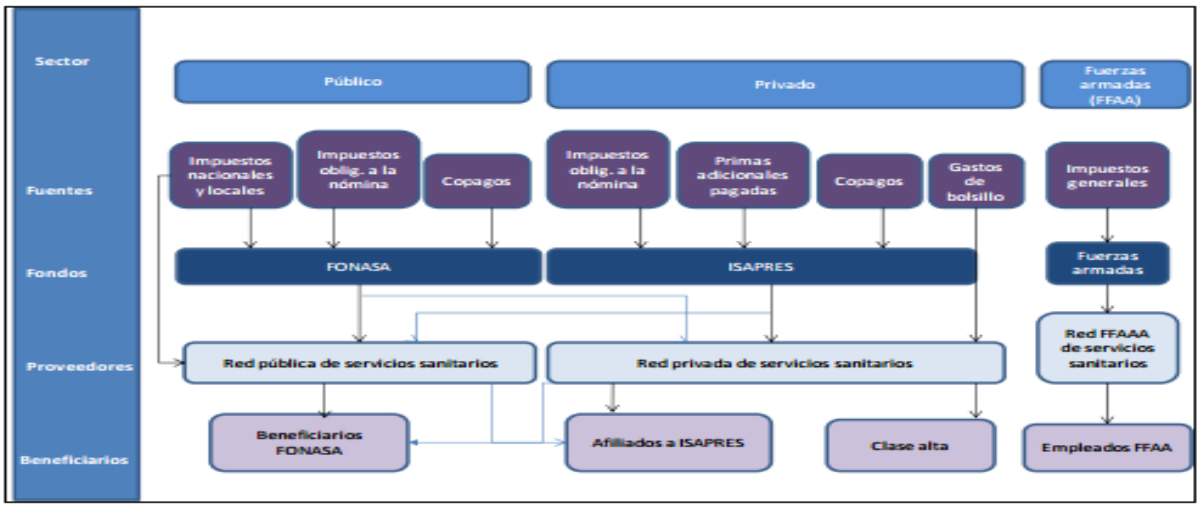


Figura 1. Composición del Sistema de Salud Chileno
Fuente: (Giedeón, Villar, & Ávila, 2010)

Respecto a las condiciones de salud actuales, Chile presenta uno de los mejores niveles de salud de América Latina. La tasa de mortalidad infantil muestra un descenso entre 1970 y 2014: de 82 muertes en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos pasó a 7, con pocas diferencias entre las 15 regiones del país. Esta última cifra contrasta con la Colombia, que es de 15.02 (index mundi, 2014). En 2012, la razón de mortalidad materna fue de 22.14 por 100 000 nacidos vivos, considerablemente inferior al promedio latinoamericano (82.8) (index mundi, 2014). Por último, la esperanza de vida aumentó de 63.5 años en 1970 a 79.1 años en 2010 (82,2 años para las mujeres y 76,1 para los hombres) (Ministerio de Salud de Chile, 2014).

Esto significa que los chilenos presentan hoy una probabilidad de vivir al nacer cuatro veces mayor que la que presentaban a principios del siglo pasado.

2. Análisis Comparativo de los Sistemas de Salud de Chile y Colombia

2.1 Sistema de Salud de Chile

Según el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), en su estudio Chile: Proyecciones y estimaciones de población 1950-2050 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2013), Chile cuenta con una población cercana a los 18 millones de habitantes, de los cuales las mujeres representan el 50.5% y los hombres el 49.5%. La densidad de población es de 20.4 habitantes por kilómetro cuadrado; en las zonas urbanas está concentrada el 86.5% de la población, de los cuales el 40% se ubica en el área metropolitana de Santiago de Chile. Los menores de 15 años de edad representan poco más de 21% de la población, mientras que los mayores de 65 años representan el 10%.

Se presenta a continuación una tabla que condensa los datos presentados, teniendo en cuenta además la esperanza de vida (Tabla 1).

Tabla 1.

Indicadores Generales. Chile año 2012 -2014

Algunos Indicadores Generales, Chile año 2012 - 2014

Indicador	Número	Valor relativo	Año
Población	**17.711.004**		2014
Hombres	8.763.652		2014
Mujeres	8.947.352		2014

Esperanza de vida	79,1		2010-2015
Hombres	76,1		2010-2015
Mujeres	82,2		2010-2015
Porcentaje población menor de 15 años	3.759.119	21,22	2014
Porcentaje población de 65 y más años	1.777.582	10,04	2014

Fuente: *(Ministerio de Salud de Chile, 2014)*

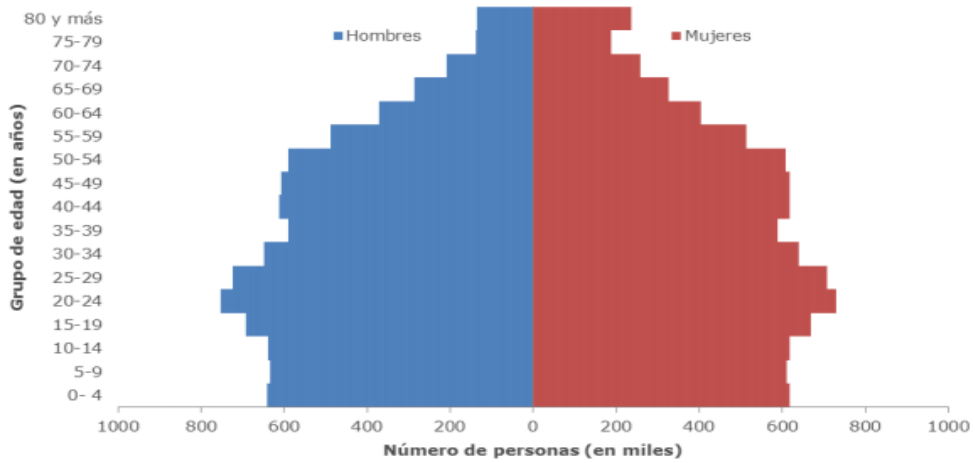


Figura 2. Población estimada en Chile a 30 de Junio del 2104, por grupos quinquenales de edad y sexo. Fuente: *(Ministerio de Salud de Chile, 2014)*

2.1.1. Breve historia.

Según el capítulo Chile del Atlas de la Salud editado por el Observatorio Latinoamericano de la Salud, se pueden identificar los siguientes diez hitos en la historia del sistema chileno de salud (Giedeón, Villar, & Ávila, 2010):

1891: Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades a las que hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna.

1918: Primer Código Sanitario.

1924: Creación del Seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

1942: Creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

1952: Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población.

1968: Consolidación de las Mutuales de Seguridad, organismos privados que pueden captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en salud y creación del Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados.

1979: Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública.

1980: Municipalización de los establecimientos de atención primaria.

1981: Creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

2003-2005: Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) (Giedeón, Villar, & Ávila, 2010).

2.1.1 Legislación básica

Tabla 2.

Legislación básica de Chile

Norma	Año	Objeto
Decreto Ley ISAPRES núm. 3 de 1981	1981	La reforma de 1981, que creó el sistema ISAPRES permitió, beneficios para los trabajadores (Derogado por ley 18933).
Ley FONASA núm. 18.469	1985	Por la que se regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y se crea un régimen de prestaciones de salud.
Ley núm. 18.933 de ISAPRES	1990	Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRES (institución de salud previsional) y deroga el decreto con fuerza de ley núm. 3, de 1981, de salud.
Ley núm. 19.937 de autoridad sanitaria	2004	Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, Modalidades de Gestión y fortalece la participación ciudadana.
		La ley que introduce la reforma de salud AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Dispone

		que el Régimen General de Garantías de Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de
Ley núm. 19.966 AUGE	1994	Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4 de la ley núm. 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Dicho Régimen establece las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley núm. 18.469.

Fuente: (Giedeón, Villar, & Ávila, 2010)

2.1.3 Financiación del Sistema de Salud

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos de los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRES y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan en el momento de recibir la atención (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011). Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud (hasta un tope fijado por la Ley). Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRES. La afiliación a una ISAPRES requiere de una prima determinada por cada ISAPRES, la cual

depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del afiliado (edad, sexo, entre otros.). El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7% con el fin de obtener beneficios adicionales (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011).

En 2003 el gasto total en salud se repartió de la siguiente manera: el 27% provino de impuestos generales, el 17% de las cotizaciones pagadas por los trabajadores afiliados al FONASA, el 16% de las cotizaciones pagadas por los afiliados a las ISAPRES, el 7% de las cotizaciones voluntarias, el 26% de gastos de bolsillo y el 6% de aportaciones directas de los municipios (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011).

2.1.2 Visión de la situación de salud en Chile

Para describir la visión de la situación de salud en Chile, es importante describir la evolución del SNS, según la Revista médica de Chile (Goic C., 2015)

En 1952, el SNS tenía el carácter de una institución estatal de administración autónoma, encabezada por un Director General designado por el Presidente de la República con acuerdo del Senado de la República, lo que garantizaba la idoneidad del líder en salud del país. Se vinculaba con el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y contaba con la asesoría de un Consejo Nacional de Salud que presidía el Ministro y en el que había una amplia participación social, educacional, gremial y política: representantes del Presidente de la República, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del Colegio Médico, del Parlamento y de organizaciones patronales y obreras. Este importante cuerpo colegiado fue eliminado al reestructurarse el SNS en 1979 por el gobierno militar, lo que afectó seriamente su autonomía institucional, cohesión, estructura y organización originales (Goic C., 2015).

• Las acciones y programas de salud fueron iniciados y realizados sistemáticamente por el SNS a través de una estructura nacional: Zonas de Salud Regionales, con su respectivo Director médico, y una compleja red interrelacionada de hospitales de mayor y mediana complejidad, consultorios periféricos y postas rurales (Goic C., 2015).

• A través de estas estructuras se pusieron en marcha acciones integrales de salud en forma planificada y coordinada, y se implementaron numerosos e importantes programas sanitarios específicos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, como las destinadas a combatir la desnutrición infantil, el control del niño sano, el control de la embarazada, la atención profesional del parto, los programas de distribución de leche a los niños y de alimentación complementaria, los de vacunación infantil y de adultos, de rehabilitación, de saneamiento ambiental, entre otros (Goic C., 2015).

• Se fortaleció una fructífera relación con las Facultades de Medicina (Relación Docente-Asistencial consolidada con la Reforma de los Estudios Médicos de 1943 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que permitió aumentar el número de médicos graduados cada año al utilizar los grandes hospitales del SNS como campus para la enseñanza clínica; y, en 1954, poner en marcha los programas de Médicos Generales de Zona (MGZ) y de Formación de Especialistas en las disciplinas clínicas básicas, al modo de las Residencias norteamericanas, becados por el SNS, que hizo posible distribuir médicos a los pueblos pequeños y especialistas clínicos a los Hospitales Regionales de todo el país. La Relación Docente Asistencial elevó la calidad de la formación de los estudiantes de medicina y de la atención médica en hospitales y consultorios del SNS. En los grandes hospitales docentes, los Catedráticos de la Facultad de Medicina accedieron por concurso de antecedentes a las Jefaturas de los Servicios Clínicos, con

el fin de poner en una sola mano la conducción y responsabilidad asistencial y docente (Giedeón, Villar, & Ávila, 2010).

• En estos hospitales públicos se desarrolló un eficiente mecanismo de educación continua colectiva a través de las visitas clínicas, interconsultas, reuniones clínicas y anatomo-clínicas y de auditoría de historias clínicas, así como de apoyo docente de las Cátedras universitarias a los Hospitales Regionales (Goic C., 2015).

• Como está grabado en la conciencia colectiva de la población, el sistema público de salud ha sido un sostén irreemplazable en las dramáticas catástrofes naturales que, de cuando en cuando, han azotado nuestro país (Goic C., 2015).

• Finalmente, y no menos importante ni fácil de lograr, el SNS fue creando en la población una cultura sanitaria que se expresa hasta hoy en la pronta y masiva respuesta de las personas a los llamados de la autoridad sanitaria cuando es requerida, por ejemplo, en las campañas de vacunaciones o el control del niño sano y de la embarazada en los consultorios periféricos (Goic C., 2015).

Fruto de las acciones sanitarias de fomento de la salud y prevención de las enfermedades y de programas sanitarios específicos iniciadas por el SNS hace más de 60 años, actualmente el país puede mostrar excelentes indicadores sanitarios (tabla 3).

Tabla 3.

Indicadores de Mortalidad infantil, materna y general en países de América Latina (2013)

País	Infantil (< 1 año x 1.000 NV)	Mortalidad Materna (x 100.000 NV)	General (x 100.000 hab.)
Chile	**7,2**	**18,5[a]**	**5,93**
Puerto Rico	7,7	20[a]	8,51
Costa Rica	9,0	38	4,38
Uruguay	8,9	29[a]	9,48
Argentina	11,0	69	7,36
Panamá	11,0	85	4,69
Colombia	16,0	83	5,29
México	17,0	49	4,90
Ecuador	17,9	110	5,04
Honduras	18,7	100	5,13
Venezuela	20,0	110	5,20
El Salvador	20,0	69	5,63
Perú	20,2	67	5,99
Brasil	21,0	69	6,38
Nicaragua	22,0	100	5,04
Paraguay	22,0	110	4,59
Guatemala	25,0	140	4,92
Bolivia	41,0	200	6,76
Haití	49,4	350	7,91

Fuente: (Goic C., 2015)

Es importante resaltar indicadores relativos a la mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad materna y desnutrición infantil. Estos indicadores pueden resaltarse si se les pondera en relación al grado de desarrollo socio-económico chileno y además si se les compara con el gasto en salud y los indicadores sanitarios de países desarrollados económicamente (Goic C., 2015).

Importante anotar que, en 1950, Chile tenía una población de 6 millones de habitantes, el ingreso per cápita anual era de US$ 3.827 (PPPC, dólares de 1990): hoy es más de cinco veces mayor (US$ 20.894); el porcentaje de su población que vivía en condiciones de pobreza

superaba 60%; el analfabetismo era de 23% y la escolaridad promedio era de sólo 2 años; la deserción escolar, al finalizar la educación básica (de cuatro años de duración), era casi de 70%[27]. En la Tabla 4 se muestran los indicadores sanitarios básicos en los años 1952, 1980 y 2014 y, en la Tabla 5, algunos indicadores socioeconómicos actuales (Goic C., 2015).

Tabla 4.

Algunos indicadores sanitarios básicos de Chile: años 1952, 1980 y 2014

Indicadores	1952	1980	2014
Mortalidad infantil (x 1.000 NV)	136,0	35,0	7,2
Mortalidad materna (x 100.000 NV)	276, 0	66,0	18,5*
Mortalidad neonatal (x 1.000 NV)	27,4	17,0	4,5
Niños desnutridos % (< 5 años)	63,0	11,5	0,5[b]
Mortalidad general (x 1.000 hab.)	14,8	6,6	5,5
Atención profesional del parto	66,9	81,0[a]	99,8
Tasa de natalidad (x 1.000 hab.)	34,3	28,5	14,8
Esperanza de vida al nacer (años)	40,0	71,0	79,84
Cobertura de agua potable (·%)	52,0[a]	91,4	99,9[a]
Disponibilidad de alcantarillado (%)	21,0	67,4	95,9[a]

Fuente: (Goic C., 2015)

Analizando los datos mostrados en la Tabla 4, se evidencia que los cambios logrados en algo más de medio siglo, son notables y muestran un país que no sólo creció económica y socialmente sino que, además, desarrolló políticas públicas eficientes en el área de la salud pública.

Tabla 5.

Algunos indicadores socioeconómicos de Chile (2014)

PIB *per cápita* (miles US$)	15.732
PIB *per cápita* PPC (US$)*	20.804
Pobreza (%)	14,4**
Indigencia (%)	7,8**
Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)	1,9
Personas por Hogar (nº)	3,3
Personas ocupadas por hogar (nº)	1,4
Gasto total en salud (% PIB)	7,2
Gasto público en salud (% gasto total)	47,4
Gasto *per cápita* en salud (US$)	1.204
Promedio de escolaridad (años)	9,8
Años esperados de escolaridad	15,1
Tasa de alfabetización	98,6
Cobertura de agua potable (%)	99,8
Cobertura de alcantarillado (%)	95,9

Fuente: (Goic C., 2015)

Comparando a Chile con un país desarrollado económicamente como Estados Unidos, es sorprendente que indicadores sanitarios básicos son bastantes similares en ambos países, si bien es cierto que Estados Unidos gasta más del doble en salud que Chile (como porcentaje del PIB). La tabla 6 muestra una comparación de índices sanitarios básicos entre ambos países, mientras que la tabla 7 muestra una comparación de gastos en salud. Lo anterior hace más destacables los logros del país. La tabla 7 también evidencia que el gasto público en ambos países es menor que el gasto privado, lo que probablemente revela una similitud de organización del sistema de salud, en el que el sector privado tiene una presencia predominante y, desde el punto de vista de la equidad social, discutible (Goic C., 2015).

Tabla 6.

Índices sanitarios básicos comparativos de Chile y Estados Unidos de Norteamérica (2014)

Indicadores	Chile*	Estados Unidos de Norteamérica
Esperanza de vida al nacer (años)	79,84	78,49
Hombres	77,11	76,05
Mujeres	82,7	81,5
Mortalidad general (x 1.000 hab.)	5,5	8,0
Mortalidad Materna (x 100.000 NV)	18,5**	21,0
Mortalidad neonatal (x 1.000 NV)	5,0	4,0
Mortalidad de < 1 año (x 1.000 NV)	7,7	6,1

Fuente: (Goic C., 2015)

Tabla 7.

Gasto en salud (% del PIB) y per cápita en Chile y Estados Unidos de Norteamérica

	Chile	Estados Unidos de Norteamérica
Gasto total en salud (% del PIB)	7,7	17,1
Gasto público en salud (% del PIB)	3,5	8,31
Gasto público en salud como % del gasto total	47,4	47,1
Gasto en salud *per cápita* (US$)	1.204	9,146

Fuente: (Goic C., 2015)

Recién en los primeros años del presente siglo hubo un nuevo avance relevante en Salud Pública: el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (GES) del 2004, conocido como Plan Auge, creado durante el Gobierno del Presidente don Ricardo Lagos Escobar, siendo Ministra de Salud la Dra. Michelle Bachelet (Goic C., 2015).

Un cambio significativo en la política de salud de Chile se produjo a comienzo de los años 80, cuando el régimen militar dio un fuerte impulso a la atención médica privada. Creó las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), intermediarios financieros para la atención médica que captan la cotización mensual obligatoria previsional de salud que afecta a todos los asalariados (7% del sueldo imponible) y el gasto de bolsillo de sus usuarios, variable según los beneficios del programa convenido. El sistema ISAPRES, que cubre alrededor de 15% de la población, se ha caracterizado por serias restricciones de acceso al sistema (pre-existencias), multiplicidad de planes de atención de variable pero alto costo para quienes han optado por afiliarse a este sub-sistema, incremento anual inconsulto del costo de los programas de atención y desmesuradas ganancias corporativas (Goic C., 2015).

Al conocerse las intenciones privatizadoras en salud del gobierno militar se advierten las negativas consecuencias sanitarias y sociales de esta masiva irrupción privada en el área de la salud.

Como conclusión general de lo anteriormente mostrado, puede decirse que Chile se encuentra bien posicionado a nivel latinoamericano, con indicadores bajos en mortalidad infantil y materna; con expectativas de vida elevadas al nacer, entre otros. Estos indicadores reflejan la fortaleza del sector público de salud que atiende a 80% de la población y la importancia social de sus concepciones sanitarias. Sin embargo, y lamentablemente, este exitoso acontecer en Salud

Pública, no se replica en la atención médica a las personas, la que muestra graves deficiencias e inequidades (Goic C., 2015).

2.1.5 Debilidades del Sistema de Salud Chileno

La tabla 8 lista las principales debilidades del sistema de salud público de salud chileno.

Tabla 8.

Debilidades del sistema público de salud

• Numerosos hospitales añejos y en estado precario
• Infraestructura hospitalaria y camas de hospitalización deficitarias
• Déficit de ambulancias
• Déficit de tecnología de punta
• Dificultades serias de acceso a la atención médica
• Cobertura y atención odontológica limitada
• Baja privacidad en la atención de los pacientes
• Impersonalidad en el trato de los pacientes
• Condiciones laborales poco favorables
• Bajo nivel de las remuneraciones

Fuente: (Goic C., 2015)

Chile tiene una situación deficitaria de médicos y enfermeras, de camas hospitalarias y de medicamentos genéricos, comparativamente con los países integrantes de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), lo que revela una posición desventajosa del sistema de salud chileno. (Goic C., 2015)

Tabla 9.

Aspectos deficitarios del sistema de salud chileno comparativamente con los países de OCDE

	Chile	OCDE
Médicos (x 1.000 hab.)	1,7	3,2
Enfermeras (x 1.000 hab.)	4,2	8,8
Camas hospitalarias (nº x 1.000 hab.)	2,2	4,8
Medicamentos genéricos (Disponibilidad en el mercado %)	30	75
Gasto total en salud (% PIB)	7,3	9,3
Gasto público en salud (% gasto total)	49,2	72,3
Gasto de bolsillo en salud (% del gasto en salud)	31,9	19,0
Gasto de bolsillo en salud (% del consumo final del hogar)	4,8	2,9

Fuente: (Goic C., 2015)

Otras debilidades del sistema de salud chileno se muestran a continuación y fueron tomadas de la Revista Médica de Chile.

• En Chile, menos de 50% de los médicos trabajan en el sector público y una mayoría en el sector privado, atraídos por cómodas condiciones laborales y mayores ingresos económicos, lo que pone en tensión el espíritu de servicio y el sentido ético y social que proclaman los profesionales de la salud (Goic C., 2015).

• Casi una tercera parte del gasto en salud es pagado directamente por los hogares, comparado con menos de 20% en promedio entre los países de la OCDE (OCDE, 2014).

• El gasto de bolsillo en Salud es elevado en Chile: 4,6% mientras en el promedio de los países pertenecientes a la OCDE es de 2,86%, lo que, en términos de equidad social, está revelando una de las deficiencias más graves de nuestro sistema de salud (Goic C., 2015).

• El costo de los medicamentos es muy alto y existe un oligopolio de la industria farmacéutica que fija arbitrariamente los precios e, incluso, en ocasiones se ha coludido para aumentarlos injustificadamente (Goic C., 2015).

• El número de hospitales y la disponibilidad de camas hospitalarias es claramente insuficiente y muchos establecimientos muestran precarias condiciones en su infraestructura y, en algunos casos, condiciones indignas de funcionamiento (Goic C., 2015).

• En el sistema público el acceso de la población a la atención médica en consultorios periféricos suele ser en extremo dificultoso y, a veces, dramáticas por trabas burocráticas y deficiencias organizativas. Las personas deben madrugar para eventualmente conseguir un número para ser atendidas horas después; las listas de espera para exámenes de laboratorio, exploraciones instrumentales e intervenciones quirúrgicas son interminables; el acceso a especialistas cuando se requiere es restringido, particularmente en ciudades y poblados pequeños; la disponibilidad de camas de hospitalización y de unidades de cuidados intensivos es insuficiente y el acceso a ambulancias en situaciones de emergencia suele ser tardío (Goic C., 2015).

• Los Servicios de Urgencias se ven atiborrados por la demanda, se atienden personas en sillas o camillas, carecen de un número suficiente de camas de hospitalización y los médicos y personal de salud se sienten agobiados por la intensidad de la demanda y las condiciones inadecuadas de trabajo (Goic C., 2015).

• La cobertura de la atención odontológica es limitada: la OMS recomienda 1 dentista por 2.000 habitantes; se estima que Chile tiene alrededor de 18.000 odontólogos, 1 x 958 habitantes; de ellos, sólo alrededor de 4.000 trabajan en el sector público de salud (Goic C., 2015).

Respecto al sistema privado de salud, el cual atiende cerca del 15% de la población (los de mayores ingresos) se puede indicar que posee una infraestructura moderna, con acceso a la atención médica relativamente oportuna, así como a los exámenes de tecnología de avanzada. De la misma manera ha mostrado aspectos negativos tales como un costo de las prestaciones muy alto que la inmensa mayoría de la población no puede solventar y, si lo hace, es a través de endeudamiento. La concepción de la medicina y la salud como un negocio es la principal limitación del sector privado (Tabla 10) (Goic C., 2015).

Tabla 10.

Aspectos negativos del sistema privado de salud

• Restricciones de ingreso al sistema (pre-existencias)
• Discriminación por edad y sexo
• Escasa cobertura de adultos mayores
• Alto costo de los programas, procedimientos y hospitalización
• Copagos elevados
• Carencia de programas de prevención de impacto colectivo
• Integración vertical de ISAPRES y clínicas privadas
• Ganancias anuales excesivas
• Aumento discrecional de la cotización

Fuente: (Goic C., 2015)

Lo cierto es que la sociedad chilena no ha logrado hasta hoy configurar una fórmula de atención médica que satisfaga las apremiantes necesidades cotidianas que tiene su población,

especialmente la más desvalida. Y, no menos importante, lo haga de tal modo que en el sistema sanitario se revele la raíz ético-asistencial de la medicina (Goic C., 2015).

2.2 Sistema de Salud de Colombia

De acuerdo con las últimas estadísticas de población (2013), Colombia cuenta con una población cercana a los 47 millones de habitantes, 50.63% son mujeres y 49.37% son hombres. Los menores de 15 años de edad representan poco más de 27% de la población, mientras que los mayores de 65 años representan cerca del 7%.

Se presenta a continuación una tabla que condensa los datos presentados, teniendo en cuenta además la esperanza de vida (Tabla 11). Se muestra también en la Imagen 6, la distribución de la población por grupos quinquenales de edad, clasificada por género. Esta información es importante para comprender cuál es el alcance del sistema de salud en Colombia, específicamente para determinar el nivel de demanda que tiene (personas que pueden solicitar cuidados o servicios de salud) y entender la lógica que el Estado ha seguido para proveer servicios de salud a las personas que lo solicitan (Pereira Arana, 2007).

Tabla 11.

Indicadores Generales. Colombia año 2010 -2015

Indicador	Número	Valor relativo	Año
Población	**47.121.089**		2013
Hombres	23.264.039	49,37	

Mujeres	23.857.050	50,63	
Esperanza de vida	75,22		2010-2015
Hombres	72,07		2010-2015
Mujeres	78,54		2010-2015
Porcentaje población menor de 15 años	12.892.289	27,35%	2013
Porcentaje población de 65 y más años	3.370.143	7,15%	2013

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

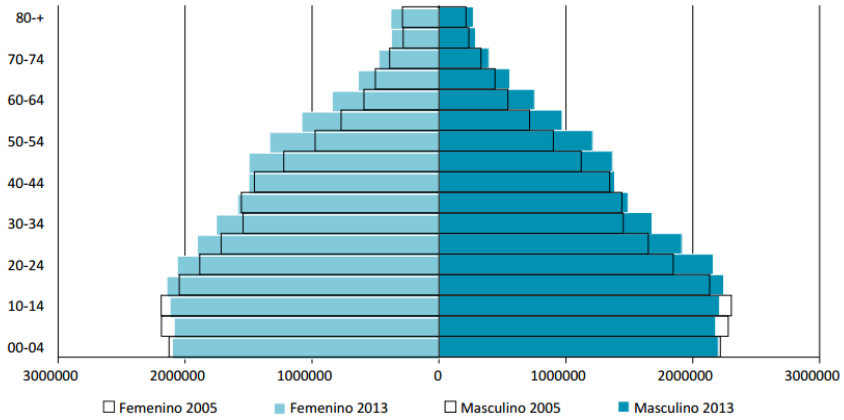


Figura 3. Pirámide Población Colombia 2005 - 2013

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

2.1.3 Marco legal del sistema de Salud de Colombia.

Se pueden mencionar los siguientes períodos en los cuales se aprecia los cambios más importantes.

Primer periodo: 1886 a 1950. Se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950, en donde prevaleció lo que se puede denominar como el "modelo higienista". De carácter sanitario. Hacia 1946 se creó el Instituto Colombiano de Seguros

Sociales (ICSS) que atendía a los empleados del sector privado formal (Orozco Africano J. , 2006).

De 1970 a 1989. Un segundo periodo: Se caracterizó por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido de que los recursos del Gobierno central para la salud de las personas que no tenían Seguro Social eran transferidos a las instituciones públicas hospitalarias para que atendieran a la población pobre (Orozco Africano, 2006).

Tercer Periodo 1990 a hoy. Con la expedición de la Ley 100 en concordancia con lo que decía el artículo 36 de la Constitución Política de 1886, que había elevado el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad (Orozco Africano J. , 2006).

2.1.4 Ley 100 de 1993.

Modificaciones. La Ley 100 de 1993, que es la primordial norma del Sistema de Salud en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el Congreso de la República.

La implementación de la Ley 100 de 1993 que reemplazó el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia dio lugar a diversas transformaciones en la forma cómo los individuos se relacionan con las instituciones estatales para acceder al servicio de salud. La corriente neoliberal que estuvo presente a lo largo de las discusiones y tuvo su eco en el resultado final de la reforma, implicó que la prestación del servicio de salud se haya convertido en un proceso en el que siempre hay un intermediario aún cuando el Estado colombiano constitucionalmente asume la responsabilidad en la prestación del servicio. Es por esto que la prestación del servicio a la salud en Colombia permite vislumbrar

dinámicas particulares de la relación del ciudadano con el Estado, y en esa medida, estudiar las formas de la gobernanza para esta problemática en particular (Pereira Arana, 2007).

2.1.5 Ley 1122 de 2007

Su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios en los programas de salud pública, de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud" (Congreso de la República, 2007).

2.1.6 Ley 1438 de 2011

Según lo señala su artículo primero: "tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable" (Congreso de la República, 2007).

2.1.7 Visión del Sistema de Salud en Colombia.

Colombia ha tenido experiencia en una gestión de salud centralizada (por parte del Estado) y descentralizada, las cuales están marcadas cronológicamente, antes y después de la Ley 100 de 1993 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Antes de la reforma de la Ley 100 de 1993, que cambió el sistema pensional y de seguridad social del país, se tenía un modelo en el cual el Estado actuaba a manera de monopolio en la

provisión del servicio de salud. Esto llevó a muchos problemas de orden económico, social y que resultó siendo insatisfactorio respecto a los mismos fines de creación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Este modelo conocido como el Sistema Nacional de Salud (SNS) se creó a finales de los años sesenta, como un conjunto de organismos que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad. Solo hasta 1975, mediante el Decreto Ley Nº 526 se establece la reglamentación para el sistema y sus "subsistemas" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Estos subsistemas eran el Subsistema de seguridad social al que pertenecían los trabajadores formales tanto de sector público y privado y cuya atención correspondía al Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Públicas; el Subsistema público dirigido a los no asegurados en el subsistema de seguridad social, atendido por Hospitales Públicos y el Subsistema privado orientados a aquellos que podían pagar sus propios servicios y conformado por Prestadores y Aseguradores privados entre los que se destacaban los hospitales privados, la naciente Medicina Prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

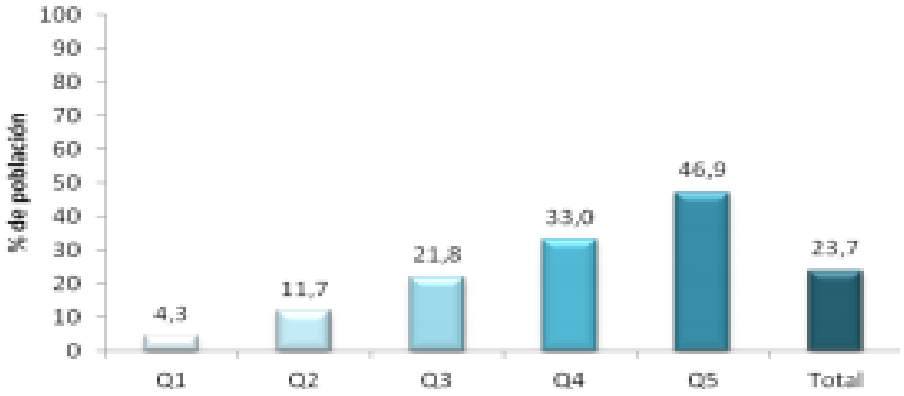
Indicadores: Los siguientes indicadores son tomados del "Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

- A principios de los 90 solo el 18% de la población tenía acceso al Instituto Colombiano de Seguro Social, la mayoría de la cual hacía parte de los quintiles por ingreso más altos. Para esta misma época el resto de países de la región tenía coberturas alrededor del 50% para institutos similares (Páez, 2007).
- A principios de los 90 tan solo el 37% de los colombianos estaba afiliado, mientras que el 63% lo hacía a través del subsistema público de Hospitales (Páez, 2007).

- Entre 1970 y 1990 la tasa de mortalidad infantil era igual a la de un país desarrollado en las clases media y alta, mientras que en las comunidades pobres se tenían indicadores de más de 200 por cada 1000, lo cual mostraba una marcada inequidad (Páez, 2007).
- Otro hecho que mostraba también una inequidad era el acceso al sistema de salud: 25,1% de los que se enfermaban no accedían al sistema, más del 34% pertenecían a los deciles más pobres y tan solo el 2% a los más ricos (Páez, 2007).
- El gasto en salud también era peor para los más pobres, ya que reportaba el 18% de su ingreso comparado con el 3% de los más ricos (Páez, 2007).
- El 40% de los subsidios oficiales para hospitales públicos iba destinado al 50% más próspero de la población (Páez, 2007).
- Los hospitales estaban en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba 50% (Páez, 2007).
- Gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios de salud; profesionales de la salud insatisfechos; y usuarios mal atendidos, son otros indicadores que mostraban los problemas del sistema de salud en la década de los 90 (Páez, 2007).

  Ahondando en el tema de cobertura, para 1993 la cobertura en salud tan solo llegaba a un 24% de la población y presentaba una gran inequidad. Mientras que el 47% del quintil más rico estaba cubierto, este porcentaje caía a sólo 4,3% para el quintil más pobre (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

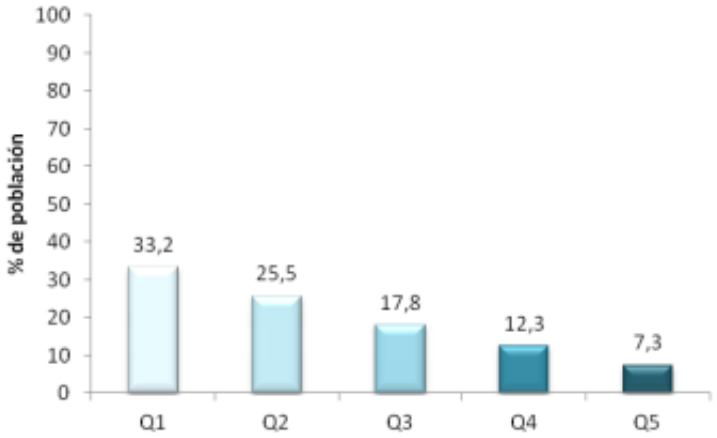
Figura 4. Afiliación a salud en 1993 por quintil de ingreso



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Qué indicaba esta inequidad? una menor posibilidad de recibir atención y un mayor esfuerzo financiero por parte de las familias para utilizar los servicios de salud. En 1992 el 33,2% de la población más pobre (quintil 1) no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3% de la población con mayores ingresos (quintil 5) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Figura 5. Afiliación a salud en 1993 por quintil de ingreso



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Para ese mismo año, los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares más pobres representaban el 28,2% de su ingreso total en el año. Mientras que para los de mayores ingresos representaba solo el 6,5%. Los gastos en hospitalización representaban un 64% para los más pobres y 17% para los más ricos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

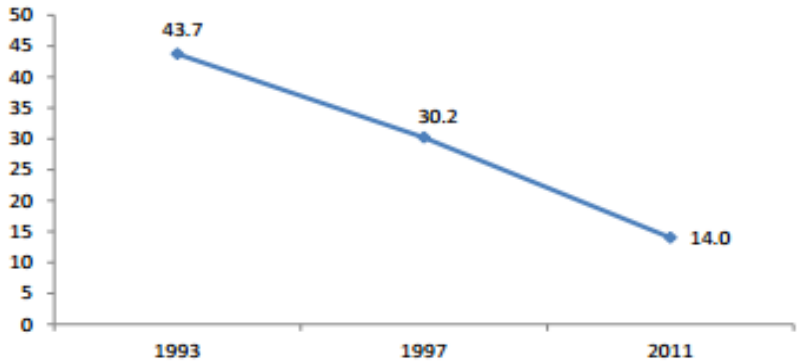
El aumento en la cobertura disminuyó la enorme desigualdad inicial, no sólo entre niveles de ingreso sino también entre zonas geográficas. La afiliación en salud en el 20% más pobre de la población pasó de 4,3% en 1993 a 87,0% en 2011 y la afiliación en las zonas rurales pasó de 6,6% en 1993 a cerca del 88% en 2011 (ECV, cálculos MSPS). Así, la reforma al sistema de salud promovió una mayor progresividad y equidad en la distribución de subsidios. Estimaciones muestran que el sistema de salud disminuye la pobreza en 4,78 puntos porcentuales y reduce la desigualdad, medida por el coeficiente de Gini, en 2,54 (cálculo con base ECV 2008). La información disponible muestra un mayor uso de los servicios relacionados con salud reproductiva (aspecto muy importante en la disminución de los riesgos asociados al embarazo, el parto y la mortalidad infantil). El porcentaje de mujeres con al menos cuatro controles prenatales, pasó de un 70% en 1990 a 90% en 2010. Para la población más pobre, esta proporción pasó de 41,5% a 86,2% en el mismo período. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La mayor cobertura también se ha dado como un mayor acceso de la población a los servicios de salud con propósito de prevenir la enfermedad. El acceso a la consulta por prevención creció en un 83% entre 1997 y 2010. Este crecimiento se explica en parte, por el incremento de 109% en el quintil más pobre de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Gasto de Bolsillo: En Colombia el gasto de bolsillo pasó de ser el 44% del gasto total en salud en 1993 al 14,0% en 2011 (Ver figura 6).

El esfuerzo financiero que ha hecho el Estado Colombiano ubica al país como uno de los que más ha avanzado en asumir el costo directo del sistema de salud, con lo cual el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud pasó de ser 52.3% en 1993 a 22% en 2011. Esto lo ubica mejor que otros países latinoamericanos y mejor que muchos países desarrollados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Figura 6. Gasto de Bolsillo



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Igual sucede cuando se compara la caída del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud. Colombia pasó de estar por encima del gasto de bolsillo promedio (entre los países seleccionados) en 1995, a estar por debajo del promedio en 2011, lo cual hace que el país sea uno de los que más avanzó en materia de protección financiera en salud de los ciudadanos, comparado no solo con América latina, sino con países más desarrollados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En conclusión, la Ley 100 de 1993 aumentó la cobertura, disminuyó la brecha entre ricos y pobres, brindó a la población un mejor acceso a los servicios de salud y aumentó la protección financiera de los usuarios. Esto se reflejó en mejoras en variables objetivas y subjetivas de salud.

De esta forma, se podría concluir que para Colombia la descentralización trajo múltiples ventajas. Sin embargo, esta trajo consigo una serie de incentivos que han generado problemas al sistema (Ministerio de la Protección Social, 2007).

La reforma de 1993 ha sido una de las más radicales que se ha implementado en los sistemas de salud y sus objetivos primordiales fueron la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico derivado de los riesgos de salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud. La evidencia muestra que la mayor parte de esos objetivos se lograron en los pasados 20 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Sin embargo, el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en detrimento de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia, se generaron tres situaciones problemáticas: primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutividad en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y elevadas cargas de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolución de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Barreras de acceso a los servicios de salud. Las barreras de acceso a los servicios de salud es un tema sensible para los usuarios, especialmente en los momentos que se requiere atención por enfermedad pero también en las acciones destinadas a la promoción de la salud y la

prevención, cuya no realización oportuna genera mayores costos para la sociedad cuando no se realizan de manera adecuada y oportuna. Según la ECV de 2011 dentro de las razones de no uso de los servicios de consulta externa se destaca el mal servicio o la cita distanciada (12,17%) y la falta de dinero para asistir (6,97%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Las barreras que limitan el acceso se pueden clasificar en tres grupos: geográficas, de carácter financiero y administrativas. Las barreras geográficas son las que aparecen con la dispersión poblacional, la distancia a los centros poblados, la precariedad en las vías de comunicación o los altos costos de transporte y que tiene como resultado las inequidades en los resultados en salud mostradas anteriormente. En estos municipios la población es rural y perteneciente al régimen subsidiado. Para recibir atención, la población debe desplazarse a los centros de atención, donde habitualmente la distancia y los costos del traslado son altos. En este escenario, tanto las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) obtienen un beneficio económico cuando la población afiliada no hace uso de los servicios. Dado que en estas zonas no existen condiciones de mercado ni una posibilidad de competencia, es preciso ajustar el funcionamiento del sistema en estas zonas (Ministerio Nacional de Protección Social, 2009).

Existen barreras de carácter financiero en diferentes niveles del sistema. Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado. Este poder se incrementa progresivamente en el prestador a medida que crece el nivel de complejidad de los servicios. Esta situación puede reflejar desequilibrios en el sistema y algunos estudios muestran que los

hospitales y clínicas privadas pueden estar generando mayores utilidades que los propios aseguradores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Por otra parte, bajo un esquema predominantemente de pago por servicios, el aumento en la demanda de servicios generó demoras en los pagos a los prestadores. Las deudas reportadas por los hospitales crecieron de manera preocupante. Este crecimiento afecta negativamente la calidad de la atención a los usuarios, debido a que las IPS no pueden costear los pagos a los proveedores o a que las IPS utilizan como una medida de presión para lograr el pago de las acreencias, el riesgo en el deterioro en la calidad. De acuerdo con la Resolución 2509 de 2012, más del 40% de las IPS públicas fueron categorizadas en riesgo fiscal y financiero medio o alto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Otra manifestación de las barreras de carácter financiero ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad de la atención y es el paciente quien debe asumir los costos de transporte al desplazarse de un lado a otro para recibir la atención. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Las barreras administrativas suceden en dos niveles: en la relación del asegurador-prestador-afiliado y en la relación entre el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA) y la EPS. En cuanto a la primera, los excesivos trámites a cargo del afiliado y la limitación en los canales de comunicación se han convertido en barreras para el usuario, a la vez que es una forma de controlar el gasto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Otro problema asociado a los incentivos es la falta de pago oportuno a los prestadores de servicios. La norma obliga a los prestadores a brindar atención a quien lo solicite, pero no es igual de imperativa en obligar al asegurador o pagador a cancelar los servicios prestados.

Aunque medidas como el Giro Directo en el régimen subsidiado ha comenzado a tener efectos positivos en cuanto a la oportunidad de los pagos, los hospitales continúan atendiendo a los enfermos pero los pagos por parte de las EPS han ido disminuyendo y la cartera vencida creciendo. Tanto instituciones públicas como privadas se han visto afectadas y su sostenibilidad ha sido puesta a prueba (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La evolución del sistema ha permitido mejorar la transparencia en el manejo de los recursos desde la fuente hasta el asegurador. Las cuentas maestras, las bases de datos de afiliados, la planilla integrada de liquidación de aportes permiten tener una mayor claridad de los recursos. Pero una vez llegan a manos de las EPS su trazabilidad ya no es tan clara. Medidas que permitan hacer visibles la forma en que se manejan los recursos son un reto que debe ser resuelto con prontitud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El uso inadecuado o ineficiente de los recursos de salud es otro de los retos que motiva los cambios presentados en esta ley. La normatividad vigente establece una finalidad clara para las fuentes que financian los servicios de salud. Asimismo, los recursos que reciben las EPS deben destinarse a la atención en salud, sin perjuicio de la porción que destinen a los gastos de administración. Son de conocimiento público los problemas donde los recursos de salud pudieron haberse utilizado para financiar la construcción de clínicas y en otros casos infraestructura no relacionada con la salud. A pesar de que se han girado los recursos que pagan las prestaciones en salud, estos dineros no parecen haber llegado a los prestadores. Alcanzar una mayor transparencia y trazabilidad de los recursos es una necesidad que debe satisfacerse con celeridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Pero también existe evidencia de serias ineficiencias. Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja

resolutividad en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad, que se potencian con los problemas de colusión entre prestadores y aseguradores que han surgido como consecuencia de las tutelas y los recobros por procedimientos no incluidos en el plan de beneficios. Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región, 8%, según la Encuesta de calidad de Vida 2010. A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5% año. Esto afecta directamente al sistema a través de la descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (No POS). De esta forma se hace evidente que, pese a una serie de enormes ventajas de la descentralización, ésta también trajo consigo una serie de problemas, enfocados principalmente a los conflictos de intereses de forma consistente con las experiencias internacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

2.2 Análisis Comparativo entre Chile y Colombia

Informe comparativo	
Chile	Colombia
Regido por la Ley 2.793 1979	Regido por la ley 100 de 1993, ley 1438 de 2011, ley estatutaria 1751 de 2015 (Bossert, 2000).
Ha tenido históricamente periodos de crecimiento en el marco legal de su sistema de salud, donde se ve reflejado un inicio con prestación de salud de carácter	Inicia históricamente con un periodo basado en un modelo higienista de carácter sanitario, evolucionando a un esquema de salud de subsidio a lo oferta, donde por medio de sus reformas, leyes

de beneficencia evolucionando a sistema sanitario, de aseguramiento y atención optima, fortaleciendo su estructura física y prestación de la atención al usuario con una serie de leyes y normatividades, donde se ve reflejado una cambiante formalización del sistema y unión y trabajo compartido entre el sector público y el sector privado en búsqueda de compensar la cobertura de prestación y calidad de atención en salud a su Población (Bossert, 2000).

Primer país en Latinoamérica en iniciar un esfuerzo serio para descentralizar su sistema de salud (Bossert, 2000). La implementación de la descentralización pasó por varias etapas durante los años ´80 y estuvo completamente implementada al momento de restaurarse la democracia en el año 1989.

Sistema de salud basado en los principios de equidad, participación, calidad, y normas se declara un "estado social de derecho consagrando la vida como un estado de derecho fundamental". Cambiante a una estructura de tendencia a la privatización, donde por ley promueve que por normas y procedimientos se garantice la calidad de vida guiada por los principios propios del país, ha continuado en búsqueda de la prioridad de mejorar la prestación de servicios creando un ambiente sano y saludable.

El proceso de descentralización en el sector de la salud fue iniciado en la Constitución de 1991 y elaborado en una serie de leyes (Ley 10, Ley 60 y Ley 100) (Bossert, 2000)

Sistema General de Seguridad Social en Salud regido bajo los siguientes principios: Universalidad, Solidaridad, Igualdad, Obligatoriedad, Prevalencia de derechos, Enfoque diferencial, Equidad, Calidad, Eficiencia, Participación social, Progresividad, Libre escogencia, Sostenibilidad, Transparencia, Descentralización administrativa,

eficiencia pero sobre todo prima el principio de solidaridad, donde la distribución y aportes al sistema de salud van de acuerdo a la capacidad de económica de su población teniendo como prioridad que se acceda al servicio de salud sin obstáculos en la prestación de la atención (Universidad de Antioquia, 2016).	Complementariedad y concurrencia, Corresponsabilidad, Irrenunciabilidad, Intersectorialidad, Prevención y Continuidad (Secretaria de Salud, 2013), principios establecidos legalmente y literalmente que buscan la optimización de calidad de atención en salud, pero que en la realidad no son aplicados, al contrarios deficientes de ellos, reflejo de la actual situación de salud, donde surgen contantes reformas que solo prender subsanar problemas, pero no radicar su origen de mala organización, dirección y control, clarificando que estos principios solo quedan en verbo y no en su verdadera función.
Informe comparativo	
Sistema de salud	
Chile	Colombia
Sistema de salud mixto, público y privado el cual da una libertad de elección a sus usuarios y se constituye en una actividad económica sustentable ya que la mayor parte demandante de la atención se centra en el sector público donde los planes de	Sistema con mandato constitucional, tanto público como privado, basado en la oferta y demanda de salud mediante sus respectivas entidades aseguradoras y prestadoras, donde se ha pretendido la búsqueda de goce de calidad de vida y logro de bienestar familiar, propósito que se ha buscado

salud tienden a ser universales no valoran riesgos sexo, edad o estado de comorbilidad, por su gran demanda lo direcciona a contratar con el sector privado donde se desarrolla un trabajo en conjunto de los subsistemas de salud, permitiéndole al país de Chile en enfrentar las problemáticas del sistema ya sea por transición demográfica, epidemiológica o socioeconómica, pero también nos permite ver que el tipo de contratación, afiliación y aseguramiento por el sistema privado es limitante y condicionante ante la discriminación por su condición patológica, sexo y edad, lo que me causa una interpretación de dar salud como un derecho limitado (Cruces, 2006).

El Derecho a la Salud en el País de Chile, desde un contexto legal, normativo y estructurado con el tiempo, donde los factores determinantes han sido sociales, demográficos y políticos, en miras de mediante una cantidad de normatividades, leyes, reformas que ciertamente han alcanzado una cobertura casi universal, mas no un aseguramiento de la salud, con cantidad de limitantes para recibir el beneficio de la salud acompañado de barreras de acceso en atención, donde se ve una capacidad de atención en el área privada, pero un detrimento patrimonial del usuario, y un crisis inminente del sistema público donde la salud se convierte en un derecho limitado (Páez, 2007). En el 2011 se destinaron alrededor de $45 billones para la salud, equivalentes a más de 9 puntos del PIB. Este monto de recursos representa cerca de $1 millón per cápita (US$ 550)

El Derecho a la salud en Colombia, reglamentado, estructurado por una cuantiosos número de leyes, reformas, donde se busca la calidad de vida y atención, del disfrute de un nivel de salud, garantizado por el estado y sus órganos fiscalizadores, pero incoherente en su norma escrita, con su aplicación en la población Colombiana, donde parece ser más un lujo

garantizar Salud a toda su población, muy bien plasmado en el renglón legal de la historia del sistema de salud de chile, pero es otra la realidad, cuando el sistema mixto, retiene el libre acceso a adquirir el servicio, se visualiza un sistemas donde sus órganos de afiliación y manejo discriminan al usuario por su edad, sexo o factores económicos, entonces como hablar de un Derecho, si el mismo sistema se ha encargado de dar libertad al sus modelos de organización , pero limitación a una afiliación, tratamiento y recuperación, entonces el sistema ya no es un bien, menos un derecho sino un Negocio (Cruces, 2006).	inalcanzable para la población menos favorecida, caracterizado por tener más limitantes que beneficios, carente de manejo idóneo de los recursos destinados para su funcionamiento pero admisible ante la corrupción por su misma estructuración, dependiente de un poder político y habido de transparencia normativa .

Rectoría del Sistema	
Chile	Colombia
La conducción del sector salud en su conjunto estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y siguiendo las reglas	La rectoría del Sistema de Salud está cargo del Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), que fue remplazado a partir de

del Código Sanitario lo ejerce el Ministerio de Salud (MINSAL). Su tarea principal consiste en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y la Superintendencia de Salud.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) abarca 29 Servicios Regionales de Salud que proporcionan los servicios de promoción, protección y atención a la salud por medio de una red de hospitales y clínicas de segundo y tercer nivel financiados por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que concentra, administra y distribuye los recursos financieros destinados para tal fin. Es de anotar que algunos de estos hospitales también realizan acciones de atención primaria. El MINSAL también regula y supervisa la provisión de atención de primer nivel por parte

2009 por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), quedando únicamente la CNSSS como un órgano asesor y consultor. El Ministerio de la Protección Social (MPS) determina y orienta la política del Sistema de Protección Social en general y del sector salud en particular (Orozco Africano J. M., 2006)

Algunas de las funciones centrales de la Comisión de Regulación de Salud (CRES) son la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y del contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS) incluyendo el de establecer un listado de medicamentos esenciales y genéricos, y la regulación de los copagos y las cuotas moderadoras.

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) está por ley autorizada para realizar actividades de inspección, vigilancia y control en prácticamente todos los niveles del funcionamiento de los diversos actores que participan en el sector salud, en su propósito de garantizar la operatividad del Sistema General

del Sistema Municipal de Atención a la Salud, el cual no constituye un verdadero sistema (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011).	de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Orozco Africano J. M., 2006). Por su parte, los distritos y municipios tienen sus propias direcciones locales de salud, son responsables de hacer el diagnóstico de la situación de salud de la población y, además, se encargan de la vigilancia del sistema de salud pública en sus respectivas jurisdicciones.
Vigilancia del Sistema	
Chile	Colombia
Las actividades de vigilancia están bajo el control del Instituto de Salud Pública (ISP) e incluyen fundamentalmente y entre otros aspectos la evaluación de la calidad de los laboratorios, la vigilancia de enfermedades, y el control y fiscalización de todos los medicamentos que se producen y se venden en Chile, incluyendo los cosméticos y dispositivos de uso médico. El ISP también ejerce vigilancia de todo lo relacionado con la salud ambiental, la salud ocupacional y la producción y control de calidad de	La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tienen bajo su responsabilidad la vigilancia, regulación, inspección y el control de alimentos, medicamentos e insumos para la salud, dispositivos médicos, bancos de sangre, tejidos y órganos. Desde 2004, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) dispone también de un comité evaluador

las vacunas. En 2003, el ISP dejó de producir vacunas (triple DPT, toxoide diftérico, anti tiroidea, antirrábica y antitoxina tetánica) para centrarse en sus tareas como autoridad reguladora y fiscalizadora (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011).	de pruebas diagnósticas. De cualquier manera, el Ministerio de la Protección Social es quien dicta las políticas al respecto y establece las normas al ejercer la dirección general del sistema (Ministerio de la Protección Social, 2004).
Densidad de Médicos (2010)	
1,02 por mil habitantes. La dotación de personal de los servicios de salud y de la atención primaria municipal corresponde en total a 123.000 funcionarios, de los cuales 32% se desempeña en la atención Primaria Municipal y 68% en la Atención Secundaria y Terciaria. En 2010, el SNSS registraba 17.185 médicos contratados, que representaba 10.3 médicos por 10.000 habitantes, recurso que a nivel regional fluctuaba entre 18.4 y 6.5 médicos por 10.000 habitantes. El recurso dentista era aún más escaso: 3.429 profesionales (2.0 por 10.000 habitantes). La fluctuación de disponibilidad de estos profesionales entre Regiones no es	1,47 por mil habitantes. Se estima que en 2011 Colombia contó con 77.473 médicos generales y 7.872 especialistas de los cuales son: 2.011 médicos internistas, 1.442 cirujanos generales, 2.120 pediatras, 1.513 anestesiólogos, 786 ortopedistas y traumatólogos. Se estima que se requieren entre 91.897 a 103.253 médicos generales y de 9.066 a 10.187 especialistas de los cuales se requerirían entre: 2.217 a 2.491 médicos internistas, 1.659 a 1.864 cirujanos generales, 2.329 a 2.617 pediatras, 1.998 a 2.245 anestesiólogos, 863 a 970 ortopedistas y traumatólogos. De acuerdo al estudio, se podría concluir que faltarían entre: 14.424 a 25.780 médicos

sistemática ya que depende de diversos factores (Becerril Montekio, Reyes, & Annick , 2011)s	generales, de 1.194 a 2.315 médicos especialistas; de 206 a 480 médicos internistas, de 217 a 422 cirujanos generales, de 209 a 497 pediatras, de 485 a 732 anestesiólogos y de 77 a 184 ortopedistas y traumatólogos (EJE21).

Posicionamiento de Hospitales y Clínicas en Latinoamérica (Valencia, 2015)

Chile	Colombia
La clínica Alemana de Santiago de Chile se ubica en el 2do puesto del ranking en 2015, lo que demuestra su liderazgo como mejor clínica chilena y como mejor clínica de habla hispana en toda la región. Este posicionamiento se debe en parte a la mejora en el perfil de su personal. En el año 2010 contaba con 692 médicos, en tanto que hoy dispone de una planta de médicos tiempo completo y tiempo parcial de 1001, lo que expresa un crecimiento superior al 30% durante este lustro. A lo anterior suma el que casi el 100% de sus facultativos cuentan con las más diversa gama de especializaciones. Y ello se nota: esta clínica chilena ha estado liderando desde el 2010 la cabeza de ser	La Clínica Valle del Lili de Cali, avanza para este ranking 2015 desde el quinto lugar hasta el tercero, consolidándose como la mejor institución colombiana y una de clínicas que mejores cifras exhibe en todos sus indicadores. Es la de mayor prestigio en Colombia, al obtener el mejor puntaje en esa dimensión. Dignos de resaltar son los logros de esta institución en materia de gestión del conocimiento. Es así como, para el año 2010 la Valle del Lili tenía una producción científica bianual de 40 papers ISI, en tanto que hoy alcanza las 108 publicaciones indexadas. Es decir un crecimiento del 63%, lo cual quiere decir una notoria alza en sus inversiones en

aquella institución con el mejor team de talento profesional expresado en planta de galenos, equipo de enfermería y su cuerpo directivo y administrativo (Valencia Murcia, 2015).

Dos (2) clínicas y/o hospitales ubicados entre las primeras 43 instituciones en el ranking 2015 Latinoamérica. Uno de los países con menos clínicas y/o hospitales en el ranking.

Ranking confirma la continuidad del positivo crecimiento en calidad y complejidad para atender la demanda de los pacientes en el país

El ranking solo muestra dos clínicas y/o hospitales ubicados en la ciudad capital. Esto demuestra que aunque la calidad de la clínica Alemana de Santiago de Chile demuestra su liderazgo como mejor clínica chilena y como mejor clínica de habla hispana en toda la región, no hay evidencias en el ranking de otras instituciones a nivel regional que demuestren ese aumento de calidad (Valencia Murcia, 2015).

materia de investigación y de los efectos de sus alianzas y convenios estratégicos como por ejemplo el que celebrara con la Universidad Icesi, en el año 2009, mediante el cual consolidan en con junto un programa de medicina (Valencia Murcia, 2015).

21 clínicas y/o hospitales ubicados entre las primeras 43 instituciones en el ranking 2015 Latinoamérica. País latinoamericano con más clínicas y/o hospitales en el ranking.

Ranking confirma la continuidad del positivo crecimiento en calidad y complejidad para atender la demanda de los pacientes en el país

La alta calidad de las instituciones no sólo está presente en la capital del país, sino en regiones y ciudades aledañas a los grandes centros urbanos en cada país: Clínica Valle de Lili (3°) en la ciudad de Cali, Fundación Cardiovascular (5°) en la ciudad de Bucaramanga y el hospital Pablo Tobón Uribe (9°) de la ciudad de Medellín. Es decir, emplazamientos hospitalarios instalados en localidades que han

	venido liderando el crecimiento industrial y tecnológico del país (Valencia Murcia, 2015).

Competitividad en la región (Consejo Privado de Competitividad, 2014-2015)	
Chile	Colombia
En los últimos cuatro años Chile descendió 3 puestos en competitividad. De acuerdo con el Índice Global de Competitividad (IGC) del Foro Económico Mundial (WEF), Chile pasó, entre 2010 y 2014, del puesto 30 entre 139 países al puesto 33 entre 144 países. En el contexto latinoamericano, el país ocupa el primer lugar desde 2006. En el pilar de salud y educación primaria, Chile retrocedió 1 puesto llegando en 2014 al puesto 70 entre los países medidos por el WEF y al lugar 14 en América Latina (Valencia Murcia, 2015)	En los últimos cuatro años fue muy poco lo que el país avanzó en competitividad. De acuerdo con el Índice Global de Competitividad (IGC) del Foro Económico Mundial (WEF), Colombia pasó, entre 2010 y 2014, del puesto 68 entre 139 países al puesto 66 entre 144 países. Situación preocupante en la medida en que en el contexto latinoamericano, el país ocupa el séptimo lugar (Reporte global de competitividad 2014-2015, 2014). En el pilar de salud y salud y educación primaria, Colombia retrocedió 33 puestos llegando en 2014 al puesto 105 entre los países medidos por el WEF y al lugar 14 en América Latina (Valencia Murcia, 2015)

3. Conclusiones y Recomendaciones

En los últimos años, el desarrollo del modelo de Salud Colombiano muestra grades brechas y necesidades sobre la modificación de Sistema General de Seguridad Social. Dos elementos estructurales son importantes concluir: que se cuenta con una excelente en cuanto a la expansión de la cobertura del sistema en muy pocos años pero lamentablemente sigue siendo escaso y pobre la forma como se ofrecen los servicios. Como se comenta en el análisis anterior, en el 2011 se destinaron alrededor de $45 billones para la salud, equivalentes a más de 9 puntos del PIB. Este monto de recursos representa cerca de $1 millón per cápita (US$ 550), es decir, alrededor del 10% del ingreso de cada colombiano. Como se puede observar, estos cifras permiten afirmar que El sistema dispone de los recursos para afiliar y prestar atención de primera calidad a más de un millón de vinculados que aún existen pero que el destino de esos dineros no son para fines propiamente los indicadados y exigidos por la Organización Mundial de la Salud.

Igualmente, para que un sistema mantenga el equilibrio y la sostenibilidad en el largo plazo, debe propender por que los recursos se distribuyan de manera armónica a lo largo de la cadena de actores del sistema. Dado que la mayoría de los recursos provienen del presupuesto nacional y los aportes de patronos y trabajadores, el Estado es el primer interesado en buscar esa armonía. Por lo tanto, se hace necesario evitar que algunos actores sean claramente ganadores en términos financieros, en detrimento de los demás actores del sistema, de forma que se pueda garantizar a todos su sostenibilidad en el tiempo. Por otra parte, se hace necesario tener en cuenta que un problema financiero de uno de los actores se vuelve finalmente en un problema para todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Núñez & Zapata, 2012).

El sistema actual de los dos Países debe continuar, ya que sus resultados globales presentados en informes anteriormente realizados, demuestran que han sido positivos y demuestran un avance para la salud de los colombianos y de los chilenos, no tan sólo en cobertura y disponibilidad de recursos. Así mismo, el acceso a los servicios se ha expandido tanto en sector púbico como en el sector privado, creando un engranaje entre dinero recibido versus servicio prestado.

Referencias Bibliográficas

Reporte global de competitividad 2014-2015. (2014). Recuperado el 02 de Mayo de 2016, de Foro económico mundial: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20 Empresarial/Documento_FEM_2014.pdf

Agencia de información laboral. (2012). *Estudio de Fescol sobre salud y seguridad social.* Recuperado el 05 de Mayo de 2016, de Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia: http://ens.org.co/apc-aa-files/4e7bc24bf4203c2a12902f078ba45224/Estudio_Fescol.pdf

ASOCAJAS. (2012). *Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio*. Recuperado el 02 de Mayo de 2016, de Asociación nacional de cajas de compensación familiar: http://asocajasrevistamasvida.asocajas.org.co/adjuntos/ versiones/revista_mas_vida_24.pdf

Becerril Montekio, V., Reyes, J., & Annick , M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México, 54*, 132-143.

Bossert, T. J. (Junio de 2000). *La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia.* Recuperado el 10 de Mayo de 2016, de https://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/lac/Decentralization-span3.PDF

Castro Hoyos, C. E. (Julio de 2012). *Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina.* Obtenido de http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf

Chiara, M. (2015). *Gestión territorial integrada para el sector salud.* Obtenido de http://www.ungs.edu.ar/cm/uploaded_files/publicaciones/654_Gestion%20territorial%20integrada%20para%20el%20sector%20salud%20WEB.pdf

Cruces, G. (2006). *Protección social y sistemas de salud.* Recuperado el 02 de Mayo de 2016, de "Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos": http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/ 5/27255/Cruces2.pdf

Cyclopaedia.net. (2013). *Sistema Nacional de Servicios de Salud*. Obtenido de http://www.cyclopaedia.es/wiki/SNSS

EJE21. (s.f.). En Colombia hay un médico por cada 846 habitantes.

Gattini , C. (2010). *Salud en Chile*. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile: http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf

Giedeón, ,. Ú., Villar, M., & Ávila, A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado.* Recuperado el 11 de Abril de 2016, de Instituto de Ciencias del Seguro: https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf

Giovanella, L. (Agosto de 2013). *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada.* Recuperado el 02 de Mayo de 2016, de Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud: http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf

Goic C., A. (Junio de 2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile, 143*(6), 774-786.

González García, G. (2002). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2013). *Demográficas y Vitales.* Recuperado el 15 de Abril de 2016, de Productos estadísticos: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php

Ministerio de la Protección Social. (2004). *Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.*

Ministerio de Salud. (2014). *Indicadores básicos de salud Chile*. Recuperado el 11 de Abril de 2016, de Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2014). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. Indicadores Básicos de Salud*. Recuperado el 06 de Abril de 2016, de http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Indicadores básicos*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores-basicos-salud-2013.pdf

Ministerio Nacional de Protección Social. (2009). ACUERDO 415 de 2009. En C. N. salud.

Mora, S. (11 de Agosto de 2015). *10 años del Plan Auge: Conoce las 80 patologías que cubre el programa*. Obtenido de http://www.24horas.cl/tendencias/cienciaysalud/10-anos-del-plan-auge-conoce-las-80-patologias-que-cubre-el-programa-1751856

Núñez, J., & Zapata, J. (Julio de 2012). *Lacer Lacea.* Recuperado el 28 de Abril de 2016, de La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: http://lacer.lacea.org/handle/11445/360

OCDE. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014* . Obtenido de Chile en comparación : http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Sistemas de Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/health_systems/es/

Orozco Africano, J. (2006). Caracterización del Mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. En A. d. Social.. Cartagena: Biblioteca virtual de economía, derecho y ciencias sociales.

Orozco Africano, J. M. (2006). En P. r. reforma, & d. y. Biblioteca virtual de economía (Ed.). Eumed.net.

Páez, G. N. (2007). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia.* Recuperado el 10 de Mayo de 2016, de https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf

Pereira Arana, M. I. (2007). *La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza.* Recuperado el 10 de Mayo de 2016, de Análisis de cómo la reforma estatal al sistema de salud en Colombia en 1993 impone nuevas lógicas en la relación Estado-ciudadano que repercuten en la gobernanza.: http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-276.html

Portafolio. (02 de Agosto de 2011). *El sistema de salud actual.* Recuperado el 02 de Mayo de 2016, de http://www.portafolio.co/economia/finanzas/sistema-salud-actual-395354

Pública, I. d. (1982). *Facultades, funciones y atribuciones de sus unidades u órganos internos*. Obtenido de http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/seremirm/facultades.html

Ramírez, J. F. (02 de Agosto de 2011). *El sistema de salud actual.* Recuperado el 03 de Mayo de 2016, de La OMS califica al sistema colombiano como el número uno en solidaridad y el 22 en desempeño.: http://www.portafolio.co/opinion/jorge-felipe-ramirez/sistema-salud-actual-122382

Rodríguez Mendez, L. M., & Rodríguez Tovar, D. C. (2012). *Comparación de los sistemas de salud de Canadá, Costa Rica, Chile y Colombia: Orígen, evolución y futuro.* Recuperado el 15 de Abril de 2016, de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1641/2/proyecto_grado.pdf

Secretaria de Salud. (2013). *Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* cali.gov.co.

Tobar, F. (2012). *Modelos de gestión en salud.* Obtenido de http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf

Universidad de Antioquia. (Abril de 2016). *Los doce principios de seguridad social.* Recuperado el 10 de Mayo de 2016, de http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=35116

Valencia Murcia, F. (Octubre de 2015). *La potencia del sistema dinámico de la Clínica Einstein, que privilegia la dignidad del paciente y la gestión del conocimiento científico, la mantienen en el tope regional.* Recuperado el 02 de Mayo de 2016, de http://clustersalud.americaeconomia.com/conozca-el-ranking-2015-de-los-mejores-hospitales-y-clinicas-de-america-latina/