

Intervención Privada: Derecho Comparado de los Sistemas de salud en Chile y Colombia.

Yesika Alejandra Sierra Higuera

Corporación Universitaria del Meta

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales Dr.

José Eduardo Bernal Barrera

Asesora Metodológica:

Dra. Ana Milena Coral Díaz

Villavicencio, Colombia

2023

Resumen

Se realizó análisis descriptivo y de derecho comparado de la participación del sector privado en los sistemas de salud de Colombia y Chile respecto a su legislación actual, con un enfoque específico en la estructura legal, el marco normativo, su financiación, y las características operativas. Para ello, se aborda el contexto histórico y legislativo de la salud, su desarrollo, estructura, operatividad y financiamiento para llegar a hacer el sistema actual.

La metodología es de enfoque descriptivo de derecho comparado que involucra la recopilación de datos y diversas fuentes de información confiables. Este estudio se presenta en dos secciones principales, describiendo de manera objetiva la legislación correspondiente a la intervención privada que busca identificar las debilidades existentes, la efectividad de estos sistemas y las fortalezas que impulsan su funcionamiento, comparando la ley actual que rige cada país para lograr un entendimiento más simple sobre cómo funciona nuestro sistema de salud actualmente.

Colombia ha logrado una cobertura casi universal en salud, destacando un logro significativo en la expansión de su sistema de salud que se ha desarrollado también por la competencia actual de las EPS. Sin embargo, esta amplia cobertura no siempre se traduce en calidad y equidad en los servicios de salud.

En Chile se implementa también un sistema mixto de atención regulado que incluye tanto al FONASA como a las ISAPRES, permitiendo a los ciudadanos elegir entre el seguro público por defecto o optar voluntariamente por un seguro privado, la gran diferencia es que

mayoritariamente en Chile los afiliados pertenecen al FONASA, quien ha llevado la tarea de lograr un cubrimiento universal en salud.

En conclusión, este estudio demuestra que las entidades privadas que administran los sistemas de salud de Colombia y Chile tienen implicaciones significativas para el acceso, como la desigualdad en el manejo y la transparencia y la calidad de la atención sanitaria mayormente en zonas rurales.

Palabras Clave:

Sistemas de salud en Colombia y Chile, intervención privada en la salud, legislación de salud comparada, cobertura de salud y financiamiento, Gestión y financiamiento en salud, Cobertura de salud, Derechos constitucionales en salud, Derecho comparado en salud.

Contenido

1	CAPÍTULO I	
	9	
1.1	Contexto y justificación.	9
1.2	Objetivo General	10
1.2.1	<i>Objetivos Específicos</i>	10
2	CAPÍTULO II:	
	11	
2.1	Desarrollo histórico de los sistemas de salud en Colombia y Chile.	11
2.1.1	Historia del sistema de salud en Colombia	11
2.1.2	<i>La Colonia: (Siglo XVII - Siglo XIX)</i>	11
2.1.3	<i>Independencia Siglo XIX (1810-1819):</i>	12
2.1.4	<i>La República (1819 hasta nuestros días)</i>	13
2.1.5	<i>Antecedentes s de la ley 100 de 1993 en Colombia</i>	15
2.2	Historia del sistema de salud en Chile:	18
2.2.1	<i>La colonia (1600- 1818):</i>	19
2.2.2	<i>La independencia (desde 1810- 1818)</i>	19
2.2.3	<i>La república comienzos del Siglo XX:</i>	20
2.3	Definición de sistemas de salud:	22
2.4	Intervención privada en los sistemas de salud:	24
3	CAPITULO III	
	25	
3.1	Enfoque Metodológico Descriptivo	25
3.2	Diseño de Investigación:	25
3.3	Fuentes Primarias de Análisis:	25
3.4	Estructura del Análisis:	26
3.5	Recopilación de Datos y Fuentes de Información:	26
3.6	Selección de Fuentes de Información	27
3.7	Procedimientos de Validación de Datos	27
4	CAPÍTULO 4:	
	29	
4.1	Análisis Comparativo de las dos normas constitucionales de Colombia y Chile	29

4.2	Estructura de los sistemas de salud en Colombia y Chile:	33
4.2.1	<i>histórico de la afiliación y cobertura al SGSSS en Colombia</i>	43
4.2.2	<i>Porcentaje Afiliados al SGSSS en Colombia</i>	43
4.2.3	<i>Porcentaje Afiliados al Sistema de Salud en Chile</i>	47
5	CAPÍTULO 5: RESULTADOS	
	51	
5.1	Puntos Clave Sobre la Intervención Privada en los Sistemas de Salud de Colombia:	51
5.2	Puntos Clave Sobre la Intervención Privada en los Sistemas De Salud De Chile:	
	52	
5.3	Similitudes entre los Sistemas de Salud de Colombia y Chile:.....	52
5.4	Las principales diferencias entre los sistemas de salud de Colombia y Chile	53
5.5	Conclusiones	54
6	BIBLIOGRAFIA	
	56	

Tabla de contenido graficas

Grafica 3 Distribución de beneficiarios por tipo de asegurador, 2018 – 2020	50
Grafica 4 Afiliados Fonasa por tipo de ingreso.....	51
Grafica 5 Afiliados ISAPRES	52

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis Constitucional Comparativo del Derecho a la Salud: Colombia y Chile: .	29
Tabla 2 Análisis Comparativo de la Estructura de los Sistemas de Salud en Colombia ley 100 de 1993 y en Chile ley la ley N° 18.469.	33

Este trabajo de grado es el fruto de nuestro amor y compromiso mutuo. Es un testimonio de nuestra conexión profunda y de cómo juntos enfrentamos los desafíos y alcanzamos metas. Agradezco tu paciencia, comprensión y sacrificio durante estos años de estudio. Tu presencia ha hecho que cada paso en este camino valga la pena, te amo.

A mis hijos, quienes han sido testigos de mi pasión por el conocimiento y han compartido conmigo el amor por las ciencias básicas. Ustedes son mi mayor fuente de alegría y orgullo. Agradezco su comprensión cuando he tenido que dedicar tiempo a mis estudios y su curiosidad incansable, que me ha inspirado a seguir explorando y aprendiendo cada día.

1 CAPÍTULO I

1.1 Contexto y justificación.

La salud, entendida como uno de los pilares fundamentales para el bienestar y desarrollo de cualquier sociedad, ha experimentado transformaciones significativas, ajustándose a los cambios socioeconómicos y políticos de cada nación. La intervención privada en los sistemas de salud, especialmente en contextos latinoamericanos como Colombia y Chile, ha generado un debate amplio que trasciende el ámbito médico, alcanzando dimensiones jurídicas, económicas y sociales.

En Colombia, la Constitución consagra el derecho a la salud, asignando al Estado la responsabilidad de garantizar un acceso integral y oportuno a los servicios de salud. Similarmente, en Chile, la Constitución establece el deber estatal de velar por la salud de la población, promoviendo un marco para la protección al derecho a la salud. Sin embargo, a pesar de estos marcos jurídicos, ambos países enfrentan desafíos en cuanto a calidad, acceso, cobertura, operatividad y financiación en la prestación de servicios de salud, exacerbados por la dinámica del mercado introducida por la participación privada. La investigación se centra en responder a la siguiente interrogante crucial: ¿Cómo influye la intervención privada en la garantía del derecho a la salud en Colombia y Chile? Este planteamiento busca ofrecer un análisis que no solo sea relevante para el ámbito académico, sino que también contribuya a la formulación y mejora de políticas de salud más inclusivas y equitativas.

Dada esta realidad, es crucial efectuar un comparativo profundo de los sistemas de salud y marcos legales de Colombia y Chile. Esta investigación no solo se concibe como un ejercicio académico, sino que también busca examinar, de forma descriptiva, las particularidades de la

intervención privada en la salud de ambas naciones, estableciendo así un marco referencial y análisis en el campo legal de las políticas públicas en salud.

Objetivo General

Realizar un análisis comparativo de la intervención privada en los sistemas de salud de los países latinoamericanos Colombia y Chile, con un enfoque específico en la estructura legal, el marco normativo y las características operativas.

Los siguientes puntos delinear los propósitos concretos en que se basa este estudio:

1.1.1 Objetivos Específicos

- Describir los marcos legales que regulan la intervención privada en salud en Colombia y Chile.
- Identificar las debilidades y fortalezas presentes en los sistemas de salud de ambos países, en términos de cobertura, infraestructura y modalidades de gestión, a fin de resaltar los desafíos que pueden afectar la calidad de la atención.
- Comparar la participación privada en los sistemas de salud a través de su evolución histórica, definición, estructura y métodos de financiamiento.

2 CAPÍTULO II:

2.1 Desarrollo histórico de los sistemas de salud en Colombia y Chile.

La evolución de los sistemas de salud en Colombia y Chile es un testimonio de sus ricas trayectorias históricas y las transformaciones sociales y políticas que han experimentado. Desde los primeros días de asistencia basada en la caridad y la religión, hasta las modernas estructuras reguladas por el Estado, ambos países han atravesado caminos distintos pero paralelos en su búsqueda de brindar bienestar a sus ciudadanos. A través de diferentes épocas, con desafíos y logros, Colombia y Chile han tejido historias de adaptación, innovación y compromiso hacia la construcción de sistemas de salud más robustos y equitativos. Este capítulo explora la evolución histórica de estos sistemas, destacando los eventos y decisiones clave que han moldeado su desarrollo en cada nación.

2.1.1 Historia del sistema de salud en Colombia

En esta sección, se explora el desarrollo del sistema de salud en Colombia desde sus orígenes en la época colonial hasta el presente. Se enfocará en cómo ha evolucionado este sistema a lo largo del tiempo, destacando los cambios significativos y estructurales que han marcado su trayectoria hacia una mayor integración y accesibilidad.

2.1.2 *La Colonia: (Siglo XVII - Siglo XIX)*

Durante la colonia, las prácticas de salud estaban ligadas a la religión y a la medicina tradicional indígena. Las órdenes religiosas, como los jesuitas y dominicos, establecieron hospitales que atendían principalmente a la población pobre. Estos hospitales tenían un enfoque caritativo más que de salud pública.

En Colombia, al igual que otras regiones del Nuevo Mundo, se experimentó una amalgama de culturas, tradiciones y sistemas socioeconómicos. En medio de este entramado, la corona española, con sus sistemas de encomiendas y tributos, se extendió por todo el territorio. Sin embargo, aunque la autoridad española estableció muchas de las normas y estructuras de gobierno, durante esa época, fue la Iglesia Católica la que desempeñó un papel clave en la vida cotidiana de los habitantes de la colonia, suponía un respaldo ante enfermedades.

La Iglesia se presentó para el apoyo y refugio para los más desfavorecidos y vulnerables. En esta época, las acciones caritativas y de asistencia se convirtieron en una forma temprana de "protección social". Esta tomó la iniciativa de crear instituciones que atendieran a los enfermos, huérfanos y ancianos, surgieron en diferentes partes del territorio colombiano, proporcionando no sólo cuidados médicos, sino también un espacio de refugio y esperanza para aquellos que más lo necesitaban.

2.1.3 Independencia Siglo XIX (1810-1819):

En cuanto a la atención médica en este período histórico, se caracterizaba por su naturaleza rudimentaria. La atención médica se brindaba principalmente en el hogar por parte de familiares o en pequeñas clínicas y ermitas administradas por órdenes religiosas debido a la falta de instituciones médicas y hospitales. La población dependía en gran medida de curanderos, médicos empíricos y boticarios que utilizaban remedios tradicionales y hierbas medicinales para tratar enfermedades. Las cirugías eran raras y se llevaban a cabo en condiciones precarias, sin anestesia, lo que las hacía dolorosas y riesgosas. Algunas órdenes religiosas gestionaban hospitales que dependían en gran medida de donaciones y caridad pública. Además, durante ese período, las enfermedades infecciosas como la viruela, el cólera y la fiebre amarilla eran

comunes y generaban epidemias devastadoras. Así las cosas, se concluye que la independencia de Colombia no trajo consigo cambios significativos en la atención médica de la población

2.1.4 La República (1819 hasta nuestros días)

Colombia enfrentó la titánica tarea de construir un país desde cero, lo que incluía también la creación de un sistema de salud. En el discurso pronunciado por el Libertador Simón José de la Santísima Trinidad Bolívar Ponte y Palacios Blanco al instalar el Congreso de Angostura , (hoy ciudad Bolívar), en febrero 1819, dejó plasmado su pensamiento respecto a la seguridad social, al decir: "*El sistema de Gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política*" (Bernal, 2016, p. 37, Fundamentos de la seguridad social colombiana) esta idea se materializaría casi un siglo más adelante (1936) .

Los hospitales no solo ofrecían atención, sino que también se convirtieron en centros de formación donde médicos y otros profesionales de la salud adquirirían experiencia práctica. Ya para la década de 1930 en Colombia existió un movimiento hacia la modernización y la centralización de las estructuras del Estado, incluida la salud. Antes de las reformas de la década de 1930, muchos servicios de salud y bienestar eran responsabilidad de departamentos y municipios individuales.

En ese contexto se cimenta en el Acto Legislativo 01 de 1936, Si bien este acto fue un paso en la dirección de consolidar y modernizar el sistema de salud, es crucial comprenderlo en el contexto más amplio de las reformas de salud en Colombia:

Además de la centralización, hubo un esfuerzo por modernizar el sistema de salud, adoptando nuevos métodos y prácticas médicas, y estableciendo estándares nacionales para la atención médica en Colombia.

LEY 5 DE 1945:

Promulgándose la Ley 90 de 1946, un marco legislativo que marcó un paso importante hacia la creación de un sistema de seguridad social más integral, esta ley estableció el instituto colombiano del seguro social destinado a cubrir una amplia variedad de contingencias, que abarcaban desde enfermedades no relacionadas con el trabajo hasta la maternidad, invalidez, vejez, fallecimiento y enfermedades de origen laboral.

Esta ley se convirtió en una respuesta necesaria a las demandas de una sociedad en crecimiento y evolución, que buscaba salvaguardar la salud y el bienestar de sus ciudadanos. Este marco normativo allanó el camino para una posterior expansión y perfeccionamiento del sistema de salud colombiano, sentando las bases que han perdurado hasta hoy y que han contribuido a la creación de una estructura de atención médica más inclusiva y accesible en el país" (Muñoz Segura, 2010, p. 04, *La reforma constitucional de 1936 y el camino hacia la construcción de la seguridad social*).

En el año 1954, se sentaron las bases de lo que sería una red de protección social más amplia y robusta con el establecimiento de las Cajas de Compensación Familiar. Estas instituciones emergieron como una solución innovadora para ofrecer beneficios y subsidios directos a los trabajadores, marcando un hito en el reconocimiento de sus derechos y en la promoción de su bienestar y el de sus familias.

Avanzando en el tiempo hasta 1975, el país experimentó una transformación significativa en el ámbito de la salud con la inauguración del Sistema Nacional de Salud. Esto representó un esfuerzo por unificar y mejorar la atención sanitaria a nivel nacional, con el objetivo de garantizar una cobertura más equitativa y de mayor calidad para todos los ciudadanos, independientemente de su ubicación o condición socioeconómica.

La evolución de la seguridad social tomó un nuevo rumbo en 1990, cuando se implementó la descentralización de la salud a nivel municipal. Este cambio estratégico permitió que los servicios de salud se acercaran aún más a las comunidades, brindando a los municipios una mayor autonomía en la gestión de estos servicios. Este proceso no solo facilitó el acceso a la atención sanitaria, sino que también fomentó una mayor participación local en las decisiones de salud, adaptando las políticas y programas a las necesidades específicas de cada comunidad.

Cada uno de estos momentos clave refleja un avance en la construcción de un sistema de seguridad social más inclusivo y adaptado a las necesidades cambiantes de la ciudadanía Colombiana. Ante este panorama de avances y compromisos, la materialización de esfuerzos dio paso a iniciativas concretas que reflejaron la determinación del país en la estructuración del sistema de salud.

"Esta generó un cambio sustancial mediante la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), consolidando la resolución nacional de asegurar el bienestar de la ciudadanía a través de la implementación de sistemas de seguros integrales y resilientes. Este punto de inflexión reflejó la intensificación del compromiso del Estado con la protección y promoción de la calidad de vida de sus habitantes, estructurando un marco robusto para el fortalecimiento continuo de la seguridad social en el país" (Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J., 2011, *Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex*, 53(supl 2), S144-S155, p. S144).

2.1.5 Antecedentes s de la ley 100 de 1993 en Colombia

La promulgación de la Constitución Política de Colombia en 1991 marcó un momento importante en la historia jurídica y social del país. Esta carta magna, fruto de un amplio proceso

deliberativo, incorporó una serie de artículos esenciales que reflejan las aspiraciones y compromisos de la nación en diversas áreas. En particular, los artículos 48 y 49 que nos cobijan como ciudadanos de que se nos garantice la salud y la seguridad social.

La Ley 100 de 1993 fue creada durante el gobierno del presidente César Gaviria (1990-1994). La promulgación de esta ley se dio en el marco de un conjunto de reformas de apertura económica y modernización del Estado colombiano, y buscaba consolidar un sistema que garantizara el derecho a la salud y a la seguridad social de la población, ampliando la cobertura y mejorando la eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

Fue precisamente bajo esta legislación donde se dio un paso crucial en la regulación de la intervención privada en el sector salud. Esta introdujo un sistema de salud de competencia regulada, permitiendo la participación de diversos actores, tanto públicos como privados, en la prestación de servicios de salud, y posicionando al Estado como regulador y garante del derecho a la salud. Este modelo respondió a las demandas y expectativas crecientes de una sociedad colombiana.

2002: Se crea el Ministerio de Protección Social a partir de la fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, consolidando esfuerzos y recursos.

2006: Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, elevando los estándares de atención y cuidado médico.

- ***Ley 1122 de 2007***

Esta ley introdujo cambios fundamentales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Esta legislación abordó aspectos críticos para mejorar la financiación y la gestión del sistema. Uno de los ajustes más notables fue el incremento en el porcentaje de

cotización del régimen contributivo del SGSSS, que pasó de un 12% a un 12.5%. Este aumento se estructuró de manera que el medio punto adicional lo asumiera el empleador. Además, la ley proporcionó directrices claras sobre el cálculo del aporte del Estado al Régimen.

- ***Ley 1393 de 2010*** Según Villasmil Molero et al. (2023):

Esta ley redefinió varias rentas de destinación específica para salud. Entre los nuevos recursos generados por esta ley se encuentran:

Aumento en el impuesto sobre las ventas de cervezas de producción nacional y para las importadas.

Incremento en las tarifas de los juegos de suerte y azar al 16%.

Aumento en la tarifa por cajetilla de cigarrillos y cigarros.

Fijación de tarifa de impuestos de licores, vinos, aperitivos y similares.

Reglamentación del régimen de rentas de los monopolios de suerte y azar.

- ***Ley 1438 de 2011:***

Esta ley aportó cambios sustantivos en el financiamiento y operación del sistema de salud.

Algunas medidas relacionadas con el financiamiento incluyen:

- Incremento del impuesto social a las municiones y explosivos
- Destinación de una cuarta parte de punto porcentual de la contribución parafiscal de las cajas de compensación familiar (CCF) a financiar actividades de prevención y promoción en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (APS) o a la unificación de los planes de beneficios para el sector salud (FONSAET).
- ***Financiamiento bajo el FOSYGA:***

Establecido por la Ley 100 de 1993, el FOSYGA tiene como propósito financiar y/o cofinanciar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Se nutre principalmente de cotizaciones de afiliados al régimen contributivo, aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN) y otros recursos.

La tarifa de cotización del 12, %, con un porcentaje destinado a la subcuenta de solidaridad y otro a la de promoción.

- ***Ley Estatutaria de 2015 y Financiamiento bajo la ADRES:***

A partir de 2017, la ADRES se encarga de gestionar la mayoría de los recursos destinados a la salud, realizando pagos directos a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

- ***Ley 1819 de 2016 (Reforma Tributaria):***

Se estableció la exoneración de los aportes a salud de las empresas y algunas personas naturales empleadoras, por determinados trabajadores que devengan menos de 10 salarios mínimos mensuales.

- ***Ley 1943 de 2018:***

Esta norma señala que los servicios de salud continúan excluidos del impuesto sobre las ventas, al igual que los medicamentos para la salud humana. Sin embargo, establece excepciones para tratamientos de belleza y cirugías estéticas, que sí estarían gravados con el IVA.

2.2 Historia del sistema de salud en Chile:

Esta sección detalla el desarrollo del sistema de salud en Chile, comenzando con sus inicios en la colonia y siguiendo su progresión hasta la actualidad. Se destacarán las reformas legislativas y los cambios estructurales que han marcado la transformación del sistema hacia la cobertura y el acceso universal a la salud.

2.2.1 La colonia (1600- 1818):

En la época colonial de Chile, la atención médica y la asistencia social se basaban principalmente en instituciones de apoyo social y hospitales de beneficencia. Durante este periodo, este territorio formaba parte del Virreinato del Perú y estaba dividido en varias jurisdicciones. La atención médica se proporcionaba a través de estas instituciones benéficas, las cuales se esforzaban por atender a las personas que requerían asistencia médica y apoyo social. Sin embargo, la población colonial enfrentaba una serie de desafíos de salud, incluyendo enfermedades como la viruela, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, que representaban amenazas constantes. En un contexto de recursos médicos limitados y conocimiento médico rudimentario, estas enfermedades eran devastadoras y destacaban aún más la importancia de las instituciones benéficas en la atención de la salud de la población de la época.

2.2.2 La independencia (desde 1810- 1818)

En el siglo XIX en Chile, la atención médica se sustentaba en gran medida en instituciones religiosas y de caridad, como los hospitales dirigidos por órdenes religiosas, principalmente las Hermanas de la Caridad. Estas instituciones, si bien cumplían un papel fundamental, operaban con recursos limitados, lo que generaba variaciones significativas en la calidad de la atención disponible según la ubicación y los recursos disponibles. Su financiamiento dependía en gran medida de donaciones y la colaboración de la comunidad, y

estas organizaciones benéficas buscaban promover tanto la atención médica como la difusión de la fe religiosa, fusionando así aspectos de la salud con la evangelización.

2.2.3 La república comienzos del Siglo XX:

Se caracteriza por la consolidación del Estado después de la independencia. Durante este período, las principales preocupaciones estaban relacionadas con la estabilidad política y la organización territorial.

Estas dinámicas y tensiones socioeconómicas repercutieron en la formulación e implementación de políticas de salud y asistencia social en el país. La creación de la Caja de Ahorros y Seguro Obrero en 1896 fue un cambio en el desarrollo del sistema de salud chileno, respondiendo a la demanda de servicios de salud y pensiones por parte de los trabajadores y estableciendo un precedente importante en el marco de las tensiones y presiones de movimientos laborales y sindicales de la época.

En 1938, se promulgó la Ley de Medicina Preventiva, en un esfuerzo por modernizar y mejorar las estructuras sanitarias, reflejando un compromiso gubernamental hacia la prevención y el bienestar de sus ciudadanos.

De 1952 a 1973, el Servicio Nacional de Salud (SNS), inspirado en el modelo británico, se convirtió en un actor esencial en la atención médica de Chile, centralizando la administración de entidades públicas de salud. Sin embargo, esta etapa terminó abruptamente debido a la crisis política y económica de 1973.

Muchas reformas condujeron a la reducción del papel del Estado y a la descentralización de los servicios médicos. El Servicio Nacional de Servicios de Salud fue creado en 1979, y en

1985 se estableció el régimen de prestaciones de salud, abriendo camino para una mayor participación privada en la atención y financiamiento médico.

En 1985, Chile estableció el régimen de prestaciones de salud, lo que abrió el camino para una mayor participación privada en la atención y financiamiento médico. Esta decisión sentó las bases para la introducción de diversas modalidades en la prestación del servicio de seguridad social, incorporando tanto instituciones públicas como privadas en el modelo de salud.

En 1985, con las leyes 18.418 y 18.469, Chile creó el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Esta consolidación buscaba mejorar la eficiencia en la distribución y gestión de las prestaciones y subsidios a nivel nacional. Ese mismo año, se estableció el régimen de prestaciones de salud, abriendo el camino para una mayor participación privada en la atención y financiamiento médico.

Los años de la concertación 1990-1999 vieron un retorno a un enfoque más social en el sistema de salud chileno. Con reformas como la ley de Garantías Explícitas en Salud, se invirtió en programas que atendieran las necesidades de la población, especialmente las más vulnerables.

Desde 2000 en adelante, el sistema de salud ha continuado siguiendo las pautas establecidas en décadas anteriores. Sin embargo, las condiciones actuales reflejan desafíos en la implementación de reformas significativas debido a un marco normativo y político existente.

Chile es uno de los pioneros en Latinoamérica en implementar políticas públicas dirigidas a garantizar la salud como sistema universal, reconociéndola simultáneamente como un Derecho Humano. Esto ha motivado a las organizaciones públicas a manifestar un interés tangible en la protección efectiva de los diversos elementos que comprende dicho derecho. Con la introducción del neoliberalismo en Chile hace más de treinta años, se incorporaron al modelo distintas

modalidades de prestación del servicio de seguridad social. Se implementaron políticas donde las entidades encargadas del servicio eran de naturalezas diversas, incluyendo instituciones públicas y privadas. En este contexto, Chile fue el primero en enfrentar la crisis inherente a un sistema mixto. Aunque dicho sistema persiste, ha experimentado modificaciones a su legislación actual que sigue siendo mixta.

Con la entrada en vigor de la Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) en el año 2005, bajo el número de ley 19.966. Esta ley estableció estándares de atención y garantizó ciertas prestaciones de salud para todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago. Esta ley se enfocó en asegurar un acceso más equitativo y universal a la atención médica, convirtiéndose en un componente esencial del sistema de salud en Chile. La Ley AUGE garantiza que los pacientes tengan derecho a un conjunto específico de intervenciones y tratamientos médicos, lo que contribuyó a mejorar la calidad de la atención médica en el país.

2.3 Definición de sistemas de salud:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema de salud como estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud. Entre éstas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción.” Organización Mundial de la Salud. (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, (2), 100.

Al discutir el derecho a la salud, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) establece que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (Art. 25.1)

Principios Fundamentales de Derechos Humanos que Sustentan el Derecho Universal a la Salud

- **Universalidad:** Este derecho consiste en dar cobertura a todos los seres humanos sin excepción. Todo individuo tiene el derecho inherente a la salud.
- **Integralidad:** La salud es parte integral de un conjunto de derechos que aseguran el bienestar. Las prestaciones deben estar integradas de tal manera que presenten una calidad
- **Solidaridad:** Se refiere a un principio en el cual aquellos que tienen mayores ingresos o recursos financieros contribuyen más al sistema para apoyar a aquellos que tienen menores ingresos o están en situaciones económicas desfavorables. Esto tiene como objetivo garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud
- **Unidad:** Se refiere a la coordinación y colaboración entre diferentes instituciones y componentes del sistema para proporcionar una atención integral y coherente a los ciudadanos
- **Igualdad:** La igualdad se refiere al principio fundamental de que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Según la Declaración Universal de Derechos Humanos, la igualdad implica que todas las personas deben ser tratadas con justicia y sin discriminación.

- **Internacionalidad:** El derecho a la salud no tiene fronteras, su cubrimiento debe ser mundial.

2.4 Intervención privada en los sistemas de salud:

La intervención privada en los sistemas de salud hace referencia a la integración y participación de entidades, organizaciones y actores no gubernamentales. Esto abarca desde la prestación directa de servicios clínicos en hospitales, centros de atención, la gestión y la administración de dichos servicios, la financiación a través de seguros médicos privados, y la inversión en investigación, desarrollo y tecnología médica.

3.1 Enfoque Metodológico Descriptivo

Este capítulo describe en detalle la metodología y el diseño de la investigación utilizados para analizar comparativamente los dos sistemas de salud. Se adoptó un enfoque metodológico descriptivo que permite un examen detallado de las características particulares de cada sistema, identificando tanto sus puntos fuertes como aquellos susceptibles de mejora. La investigación se apoya en un análisis exhaustivo de textos clave, incluyendo un Análisis descriptivo y comparativo de los marcos legales, su estructura y las evoluciones reglamentarias relevantes en ambos países.

3.2 Diseño de Investigación:

En este estudio, se adoptó un diseño de investigación descriptivo en el ámbito del derecho comparado, enfocado en las legislaciones que rigen actualmente el sistema de salud de Colombia y Chile. La metodología aplicada se centró en la descripción y comparación de los marcos legales y normativos, se analizó los textos legales y documentos normativos para identificar similitudes, diferencias y aspectos claves de cada país,

3.3 Fuentes Primarias de Análisis:

Se seleccionaron fuentes primarias clave para comprender los sistemas de salud de Colombia y Chile. Estas fuentes aportan perspectivas autorizadas y actuales sobre legislación y políticas de salud. Facilitan un análisis comparativo riguroso y proporcionan información sobre el impacto de las leyes en las políticas de salud.

- Las fuentes se escogieron por su capacidad para representar el marco legal oficial y actualizado, crucial para entender las regulaciones en los sistemas de salud.

- Las fuentes permiten un análisis minucioso y comparativo entre los sistemas de salud, destacando diferencias y similitudes legales y administrativas.
- Se seleccionaron para abarcar una amplia gama de perspectivas y contextos, asegurando una comprensión holística de los temas.
- Las fuentes aportan información clave sobre cómo las leyes afectan la implementación y eficacia de las políticas de salud.
- Proporcionan una base sólida para argumentos y conclusiones, apoyando el análisis con evidencia concreta y detallada.

3.4 Estructura del Análisis:

La estructura de análisis adoptada en este trabajo se basa en una metodología que comprende los siguientes pasos

- Recopilación de información relevante sobre los sistemas de salud de Colombia y Chile, incluyendo leyes, políticas y datos de salud.
- Creación de un cuadro comparativo que alinee los sistemas de salud y los criterios de comparación.
- Llenado de la matriz con datos pertinentes a cada estructura de los sistemas de salud.
- Análisis comparativo de los datos en la matriz, destacando similitudes y diferencias. • Extracción de conclusiones sobre la eficacia relativa de los sistemas basadas en los criterios definidos.

3.5 Recopilación de Datos y Fuentes de Información:

Para llevar a cabo un análisis descriptivo comparativo de los marcos legales de intervención privada en los sistemas de salud de Colombia, Chile, se realizó una recopilación de datos de fuentes, concentrándose en áreas específicas como su estructura, su reglamentación, como es su funcionamiento, principales similitudes y diferencias.

Se requirió una variedad de información específica. Esto comprendió el texto y el análisis de las leyes y regulaciones relacionadas con salud mixta de cada país, las políticas y prácticas actuales de los prestadores de salud con intervención privada.

3.6 Selección de Fuentes de Información

Las fuentes de este estudio se dividieron en dos, fuentes directas y fuentes indirectas, en las fuentes directas se estudiaron las leyes artículos, y regulaciones de la legislación de cada país, las fuentes indirectas fueron documentos, reportes, artículos, y reportes emitidos por ministerios de salud, como también artículos de la organización mundial de la salud OMS.

Las fuentes secundarias presentaron un análisis crítico de los temas relacionados con los marcos legales de intervención privada en los sistemas de salud de Colombia, Chile.

3.7 Procedimientos de Validación de Datos

Para asegurar la fiabilidad y precisión de la información utilizada en este estudio, se implementaron tres procesos rigurosos de validación de datos. Estos procedimientos se llevaron a cabo de la siguiente manera:

- **Revisión de Legislación Pertinente:** Se realizó un análisis de la legislación relevante que rige los sistemas de salud en cada país (Colombia y Chile) y sus respectivos marcos normativos. Este proceso incluyó una revisión detallada de los documentos legales

pertinentes para comprender a fondo el contexto legal en el que operan los sistemas de salud.

- **Corroboración de Fuentes de Información:** Se adoptó un enfoque de investigación que implicó la corroboración de las fuentes de información utilizadas en el estudio. Esto implicó verificar la consistencia y la integridad de los datos a través de la comparación y validación cruzada de múltiples fuentes de datos confiables.
- **Utilización de Fuentes Confiables:** Las fuentes de información empleadas en este estudio fueron seleccionadas de fuentes académicas de alta calidad. Estas fuentes incluyeron recursos de la plataforma EBSCO, que alberga registros de la Universidad del Meta, así como libros educativos disponibles en la biblioteca de la misma universidad. Estas fuentes se consideran fiables y proporcionaron una base sólida para el análisis.

Estos procedimientos de validación de datos se llevaron a cabo de manera meticulosa para garantizar que la información utilizada en este estudio sea precisa, verificable y confiable. La combinación de revisión legal, corroboración de fuentes y el uso de fuentes confiables contribuyó a la integridad de los datos utilizados en el análisis.

4 CAPÍTULO 4:

Este análisis compara las políticas constitucionales de Colombia y Chile respecto al derecho a la salud, evaluando tanto las disposiciones constitucionales como su reflejo en la estructura,

se concreta la garantía constitucional del acceso a la salud, abarcando la participación de entidades públicas y privadas, la administración de recursos y las estrategias de financiamiento.

Además, se complementa con gráficas detalladas que ilustran aspectos cuantitativos y de distribución en los sistemas de salud, proporcionando así una comprensión integral y comparativa del derecho a la salud en estos dos contextos nacionales.

4.1 Análisis Comparativo de las dos normas constitucionales de Colombia y Chile

Esta tabla ilustra cómo cada país ha incorporado el derecho a la salud en su marco constitucional y las garantías que proporciona. Se exploran varios aspectos como, el acceso universal, mecanismos de protección legal, la ubicación de este derecho dentro de la estructura constitucional, elementos clave, recursos con los que cuenta cada marco legal para hacer efectivos los derechos consagrados en estas cartas magnas.

Tabla 1 Análisis Constitucional Comparativo del Derecho a la Salud: Colombia y Chile:

Aspecto Constitucional	Constitución de Colombia (1991)	Constitución de Chile (1980)
Derecho a la Salud	Artículo 49: La salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de salud.	Artículo 19, N° 9: El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Acceso Universal	La Constitución garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de salud, implicando un enfoque en el acceso universal.	Garantiza el libre e igualitario acceso a los servicios de salud. La equidad en el acceso ha sido un desafío importante, abordado en reformas posteriores.
Mecanismos de Protección. Acción de Tutela / Recurso Equivalente	Acción de tutela para la protección inmediata de derechos constitucionales fundamentales.	Recurso de protección ante la Corte de Apelaciones para la protección de derechos garantizados por la Constitución.
Ubicación del Derecho a la Salud	Derecho a la salud como fundamental por conexidad, relacionado con los principios fundamentales.	Derecho a la protección de la salud en el Artículo 19 que establece los derechos y deberes constitucionales.

Preámbulo	<p>Incluye un preámbulo en su Constitución, que establece los principios y valores fundamentales de la nación y refleja la visión y los objetivos de la Constitución. El preámbulo de la Constitución colombiana invoca la protección de Dios y busca fortalecer la unidad de la Nación, asegurando a sus ciudadanos los beneficios de la libertad, la independencia, la justicia y la paz. Además, se compromete a impulsar la</p>	<p>La Constitución no incluye un preámbulo separado como parte de su texto. En lugar de un preámbulo, los principios fundamentales se establecen directamente en el cuerpo del texto constitucional</p>
	<p>integración de la comunidad latinoamericana</p>	

<p>Principios del Sistema de Salud</p>	<p>El artículo de la Constitución Política de Colombia que subraya la universalidad, solidaridad y eficiencia en la prestación del servicio de salud es el Artículo 48. Este artículo establece que la Seguridad Social es un servicio público obligatorio, dirigido y controlado por el Estado, y se basa en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad</p>	<p>La constitución enfatiza el acceso igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, todo muy integrado en su artículo 19 Número 9</p>
<p>Participación Privada</p>	<p>El Artículo 49 de la Constitución Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.</p>	<p>Está contemplada principalmente en el Artículo 19, Número 9 de la Constitución de Chile. Este artículo establece que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y también menciona que corresponde al Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia</p>

<p>Protección de Poblaciones Vulnerables</p>	<p>El artículo 13 de la Constitución establece lo siguiente el estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan</p>	<p>El artículo 1 de la constitución Estado reconoce que todas las personas, incluyendo los grupos vulnerables, nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Esto implica que todos los ciudadanos, sin excepción, tienen igualdad de derechos y dignidad desde su nacimiento, incluyendo el derecho a la protección de la salud.</p>
<p>Tratados Internacionales</p>	<p>Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.</p>	<p>Artículo 5 : El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes</p>

Fuente: "constitución Política de Colombia de 1991- "Constitución Política de la República de Chile de 1980

Al analizar el enfoque constitucional sobre el derecho en salud en los dos países, se destacan diferencias y similitudes significativas. Ambos países reconocen la importancia de la

salud como un servicio público, pero la manera en que abordan este derecho varía en varios aspectos.

En Colombia, la Constitución establece claramente el derecho a la salud como un servicio público a cargo del Estado, genera una fuerte obligación estatal en su garantía. Además, Colombia ha implementado numerosas reformas y leyes específicas para mejorar su sistema de salud, enfocándose en la universalidad y el acceso equitativo.

Por otro lado, la Constitución chilena, antes de la reforma AUGE, se centraba más en la libertad de elección y tenía limitaciones en el acceso a la atención médica. Aunque reconocía el derecho a la salud como parte del acceso a acciones de promoción y protección de la salud, la equidad en el acceso fue un desafío importante.

4.2 Estructura de los sistemas de salud en Colombia y Chile:

En este apartado, se analizó la estructura y organización de los sistemas de salud en dos países latinoamericanos. Cada uno de estos países ha desarrollado un sistema de atención médica con características únicas. Comprender y describir cómo están organizados estos sistemas es fundamental.

Se presenta un estudio comparativo abarcando esencialmente su estructura, sus modelos de aseguramiento, la administración de recursos, y los mecanismos de financiamiento y cobertura y operatividad. Explorando la legislación fundamental que configura ambos sistemas, como la ley 100 de 1993 en Colombia y la ley N° 18.469 en Chile.

Tabla 2 Análisis Comparativo de la Estructura de los Sistemas de Salud en Colombia ley 100 de 1993 y en Chile ley la ley N° 18.469.

Sistema de Salud Colombiano	Sistema de Salud Chileno
Sistema de aseguramiento mixto con participación de entidades públicas y privadas. Regulado por la ley 100 de 1993 que implementa la intervención privada de las eps, en el sistema de salud.	Sistema mixto de atención regulado por la Ley N° 18.469, compuesto por FONASA y las ISAPRES. En el año 2004, se introdujo el Régimen de Garantías en Salud (GES) a través de la Ley 19.966
LA ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) en Colombia es una entidad estatal que tiene como función principal la administración y gestión eficiente de los recursos financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).	FONASA (Fondo Nacional de Salud) El Fondo Nacional de Salud es la entidad gubernamental encargada de administrar los fondos del seguro de salud público. Su propósito es financiar la prestación de servicios de atención médica para la mayoría de la población de Chile
EPS (Entidad Promotora de Salud) Administran los recursos y aseguran la prestación de los servicios de salud, actuando como intermediarios entre pacientes y las IPS.	Las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) Son aseguradoras de salud privadas, con opciones tanto abiertas como cerradas, dependiendo de las necesidades del afiliado.
IPS (Institución Prestadora de Servicios) Son Los establecimientos y centros médicos que proporcionan la atención médica y los servicios de salud.	CESFAM (Centros de Salud Familiar): Estos centros se centran en la atención primaria y preventiva, y son parte fundamental del sistema de salud pública de Chile. Ofrecen servicios integrales de salud a nivel comunitario.

<p>Centros de Salud: Ofrecen atención médica primaria y preventiva, variando en tamaño desde clínicas pequeñas hasta grandes establecimientos.</p> <p>Puestos de Salud: Instalaciones pequeñas en áreas rurales o remotas para servicios de salud básicos y atención primaria</p>	<p>Consultorios: Son centros de salud más pequeños que los CESFAM y ofrecen servicios básicos de atención primaria. Están ubicados en áreas urbanas y rurales.</p> <p>Postas Rurales: Son instalaciones de salud más pequeñas en áreas rurales o remotas, centradas en proporcionar servicios básicos de salud y atención primaria</p>
<p>Entidades de dirección, control y vigilancia:</p> <p>Incluyen al Ministerio de Salud y de la protección social. La superintendencia de salud (SUPERSALUD)</p>	<p>Entidades de dirección, vigilancia y control:</p> <p>Incluyen al Ministerio de Salud y prosperidad social, la superintendencia de salud (SUPERSALUD).</p>
<p>Financiamiento: A través de los regímenes contributivo, impuestos y copagos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impuesto al consumo de tabaco y cigarrillo. • Impuesto a los licores, vinos, aperitivos y cervezas. • Impuesto al monopolio de juegos de suerte y azar, Coljuegos 	<p>Financiamiento Aportes fiscales directos e indirectos desde el Gobierno Central y municipios al Ministerio de Salud.</p> <p>Cotizaciones obligatorias de seguridad social en salud de trabajadores dependientes, independientes y empresas.</p>

Plan de Beneficios en Salud (PBS)	Garantías Explícitas en Salud (GES)
<p>En Colombia, el POS (Plan Obligatorio de Salud) fue modificado y reemplazado por el PBS (Plan de Beneficios en Salud) a través de la Ley 1438 de 2011. El PBS amplió la cobertura de servicios de salud y tratamientos para los ciudadanos colombianos, lo que significó una modificación importante en el sistema de salud del país. El PBS tiene como objetivo garantizar un mayor acceso a servicios de salud tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.</p>	<p>El sistema AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) en Chile actualmente cubre un total de 92 enfermedades y condiciones de origen común. Este número ha sido ampliado desde su implementación en 2005 para incluir un conjunto más amplio de patologías y asegurar un mejor acceso a la atención médica para los ciudadanos chilenos. Las Garantías Explícitas en Salud (GES) establecen las condiciones para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.</p>
<p>Cuotas Moderadoras Régimen Contributivo y Copagos:</p> <p>Se pagan por cada servicio de salud utilizado. El valor de la cuota moderadora en el régimen contributivo varía según el ingreso base de cotización, mientras que en el régimen subsidiado (SISBEN), no se deben pagar cuotas moderadoras.</p>	<p>Cuotas Moderadoras y Copagos:</p> <p>El sistema de salud de Chile no emplea Cuotas Moderadoras, en su lugar, utiliza un sistema de copago donde los pacientes contribuyen con un porcentaje del costo de los servicios de salud, el cual varía dependiendo del plan de salud que tengan ya sea a través de FONASA o de las ISAPRES.</p>

<p>Presupuesto asignado Anual:</p> <p>Para el año 2023 es de \$ 51,2 billones de pesos colombianos</p>	<p>Presupuesto asignado Anual:</p> <p>Para el año 2023 \$ 12,8 billones de pesos chilenos en total 58,42 billones de pesos colombianos. De esta cantidad, 10,9 billones de pesos chilenos están asignados específicamente al (FONASA), que es el</p>
---	---

	<p>ente encargado de la administración de los recursos destinados a la salud pública del país.</p>
<p>Atención Primaria</p>	<p>Atención Primaria</p>
<p>IPS primarias, ESE, hospitales II nivel, y centros de salud.</p>	<p>Centros de Salud (CES). Centros de Salud Familiar (CESFAM). Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF). Postas Salud Rurales (PSR)</p>
<p>Atención Secundaria</p>	<p>Atención Secundaria</p>
<p>Hospitales departamentales y clínicas con servicios de complejidad intermedia.</p>	<p>Hospitales y centros especializados para servicios más complejos.</p>
<p>Atención Terciaria</p>	<p>Atención Terciaria</p>
<p>Hospitales de referencia nacional y clínicas de alta complejidad.</p>	<p>Hospitales de alta complejidad y centros de referencia nacional.</p>

<p>UPC Contributivo: \$1.289.246,40 anual</p>	<p>Per cápita: \$9.718 anual (1,04% de aumento respecto al año anterior)</p>
<p>Cubrimiento:</p> <p>Régimen Subsidiado: Cubre a la población vulnerable identificada por el SISBEN de menores ingresos, ofreciendo acceso total o parcialmente subsidiado por el Estado.</p> <p>Régimen Contributivo: Dirigido a aquellos con capacidad de pago, como empleados y trabajadores independientes, quienes contribuyen con un porcentaje de sus ingresos y pueden tener copagos y cuotas moderadoras basados en su nivel de ingreso.</p>	<p>Cubrimiento:</p> <p>FONASA: Clasifica a los afiliados en grupos A-D por ingresos y ofrece la posibilidad de libre elección de proveedores de salud.</p> <p>Grupo A: Para los más pobres, cobertura completa sin costo. Grupo B: Para ingresos bajos, copago reducido.</p> <p>Grupo C: Para ingresos medios, copago moderado.</p> <p>Grupo D: Para los más ricos, copago más alto.</p>

<p>Cotización Empleados y trabajadores independientes Aproximadamente 12.5% del ingreso mensual (4% pagado por el empleado y 8.5% por el empleador) y como independiente el 12.5 % del 40 % del valor mensual de sus ingresos.</p>	<p>Trabajadores de FONASA 7% del ingreso imponible mensual del trabajador. Trabajadores que eligen LAS ISAPRES: Cuando un afiliado paga más del 7% de su ingreso imponible, lo que excede el valor del plan de salud contratado se considera un excedente y se deposita en una cuenta individual del afiliado. Estos fondos se pueden usar para pagar servicios médicos o primas de salud adicionales y se reajustan de acuerdo con la inflación</p>
<p>Servicios complementarios en salud (opcionales): El Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrece la posibilidad de acceder a planes de salud opcionales y voluntarios, financiados por quien los contrata, como la medicina prepagada y los planes complementarios que ofrecen las Eps estas no hacen parte del cubrimiento del BPS.</p>	<p>Servicios complementarios en salud (opcionales): son adicionales a las Garantías Explícitas en Salud (GES) y se refieren a prestaciones y beneficios adicionales cuyo financiamiento se obliga la Isapre, de acuerdo con lo estipulado en un documento contractual. Estos planes son una capa adicional de cobertura que pueden incluir mejores condiciones de atención, coberturas más amplias, y otras condiciones pactadas entre la Isapre y el usuario.</p>

<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • INVIMA regula la seguridad y eficacia de los medicamentos. • El Plan de Beneficios en Salud (PBS) incluye una lista de medicamentos cubiertos. • Existen políticas para controlar los precios de los medicamentos. • Se promueve el uso de medicamentos genéricos. • Hay programas de subsidios para medicamentos dirigidos a poblaciones vulnerables. 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Instituto de Salud Pública (ISP) supervisa la seguridad y eficacia de los medicamentos. • FONASA e ISAPRES definen listas de medicamentos cubiertos. • La Ley de Fármacos II está orientada a regular los precios de los medicamentos. • Se fomenta el uso de medicamentos genéricos para mejorar la accesibilidad. • Existen subsidios para garantizar el acceso a medicamentos a personas de bajos ingresos.
<ul style="list-style-type: none"> • La industria farmacéutica está activa en la producción e importación de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El enfoque está en la importación de medicamentos, aunque también hay alguna producción local.

Analizando la información anteriormente, ambos sistemas de salud en Colombia y Chile presentan similitudes en su estructura mixta, con participación de entidades públicas y privadas.

Sin embargo, difieren significativamente en su enfoque de aseguramiento, administración de recursos, y estrategias de financiamiento y cobertura.

Colombia se rige por la ley 100 de 1993, con la ADRES manejando los recursos financieros y las EPS intermediando en la prestación de servicios. El financiamiento se diversifica a través de regímenes contributivo y subsidiado, impuestos a consumos específicos y copagos. La atención se organiza en niveles de complejidad creciente y se complementa con planes voluntarios de salud.

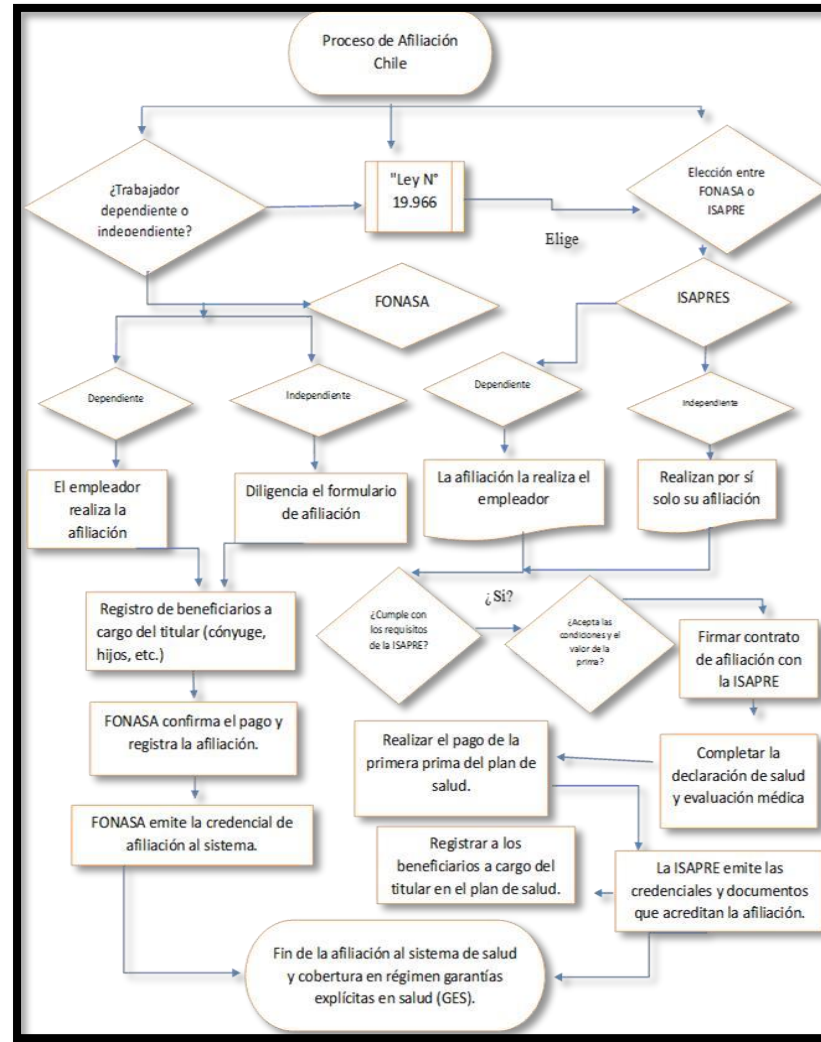
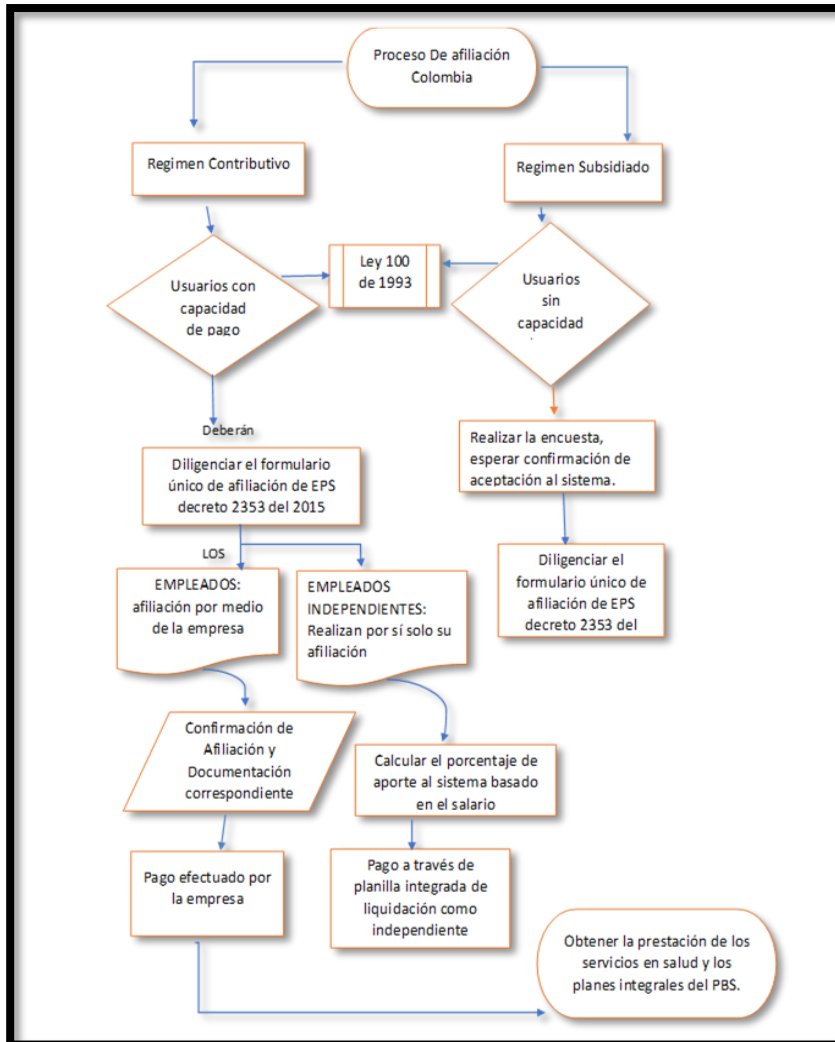
Chile cuenta con la Ley N° 18.469 y la modificación de la Ley 19.966, creando el Régimen de Garantías en Salud (GES). FONASA y las ISAPRES constituyen el núcleo del sistema, con un financiamiento centralizado en aportes gubernamentales y cotizaciones obligatorias. No se utilizan cuotas moderadoras, sino copagos según el plan de ISAPRE o segmento de FONASA al que pertenezca el usuario, y se categoriza a los beneficiarios según su nivel de ingresos para definir la cobertura.

En ambos países, la atención se escalona desde el nivel primario hasta el terciario, con servicios adicionales disponibles para aquellos que deseen coberturas más amplias. Los sistemas, aunque comparten principios de atención estratificada y aseguramiento mixto, muestran diferencias en la implementación de pagos por servicios, la estrategia de cobertura basada en ingresos y la administración de los recursos financieros.

1.1 Flujogramas de los Procesos de Afiliación:

Estos flujogramas se han creado con el propósito de proporcionar una visión gráfica y comparativa de los pasos necesarios para afiliarse a los sistemas de salud en ambos países.

Grafica 1 Comparación de Afiliación al sistema de Colombia y Chile.



Elaboración propia Fuente : Becerril-Montekio, Víctor, Reyes, Juan de Dios, & Manuel, Annick. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s132-s142. Recuperado en 24 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es. - Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(supl 2), S144-S155.

4.2.1 histórico de la afiliación y cobertura al SGSSS en Colombia

Esta sección realiza una perspectiva histórica del estado de la afiliación y cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Se despliega un análisis de la trayectoria del sistema de salud, destacando la ampliación de la cobertura sanitaria y la distribución de los afiliados según el Régimen y la eps que elijan.

4.2.2 Porcentaje Afiliados al SGSSS en Colombia

En la presente sección, se aborda la proporción de ciudadanos colombianos vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se proporcionará un enfoque cuantitativo que revelará el porcentaje de afiliación y su implicación en la efectividad de la cobertura de salud nacional. Esta evaluación es fundamental para comprender la extensión de la seguridad social en salud en Colombia y para identificar posibles áreas de mejora en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

La siguiente gráfica presenta la estructura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, desglosando la población según su participación en los distintos regímenes del sistema.

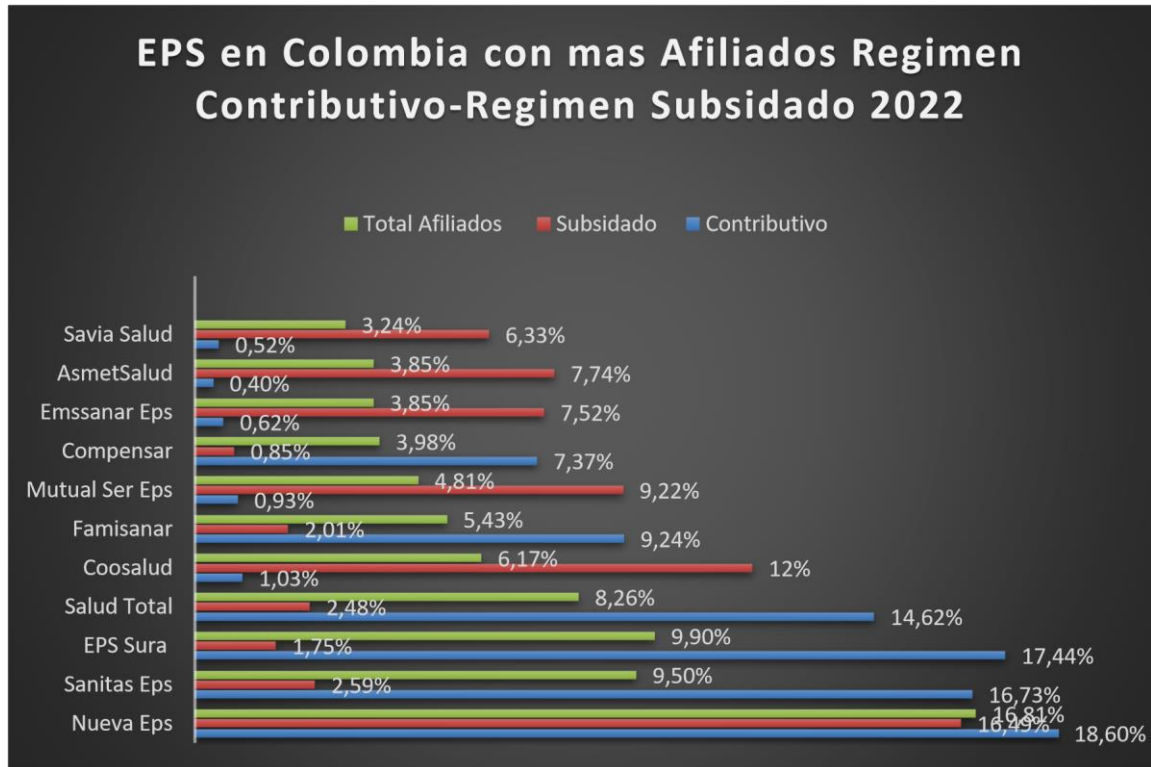
Grafico 2 Afiliados a los Regímenes de Seguridad social en salud

Elaboración propia, Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, datos del Censo 2018 (<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografiay-poblacion/proyecciones-de-poblacion>)

La gráfica ilustra que el sistema de seguridad social en salud de la población se divide principalmente entre el régimen contributivo (51%) y el subsidiado (46%), con solo un 3% no afiliado. Esto refleja una cobertura casi universal del sistema de salud, con una distribución equitativa entre quienes contribuyen directamente y quienes reciben subsidios, indicando un sistema inclusivo que se esfuerza por alcanzar una cobertura total.

La gráfica muestra la distribución porcentual de afiliados a diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, diferenciando entre el régimen Contributivo y el régimen Subsidiado. Se ilustra cómo cada EPS se compara en términos de cantidad de afiliados en ambos regímenes para el año 2022.

Grafica 2 Afiliados a eps Régimen contributivo Régimen Subsidiado.



Elaboración propia. (2023). Afiliados a EPS en Colombia: Régimen Contributivo vs. Régimen Subsidiado. Basado en datos del "Boletín del Aseguramiento en Salud" del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado de [Páginas - Comportamiento del aseguramiento \(minsalud.gov.co\)](https://www.minsalud.gov.co/Paginas-Comportamiento-del-aseguramiento)

El gráfico muestra que las EPS con el mayor número de afiliados en Colombia son también las que cuentan con una mayor proporción de afiliados que cotizan al sistema. Salud Total y EPS Sura también tienen una gran cantidad de afiliados, especialmente en el régimen Contributivo. Esto indica que estas EPS están más orientadas hacia el segmento de la población que es cotizante. Las EPS más pequeñas, como Savia Salud y AsmetSalud, tienen una presencia más modesta en ambos regímenes.

Nueva Eps tiene la mayor proporción de afiliados en ambos regímenes, con un porcentaje significativamente menor en el régimen Subsidiado.

4.2.3 Eps Vigentes Del Régimen Contributivo Y Subsidiado – Sgsss

La siguiente tabla presenta un listado de las EPS actualmente activas en Colombia, señalando el régimen de salud al cual están afiliadas con corte a agosto del 2023.

Nombre de la EPS	Régimen
COOSALUD EPS-S	Ambos Regímenes
NUEVA EPS	Ambos Regímenes
MUTUAL SER	Ambos Regímenes
ALIANSALUD EPS	Contributivo
SALUD TOTAL EPS S.A.	Ambos Regímenes
EPS SANITAS	Ambos Regímenes
EPS SURA	Contributivo
FAMISANAR	Ambos regímenes
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS	Contributivo
SALUD MIA	Contributivo
COMFENALCO VALLE	Contributivo
COMPENSAR EPS	Ambos Regímenes
EPM - EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN	Contributivo
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	Contributivo
CAJACOPI ATLANTICO	Subsidiado
CAPRESOCA	Subsidiado
COMFACHOCO	Subsidiado
COMFAORIENTE	Subsidiado
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	Subsidiado
ASMET SALUD	Subsidiado
EMSSANAR E.S.S.	Subsidiado
CAPITAL SALUD EPS-S	Subsidiado
SAVIA SALUD EPS	Subsidiado
DUSAKAWI EPSI	Subsidiado
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI	Subsidiado
ANAS WAYUU EPSI	Subsidiado

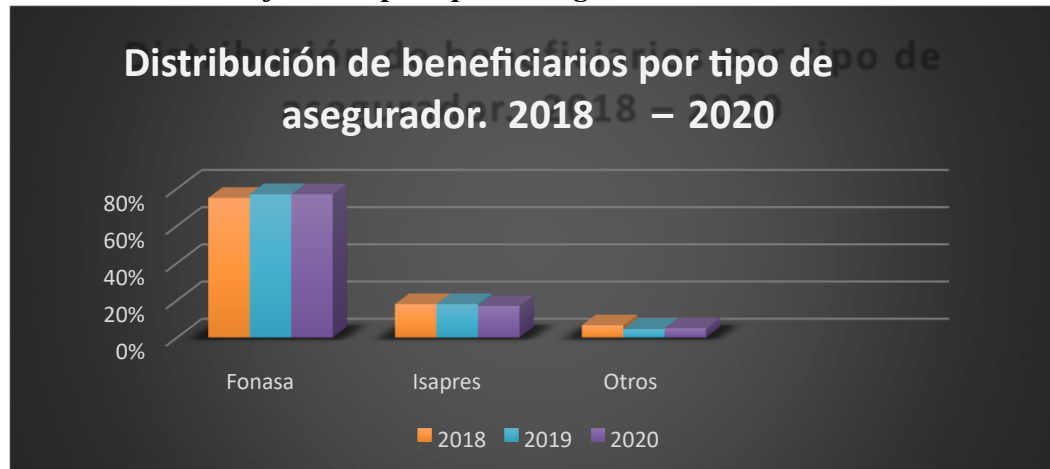
Elaboración propia Fuente: Subdirección de la Operación del Aseguramiento en Salud. EPS Vigentes del Régimen Contributivo y Subsidiado – SGSSS. Fecha de corte: 01 de Agosto de 2023.

4.2.4 Porcentaje Afiliados al Sistema de Salud en Chile

Se abarca el análisis del porcentaje de afiliados al sistema de salud en Chile, con un enfoque específico en la evolución de la distribución de beneficiarios por tipo de asegurador durante los años 2018 a 2020. Se examina la predominancia de FONASA en el sector y su estabilidad a lo largo del tiempo, así como la participación de ISAPRE y otros grupos minoritarios. Además, se explora la composición socioeconómica de los afiliados a FONASA, proporcionando una perspectiva sobre la distribución de los asegurados según su nivel de ingreso. La sección concluye con la distribución de los afiliados entre las diferentes ISAPRES, resaltando la estructura y las preferencias dentro del sistema privado de salud.

Esta grafica ilustra la distribución de beneficiarios en Chile por tipo de asegurador a lo largo de una década, desde 2010 hasta 2020. Este análisis de tendencias proporciona una visión clara de cómo ha variado la participación de FONASA, ISAPRES.

Grafica 3 Distribución de beneficiarios por tipo de asegurador, 2018 – 2020



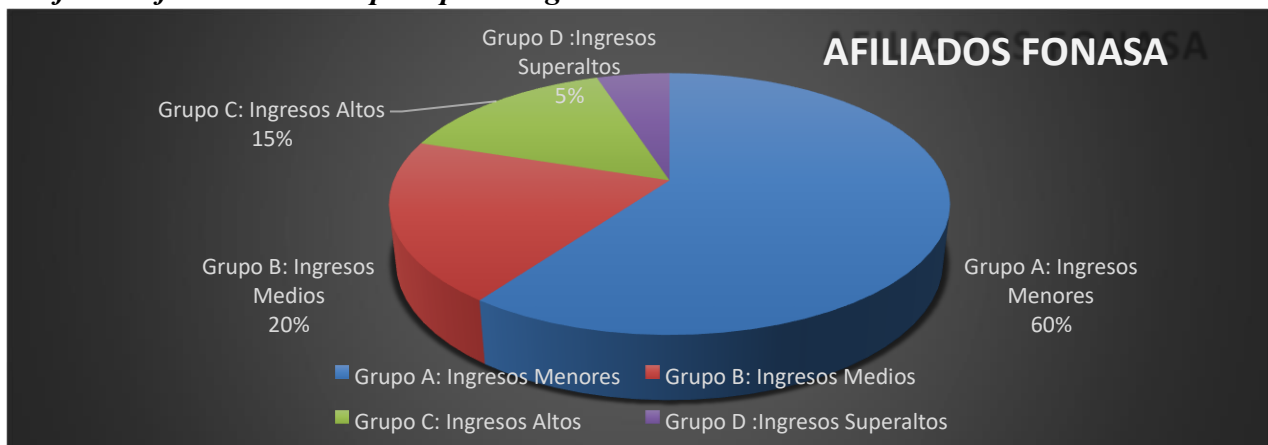
Fuente: Elaboración propia, Superintendencia de Salud (estadísticas por tema) recuperado

<https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3741.html>

Se puede concluir que entre 2018 y 2020, FONASA ha sido el asegurador dominante en Chile, manteniendo la mayoría de los beneficiarios en el sector de seguros de salud sin mostrar variaciones significativas año tras año. Por otro lado, ISAPRE, mientras mantiene una cuota más pequeña en comparación con FONASA. Los Afiliados categorizados como "Otros" son las personas que no se encuentran afiliadas a sistema de salud, representan una fracción muy pequeña, indicando una concentración del mercado de seguros de salud principalmente entre FONASA e ISAPRE.

El sistema de salud pública de Chile, administrado por (FONASA), categoriza a sus afiliados en grupos basados en sus niveles de ingreso. La siguiente gráfica proporciona un desglose visual de la distribución de los afiliados a FONASA, destacando cómo se distribuyen entre los distintos estratos económicos. Este análisis es crucial para entender la estructura socioeconómica de los beneficiarios del sistema de salud pública y permite evaluar la equidad y el acceso a los servicios de salud en relación con la capacidad económica de los individuos.

Grafica 4 Afiliados Fonasa por tipo de ingreso



Elaboración propia Fuente: Superintendencia de Salud de Chile (2023) Estadísticas por tema recuperado <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue3741.html> .

La gráfica sobre los afiliados a FONASA por tipo de ingreso en Chile muestra que una mayoría, el 60%, pertenece al grupo con ingresos menores. Un 20% se encuentra en la categoría de ingresos medios, mientras que el 15% cae bajo ingresos altos. Solo un 5% de los afiliados a FONASA se clasifica en el grupo con ingresos superaltos. Este desglose indica que FONASA

atiende principalmente a individuos y familias de bajos ingresos, reflejando su papel en proporcionar acceso a servicios de salud a las partes más vulnerables de la sociedad. La presencia de afiliados con ingresos más altos puede demostrar la utilización del sistema público de salud por un porcentaje amplio de la población.

El siguiente grafico ilustra la distribución porcentual de los afiliados entre las distintas ISAPRES que operan en el país. Esta representación visual ofrece una visión clara de la preferencia de los usuarios del sistema privado de salud, reflejando tanto la concentración de mercado como la diversidad de opciones disponibles para los consumidores.

Grafica 5 Afiliados ISAPRES



Elaboración autor Fuente Superintendencia de salud año 2022 Estadística de beneficiarios sistema ISAPRE recuperado :

<https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3724.html>

Se observa una concentración en cuatro principales proveedores, con Golden Cross S.A. a la cabeza, seguido por Consalud S.A., Banmédica S.A. y Cruz Blanca S.A., los cuales suman

aproximadamente el 83% del total de afiliados. Las entidades menores como Nueva Masvida S.A., Vida Tres S.A., Isalud Ltda., y Fundación tienen una participación más modesta, indicando una preferencia de los afiliados por las ISAPRES más establecidas.

5 CAPÍTULO 5: RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados obtenidos en el estudio sobre la intervención privada en los sistemas de salud de los dos países: Colombia y Chile. Se destacan los hallazgos más relevantes que emergen del análisis comparativo, centrándose en aspectos clave como la cobertura, la calidad, la equidad, la sostenibilidad financiera y la eficacia administrativa de ambos sistemas. A continuación, se describen los puntos principales de la investigación, resaltando las similitudes y diferencias críticas entre los modelos de salud de ambos países

5.1 Puntos Clave Sobre la Intervención Privada en los Sistemas de Salud de Colombia:

- Colombia ha logrado una cobertura casi universal en salud (99.6%), pero esto no necesariamente se traduce en calidad y equidad en los servicios de salud.
- El país enfrenta retos en cuanto a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, así como la necesidad de optimizar la supervisión y control administrativo.
- La existencia de EPS brinda a los usuarios una variedad de opciones para elegir según sus necesidades y preferencias.
- Las entidades privadas a menudo buscan innovar y ser más eficientes para ser competitivas en el mercado, lo que puede conducir a una mejor gestión y a servicios de salud más efectivos.
- Las EPS tienen programas de prevención y promoción de la salud, contribuyendo a la reducción de enfermedades y a la promoción de estilos de vida saludables.
- La participación privada ha permitido una mayor descentralización y, por ende, una respuesta más rápida y ajustada a las necesidades locales.

5.2 Puntos Clave Sobre la Intervención Privada en los Sistemas De Salud De Chile:

- **Acceso a Servicios Privados:** Las ISAPRES ofrecen a los afiliados la oportunidad de acceder a servicios de salud privados, que a menudo tienen menos tiempo de espera y mejores instalaciones que el sector público.
- **Autonomía del Usuario:** Los usuarios tienen la autonomía de elegir entre un sistema de salud público y uno privado, según su capacidad de pago y sus necesidades de salud.
- **Inversiones en Salud:** El sistema privado ha incentivado la inversión en infraestructura de salud, tecnología médica y calidad de servicio.
- **Seguro de Salud Personalizado:** Las ISAPRES permiten a los usuarios personalizar su seguro de salud, eligiendo planes que se adapten mejor a sus situaciones individuales realizando un pago adicional para cubrir muchos más servicios médicos.

5.3 Similitudes entre los Sistemas de Salud de Colombia y Chile:

- **Modelo Mixto:** Ambos países implementan un modelo de salud mixto que incluye un fuerte componente de seguro privado además del público.
- **Cobertura Ampliada:** Tanto Colombia como Chile han ampliado la cobertura de salud a más ciudadanos aumentando mayoritariamente su porcentaje de cubrimiento llegando al Universal en cada país.
- **Opción de Calidad:** Los sectores privados en ambos países ofrecen opciones de alta calidad, con acceso a atención especializada y tecnología de punta.
- **Prevención y Promoción de la Salud:** Los sistemas privados en ambos países promueven la prevención y el cuidado de la salud, no solo la atención de enfermedades.

- **Financiamiento** En ambos sistemas, los trabajadores contribuyen con un porcentaje obligatorio de sus ingresos para financiar su salud.

5.4 Las principales diferencias entre los sistemas de salud de Colombia y Chile

- **Chile:** Los ciudadanos tienen derecho a un seguro público por defecto (FONASA), pero pueden optar voluntariamente por un seguro privado (ISAPRES), eligiendo entre diversos planes con distintas coberturas y costos.
- **Colombia:** El sistema de salud cubre a todos los ciudadanos mediante dos regímenes: el contributivo para quienes pueden pagar y el subsidiado para los de bajos ingresos, basándose en su situación económica y no en una elección voluntaria del tipo de seguro.
- La contribución obligatoria para la salud es del 7% en Chile, mientras que en Colombia 12.5% Según el ingreso del afiliado y se aplica de manera diferenciada entre los regímenes contributivo y subsidiado.
- **Chile:** El Régimen de Garantías en Salud (GES), conocido previamente como AUGE, es un sistema que prioriza 87 condiciones de salud específicas y garantiza a los pacientes acceso oportuno, tratamiento adecuado y protección financiera para estas enfermedades. Este enfoque selectivo y garantista asegura que recursos considerables se asignen a estas condiciones, que tienen una alta carga de morbilidad.
- **Colombia:** Por su parte, implementa el Plan de Beneficios en Salud (PBS), que reemplazó al Plan Obligatorio de Salud (POS). El PBS es un listado comprensivo de servicios y tecnologías que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben cubrir. Este plan es más inclusivo y no se limita a un número fijo de condiciones, sino que está diseñado para

proveer una cobertura amplia y atención integral a todos los afiliados al sistema de salud, independientemente de la condición médica que presente.

5.5 Conclusiones

Al inicio de esta investigación, se propuso explorar la dinámica entre la intervención privada en los sistemas de salud y su capacidad para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos en Colombia y Chile, se evaluó detalladamente mediante un análisis descriptivo de derecho comparado la estructura, funcionamiento, operatividad, afiliación, cobertura y legislación, el cual demostró ser efectiva para alcanzar el objetivo principal.

A través de este enfoque, se ha aclarado cómo la intervención privada en ambos sistemas influye en la cobertura, la calidad y la equidad de los servicios de salud, se destaca el sistema de seguridad social en salud colombiano, que tiene una cobertura sin condiciones a nivel más general en su PBS, en Chile es todo lo contrario, el sistema de seguridad social en salud a través del GES tiene una cobertura más limitada y con ciertas condiciones que a pesar de sus reformas actuales sigue sin cubrir enfermedades que no estén en el margen de las 87 patologías y problemas de salud que componen el GES.

Si bien la participación privada ha introducido mejoras en la competencia y estructuración de los servicios prestados, además de mejorar la eficiencia en la gestión de bases de datos y manejo operativo, también ha generado deficiencias, especialmente en lo que respecta a la transparencia y el manejo de recursos dentro de los sistemas sanitarios.

La falta de supervisión efectiva da lugar a prácticas deshonestas, desigualdades en la atención médica y una disminución en la confianza de los usuarios en el sistema de salud. Es esencial que estas entidades de control cumplan con su función de manera más efectiva.

Dada la variabilidad en el acceso y la calidad de la atención sanitaria entre las áreas urbanas y rurales, se subraya la imperiosa necesidad de impulsar una mayor descentralización

hacia las zonas rurales de Colombia. Esto demanda el diseño e implementación de políticas de salud que promuevan un equilibrio más eficiente en la prestación de servicios. Para materializar este objetivo, es crucial el fortalecimiento de la autonomía local, permitiendo una gestión más adaptada y sensible a las particularidades de cada comunidad. La ampliación de la infraestructura sanitaria, junto con una inversión mayor en recursos, se vuelve indispensable, especialmente en áreas menos desarrolladas.

En vista de los hallazgos presentados, se hace evidente la necesidad de un modelo de gestión en salud que armonice los beneficios de la intervención privada en cuanto a manejo de recursos públicos se recomienda desarrollar un marco legislativo específico para el sector salud, que implique la revisión y fortalecimiento de los estándares de calidad, y eficiencia en la gestión de recursos, este marco debe incluir mecanismos de fiscalización más efectivos, capaces de evaluar de manera continua el cumplimiento de estas normativas que sean dirigidas (EPS) con el objetivo de prevenir la acumulación de deudas y asegurar una gestión financiera sostenible. Este sistema debe facilitar la detección temprana de riesgos financieros y operativos

Mirando hacia el futuro, es fundamental que se priorice la investigación y el diálogo entre los diversos actores del sistema de salud, con el fin de construir un marco legislativo que no solo responda a las necesidades actuales, sino que también sea resiliente ante los desafíos venideros.

Ese esfuerzo conjunto será clave para garantizar que el derecho a la salud se mantenga como un pilar fundamental en la construcción de sociedades más justas y equitativas.

6 BIBLIOGRAFIA

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (Resolución 217 A (III), Artículo 25.1). Naciones Unidas.
Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Becerril-Montekio, Víctor, Reyes, Juan de Dios, & Manuel, Annick. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s132-s142
- ARL Suramericana. (s.f.). Porcentaje de cotización. Recuperado de <http://www.arlsura.com/index.php/component/glossary/GlosariodeT%C3%A9rminos99//Porcentaje-de-cotizaci%C3%B3n-106>
- Colombia. Congreso de la República. (2010). Ley 1393 de 2010. Recuperado de [Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY_1393_2010] (secretariassenado.gov.co)]
- Colombia. Congreso de la República. (2011). Ley No. 1438. Diario Oficial. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pd
- Congreso de la República de Colombia. (1990). Ley 10 de 1990 "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones Ley-10-de-1990-Gestor-Normativo (funcionpublica.gov.co)
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007.
- Congreso Nacional de Chile. (1985). Ley N° 18469: Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

Promulgada el 14 de noviembre de 1985. Publicada el 23 de noviembre de 1985. Última modificación: 24 de abril de 2006.

- (Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J., 2011, Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex*, 53(supl 2), S144-S155, p. S144)
- José Luzuriaga, M. (2023). La privatización de los sistemas de salud, la pandemia y la desprivatización en debate. *Revista de la CEPAL*, n. 139, 165–183. Recuperado de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=163172520&site=ehost-live>. Acceso el 5 de octubre de 2023.
- José Eduardo Bernal B. (2016). *Fundamentos de la seguridad social colombiana*. Villavicencio, Meta-Colombia: Corporación Universitaria del Meta-Universidad Simón Bolívar-Barranquilla.
- La República. (2022). Educación y salud son los sectores que tendrán más adición en el presupuesto de 2023. Recuperado de: <https://www.larepublica.co/economia/educacion-y-salud-son-los-sectores-que-tendran-mas-adicion-en-el-presupuesto-de-2023-3636380>
- La Salud Universal por OMS Organización Mundial de la Salud Constitución (1948).
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). *Cartilla Pedagógica Reforma Estructural Al Sistema De Salud*.
- Molero, M. del CV, Barros, YAF, & Codina, NP (2019). Aportes a la seguridad social y destino del recaudo de determinados impuestos al rubro del sistema de salud en Colombia. *Academia y Derecho*, 10 (18), 127–164. Recuperado de <https://doi.org/10.18041/2215-8944/academia.18.6000>

- Muñoz Segura, Ana María. (2010). LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 1936 Y EL CAMINO HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *universitas*, (120), 102-124. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-90602010000100005&lng=en&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2000/en/>
- Superintendencia de Salud. (2023). Excedentes de cotización en ISAPREs. Recuperado el 10 de octubre de 2023, de <https://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-3464.html>
- Trabajo de la Superintendencia de Seguridad Social. (2019). *Universidad del Desarrollo. Estructura Y Funcionamiento Del Sistema De Salud Chileno*.