

**Análisis del Sistema de Salud en Latinoamérica, demarcando los factores que afectan a los países: Chile, Perú, Colombia, Venezuela.**

**Delfina Dolores Gamez Quintero**

**Erica Jakeline Nieto Palacio**

**Zulay Yesenia Ayala Arenas**

**Universidad De Santander**

**Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables**

**Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud**

**Bucaramanga, Santander**

**2019**

**Análisis del Sistema de Salud en Latinoamérica, demarcando los factores que afectan a los países: Chile, Perú, Colombia, Venezuela.**

**Delfina Dolores Gamez Quintero**

**Código: 18752059**

**Erica Jakeline Nieto Palacio**

**Código: 19751089**

**Zulay Yesenia Ayala Arenas**

**Código: 19751070**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud.**

**Asesor**

**Alejandro Martínez**


**Universidad De Santander**

**Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables**

**Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud**

**Bucaramanga, Santander**

**2019**

	<b>VICERRECTORÍA DE POSGRADOS</b>	
	<b>ACTA SUSTENTACIÓN TESIS POS-FT-012-UDES</b>	Fecha: 3/10/2019
	Versión: 08	

**ACTA EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO**

En Bucaramanga, a los veintidós (22) días del mes de noviembre de 2019, en cumplimiento de los requisitos exigidos para la culminación del trabajo de grado, se llevó a cabo la evaluación de:

**RESUMEN DEL TRABAJO DE GRADO**

NOMBRE DEL TRABAJO DE GRADO

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD EN LATINOAMÉRICA, DEMARCANDO LOS FACTORES QUE AFECTAN A LOS PAÍSES CHILE, PERU, COLOMBIA, VENEZUELA.

NOMBRE DEL PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SERVICIOS DE SALUD

NOMBRES ESTUDIANTE		APELLIDOS	CÓDIGO ESTUDIANTE
DELFINA	DOLORES	GAMEZ QUINTERO	18752059
ERICA	JAKELINE	NIETO PALACIO	19751089
ZULAY	YESENIA	AYALA ARENAS	19751070

	NOMBRES	APELLIDOS
DIRECTOR	ALEJANDRO DAVID	MARTINEZ AMARÍZ
CODIRECTOR	LUIS	REINA VILLAMIZAR
CALIFICADOR	NYDIA PAOLA	RONDÓN VILLARREAL

**CONCEPTO EVALUADORES**

APROBADO

CALIFICACIÓN: CUATRO PUNTO NUEVE (4.9)

**EN CONSTANCIA FIRMAN**

DIRECTOR: ALEJANDRO DAVID MARTINEZ AMARÍZ		CODIRECTOR: LUIS REINA VILLAMIZAR	
CALIFICADOR: NYDIA PAOLA RONDÓN VILLARREAL			
ESTUDIANTE	ESTUDIANTE	ESTUDIANTE	
DELFINA DOLORES GAMEZ QUINTERO	ERICA JAKELINE NIETO PALACIO	ZULAY YESENIA AYALA ARENAS	

### **Agradecimiento**

Gracias a la UDES y a la Universidad Politécnica de Valencia (España), por permitirnos formar parte de estas instituciones, por los conocimientos adquiridos durante el posgrado, al cuerpo directivo, de docentes quienes hicieron parte de este proceso y por brindarnos las herramientas necesarias para nuestra formación, nuestros más sinceros agradecimientos.

### **Dedicatoria**

Le damos gracias a Dios por esta oportunidad brindada, a nuestros padres por su apoyo incondicional quienes hicieron que este logro se llevara a cabo, a mis hermanos y novio por su dedicación y amor que siempre estuvieron ahí para ayudarme a tomar decisiones y a mi sobrina por su cariño en los momentos difíciles.

**Tabla de Contenido**

	<b>Pág.</b>
Glosario.....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
Introducción .....	12
1. Planteamiento del Problema .....	14
2. Justificación .....	16
3. Objetivos.....	18
3.1. Objetivo General .....	18
3.2. Objetivos Específicos .....	18
4. Marco Teórico.....	19
4.1. Sistema de Salud Chileno.....	19
4.2. Sistema de Salud de Perú .....	21
4.3. Sistema de Salud de Venezuela.....	22
4.4. Situación actual de Venezuela.....	23
4.5. Sistema de Salud en Colombia.....	25
5. Marco Referencial.....	28
5.1. Normatividad Internacional.....	28
5.1.1. Marco Legal Chile.....	28
5.1.2. Marco Legal Perú.....	29
5.1.3. Marco Legal de Salud de Venezuela.....	31

5.1.4. Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (G.O. Nro.38.591 de fecha 26 de diciembre de 2.006).....	31
5.2. Normatividad Nacional .....	32
5.2.1. Marco Legal de Salud en Colombia.....	32
6. Metodología.....	36
6.1. Revisión Bibliográfica.....	36
7. Resultados.....	38
8. Análisis de Resultados.....	43
8.1. Análisis comparativo del Sistema de Salud en Colombia mediante la matriz DOFA. ....	43
9. Discusiones.....	46
10. Conclusiones.....	48
11. Recomendaciones .....	49
12. Referencias bibliográficas.....	50

### Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Matriz DOFA del Sistema de Salud Chileno.....	38
Tabla 2. Matriz DOFA Sistema de Salud PERU .....	39
Tabla 3. Matriz DOFA Sistema de Salud VENEZUELA.....	40
Tabla 4. Matriz DOFA Sistema de Salud COLOMBIANO .....	42
Tabla 5. Análisis comparativo del Sistema de Salud en Colombia mediante la matriz DOFA....	43



## Glosario

**ADRESS:** Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

**AUGE:** (Acceso Universal de Garantías Explícitas).

**CESFAM:** (Centro de Salud Familiar).

**CRES:** Comisión de Regulación en Salud

**EPS:** Entidad Promotora de Salud

**ESSALUD:** Seguro Social de Salud.

**FFAA:** Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía) Público.

**FONASA:** Fondo Nacional de Salud.

**ISAPRE:** Instituciones de Salud Previsional.

**MINSA:** Ministerio de Salud.

**PNP:** Policía Nacional del Perú

**SNSS:** Sistema Nacional de Servicios de Salud.

**SIS:** Seguro Integral de Salud.

**SUSALUD:** Superintendencia de Salud.

**SOAT:** Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social

**SGSSS:** Sistema general de Seguridad Social en Salud

## Resumen

**Título:** Análisis del Sistema de Salud en Latinoamérica, demarcando los factores que afectan a los países: Chile, Perú, Colombia, Venezuela.

**Autores:** Delfina Dolores Gamez Quintero, Erica Jakeline Nieto Palacio, Zulay Yesenia Ayala Arenas

**Palabras Claves:** Sistema general de Seguridad Social en Salud, Países Latinoamericano, atención en salud.

### Descripción

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se creó mediante la ley 100 de 1993 y a través del decreto 1011 de 2006 se reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad (SOGC) de la Atención en Salud estableciendo responsabilidades para cada uno de los actores del sistema, así como este país hace sus propias reformas a las leyes de la salud, los demás países hacen lo mismo, por eso esta monografía quiere identificar cuáles son los factores que ocasionan que haya una afectación en el sistema de salud en Latinoamérica.

Comparar los principales sistemas de salud en Latinoamérica mediante el uso de una matriz DOFA para proponer estrategias que mejoren el sistema de salud en Colombia. Es un estudio Descriptivo de corte transversal, se realizó lluvia de ideas para elegir el tema de interés, se desarrolló revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos, en total se escogen 18 artículos científicos (Scielo, Google Académico, Pubmed), se efectuó análisis DOFA con cada uno de los países seleccionados.

Dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción, la prevención de la salud, así como el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento; así mismo la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia. Se debe implementar mejoras en los sistemas de salud que generen equidad en la prestación de los servicios los cuales sean visibles y proporcionen satisfacción para todos aquellos que lo utilicen.

## **Abstract**

**Title:** Analysis of the Health System in Latin America, demarcating the factors that affect the countries: Chile, Peru, Colombia, Venezuela.

**Authors:** Delfina Dolores Gamez Quintero, Erica Jakeline Nieto Palacio, Zulay Yesenia Ayala Arenas

**Key Words:** General Health Social Security System, Latin American Countries, health care.

### **Descriptions:**

In Colombia, the General System of Social Security in Health (SGSSS) was created by Law 100 of 1993 and through Decree 1011 of 2006, the Compulsory Quality Assurance System (SOGC) of Health Care was established, establishing responsibilities for each One of the actors in the system, as well as this country makes its own reforms to health laws, the other countries do the same, so this monograph wants to identify which factors cause an impact on the health system in Latin America.

To compare the main health systems in Latin America by using a DOFA matrix to propose strategies that improve the health system in Colombia. It is a descriptive cross-sectional study, brainstorming was carried out to choose the topic of interest, bibliographic review was developed in the different databases, in total 18 scientific articles are chosen (SciELO, Google Scholar, Pubmed), it carried out DOFA analysis with each of the selected countries.

Direct the health system and social protection in health, through policies of promotion, health prevention, as well as the treatment and rehabilitation of disease and insurance; also the intersectoral coordination for the development of policies on the determinants in health, in order to contribute to the improvement of the health of the inhabitants of Colombia. Improvements in health systems that generate equity in the provision of services which are visible and provide satisfaction for all those who use it should be implemented

## Introducción

En el mundo se ha visto gran interés por la medición del sistema de salud, donde juega un papel importante la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad materno-infantil, la tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, epoc, cáncer; mortalidad por enfermedades transmisibles como VIH/sida, Dengue, Sífilis, Malaria, entre otras. Donde se tiene presente la percepción de la satisfacción del usuario frente a la atención de los servicios salud en instituciones de servicio privado o público.

Se debe tener presente que en la actualidad el sector privado juega un papel importante ante la atención de las necesidades del ser humano; en estas dos últimas décadas ha aumentado el crecimiento territorial de cada uno de los diferentes países, ocasionando que esté sector abra sus puertas a todas aquellos que sean capaz de cotizar sus servicios, pero no se tiene en cuenta la calidad de las prestaciones, si no la cantidad que ingresa, lo que ocasiona que haya un descuido en los factores importantes para llegar a conocer el verdadero estado del sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2003).

La falta de accesibilidad y protección financiera de gran parte de la población de cada país y la no calidad han sido la motivación de muchas de las reformas de salud que se lleva a cabo en cada uno de los mismos, por ejemplo en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se creó mediante la ley 100 de 1993 y a través del decreto 1011 de 2006 se reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad (SOGC) de la Atención en Salud estableciendo responsabilidades para cada uno de los actores del sistema, así como este país hace sus propias reformas a las leyes de la salud, los demás países hacen lo mismo.

El objetivo de este trabajo pretende identificar cuáles son los factores más relevantes que afectan el sistema de salud en Latinoamérica generando dificultades para la accesibilidad, oportunidad efectividad de los servicios de salud.

## 1. Planteamiento del Problema

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevado (OMS, 2010).

Como consecuencia, la salud suele convertirse en un tema político, ya que los gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población. Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las «circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen» influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere (OMS, 2010).

La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos generan un impacto sobre la salud. El acceso oportuno a los servicios sanitarios es crítico ya que muchas personas no acceden a los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, esto no es posible de conseguirlo, sin un sistema de financiación que funcione correctamente (OMS, 2010).

En Colombia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está conformado por un conjunto de instituciones y mercados que configuran las relaciones

entre el sistema y los ciudadanos, a través de la afiliación obligatoria, la cotización obligatoria y la cobertura de riesgos amparadas en planes obligatorios de salud segmentados en regímenes especiales régimen contributivo, régimen subsidiado y un sistema de atención mediante la oferta de hospitales públicos para la población no afiliada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Se ha documentado una variedad de situaciones problemáticas inherentes al sistema, las cuales incluyen la distribución inequitativa de recursos humanos en las regiones, servicios muy demandados por la población y excluidos del Plan Obligatorio de Salud, diferencias en la cobertura entre el plan ofrecido al régimen contributivo y el plan ofrecido al régimen subsidiado, conflictos entre prestadores de servicios de salud y aseguradoras en salud, baja capacidad institucional en territorios, escasa autonomía de prestadores de servicios de salud y crisis de hospitales públicos, entre otras. En ese contexto, los ciudadanos han apelado de forma recurrente a la tutela, como medio para amparar su derecho a la salud (Minsalud, 2014).

El grupo investigador considera importante indagar sobre esta temática para aportarla al currículo del programa a la disciplina y a la profesión partiendo de la revisión bibliográfica del sistema de salud en Latinoamérica demarcando los factores que afectan a los siguientes países Chile, Perú, Colombia, Venezuela.

## 2. Justificación

Los servicios de salud tienen una responsabilidad primordial en cuanto a reducir la morbilidad y mortalidad de las poblaciones humanas. Este objetivo, no solamente es primordial en las sociedades en vía de desarrollo sino también en las sociedades de la información, donde aún, hoy en día, hay poblaciones específicas que por razones diferentes presentan una mortalidad y una morbilidad superior a la de la población general.

La proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado puede ser tan baja como un 10% en algunos países, mientras que es casi del 100% en los países con los índices de mortalidad materna más bajos. Dentro de los países existen variaciones similares. Generalmente, las mujeres ricas obtienen niveles parecidos de cobertura, independientemente de dónde vivan, mientras que las pobres quedan excluidas. Las mujeres comprendidas dentro del 20% de la población más rica tienen hasta 20 veces más probabilidades de que su parto esté asistido por personal sanitario calificado que las mujeres pobres. Eliminar esta diferencia de cobertura entre ricos y pobres en 49 países de ingresos bajos salvaría la vida de más de 700 000 mujeres desde este momento hasta el año 2015. Del mismo modo, los niños ricos viven más que los pobres; si se superara esta diferencia de cobertura en los diversos servicios para niños menores de cinco años, en concreto, la vacunación sistemática, salvaría más de 16 millones de vidas. Sin embargo, los ingresos no son el único factor que influye en la cobertura de los servicios. En muchos casos, los extranjeros, las minorías étnicas y los indígenas utilizan menos los servicios que otros grupos de población, a pesar de que sus necesidades puedan ser mayores. La otra cara de la moneda es que, en cuanto



la gente sí usa los servicios, a menudo incurre en gastos catastróficos al pagar por la asistencia prestada. En algunos países, hasta el 11% de la población sufre este tipo de dificultad financiera grave cada año y hasta el 5% se ve arrastrada a la pobreza. A nivel mundial, alrededor de 150 millones de personas sufren catástrofes financieras anualmente y 100 millones se ven obligadas a vivir por debajo del umbral de pobreza (OMS, 2010).

Actualmente la salud es un tema primordial en el cual se ven involucrados muchos factores y procesos, el grupo investigador considera pertinente realizar una revisión bibliográfica del sistema de salud en Latinoamérica demarcando los factores que afectan a los siguientes países Chile, Perú, Colombia, Venezuela.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo General**

Comparar los principales sistemas de salud en Latinoamérica mediante el uso de una matriz DOFA para proponer estrategias que mejoren el sistema de salud en Colombia.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Desarrollar una revisión de literatura en las diferentes bases de datos.
- Identificar las fortalezas y debilidades de cada uno del sistema de salud en los países Chile, Perú, Colombia y Venezuela.
- Comparar los sistemas de salud con Colombia que permitan un diagnóstico de nuestro sistema de salud.

## 4. Marco Teórico

### 4.1. Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección, prevención, cuidados y recuperación de la salud y de rehabilitación.

El objetivo principal de todo sistema de salud siempre va hacer el de contribuir a la preservación y la mejora de la salud de la población, mediante sus servicios asistenciales personales y/o colectivos, los que buscan ser una respuesta coherente a las necesidades de la salud que tenga cada individuo y de atención de salud de los diversos grupos de la población sin importar las edades y sus necesidades.

1 Se debe tener presente que cada sistema de salud se basa en ciertos componentes, en el sistema de salud chileno se debe tener presente o identificar cuatro tipos de criterios especiales, los cuales son:

- El grado de formalidad de la organización: las cuales pueden ser formal e informal o tradicional.
- La relación institucional en el sistema: donde se tiene en cuenta la previsual-financiero, proveedor de servicios asistenciales o mixtos.
- También los fines de lucro: con y sin fines de lucro de los servicios (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, sf).

El sistema de salud chileno cuenta con un servicio mixto el cual lo conforma dos subsistemas o subsector; los cuales son el público y el privado, tanto para el aseguramiento como la provisión de servicios (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011).

El subsector público éste está radicado en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en su aspecto financiero y por SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud) (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011). En su componente de prestación de servicios, el cual se puede optar como seguro público, el cual cotiza el 7% en el caso de las personas que reciben ingreso o como beneficiario legal (Goic, 2015).

Por otra parte, el subsector privado está radicado en las denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011) donde reciben sus ingresos de parte de los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios, el cual accede a una cotización por parte de este sector privado (sistema abierto) donde sus aportes generalmente supera el 7% legal dependiendo de las primas y planes correspondientes.

Así mismo el sistema de salud chileno cuenta con otro grupo especial o específico el cual es un sistema cerrado, es decir solo ciertas personas cuentan con este servicio como es el caso de las FF.AA. (Goic, 2015) o grupos específicos de trabajadores (minería / Codelco y militar).

El sistema de salud chileno está conformado por 29 servicios los cuales están distribuidos por lo largo del territorio nacional donde el sistema municipal de atención primaria, los cuales cubre aproximadamente el 70%, donde el 3% está cubierto por los servicios de salud de las fuerzas armadas y el 7% (Goic, 2015) restante son por los trabajadores independientes los cuales no cotizan en el FONASA, donde se cuentan con aproximadamente 200 establecimientos hospitalarios contando con diversas complejidades y con atención ambulatoria secundaria, en los últimos años han presentado un giro de modelo de atención orientándose al denominado Enfoque de Atención

Integral y Comunitario, donde el CESFAM (Centro de Salud Familiar) es un eje articulador (Goic, 2015).

Con el tiempo el sistema de salud chileno ha presentado varias reformas para así poder mejorar sus falencias en el servicio de salud.

Por otro lado, se establece un estándar mínimo de dicha atención de salud para las enfermedades AUGE (Zúñiga Fajuri, 2007) donde incluye desde un tiempo máximo para recibir dicha atención hasta un desembolso financiero acotado para los individuos que utilicen este servicio.

#### **4.2. Sistema de Salud de Perú**

El sistema de salud Perú es el resultado de la superposición de varias organizaciones provenientes de distintos estadios sanitarios, patrones culturales, portadores de variados intereses, diversas maneras de financiamiento, algunos modelos de gobierno y de gestión (Alcalde, Lazo & Nigenda, 2011).

El sistema de salud del Perú se divide en dos sectores, el público y el privado, los cuales dan o prestan el servicio de salud, así mismo cada sector se subdivide, por ejemplo: el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. (Alcalde, Lazo & Nigenda, 2011).

Donde el Régimen Contributivo Indirecto (subsidiado) obtiene sus recursos fiscales, por el aporte de hogares y ocasionales donaciones de la cooperación intergubernamental (Alcalde, Lazo & Nigenda, 2011).

El Régimen Contributivo Directo se subvenciona a través de contribuciones directas y otras obligatorias por parte de los empleadores. El cual está comprendido en dos modalidades, las cuales

conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud y son: el Seguro Social de Salud (Essalud) y seguro social privado, está formado por organizaciones de intermediación financiera y las entidades prestadoras de salud (EPS), por otra parte, también las dependencias de salud de los ministerios de Defensa y del Interior, las cuales están financiadas por el Estado, y así mismo por el aporte complementario de sus miembros (Yagui, Espinoza, Caballero, Castilla, Garro, Yamaguchi, Mormontoy, Mayta, Velásquez & Cabezas, 2010).

El Régimen Privado es financiado por las familias e individuos que por medio del pago directo de honorarios profesionales o mediante la adquisición de planes de atención a seguros privados por ejemplo (empresas de seguros, auto seguros y prepagas), así mismo el sector privado ha vendido servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). También a la fuerza militar, policías y sus familias donde estos cuentan con su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). Por otro lado, se creó un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cubre la atención por accidentes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

#### **4.3. Sistema de Salud de Venezuela**

Desde 1999 Venezuela se encontraba en un estrado de transición para generar reforma a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y a su vez el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) se planteaba reestructurar modelo de atención integral a la población y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con el fin de prestar servicios de salud a todos los venezolanos; puesto que el sistema que se encontraba en ese momento era inequitativo y altamente fragmentado (Bonvecchio, Becerril, Carriedo & Landaeta, 2011).

Dicho de esta manera se establece que el sistema de salud de Venezuela se subdivide en tres tipos de beneficiarios los cuales son:

- Trabajadores asalariados que se encuentran cubiertos por la prestación de servicios de diferentes instituciones de seguridad social (IVSS, IPSFA, IPASME y universidades).
- Trabajadores independientes los cuales reciben atención del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS).
- Personas cuyo empleo y capacidad económica les permite acceder privados.

No se dispone del porcentaje de cobertura de las tres formas que se mencionaron anteriormente.

La principal fuente de financiamiento del Ministerio del Poder popular para la salud es generada por fondos del presupuesto nacional, y el financiamiento de IVSS es de forma tripartita es decir una parte es por cotizaciones patronales, otra es por los trabajadores y la tercera es por el estado.

#### **4.4. Situación actual de Venezuela**

Desde que Nicolás Maduro se posesionó como presidente de Venezuela se ha generado un debilitamiento de la institucionalidad lo cual ha ocasionado brechas en el sistema de salud creando escenarios volátiles y de incertidumbre para los habitantes venezolanos haciendo que migren a diferentes países vecinos buscando una oportunidad de vida y atención para la salud.

Todo esto concebido por una serie de acontecimientos relevantes a nivel económico, social y en el sistema de salud, a continuación se menciona algunos de ellos (Carrillo Roa, 2018).

- Debilidad del Estado de Derecho y de la institucionalidad. Instalación de un proceso constituyente sin consulta popular.

- Elevada y creciente inflación -mayor tasa del mundo. Disminución de los precios del petróleo.
- Pronunciada escasez de alimentos y deterioro de la situación alimentaria y nutricional.
- Financiamiento de la salud altamente privatizado.
- Elevada vulnerabilidad del gasto en salud.
- Reducida disponibilidad de médicos. Elevada escasez de médicos en algunas especialidades.
- Emigración de profesionales de salud.
- Persistente escasez de medicamentos en la red pública y privada, así como de insumos médico-quirúrgicos.
- Retrasos y omisiones en la publicación de información básica de salud.
- Mitad de la población depende exclusivamente del deteriorado sistema público de salud.
- Aumento de la mortalidad materna e infantil. Retrocesos en la cobertura de inmunizaciones.
- Reparición de enfermedades erradicadas y controladas. Repunte de enfermedades endémicas.

Todo lo anteriormente mencionado ha surgido debido a que Venezuela no fundamentó ni reestructuró el sistema de salud y dejó como su principal fuente de ingreso lo generado por el petróleo el cual debido a su volatilidad en el precio hace que sus ingresos sean inestables y devalúen la moneda.

Mientras continúe la crisis económica y no haya aumento del PIB en el país, mientras siga habiendo desconfianza política Venezuela seguirá decayendo cada vez más dejando como resultado un país pobre a nivel educativo, financiero y en el sistema de salud y haciendo que los



países vecinos busquen la manera de solventar las inconsistencias políticas que generan día a día la migración de sus habitantes en busca de medicamentos, atención médica, alimentación.

#### **4.5. Sistema de Salud en Colombia**

El sistema de salud colombiano corresponde a un sistema organizado como un servicio público, donde la garantía del acceso a los servicios y protección financiera de la población se da a través del aseguramiento social. El restablecimiento del sistema de salud colombiano forja una alta determinación de las funciones de sus diferentes actores, cooperación público-privada en el aseguramiento y en la prestación de servicios y mercado regulado, a fin de lograr mayores niveles de eficiencia y calidad en su gestión (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El sistema de salud en Colombia es un modelo de pluralismo estructurado, en el que se desarrollan cinco funciones visiblemente identificables, que vistas desde el marco legislativo actual son (Gutiérrez Ossa & Restrepo Avendaño, 2012):

**Modulación.** Esta función incluye la rectoría, dirección, inspección vigilancia, y control del sistema. La rectoría del sistema, es la dirección, orientación y gestión del Sector Salud que está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Ley 1438 de 2011 art. 4 Contribuyen en la dirección del sistema en el marco de la descentralización de servicios y territorial, bajos los lineamientos que dicta el MSPS las siguientes organizaciones: a) la Comisión de Regulación en Salud (CRES), en lo relacionado con planes de beneficio y valores de prima; y b) las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud. Les corresponde a los departamentos, distritos y municipios, dirigir,

coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

**Financiamiento.** El modelo de financiamiento del SGSSS colombiano ha sido reconocido por la OMS como uno de los más solidarios del mundo (OMS, 2000). El sistema moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y desde fuentes secundarias (recursos de la Nación), hasta el Administración de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), donde se centraliza y se aplica un conjunto de normas de compensación y distribución que permite el financiamiento del aseguramiento de las acciones preventivas de salud pública y catástrofes.

Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación específica (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

**Salud Pública.** Comprende las acciones que se dirigen a la salud colectiva, intervención de determinantes de la salud y el saneamiento ambiental. Con la implementación de la Ley 1438 de 2011 y la adopción de la estrategia de atención primaria de la salud, este componente rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del sector salud, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones. No obstante, continúan siendo responsables por el desarrollo de este componente el MSPS, las direcciones territoriales departamentales, distritales y municipales de salud (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

**Aseguramiento:** Se orienta principalmente a la salud individual y se entiende como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Se debe

destacar que el aseguramiento en el SGSSS incorpora un Plan Obligatorio de Servicios: un conjunto de garantías explícitas para la población; y que para su acceso y la garantía de su prestación se reconoce por cada afiliado a cada entidad promotora de salud (EPS) un valor per cápita, que se denomina Unidad de Pago por Capitación. Las EPS son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado, así como también las de afiliación y la recaudación de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

**Prestación de servicios de salud.** La prestación de servicios de salud a la población colombiana se realiza a través de los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud, instituciones de naturaleza pública o privada que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios con profesionales independientes. Los prestadores de servicios de salud operan en un escenario de mercado regulado, cumpliendo las normas de habilitación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y ofertan sus servicios a cualquiera de los pagadores del Sistema (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

## 5. Marco Referencial

### 5.1. Normatividad Internacional

#### 5.1.1. Marco Legal Chile.

En términos legislativos se encuentran 5 leyes principales que han reformado el sistema de salud chileno (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, sf).

**a.1. 19.888.- 13 de agosto de 2003.** Ley de Financiamiento: Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno, a través de la aplicación de un 1% sobre el valor del IVA, por una sola vez (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, sf).

**b.2. 19.895 28 de agosto de 2003.** Ley de Solvencia de ISAPRES: Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, sf).

**c.3. 19.937 24 de febrero de 2004.** Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión: Modifica el Decreto Ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana Separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria, crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, sf).

**d.4. 19.966 03 de septiembre de 2004.** Ley del Régimen General de Garantías en Salud: Establece un régimen de garantías en salud (Plan AUGE) (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, sf).

**e.5. 20.015 17 de mayo de 2005.** Ley de ISAPRES: Modifica Ley n° 18.933.-, sobre Instituciones de Salud Previsional. También mejora transparencia y rol de la Superintendencia de Salud

Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes / Usuarios: En Discusión parlamentaria. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, sf).

### **5.1.2. Marco Legal Perú.**

**a. Constitución Política del Perú - Artículo 9°** - El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud.

**b. Ley N° 26842, Ley General de Salud - Artículo 122°** - La Autoridad de Salud se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. La Autoridad de Salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud.

**c. Artículo 22°, numeral 22.1 Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE)** - Los Ministerios diseñan, establecen, ejecutan y supervisan políticas nacionales y sectoriales, asumiendo la RECTORÍA respecto de ellas.

**e. Artículo 2° Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud** - El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ENTE RECTOR del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana (Ministerio de Salud Perú, 2011).

**e. Ley N° 29712–Ley** sobre funciones y competencias de la autoridad de salud, que modifica la ley n° 26842, Ley General de Salud, artículos 105, 106 y 122 (publicada en el diario “El peruano” el día sábado 18 de junio de 2011).

**f. Ley N° 29459 – Ley** de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios

**g. El Decreto Supremo 023-2005-SA** define: la Dirección General de Epidemiología es el órgano de línea responsable de conducir el sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud pública y el análisis de situación de salud del Perú.

**h. Decreto Supremo N° 010 – 97 – SA:** aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines, y sus modificatorias (vigente hasta enero de 2011).

**i. Decreto Supremo N° 014 – 2011-SA,** que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.

**j. Decreto Supremo N° 016–2011–SA,** que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (publicado en el Diario Oficial “El Peruano” el 27 de julio de 2011 y que entrará en vigencia luego de 180 días calendario contados a partir de su publicación).

**k. S 007-98-SA –** Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas

**l. S. N° 031-2010-SA –** Reglamento de la calidad del agua para consumo humano. La Dirección General de Salud Ambiental cuenta con un laboratorio ambiental referente para las regiones en materia de muestras de aire, agua, suelo y alimentos (inocuidad alimentaria). [6]

### **5.1.3. Marco Legal de Salud de Venezuela.**

Dentro del artículo 12.1, sobre el reconocimiento del derecho a la salud y las garantías a su pleno disfrute, Venezuela aún no dispone de una Ley Orgánica de Salud, que aplique las disposiciones de la Constitución respecto de la creación de un Sistema Público Nacional de Salud articulado en lo normativo, funcional, financiero y territorial, descentralizado y bajo una rectoría nacional; por el contrario, los servicios de la salud pública y la seguridad social siguen separados y el Estado ha desvirtuado la norma constitucional (Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida - Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos, 2015).

### **5.1.4. Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (G.O. Nro.38.591 de fecha 26 de diciembre de 2.006)**

Artículo 39. Se crea el servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS), como servicio autónomo sin personalidad jurídica, con patrimonio propio, autonomía presupuestaria, administrativa, financiera y de gestión; dependerá jerárquicamente del Ministro de Salud, cuyo objeto fundamental es promover y proteger la salud de la población. El mismo establecerá un sistema nacional de regulación, registro, notificación, autorización, habilitación, evaluación, acreditación, certificación, análisis, supervisión, inspección, vigilancia, control, investigación asesoramiento y sanción de los establecimientos, procesos y productos de uso y consumo humano, en las etapas de producción, elaboración, envasado, etiquetado, ensamblaje, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, transporte, expendio, dispensación, promoción y publicidad; así como lo relativo a la información, educación, capacitación y prestación de servicios en el ámbito de la salud humana. De igual forma, comprende la regulación

de las actividades ejecutadas por los profesionales y técnicos de la salud humana, a través del registro, control, certificación y recertificación.

Los indicadores que miden los sistemas de salud de los países como la cobertura, la esperanza de vida, la mortalidad infantil, la autopercepción del estado de salud y el gasto de bolsillo, Colombia se destaca al compararse con países de la región y de un similar nivel de desarrollo. La cobertura universal es prácticamente un objetivo cumplido<sup>1</sup>. Una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios, contribuye a la disminución de las desigualdades entre ricos y pobres y aporta al cierre de brechas entre habitantes de zonas urbanas y rurales. Con la actualización de los planes de beneficios y la unificación entre los regímenes subsidiado y contributivo, los colombianos sin distinción de clases sociales tienen acceso a tecnologías y medicamentos esenciales, incluidos los de alto costo.

## **5.2. Normatividad Nacional**

### **5.2.1. Marco Legal de Salud en Colombia**

**a. Constitución Política de Colombia 1991.** Artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. También señala la participación de los particulares para la ampliación progresiva de la seguridad social y la exclusividad y sostenibilidad de los recursos destinados a su financiamiento (Constitución Política de Colombia, 1991).



Artículo 49 establece la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, destacando que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, señalando que éstas tienen el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es un derecho que tiene el carácter de fundamental, de manera autónoma y por la conexidad con otros derechos que tienen dicho rango fundamental, como la vida, la dignidad humana y la integridad, entre otros. Estas definiciones, tienen gran relevancia respecto a la aplicación de instrumentos de garantía de estos derechos y su impacto financiero en el sistema, como se presentará más adelante (Constitución Política de Colombia, 1991).

**b. Ley 100 /1993.** Crea el Sistema de General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desarrolla sus fundamentos, determina la dirección, organización, funcionamiento, normas administrativas, financieras de control y las obligaciones que derivan de su aplicación. El objetivo es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde a la dignidad humana y brinda beneficios especiales a las personas con discapacidad (Ley 100, 1993).

**c. Ley 715/ 2002.** Se ordenó la creación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad (SOGC) y el sistema único de habilitación, reglamentado inicialmente en el 2002 por el decreto 2309 y actualmente por el decreto 1011/2006 (Ley 715, 2002).

**d. Decreto Número 1011 de 2006.** Campo de Aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina

Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud (Decreto 1011, 2006).

**e. Ley 1438 del 2011.** Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (Ley 1438, 2011).

**f. Resolución 2003 del 2014.** La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución (Resolución 2003, 2014).

**g. Ley 115 de 1994.** Por la cual se expide la Ley General de Educación La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.

La presente Ley señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público (Ley 115, 1994).

**h. Resolución 3280 de 2018.** La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las

directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento (Resolución 3280, 2018).

**i. Ley 1751/ 2015.** Ley estatutaria objetos, elementos esenciales, principio, derechos y deberes, el objetivo es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (Ley 1751, 2015).

## 6. Metodología

- a. Es un estudio Descriptivo de corte transversal
- b. Se realizó una lluvia de ideas para elegir el tema de interés.
- c. Se desarrolló revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos, en total se escogen 18 artículos científicos (Scielo, Google Académico, Pubmed)
- d. Se efectuó el análisis DOFA con cada uno de los países seleccionados.

### 6.1. Revisión Bibliográfica

Se realiza la revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos como google académico, google, con documentos pdf, tesis de investigación de diversas universidades, normativas de los países a investigar.

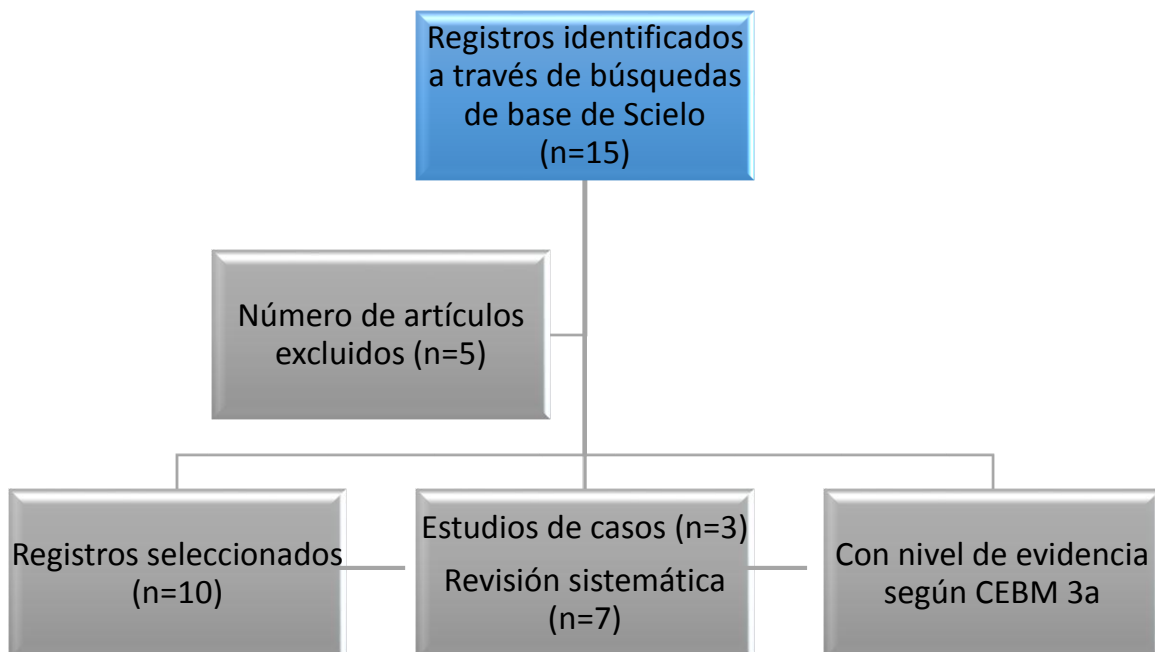


Figura 1. Registros identificados a través de búsquedas de base de Scielo

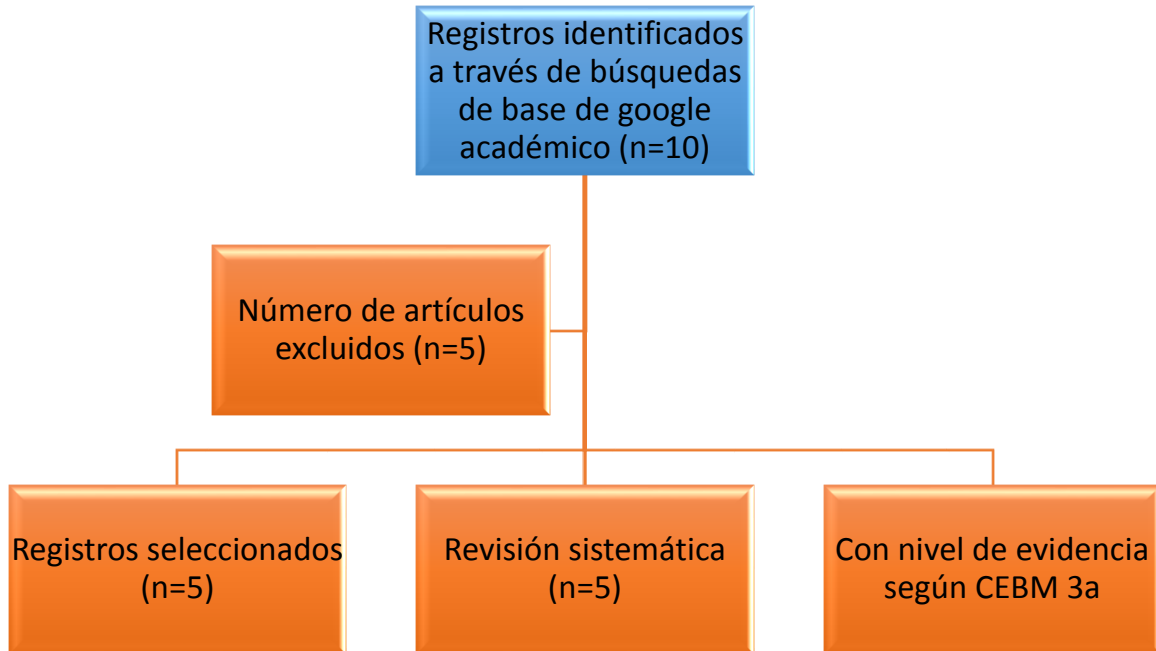


Figura 2. Registros identificados a través de base de google académico

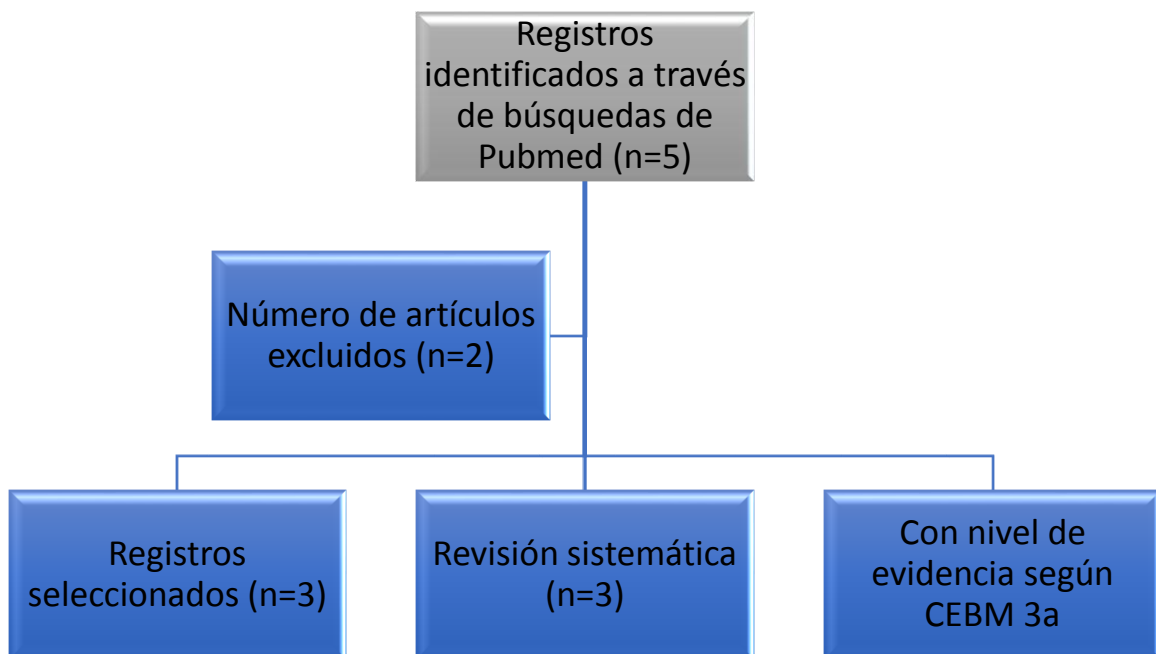


Figura 3. Registros identificados a través de búsquedas de Pubmed

## 7. Resultados

Tabla 1. *Matriz DOFA del Sistema de Salud Chileno*

<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidio a la oferta de los prestadores públicos y no a las personas.</li> <li>• Falta de complementariedad público-privado.</li> <li>• Falta de herramientas de gestión e incentivos; los actores del sector público tienen pocos incentivos para mejorar su eficiencia y responder a las expectativas de la población.</li> <li>• Las personas indigentes y de bajos ingresos están cautivas en el sector público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pagos deben ser por la resolución de patologías y no por prestaciones individuales.</li> <li>• La oportunidad de prevención temprana especialmente de pacientes crónicos, deberían a mediano plazo disminuir los gastos catastróficos.</li> <li>• Que el AUGE-GES es un parámetro de medición común para ambos sistemas permitiendo así mejorías en ambos.</li> </ul>
<b>Fortalezas</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura Universal de la población con presencia de prestadores en todo el territorio nacional.</li> <li>• Desarrollo de Sistema Privado basado en reglas de mercado en competencias.</li> <li>• Buenos indicadores de esperanza de vida, mortalidad general e infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se subsidia al sistema (Fonasa) y no a los individuos. Las personas no tienen libertad para escoger su mejor opción de seguro y prestador de salud.</li> <li>• Aproximadamente el 70% de la población no puede elegir su sistema de salud que quiere está cautiva en el sector público.</li> </ul>

- Abordar el aumento sostenido del gasto en salud.
- No saber cómo responder al cambio etéreo y epidemiológico de la población.

Fuente: Zúñiga Fajuri, (2007).

Tabla 2. *Matriz DOFA Sistema de Salud PERU*

<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de establecimientos periféricos con poco entrenamiento gerencial y administrativo.</li> <li>• Infraestructura inadecuada e insuficiente.</li> <li>• Numero inadecuado de personal asistencial por Número de habitantes.</li> <li>• Insuficiente suministro de medicamentos trazadores frente a un desastre en los establecimientos de salud.</li> <li>• Débiles sistemas de monitoreo y evaluación.</li> <li>• Problemas en la identificación de beneficiarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridades e instituciones comprometidas con la salud de la población.</li> <li>• Existencia de convenios interinstitucionales.</li> <li>• Tendencia a la universalización del aseguramiento por SIS.</li> <li>• Participación activa de la población, en acciones educativas de promoción de la salud.</li> <li>• Existencia de agentes comunitarios, que apoyan en acciones de salud.</li> <li>• Las políticas sectoriales y sus instrumentos de implementación se alinean a consensos internacionales (ODM) y nacionales.</li> </ul>

<b>Fortalezas</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimientos de salud categorizados.</li> <li>• Seguro Integral de Salud que, ayuda en el financiamiento de las actividades.</li> <li>• Servicios de salud al alcance de todos.</li> <li>• Adecuada relación con organizaciones de base con los Establecimientos de Salud para solucionar las emergencias obstétricas y neonatales.</li> <li>• Formación de ACS.</li> <li>• La comisión intergubernamental de salud instancia de análisis, debate y elaboración de propuestas de políticas consensuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de seguimiento al documento presentados al municipio.</li> <li>• Condición geográfica, climática y socio cultural favorables para elevadas prevalencias de enfermedades infecciosas.</li> <li>• Desempleo y subempleo del jefe de familia.</li> <li>• Colindancia con otros establecimientos de salud tales como P.S. Jorge Chávez, C.S. Santa Adriana y ESSalud.</li> <li>• Deficiente planeamiento en base a objetivos, metas y resultados de corto, mediano y largo plazo.</li> <li>• Deficiente autonomía en el manejo presupuestal a nivel de los gobiernos regionales.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017).

Tabla 3. *Matriz DOFA Sistema de Salud Venezuela*

<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad del Estado de Derecho y de la institucionalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudas de países vecinos.</li> <li>• Fortalecimiento del estado.</li> </ul>



- 
- Disminución de importación de insumos (medicamentos, materiales de salud, vacunas).
    - Disminución de los precios del petróleo.
    - Elevada vulnerabilidad en los gastos de salud.
    - Aumento de eventos de interés en salud pública.
    - Retrocesos en la cobertura de inmunizaciones.
  - Mejoramiento del sistema de educación, permitiendo fortalecer las áreas que están deficientes.

---

<b>Fortalezas</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación del personal de salud aprovechando los recursos que se cuentan dentro de las entidades.</li> <li>• Diferentes fuentes de financiamiento.</li> <li>• Relación directa con el alto nivel jerárquico.</li> <li>• Disposición del ejecutivo para la aprobación de proyecto en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca relación con otros países.</li> <li>• Elevada y creciente inflación.</li> <li>• Migración de profesionales hacia otros países en busca de oportunidades.</li> <li>• División política.</li> <li>• Fuerte importación de recursos naturales.</li> </ul>

---

Tabla 4. *Matriz DOFA Sistema de Salud COLOMBIANO*

<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallas en la regulación del SGSSS</li> <li>• Aumento de demanda del servicio no POS</li> <li>• Deficientes recursos de financiación del SGSSS y dificultad en la administración de estos recursos.</li> <li>• La tercerización de convenios con EPS, minimizan los recursos financieros para la salud</li> <li>• Escaso talento humano para cubrir la demanda de la población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descentralización territorial.</li> <li>• Apoyo de organizaciones internacionales promotoras de salud</li> <li>• Reajustes y unificación del POS</li> <li>• Disposición de los usuarios por mejorar el sistema de salud.</li> </ul>
<b>Fortalezas</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El MINSALUD promueve una reforma a la salud donde modifique las fallas de recursos financieros – administrativo relacionado con la calidad en la prestación del servicio.</li> <li>• Estandarización de los procesos de atención en salud</li> <li>• Aumentar los estándares de calidad y satisfacción al usuario en las entidades promotoras de salud (EPS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cambios de gobierno impiden la planeación estratégica de SGSSS</li> <li>• La falta de recursos financiero dentro del SGSSS a largo plazo.</li> <li>• Implementación de políticas de calidad en servicios de salud.</li> </ul>

Fuente: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2012).

## 8. Análisis de Resultados

### 8.1. Análisis comparativo del Sistema de Salud en Colombia mediante la matriz DOFA.

**Misión:** Dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción, la prevención de la salud, así como el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento; así mismo la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia.

**Principio:** Eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad.

Tabla 5. Análisis comparativo del Sistema de Salud en Colombia mediante la matriz DOFA.

	<b>Fortalezas F</b>	<b>Debilidades D</b>
	El MINSALUD promueve una reforma a la salud donde modifique las fallas de recursos financieros – administrativo relacionado con la calidad en la prestación del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallas en la regulación del SGSSS</li> <li>• Aumento de demanda del servicio no POS</li> <li>• Deficientes recursos de financiación del SGSSS</li> </ul>
<b>Sistema General de Seguridad Social en Salud</b>		

- 
- Estandarización de y dificultad en la los procesos de atención en administración de estos salud recursos.
  - Aumentar los estándares de calidad y satisfacción al usuario en las entidades promotoras de salud (EPS)
  - La tercerización de convenios con EPS, minimizan los recursos financieros para la salud
  - Escaso talento humano para cubrir la demanda de la población.

---

**Oportunidades O**

- Descentralización territorial.
- Apoyo de organizaciones internacionales promotoras de salud
- Reajustes y unificación del POS

**Estrategias FO**

- Desarrollar proyectos a nivel regional y local que cuenten con la participación del recurso humano competente y la población interesada en el SGSSS en el manejo de los recursos

**Estrategias DO**

- Transparencia en los recursos financieros y contable de las instituciones prestadoras de salud.
  - Realizar cambios del SGSSS mediante las acciones entes territoriales
-

- 
- Disposición de los usuarios por mejorar el sistema de salud.

Amenazas A	Estrategias FA	Estrategias DA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cambios de gobierno impiden la planeación estratégica de SGSSS</li> <li>• La falta de recursos financiero dentro del SGSSS a largo plazo.</li> <li>• Implementación de políticas de calidad en servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutar los estándares calidad los cuales sean acogidos por el SGSSS para implementarlo de forma universal por todas las instituciones prestadora servicios de salud vigiladas por las EPS.</li> <li>• Es fundamental que la corte suprema priorice la ley de Sostenibilidad fiscal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con programa público que contenga la visión del SGSSS, con aprobación científica de expertos, y las dimensiones sean asumidas por el estado.</li> <li>• Ejecutar un sistema donde se evidencien los costos para optimizar la toma de decisiones y reducir la brecha que tiene el SGSSS con los escasos recursos.</li> </ul>

---

## 9. Discusiones

Se revisaron tres artículos científicos en donde se comparaba el sistema de salud colombiano paralelo a los sistemas de salud de otros países de Latinoamérica en donde se pudo encontrar:

- Dentro del artículo “**Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe**” Se utilizó la aplicación del análisis entre países (cross national), del método comparado de los países Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela, entre el año 1990 y el año 2004. De lo cual se pudo destacar que dichos países tienen diferentes diseños organizacionales de los sistemas Sistema Nacional de Salud (SNS), sistemas segmentados y sistemas basados en el aseguramiento. La mayoría de ellos se dirige hacia la adopción de aseguramiento de un paquete básico de servicios y el fortalecimiento de la competencia en la prestación con la participación de la mezcla pública y privada. Sin embargo se pudo concluir que debe procurar aún por diseños que las fortalezcan como instrumentos que mejoren la calidad de vida de las poblaciones (Gómez Camelo, 2005).

- Revisando un segundo artículo “**Avances en los Sistemas de Salud en Chile, Colombia y Cuba**” se empleó un enfoque de tipo descriptivo y comparativo, a partir de la revisión de literatura existente el estudio desarrolló una evaluación de los avances en los sistemas de salud en Chile, Colombia, y Cuba. Se evidenció que son excepción de Cuba, los sistemas de salud tanto de Chile como de Colombia, son fragmentados y segmentados; la fragmentación hace referencia a que el cuidado de la salud de la población se reparte entre

múltiples responsables: una parte el Estado, otra la obra social, y otra las clínicas privadas; y la segmentación se refiere a que no hay una única institución, sino muchas, cada una con un pedazo (Montañez, Chantre, Polo, 2016).

- En el tercer artículo “La Salud Pública en América Latina y El Caribe” se observa en el artículo que la salud pública en cada uno de los países es un punto importante puesto que demuestra la calidad de vida de los habitantes y la prestación de los servicios e el mismo. Además El PBI no da noción de distribución por eso países con mayor PBI que Cuba exhiben una situación de salud lamentable por falta de voluntad política y planificación, particularmente en algunos tan sensibles como la mortalidad materno-infantil; a pesar de sus gastos en salud se destaca su carencia de recursos humanos y de acceso a servicios de la población; no es cuanto, sino cómo y en que se invierte (García, Castañeda, Pérez. & Labrada, 2002).

## 10. Conclusiones

- Se concluye con la investigación realizada en los países de Perú, Venezuela, Chile y Colombia podemos destacar que en Latinoamérica la tendencia de la prestación de los servicios de salud se subdivide en los regímenes de contributivo y subsidiado.
- Se logra concluir que lo que se quiere generar es equidad y satisfacción de la prestación de los servicios de salud mediante los modelos establecidos en cada de los países que se realizó la investigación, buscando también que se tengan en cuenta las necesidades específicas.
- Se concluye que en relación con la estrategia que tiene cada país para lograr la cobertura universal y equitativa se requiere de unas series de adaptaciones permitiendo una mejora continua en su sistema de salud.
- Se concluyó que el análisis estratégico del SGSSS elaborado ofrece un gran número de fortalezas del sistema de salud de Colombia en la actualidad, las cuales podrían ir encaminadas al mejoramiento continuo con el fin de otorgar un sistema unitario y auto sostenible que le permitan plantear las estrategias para su desarrollo.
- Se concluye que cada organización en el sistema de salud está relacionado con su propia organización, donde deben tener un objetivo más claro; concreto de tal manera que jamás se pierda el horizonte de las metas propuestas.



## 11. Recomendaciones

- Se recomienda realizar una evaluación minuciosa de toda la población afiliada a una EPS independientemente del régimen, a fin de conocer si están donde deben; es decir si bien en ambos regímenes se prestan servicios se desconoce la cantidad de usuarios que están es el subsidiado y que tienen la capacidad económica para estar en el contributivo.
- Se aconseja que en Colombia debe cambiar la mecánica de prestación de servicios debido a que el porcentaje de usuarios con ingresos básicos es mayor en comparación con aquellas que tienen mayores ingresos.
- Se indica que se debe reestructurar el esquema de rehabilitar a uno de prevención, de esta manera se disminuiría el costo de enfermedades tales como diabetes e hipertensión.
- Se sugiere a las macro empresas deberían generar unos recursos anuales para aquellas enfermedades huérfanas que arrasan con los recursos financieros de los servicios.

## 12. Referencias bibliográficas

Alcalde Rabanal, J. E., Lazo González, O. & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s243-s254. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019)

[36342011000800019](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019)

Becerril Montekio, V., Reyes, J. de D. & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*. Vol. 53(2), p. s132-s142. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009)

[36342011000800009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009)

Bonvecchio, A., Becerril Montekio, V., Carriedo Lutzenkirchen, A. & Landaeta Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, Vol. 53(2), p. s275-s286. Recuperado en 20 de abril de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800022&lng=es&tlng=es)

[36342011000800022&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800022&lng=es&tlng=es)

Carrillo Roa, A. (2018). Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 34(3). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf>

Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida - Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (2015). Artículo 12. El Derecho a la Salud. Disponible en:

[https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/VEN/INT\\_CESCR\\_CSS\\_VEN\\_20439\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/VEN/INT_CESCR_CSS_VEN_20439_S.pdf)

Constitución Política de Colombia, 1991. República de Colombia. Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Decreto 1011 de 2006. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Abril 3 de 2006. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

García Roco Pérez, O., Castañeda González, N., Pérez González, Z. & Labrada Iribarren, H. (2002). La Salud Pública en América Latina y El Caribe. *Revista Humanidades Médicas*, Vol. 2(2), p. 1-24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v2n2/hmc030202.pdf>

García-Roco Pérez, Oscar, Castañeda González, Nancy, Pérez González, Zoila, & Labrada Iribarren, Hilda. (2002). La Salud Pública en América Latina y El Caribe. *Humanidades Médicas*, 2(2) Recuperado en 15 de octubre de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202002000200003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200003&lng=es&tlng=es).

Goic G. A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* 2015; 143, p. 774-786. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>

Gómez Camelo, D. (2005). Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. *Rev. Salud Pública*. Vol. 7 (3), p. 305-316. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2005.v7n3/305-316/es>

Gutiérrez Ossa, J. A. & Restrepo Avendaño, R. D. (2012). El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. 186 Sociedad y Economía. Vol. 23, p. 183-204. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n23/n23a10.pdf>

<http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-colombia/>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2012). Sistemas de salud en Suramerica desafíos de la universalidad, la integridad y la equidad. UNASUR, ISAG. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/publicaciones/Sistemas%20de%20Salud%20en%20America%20del%20Sur.pdf>

Ley 100 de 1993. República de Colombia. Disponible en: <https://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>

Ley 115 de 1994. República de Colombia. Febrero 8 de 1994. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf)

Ley 1438 de 2011. República de Colombia. Enero 19 de 2011. Disponible en: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col132763.pdf>

Ley 715 de 2001. República de Colombia. Diciembre 21 de 2001. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf)

Ley estatutaria 1751 de 2015. República de Colombia. Febrero 16 de 2015. Disponible: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Ministerio de Salud – Gobierno de Chile (s.f.). Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile. Disponible en: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/resumenejecutivo.pdf?ua=1>.

Ministerio de Salud Perú (2011). Situación actual del Sistema de Salud en el Perú. Políticas de Salud Nacionales y Regionales. Disponible en: [https://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO\\_SALUD/5\\_CAcosta.pdf](https://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO_SALUD/5_CAcosta.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia. Imprenta Nacional de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Plan Obligatorio de Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Informe al Congreso de la República cuatrienio 2014- 2018, 2017 -2018. Bogotá- Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Informe-congreso-2014-2018-2017-2018.pdf>

Molina Marín, G., Vargas Jaramillo, J., Berrío Castaño, A., & Muñoz Marín, D. P. (2010). Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 9(18), p. 10-

115. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272010000100007&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272010000100007&script=sci_abstract&tlng=es)

Montañez Galvis, H. A., Chantre Camero, J. H., Polo Cerquera, Z. H. (2016). Avances en los sistemas de salud en Chile, Colombia y Cuba durante los últimos 10 años. (Tesis de posgrado). Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá. Colombia. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/697/Avances%20En%20los%20sistemas%20de%20Salud%20en%20Chile%2C%20Colombia%20y%20Cuba%20durante%20los%20ultimos%2010%20a%C3%B1os.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2003). Informe sobre la Salud en el mundo. Forjemos el futuro. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029\\_spa.pdf;jsessionid=0C368DD530C9C2DAA3F4C2A81D47CF89?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=0C368DD530C9C2DAA3F4C2A81D47CF89?sequence=1)

Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la salud (2009). Perfil Sistema de Salud en Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington DC. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Colombia\\_2009.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf).

Resolución 2003 de 2014. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Mayo 28 de 2014. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Resolución 603280 de 2018. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

The Pan American Health Organization (2012). Promoting Health in the Americas.

Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Uhc2030 (s.f.). UHC2030 es el movimiento global para construir sistemas de salud más fuertes para la cobertura universal de salud. Disponible en: <https://www.uhc2030.org/>

Yagui, M., Espinoza, M., Caballero, P., Castilla, T., Garro, G., Yamaguchi, L. P., Mormontoy, H., Mayta Tristán, P., Velásquez, A. & Cabezas, C. (2010). Avances y retos en la construcción del sistema nacional de investigación en salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(3), 387-397. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342010000300012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000300012)

Zúñiga Fajuri, A. (2007). Sistemas Sanitarios y Reforma AUGE en Chile. *Acta bioethica*, 13(2), 237-245. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2007000200012&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2007000200012&script=sci_arttext&tlng=es).