

## Sistema de Aseguramiento en Salud en Chile, México y Colombia; Revisión Documental

**Laura Alejandra Arias Cipagauta<sup>1</sup>**

[laarias@unicoc.edu.co](mailto:laarias@unicoc.edu.co)

<https://orcid.org/0009-0001-3385-8164>

Institución Universitaria

Colegios de Colombia UNICOC

**Angie Ximena Torres Urrego**

[axtorres@unicoc.edu.co](mailto:axtorres@unicoc.edu.co)

<https://orcid.org/0009-0008-0067-4570>

Institución Universitaria

Colegios de Colombia UNICOC

**Luz Amparo Ruiz García**

[lagarcia@unicoc.edu.co](mailto:lagarcia@unicoc.edu.co)

<https://orcid.org/0000-0002-9305-1012>

Institución Universitaria

Colegios de Colombia UNICOC

### RESUMEN

Esta revisión documental observa que existen similitudes entre los sistemas de aseguramiento de salud en Colombia, Chile y México, y evalúa su eficacia, eficiencia y cobertura. **Objetivo:** Se busca entender las particularidades de cada sistema, incluyendo regímenes públicos, privados y mixtos, y su impacto en la salud de la población; y se enfoca en analizar diferencias clave e identificar prácticas exitosas y modelos transferibles de Chile y México que podrían mejorar la eficiencia y efectividad del sistema colombiano. **Metodología:** El estudio se realiza mediante la metodología de revisión documental teniendo en cuenta criterios de comparación de diversos textos. **Resultados:** En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se enfrenta a problemas de ineficiencia, fragmentación e inequidad que impactan negativamente en el acceso a la atención médica. En Chile, la dualidad entre el sector privado y el Servicio Nacional de Salud suscita debates sobre la universalidad y la solidaridad del sistema. En México, la fragmentación y la insuficiencia de recursos continúan afectando la calidad y la pertinencia de los servicios; la desigualdad en el acceso persiste, especialmente para poblaciones en condiciones de pobreza. **Conclusiones:** A pesar de los esfuerzos por garantizar la cobertura universal y equidad en el acceso a los servicios de salud, persisten desafíos significativos en los tres países.

**Palabras clave:** sistemas de aseguramiento en salud; salud; sistema de salud colombiano; sistema de salud chileno; sistema de salud mexicano

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [laarias@unicoc.edu.co](mailto:laarias@unicoc.edu.co)

# Health Insurance System in Chile, Mexico and Colombia; Documental Review

## ABSTRACT

This documentary review notes that there are similarities between the health insurance systems in Colombia, Chile and Mexico, and evaluates their effectiveness, efficiency and coverage. **Objective:** It seeks to understand the particularities of each system, including public, private, and mixed systems, and their impact on the health of the population; and focuses on analyzing key differences and identifying successful practices and transferable models from Chile and Mexico that could improve the efficiency and effectiveness of the Colombian system. **Methodology:** The study is carried out by means of a documentary review methodology taking into account criteria of comparison of different texts. **Results:** In Colombia, the General Social Security Health System (SGSSS) faces problems of inefficiency, fragmentation and inequity that negatively impact access to health care. In Chile, the duality between the private sector and the National Health Service raises debates about the universality and solidarity of the system. In Mexico, fragmentation and insufficient resources continue to affect the quality and relevance of services; inequity in access persists, especially for populations in conditions of poverty. **Conclusions:** Despite efforts to ensure universal coverage and equity in access to health services, significant challenges persist in all three countries.

**Keywords:** health insurance systems; health; Colombian health system; chilean health system; mexican;health system

*Artículo recibido 12 setiembre 2023  
Aceptado para publicación: 28 octubre 2023*

## INTRODUCCIÓN

Si bien el derecho a la salud es un derecho universal y sus principios constitucionales son la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, beneficiando a las personas más vulnerables y población en general de forma digna y completa, no todas las personas tienen el mismo acceso a los tipos de aseguramiento dependiendo de su lugar de residencia y factores económicos que presenten.

Es pertinente definir los conceptos de eficiencia y eficacia en salud, como afirman Lam y Hernández (2008), “un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos”, alcanzando los mejores resultados con los recursos disponibles; así mismo, estos autores<sup>2</sup> afirman que la eficacia “se refiere a todos aquellos resultados relacionados con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales, de tal manera que para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y en mayor cantidad”, es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible.

En Colombia, desde la Ley 100 de 1993 se cuenta con un sistema de seguridad social integral, el cual es presentado por dos entidades encargadas de los regímenes de salud: las EPS y las IPS.

Las EPS (Entidad Promotora de Salud), son entidades responsables de la afiliación, registro y representación de los afiliados al sistema de seguridad social, esto está estipulado en el Artículo 177 de la Ley 100 de 1993, como afirma la Secretaría de Planeación de la Alcaldía Mayor de Bogotá (2023), estas “se encargan también del recaudo de las cotizaciones y su función básica es organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS)”. Así mismo, para el año 2022 el Ministerio de Salud y Protección social afirma que “Colombia alcanza el 99,6 % de la cobertura del aseguramiento universal, con una distribución de 24.399.839 personas en el Régimen Contributivo y 24.745.934 en el Subsidiado”, el gasto total en salud como porcentaje del PIB alcanzó para 2021 un porcentaje cerca del

---

<sup>2</sup> Lam, R. M. y Hernández, P. (2008). *Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud?* Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. Vol. 24. Núm. 2. Ciudad de la Habana. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892008000200009#:~:text=Un%20sistema%20de%20salud%20se,resultados%20con%20los%20recursos%20disponibles.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009#:~:text=Un%20sistema%20de%20salud%20se,resultados%20con%20los%20recursos%20disponibles.)

8%<sup>3</sup>; este aseguramiento es complementado con los esfuerzos realizados de las garantías que presta el Plan de Beneficios de Salud, incluyendo nuevos servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC (Unidad de Pago por Capitación).

Las IPS son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud<sup>4</sup>, como asegura el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2023) son las “encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 30 de 1993”.

Las EPS se encargan de organizar y garantizar el acceso a servicios de salud a sus beneficiarios, caracterizándolos, gestionando su aseguramiento y contratando la red de prestadores para los servicios que están estipulados en el sistema de salud colombiano. Por otro lado, las IPS son todas las instituciones, entidades, asociaciones y personas (pueden ser públicas, privadas o con economía mixta) que prestan los servicios de salud a los ciudadanos, en este grupo se encuentran hospitales, clínicas y otros centros de salud. Éstas están autorizadas para prestar parcial o totalmente los procedimientos que se demandan para cumplir el Plan de Beneficios en Salud (PBS) tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado.

Actualmente, en Colombia se presenta una nueva reforma a la salud propuesta por el gobierno del presidente Gustavo Petro, esta pretende recuperar el control de los recursos públicos en dicho rubro, como afirma Oliva (2023), la reforma “enfatisa la importancia de garantizar la atención primaria en salud para todos los colombianos”, trabajando bajo el esquema de Atención Primaria en Salud (APS), con un enfoque preventivo y predictivo.

Esta reforma busca que los servicios de salud puedan ser prestados por entidades de salud, públicas, privadas o mixtas hacia la población en general expandiendo la atención independientemente de su lugar de residencia, para así lograr una mayor cobertura en el territorio nacional. Los objetivos primordiales<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). *Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6%*. Boletín de Prensa No. 373 de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx#:~:text=Colombia%20lleg%C3%B3%20al%20aseguramiento%20universal,al%20alcanzar%20el%2099%2C6%20%25>

<sup>4</sup> Franco, A. L.; Fernández, A. D.; De la Torre, A.; Cañón, M.; Ordoñez, C. A. y González, C. (2021). *Percepción del sistema de acreditación sanitaria en Colombia*. Colombia Médica, 52(3). Disponible en: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/4894/5084>

<sup>5</sup> Oliva, J. C. (2023). *Reforma a la salud en Colombia: claves para entender la iniciativa de Gustavo Petro que avanza en el Congreso*. Publicado el 27 de abril de 2023. El País. Disponible en: <https://elpais.com/america-colombia/2023-04-27/reforma-a-la-salud-en-colombia-claves-para-entender-la-iniciativa-aprobada-de-gustavo-petro.html>

de esta reforma son la reducción de las brechas en salud, la creación de un sistema de prevención de enfermedades llevando a cabo programas de atención para el diagnóstico oportuno de padecimientos, la centralización de los pagos, la calificación y seguimiento técnico de instancias internacionales, la prestación pública, privada y mixta, y la calidad de vida para los trabajadores de la salud.

Chile presenta uno de los sistemas más completos de aseguramiento en cuanto a prestación de servicios públicos y privados vistos en América Latina, teniendo así un aseguramiento en salud pública llamado FONASA con el 72,9% de la población asegurada, y, prestando el sistema de salud privada tenemos a ISAPRES el cual tiene una cobertura del 17,5% de la población<sup>6</sup>. Aun así, la ciudadanía permanece en constante desacuerdo con las prestaciones de servicios ya que no todas las personas pueden tener acceso a los servicios de salud cerca de las zonas donde habitan o trabajan, llevando así a un desacuerdo entre la población y el estado.

Por su parte, México tiene uno de los sistemas de salud más complicados pese a las múltiples reformas y cambios efectuados, este sistema de salud está comprendido en dos grupos: el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las siguientes instituciones de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En cuanto a el sector privado, éste comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluye los prestadores de servicios de medicina alternativa.<sup>7</sup> En México existen tres grupos de población beneficiada, dependiendo del enfoque social en la que se encuentren, presentan mayor o menor oportunidad a los servicios de salud; el primer grupo está constituido por los empleados con buenos ingresos, jubilados y sus familias; en el segundo grupo se encuentran los trabajadores independientes, el sector informal y los desempleados; y en el tercer grupo está la población con capacidad de pago.

Teniendo en cuenta las descripciones anteriores, el objetivo de la investigación es realizar un análisis comparativo de los sistemas de aseguramiento de salud que rigen a Colombia, Chile y México, entendiendo las particularidades de cada uno de estos sistemas, para así cuestionar su eficacia y

---

<sup>6</sup> Castillo, C. A. y Molina, H. (2020). *El Sistema de Salud chileno: Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019*. Revista Estado y Políticas Públicas. Número 14. Pp. 53-67. Disponible en:

<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16273/1/RFLACSO-EPP14-4-Castillo-Molina%20Milman.pdf>

<sup>7</sup> Gómez, O.; Sesma, S.; Becerril, V. M.; Knaul, F. M.; Arreola, H. y Frenk, J. (2011). *Sistema de salud de México*. Salud Pública de México. Vol. 53. Supl. 2. Cuernavaca, México. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es)

eficiencia, así como la cobertura en salud que tienen respecto a la población total de los países. La problematización que pretende el presente trabajo de investigación se direcciona en el sentido de, qué diferencias hay entre los sistemas de aseguramiento de salud de Colombia, Chile y México y si sus regímenes (públicos, privados y mixtos) son eficientes; cómo estas diferencias pueden ser un ejemplo para aplicarse en el sistema de salud colombiano; y cómo se puede mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud colombiano teniendo en cuenta los referentes de los otros países investigados.

## **METODOLOGÍA**

La presente investigación se realizó mediante una revisión documental de carácter cualitativo. Los instrumentos que se utilizan son el análisis y la observación de fuentes de información, mediante bases de datos y repositorios académicos (repositorio académico de la Universidad del Rosario, repositorio académico de UNICOC). Por medio del instrumento de observación (revisión bibliográfica mediante plantilla con criterios de fecha de publicación, tema, país, por documento) se evalúan los antecedentes y la situación actual de los sistemas de aseguramiento en salud que poseen los países de Colombia, México y Chile, así como sus características específicas y la eficiencia y eficacia que provee cada uno. Se utilizaron bases de datos tales como Google Academic, Scielo, Redalyc y los repositorios institucionales oficiales de cada país, con fuentes sacadas de los gobiernos nacionales, ministerios de salud y autoridades regionales y locales respectivamente.

Esta investigación se enmarca en la investigación cualitativa ya que usa métodos de análisis basados en la interpretación de la realidad, en este caso, de la realidad objetiva y subjetiva de los sistemas de aseguramiento en salud de Colombia, Chile y México, que puede ser analizada mediante los textos oficiales de los respectivos países, las noticias publicadas por diferentes medios, y la interpretación de datos encontrados en la bibliografía encontrada. Así mismo, la revisión documental es un método de investigación cualitativa, al reunir información de diferentes fuentes, esta se puede contrastar y llegar a conclusiones a partir de los análisis hechos basados en la opinión de las personas y en el recuento de información obtenida de las fuentes consultadas.

En este escenario, la elección de documentos se realiza de manera formal y científica, haciendo uso de repositorios universitarios, documentos gubernamentales y artículos científicos previamente publicados. A través los documentos consultados es factible obtener información esencial para lograr el enfoque que

necesita la investigación. La metodología de análisis de texto es más nueva comparada con los otros métodos, pero en el presente caso es de mucha importancia para el desarrollo de la investigación.

Con la revisión de literatura se abordó el tema de investigación teniendo en cuenta los antecedentes teóricos, conceptuales y de estudios de caso que se tienen sobre el tema escogido, en tres países del mundo: México, Chile y Colombia; así mismo, se describen algunas teorías sobre los conceptos usados en la presente investigación, tales como: sistema de salud, sistema de aseguramiento en salud, principio universal de eficacia en salud, principio universal de eficiencia en salud, IPS y EPS.

### **Palabras clave usadas en la búsqueda**

Modelos de contratación, modelos de pago, salud, efectos, reforma en salud, acceso, ley, contrato laboral, seguro de salud, seguridad social, México, reforma de Salud, Colombia, aseguramiento, salud, análisis, comparación, chile, EPS, IPS, entidades promotoras de salud, organizaciones.

### **Guía para el análisis de observación**

Estos indicadores y dimensiones permiten medir y comparar la eficiencia en los sistemas de salud de México, Chile y Colombia. La recopilación y análisis de datos a partir de estos indicadores proporcionan una visión más completa de la eficiencia de los sistemas de salud en los tres países y facilitarán la identificación de áreas de mejora potenciales.

Para esto, se toma la variable dependiente de eficiencia en salud, y seis variables independientes, que se explican a continuación:

- 1) **Acceso a la Atención Médica:** Que analiza las dimensiones de cobertura de población asegurada, tiempo de espera para recibir atención médica y acceso a servicios de atención primaria.
- 2) **Calidad de la Atención Médica:** Tiene en cuenta las dimensiones de cumplimiento de estándares de atención médica, la competencia del personal médico, y la disponibilidad de equipos y tecnología médica.
- 3) **Eficiencia en la Gestión de Recursos:** Analiza el uso adecuado de recursos financieros, la optimización de recursos humanos y el uso eficiente de suministros médicos.
- 4) **Prevención y Promoción de la Salud:** Abarca los programas de prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables y el acceso a información sobre salud.

- 5) **Equidad en el Acceso a la Salud:** Tiene en cuenta la disponibilidad de servicios de salud en áreas rurales y urbanas, el acceso a grupos vulnerables y la eliminación de barreras económicas para la atención médica
- 6) **Infraestructura y Capacidad Hospitalaria:** Esta abarca la disponibilidad de hospitales y centros de atención, la capacidad de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes y la cobertura de servicios especializados.

### Matriz de criterios de comparación

Ésta matriz se visualiza en el Anexo 1, y en ésta se analizan los elementos de: fuente, año y país de estudio (cuál de los tres países abarca la investigación o documento: Colombia, México o Chile); además, se proporcionan sus enlaces respectivos para su consulta.

**Tabla 1**  
Matriz de Comparación

Título	Fuente	Año	País	Páginas	Institución o Revista	Link
1 Vigilancia del acceso a la salud en Chile: un sistema de indicadores para monitoreo multidimensional.	Scielo	2021	Chile	14	Revista médica de Chile. Vol. 149. No. 1.	<a href="http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100062">http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100062</a>
2 Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México.	Scielo	2023	México	31	Revista latinoamericana de derecho social. No. 35.	<a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1870-46702022000200391&amp;lang=es">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1870-46702022000200391&amp;lang=es</a>
3 El Sistema de Salud chileno: análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019 (dossier).	Google Académico	2020	Chile	14	FLACSO Argentina.	<a href="http://hdl.handle.net/10469/16273">http://hdl.handle.net/10469/16273</a>
4 Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia.	Scielo	2018	Colombia	11	Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud. Vol. 38. Núm. 2.	<a href="https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594">https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594</a>

Título	Fuente	Año	País	Páginas	Institución o Revista	Link	
5	Ensayo académico sobre el sistema de salud de Colombia: desde la planificación de salud pública hasta la pandemia de COVID-19.	Google Académico	2023	Colombia	12	Recima 21. Revista Científica Multidisciplinar.	<a href="https://www.researchgate.net/publication/369608193_ensayo_academico_sobre_el_sistema_de_salud_de_colombia_desde_la_planificacion_de_salud_publica_hasta_la_pandemia_de_covid-19">https://www.researchgate.net/publication/369608193_ensayo_academico_sobre_el_sistema_de_salud_de_colombia_desde_la_planificacion_de_salud_publica_hasta_la_pandemia_de_covid-19</a>
6	Informalidad laboral y derecho a la salud en México, un análisis crítico.	Scielo	2019	México	10	Ciência & Saúde Coletiva, 24(7).	<a href="https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.1434207">https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.1434207</a>
7	Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud.	Google Académico	2019	México	8	Salud Pública de México. Vol. 61 Núm. 6.	<a href="https://doi.org/10.2114/9/10561">https://doi.org/10.2114/9/10561</a>
8	Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal.	Google Académico	2021	Colombia	9	Pan American Journal of Public Health.	<a href="https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18">https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18</a>
9	Health equity in Mexico from the perspective of sustainable human development.	Google Académico	2019	México	14	Horizonte Sanitario 18(3):281-293.	<a href="https://www.researchgate.net/publication/339841795_Health_equity_in_Mexico_from_the_perspective_of_sustainable_human_development">https://www.researchgate.net/publication/339841795_Health_equity_in_Mexico_from_the_perspective_of_sustainable_human_development</a>
10	Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem.	Scielo	2019	México	10	Salud Pública de México. Vol. 61 Núm. 4.	<a href="https://doi.org/10.2114/9/10146">https://doi.org/10.2114/9/10146</a>
11	Resolución 544 de 2023.	Ministerio de Salud de Colombia	2023	Colombia	10	Ministerio de Salud y Protección Social.	<a href="https://www.minsalud.gov.co/NormatividadNuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20544%20de%202023.pdf">https://www.minsalud.gov.co/NormatividadNuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20544%20de%202023.pdf</a>

<b>Título</b>	<b>Fuente</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>	<b>Páginas</b>	<b>Institución o Revista</b>	<b>Link</b>
12 Políticas públicas para un sistema de atención híbrida en salud mental: una propuesta para Chile.	Políticas Públicas de Salud de Chile	2022	Chile	33	Propuestas para Chile. Concurso Políticas Públicas UC.	<a href="https://politicaspUBLICAS.uc.cl/content/uploads/2023/04/propuestas-para-chile-2022-capitulo-1.pdf">https://politicaspUBLICAS.uc.cl/content/uploads/2023/04/propuestas-para-chile-2022-capitulo-1.pdf</a>
13 Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile.	Google Académico	2020	Chile	36	Clínicas de Chile.	<a href="https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2022/04/Resumen-Ejecutivo-Dimensionamiento_compressed.pdf">https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2022/04/Resumen-Ejecutivo-Dimensionamiento_compressed.pdf</a>
14 Chile: Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único.	CLACSO	2023	Chile	-	CLACSO	<a href="https://www.clacso.org/chile-por-que-no-es-lo-mismo-un-servicio-nacional-de-salud-que-el-seguro-unico/">https://www.clacso.org/chile-por-que-no-es-lo-mismo-un-servicio-nacional-de-salud-que-el-seguro-unico/</a>
15 Perception of the healthcare accreditation system in Colombia.	Google Académico	2021	Colombia	12	Revista Colombia Médica. Vol. 52. No. 3.	<a href="https://doi.org/10.2510/cm.v52i3.4894">https://doi.org/10.2510/cm.v52i3.4894</a>
16 El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación.	Google Académico	2019	Colombia	18	Revista Latinoamericana de Derecho Social. Núm. 29.	<a href="http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905">http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905</a>
17 Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018.	Scielo	2020	México	8	Salud Pública de México. Vol. 62. No. 6.	<a href="https://doi.org/10.21149/11547">https://doi.org/10.21149/11547</a>

Fuente: Elaboración propia.

## RESULTADOS

En el presente apartado se analizarán los resultados más relevantes de la revisión documental de los artículos, empezando por Colombia, pasando por Chile y por último México, para al final hacer una comparación entre los hallazgos encontrados.

Para la comprensión del caso colombiano, en su artículo, Mendieta y Jaramillo (2019) analizan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, que se creó hace 25 años con el objetivo de garantizar la cobertura universal y la equidad en el acceso a los servicios de salud; señalan que el sistema presenta problemas de ineficiencia, fragmentación, inequidad y baja calidad, que afectan el derecho a la salud de la población.

Por otro lado, Viáfara et. al. (2021)<sup>8</sup> analizan la relación entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud en Colombia, utilizando datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2019. Se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, y que los indígenas y afrodescendientes tienen más probabilidades de estar afiliados al régimen subsidiado que el grupo que no se reconoce como perteneciente a una etnia o raza. Los autores concluyen que la condición étnico-racial es un factor estructural de inequidad en el acceso a los servicios de salud y que profundiza las desventajas socioeconómicas de las personas y grupos poblacionales en Colombia.

Los resultados arrojados por la investigación realizada por Franco et. al. (2021) se obtuvieron mediante una encuesta aplicada a 1200 personas entre 2018 y 2019, mostrando que la mayoría de los encuestados valoraron positivamente el sistema de acreditación de salud de Colombia y sus beneficios para la calidad y la seguridad de la atención, pero también identificaron algunos desafíos y oportunidades de mejora, como la necesidad de fortalecer el seguimiento y la evaluación, la participación social y el reconocimiento económico a las instituciones acreditadas.

Respecto al caso chileno, entre los análisis realizados se encuentra, por ejemplo, que el gasto anual en salud en Chile alcanzó un 9,4% del PIB en 2020, con un crecimiento de 5,5% respecto al año anterior, según el informe realizado por Clínicas de Chile A.G. (2022). Además, el sector privado de salud atendió

---

<sup>8</sup> Información sacada de Viáfara, C. A., Palacios, G. & Banguera, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 45(30). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18>

el 37% de las consultas médicas ambulatorias, el 29%<sup>9</sup> de las hospitalizaciones y el 40% de las cirugías realizadas en el país en 2020; lo cual supone una alta cobertura y eficiencia dentro del sector de salud privado.

Así mismo, Bass del Campo y Parada (2023) argumentan que, en Chile el Servicio Nacional de Salud, basado en el financiamiento por impuestos generales, es más adecuado para garantizar la universalidad, la solidaridad y la eficiencia del sistema de salud, frente al Seguro Único, que mantiene la lógica de mercado y la segmentación de la población; es así como se defiende a la salud como un derecho social y su provisión como un rol más del Estado.

Por otra parte, en el análisis del sistema de aseguramiento de México, la investigación de Vargas (2022), afirma que el sistema de salud mexicano se basa en el principio constitucional del derecho a la protección de la salud, que implica el acceso universal, equitativo y oportuno a los servicios de salud; sin embargo, éste enfrenta diversos retos y desafíos, como la fragmentación, la inequidad, la insuficiencia de recursos, la baja calidad y la falta de coordinación entre los subsistemas. Se concluye que el sistema de salud de México requiere una reforma integral que fortalezca la garantía institucional del derecho a la protección de la salud, mediante la consolidación de un sistema único, universal, solidario y eficiente.

Dentro del análisis realizado al caso mexicano, se encuentra el texto de Mendoza et. al. (2019), donde los resultados muestran que existe una brecha significativa entre las regiones y los grupos socioeconómicos del país, lo que implica una violación del derecho a la salud y una limitación del desarrollo humano. Los autores proponen una serie de recomendaciones para mejorar la equidad en salud, tales como fortalecer el sistema de salud universal, aumentar el financiamiento público, reducir las barreras de acceso, promover la participación social y garantizar la calidad y la pertinencia de los servicios.

Se puede concluir también desde el texto de Gutiérrez et. al. (2018) que las desigualdades prevalecen en el acceso a servicios de salud en México para las poblaciones en condiciones de pobreza.

---

<sup>9</sup> Datos sacados de Clínicas de Chile A.G. (2022). Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. [https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2022/04/Resumen-Ejecutivo-Dimensionamiento\\_compressed.pdf](https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2022/04/Resumen-Ejecutivo-Dimensionamiento_compressed.pdf)

Del análisis comparativo de los sistemas de aseguramiento en salud de Colombia, Chile y México, emergen valiosas lecciones que podrían fortalecer la eficiencia y eficacia del sistema de salud colombiano.

De Chile, se destaca la eficiente operación del sector privado en atender consultas médicas, hospitalizaciones y cirugías, lo que sugiere la importancia de fomentar la participación activa de proveedores privados en Colombia para aumentar la cobertura y la calidad de la atención. Además, la propuesta de un enfoque basado en financiamiento público, como el del Servicio Nacional de Salud chileno, podría contribuir a garantizar la universalidad y solidaridad en Colombia.

Desde México, la noción del acceso universal, equitativo y oportuno a los servicios de salud, basada en el principio constitucional del derecho a la protección de la salud, puede inspirar reformas que aborden la fragmentación y la insuficiencia de recursos en Colombia. La consolidación de un sistema único y solidario, tal como se propone en México, podría potenciar la cobertura y la calidad en el sistema de salud colombiano

Asimismo, la experiencia de México en identificar y abordar desigualdades regionales y socioeconómicas, junto con las recomendaciones de fortalecer el sistema de salud universal, aumentar el financiamiento público y promover la participación social, podrían influir en la creación de políticas efectivas para mejorar la equidad y la pertinencia de los servicios de salud en Colombia.

## **DISCUSIÓN**

El análisis comparativo de los sistemas de aseguramiento en salud de Colombia, Chile y México revela similitudes y diferencias fundamentales en sus enfoques y desafíos.

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) busca garantizar la cobertura universal, pero problemas de ineficiencia y fragmentación persisten, afectando la calidad y equidad; además, la conexión entre etnia y acceso al aseguramiento resalta inequidades arraigadas, como afirma Viáfara (2021).

Colombia reformó su sistema de salud en 1993 con la Ley 100, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), un conjunto de servicios que deben ser prestados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a todos los afiliados al sistema, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. El POS se financia con recursos provenientes de las cotizaciones

obligatorias de los trabajadores y empleadores, los impuestos generales y las transferencias fiscales, éste ha logrado una amplia cobertura del aseguramiento, que alcanza al 96% de la población, así como avances en el acceso, la calidad y la equidad de los servicios de salud. Sin embargo, el sistema colombiano también presenta desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera, la regulación del mercado, la integralidad y la oportunidad de la atención, y la garantía efectiva del derecho a la salud (IDB, 2017).

En Chile, se observa un robusto gasto en salud y un sólido sector privado que abarca gran parte de la atención médica, aunque existe un debate entre el sistema estatal y el de mercado, la visión de la salud como un derecho social se defiende, promoviendo el papel del Estado.

Chile fue el primer país en introducir las Garantías Explícitas de Salud (GES) en el año 2005, con el objetivo de asegurar un conjunto de prestaciones prioritarias para toda la población, independientemente de su afiliación al sistema público o privado. El GES establece un listado de problemas de salud con garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, que se financia con recursos fiscales y cotizaciones obligatoria, éste ha aumentado la cobertura del aseguramiento a casi el 100% de la población, así como mejorar algunos indicadores de salud, especialmente los relacionados con las enfermedades cubiertas por el plan. Sin embargo, el sistema chileno presenta importantes brechas de equidad, tanto entre los beneficiarios del sistema público y privado, como dentro de cada uno de ellos. Además, el GES no ha resuelto los problemas de fragmentación, segmentación y falta de integralidad que afectan la calidad y la continuidad de la atención en salud (OECD, 2020).

En México, a pesar del principio constitucional de acceso universal y equitativo, la fragmentación, la inequidad y la baja calidad persisten; las desigualdades socioeconómicas afectan el acceso y el desarrollo humano. La recomendación clave es una reforma integral para fortalecer la universalidad, financiamiento público, acceso sin barreras y calidad.

México inició en el año 2004 el Seguro Popular de Salud (SPS), un esquema de aseguramiento público y voluntario dirigido a la población no afiliada a la seguridad social, que ofrece un paquete de servicios de salud definido por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. El SPS se financia con aportes del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias, éste ha contribuido a reducir el gasto de bolsillo y el empobrecimiento por motivos de salud, así como a mejorar el acceso y la utilización

de los servicios de salud por parte de la población pobre. No obstante, el SPS enfrenta varios retos para garantizar la calidad, la eficiencia y la coordinación de la atención, así como para reducir las inequidades entre los afiliados al SPS y los otros regímenes de aseguramiento. Asimismo, el SPS ha sido objeto de críticas por su limitada capacidad de gestión, su débil rendición de cuentas y su insuficiente participación social (Báscolo et al., 2018).

Sin embargo, las experiencias de Chile y México resaltan la importancia de una combinación de enfoques público y privado, así como la necesidad de una reestructuración integral basada en principios de equidad y universalidad. Estas herramientas podrían ser aplicadas en el sistema de salud colombiano para avanzar hacia una atención médica más eficiente, eficaz y equitativa para todos los ciudadanos.

## **CONCLUSIONES**

En esta revisión documental, se destaca un panorama complejo en los sistemas de aseguramiento en salud de Colombia, Chile y México. A pesar de los esfuerzos por garantizar la cobertura universal y equidad en el acceso a los servicios de salud, persisten desafíos significativos en los tres países; estos sistemas han avanzado hacia la cobertura universal mediante planes explícitos de beneficios que garantizan el acceso a un conjunto definido de prestaciones. Estos planes han contribuido a mejorar las condiciones de salud y protección financiera de la población

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se enfrenta a problemas de ineficiencia, fragmentación e inequidad que impactan negativamente en el acceso a la atención médica. La relación entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento en salud resalta desigualdades profundas, esto sabiendo que en poblaciones retiradas, regiones vulnerables y grupos étnicos tan la mayoría de las veces reciben atención por parte de brigadas, dando así atención general y no especializada en muchos casos, tampoco se cuenta con los espacios para realizar o recibir atención en cuanto a procedimientos de alta complejidad y por tanto esta población debe realizar largos y costosos desplazamientos cuando se requiera, agravando las disparidades socioeconómicas y limitando el alcance de la equidad. Aun así, en el tema de aseguramiento y cobertura, el sistema de salud colombiano es catalogado como uno de los mejores sistemas en América latina, tanto así que la organización mundial de la salud, ubica a Colombia en el puesto 22 de 191 países en eficiencia de su sistema de salud, caracterizándose por su calidad y atención especializada sin costos extra para beneficiarios en

comparación con otros convirtiéndose de igual modo en uno de los destinos para servicios de salud favoritos por los extranjeros. En Chile, el mejor sistema la dualidad entre el sector privado y el Servicio Nacional de Salud suscita debates sobre la universalidad y la solidaridad del sistema. Mientras el sector privado demuestra alta cobertura y eficiencia, se argumenta a favor de un enfoque basado en financiamiento público para garantizar la equidad en el acceso. En México, a pesar del principio constitucional de acceso universal y equitativo, la fragmentación y la insuficiencia de recursos continúan afectando la calidad y la pertinencia de los servicios. La desigualdad en el acceso persiste, especialmente para poblaciones en condiciones de pobreza.

Los sistemas de aseguramiento en salud en Chile, México y Colombia han mostrado progresos significativos en la ampliación de la cobertura financiera y el acceso a los servicios de salud para sus poblaciones. Sin embargo, aún persisten problemas estructurales que limitan el cumplimiento del derecho a la salud y requieren de transformaciones más profundas en la organización, la gestión y la gobernabilidad de los sistemas de salud.

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de reformas integrales para abordar las deficiencias sistémicas en los tres países. La consolidación de sistemas únicos, universales y solidarios, con enfoques en el financiamiento público, la participación social y la mejora de la calidad de los servicios, se presenta como una vía fundamental para lograr una atención médica equitativa y de calidad. Estos resultados proveen valiosas perspectivas para futuras reformas y decisiones de política pública en los sistemas de aseguramiento en salud en estos países.

La reforma que se está planteando para Colombia por parte del nuevo gobierno y la cual se encuentra en debate, busca acabar la burocracia a la hora de la prestación de servicios, control de medicamentos para garantizar cobertura, controlar y regular a aquellos que gerencian el sistema de salud y acabar con la privatización de las entidades prestadoras de servicios. Frente a esto, el tema de muchos colombianos en los últimos meses es qué tan favorable o no es la reforma para nuestro país. y aunque es claro que aún hay muchas deficiencias en el sistema de salud colombiano y se deben priorizar las mejoras, en general el sistema de salud colombiano es uno de los mejores y no se debería cambiar su estructura, se debería controlar la corrupción y las irregularidades dentro de esta estructura.

Se rescata la idea que el sistema de salud pase a ser un modelo preventivo y promover la atención primaria en salud, función que se debería controlar de una manera más exigente porque desde siempre debió ser la base del sistema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2023). Entidad Promotora de Salud – EPS. Secretaría de Planeación de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Disponible en: <https://www.sdp.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/entidad-promotora-de-salud-eps>
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Bass del Campo, C. & Parada, M. (2023). CHILE: Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único. CLACSO. Disponible en: <https://www.clacso.org/chile-por-que-no-es-lo-mismo-un-servicio-nacional-de-salud-que-el-seguro-unico/>
- Castillo, C. A. y Molina, H. (2020). El Sistema de Salud chileno: Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Número 14. Pp. 53-67. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16273/1/RFLACSO-EPP14-4-Castillo-Molina%20Milman.pdf>
- Clínicas de Chile A.G. (2022). Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. Disponible en: [https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2022/04/Resumen-Ejecutivo-Dimensionamiento\\_compressed.pdf](https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2022/04/Resumen-Ejecutivo-Dimensionamiento_compressed.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Cuenya, L., y Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (2) 271-277.
- Franco, A. L.; Fernández, A. D.; De la Torre, A.; Cañón, M.; Ordoñez, C. A. y González, C. (2021). Percepción del sistema de acreditación sanitaria en Colombia. *Colombia Médica*, 52(3). Disponible en:

<https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/4894/5084>

Gómez, O.; Sesma, S.; Becerril, V. M.; Knaul, F. M.; Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México. Vol. 53. Supl. 2. Cuernavaca, México. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es)

Gutiérrez JP, Heredia-Pi I, Hernández-Serrato MI, Pelcastre-Villafuerte BE, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. Salud Publica Mex; 61 (6, nov-dic). Disponible en:

<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10561>

IDB (2017). Planes de beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional.

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Planes-de-beneficios-en-salud-de-Am%C3%A9rica-Latina-Una-comparaci%C3%B3n-regional.pdf>

Lam, R. M. y Hernández, P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. Vol. 24. Núm. 2. Ciudad de la Habana. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892008000200009#:~:text=Un%20sistema%20de%20salud%20se,resultados%20con%20los%20recursos%20disponibles.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009#:~:text=Un%20sistema%20de%20salud%20se,resultados%20con%20los%20recursos%20disponibles.)

Mendieta González, D., & Jaramillo, C. E. (2019). El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. Revista Latinoamericana De Derecho Social, 1(29), 201–218.

<https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905>

Mendoza Longoria, L. M., Picazzo Palencia, E. & García González, J. (2019). Health equity in Mexico from the perspective of sustainable human development. Horizonte Sanitario, 18(3), 281–293.

<https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2955>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6%. Boletín de Prensa No. 373 de 2022. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud->

[al-alcanzar-el-](#)

[99.6.aspx#:~:text=Colombia%20leg%C3%B3%20al%20aseguramiento%20universal,al%20alcanzar%20el%2099%2C6%20%25](#)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). Glosario. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>

OECD (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.

<https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>

Oliva, J. C. (2023). Reforma a la salud en Colombia: claves para entender la iniciativa de Gustavo Petro que avanza en el Congreso. Publicado el 27 de abril de 2023. El País. Disponible en:

<https://elpais.com/america-colombia/2023-04-27/reforma-a-la-salud-en-colombia-claves-para-entender-la-iniciativa-aprobada-de-gustavo-petro.html>

Piza, N., Amaiquema, F. y Beltrán, G. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa.

Algunas precisiones necesarias. Conrado. Vol. 15 No. 70. Cienfuegos sept.-oct. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442019000500455](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500455)

Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe.

Málaga, España.

Vargas, M. M. (2022). Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México. Revista latinoamericana de derecho social, (35), 391-421. Disponible en:

<https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2022.35.17283>

Viáfara, C. A., Palacios, G. & Banguera, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. Revista Panamericana de

Salud Pública; 45(30). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18>