

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 del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-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.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

Comparación entre Sistemas de Salud en países de Latinoamérica:

Casos de Colombia y Chile

Sindy Lorena Becerra Martínez y Cristian Miguel Mora Afanador

**Trabajo de grado para optar el título de Especialistas en Gerencia de Instituciones de
Seguridad Social en Salud**

Director

Jorge Alberto Castro Hernández

Doctor en Políticas para el Desarrollo y la Administración

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas y Administrativas

Facultad de Economía

2017

Contenido

Introducción	9
1.Comparación entre Sistemas de Salud en países de Latinoamérica: Casos de Colombia y Chile.....	11
1.1Marco Conceptual.....	11
2. El sistema de salud en Colombia	14
2.1 Estructura	15
2.2 Cobertura.....	16
2.3 Beneficiarios	16
2.4 Beneficios y/o Garantías	18
2.5 Financiamiento.....	21
2.6 Recursos	23
2.6.1 Talento Humano.....	24
2.6.2 Investigación	25
2.6.3 Vigilancia y evaluación de los procesos en salud.....	25
2.6.4 Participación del usuario.....	26
3. El sistema de salud en Chile	27
3.1 Estructura	28
3.2 Cobertura.....	28
3.3 Beneficiarios	29

3.4 Beneficios y/o Garantías	31
3.5 Financiamiento.....	33
3.6 Recursos	35
3.6.1 Infraestructura y/o equipos	35
3.6.2 Talento Humano.....	36
3.6.3 Investigación	37
3.6.4 Vigilancia y evaluación de los procesos en salud.....	37
3.6.5 Participación del Usuario	38
4. Análisis comparativo entre los sistemas de salud de Colombia y Chile.....	38
5. Conclusiones	49
Bibliografía	50

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Comparación de los sistemas de Salud de Colombia y Chile</i>	41
--	----

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Sistema de Salud de Colombia.....	14
<i>Figura 2.</i> Sistema de Salud de Chile.....	27

Resumen

Objetivo. Elaborar un estudio comparativo los sistemas de salud de Colombia y Chile.

Material y Métodos. Se realizó una exploración documentada sobre los sistemas de salud de cada uno de los países; situando el contenido general del sistema y su conformación. La recopilación y el estudio de la información se organizó a partir de las siguientes categorías: funciones de dirección, financiación, beneficiarios, beneficios y/o garantías en la prestación de los servicios en salud, competencias del talento humano, valor en la participación de los usuarios y el proceso en el área investigativa. Con la información recabada se elaboró una caracterización de cada sistema de salud con el fin de realizar un análisis comparativo y de proponer recomendaciones que sobrelleven al progreso en la asistencia de los procesos asistenciales y de las cuales cada país pudiera optar para mejorar sus servicios de salud.

Resultados. En ambos sistemas de salud el principio social es el acceso a la atención, es decir, todos tienen acceso a la atención. La salud se considera como un derecho social. Estos sistemas tienen gran diferencia en el contexto de administración y financiación por parte del Estado. El FOSYGA es la entidad que hace parte del Estado Colombiano encargado de financiar los servicios de salud; recursos que se predestinan a los gastos en salud. Para el caso del Estado Chileno, el Ministerio de Salud es la entidad encargada de fiscalizar estos recursos por medio del FONASA. Para ambos países la prestación de los servicios de salud, se llevan a cabo tanto por proveedores públicos como proveedores privados.

Conclusiones. Los sistemas de salud de ambos países son de modalidad mixta; es decir, se ofrecen servicios bajo un sector público y un sector privado. Sin embargo son Estados con grandes diferencias en cuanto a la sostenibilidad económica. No obstante sus indicadores de resultados en salud señalan que se lucha constantemente por alcanzar el acceso universal. El

análisis comparativo y conceptual de cada uno de los sistemas permite un incremento en la adquisición de conocimientos de toda la funcionalidad de su organización y a su vez es una oportunidad de proponer una situación favorable e ideal en la ejecución de sus procesos sanitarios y las cuales cada país pudiera optar para optimizar la prestación de sus servicios.

Palabras Clave: Sistemas de Salud, Colombia, Chile.

Abstract

Objective. To elaborate a comparative study of the health systems of Colombia and Chile.

Material and methods. A documented exploration of the health systems of each of the countries was carried out; situating the general content of the system and its conformation. The collection and study of information was organized according to the following categories: managerial functions, financing, beneficiaries, benefits and / or guarantees in the provision of health services, competencies of human talent, value in the participation of users and the process in the research area. With the information collected, a characterization of each health system was elaborated in order to carry out a comparative analysis and to propose recommendations that cover the progress in the assistance of the care processes and from which each country could choose to improve its health services.

Results. In both health systems the social principle is access to care, that is, everyone has access to care. Health is considered as a social right. These systems make a great difference in the context of administration and financing by the State. FOSYGA is the entity that is part of the Colombian State in charge of financing health services; resources predestined to health expenditures. In the case of the Chilean State, the Ministry of Health is the entity in charge of

monitoring these resources through FONASA. For both countries the provision of health services are carried out by both public providers and private providers.

Conclusions. The health systems of both countries are mixed; that is, services are offered under a public sector and a private sector. However, they are States with great differences in economic sustainability. However, their indicators of health outcomes indicate that efforts are constantly being made to achieve universal access. The comparative and conceptual analysis of each of the systems allows an increase in the acquisition of knowledge of all the functionality of their organization and in turn is an opportunity to propose a favorable and ideal situation in the execution of their health processes and which each country could opt to optimize the provision of its services.

Keywords: Health Systems, Colombia, Chile.

Introducción

Los sistemas de salud son fruto de la historia y del desarrollo cultural de una sociedad. Estos sistemas de salud ofrecen parámetros para el desarrollo de los procesos en salud, especialmente para aquellas acciones que van encaminadas a promocionar la salud, prevenir la enfermedad, ofrecer un tratamiento y rehabilitar secuelas temporales o permanentes.

Diferentes estudios se han desarrollado previos a este análisis comparativo. Cabe resaltar, un estudio comparativo realizado por Carlos Castro (2012) en el cual menciona la salud y la seguridad social en cinco países Latinoamericanos incluyendo en ellos a los países señalados en el presente estudio. Al igual que el anterior, para el año 2000 posterior a la reforma de los Sistemas de Salud, el autor Ramón Granados, realiza un estudio en el cual se ubica en los procesos de reforma de estos países, resaltando en el los factores sectoriales y extra sectoriales que dieron origen a estos cambios.

Por su parte, la realización de este artículo de revisión tiene como finalidad elaborar un estudio comparativo entre los sistemas de salud de Colombia y Chile, con el propósito de examinar elementos presentes en cada uno de ellos y conocer su respuesta ante las necesidades de salud de sus habitantes, mediante el análisis de las características principales de cada país: La organización de los sistemas de acuerdo a sus tres principales funciones de direccionamiento, financiamiento y beneficios en la prestación de los servicios, así como, las competencias de su talento humano, importancia en la participación de sus usuarios y el desarrollo en procesos de investigación. Dichos países de Latinoamérica se incluyeron por derives más asociados a lo que hace parte de su desarrollo y conformación en el terreno de la salud. De Colombia cabe resaltar

la adquisición de características del sistema de salud chileno y a su vez la dedicación constante por llegar a la cobertura universal. Por su parte, el Sistema de Salud de Chile, presenta ciertas características que en realidad son únicas en el mundo, su corte de mercado se basa principalmente en la asignación de recursos al financiamiento de su sistema.

La información sobre la normatividad y el contenido requerido para dicha comparación serán extraídos de bases de datos de los Ministerios de Salud de uno de los países, bases de datos de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

A estos se sumará la búsqueda bibliográfica en bases bibliográficas de Scielo, Redalyc y Medline.

La comparación de los dos casos se realizará a partir de textos descriptivos, gráficos y cuadros comparativos.

Por último, se realizarán recomendaciones con el fin de proponer una situación favorable e ideal en la ejecución de procesos sanitarios y de las cuales cada país pudiera optar para mejorar sus servicios de salud.

1. Comparación entre Sistemas de Salud en países de Latinoamérica: Casos de Colombia y Chile

1.1 Marco Conceptual

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud un sistema de salud es:

La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2005, s.p.).

A groso modo, y según lo dicho por Christian Canizales (2015) un sistema de salud comprende:

“Todas aquellas organizaciones, organismos y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud” (p. 7)

La idea primordial de estos sistemas es desarrollar acciones que vayan enfocadas a optimizar y proveer el más alto nivel de atención en salud de las personas durante el trascurso de su vida

Junto a esto la visión de la Organización Mundial de la salud va orientada a:

“Exigir a todos los países el desarrollo de sistemas de la salud que permitan a la gente acceder a los servicios necesarios evitando los gastos catastróficos y el empobrecimiento que puede acarrearles la búsqueda de atención” (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2005, s.p.).

Las cuatro funciones principales de un sistema de salud las ha definido la OMS como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

La mayoría de los sistemas de salud comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. No obstante, la OMS indica que se pueden distinguir al menos cuatro tipos ideales de esquemas de protección social en salud, entre ellos:

- Un sistema asistencialista: Involucra la provisión de bienes y servicios públicos en donde las acciones estarían totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y necesitados.
- Seguro Social: Incluye a los trabajadores. En este esquema se crean componentes de control financiero y administrativo con los cuales se aprobaban ciertos beneficios como: Pensiones, aseguramiento por accidentes laborales, atención a todo el núcleo familiar del trabajador, asistencia por maternidad, entre otros. Su principal característica es la vinculación laboral.
- Seguridad Social: Este esquema de protección se caracteriza por tener sostenimiento por medio del pago de los impuestos de la población al Estado.

- Seguros privados: Este esquema de protección se identifica principalmente por tener sostenimiento de su financiación por medio del pago de aportes individuales de la población y permite a su vez que dicha población goce de la libre elección de un proveedor de servicios. En este esquema el Estado no tiene derecho de participación, es decir, su funcionamiento es por parte de instituciones particulares descentralizadas del Estado.

Para la Organización Panamericana de la Salud existen criterios o principios para una atención integrada universal, estos son:

Acceso y cobertura universales en función de las necesidades; equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud. Criterios que son abordados por los sistemas de salud para disminuir la crisis mundial de personal sanitario, la insuficiencia de la información sanitaria, la falta de recursos financieros, y favorecer la aplicación de políticas sanitarias que promuevan la equidad en salud (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2003, s.p.).

A partir de este marco conceptual, se abordaran dos sistemas de salud de países de Latinoamérica, correspondientes a Colombia y Chile, enfatizando su descripción en las cuatro funciones que la OMS ha definido para los sistemas de salud que conforman los servicios de salud en el mundo.

2. El sistema de salud en Colombia

En esta sección se realizará la caracterización del Sistema de Salud Colombiano. La presentación del mismo se hará a partir de las siguientes categorías: Estructura, Cobertura, Beneficiarios, Beneficios y/o Garantías, Financiamiento y Recursos.

Una visión general del sistema colombiano se puede observar en el siguiente cuadro:

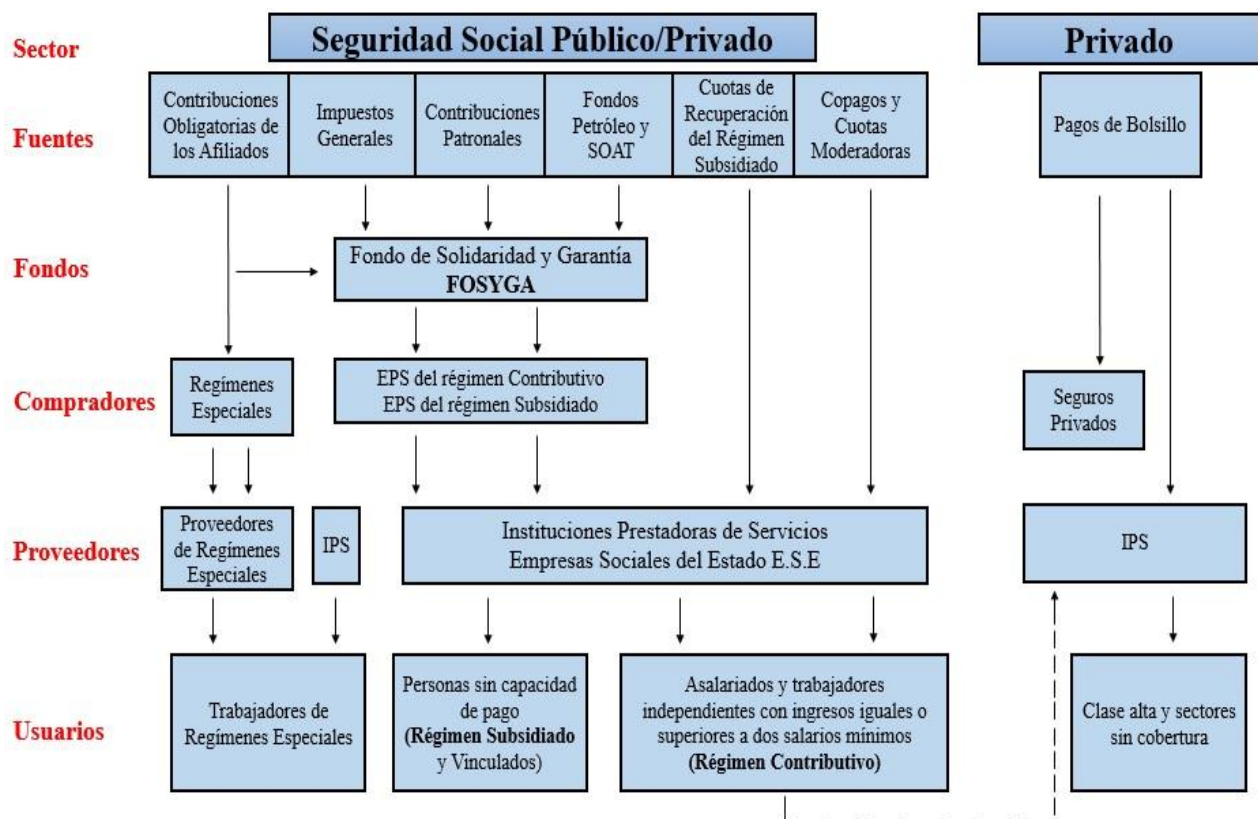


Figura 1. Sistema de Salud de Colombia. Adaptado de Becerril V. (2011). Sistema de salud de Chile.

2.1 Estructura

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia fue implantado por la Ley 100 de 1993. Ha sido reformado en su estructura general a través de diferentes normas, en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Así mismo, el componente de salud pública fue desarrollado mediante la Ley 9 de 1979 en cuanto a medidas sanitarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud está constituido por:

1. Entidades de dirección, vigilancia y control: Hacen parte de este grupo: Ministerios de Salud y Trabajo, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, SUPERSALUD (Superintendencia Nacional en Salud) y el SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública).
2. Entidades de Financiación y Administración: Hacen parte de este grupo: EPS (Entidades Promotoras de Salud), Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud y el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía)
3. Entidades de Ejecución: Hacen parte de este grupo: IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), sean de representación privada, pública o mixta.

2.2 Cobertura

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se constituye por el funcionamiento de dos divisiones: El sector público y el sector privado, que a su vez es integrado por dos sistemas de protección, los cuales aspiran tener la cobertura total de la población; estos son: El régimen Contributivo, el régimen subsidiado y el régimen especial en donde se encuentra la población perteneciente a las Fuerzas Armadas, Magisterio y a la Empresa Colombiana de Petróleos. Estos a su vez se involucran entre sí por medio del FOSYGA.

La afiliación al Sistema de Salud Colombiano es obligatoria para todos los habitantes del país y se realiza a través de las EPS, las cuales son las encargadas de recibir las cotizaciones y por medio de las IPS ofrecen la atención del POS (Plan Obligatorio de Salud).

Simultáneamente a los servicios que ofrecen las EPS y las IPS, en Colombia existen entidades que ofrecen protección exclusiva en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a las personas que estén afiliadas dentro del mismo Sistema General de Seguridad Social en Salud, estas entidades son: las Administradoras de Riesgos Profesionales y las Administradoras de Fondos de Pensiones.

2.3 Beneficiarios del Sistema

El gobierno Colombiano reglamentó en la Constitución Política del año 1991, la salud como un derecho fundamental a toda la población colombiana.

A su vez, los ciudadanos pueden libremente elegir una EPS pública o privada.

Todos los habitantes del país que sean empleados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con generen ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC (Régimen Contributivo), en donde podrán tener como beneficiarios del sistema a su cónyuge y/o padres e hijos según el caso. El RS (Régimen

Subsidiado), por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago.

Las EPS son las entidades encargadas de realizar la afiliación y el respectivo registro a los usuarios afiliados al Sistema, a su vez son los responsables de la recaudación de las cotizaciones o aportes, validar información y garantizar la correcta prestación del POS.

El Estado Colombiano realiza la aplicación de una encuesta del SISBEN más conocido como el Sistema de Identificación y Clasificación de Beneficiarios, la cual tiene como finalidad identificar toda la población según sus condiciones socioeconómicas. Esta tarea es de competencia municipal.

Asimismo y junto a los beneficiarios del Sistema, existen diferentes grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social los cuales pertenecen a los regímenes especiales; esto para el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en ECOPETROL (Empresa Colombiana de Petróleos).

Adicionalmente, se consideró dentro de la participación en el Sistema a las personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación. Son aquellos que por imposibilidad de pago tendrán derecho a los servicios de atención de salud que ofrecen las instituciones públicas y aquellas privadas que posean contrato con el Estado.

El sector único privado es utilizado por la población con capacidad de pago, o por aquellos que no están afiliados al Sistema o por buscar mejoras en la calidad de la atención.

2.4 Beneficios y/o Garantías

El aseguramiento de la población está a cargo de las EPS y el principal objetivo del sistema de salud colombiano es que las garantías que se ofrecen tanto al régimen contributivo y subsidiado lleguen a ser los mismos.

Cada EPS está conformada y a su vez ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas: Hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud.

Es obligación de cada IPS cubrir el POS, que cubre tanto al afiliado cotizante como a su grupo familiar en lo que se refiere a todas las actividades del I nivel de atención: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Dentro del POS y/o Plan de Beneficios, se incluyen alternativas de atención como:

- Beneficios de II, III y IV nivel. Entre estos se pueden mencionar: Atención primera de urgencias, consulta odontológica, consulta por medicina general y especializada, hospitalización, intervenciones quirúrgicas de baja complejidad, tratamientos de rehabilitación física y prótesis, realización de exámenes de laboratorio y entrega de medicamentos.
- La atención de algunas enfermedades de alto costo, dentro de las que se incluyen el sida, la enfermedad renal crónica y el cáncer. Además, quienes cotizan en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad.

- Atención domiciliaria con internación hospitalaria en casa, según pertinencia, ésta opción está sujeta y debe ser avalada a juicio del profesional tratante.
- Atención y ejecución de varias cirugías de trasplantes entre estos: trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
- Atención ambulatoria por medio de la terapia paliativa para el dolor, manejo de la disfuncionalidad y desarrollo de terapias con apoyo psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante.
- Atención por parte de las EPS, permitiendo el acceso y la administración de los biológicos y/o vacunas incluidas en el PAI (Plan Ampliado de Inmunización), las cuales son suministradas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En Colombia se reglamentaron las cuotas moderadoras y los copagos, estos son pequeños aportes que los afiliados tienen que realizar de acuerdo con sus ingresos para acceder a la prestación de los servicios de salud.

El pago de las cuotas moderadoras, tiene por esencia reglamentar el uso adecuado por parte de la población que hace uso de un servicio de salud para el caso de la solicitud de cita médica u odontológica.

Los copagos son un porcentaje pagado al momento de recibir un servicio que está incluido en el POS; el afiliado cotizante no está obligado a realizar cuando está afiliado al RC, pero sí lo deben realizar los beneficiarios del afiliado cotizante. Estos aportes fueron reglamentados por el

Estado con el fin de ayudar en el financiamiento de los recursos para el sostenimiento del Sistema.

La prestación de servicios de promoción y prevención, tratamiento de algunas patologías como: la epilepsia, hipertensión, diabetes y asma, y conjuntamente quienes han sido identificados dentro del SISBEN como nivel I, no tienen la obligación de realizar un pago por la utilización de los servicios de salud.

La población Colombiana que cuenta con capacidad de pago, se les ofrece el derecho de obtener y acceder de manera voluntaria a los seguros de salud complementarios, en este caso: Medicina Prepagada, pero esta acción solo sería posible si hay una afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Estado Colombiano cuenta con el apoyo del SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública), entidad del estado que se encarga de ofrecer información sobre aquellas eventualidades que puedan afectar la salud de la población.

La vigilancia de la salud publica en Colombia, se realiza bajo control del Estado, la cual busca garantizar de manera integrada la salud de la población por medio de acciones dirigidas al mejoramiento de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

Como lo señala el Ministerio de Salud y Protección Social, las políticas que conforman esta división son:

Política de Enfermedades Transmisibles, Política de Enfermedades NO Transmisibles, Política de Hábitos Saludables, Política de Salud Mental, Política de Salud Ambiental, Política de Salud Sexual y Reproductiva, Política de Epidemiología y Demografía,

Política de Vacunas e Inmunizaciones, Política de Salud Nutricional, Política del Plan Decenal de Salud Pública y Política de CNE (Centro Nacional de Enlace). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, s.p.)

2.5 Financiamiento

El FOSYGA, es la entidad del Estado Colombiano que tiene a su cargo el control en la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según el Ministerio de Salud (2016) esta financiación se maneja por encargo fiduciario y el cual se enmarca únicamente en la prestación de servicios de salud a la población y está estructurado con las siguientes cuatro Subcuentas independientes:

1. Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo: Realiza control al recaudo de aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es de suma importancia destacar que el aporte que se realiza a la salud al Sistema, es del 12.5% del Ingreso Base de Cotización, pero este porcentaje varía si se establece como cotizante empleado dependiente: el empleador aporta el 8.5% y el trabajador el 4% restante. Si es cotizante independiente: Tendrá que aportar el 12.5% en su totalidad.

2. Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud: Permite ayudar con la financiación de los afiliados al RS, siendo la población de los colombianos sin capacidad del pago y en condición de vulnerabilidad.

3. Subcuenta de Promoción de la Salud: Permite financiar actividades para promover la educación, fomentar la salud y a su vez generar resultados en prevención de la enfermedad.

4. Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito: Permite y abarca todo lo relacionado con la atención, los gastos médicos, cirugías, compensación en caso de mortalidad, a su vez gastos fúnebres, toda eventualidad que se presente en el país en cuando a sucesos catastróficos naturales y ataques terroristas.

El Estado Colombiano, ofrece un “pago por cabeza” o UPC (Unidad de pago por Capitación), valor que se reajusta de acuerdo con la inflación, es un aporte que el gobierno hace a cada EPS por la atención en salud del POS de cada afiliado que posea sea éste cotizante o beneficiario.

Como lo señala el Ministerio de Salud:

El SGP (Sistema General de Participaciones); está constituido por los recursos que la Nación trasfiere a las Entidades Territoriales, que destinaran para la financiación de los servicios a su cargo, dándoles prioridad al servicio de salud; junto a este sistema, el FONSAET (Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud) ofrece una parte del pago de las obligaciones por parte de las ESE (Empresas Sociales del Estado) que se encuentren categorizadas en riesgo alto o medio o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación para el financiamiento de la salud. (Ministerio de Salud, 2016, s.p.)

Hay rentas territoriales que son destinadas a la financiación de la salud, que son generadas por el pago de impuestos en proporción al consumo de productos y/o utilización de servicios como lo son: Impuesto al Consumo de Cerveza, Impuestos de Licores, Vino, Aperitivos y Similares, Recursos de Juegos de Suerte y Azar, Loterías, Consumo de Cigarrillos y Tabaco Elaborado.

2.6 Recursos

2.6.1 Infraestructura y/o equipos. Colombia cuenta con la reglamentación del Decreto 1011 de 2006 el cual rige el funcionamiento del SUH (Sistema Único de Habilitación) y lo considera como:

Conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. (Ministerio de la Protección Social, 2006, p. 4)

Los prestadores de la atención en salud se constituyen reglamentariamente en IPS públicas o privadas.

Como lo afirma el Ministerio de Salud en el estudio sectorial sobre el registro especial de prestadores de servicios de salud (2014), dichos prestadores deben estar registrados en una base

de datos que poseen las entidades departamentales y distritales en salud todos los prestadores de salud que cuenten con una habilitación para la prestación de dichos servicios.

Colombia cuenta con la reglamentación del Decreto 903 de 2014 el cual rige el funcionamiento del SUA (Sistema Único de Acreditación) y lo considera como:

“El conjunto de normas, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores” (Ministerio de salud, 2014, p.3)

En el territorio Colombiano hasta el transcurso del presente año hay presencia alrededor de 37 entidades acreditadas a cargo del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación.

2.6.2 Talento Humano. El Ministerio de Educación Nacional es la entidad encargada en el territorio Colombiano de realizar actividades encaminadas a especificar y conservar actualizados cuales son los criterios de calidad para el registro y la acreditación de todos los programas de formación en el área de la salud.

Colombia cuenta con un sitio web implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social categorizado como el Observatorio de Talento Humano en Salud, es considerado como un espacio intersectorial dispuesto, que busca fomentar la producción, análisis y difusión de información sobre el Talento Humano en Salud.

Según lo afirma el Observatorio de Talento Humano en Salud en el año 2016, se evidencia que para el año 2015 el número estimado de talento humano en salud en el país fue de 293.548 profesionales inscritos clasificados en diferentes áreas asistenciales tales como: Enfermería, Bacteriología, Medicina, Odontología, Instrumentación quirúrgica, Nutrición y dietética, Optometría, Química farmacéutica, Terapia ocupacional y Terapia respiratoria.

2.6.3 Investigación. En Colombia se manejan varias fuentes de información en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social es la fuente más principal y ofrece varios sitios virtuales como el Observatorio de Recursos Humanos, el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, el Registro de los Afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La parte investigativa, es regularizada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación.

2.6.4 Vigilancia y evaluación de los procesos en salud. Guerrero (2011) afirma:

La Superintendencia Nacional de Salud está legalmente facultada 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 a fin de garantizar la operatividad del SGSSS (p. 9).

El INS y el INVIMA tienen a su compromiso la vigilancia de los alimentos, medicamentos y todo lo que abarca insumos y dispositivos médicos para el manejo de la salud, el control de los bancos de sangre, bancos de tejidos y órganos.

Guerrero (2011) afirma:

El ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), también participa en actividades relacionadas con la seguridad alimentaria en torno a la protección al consumidor mediante el control de calidad y la inocuidad de alimentos, la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, la investigación y evaluación en aspectos nutricionales. (p. 9).

2.6.5 Participación del usuario. En la Ley 100 de 1993 el Estado Colombiano reglamenta que el SGSSS tiene como deber favorecer la participación de los usuarios afiliados al Sistema.

Los afiliados al SGSSS, tienen el derecho de formar agrupaciones con líder de usuarios que los representen ante las EPS y las IPS.

En Colombia, se crea una competencia que funciona como representante de los afiliados ante las EPS y es conocida como El Defensor del Usuario en Salud.

A sí mismo, los ciudadanos colombianos mediante una gestión judicial tienen el derecho a la tutela, cuya intención es proteger los derechos fundamentales al momento de solicitar servicios de salud.

3. El sistema de salud en Chile

En la presente sección se realizará la caracterización del Sistema de Salud Chileno. La presentación del mismo se hará a partir de las siguientes categorías: Estructura, Cobertura, Beneficiarios, Beneficios y/o Garantías, Financiamiento y Recursos.

Una visión general del sistema chileno se puede observar en el siguiente cuadro:

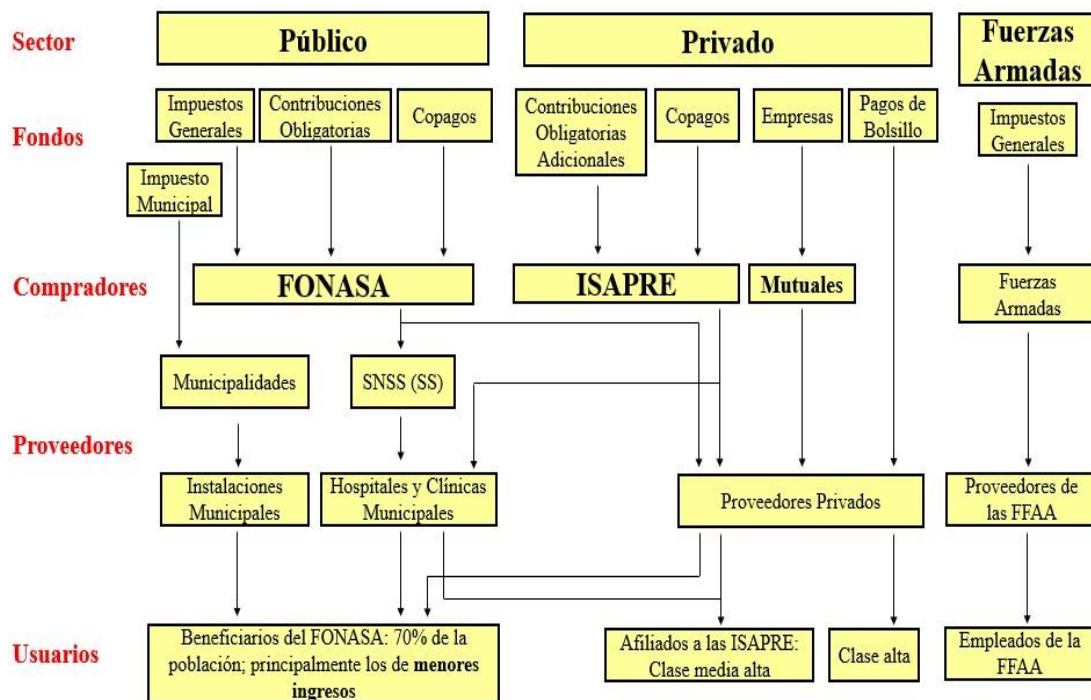


Figura 2. Sistema de Salud de Chile. Adaptado de Guerrero. R. (2011). Sistema de salud pública de Colombia. Salud pública de México. 53(2); pp 2-4. Scielo

3.1 Estructura.

La organización del Sistema de Salud Chileno se fundamenta según el Reglamentos Orgánico de los servicios de salud que le dio origen en 1979 (Decreto Ley 2.763 de 1979). En 1985 se creó el Régimen de prestaciones de salud, con el modelo de financiamiento, previsión y atención en salud (ley 15.469 de 1985). En el año 2004 se promulgó la ley 19.937 que modificó el DL N° 2.763 de 1979, el cual establece un nuevo proyecto en cuanto a concepto de autoridad sanitaria y que a su vez favorece la participación de la comunidad.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile está integrado por:

1. Entidades de Dirección: Hacen parte de este grupo: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Instituto de Salud Pública y Subsecretaría de redes asistenciales.
2. Entidades de administración y financiación: Hacen parte de este grupo: Instituto de Salud Pública de Chile, Superintendencia de Salud, el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones de Salud Previsional, la Central Nacional de Abastecimiento y el grupo de Acceso Universal de Garantías Explícitas.
3. Entidades de Ejecución: Red de servicios de salud como prestadores públicos y privados.

3.2 Cobertura

El Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile consta de dos sectores: Público y Privado. Actualmente la afiliación al Sistema no es obligatoria, es de una manera voluntaria como lo manifiesta la Subsecretaria de Previsión Social del Gobierno de Chile:

“FONASA es responsable de la atención de sus cotizantes como de aquellas personas carentes de recursos que no cotizan en el sistema de salud” (Subsecretaría de previsión social, Gobierno de Chile, 2016, s.p.).

Simultáneamente a los servicios que ofrecen el FONASA (Fondo Nacional de Salud) y las ISAPRES (Instituciones de salud Previsional), en Chile existen entidades que ofrecen protección exclusiva en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a las personas que estén afiliadas dentro del mismo Sistema Nacional de Servicios de Salud, estas entidades son: las Administradoras de Riesgos Profesionales y las Administradoras de Fondos de Pensiones.

3.3 Beneficiarios

Becerril (2011) afirma:

El MINSAL (Ministerio de Salud) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos y los privados. (p. 4).

La población chilena perteneciente a los sectores rurales y urbanos que no cuentan con capacidad de pago, algunos profesionales que cuentan con mejores ingresos y aquellos que están en jubilación cuentan con la cobertura de los servicios prestados del sector público.

Los integrantes de las fuerzas armadas de Chile entre los cuales están: Ejército, Marina, Policía y Aviación) y sus familias son favorecidos por un seguro de salud que actúa de manera independiente del FONASA, ya que cuentan con proveedores e instalaciones propias para su atención.

Los sectores de mayores ingresos y algunos obreros y empleados en contrato colectivo dentro de su empresa están afiliados a alguna ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), compañías aseguradoras privadas que reciben las cuotas obligatorias de los trabajadores para administrar diversos planes de salud.

Como lo señala Víctor Becerril (2011):

Existen dos tipos de ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), abiertas y cerradas. La inscripción a las cerradas es directamente para los trabajadores de una empresa o sector económico. Las abiertas permiten la inscripción a toda la población con capacidad de pago. En general operan con prestadores privados de salud, pero pueden hacer convenios con prestadores públicos para la atención de urgencias, tratamiento intensivo o servicio pensionado (p. 4).

Últimamente, una cantidad de población la cual hace parte de aquellos que cuentan con capacidad de pago, adquiere por su propia cuenta servicios de salud con entidades privadas, pagando los servicios prestados por medio de pagos de bolsillo sin ningún tipo de intermediación de las ISAPRES ni el FONASA.

3.4 Beneficios y/o Garantías

Bajo la supervisión y vigilancia del Ministerio de Salud de Chile, es proporcionada la atención de I nivel a la población a través de servicios municipales.

El FONASA cuenta con dos tipos de atención en salud para su población afiliada:

- **Atención Institucional:** Abarca toda atención en instituciones que hagan parte del Estado, es decir, instituciones de servicios de salud públicos. En esta modalidad, se cancela un copago por parte del usuario que solicita el servicios de acuerdo a los ingresos que reciba y cual es establecido por el FONASA. La población mayor de 60 años, los más pobres y vulnerables y aquellos con afectación de ciertas patologías no tienen el deber de efectuar pago por recibir servicios de salud.

- **Libre elección:** Es una modalidad en donde cualquier afiliado al sector público, es decir, que haga parte del FONASA, puede elegir la atención de un prestador privado, cancelando la diferencia del valor del copago.

La atención domiciliaria es una modalidad exclusiva privada, ya que es pagada directamente por el bolsillo de los habitantes del país.

Las ISAPRES, poseen la suscripción de un contrato legal el cual cubre: Exámenes preventivos de la enfermedad, pagos por incapacidades laborales ya sean por accidente de trabajo y/o enfermedad temporal o permanente, incapacidad por maternidad a través de un subsidio pre y

post natal. También son las encargadas de evaluar los beneficios para aquellas enfermedades que son de origen catastrófico en Chile.

La Superintendencia de Salud de Chile (2013) afirma que el funcionamiento del plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud, es mediante el desarrollo de un esquema completo de salud que prevalece a un grupo de problemas o patologías y a su vez garantiza de manera permanente el acceso a todos los tratamientos necesarios, con buenos índices de atención en calidad y con protección financiera por Ley.

El Ministerio de Salud de Chile, diseño el Directorio AUGE, como método para definir la introducción y el seguimiento a nuevas patologías que se unan al programa y cada una de las atenciones que se deben prestar según la necesidad de la enfermedad.

El Estado y el Ministerio de Salud de Chile realizan la vigilancia de la salud pública, por intermedio de la División de Prevención y Control de Enfermedades la cual está encargada de lograr estándares de calidad en cada una de las intervenciones que se desarrollan dirigidas a solucionar problemas de salud.

Como lo señala el Ministerio de Salud en su división de Prevención y Control de Enfermedades, los departamentos que conforman esta división son:

Departamento de Enfermedades Transmisibles, Departamento de Salud Bucal, Departamento de Salud Mental, Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Departamento de Enfermedades NO Transmisibles, Departamento de Ciclo

Vital, Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, Departamento de Manejo integral del Cáncer y otros Tumores, Departamento de Vacunas e Inmunizaciones y Departamento Secretaría AUGE y de Coordinación Evidencial y Metodológica. (Ministerio de Salud, división de Prevención y Control de Enfermedades, 2015, s.p.)

3.5 Financiamiento

La población chilena cuenta con un Sistema Nacional de Servicios de Salud de modalidad mixta, es decir, se mezcla el sector público con el sector privado.

Becerril-Montekio (2011) sostiene que en el sector privado, quienes se encargan de reunir y administrar los recursos de las cotizaciones son las ISAPRES y conjuntamente en el sector público, el Ministerio de Salud de Chile a través del FONASA controla el gasto en salud.

El sostenimiento de este fondo, es por medio de un proyecto de solidaridad que se capitaliza con aportes del pago de los impuestos de la población al Estado Chileno y a su vez la recaudación de cotizaciones o aportes. Es de suma importancia destacar que el aporte que se realiza a la salud al Sistema, es del 7% de la totalidad de los ingresos, pero este porcentaje varía si se establece como cotizante empleado dependiente: el empleador el empleador aporta el 7% que es el total de la cotización. Si es cotizante independiente: Su aporte será del total del 7% de la cotización.

La Subsecretaría de Previsión Social de Chile afirma:

“FONASA es responsable de la atención de sus cotizantes como de aquellas personas carentes de recursos que no cotizan en el sistema de salud” (Subsecretaría de Previsión Social de Chile, 2017, s.p.)

Por su parte, aparte de las obligaciones legales de los empleadores; se ofrecen dos tipos de cotización diferentes:

- Cotización a salud de manera voluntaria: Todos los trabajadores que son independientes de manera mensual pueden realizar contribuciones o aportes voluntarios sean permanentes o esporádicos, para acceder a diferentes beneficios que ofrece el sistema según los meses que haya cotizado.
- Cotización a la salud privada: Aquellas personas que subsidian su salud por medio de pagos de bolsillo o aquellos que se encuentran afiliados a las ISAPRE, la ley del Estado les permite agregar a la cotización legal un porcentaje que se utiliza para lograr un plan mayor en la atención en salud.

La vigilancia del Sistema de Salud de Chile, es de competencia de la Superintendencia del Salud; la cual se encarga de controlar e investigar el funcionamiento tanto de las ISAPRES en el sector privado como del FONASA en el sector público en temas relacionados a normatividad legal, acreditación y certificación de prestadores de servicios de salud.

Otra fuente de financiamiento para este país como lo manifiesta Víctor Becerril (2011) es por medio del Ministerio de salud de Chile:

:

Define prioridades para la asignación de presupuestos. El FONASA hace estudios de costos para la resolución de alguna patología o problema de salud específico y asigna un valor por evento que se paga a los Servicios de Salud. También se realizan asignaciones extraordinarias para resolución de problemas prioritarios que exigen inversiones puntuales, por ejemplo, la instalación o remodelación de infraestructura. A estas asignaciones extraordinarias se suman las necesarias, según cálculos del FONASA, para el pago de las actividades propias de la operación diaria de la misma. FONASA lleva a cabo auditorías periódicas de dichas actividades destinadas a evitar abusos. (P. 6)

Las entidades municipales reciben recursos por parte del Estado Chileno mediante el resultado de un sistema de “pago por cabeza” basado en el precio de un paquete de servicios o de atenciones de salud básicos llamado Plan de salud Familia. Este pago se realiza según las características socioeconómicas de la población registrada.

3.6 Recursos

3.6.1 Infraestructura y/o equipos. La Superintendencia de Salud de Chile, reglamentó un Registro de Prestadores Individuales de Salud, allí se encuentran inscritos los prestadores individuales de salud que han sido habilitados y reconocidos por el Estado para prestar y/o ofrecer servicios de salud o formación en salud.

El estado Chileno cuenta con el funcionamiento de Entidades Acreditadores previamente autorizadas por la Superintendencia de Salud, entidad que se encarga de realizar procesos de acreditación a todos los prestadores institucionales de servicios de salud. Entre ellos abarca: Clínicas, hospitales, centros de salud ambulatorios y/o laboratorios)

3.6.2 Talento Humano. La Superintendencia de Salud de Chile es a su vez la entidad encargada de realizar la gestión de los recursos humanos en salud y quien únicamente tiene la capacidad de incorporar personal asistencial que cumpla con competencias que puedan alcanzar estándares de calidad en el momento de la prestación de los servicios de salud. El registro señalado constituye actualmente la única fuente de información que permite, con un nivel de exhaustividad razonable, conocer el universo nacional de personal de salud que se encuentra ejerciendo en Chile, independiente del lugar de desempeño, público, privado o mixto.

La inscripción de todos los profesionales al Registro de Prestadores Individuales de Salud es voluntaria. Sin embargo, con el plan AUGE se incentiva a todos los interesados a inscribirse a ese registro.

Según lo afirma el 1° informe sobre los prestadores individuales de salud inscritos en el registro nacional de la Superintendencia de Salud, se evidencia que para el año 2015 el número estimado de talento humano en salud en el país fue de 184.877 profesionales inscritos clasificados en diferentes áreas asistenciales tales como: Enfermería, Psicología, Bacteriología, Medicina, Odontología, Química farmacéutica, Fonoaudiología, Terapia ocupacional.

En Chile el gobierno implementó como medida de Fortalecimiento de la Salud; acciones para incentivar la incorporación y retención de profesionales en el sector público mediante el aumento en el número de becas de especialización y otros incentivos.

3.6.3 Investigación. En el Estado Chileno, la dependencia que se encarga de la recaudación, el proceso y la difusión de la información en salud es el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud. Este departamento se encarga del manejo de indicadores relacionados con la salud.

La entidad encargada de regular y estimular la investigación en el área de la salud es la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica.

3.6.4 Vigilancia y evaluación de los procesos en salud. El Ministerio de salud de Chile es la entidad de control de todo el sector salud, su principal objetivo es la supervisión de todas las actividades realizadas por el Sistema Nacional de Servicios de Salud y el FONASA.

El instituto de Salud Pública es la entidad que se encarga de supervisar a todos los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de la calidad y las importaciones de todos los medicamentos.

La CENABAST (Centro Nacional de Abastecimiento), es la entidad que ejerce función en la compra y distribución de todos los medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos para la utilización en el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

3.6.4 Participación del Usuario. Con la implementación del plan AUGE o (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas), en la garantía de la prestación de servicios de salud, se ha dado un gran paso para involucrar a los usuarios a que tengan más participación en los procesos de salud. Así mismo, se decretaron instancias consultivas para la participación ciudadana en donde se tiene derecho a opinar sobre el plan de salud pública y a ofrecer propuestas para mejorar la salud de la población.

4. Análisis comparativo entre los sistemas de salud de Colombia y Chile

Del marco conceptual del que se desglosan los modelos de atención salud de estos dos países, y en base a la información recolectada por las bases de datos de los Ministerios de salud y de la OPS y la OMS, permite identificar varios puntos de encuentro entre los sistemas de salud de Colombia y Chile.

El primer espacio de encuentro de los sistemas de salud de Colombia y Chile es, entonces, que en ambos casos predomina dos modalidades de atención a la salud: Un seguro Público y Privado que comprenden dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el RC, el RS y el Régimen Especial vinculado entre sí a través de un fondo de recursos llamado FOSYGA para el caso de Colombia. Un sistema público manejado por el FONASA y un sistema privado manejado por el ISAPRES para el caso de Chile. El desarrollo de este sistema mixto es de gran valor ya que hay creación de alianzas y acuerdos estratégicos para lograr la consecución de metas u objetivos; a su vez, favorece el desarrollo de una economía colaborativa donde se defiendan y preserven los bienes comunes.

Sumado a lo anterior, el sistema de salud colombiano cuenta en su administración y financiación con un organismo especial como es el FOSYGA que es una cuenta cuyos aportes se destinan a la inversión en salud. Para el caso chileno, cuenta en su sistema con un organismo especial dentro de los organismos de administración y financiación conocido como el CENABAST (Central Nacional de Abastecimiento), que es un organismo técnico especializado encargado de Gestionar con eficiencia el abastecimiento y/o compras de medicamentos, dispositivos médicos y alimentos para el sistema público de salud, generando ahorro, oportunidad y calidad.

La atención en la salud, en ambos sistemas de salud, no es una especie, un auxilio o un indulto. La salud es, en ambos países, un derecho social.

Referente al financiamiento del sistema, en el caso del Sistema de Salud de Colombia, el Estado interviene en la regulación del sistema, siendo compartido cierto grado de regulación entre diferentes niveles administrativos. Pero el FOSYGA es quien se constituye en la principal fuente de financiamiento del sistema. Para el caso chileno, el Ministerio de Salud de Chile es quien fiscaliza los egresos o costos por medio del FONASA, El sostenimiento de este fondo, es por medio de un proyecto de solidaridad que se capitaliza con aportes del pago de los impuestos de la población al Estado Chileno y a su vez la recaudación de cotizaciones o aportes y las ISAPRE son quienes se encargan de administrar las cotizaciones realizadas por los empleadores e independientes.

Los modelos de pago también son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre la conducta de las personas. Colombia cuenta con la implementación de

copagos y cuotas moderadoras (aportes fueron reglamentados por el Estado con el fin de ayudar en el financiamiento de los recursos para el sostenimiento del Sistema), cotizaciones por parte de los empleadores y trabajadores independientes, predominante en Colombia, y solo por cotizaciones por parte de los empleadores y trabajadores independientes, predominante en Chile.

Tabla 1. Comparación de los sistemas de Salud de Colombia y Chile

COMPONENTE	PAISES	
	COLOMBIA	CHILE
ESTRUCTURA	Colombia debería implementar en la administración y financiación de su sistema, un organismo técnico especializado encargado de Gestionar con eficiencia el abastecimiento y/o compras de medicamentos, dispositivos médicos y alimentos para el sistema público de salud, generando ahorro, oportunidad y calidad. El caso del CENABAST (Central Nacional de Abastecimiento) es un ejemplo a seguir para Colombia.	Chile debería implementar en la administración y financiación de su sistema una organismo especial como es el (FOSYGA), que constituya la principal fuente de financiamiento del sistema. Las funciones de esta cuenta consistirían en recibir: • Compensación interna por parte de las ISAPRES. • Compensación por parte de los seguros del país por daños de eventos catastróficos de riesgos y accidentes de Tránsito. • Compensación por parte de las entidades encargadas de los juegos de azar y que mediante este donativo se brinde atención Solidaridad al FONASA.
COBERTURA	La cobertura universal al SGSSS es un compromiso Constitucional de Estado Colombiano en donde varias de las medidas para el incremento de cobertura, es la generación de recursos nuevos, que permite	Chile debería implementar como ley que la afiliación al SNSS sea OBLIGATORIA, pues en la actualidad el Estado optó por dar a la población la libertad de decidir su afiliación al Sistema.

	subsidiar la afiliación y vincular al sistema la población pobre registrada en la base del SISBEN.	Chile tiene como principio fundamental en su SNSS la “universalidad” y por consiguiente ha diseñado una política gubernamental para la implementación de campañas que promuevan la seguridad en la prestación de servicios de salud públicos o privados que permitan alcanzar la “Cubertura Universal de Salud”.
BENEFICIARIOS	Colombia debería implementar IPS que sean de dos tipos: abiertas y cerradas. La afiliación y la atención de las IPS cerradas sean solamente para la población empleada. A su vez, que las IPS abiertas permitan la afiliación y la atención a la población que cuente con capacidad de pago. De esta manera se evitaría el aumento de hacinamiento y la demora en la atención en dichas instituciones.	Chile debería implementar un sistema de información que acceda a la identificación y clasificación de las personas y familias conforme a sus condiciones socio-económicas, como se hace en Colombia a través de la encuesta que realiza el SISBEN. Lo anterior con el fin de seleccionar a los potenciales beneficiarios de subsidios dentro de los programas sociales.
BENEFICIOS Y/ GARANTIAS	Colombia en cuanto a la prestación de sus servicios de salud debería ejecutar y poner en funcionamiento un régimen similar al GES y/o AUGE, como un programa integral de salud el cual prioriza un grupo de	Es importante resaltar las ayudas que se buscarían con la implementación de un plan como el POS Colombiano (Plan Obligatorio en Salud) y/o Plan de Beneficios. Entre los cuales encontramos: beneficios en la prestación del

	patologías específicas o problemas de salud, y que garantice en todas ellas el acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financiera en el cual el Ministerio de Salud crea un directorio AUGE. En este organismo se definirían las patologías o problemas que ingresan al programa y la lista de atenciones médicas que deben entregarse para dar solución en cada caso. La vigilancia de la salud pública en Colombia debería anexar las siguientes políticas de supervisión: • Política específica para Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. • Política de Discapacidad y Rehabilitación • Política específica para el Manejo integral del Cáncer y otros Tumores. Colombia debería implementar en su SGSSS, en cuanto a lo que refiere a la afiliación de la	Servicio, beneficios financieros y beneficios operacionales como: • Seguimiento en la calidad de la prestación de servicios asistenciales. • Mejorar el acceso, la calidad, y la claridad de la información en todas las redes asistenciales. • Gestión sobresaliente en la administración operativa y financiera. • Correcto cobro en el costo de cada prestación de un servicio de salud. Para Chile se consideraría conveniente instaurar en su SNSS, la cancelación de las cuotas moderadoras, las cuales tienen por esencia reglamentar el uso adecuado por parte de la población que hace uso de un servicio de salud para el caso de la solicitud de cita médica u odontológica. El pago de las cuotas moderadoras, tiene por esencia reglamentar el uso adecuado por parte de la población que hace uso de un servicio de salud para el caso
--	---	--

	población al sector público, La MLE (Modalidad de Libre Elección): La puede elegir cualquier afiliado a este sector y cancelando la diferencia del copago puede elegir el prestador dentro del sector privado.	de la solicitud de cita médica u odontológica, cuando reciben medicamentos, o al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios. La prestación de servicios de promoción y prevención, tratamiento de algunas patologías como: la epilepsia, hipertensión, diabetes y asma, y conjuntamente quienes han sido identificados dentro del SISBEN como nivel I, no tienen la obligación de realizar un pago por la utilización de los servicios de salud. Chile debería ofrece el derecho de obtener y acceder de manera voluntaria a los seguros de salud complementarios, en este caso: Medicina Prepagada, para aquella población que cuente con capacidad de pago pero siempre y cuando estén afiliados de manera al SNSS.
FINANCIAMIENTO	El MINSAL de Colombia, en conjunto con el FOSYGA debería realimentar el presupuesto a la UPC mediante una política donde defina prioridades para la asignación de	Chile debería considerar la posibilidad de desarrollar un FOSYGA, como única entidad que hace parte del Estado Chileno encargado de financiar los servicios de salud; y que tales recursos se

	presupuestos teniendo en cuenta los resultados del SISBEN con el fin de evitar despilfarros o envíos innecesarios de dinero a las redes de atención de cada ente territorial y que el gasto en salud sea el objetivo y que el FOSYGA como ente encargado de la financiación realice revisiones periódicas para evitar abusos. De igual manera valorar la posibilidad de la creación de una cuenta específica sostenida con un capital derivado de un porcentaje de los impuestos que paga la población al Estado, la cual se utilice para resolver problemas que ameriten una inversión necesaria y justa, por ejemplo, la adecuación de construcciones y/o remodelaciones físicas de instituciones de salud.	predestinan solo a los gastos en salud. El Estado Chileno podría establecer que la cotización a salud para el SNSS sea a un mayor porcentaje del 7% y que a su vez el empleado con contrato laboral vigente y/o independiente (contratista) haga parte de dichos aportes. Que se establezca un pago anual per cápita lo que es conocido como un “pago por cabeza” por parte del Estado hacia el FONASA y las ISAPRES por la atención en salud del POS de cada afiliado que posea sea éste cotizante o beneficiario. Que a su vez sea basado y reajutable de acuerdo con la inflación anual y según el contenido de cada actividad en el POS.SISTEMA Lograr la puesta en funcionamiento de un SGP, que como lo señala el Ministerio de Salud: Esté constituido por los recursos que la Nación trasfiere a las Entidades Territoriales, que
--	---	---

		destinaran para la financiación de los servicios a su cargo, dándoles prioridad al servicio de salud. Y a su vez el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud en donde se acaudale un porcentaje de pago de las obligaciones por parte de las redes de servicio que hagan parte del FONASA (Fondo Nacional de Salud) y que se encuentren intercedidas para saldar. Utilizar los impuestos recolectados por el pago de impuestos que hace la población al Estado por gozar de la utilización de servicios como lo son: Impuesto al Consumo de Cerveza, Impuestos de Licores, Vino, Aperitivos y Similares, Recursos de Juegos de Suerte y Azar, Loterías, Consumo de Cigarrillos y Tabaco Elaborado; para formar parte de la financiación de la salud.
RECURSOS: INFRAESTRUCTU RA Y/O EQUIPOS		Chile debería implementar un SUH para las EPS, IPS y prestadores individuales que se encargue del cumplimiento de las condiciones básicas e indispensables para la entrada y permanencia en el SNSS.

RECURSOS: TALENTO HUMANO	En Colombia el gobierno debería implementar como medida para fortalecer la atención y cobertura en Salud; ideando acciones para incentivar la incorporación y retención de profesionales en el sector público mediante el aumento en el número de becas de especialización y otros incentivos.	
PARTICIPACIÓN DEL USUARIO	La importancia de la participación de la comunidad y del ciudadano en los esfuerzos de desarrollo en salud debe tener un nivel más alto de reconocimiento en Colombia. Debido a esto, sería interesante decretar instancias consultivas para la participación ciudadana en donde se tiene derecho a opinar sobre el plan de salud pública y a ofrecer propuestas para mejorar la salud de la población.	

Una vez realizada la descripción y comparación entre sistemas de salud de Colombia y Chile, se realizó una serie de recomendaciones para los dos sistemas con el fin de replicar las buenas prácticas que existen y de mejorar la calidad del servicio en los dos países.

Los sistemas de salud de ambos países son de modalidad mixta; es decir, se ofrecen servicios bajo un sector público y un sector privado. Sin embargo son Estados con grandes diferencias en cuanto a la sostenibilidad económica. No obstante sus indicadores de resultados en salud señalan que se lucha constantemente por alcanzar el acceso universal. El análisis comparativo y conceptual de cada uno de los sistemas permite un incremento en la adquisición de conocimientos de toda la funcionalidad de su organización y a su vez es una oportunidad de proponer una situación favorable e ideal en la ejecución de sus procesos sanitarios y las cuales cada país pudiera optar para optimizar la prestación de sus servicios.

5. Conclusiones

Es de gran importancia velar por el cumplimiento de las políticas de salud estandarizadas en cada país y la consecución de técnicas que vayan en pro a mejorar el fortalecimiento de todos los procesos que hacen parte de la vigilancia, supervisión y control de la administración en cada uno de los sistemas de salud que consistan en reducir discrepancias sociales y a su vez sumen en el bienestar social de su población.

Garantizar el acceso a todos los servicios de salud que sean requeridos por los habitantes de la población, haciendo énfasis en la creación o fortalecimiento según sea el caso de políticas y/o leyes que promuevan una atención con estándares de alta calidad.

Asumir responsabilidades conlleva a mantener y fomentar la atención con equidad. Cada uno de las entidades en salud que son dependientes de las leyes que conforman los sistemas de salud de cada país, tienen la obligación total de velar por la ejecución de actividades que vayan en pro al bienestar social de la comunidad.

Tanto para el sistema de salud colombiano como para el sistema de salud chileno, sería de gran importancia, enfatizar en programas de prevención y promoción primaria en donde se ofrezcan servicios integrales que POTENCIALICEN la salud de las personas, es decir; que la comunidad se haga partidaria para mejorar sus condiciones de vida, en donde el Estado fortalece programas de enseñanza sobre buenas prácticas en salud, lo cual disminuiría las atenciones innecesarias y los indicadores de enfermedades.

Bibliografía

Becerril, V. (febrero, 2011). Sistema de salud de Chile. Salud Publica de México, 53 (2). pp. 3-4.

Recuperado de la base de datos SCIELO.

Castro, Carlos. (Julio, 2012). Salud y Seguridad Social: Un breve comparativo de cinco países de

Latinoamérica. Friedrich Eberet Stiftung. pp. 1-34. Recuperado de base de datos LIBRARY.

Dirección de Presupuestos. (2010). Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). [Fecha

de recuperación: 15 Mayo 2017]. Disponible en <http://www.dipres.gob.cl/595/w3-article-141172.html>

Guerrero, R. (febrero, 2011). Sistema de salud de Colombia. Salud Pública de México, 53 (2),

pp. 2-4. Recuperado de la base de datos SCIELO.

Granados, Ramón. (Julio, 2000). La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia:

Resultados y Balance. Revista de Salud Pública, 2 (2). PP 97.120. Recuperado de base de datos SCIELO.

Instituto de Previsión Social de Chile. (2017). Subsidio Maternal. [Fecha de recuperación: 15

Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/33807>

Instituto de Salud Pública de Chile. (2017). Rol del Instituto de Salud Pública. [Fecha de

recuperación: 15 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.ispch.cl/quienes_somos/acerca_isp

Instituto Nacional de Salud. (2017). SIVIGILA. [Fecha de recuperación: 15 Mayo 2017].

Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx>

Ministerio de Salud de Chile. (2014). Financiamiento de la salud en Chile. [Fecha de recuperación: 16 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.chile21.cl/wp-content/uploads/2014/05/Presentacion_Fonasa_7-15-2014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Plan Decenal de Salud Pública. [Fecha de recuperación: 16 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Todo lo que usted debe saber del plan de beneficios-POS. [Fecha de recuperación: 16 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2015). División de Prevención y Control de Enfermedades. [Fecha de recuperación: 18 Mayo 2017]. Disponible en <http://web.minsal.cl/division-de-prevencion-y-control-de-enfermedades/>

Ministerio de Salud de Chile. (2015). Políticas Ministeriales. [Fecha de recuperación: 18 Mayo 2017]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/linea-base-telemedicina-municipios-priorizados.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Ajuste de cuotas moderadoras y copagos para 2016. [Fecha de recuperación: 18 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ajuste-de-cuotas-moderadoras-y-copagos-para-2016.aspx>

Ministerio de Salud de Chile. (2016). Beneficios del Plan de e-Salud. [Fecha de recuperación: 18 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.salud-e.cl/plan/beneficios-del-plan-de-salud-e/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – SGSSS. [Fecha de recuperación: 18 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Minsalud define valor de la UPC para 2017. [Fecha de recuperación: 18 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-define-valor-de-la-UPC-para-2017.aspx>

Ministerio de Salud. (2016). Número estimado de talento humano en salud en el país. [Fecha de recuperación: 18 Mayo 2017]. Disponible en: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/NumeroEstimadoTalentoHumanoSalud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención Integral en salud “un sistema de salud al servicio de la gente”. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social. (2017). Aseguramiento en riesgos laborales. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/Aseguramiento%20en%20riesgos%20laborales.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Centro Nacional de Enlace. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/CNE/Paginas/centro-nacional-enlace-home.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Icontec Internacional. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/>

Ministerio de Salud. (2017). Observatorio de Talento Humano en Salud. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Salud Publica. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Sistema Único de Acreditación. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Sistema Único de Habilitación. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>

Observatorio Chileno de Salud Pública. (2016). Estructura Organizacional del SNSS. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss>

Observatorio de calidad de la atención en salud. (2017). Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS Acreditadas. [Fecha de recuperación: 22 Mayo 2017]. Disponible en:

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/TemasDestacados/IPSAcreditadas.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (2005). Qué es un sistema de salud. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Subsecretaria de Previsión Social. (2016). Financiamiento y Cotización. [Fecha de recuperación: 28 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/seguridad-social/salud-comun/financiamiento-y-cotizacion/>

Subsecretaria de Previsión Social. (2016). Sistema de Salud. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/organizaciones/empresas-y-empleadores/sistema-de-salud/>

Superintendencia de Salud. (2016). Cotizaciones en salud. [Fecha de recuperación: 29 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2908.html>

Superintendencia de Salud. (2017). Estadísticas de Entidades Acreditadoras. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15834_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud. (2017). Gestión del capital humano. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-2635.html>

Superintendencia de Salud. (2017). Registro de Entidades Acreditadoras. [Fecha de recuperación: 29 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-6192.html>

Superintendencia de Salud. (2017). Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. [Fecha de recuperación: 26 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-5587.html>

Superintendencia de Salud de Chile. (2016) ¿Qué es el AUGES o GES?. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-4605.html>

Superintendencia de Salud de Chile. (2017). Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido. [Fecha de recuperación: 20 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790_recurso_1.pdf

Vergara, Marcos. (Diciembre, 2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. Salud Pública de México, 48 (6). pp. 1-10. Recuperado de base de datos SCIELO.