

Universidad del Rosario



Paula Fernanda Cáceres Gómez
Yuliana Andrea Valbuena Bedoya

Análisis Comparativo del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia y Chile

Trabajo de grado

Escuela de Administración
Maestría en Administración en Salud
Bogotá D.C.

2019

Universidad del Rosario



Paula Fernanda Cáceres Gómez

Yuliana Andrea Valbuena Bedoya

Análisis Comparativo del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia y Chile

Trabajo de grado

Tutor

Javier González Rodríguez

Escuela de Administración

Maestría en Dirección

Bogotá D.C.

2019

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a la memoria de mi padre Juan Carlos Cáceres Rodríguez, por su apoyo incondicional en el pro del cumplimiento de mis ideales, a mi madre Olga Victoria Gómez por inculcarme desde siempre la perseverancia, fortaleza y amor al deber.

A Isabella quien ha sido mi mayor motivo para nunca rendirme y llegar a ser un ejemplo para ella. A Christian por estar siempre a mi lado, por su infinita paciencia, amor e inagotable apoyo, gracias por compartir mi vida y mis logros. A mis padres y abuelitos por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación académica y de vida, por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo.

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a nuestro tutor el Doctor Javier Gonzáles;

A los directivos, docentes y administrativos de la Universidad del Rosario que hicieron parte de este nuevo proyecto de formación académica y profesional.

DECLARACIÓN EXPRESA

La responsabilidad de las ideas presentadas en este proyecto nos pertenece exclusivamente, y hace parte del patrimonio intelectual de la misma a la Universidad del Rosario.

Paula Fernanda Cáceres Gómez

Yuliana Andrea Valbuena Bedoya

APROBACIÓN DEL TUTOR

A los 17 días del mes de Julio de 2019, en condición de Director del proyecto de grado titulado “Análisis Comparativo del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia y Chile” me permito confirmar que el documento descriptivo en el trabajo realizado, cumple con las exigencias del rigor académico y metodológico de la investigación; así como aspectos de forma del trabajo como márgenes, portada, dedicatorias, agradecimientos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía, entre otras; todo esto que se encuentre regido por normas APA, por lo cual consideramos que puede ser aceptado para que su autor opte al título al cual aspira.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

GLOSARIO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
CAPÍTULO I	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SISTEMAS DE SALUD	1
CAPÍTULO 2	5
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: MARCO NORMATIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	5
CAPÍTULO 3	10
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE COLOMBIA Y CHILE - GENERALIDADES	10
CAPÍTULO 4	14
RUTA METODOLÓGICA	14
CAPÍTULO 5	16
RESULTADOS: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD	16
COLOMBIA –CHILE	16
CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS	44

LISTA DE TABLAS**Pág.**

Tabla 1. Comparativo de la Estructura de los Sistemas de salud Colombia - Chile..... 17

LISTA DE ILUSTRACIONES

Pág.

Ilustración 1. Reformas Legales Sistemas de Salud Colombia - Chile.....	27
Ilustración 2. Gasto Per cápita en Salud como Porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) (%) . Colombia y Chile, 1995 - 2014.....	32
Ilustración 3. Tasa de Mortalidad Materna (por cada 100.000 nacidos vivos) . Colombia y Chile, 1990 - 2015.....	34
Ilustración 4. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años . Colombia - Chile, 1960 - 2016.....	36
Ilustración 5. Esperanza de Vida al Nacer (años) . Colombia y Chile, 1990 - 2016.....	38

GLOSARIO

Entidad Promotora de Salud -EPS-: Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar de manera directa o indirecta, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al Fondo. (Secretaria Distrital de Salud, 2017, p.50).

Institución prestadora de Servicios de Salud: Estas son las Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta (Cooameva, s.f.).

Régimen contributivo: El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Régimen Subsidiado: El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado (Secretaria de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá., s.f.).

RESUMEN

Objetivo: Mediante un análisis comparativo se hizo una mirada crítica del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, permitiendo señalar algunas dificultades y retos del sistema. Metodología: recurriendo a fuentes originales se efectuó un análisis comparativo y crítico del SGSSS colombiano respecto al sistema de salud de Chile debido a que los dos modelos presentaron un distanciamiento de los postulados neoliberales, lo que permite establecer cuáles son las fallas propias de los modelos y cuales resultados en salud están influenciados por los beneficios del sistema. Resultado: Se puede afirmar que son sistemas con estructuras equiparables, con segmentación económica de los afiliados y marcadas dificultades en la dirección y diseño financiero, lo que ha conducido a; detrimento del sector público; adoptar múltiples reformas legales; presentar indicadores que muestran un comportamiento similar pero desfavorables para Colombia respecto a Chile. Conclusiones: ambos sistemas de salud presentan fallas de dirección y regulación, permitiendo la posición dominante de las aseguradoras privadas y un bajo control de sus acciones. Colombia debe revisar el diseño financiero, entre otras, por no cumplirse los supuestos de crecimiento económico y de empleabilidad bajo los cuales se planteó el principio de solidaridad del sistema.

Palabras claves: Seguridad Social, Sistema de Salud, Reformas en salud, Financiamiento en salud, indicadores en salud.

ABSTRACT

Objective: Through a comparative analysis, a critical view was taken at the General System of Social Security in Health - SGSSS, in order to improve the difficulties and the challenges of the system. **Methodology:** Recourse to original sources is carried out a comparative and critical analysis of the SGSSS. Colombia refers to the health system of Chile. **What are the results?** **Result:** It can be affirmed that they are systems with comparable structures, with economic segmentation of the affiliates and the difficulties in the direction and financial design, which has led to; detriment of the public sector; adopt multiple legal reforms; Present a similar but unfavorable behavior for Colombia respect to Chile. **Conclusions:** both health systems present management and regulatory failures, the dominant position of private insurers and a low control of their actions. Colombia must review the financial design, among others, for not complying with the assumptions of economic growth and employability under which the principle of system solidarity was raised.

Key words: Social Security, Health System, Health Reforms, Health Financing, health indicators.

INTRODUCCIÓN

En los años 90s Colombia llevo a cabo múltiples reformas al Estado y su organización, entre estas al sistema de salud, mediante la adopción de un nuevo sistema de salud por medio de la Ley 100 de 1993, sistema que a su vez está conformado por tres subsistemas: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, hoy Riesgos Laborales.

Específicamente para la atención en salud, se tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, que como lo indica Santa María, García, Rozo, & Uribe (2011) entro a reemplazar un sistema con marcadas dificultades administrativas, de ineficiencia de los recursos y desfavorables resultados en salud. El nuevo modelo de salud inicia su implementación bajo muchas expectativas, generadas por las bondades ofrecidas como la afiliación universal, la eficiencia en el manejo de los recursos, el mejoramiento de las condiciones de salud, entre otros.

A lo largo de los veinte cinco años del sistema se han llevado a cabo múltiples investigaciones que han permitido resaltar tanto las bondades, como las falencias, aportando desde los diferentes estudios conocimiento y herramientas para la toma de decisiones.

Por lo anterior, se requiere realizar un análisis crítico de la situación actual del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, comparado con el sistema chileno, como lo plantean Granados & Gómez (2000) igual que Colombia ha mostrado cierto distanciamiento de los postulados neoliberales, generando mayores condiciones para establecer la existencias de fallas propias del modelo y las consecuencias en los resultados en salud influenciados por los beneficios del sistema de salud.

Por ello, se lleva a cabo el análisis de indicadores que permitieran el análisis de la situación actual del sistema de salud colombiano y plantear conclusiones y recomendaciones, indicadores que recogieran aspectos indispensables para el desarrollo de los sistemas como son (Londoño & Frenk, 1997) la estructura, Villarreal et al. (2011) el gasto en salud, Lenz (2007) las reformas legales y Ruales & Jaramillo (2010) los resultados en salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar un análisis crítico de la situación actual del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia respecto al de Chile, basados en la caracterización de la estructura de los sistemas, reformas legales, gasto per cápita en salud e indicadores trazadores, entre los años 1993 – 2016.

Objetivos Específicos

Caracterizar la estructura de los Sistemas de Seguridad Social en Salud de los países de interés mediante las perspectivas del pluralismo estructurado.

Determinar el comportamiento del gasto per cápita en salud como porcentaje del PIB y las reformas legales a los sistemas de salud.

Describir la tendencia de indicadores trazadores en salud: la mortalidad materna, mortalidad infantil y expectativa de vida al nacer.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SISTEMAS DE SALUD

“La seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia” (OIT, 2011, p. 1).

La seguridad social tiene como objetivo inmediato el amparar a la persona en sus contingencias y necesidades, pero también cuenta con un objetivo mediato, que es el obtener el bienestar general, en buena cuenta, la seguridad social no es un derecho cuya configuración se encuentre dirigida a beneficiar a un ámbito reducido de ciudadanos o a los integrantes de un determinado gremio, rubro o sector económico (a diferencia del seguro social), extendiéndose a la proyección social de los trabajadores, es decir, a su propia familia, así como a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores autónomos (artesanos, comerciantes, agricultores, profesionales independientes, etc.) y a los trabajadores no remunerados (estudiantes, amas de casa, bomberos, sacerdotes, aprendices, etc), universalizando la protección de manera gradual, entendiendo que el principio de universalidad demuestra el carácter general y erga omnes del derecho a la seguridad social, sin distingo entre todos los seres humanos (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2014).

Existen diferentes modelos de seguridad social, entre los más conocidos, el Bismarkiano y el Beveridge, el primero, Naciones Unidas (1985) de finales del siglo XIX, Según Mesa (1985) basado en la contribución por riesgos separados, con seguros para la enfermedad, el accidente de trabajo, la invalidez y la vejez. Contando principalmente con dos fuentes de financiación, las cotizaciones obligatorias de las empresas y trabajadores, y los recursos de los impuestos generales para sufragar las primas de la población desfavorecida, sin cobertura y asistencia básica pública (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

El modelo Beveridge, con William Beveridge, mediados del siglo XX establece el acceso universal a los servicios sanitarios, con financiación proveniente mayoritariamente de los

impuestos, bajo el control del parlamento; basado en la solidaridad y en el principio redistributivo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014); señalando Mesa (1985) que bajo este modelo existe el principio de solidaridad, financiar las prestaciones sociales de los trabajadores inactivos con el aporte financiero de los trabajadores activos, las prestaciones universales y la asistencia social debe ser a cargo del estado, con prestaciones a la población más pobre, con lo cual, se espera una redistribución progresiva, contribuyendo a elevar el nivel de vida y la eliminación de la pobreza. Estableciendo Beveridge que la seguridad social es el primer y principal método para la redistribución de ingresos, con el buen uso de los recursos y la protección durante todo el ciclo de vida “de la cuna a la tumba”.

A partir de dichos modelos (Bismarkiano y Beveridge), Naciones Unidas, (1985) en el siglo pasado se generaliza la instauración de los sistemas de seguridad social en Europa y América, iniciando la primera incursión de la seguridad social (PNUD-CEPAL, 1989). Respecto al tema, agregando Mesa (1985) que la idea de la asistencia social pública como función del estado emergió en el mundo, dando inicio a un sistema limitado de seguros sociales, enmarcado en la centralización de la regulación en manos del estado y la aparición del intervencionismo liberal en materia de políticas sociales y de salud; iniciando con protección a los trabajadores, posteriormente al embarazo, hasta llegar a toda la población, esto dado después de la segunda guerra mundial (Oficina Internacional del Trabajo, 2009).

En América Latina, Atun et al. (2015) indican que a finales de los años noventa se iniciaron diversas reformas políticas, económicas y sociales, incluyendo en estas reformas el fortalecimiento de los sistemas de salud y la universalización de la salud. Basándose en cuatro áreas: primero, reorganización de los sistemas para abordar la fragmentación, como lo indicaron Londoño & Frenk (1997) sobre las bases del pluralismo estructurado; segundo; la descentralización de los gobiernos, Finot P. (2001) mediante la transferencia de responsabilidades de planificación, gerencia, recaudación y asignación de recursos desde el gobierno central y sus agencias a los territorios; Atun et al. (2015) tercero, mejoramiento de las funciones regulatorias; Muñoz et al. (2000) cumpliendo las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que competen al Estado, en sus niveles central, intermedio y local mediante, y el

reglamento sanitario internacional, y cuarto, separación de las funciones de financiamiento, con el cambio del rol del comprador y el proveedor (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Las reformas en América Latina, Heredia et al. (2015), han tenido como particularidad el modelo de la cobertura universal, en países como en Colombia, Chile y México, apoyándose en estrategias y programas comerciales y costos de subsidios estatales. Bajo la misma política y con el mismo objetivo de la universalización de la cobertura en salud, países como Brasil y Cuba han implementado el financiamiento estatal, para su logro, el cual resulta ser menos costoso, basados en el derecho a la salud, incluyendo a todas las personas sin distinción.

Así mismo, no hay que olvidar las condiciones sociopolíticas de los países de América Latina en el momento de las reformas, Sojo (2011) Chile se encontraba en medio de la dictadura militar de Augusto Pinochet, y por otra parte, Brasil y Argentina pasaban por un proceso de transición democrática. A pesar del contexto sociopolítico y democrático de dichos países, se le da importancia a la salud, a la seguridad social y su derecho, con la implementación radical al instaurar principios de solidaridad y universalidad.

Además, no se puede dejar de lado el impulso dado a los países en el reconocimiento de la seguridad social Sojo (2011) con la declaración de salud y la seguridad social como un derecho humano fundamental. Acogiendo los países esta declaración desde el bloque constitucional, Atun et al. (2015) como sucede en países como: Cuba, Chile, Brasil, Colombia, Argentina y Costa Rica.

Específicamente en Colombia, a mediados del siglo pasado se da inicio la instauración de la seguridad social con la creación de dos instituciones, la Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros Nacionales, por medio de la Ley 6 de 1945, artículo 18, (Congreso de la República, 1945), y el Instituto Colombiano de Seguridad Social (Congreso de la República, 1946) . La primera con financiación obtenida de un porcentaje proveniente del presupuesto de la Nación y el otro de los sueldos de los empleados (empleados nacionales, jornales de los obreros nacionales), y el Instituto de seguros sociales con financiación derivada de los aportes de empleadores y empleados.

Además de las instituciones nombradas anteriormente, el país acercándose al Estado de Bienestar instauro el primer sistema para la protección en salud en 1975, como lo describe Galán (1990) el Sistema Nacional de Salud – SNS, caracterizado por su centralización y fragmentación, el cual mostro fallas como la falta universalidad en la cobertura de protección de la salud de la población, ausencia de solidaridad generando enormes diferencias en los recursos destinados para la atención en salud, ausencia de canales financieros para la asistencia de la población que estaba por fuera del sistema y mostrando ser ineficiente por los resultado observados al comparar el gasto total del sector y la creciente insatisfacción de los usuarios.

En Colombia conjurándose las anteriores situaciones (fallas en el sistema de salud, nuevas necesidades políticas, económicas y sociales), con la promulgación de la seguridad social como un derecho constitucional, para un desarrollo legislativo que permitió la implementación del nuevo modelo en salud, el Sistema de Seguridad Social Integral, con el objetivo que corrigiera las situaciones presentadas por el Sistema Nacional de Salud y se acomodara a las características epidemiológicas y demográficas, y especialmente, brindara protección económica a los colombianos.

Reiterando la anterior situación, Suárez, Puerto, Rodríguez, & Ramírez (2017) señalan que en los años noventa se inicia en Colombia el proceso denominado la revolución pacífica, con la modernización del Estado, el cual tuvo como componentes la nueva Constitución Política que instauro el Estado social de derecho, el inicio de la apertura económica, programas sociales basados en el capital humano, entre otros. Como parte de dicha modernización e inversión en el capital humano, como se indicó anteriormente, se instauró el Sistema Integral de Seguridad Social, basado en la transformación del sistema pensional, el mercado laboral, el sistema de protección de riesgos laborales y el sistema de salud.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: MARCO NORMATIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Para hablar del marco legal en seguridad social en el Estado Colombiano se debe hacer inicialmente mención a los aspectos internacionales y vinculantes con diferentes organismos, como se realizará a continuación:

2.1. Internacional

Iniciando con el marco internacional que ha permitido que Colombia establezca el modelo de Seguridad Social para la protección y prestación del servicio de salud de toda la población, se tiene que las Naciones Unidas en 1941 firma la Carta del Atlántico (Naciones Unidas, 2015), Nugent (1997) y en 1942 la Declaración de Washington, disponiendo estas, que todas las naciones tienen el deber de colaborar en el campo económico y social, a fin de garantizar a sus ciudadanos las mejores condiciones de trabajo, de progreso económico y de seguridad social.

Continuando con el proceso de instauración de la seguridad social en el mundo, con el Convenio de Filadelfia, 1945, se establece extender las acciones de seguridad social en los países miembros y con ello garantizar ingresos básicos y asistencia médica a los más necesitados (Organización Internacional del Trabajo, 2015); en 1948 como hito en la seguridad social la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (de segunda generación), estableciendo en el artículo 22, la Seguridad Social, como un derecho humano. En este mismo año, 1948, surge la Declaración de los Derechos y Deberes del Hombre, disponiendo que toda persona tiene derecho a la seguridad social (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, s.f.).

La OIT en 1952 el Convenio 102, sobre la seguridad social (norma mínima), planteándose un modelo flexible y que se adapta a los contextos de los países y permita su adopción, mezclando el modelo alemán (para trabajadores dependientes) con el modelo universal inglés (Organización

Iberoamericana de la Seguridad Social, 2014). De resaltar que Colombia no ha sido ratificado dicho convenio.

Desde el sector salud, Apráez (2010) menciona que en la declaración del Alma Ata en 1978, se adoptó la estrategia de Atención Primaria en salud – APS y se establecieron lineamientos generales de las políticas para dar respuesta a las necesidades de salud de la población mundial, contemplando entre estas políticas la seguridad social.

Dando un salto en el calendario, la OIT en su Recomendación 202, establece los pisos de protección social, responsabilizan a los estados de la implementación de dicha resolución, debiendo aplicar entre los principios, la extensión de la seguridad social mediante el diálogo y la participación social (Organización Internacional del Trabajo, 2012).

2.2. Nacional

La conjugación de los anteriores hechos y el momento histórico de modernización del estado por el cual pasaba Colombia en la segunda mitad del siglo pasado, llevo a cambios estructurales y legales como fue la promulgación de la constitución Política de 1990, como lo señala Velasco (2016) da las bases para el paso de un estado liberal a un estado social de derecho, que tiene como principal garantía los derechos sociales, como es el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Además de la constitución Política el Estado colombiano para la reorganización del Estado y sus formas de administrar se emite la ley 10 de 1990, por medio de la cual se reorganiza el sistema nacional de salud (Congreso de la República, 1990). Continuando con el proceso de reorganización administrativa, financiera y de planeación del territorio nacional, se establecen los servicios y las competencias en materia social, a cargo de las entidades territoriales y la Nación, por medio de la Ley 60 de 1993, llevando esta ley a la descentralización del Estado Colombiano (Congreso de la República de Colombia, 1993). Estas dos normas de alguna manera prepararon el estado y para el caso, al sector salud, para la implementación del nuevo modelo de salud. Se pasa del Sistema Nacional de Salud, al Sistema de Seguridad Social Integral, esto por

medio de la Ley 100 de 1993, modelo que es conformado por tres subsistemas: subsistema general de pensiones, subsistema general de riesgos profesionales (hoy riesgos laborales, Ley 1562 de 2012) y el subsistema general de seguridad social en salud (Congreso de la República, 1993).

Teniendo que, para el desarrollo del Subsistema General de Seguridad Social en Salud, desde 1993 se han dado desarrollos normativos que han permitido que el modelo establezca sus componentes y ratificar el compromiso de Colombia ante la seguridad social, tal y como establece en la Ley 516 de 1999, Por medio de la cual se aprueba el "Código Iberoamericano de Seguridad Social. Estableciendo en el artículo 1, que el Código reconoce a la Seguridad Social como un derecho inalienable del ser humano. Garantizando la consecución del bienestar de la población, y la estabilidad y desarrollo armónico de la sociedad (Congreso de Colombia, 1999).

Como leyes estructurales del Sistema de Seguridad Social en Salud, se pueden mencionar las siguientes:

Desde lo financiero, la Ley 715 de 2001, que dicta las normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud (El Congreso de Colombia, 2001). La 1122 de 2007, primera reforma que realiza algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de esta ley se pretende reformar aspectos de la gobernabilidad y la institucionalidad; estableciendo el desarrollo de un plan nacional obligatorio que incluya a todos los actores del sistema de salud, el cual se debe formular, ejecutar y evaluar, y por medio de este plan lograr la optimización de la salud pública (El Congreso de la República de Colombia, 2007).

Posteriormente, por medio de la Sentencia T-760/08, se reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental, y reiterando la especial protección del Estado, establece la unificación de los planes de beneficios de los regímenes de salud (contributivo y subsidiado); la universalización del sistema de salud; actualización del POS, estas entre otras disposiciones dictadas en el fallo (Corte Constitucional, 2008) .

En 2011 se presenta otra reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de la Ley 1438 de 2011, la cual pretendió el fortalecimiento del SGSSS por medio del modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de la atención primaria en salud. Ley que además llamo a la reorganización del sistema de salud (salud pública, aseguramiento, atención en salud, financiamiento, la calidad y el sistema de información, la inspección, vigilancia y control, entre otros), como característica, visibilizando los diferentes agentes del sistema de salud (Congreso de Colombia, 2011).

La ley estatutaria de salud 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la Salud, la concibe como un derecho fundamental de carácter autónomo, es decir sin sujeción o conexidad con otro, y no sólo como un servicio de obligatoria prestación por parte del Estado. Además establece como factores la sostenibilidad financiera del sistema, el fin del pos, la autonomía médica, atención en salud diferencial, la prestación y atención en salud de manera integral, y otros (Congreso de República, 2015).

Aunque ya sin vigencia, el Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018, establecido por la Ley 1753 de 2015, en el artículo 65 definió que se debería desarrollar la política en salud para la población colombiana, de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud. La política con características de: 1) atención primaria en salud (APS) ; 2) salud familiar y comunitaria, 3) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial (Congreso de la República, 2015).

Esta misma Ley en el artículo 66, estableció el manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, disponiendo la creación de una entidad adscrita al Ministerio de salud y Protección social para la administración de los recursos del sistema.

Dando cumplimiento a la Ley Estatutaria de Salud y Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018. Se emite desde el Ministerio de Salud y Protección Social, la Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se establece el modelo de la política de atención integral en salud, cambiando el

paradigma de la atención en salud, primero, estableciendo como punto central el individuo, segundo, estableciendo la gestión del riesgo en salud por parte de los actores del sistema de salud y los demás actores que tenga acciones en salud. Para el desarrollo de la política se establecen las rutas de atención en salud de algunos eventos trazadores y de gran impacto en la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c).

Continuando con cumplimiento de lo dispuesto por el Plan de Desarrollo y la Ley Estatutaria de Salud, se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, por medio del Decreto 1429 de 2016, cumpliendo con la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Cuanto a aspectos legales específicos para el componente financiero se tienen, el Decreto 1755 de 2002; el Decreto 2451 de 2002; y el Decreto 4023 de 2011 (parte. 6 sostenibilidad financiera a nivel nacional y territorial. título. 1. Fondo de solidaridad y garantías (fosyga)), Por medio de los cuales se reglamentó el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga, se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Teniendo como objeto, establecer el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación, el mecanismo de control y seguimiento al recaudo de aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el procedimiento operativo para realizar el proceso de compensación, de acuerdo con lo definido en el artículo 205 de la Ley 100 de 1993 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

En el componente de prestación de servicios y la calidad como normas generales se tiene, el Decreto 2309 de 2002, cual define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Decreto 903 de 2014, que dicta disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud y el Decreto 1011 de 2006, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud

del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

CAPÍTULO 3

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE COLOMBIA y CHILE - GENERALIDADES

Colombia

Hasta este momento Colombia ha contado con dos sistemas de salud: el Sistema Nacional de Salud – SNS y el actual Sistema de seguridad social integral. El SNS, según Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, (2010) era un sistema conformado por tres subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado, todos bajo la rectoría del Ministerio de Salud, pero con efectividad solo en el sector público; según Castrillón, (2013) era un sistema segmentado que funcionaba con recursos estatales, que se transferían directamente a la red de hospitales públicos sin garantía de la protección en salud a la población de bajos recursos.

Comenzando los años 90s se inicia el proceso modernización del Estado colombiano con reformas estructurales como la descentralización. El historiador Silva-Colmenares (1993), señala que dicha descentralización llevo a modificaciones estructurales en el aparato institucional político y administrativo, como el traslado de competencias provistas hasta el momento por el Estado a las entidades territoriales y la introducción del mercado en el manejo de los servicios públicos y privados, creando un entrelace entre la descentralización y la privatización.

Conforme al esquema de la modernización del Estado se adoptó la nueva Constitución Política de Colombia, la descentralización del estado, y específicamente para el sector salud, el Sistema de Seguridad Social Integral y con él tres subsistemas (Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema General de Riesgos Profesionales, hoy riesgos laborales – Ley 1562 de 2012), que tienen por objetivo el derecho irrenunciable a la calidad de vida que esté acorde con el principio de dignidad humana, regido por los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Congreso de la

República, 1993). Dichos principios fueron ampliados posteriormente con la reforma al sistema general de seguridad social en salud, mediante la Ley 1438 de 2011.

Como características del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Agudelo Calderón, Cardona, Ortega, & Robledo (2011) y Merlano & Gorbanev (2013) señalan que es un sistema mixto con participación de actores públicos y privados, de competencia regulada, dos regímenes de afiliación (contributivo y subsidiado) y diferentes fuentes de financiación para cada uno de los regímenes.

Otro rasgo del SGSSS es la aparición en la escena de actores privados en la prestación del servicio y la administración del sistema de salud. Agudelo Calderón et al. (2011) y Merlano & Gorbanev (2013) agregan que estos actores se agrupan en aseguradores o prestadores, así: las Empresas Promotoras de Salud-EPS, que cumplen el papel de aseguradoras y administradoras de los recursos, encargadas de contratar la atención en salud de la población afiliada con prestadores llamados Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

Así mismo, los servicios contratados se rigen de acuerdo a las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS. Beneficios que al inicio del sistema contaba con diferencias según el régimen de afiliación, dando más beneficios a los afiliados del régimen contributivo.

Otra particularidad del sistema es que cuenta con criterios para la afiliación de población de uno u otro régimen. Las personas con capacidad de pago cuyos ingresos sean igual o mayor a un salario mínimo legal vigente deben afiliarse al sistema contributivo, el resto de la población pobre y sin capacidad de pago será afiliado por las Entidades Territoriales al régimen subsidiado, previamente registrados en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – SISBEN, sistema que establece variables de calificación y según el puntaje de las personas permiten acceder a programas sociales, entre estos, la afiliación a salud.

Después de 25 años de implementación del sistema de salud son evidentes avances en: la ampliación en la cobertura de salud, que paso de tener una población afiliada del 29 % en 1995

al 95 % en 2018 (Minsalud, s.f.), extendiendo la protección financiera a casi toda la población colombiana. En las atenciones de parto por personal calificado, señala Santa María, García, Rozo, & Uribe (2011) que en 1990 era del 81,8 % y en el 2017 del 98,95 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) lo que significa un aumento del 17,1 %. El gasto de bolsillo por parte de las familias ha disminuido desde 1993, pasando del 52 % al 14,4 % (Acemi, 2016).

A pesar de lo anterior, no se puede desconocer las fallas y dificultades del sistema, tal y como lo han descrito diferentes organismos y autores¹, el sistema de salud desde sus inicios se ha enfrentado a diferentes obstáculos como la evasión, la elusión, el déficit financiero de la red de prestadores públicos, recobros por insumos y procedimientos, concentración de prestadores de servicios y profesionales, barreras de acceso, integración vertical, entre otros.

Como consecuencia, especialmente de las dificultades del sistema, se han llevado a cabo múltiples investigaciones y estudios desde su reforma, realizando análisis internos y comparativos con otros sistemas. teniendo en cuenta lo expresado por Granados & Gómez (2000), que la seguridad social en Colombia hace parte de la ola de reformas al sistema de salud de los años ochenta y noventa en Latinoamérica, orientadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, bajo el paradigma del modelo neoliberal. Basados en este antecedente y la necesidad de hacer una mirada crítica del sistema de salud, que permitan plantear dificultades y retos, se realizará un análisis comparativo con el sistema de salud de Chile, que tal y como lo plantean Granados & Gómez (2000) igual que Colombia ha mostrado cierto distanciamiento de los postulados neoliberales, generando mayores condiciones para establecer la existencias de fallas propias del modelo y las consecuencias en los resultados en salud influenciados por los beneficios del sistema de salud.

Chile

El sistema de salud chileno, como los demás sistemas del centro y sur américa, respondieron a la ola de reformas políticas y económicas del siglo pasado, basados en los postulados

¹ Fedesarrollo (2000) Procuraduría General de la Nación & Colombia (2012) Merlano & Gorbanev (2013); Bernal & Barbosa (2015); Suárez, Puerto, Rodríguez & Ramírez (2017); Yepes & Marín (2018)

neoliberales, que cobijaron al sector salud, llevando entre otro a que en 1979 se reorganizara el sistema de salud y se creara el Sistema Nacional de Servicios de Salud -SNSS (Observatorio Chileno de Salud Pública, s.f.)

Actualmente, se cuenta con un sistema con participación pública y privada, de financiación mixta, segmentado, imposición legal de afiliación a trabajadores dependientes y pensionados, y protección pública para población pobre, sistema responsable del otorgamiento de atenciones en salud establecidas en el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES) (Superintendencia de Salud, 2011).

Como lo indica Goic (2015) existen dos agentes encargados encargadas de la administración de la atención en salud; en el sector público la FONASA, con financiamiento de las cotizaciones obligatorias y los aportes fiscales, con planes de salud homogéneos que brinda atención por medio de la red de hospitales públicos.

Continuando Goic (2015), el otro agente en el sector privados, son las ISAPRE, basado en modelos de aseguramiento, ofreciendo diferentes paquetes de seguros, diferenciados por la prima pagada y el nivel del riesgo, condicionando con ello los contenidos de los paquetes de seguros. Rodríguez, H. (2019) indica que las ISAPRES cubren alrededor de 15% de la población, caracterizado por selección adversa, altos costos para los compradores, variabilidad en los planes de atención, entre otros.

Cetrángolo, O. (2009) señala como algunas de las características del sistema las siguientes: regido por un seguro obligatorio, en su gran mayoría de naturaleza contributiva, cuenta con asistencia social para grupos vulnerables, de vinculación obligatoria para trabajadores activos y pensionados con el 7% de sus ingresos declarados, libertad de escogencia de aseguradora,

Además, con lo describe Larrañaga, O. (1997) el sistema de salud chileno, como todos, presenta fortalezas y problemas. En particular, el sistema público con fallas en la atención derivadas de la organización burocrática y de la financiación. El privado con malas prácticas de

selección adversa, marcada segmentación basada en aspectos económicos, coberturas de corto plazo y falta de transparencia de planes y beneficios.

CAPÍTULO 4

RUTA METODOLÓGICA

La presente investigación se llevó a cabo mediante los parámetros de una investigación cualitativa de carácter descriptivo comparativo, recurriendo a fuentes originales sobre los Sistema de Seguridad Social de Colombia y Chile, de documentos de organismos Internacionales como la OIT, OMS, la OISS, Banco Mundial, entre otros; y documentos académicos, científicos e institucionales que describieran las características y desarrollos de los sistemas; extrayendo de estos documentos la fundamentación y estructura para el análisis crítico comparativo de los sistemas de salud.

Para llevar a cabo la investigación se partió de la revisión bibliográfica de los orígenes y diferentes sistemas de salud en el mundo, permitiendo con ello ubicar las influencias y características de los sistemas de salud a estudiar. Posteriormente se realiza la selección de documentos sobre la conformación de los sistemas de salud a este lado del mundo, enfatizando la búsqueda en los países de interés (Colombia y Chile) teniendo como línea de base para la búsqueda los años de conformación de los sistemas de salud en adelante, tomando desde 1975, año que antecede el sistema de salud actual chileno y para Colombia el inicio del SNS que, aunque no sea el objeto de estudio da las base y justificación para el nuevo sistema.

Posterior a la documentación de los inicios de los sistemas de salud, y para el desarrollo de los objetivos, se procedió a la revisión de documentos técnicos, académicos, científicos, institucionales y gubernamentales. Tomando tres momentos para la búsqueda, el primero, 1993 para tener un punto de partida de las condiciones; un segundo momento, finales de los noventa e

inicios del año 2000, punto intermedio, y un tercer momento años 2010 – 2016, momento actual de los sistemas que, aunque no se realizó la descripción de dicha manera en el documento, de esta manera se estructuró la búsqueda para tener una visión amplia de la evolución.

La búsqueda de los documentos se estructuró de la siguiente manera: 1. bases de datos de: revistas científicas, universidades y Google académico; 2. Páginas institucionales de los Ministerios de salud y organismos técnicos y afines al sistema de salud; 3. Informes técnicos; 4. Informes, artículos y libros de organismos e instituciones gubernamentales nacionales e internacionales; y, 4. Libros e informes de académicos.

Cuanto al desarrollo de los resultados de la investigación, se llevaron a cabo junto con la discusión, permitiendo a los investigadores realizar un ejercicio crítico de los hallazgos, contrastando los resultados con características de los modelos de salud, planteamientos de diferentes autores y proyecciones de organismos gubernamentales, entre otros.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD COLOMBIA –CHILE

Los sistemas de salud se componen de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo fin es mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, teniendo factores endógenos a los sistemas como son: estructura, instituciones, financiación, reformas y el PIB (World Health Organization, 2003) factores que se traducen y evidencian en los resultados en salud, en el gasto de bolsillo, el aseguramiento y otros.

Para que un sistema de salud funcione debe contar una arquitectura armónica conformada por organizaciones, instituciones, recursos y procesos, de origen público, privado o mixto (Organización Mundial de la Salud, 2005) que bajo conexiones estructuradas e interacción entre sus partes determinan las funciones que permiten la prestación del servicio, la generación de recursos, la financiación y la gestión, en la búsqueda de la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones.

Por lo anterior el análisis comparativo Colombia – Chile, se realiza desde dos puntos de vista: un primer momento desde factores estructurales del sistema, como lo es la estructura, las reformas y el PIB destinado al sector salud; y un segundo momento los resultados en salud, y establecer con ello avances y retos del sistema de salud colombiano.

5.1. Factores estructurales de los sistemas de salud

5.1.1. Estructuras de los Sistemas de Salud

Lo factores estructurales se revisarán desde la estructura como factor interno y desde otros factores externos, que no son dependientes del sistema, pero cambian las formas e interacciones en él, como las reformas y el gasto per cápita en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB).

Teniendo en cuenta que la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud obedece al planteamiento de Londoño & Frenk (2014) sobre el pluralismo estructurado, el análisis se basará en cuatro aspectos a saber: modulación, financiamiento, articulación y prestación. La estructura bajo estos aspectos integra todos los componentes necesarios para el funcionamiento de los sistemas de salud. Ver tabla 1.

Tabla 1. Comparativo de la Estructura de los Sistemas de salud Colombia - Chile.

<i>ASPECTO</i>	COLOMBIA	CHILE
<i>Modulación</i>	<u>Ministerio de salud y protección social</u> - responsable del desempeño del sistema mediante la definición y expedición de políticas y normas.	<u>Ministerio de Salud</u> – encargado del establecimiento de políticas y normas que aseguren el funcionamiento del sistema de salud.
	Entidades Territoriales de Salud (departamentales, municipales y distritales) – En los territorios son los encargados de la dirección, coordinación y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.	Específicamente para el sector público, establece procesos de regulación, supervisión y elaboración de contenidos de los contratos entre prestadores y usuarios, en los que se definen programas, coberturas y contenidos.
	<u>Superintendencia Nacional de Salud</u> – acciones de inspección, vigilancia y control de los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, atención	<u>Superintendencia Nacional de Salud</u> – acciones de Inspección, vigilancia y control, con relación a las acciones de FONASA e ISAPRES y demás

	al usuario y participación social.	prestadores.
<i>Articulación</i>	Entidades Promotoras de Salud – EPS (públicas y privadas). Delegadas por parte del Estado para la administración del sistema mediante la afiliación, administración de los recursos, garantizar la prestación de los servicios de salud que se encuentren en el POS, gestión del riesgo de los afiliados.	FONASA (Fondo Nacional de Salud) – entidad encargada del recaudo y administración de los recursos provenientes del aseguramiento público, destinados a las atenciones en salud de sus afiliados. ISAPRES (Institutos de Salud Previsionales). Entidades que funcionan bajo el esquema de seguros. Administran los recursos de las cotizaciones (trabajadores y personas que libremente las escogieron), para la financiación de las prestaciones en salud y el pago de las licencias médicas.
	Financiación mixta – un solo fondo, solidario. <u>Subsidiado:</u> recursos fiscales y de solidaridad, este último proveniente del punto cinco (0.5) de los aportes de los afiliados al régimen contributivo, de excepción y especiales, aportes del presupuesto nacional, Departamentos y Municipios y monto de las cajas de compensación familiar.	Financiación mixta –fondos separados por cada sector. <u>Público:</u> Aportes fiscales, cotizaciones (7 % de los ingresos, para una clase de aportantes) y aportaciones de los municipios. Fondo solidario. Copagos.
<i>Financiamiento</i>	<u>Contributivo:</u> Cotización de independientes con capacidad de pago (12.5 % sobre la base del 40% del	<u>Privado:</u> Cotización de empresas y cotizaciones privadas (7 % de los ingresos declarados), copagos y

	ingreso declarado); aporte empleadores y trabajadores (12.5 % del ingreso de los trabajadores), copagos.	cotizaciones adicionales.
<i>Prestación</i>	<u>Tipo de prestación:</u>	<u>Tipo de prestación:</u>
	<i>Económicas</i> - Contributivo: incapacidad por enfermedad general (mayor a tres días) y licencia de maternidad y de paternidad.	<i>Económicas:</i> ISAPRES: pago de incapacidades por enfermedad general mayor a tres días. Cuentan con la potestad de ajustar los días de incapacidad o negar el pago. Fonasa: Las licencias deben presentarse en la COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) para determinar si son de origen laboral y ser cubierta.
	<i>Asistenciales:</i> Plan Obligatorio de Salud (medicamentos y procedimientos) beneficios a los que tienen derecho todos los afiliados al sistema.	<i>Asistenciales:</i> Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Existen plazos máximos para la entrega de prestaciones garantizadas. En las ISAPRE, se pagan paquetes de beneficio de acuerdo con la capacidad de pago
	<u>Instituciones encargadas de las prestaciones:</u> IPS públicas y privadas.	<u>Instituciones encargadas de las prestaciones:</u> Hospitales y clínicas públicas y prestadores privados.
	<u>Servicios que se pueden adquirir adicionalmente:</u> Planes complementarios y planes de medicina prepagada.	<u>Servicios que se pueden adquirir adicionalmente:</u> Primas adicionales para ampliar el paquete de servicios. Seguro para enfermedades de alto costo o catastróficas.

Existe regulación de precios de una lista de medicamentos. Sin estandarización de tarifas para la prestación de servicios.	Desde el gobierno se establecen tarifas que rigen la contratación en el sector público.
--	---

Fuente: Elaboración propia.

Se deja la claridad que las condiciones anteriormente expuestas en el cuadro son las actuales de los sistemas de salud.

Como se observa en la tabla 1, cada uno de los aspectos propuestos por Londoño & Frenk (2014) se cumplen en los dos sistemas, presentado desde lo general estructuras equiparables, con grupos poblacionales claramente definidos según su nivel socioeconómico en: personas sin capacidad de pago, empleados y personas con capacidad de pago. Al revisar cada uno de los aspectos de manera específica, se observa como en el desarrollo de la estructura del sistema chileno, muestra ser un sistema con mayor segmentación y marcadas diferencias según el sector (público o privado) en la articulación, financiamiento y la prestación.

Al revisar los agentes encargados de la modulación, se halla que son los ministerios de salud los que llevan a cabo acciones de rectoría en los sistemas. En el caso colombiano se evidencia con mayor precisión la descentralización de las competencias, como lo estableció inicialmente la ley 10 de 1990, la Constitución Política de Colombia y la Ley 60 de 1993, y posteriormente la Ley 715 de 2001, al tener un ministerio que orienta y establece políticas para el desempeño del sistema, y que delega competencias de dirección, financieras e inspección, vigilancia y control a departamentos, distritos y municipios.

En Chile el ente rector del sistema, como se indicó anteriormente es el Ministerio de salud responsable de coordinar, mantener y organizar la atención en salud (Ministerio de Salud, s. f.), presentando una menor descentralización, respecto a la colombiana, en el sector salud. Un Ministerio con un mayor control sobre el sector público, al tener funciones que, para el caso colombiano, son propias de las empresas aseguradoras y sus prestadores, como son: el contenido y cobertura de los contratos llevados a cabo y la regulación de precios (medicamentos, alimentos,

insumos y equipamiento a la Red de Salud), señalando León & Martínez (2011) que se llevan a cabo mediante la centralización de las compras del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).

Dando como características el control del Ministerio de Salud chileno sobre el sector público, una centralización parcial en el sistema de salud (OECD, 2017), señalándose que es parcial, por no ser sobre todos los agentes del sistema, los privados son autónomos en la administración de los recursos y regulación de precios tanto de lo contratado (servicios de salud), como de lo ofrecido (seguros), regidos por las políticas y normas del mercado.

Otro de los agentes del sistema que hacen parte de la modulación en los sistemas de salud son las superintendencias de salud, que en ambos países tienen como característica ser entidades dependientes de los ministerios de salud, con recursos del estado y con procesos definidos para la inspección, vigilancia y control, pero difiriendo en el punto de entrada para ejercer sus acciones, esto en gran parte debido a la estructura interna de los sistemas.

En Colombia las funciones mencionadas en la tabla 1, se dan sobre procesos establecidos para la prestación del servicio en el sistema de salud, procesos que involucran en su accionar a los diferentes actores del sistema (Entidades Territoriales, EPS, IPS, prestadores de servicios de salud, entre otros) (Supersalud. Minsalud, s.f.). En Chile para el cumplimiento de los derechos en salud se implementan acciones de Inspección, Vigilancia y Control - IVC sobre los actores FONASA y las ISAPRE, teniendo al interior de la superintendencia órganos diferentes para cada uno de los actores, (Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile., s.f.), llevando a cabo acciones diferenciadas, basados en las particularidades de cada uno de los agentes.

En cuanto a la articulación, ambos países poseen entidades con personería jurídica, recursos financieros, procesos estandarizados y sometidos a la vigilancia de las superintendencias de salud. Entidades encargadas de la afiliación, administración de los recursos y la contratación con prestadores de salud para la garantía de la atención individual.

Las EPS públicas y privadas en Colombia que operan bajo un mercado de competencia regulada. Se rigen bajo características técnicas y financieras para su funcionamiento, son entidades intermediarias en el sistema, con la posibilidad para las EPS privadas de tener los dos regímenes de salud (contributivo y subsidiado), posibilitando la movilidad de los afiliados entre regímenes que se da principalmente por situaciones económicas, evitando así traumatismo para los afiliados, y con ello asegurando el derecho a la salud.

Además, las EPS son responsables de la gestión del riesgo integral en salud (salud y financiero), funciones asignadas mediante las resoluciones 429 y 3202 de 2016, responsabilidades que se han ido evidenciando en el ajuste del rol de las aseguradoras en el resultado de salud de la población a cargo, lo que se debería traducir en sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Se debe resaltar como particularidades del aseguramiento la libertad de las personas para escoger la EPS, con una afiliación que no tiene expiración y poder de cambiar de EPS después de 12 meses de afiliación, esto sin perder los derechos en salud. Aclarando que la garantía de cambio de EPS sin traumatismos, es un derecho que han adquirido los usuarios en los últimos años del sistema.

Chile cuentan con articuladores para cada uno de los sectores del sistema (público - privado). El FONASA, como lo indica Urriola (2017) es el organismo público encargado de la cobertura en salud y cuenta con cuatro categorías de poblaciones: categoría A, B, C y D. Las dos primeras con subsidio del 100 % del estado, mientras las C y D son aportantes para la afiliación con 7 % de los ingresos declarados, además con la particularidad que el estado no cubre totalmente los servicios en salud, dando una cobertura del 90 % para la categoría C y del 80 % para la D.

Es de resaltar que la afiliación al FONASA no expira, salvo si la persona se retira de manera voluntaria, y la afiliación no está sujeta a criterios de selección, personas con o sin capacidad de pago pueden afiliarse.

Las ISAPRES, señaladas por Titelman, Uthoff, & Jiménez (2000) como administradoras de los recursos del aseguramiento privado y encargadas de la protección de los riesgos contra la salud de sus afiliados. Agregando Agostini, Saavedra, & Willington (2007) que se mueven en la lógica del mercado de seguros privados, de carácter bilateral por la celebración del contrato afiliado - aseguradora, con diferentes planes que cambian las características y tipo de servicios a los cuales tiene acceso los compradores.

El costo de los planes de las ISAPRES depende de variables como la edad, sexo y preexistencias médicas. Siguiendo la dinámica del mercado de los seguros, tienen la libertad de vender o no el seguro, situación que se da posterior al estudio de la declaratoria de salud, además de limitar los periodos de aseguramiento. Las aseguradoras tienen el derecho, en el marco del mercado, de realizar selección adversa y determinar el grado de protección en salud de los asegurados, induciendo a los pacientes de mayor riesgo y gastos en salud a buscar cobertura en el sector público, generando detrimento del sistema público y favoreciendo el privado.

Otro de los aspectos de la estructura es la financiación (ver tabla 1), parte primordial para el funcionamiento de los sistemas de salud, tal y como lo plantea la Urrea (2007) la financiación se ha convertido cada vez más en un problema para los gobiernos, llevando a excluir las poblaciones más pobres y trasladar el costo de las atenciones a las familias, y que según los académicos Londoño & Frenk (2014) se requiere un balance entre la movilización de los recursos y la contención de los costos.

Tanto Chile como Colombia se rigen por un sistema de aseguramiento mixto regulado. Riveros & Amado (2012) financiado con aportes privados e impuestos. En Colombia el principio constitucional de solidaridad, detallado por Núñez Méndez, Zapata, Castañeda, Fonseca & Ramírez (2012) genera un efecto redistributivo con diferentes fuentes de financiación, que confluyen en un solo fondo (FOSYGA) y administrados por una sola entidad, la ADRES.

La ADRES encargada del reconocimiento y pago a las EPS de las unidades por Capacitación – UPC (ADRES, S.F.). Siendo la UPC, Giedion, Bitran, Tristao (2014) el valor anual que se reconoce a las EPS por cada uno de sus afiliados; presentando la UPC procesos de ajustes

diferenciales y adicionales según las características poblacionales y epidemiológicas de los afiliados, así, como las condiciones geográficas de los territorios donde operan los prestadores.

La financiación del sistema de salud chileno es segmentada (público-privado), administrando cada una de las entidades el dinero recaudado. Becerril, Reyes & Manuel (2011) indican que los ingresos son diferenciales, pues existen categorías de afiliación y la posibilidad de ampliar los beneficios a cambio de pagos extras, sin que exista por parte del Estado control de los recursos financieros, especialmente en el sector privado.

El principio de solidaridad en el sistema chileno se aplica solo al sector público, siendo puristas en el sector privado al guiarse solo por el modelo financiero de seguridad social, sin recursos del estado y con destinación de los recursos exclusivamente para la atención de los siniestros de la población asegurada.

La solidaridad del sistema colombiano planteada desde un supuesto de crecimiento económico y de generación de empleo en el país, después de 25 años se está viendo otra realidad, según los datos de Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo (2011) en el año 1997 el 37 % de la población afiliada era del régimen contributivo, versus un 18% subsidiado, esperando se mantuviera dicha distribución, actualmente el comportamiento de los regímenes en la afiliación se ha invertido, para el 2018 el 48 % contributivo y el 52 % subsidiado (Minsalud, s.f.). contribuyendo a dicho comportamiento, tal y como lo indican Marín & Chávez (2013) a condiciones laborales como el desempleo, la informalidad, la flexibilización de las políticas laborales, la evasión y elusión de los aportes al sistema; disminuyendo dichas condiciones el buen desarrollo de la solidaridad sin tener que imponer más cargas tributarias y de afiliación a los actuales aportantes del sistema.

Finalmente, la prestación que es donde se materializan las bondades de los sistemas, dependen de las acciones y relaciones que se llevan a cabo en los demás aspectos de la estructura, que como lo indicaban Londoño & Frenk (2014), requieren de un proceso constante, transparente y sin intereses de conflictos por parte de los articuladores del sistema, encargados de

la articulación, modulación - prestación y recursos financieros – prestación, para cumplir con los fines y objetivos de los sistemas de salud.

La prestación está constituida por los servicios y los prestadores. En cuanto al primero, los dos sistemas tienen establecidos los servicios y productos a los cuales tienen derecho los afiliados o asegurados. Colombia con el POS, que es el listado de medicamentos y procedimientos que después de veinte años de implementado el sistema de salud, se entrega sin distinciones de ninguna clase a todos los afiliados del sistema (Minsalud, s.f.b).

Chile, cuenta desde 2005 con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) o AUGES. El listado tiene como fin ordenar programas, enfermedades o condiciones de salud, y que hasta la fecha ha incorporado 80 eventos, especificando: diagnósticos, tratamientos, procedimientos y la garantía de la protección financiera, donde se establecen el tipo de intervención, incluyendo la prestación, la periodicidad, el monto y el porcentaje del copago a efectuar, garantizando con el AUGE el acceso, la calidad y la protección financiera del sistema de salud (Minsalud, s.f.).

Respecto a la gestión del riesgo en salud y financiero en los sistemas, se da mayor garantía a los agentes del sistema chileno, al contar con un plan de servicios que establece las patologías, acciones a desarrollar y copagos, disminuyendo esta información y delimitación la incertidumbre en los agentes.

Como aspectos complementarios, los sistemas, colombiano y chileno, brindan la posibilidad de ampliar las garantías y accesos a servicios de salud mediante la adquisición de planes adicionales. En Colombia según lo establece la Ley 1438 de 2011, artículo 37, como adicionales existen los planes complementarios y la medicina prepagada, que tiene como características que son ofrecidos por las mismas aseguradoras, pero sujetos al Plan de beneficios y que en esencia ofrecen un valor agregado, mejorando el acceso y la calidad del servicio.

En el sector público de Chile mediante pagos adicionales o aranceles, el grupo C de la Fonasa puede escoger prestadores privados, bajo el mismo AUGE. En la ISAPRE, como lo señala Hormazábal, Núñez, Ortúzar, Planet, & Rodríguez (2007) se pueden adquirir como adicionales:

ampliación de las garantías de atención, seguros para la atención de enfermedades de alto costo y catastróficas. Contratos que cuentan con la característica que varían el costo según el ingreso del comprador y la ISAPRE con la cual se tenga contratado el servicio.

Estos aspectos complementarios convierten los sistemas en inequitativos al no brindar las mismas condiciones a toda la población, dejando en desventaja a la población pobre y de bajos recursos sin la posibilidad de mejorar la calidad del servicio o en el peor de los casos, como sucede en Chile, recibiendo menos servicios que las personas con mayor capacidad de pago.

Como componente imprescindible de la prestación y entrega de planes está la contratación con los prestadores, porque antecede a la prestación y de ella dependen los servicios y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. Camargo, Cortés, Abreu, Suárez & Jiménez (2016) señalan que, entre las acciones a tener en cuenta para llegar a la sostenibilidad y eficiencia financiera de los sistemas de salud, se deben desarrollar prácticas de contratación con mejores incentivos hacia los proveedores.

Otra de las características de la prestación, es que los dos sistemas le garantizan una participación significativa en el mercado de la salud al sector público. Colombia le brinda dicha garantía a las IPS públicas por medio de Ley 1122 de 2007, por la cual las EPS del régimen subsidiado tienen la obligatoriedad de contratar como mínimo el 60 % de los servicios con las IPS públicas del municipio. De igual forma, pero con mayor énfasis, el sistema chileno, como lo describen Becerril-Montekio et al., (2011) para los afiliados de FONASA de atención institucional, se establece que los servicios de salud provengan solo de prestadores públicos, Bardey (2013). Creando estos dos sistemas con el comportamiento descrito, una especie de oligopolio inducido al generar imposiciones de contratación con el sector público.

Dichas imposiciones de contratación se podrían interpretar como protección al sector público garantizándoles sostenibilidad financiera por medio de contratación, pero la realidad no coincide con dicho planteamiento, actualmente en Colombia el endeudamiento por parte de, las EPS, las Entidades Territoriales y el FOSYGA, para con las IPS supera los \$ 8.2 billones de pesos, de los cuales el 60 % corresponde a cartera en mora (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas,

2017). Llevando dicha situación, entre otros, al cierre de instituciones prestadoras de servicios de salud y la no garantía de la prestación de servicios a las poblaciones.

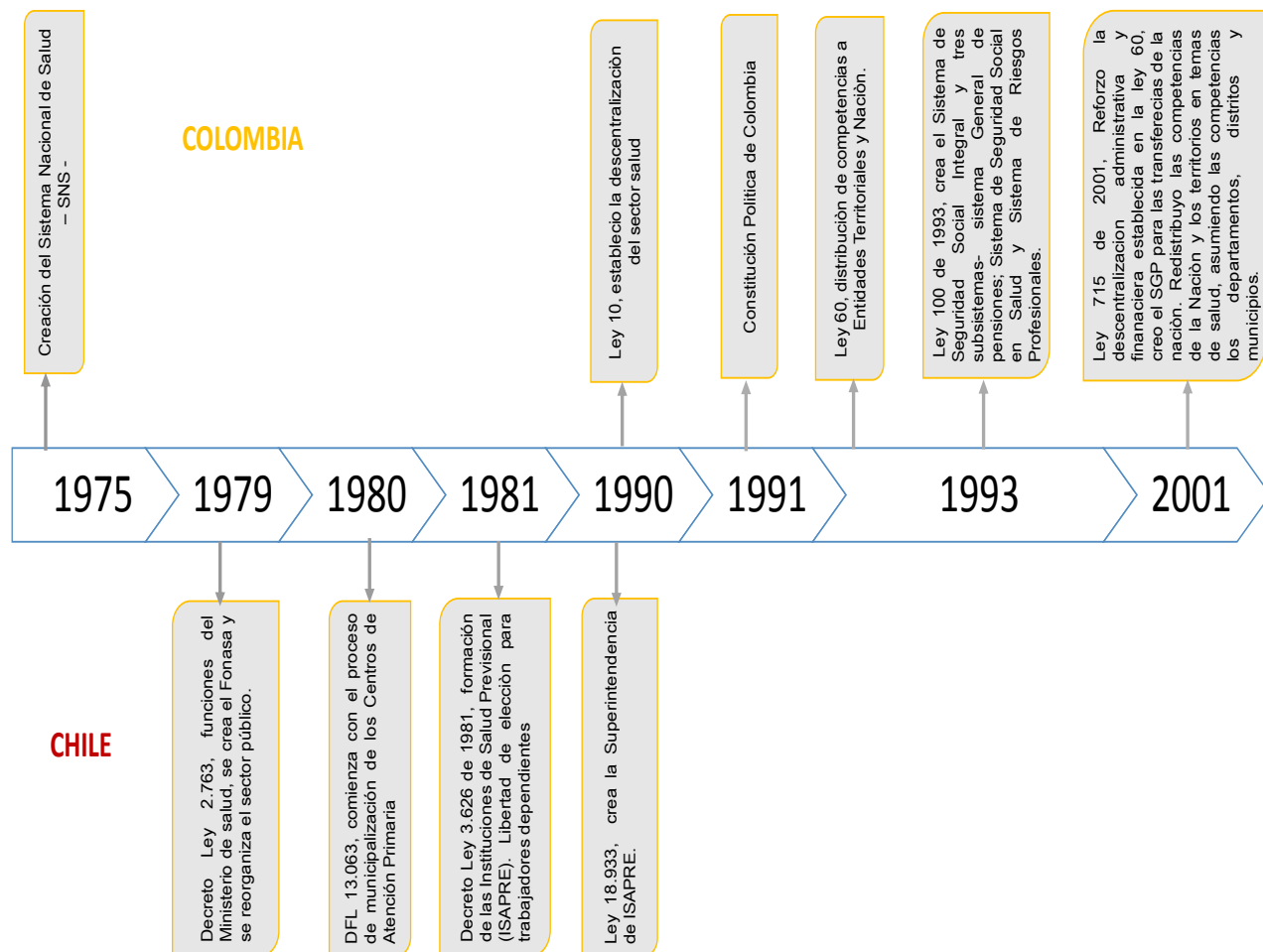
Sumado a lo anterior y retomando nuevamente lo planteado por Camargo, Cortés, Abreu, Suárez Rativa, & Jiménez (2016), respecto a los incentivos a los proveedores y prestadores de servicios, este es un tema, de los tantos, en el sistema colombiano por regular. El no establecimiento por parte del Minsalud de las tarifas en el sistema ha llevado de alguna manera a una posición dominante de las EPS sobre los prestadores, las tarifas no gubernamentales utilizadas por las EPS, desde el inicio del sistema en lugar de subir los precios han ido bajando, y en cuanto la UPC pagada a las EPS años tras año se ajusta, aumentando el pago.

5.1.2. Reformas de los sistemas de salud

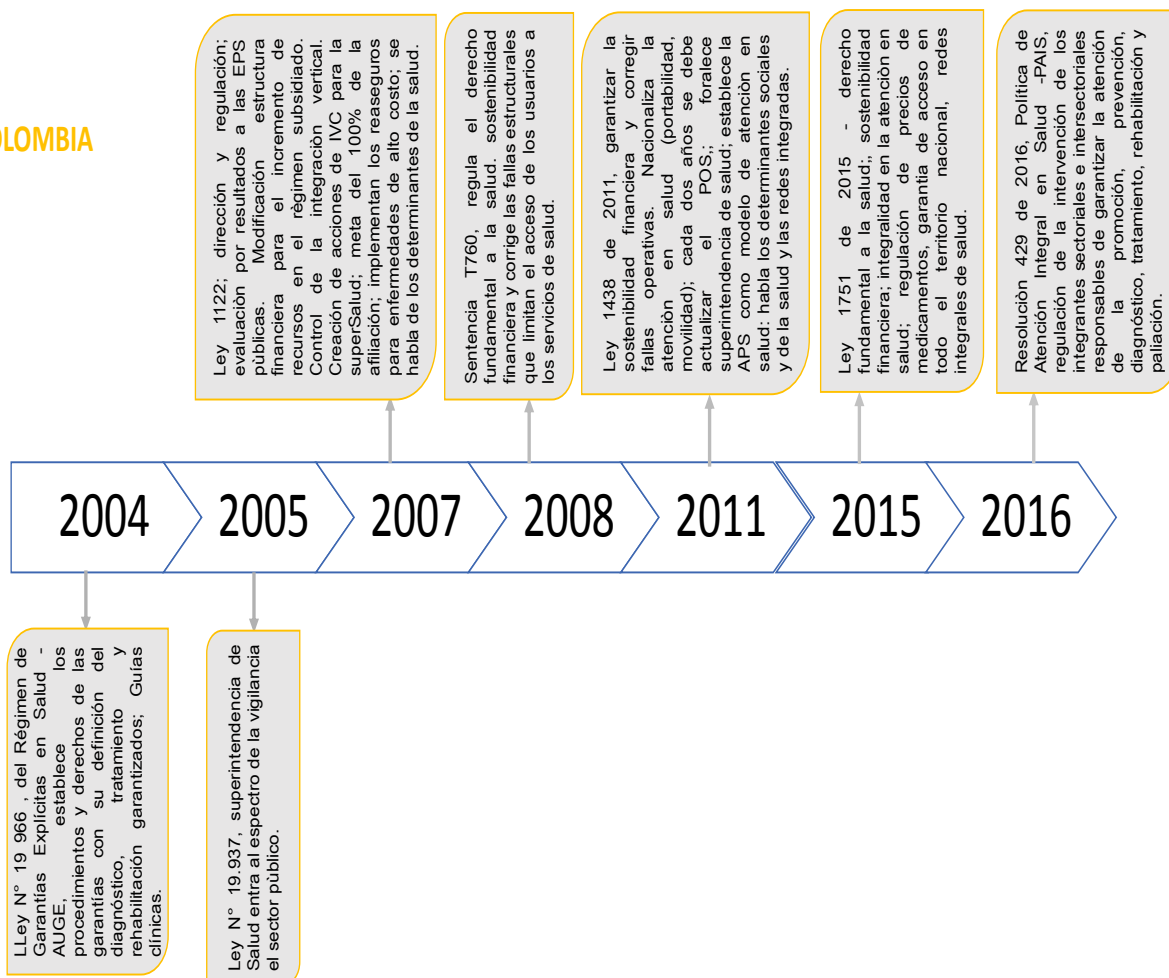
Una parte fundamental de los sistemas de salud es la regulación normativa, que como indica Lenz (2007) son necesarias para el ajuste y control de la inestabilidad ocasionada por aspectos como: las imperfecciones del mercado de la salud, afectaciones ocasionadas por los cambios del perfil epidemiológico y demográfico de las poblaciones, el avance de las nuevas tecnologías, etc. Siendo las reformas a los sistemas una constante por medio de las cuales se intenta superar las fallas propias y las interacciones que se dan en ellos.

A pesar de no ser parte de la estructura de los sistemas de salud, las reformas pueden modificar las relaciones agentes – sistemas de salud, ocasionando cambios en los patrones. Los sistemas de salud colombiano y chileno no han sido ajenos a procesos de reformas, ver gráfico 1. Estas han tenido diferentes matices y orígenes, buscando siempre subsanar fallas, implementar o derogar aspectos.

Ilustración 1. Reformas Legales Sistemas de Salud Colombia - Chile.



COLOMBIA



CHILE

Fuente: elaboración propia.

En su evolución normativa Chile presenta, en comparación con Colombia, un número menor de reformas a pesar de llevar más tiempo, comportamiento debido posiblemente la cultura reformista colombiana.

Como se observa en el gráfico 1, Colombia posee un sistema relativamente joven respecto al chileno que lleva ya cuatro décadas. El colombiano inicia con una gran reforma que concibió en un mismo momento toda su estructura, agentes y recursos, coincidiendo con el momento histórico del país en que iniciaba el proceso de descentralización administrativa, con especial énfasis en los sectores salud y educación.

Aunque normativamente el sistema de salud colombiano ha tenido solo dos reformas con las leyes 1122/2007 y 1438/2011, algunas disposiciones legales han incidido en las fallas en materia financiera, de dirección y regulación del sistema, además de las normatividades que han llevado al involucramiento de otros actores pretendiendo mejorar los procesos de salud y el bienestar de las poblaciones, como lo son jueces y magistrados.

Desde lo financiero, factor predominante en todas las acciones de ajustes al sistema de salud, y que inicia con el esclarecimiento de las competencias frente a los recursos en los diferentes niveles (nación, departamentos, distritos y municipios), hasta llegar a acomodar el modelo en búsqueda de nuevas fuentes de financiación y control de costos (medicamentos e indicadores de gestión financiera de los prestadores). Gráfico 1.

En cuanto a las fallas de dirección y regulación, se puede decir que la implementación del sistema inicio con muy poca claridad frente a las competencias para ajustarse a la descentralización del sector, y por ello, se ha tenido que reafirmar en diferentes normatividades las competencias y funciones del órgano rector - Ministerio de Salud y en otros niveles las entidades territoriales. Como consecuencia de esta falencia rectora, se han presentado vulneraciones del derecho a la salud por parte de agentes del sistema y un uso ineficiente de los recursos, lo que obligó al pronunciamiento de la Corte Constitucional, que según Bernal & Barbosa (2015) alejada de la lógica del mercado, y basando las decisiones en un enfoque de derecho le ordeno al estado subsanar las fallas en materia de regulación.

Otro de los aspectos que empieza hacer presencia en la normatividad durante el último decenio, son los determinantes sociales de la salud, aspectos integrados en la Ley Estatutaria de salud, las dos reformas al sistema, hasta el punto de modificar el modelo de atención salud, alejando aún más al sistema general de seguridad social en salud, del modelo de mercado de aseguramiento, pero creando confusión en los agentes al no disponer desde Minsalud las herramientas financieras, tecnológicas y administrativas para llevar a cabo esta reforma y las anteriores.

Las reformas hechas en las diferentes normatividades muestran que el sistema no se ha podido llevar a cabo plenamente por falta de claridad y de instrumentos para su desarrollo, además de las fallas en la dirección y regulación, Restrepo (2007) indica que en las reformas del sistema de salud se reflejan las constantes falencias financieras y la potencial inseguridad que representan las garantías de derecho para los pacientes, frente a las garantías del mercado para los prestadores.

Como se observa en el grafico 1, a diferencia de Colombia, el sistema del país austral no obedece a una arquitectura inicial, es un sistema que se ha ido madurando y estructurando desde 1979. Más que reformas se podría decir que ha ido ajustando el rol de los agentes y los beneficios del sistema, respondiendo con predominio a la lógica del mercado para el sector privado e intentando disminuir la brecha de inequidad que se produce bajo dicha lógica mediante el sistema público, que como lo señala Urriola (2017) ha llevado al sector público a la prestación de servicios con menor eficiencia y a un mayor riesgo financiero.

Para terminar, hay que subrayar que en los dos países la salud es un derecho constitucional, pero que Colombia reforzó mediante una Ley estatutaria (Ley 1751 de 2015), al declararla derecho fundamental, tal y como lo señala el académico Romero Tobón (2019) además de las reformas se generó la necesidad de ir más allá del modelo de organización del sistema, para garantizar el acceso y la protección a la salud, lo que implicó grandes retos.

5.1.3. Gasto per cápita en salud

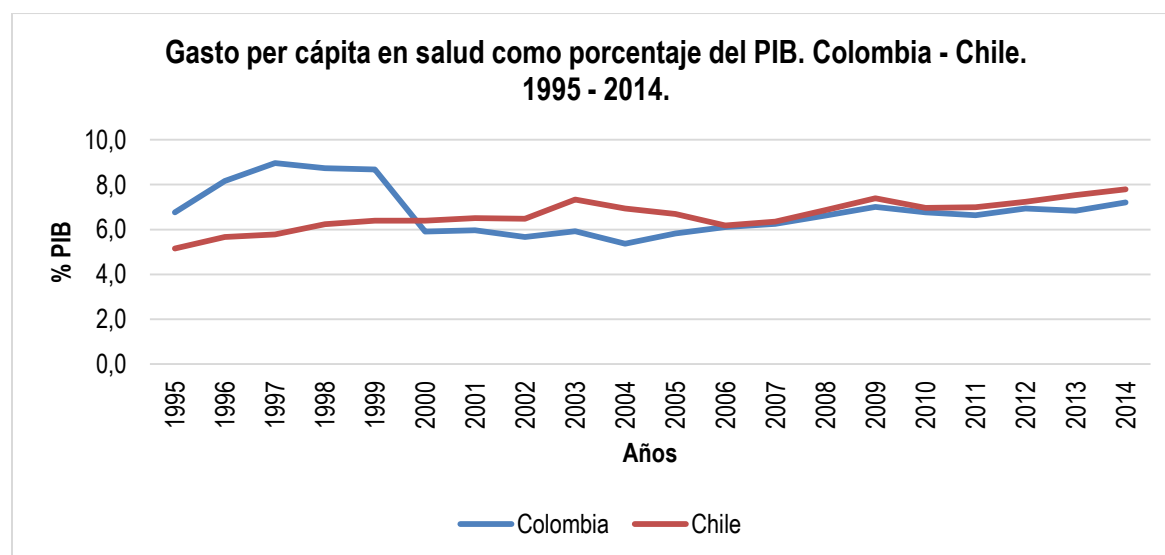
En cuanto al gasto per cápita en salud el porcentaje del producto interno bruto PIB, como se observa en el gráfico 2, ha tenido en promedio un crecimiento positivo. Chile presenta una inversión sostenida con una pequeña caída entre los años 2003 al 2006, pero a partir de este último año el gasto creció con mayor rapidez respecto a los anteriores, coincidiendo dicho aumento con la introducción del plan AUGE que amplía y garantiza las atenciones en salud.

Colombia con una tendencia irregular en el gasto per cápita, presentó entre los años 1995 – 1999, el gasto más alto con rangos entre el 7 % y 9 %. Entre los años 2000 y 2004 sufrió una

caída significativa, ubicando el indicador entre un 5,7 % y un 5,9 % del gasto per cápita, iniciando desde el 2005 su recuperación. Se esperaría para Colombia una tendencia al crecimiento del gasto, teniendo en cuenta entre otros aspectos, la universalización de la afiliación, que para el año 1995 era del 29,2 % de la población (Minsalud, s.f.a) y que para el 2014 ya alcanzaba una cobertura del 96,6 % (Minsalud, 2016), observándose que a mayor afiliación menor gasto per cápita, llevando esta situación posiblemente a deficiencias en la prestación de los servicios de salud.

Según el comportamiento histórico de los dos países, se espera que la brecha en el gasto aumente a pesar de la tendencia positiva en los últimos años, y que dichos niveles en Chile sigan siendo mayores que los de Colombia.

Ilustración 2. Gasto Per cápita en Salud como Porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) (%). Colombia y Chile, 1995 - 2014.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1995 – 2014.

Como lo indica Villarreal et al. (2011) y considerando que los recursos en salud son finitos y que cada vez más los sistemas se enfrentan a nuevos retos financieros, es importante hacer seguimiento a los costos en salud y su relación con la eficiencia y eficacia, factores que llevan a una mejor asignación y utilización de los mismos, sumado a planteamientos como el de Pérez y

Soto, Flórez & Giraldo (2017) que establecen que en el mundo se ha llegado a la insostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

5.2. Indicadores de resultado

Tal y como lo recuerdan Ruales & Jaramillo (2010) el sistema de salud tiene por objetivo mejorar las condiciones de las poblaciones, por medio de la equidad en la contribución financiera y el cumplimiento de las expectativas de los usuarios. Y que, además el mejoramiento de las condiciones de salud no depende solo de los sistemas, Juan et al. (2013), sino de factores como los cambios demográficos y epidemiológicos; los conflictos armados, la pobreza, las creencias, el estado de la infraestructura básica sanitaria y la estabilidad institucional. Factores que sobrepasan el control y acción de los sistemas de salud (World Health Organization, 2003).

Si bien todos los indicadores sanitarios permiten de manera directa o indirecta medir el impacto de los sistemas de salud, los indicadores del estado de salud muestran el grado de contacto de los sistemas con las poblaciones. Como resaltaron Spinelli, Alazraqui, Calvelo, & Arakaki (2000) y Rodríguez & Verdú (2013) dichos contactos e interacciones se ven reflejados en la mortalidad materna e infantil y la esperanza de vida al nacer.

Continuando con los planteamientos de Spinelli, Alazraqui, Calvelo, & Arakaki (2000) (Rodríguez & Verdú, 2013) que si bien dichos indicadores reflejan el contacto poblaciones - sistemas de salud; dice Aedo et al. (2010) que son un reflejo de desarrollo socioeconómico, Spinelli et al. (2000) culturales, geográfico, ambiental y político-ideológico de los conjuntos sociales. por lo anterior, al analizar el comportamiento de los indicadores de salud, se debe tener en cuenta las condiciones anteriormente manifestadas.

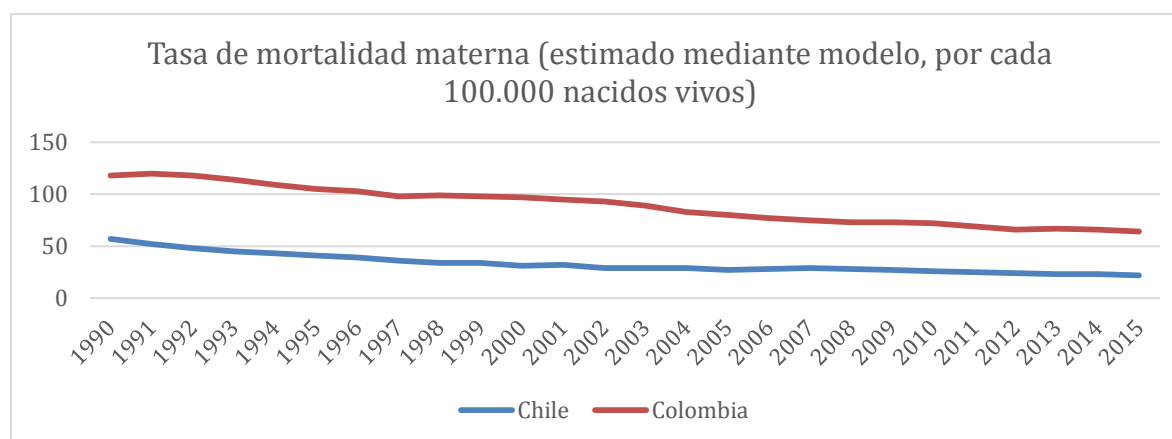
5.2.1. Mortalidad Materna

Los indicadores de mortalidad materna de Colombia y Chile en los últimos 25 años han presentado una tendencia decreciente, aunque para Colombia el indicador ha sido, lastimosamente, casi el doble del chileno.

La implementación del SGSSS inicio con una TMM de 114 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y alcanzo una reducción del 44% para el año 2015, a pesar de presentar una desaceleración en la caída de las cifras desde el año 2012.

Chile por su parte ha presentado para el mismo periodo un descenso del 51 % en el indicador, con una TMM actual de 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, resaltando Vera & Donoso (2019) que dicho descenso es producto de diferentes políticas llevadas a cabo desde los años 60. Aunque de manera más marcada, Chile al igual que Colombia presenta una desaceleración del indicador.

Ilustración 3. Tasa de Mortalidad Materna (por cada 100.000 nacidos vivos). Colombia y Chile, 1990 - 2015.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1990 – 2015.

Explorando las diferentes causas de la MM en los dos países, se observan diferencias en las tipologías y el peso de estas en el comportamiento de la mortalidad. Colombia presenta factores bio-sanitarios, socioeconómicos y de derechos sexuales y reproductivos, tal y como lo señalan en su investigación (Vargas & Schmalbach, 2013), entre las causas bio-sanitarias se encuentran la hipertensión gestacional, infecciones, hemorragias graves, obstrucción del parto; García (2017) agrega que entre las sanitarias se hallan las barreras de acceso a los servicios de salud, deficiencias en el aseguramiento, gasto de bolsillo, y las barreras geográficas (Procuraduría

Delegada Para La Defensa De Los Derechos De La & Infancia, La Adolescencia Y La Familia, 2014).

En cuanto a los aspectos socioeconómicos que matizan el comportamiento al interior del país, influye negativamente el porcentaje de NBI en las poblaciones, pues son los territorios más afectados los que hacen el mayor aporte a la MM en el indicador. En consecuencia, se reafirma la relación entre mortalidades y los determinantes sociales de la salud. Las falencias en derechos sociales y reproductivos, según lo señalado por García (2017) llevan a una alta prevalencia de riesgos de morbimortalidad y a eventos como embarazos en adolescente y no planeados, aumentando el riesgo de muertes por prácticas de abortos inseguros.

En Chile el cambio demográfico y epidemiológico de la población ha influenciado los datos de mortalidad materna. En las mujeres el aplazamiento de la maternidad ha llevado al envejecimiento materno según lo señalado por diversos estudios², presentando un alto número de maternas de 40 o más años, con el agravante del aumento en las muertes por enfermedades concurrentes. Sumando a lo anterior, señala Donoso (2007), que hay un descenso rápido de la natalidad, cuya tasa se ubica en 1,7 hijos por mujer, estando este valor por debajo de la tasa de recambio.

Otro factor que aporta a la MM chilena, según González P et al. (2013) es la dificultad en la asistencia sanitaria del embarazo, parto y puerperio de las maternas de los lugares alejados y vulnerables del país, en donde la atención es en su mayoría es suministrada por prestadores públicos.

A pesar de los factores descritos anteriormente, ambos países llevan décadas implementando estrategias para lograr la disminución de la MM, con acciones adoptadas en el marco de compromisos nacionales e internacionales, mitigando el enorme impacto social y económico que representa la MM y su afectación binomio madre – hijo.

² (Donoso & Carvajal, 2012); Donoso S (2015); Vera & Donoso (2019)

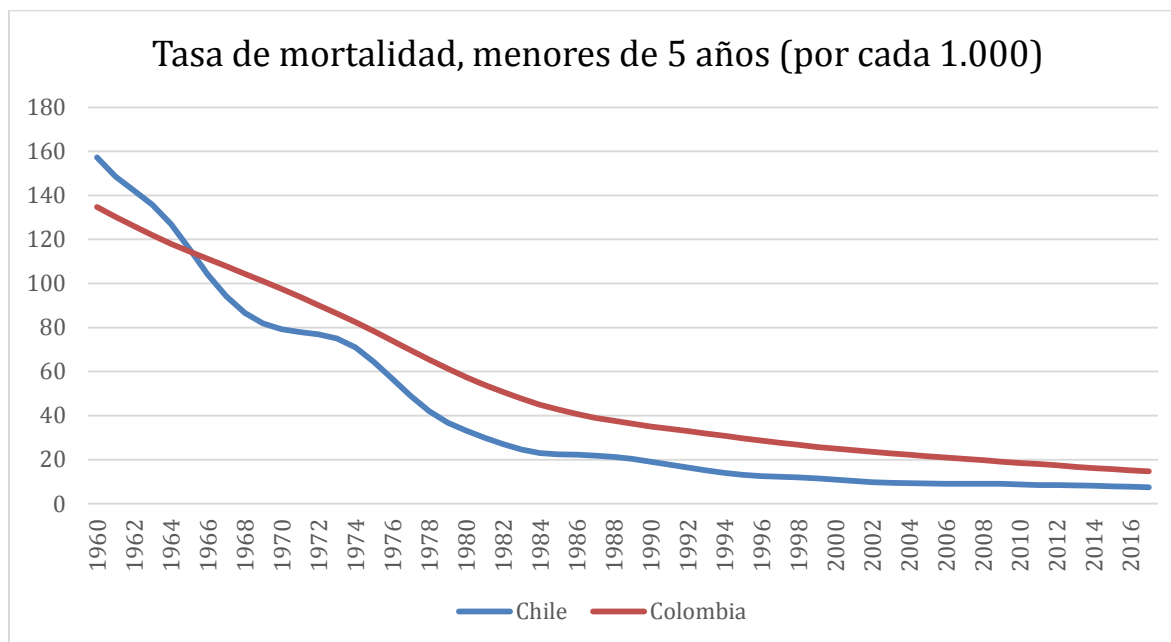
Internacionalmente los compromisos adquiridos para la disminución de la mortalidad materna se basan en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible (PNUD, s.f.). Llevando, como lo establecen Rodríguez & Verdú (2013) a que se establezcan en los sistemas de salud múltiples políticas y acciones para la reducción de la MM, como la ampliación de los servicios de salud materna.

5.2.3. Mortalidad en Menores de cinco años

Con respecto a la mortalidad en menores de cinco años, los autores Lurán, López, Pinilla, & Sierra (2009) señalan que este es un indicador trazador y relevante del estado de salud de las poblaciones; dicen los autores Mausner, Kramer, & Bahn (1985) que se relaciona con factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, de servicios de salud, que el grado de alfabetismo de las madres se relaciona con aspectos comportamentales de la prevención de la mortalidad infantil y el reconocimiento de síntomas para el oportuno acceso a los servicios.

En este orden de ideas, los países en observación presentan como antecedente en sus sistemas de salud la alta tasa de mortalidad en menores de 5 años, tasas con un comportamiento histórico de descenso desde mediados del siglo pasado. Actualmente Colombia presenta el doble de la tasa de mortalidad en menores de cinco años que Chile, con un 14,7 por cada 1.000, y Chile de 7,7 por cada 1.000.

Ilustración 4. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años. Colombia - Chile, 1960 - 2016.



Fuente: Banco Mundial – BM.

Hay que mencionar que a partir de los años 90 se pierde el ritmo en la caída del indicador, fenómeno que comparten los dos países. En 1993 inicia en Colombia el SGSSS con un nuevo modelo de atención y la ampliación en la cobertura, pero sin generar cambios en el indicador, trayendo inquietudes respecto al papel del SGSSS y de la salud pública en las condiciones de salud de los menores de cinco años.

Por otra parte, las causas de las muertes en Colombia se dan principalmente, en su orden, por Infección Respiratoria Aguda IRA, desnutrición y enfermedad Diarreica Aguda – EDA (Instituto Nacional de Salud, 2018), todas causas prevenibles. En consecuencia, para la protección de este grupo poblacional se han llevado a cabo diferentes acciones, como las política de Cero a Siempre (Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, s.f.), y el blindaje dado por la ley estatutaria de salud en su artículo 11, que establece, entre otros, a los niños como sujetos de especial protección (Congreso de República, 2015). Políticas de gran impacto mediante las cuales se espera la disminución de las muertes prevenibles en la niñez y se logre superar el estancamiento del indicador.

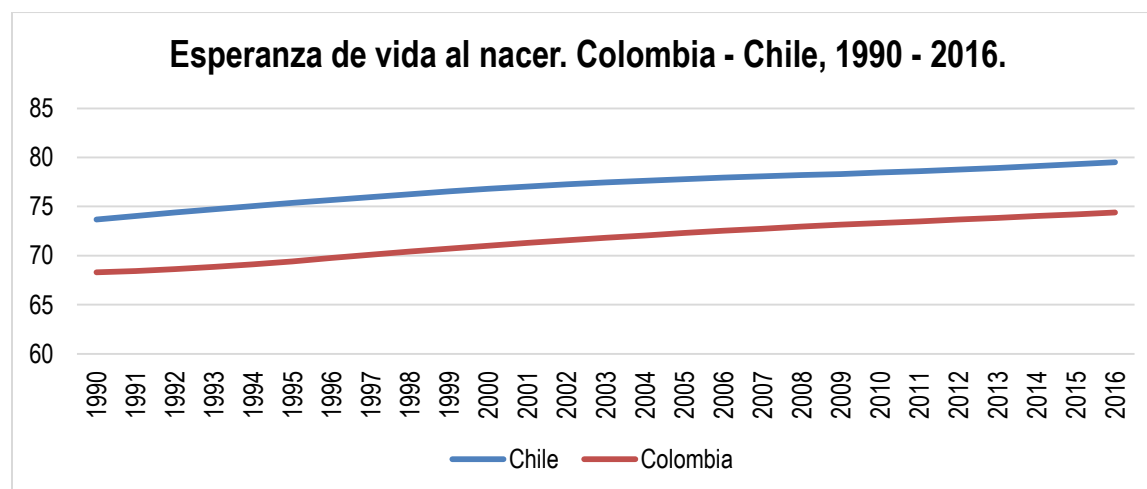
Análogamente, Aedo et al. (2010) indican que la disminución de la mortalidad en infantes chilenos es producto de las políticas de disminución de la natalidad, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y a un mayor nivel de educación de las mujeres.

5.2.4. Esperanza de vida al nacer

En cuanto a la esperanza de vida al nacer, Rodríguez (2015) señala que es un indicador que representa el estado de salud de una población y el gasto en salud, que sufre afectación por factores como la fertilidad, el crecimiento económico de los países, las condiciones sociales, Restrepo & Rodríguez (2014) conflictos internos, escasez de alimentos y falta de educación.

El aumento de la esperanza de vida al nacer en los países latinoamericanos ha sido el reflejo del mejoramiento de las condiciones habitacionales y de saneamiento. Colombia y Chile no han sido ajenas al aumento en la esperanza de vida, los dos países con el mismo comportamiento de ganancia en años, Chile con una esperanza de 79 años y Colombia de 74 años.

Ilustración 5. Esperanza de Vida al Nacer (años). Colombia y Chile, 1990 - 2016.



Fuente: Datos del Banco Mundial.

Ahora bien, partiendo del planteamiento de Restrepo & Rodríguez (2014) sobre la relación entre los sistemas de salud y el aumento de la esperanza de vida, que en Colombia a pesar de tener un crecimiento constante, aún se encuentra por debajo del de Chile, debido quizás a lo descrito por Salaya & Rodríguez (2014), en cuanto a que el país lleva más de medio siglo de violencia interna y guerra contra el narcotráfico, con niveles de mortalidad altos a causa de la violencia, el desplazamiento forzado, la migración y afectaciones a la salud por las diferentes formas de violencia (física y psicológica).

Según Salaya & Rodríguez (2014) al interior del país los valores de la esperanza de vida son irregulares, mostrando grandes brechas entre los departamentos donde, a mayor violencia los índices de pobreza e inequidad son más altos. Así mismo, con el planteamiento de que el gasto per cápita en salud se relaciona con una esperanza de vida más alta (OCDE, s.f.), (gráfico 1) no es posible establecer dicha relación, lo que concuerda con lo manifestado por Restrepo & Rodríguez (2014) que no siempre existe esa relación.

De igual manera, Valdivia & Domínguez De (2012) señalan que Chile se encuentra en una transición demográfica y epidemiológica en fase avanzada de progresión, con una creciente expectativa de vida al nacer, con disminución en la mortalidad y en la natalidad.

A pesar de que Chile estuvo sometida a una dictadura militar durante 17 años con las consecuencias sociales y de violación a los derechos humanos que ello supone, según Goic (2015) la expectativa de vida chilena es de la más alta de América y además, coincide con el promedio de los países de la OCDE (OCDE, s.f.).

CONCLUSIONES

Cuanto a la estructura de los sistemas de salud de Colombia y Chile según los pilares descritos por, Londoño & Frenk (2014) del pluralismo estructurado, se evidencia que a pesar que el desarrollo no se ha dado de la misma manera; se nutren de los mismos elementos y operan bajo casi los mismos principios, además, comparten una estructura llena de semejanzas. Son sistemas de salud mixtos que presentan segmentación según la fuente de financiación, en un menor grado el colombiano debido a los ajustes realizados a lo largo de su desarrollo, especialmente por disposiciones judiciales.

Los dos sistemas muestran poco control sobre el sector privado, probablemente por ceñirse a las políticas de mercado. El escaso control que existe sobre las aseguradoras privadas ha llevado

a los dos países a situaciones de inequidad y al detrimento del sector público, pues este soporta la mayor carga poblacional, respecto al número de afiliados, perfil epidemiológico y distribución geográfica; haciendo que las prestaciones en salud no se den bajo principios de equidad ni de eficiencia administrativa.

Otra de las particularidades de los sistemas es el diseño financiero, que lleva a la insostenibilidad y que al final benefician a los mismos actores, especialmente del sector privado, trasladando este desbalance a los prestadores y estos a su vez a los usuarios con una prestación deficiente, sin garantía y con obstáculos.

En cuanto a la Inspección Vigilancia y Control, tanto Chile como Colombia muestran un desarrollo prematuro, con competencias que se han venido desarrollando a medida que han avanzado los sistemas. Mostrando cada uno en la estructura de sus superintendencias las diferencias operacionales. Chile con acciones de IVC sectorizadas y diferenciales según el actor (público o privado), y Colombia con un desarrollo muy lento en las acciones sobre los agentes del sistema, llevando a una constante violación de los derechos de los usuarios y fugas de los dineros por prácticas como los recobros, la integración vertical (caso saludcoop), prácticas de corrupción con el cobro de servicios no prestados, entre otros.

Lo anterior ha llevado a las diferentes crisis financieras del sistema, con la insolvencia de EPS especialmente del régimen subsidiado, caso Caprecom y de IPS tanto públicas como privadas.

Además de las debilidades de las superintendencias de salud, por su desarrollo lento, también esta desdibujada la dirección de los sistemas, especialmente del colombiano, como lo evidencian las distintas reformas y los fallos judiciales en los que predominan los llamados al Ministerio de Salud y Protección Social para que asuma sus funciones y con ello subsane fallas propias de la ausencia de rectoría. Se debe considerar que la justicia decide basada en los principios de derecho, sin tener en cuenta la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Respecto a las reformas a los sistemas de salud, se observa diferencias en el sentir y origen de las mismas; teniendo para Colombia que han obedecido especialmente a dos factores: subsanar

las fallas derivadas de la ausencia de dirección y regulación del sistema y al ajuste del diseño financiero. Para el caso chileno, por medio de las reformas se ha llevado a cabo el desarrollo y arquitectura del modelo de salud, teniendo en cuenta que su sistema no obedece a una estructura inicial como sucedió en Colombia; con otra particularidad que, respecto al sistema colombiano, que lleva catorce años menos, en número son menos las reformas al sistema de salud, lo anterior probablemente debido a la cultura reformista del Estado Colombiano.

Respecto a los indicadores de salud, estos se deben ver desde: el comportamiento del indicador respecto a los dos países y, del posible impacto de los sistemas de salud en el comportamiento del indicador.

En el comportamiento de los indicadores seleccionados (Mortalidad Materna, Mortalidad en Menores de Cinco años y esperanza de vida al nacer) se observa como en los dos países desde mediados del siglo pasado se han presentado descensos en las muertes, y aumento en la esperanza de vida, producto inicialmente del mejoramiento de las condiciones de vida y de saneamiento básico, acciones implementadas con la introducción de la salud pública y posteriormente de los sistemas de salud en los países latinoamericanos.

A pesar de tener el mismo comportamiento al descenso, Colombia ha presentado una situación más crítica en los indicadores de mortalidad materna y en menores de cinco años, siendo estos casi el doble que, en Chile, con el agravante de estar ante muertes evitables.

Respecto a la relación entre el sistema y los indicadores de salud frente al gasto per cápita, Chile ha presentado una tendencia al crecimiento y una aceleración en el periodo del ingreso de AUGE, probablemente debido a la corresponsabilidad del gobierno ante el sistema. En Colombia el gasto ha sido inconstante y de crecimiento lento respecto al chileno, sin evidenciar en el gasto per cápita el ingreso de casi el total de la población colombiana al SGSSS.

En cuanto a la relación sistema-comportamiento del indicador en la implementación de los sistemas, Chile presenta un buen desempeño en los de mortalidad y de esperanza de vida al nacer, sin olvidar la ralentización en la disminución de la mortalidad materna, producto del cambio de

perfil demográfico y epidemiológico tan marcado en el país austral, en el cual la competencia para lograr su modificación no recae solo en el sector salud.

En Colombia los indicadores de mortalidad han demostrado la poca efectividad del sistema en zonas alejadas y comunidades indígenas, afectadas por factores socioeconómicos, culturales y de violencia, donde interviene también la transición epidemiológica y demográfica, la prevalencia de enfermedades infecciosas. Estas regiones presentan una alta natalidad y carecen de acceso a servicios de salud. Dichas complejidades e inequidades hacen difícil que un sistema de salud pueda responder solo todas las necesidades, por lo que se requiere de una política nacional integral para el mejoramiento de las condiciones.

Teniendo en cuenta que la mortalidad y la esperanza de vida al nacer no presentar cambios en los indicadores con ingreso de los sistemas de salud en los dos países, y que el descenso en las muertes coincide con el inicio de las acciones en salud pública, se podría decir que la disminución en las mortalidades es consecuencia de dichas acciones. Que la ralentización en la caída de los indicadores se deba al desplazamiento de las acciones de la salud pública y su desfinanciación.

RECOMENDACIONES

Mediante el presente trabajo, se evidencia la necesidad de replantear el papel de los Ministerio de Salud respecto a las actividades de dirección, de regulación y de competencias de los agentes intermediadores (aseguradoras).

Se requiere que los sistemas de salud fortalezcan aún más las Superintendencias de Salud, llevando a un mayor control de los agentes de sistema y con ello disminuir las fallas por deficiencias en la prestación del servicio y violación a los derechos fundamentales.

Teniendo en cuenta la participación de la Rama Judicial en las decisiones del sistema de salud se deberían llevar a cabo estudios que determinen el impacto de dichos fallos en el sistema de salud, especialmente en la sostenibilidad financiera.

Por parte del Ministerio de Salud y Protección social se debe realizar estudios para un posible reajuste del diseño financiero del sistema, teniendo que actualmente no se cumple con las estimaciones económicas en las que se basó el principio de solidaridad del sistema.

Con el ánimo de regular el mercado de la salud y brindar protección a los prestadores, el Ministerio de salud y protección social debe llevar a cabo el estudio de metodologías que permitan la regulación de precios de los servicios.

Fortalecer aún más los órganos, métodos y sistemas de información de los organismos de vigilancia y control para evitar la evasión y elusión de pagos en salud.

Teniendo en cuenta el papel de las acciones poblacionales y comunitarias en el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se deben disponer la herramientas tecnológicas y financieras para la implementación de la política de atención en salud y con ello lograr la integración de las acciones del Sistema de Seguridad Social Integral y la salud pública.

REFERENCIAS

Aedo, S., Barquín, C., Mazzei, M., Lattus, J., Varas, J., Cano, F., & Rubio, J. (2010). *Transición epidemiológica de la mortalidad materna*. 5(1), 9-16.

Agudelo Calderón, C. A. A., Cardona Botero, J. C., Ortega Bolaños, J. O., & Robledo Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>

- Apráez, G. (2010). En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. *Universitas Odontológica*, 29(63). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=231216366004>
- Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Camargo García, S. C., Cortés Bermeo, A. M., Abreu Flechas, A. K., Suárez Rativa, M. E., & Jiménez Barbosa, W. G. (2016). Los incentivos y actores de los Sistemas de Salud de Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador - 2015. *Universidad y Salud*, 18(2), 385-406.
- Cetrángolo, O. (Ed.). (2009, mayo). *La seguridad social en América Latina y el Caribe: una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3731>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (s.f.). LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Recuperado 11 de junio de 2019, de <https://www.cidh.oas.org/Basicos/Introduccion.htm>
- Congreso de Colombia. *Ley 516 de 1999; Por medio de la cual se aprueba el "Código Iberoamericano de Seguridad Social."*, (1999).
- Congreso de Colombia. *LEY 1438 DE 2011. "POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"*. , (2011).

Congreso de la República. *Ley 6 de 1945 - “Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial de trabajo.”* , Pub. L. No. 6 de 1945 (1945).

Congreso de la República. *LEY 0090 1946 -Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.* , (1946).

Congreso de la República. *LEY 0010 DE 1990; Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.* , (1990).

Congreso de la República. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado 2 de junio de 2019, de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República. *Ley 1753 de 2015; Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país.* , (2015).

Congreso de la República de Colombia. *Ley 60 de 1993; «Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones».* , (1993).

Congreso de República. *Ley Estatutaria 1751 de 2015.* , Pub. L. No. 1751 (2015).

Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. (s.f.). de Cero a Siempre. Recuperado 8 de junio de 2019, de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>

Coomeva. (s.f.). EPS, IPS, POS...: Glosario de la Salud.:: Coomeva la cooperativa de los profesionales. Recuperado 12 de junio de 2019, de <http://medicinaprepagada.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=31690>

Corte Constitucional, R. de C. *T-760-08 Corte Constitucional de Colombia.* , (2008).

- Donoso, E., & Carvajal, J. A. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio. *Revista médica de Chile*, 140(10), 1253-1262. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012001000003>
- Donoso S, E. (2015). Tras el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio: mortalidad materna en Chile, 2012. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(1), 7-11. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262015000100001>
- Donoso Siña, E. (2007). DESCENSO DE LA NATALIDAD EN CHILE: UN PROBLEMA PAÍS. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262007000200001>
- El Congreso de Colombia. *Ley 715 de 2001; Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.* , (2001).
- El Congreso de la República de Colombia. *Ley 1122 de 2007; Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* , (2007).
- Finot P., I. (2001). *Descentralización en América Latina: teoría y práctica*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social-ILPES.
- Galán, R. (1990). *Reorganización del Sistema Nacional de Salud, una gran transformación Ley 10 de 1990* / *Revista Escuela de Administración de Negocios*. 10, 13-18.
- García Balaguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 305-310. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>

- Goic G, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- González P, R., Koch C, E., Poblete L, J. A., Vera P, C., Muñoz S, H., Carroli, G., ... Klassen P, F. (2013). Consenso salud materna para Chile en el nuevo milenio. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(2), 142-147. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262013000200013>
- Granados Toraño, R., & Gómez Montoya, M. C. (2000). La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 97-120.
- Heredia, N., Laurell, A. C., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R., & Torres-Tovar, M. (2015). The right to health: what model for Latin America? *The Lancet*, 385(9975), e34-e37. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8)
- Instituto Nacional de Salud. (2018). MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS POR IRA ,EDA O DNT PE XIII 2018.pdf. Recuperado 7 de junio de 2019, de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%20CINCO%20A%C3%91OS%20POR%20IRA%20,EDA%20O%20DNT%20PE%20XIII%202018.pdf>
- Larrañaga, O. (1997). *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*. 41.
- Lenz, R. (2007). «Proceso Político de la Reforma AUGe de Salud en Chile: Algunas Lecciones para América Latina. Una mirada desde la Economía Política». 38. Recuperado de http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/154/Capitulo_1.pdf
- Londoño, J.-L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. 32.

- Lurán, A., López, E., Pinilla, C., & Sierra, P. (2009). Mortality by avoidable causes in preschool children. *Biomédica*, 29(1), 98-107.
- Marín, Y., & Chávez, B. (2013). Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas | Marin O. | Facultad Nacional de Salud Pública. 1, 32, 62-70.
- Mausner, J. S., Kramer, S., & Bahn, A. K. (1985). *Epidemiology: an introductory text* (2nd ed). Philadelphia: Saunders.
- Mesa, C. (1985). *Desarrollo de la seguridad social en América Latina*. 43. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/8315>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2014). SERIE: LA DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE - PDF. Recuperado 11 de junio de 2019, de <https://docplayer.es/20071439-Serie-la-declaracion-americana-de-los-derechos-y-deberes-del-hombre.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Régimen contributivo. Recuperado 12 de junio de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Decreto 0780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.* , (2016).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Decreto 1429 de 2016; Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES – y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1429_2016.html

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 0429 de 2016; Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.* , (2016).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores 2013.* Recuperado de https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

Minsalud. (s.f.). Comportamiento del aseguramiento. Recuperado 2 de junio de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Muñoz, F., López, D., Halverson, P., Macedo, C. G. de, Hanna, W., Larrieu, M., ... Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 126-134. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892000000700017>

Naciones Unidas. (2015, agosto 25). 1941: La Carta del Atlántico. Recuperado 11 de junio de 2019, de <https://www.un.org/es/sections/history-united-nations-charter/1941-atlantic-charter/index.html>

Nugent, R. (1997). Capítulo 33. LA SEGURIDAD SOCIAL: SU HISTORIA Y SUS FUENTES. En N. de Buen (Ed.), *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social* (1. ed). México: Academia Iberoamericana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social : Universidad Nacional Autónoma de México.

Observatorio Chileno de Salud Pública. (s.f.). Desarrollo histórico del sistema de salud. Recuperado 15 de julio de 2019, de <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud>

OCDE. (s.f.). Tu Índice para una Vida Mejor. Recuperado 3 de junio de 2019, de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>

Oficina Internacional del Trabajo, O. (2009). *Responder a la Crisis: Construir una Protección Social Básica*. (67). Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_122248.pdf

OIT. (2011). *HECHOS CONCRETOS SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL*. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf

Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, O. (2014). *Estudios Sobre Seguridad Social. 60 Años de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social*. Recuperado de http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/Libro_OISS_60_aniversario_web-2.pdf

Organización Internacional del Trabajo, O. (2012). Recomendación R202 - Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Recuperado 11 de junio de 2019, de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R202

Organización Internacional del Trabajo, O. (2015). 1944 - La OIT durante la Segunda Guerra Mundial - Oficina de Biblioteca y Servicios de Información. Recuperado 11 de junio de 2019, de <https://www.ilo.org/legacy/spanish/lib/century/content/1944.htm>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

PNUD. (s.f.). Objetivos de Desarrollo Sostenible | PNUD. Recuperado 7 de junio de 2019, de UNDP website: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

PNUD-CEPAL. (1989). *El Sistema Nacional y América Latina. América Latina y Europa Occidental en el Umbral del Siglo XXI* (N.º 4; pp. 1-387). Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/29591/S32717N962U.pdf?sequence=1>

PROCURADURÍA DELEGADA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA, & INFANCIA, LA ADOLESCENCIA Y LA FAMILIA. (2014). *ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MATERNA EN COLOMBIA.pdf*. Recuperado de Procuraduría General de la Nación website: <https://www.procuraduria.gov.co/sipre/media/file/Publicaciones/49/AN%C3%81LISIS%20DE%20LA%20SITUACI%C3%93N%20DEL%20DERECHO%20A%20LA%20SALUD%20MATERNA%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Restrepo Betancur, L. F., & Rodríguez Espinosa, H. (2014). Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica, 1980 - 2010. *Universidad y Salud*, 16(2), 177-187.

Rodríguez, H. (2019). *Comparativo y Retos Actuales para Los Sistemas de Salud y Pensiones en Chile y Colombia*. 10, 16.

Rodríguez Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 13(3). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2503>

- Rodríguez Rodríguez, D. (2015). *La relación entre esperanza de vida, desarrollo económico y medio ambiente. Evidencia empírica para grupos de países con diferentes niveles de renta*. Recuperado de <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/16409>
- Romero Tobón, J. F. (2019). *El Derecho Fundamental a la Salud*. Bogotá D.C.: Ibáñez.
- Ruales, J., & Jaramillo, A. (2010). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud, tendencias y experiencias*. 20.
- Salaya, H. E., & Rodríguez, J. (2014). La dinámica poblacional y la violencia armada en Colombia, 1985-2010. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36, 158-163.
- Santa María, M., García, F., Rozo, S., & Uribe, M. J. (2011). *Efectos de la Ley 100 en salud: propuestas de reforma* (1. ed; M. Santa María, Ed.). Bogotá D.C: Fedesarrollo.
- Secretaria de Salud. Alcaldia Mayor de Bogotá. (s.f.). Dirección de Aseguramiento Régimen Subsidiado. Recuperado 11 de junio de 2019, de <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>
- Sojo, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2673-2685. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600002>
- Suárez, L., Puerto, S., Rodríguez, L., & Ramírez, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 34-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>
- Superintendencia de Salud. (2011). *Financiamiento, Regulación Y Fiscalización en Latinoamérica: Más Calidad y Derechos en Salud*. Recuperado de <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/supersalud.pdf?ua=1>

- Valdivia, G., & Domínguez De, A. (2012). Población de 80 y más años en Chile: Una visión preliminar desde el punto de vista epidemiológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 5-12. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70267-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70267-5)
- Vargas, Y. G. S., & Schmalbach, J. H. E. (2013). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 529-541.
- Velasco, N. (2016). *Constitucionalismo y Estado Social de Derecho en Colombia*. 45, 49-65.
- Vera Pérez-Gacitúa, C. M. V., & Donoso Siña, E. D. (2019). Desaceleración en la reducción de la mortalidad materna en Chile impide alcanzar el 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 44(1), 13-20. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v44i1.1526>
- Villarreal Ríos, E., Campos Esparza, M., Galicia Rodríguez, L., Martínez González, L., Vargas Daza, E. R., Torres Labra, G., ... Juárez Durán, M. (2011). Costo anual per cápita en primer nivel de atención por género. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1961-1968. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300030>