

**INVESTIGACIÓN**  
**ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD DE**  
**AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

**DOCENTE**  
**RUBEN DARIO AGUDELO LOAIZA**  
**ragudelo@ucm.edu.co**

**JANETH ALEJANDRA DAZA SANCHEZ**  
**ANA CAROLINA GARCIA LOPEZ**  
**SANDRA MILENA MUÑOZ GARCIA**  
**DIANA MARIA RENGIFO MONCAYO**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES**  
**ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**  
**III SEMESTRE**

# **ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

## **INTRODUCCION**

El sistema de salud de América Latina y el Caribe evidencia gran deterioro debido a que las clases políticas se encuentran manejando los recursos de los sistemas, muchas veces velando cada quien por su propio interés dejando a un lado la prioridad de toda la población latina que es una buena salud, resaltando así la desigualdad social de los países ya que en la mayoría de ellos, las personas que presentan mayor capacidad de pago son los que van a tener el acceso a los servicios de salud.

La calidad de vida de una población ayuda al mejoramiento de la salud pública encontrándose ésta ligada a la facilidad en el acceso a los sistemas públicos como son agua y saneamiento; llevando a pensar que el sistema de salud de América Latina se encuentra mal direccionado, limitando a manejar la enfermedad como punto principal de mejora sin dedicarse a actividades de promoción y prevención para en realidad prevenir la enfermedad. Quizás si se destinaran más recursos para mejorar la calidad de vida de la población, se podrían disminuir gastos en el manejo de enfermedades, mantenimiento de centros que prestan los servicios de salud, se disminuiría el volumen de patologías producto de malas condiciones de vida.

El sistema de salud tiene un determinante relevante que más llama la atención como es el acceso a la salud, siendo la población más vulnerable, la que presenta menor acceso, por lo tanto se demuestra que esta población presenta más obstáculos para la prestación de los servicios de salud, ya sea por su nivel de escolaridad, estrato social, servicios públicos y otros determinantes epidemiológicos que los hacen más vulnerables a este problema. La situación de los sistemas de salud que viven a diario miles de países con sistemas económicos inestables, buscan como mejoramiento la afiliación de toda la población y sostenimiento del sistema mediante la creación y afiliación a diferentes regímenes, como es el caso de Cuba, es un sistema de salud ideal porque tiene una amplia cobertura, recurso humano calificado debido a su alto nivel educativo, amplio desarrollo de la biotecnología, aunque está presentando problemas debido a la falta de incentivos a los trabajadores de la salud para la buena prestación de los servicios generando un déficit en su calidad.

El enfoque de los sistemas de salud debe ser mejorar las condiciones y calidad de vida atendiendo integralmente las necesidades de salud, alimentación, educación, seguridad social, cuidado del ambiente, vivienda, permitiendo a los países un avance en su economía, ya que así su población tendría buena calidad de vida, generando un progreso y desarrollo para los países. La calidad no es solo llegar a los máximos estándares o cumplir solo con las necesidades de los pacientes, es siempre llegar a cumplir todas sus expectativas.

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
<b>1. PRELIMINARES</b>	<b>7</b>
1.1. RESUMEN	7
1.2. PALABRAS CLAVES	7
1.3. JUSTIFICACION	8
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.5. PREGUNTAS DE INVESTIGACION	9
1.6. OBJETIVO GENERAL	10
1.7. METODO DE LOCALIZACION, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS	10
1.8. ANTECEDENTES TEORICOS, CONCEPTUALES E INVESTIGATIVOS	11
<b>2. MATRICES DE ANALISIS</b>	<b>28</b>
2.1. SISTEMA DE SALUD DE ARGENTINA	30
2.2. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD, UN PRIMER PASO PARA LA REFORMA DEL SISTEMA	33
2.3. OPERACIÓN DEL PROGRAMA DEL SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD (SICALIDAD) LA FUNCION DE LOS GESTORES EN ATENCION PRIMARIA Y EN HOSPITALES	36
2.4. SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY	39
2.5. SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR	41
2.6. SISTEMA DE SALUD DE PERU	44
2.7. SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS	47
2.8. SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA	50
2.9. SISTEMA DE SALUD DE CUBA	54
2.10. SISTEMA DE REPUBLICA DOMINICANA	57
2.11. UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD, SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS EN LA ATENCION PRIMARIA	61
2.12. SISTEMA DE SALUD DE VENEZUELA	63
2.13. LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD	66
2.14. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LOS MARCOS DE SENTIDO DE DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN COLOMBIA Y BRASIL	68
2.15. SISTEMA DE SALUD DE BRASIL	71
2.16. SISTEMA DE SALUD DE CHILE	76
2.17. DESAFIOS PARA ALCANZAR UNIVERSALIDAD CON EQUIDAD EN SALUD EN AMERICA LATINA EN EL SIGLO XXI	81
2.18. DEFICIENCIAS EN LOS DIAGNOSTICOS DE LAS REFORMAS SANITARIAS DE LOS AÑOS NOVENTA EN AMERICA LATINA	85

<b>2.19.</b>	<b>SISTEMA DE SALUD DE MEXICO</b>	<b>88</b>
<b>2.20.</b>	<b>LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD, RETO O SOFISMA</b>	<b>93</b>
<b>2.21.</b>	<b>LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, MÁS ALLÁ DE LA MIRADA TÉCNICA Y NORMATIVA</b>	<b>95</b>
<b>2.22.</b>	<b>CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>97</b>
<b>2.23.</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SALUD: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD</b>	<b>100</b>
<b>2.24.</b>	<b>EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA</b>	<b>102</b>
<b>2.25.</b>	<b>¿QUÉ MUESTRAN LAS ENCUESTAS DE CALIDAD DE VIDA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA?</b>	<b>104</b>
<b>2.26.</b>	<b>LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO UNA ESTRATEGIA DE REORGANIZACIÓN SANITARIA</b>	<b>105</b>
<b>2.27.</b>	<b>SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: 20 AÑOS DE LOGROS Y PROBLEMAS</b>	<b>107</b>
<b>2.28.</b>	<b>SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ENTRE ACIERTOS Y DESACIERTOS</b>	<b>109</b>
<b>2.29.</b>	<b>CONFLICTO DE VALORES EN EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: ENTRE LA ECONOMÍA DE MERCADO Y LA NORMATIVA CONSTITUCIONAL, 2007–2009</b>	<b>111</b>
<b>2.30.</b>	<b>EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: CRISIS SIN PRECEDENTES</b>	<b>113</b>
<b>2.31.</b>	<b>CALIDAD, SISTEMAS DE SALUD Y GOBERNANZA. EL CASO ARGENTINO.</b>	<b>114</b>
<b>2.32.</b>	<b>GESTIÓN DE GOBIERNOS LOCALES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD PARA NIÑOS.</b>	<b>116</b>
<b>2.33.</b>	<b>GASTO EN SALUD, LA DESIGUALDAD EN EL INGRESO Y EL ÍNDICE DE MARGINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO</b>	<b>118</b>
<b>2.34.</b>	<b>LUCES Y SOMBRAS DE LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA. LEY 100 DE 1993</b>	<b>120</b>
<b>2.35.</b>	<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: LA EXPERIENCIA DEL AVAL CIUDADANO EN MÉXICO</b>	<b>121</b>
<b>2.36.</b>	<b>BASES LEGALES DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>123</b>
<b>2.37.</b>	<b>PAGO POR DESEMPEÑO EN EL SISTEMA COLOMBIANO DE SALUD</b>	<b>124</b>
<b>2.38.</b>	<b>CALIDAD Y LOS SISTEMAS DE SALUD</b>	<b>126</b>
<b>2.39.</b>	<b>EL GASTO Y LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD EN UN AÑO DE CONTRATO DE CALIDAD ALTERNATIVA</b>	<b>127</b>
<b>2.40.</b>	<b>EL JUEGO DE LA PELOTA - LA SUPERACIÓN DE LOS PUNTOS CIEGOS EN LA REFORMA DE LA SALUD</b>	<b>129</b>
<b>2.41.</b>	<b>LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN</b>	<b>131</b>

SANITARIA EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD: UN ESTUDIO EN LOS MUNICIPIOS DEL CENTRO DE COLOMBIA Y EL NORESTE DE BRASIL	
<b>2.42.</b> NIVEL DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO	<b>133</b>
<b>2.43.</b> ASOCIACIÓN ENTRE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y DE LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EN AMÉRICA LATINA: UN ESTUDIO CON DATOS SECUNDARIOS	<b>135</b>
<b>2.44.</b> COBERTURA EFECTIVA DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MÉTRICA PARA EVALUAR LOS SISTEMAS DE SALUD	<b>137</b>
<b>2.45.</b> UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD AL PUEBLO WAYÚU EN LA FRONTERA COLOMBO-VENEZOLANA	<b>139</b>
<b>2.46.</b> LA COBERTURA UNIVERSAL CON EL AUMENTO DE LOS COSTOS SANITARIOS; INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD Y SU VALOR EN LA TOMA DE DECISIONES EN AMÉRICA LATINA	<b>142</b>
<b>2.47.</b> CONOCIMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LOS DERECHOS A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE COLOMBIA	<b>145</b>
<b>2.48.</b> FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS PAÍSES DE BAJOS Y MEDIANOS INGRESOS: PREGUNTAS PARA CONSIDERAR	<b>147</b>
<b>2.49.</b> FINANCIACIÓN BASADA EN EL RENDIMIENTO: ¿ES SÓLO UNA TENDENCIA DE LOS DONANTES O EL CATALIZADOR PARA UNA REFORMA SANITARIA INTEGRAL?	<b>150</b>
<b>2.50.</b> ACREDITACIÓN: HERRAMIENTA O POLÍTICA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD?	<b>153</b>
<b>3. CONCLUSIONES</b>	<b>156</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>158</b>

## **1. PRELIMINARES**

### **1.1 RESUMEN**

Durante los últimos años a nivel mundial se ha buscado llegar a la excelencia en los servicios de salud, para esto, los directivos de las diferentes organizaciones mundiales han implementado el termino de calidad en la actividad asistencial, generando diferentes reformas a la normatividad antes existente, donde se destaca la importancia en la prestación de los servicios en cuanto a la universalidad y la igualdad; cabe denotar que esta parte está siendo la principal problemática de los sistemas, donde en algunos países aún no es de gran relevancia el tema de calidad por presentar problemas mayores como el de cobertura poblacional por su mala distribución en los recursos.

El termino de calidad no se enfoca en el lujo o en un servicio complejo, por el contrario es brindar un servicio efectivo, actualizado y con la tecnología adecuada para conseguir la satisfacción del usuario, por lo que se debe tener en cuenta que calidad es un proceso de mejoramiento continuo involucrando no solo la parte asistencial sino también la parte administrativa a través de unos estándares establecidos por el Estado.

### **1.2. PALABRAS CLAVES (SEGÚN DeCS)**

- Sistema de salud.
- Calidad en salud
- América Latina
- Reforma en salud
- Política de salud
- Seguridad social
- Servicios de salud

### **1.3. JUSTIFICACION**

El siguiente informe se realiza bajo información extraída de una extensa revisión documental con el propósito de recopilar y dar a conocer las diferentes estrategias que ayudan a encontrar la solución a la problemática planteada; la calidad en los servicios de salud en la actualidad ha cobrado importancia ya que los servicios prestados deberían ser enfocados a mejorar la calidad de vida de las personas teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población por lo tanto el sistema de salud de cada país debe estar basado en los principios de calidad, oportunidad, eficiencia, accesibilidad, universalidad entre otros. En el campo de la administración de la salud las nuevas políticas en salud han generado y están creando actualmente grandes inquietudes con respecto a los fundamentos éticos y de calidad en salud. Siendo de gran importancia el análisis de los sistemas de salud que presenta en este momento algunos países, conocer su operancia y efectividad, para poder evaluar y rediseñar políticas y de esta forma lograr verdaderos beneficios en la salud.

El conocimiento de las estrategias de calidad nos permite tener herramientas para el actuar en el área administrativa en salud y poder abordar de manera objetiva las problemáticas que se presentan en la oferta y atención de servicios en salud con el fin de cumplir el objetivo del mejoramiento de estos garantizando una cobertura total a los usuarios.



#### **1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se destaca hoy en día a nivel mundial la importancia que tiene la calidad en los servicios de salud, en algunos países se ha trabajado en este principio desde hace 60 años aproximadamente sobre todo los países anglosajones, los cuales tienen una secuencia del proceso y es en estos conocimientos en los que se basan para aplicarlos en otros países, los cuales se encuentran en diferentes etapas del empleo de esta metodología, debido a la necesidad de generar un control y evaluación en los servicios en salud.

Los servicios de salud son la base de los sistemas de salud ya que es la oferta a los usuarios para resolver sus necesidades en salud siendo establecido como política en muchos países, a pesar de existir esta normatividad los servicios de salud no han sido eficientes y los problemas en salud están creciendo demostrado por los indicadores epidemiológicos, por lo tanto se ha establecido la mejora de estos servicios a través de estándares de calidad, para ello cada país ha adoptado diferentes herramientas o estrategias y brindar a los usuarios servicios de calidad.

Es importante conocer las estrategias planteadas en diferentes países y sus resultados, para adecuarlas a las características de la población y del sistema en salud a tratar, generando resultados óptimos con el empleo de estas herramientas y ofrecer los servicios de salud con calidad mejorando la calidad de vida de los usuarios.

#### **1.5. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuáles son las diferentes estrategias de calidad en los sistemas de salud en la medicina occidental que existen en América Latina y el Caribe?

## **1.6. OBJETIVO GENERAL**

Describir las estrategias de calidad implementadas en los diferentes sistemas de salud de la medicina oriental que existen en América Latina y el Caribe a través de una revisión documental en el periodo comprendido entre octubre 2013 a mayo 2014.

## **1.7. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos: SciELO, LILACS, ScienceDirect, PubmedOvid, Proquest, Medline, Wiley Online Library de artículos de revisión, Biblioteca Virtual Para La Vigilancia En Salud Publica En Colombia, portales web oficiales de los ministerios de salud de los países latinoamericanos. Se utilizaron las palabras claves: sistemas de salud (healthsystems), calidad en salud (healthquality), América Latina (LatinAmerica), reforma de la atención de salud (healthcarereform), política de salud (healthpolicy) seguridad social (Social Security), servicios de salud (HealthServices) de las cuales se realizó la selección artículos de revisión y científicos con un resultado de aproximadamente 23000 resultados.

La metodología empleada fue la lectura de los resúmenes de los cuales se seleccionó los que contengan las palabras claves descritas e hicieran énfasis en la calidad en salud de los cuales resultaron 50 artículos con los cuales hizo el análisis.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron:

- Artículos publicados en los últimos 5 años
- Documentos que incluyan en su texto las palabras claves definidas y que aparecen en los principales DeCS.
- Artículos en mínimo dos lenguas escogidas como lo es el español y el inglés.

Se escogieron 40 artículos en español y 10 en inglés a los cuales se les realizó el matriz de análisis, se realizó mapa mental para ubicarnos en conceptos, autores y año.

## 1.8. ANTECEDENTES TEORICOS, CONCEPTUALES E INVESTIGATIVOS

NOMBRE DEL ARTICULO	AÑO	AUTORES	UBICACIÓN	OBJETIVO
1. ¿QUÉ MUESTRAN LAS ENCUESTAS DE CALIDAD DE VIDA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA?	2008	Andrés Zambrano; Manuel Ramirez, Francisco Yepes, Jose Alberto Guerra y David Rivera	RevCaudSaú de Publica, Río de Janeiro	Evaluar el desempeño del sistema de salud de Colombia después de la reforma del 1993, a través de los avances en cobertura, aseguramiento y demanda de servicios médicos.
2. LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO UNA ESTRATEGIA DE REORGANIZACIÓN SANITARIA	2008	Álvarez Pérez Adolfo Gerardo; García Fariñas Anaí; Rodríguez SalváArmando; Bonet Gorbea Mariano; Vos Pol ; Van der StuyffPatrick	Base de datos: Scielo: Rev Cubana HigEpidemiol	Contribuir conceptualmente al estudio de la temática en Cuba y en otros países latinoamericanos en referencia a la descentralización y la regionalización en los diferentes de sistemas de salud.
3. DEFICIENCIAS EN LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS REFORMAS SANITARIAS DE LOS AÑOS NOVENTA EN AMÉRICA LATINA	2009	María Del Pilar Guzmán Urrea	SCIELO	Describir las diferentes propuestas de cambio sanitario de cada país en el que se aplique, por ejemplo en Europa occidental posee un sistema de salud público

				<p>donde se toma muy en cuenta los principios de solidaridad, universalidad e inclusión, la atención sanitaria se considera derecho de la ciudadanía o derecho social por el contrario en américa latina los niveles de exclusión y marginalidad son muy altos, la intervención del estado en la salud es fragmentada, aumentando más la inequidades en el sistema de salud debilitando el derecho de la ciudadanía a la participación en el financiamiento y la provisión sanitaria. Este artículo analiza las premisas de dichas reformas.</p>
4. SISTEMA ÚNICO DE SALUD: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD	2009	Marcus Tolentino Silva	RevPeruMed ExpSalud Publica	exponer una visión preliminar de la realidad brasileña en la consolidación del Sistema Único de Salud
5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN	2010	Adalberto E. Llinás Delgado	Biblioteca virtual para la vigilancia en	Realizar una revisión del concepto de

SALUD, UN PRIMER PASO PARA LA REFORMA DEL SISTEMA				salud pública en Colombia	“calidad” por varios autores y resaltar la definición de Calidad en salud de Avedis Donabedian. Presentar la normativa del sistema de garantía de calidad en Colombia y examinar la percepción de los diferentes actores del sistema.
6. UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD, SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS EN LA ATENCION PRIMARIA	2010	Carlos O. Amador Porro; Ormandy Cubero Menéndez		SCIELO	Identificar los principales problemas que inciden en la calidad de la atención.
7. LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD	2010	Gonzales T, Eucaris E; Ortega Christian		SCIELO	Analizar la necesidad de aumentar la calidad en salud y al mismo tiempo controlar los costos que han originado gran interés en la actividad por mejorar la valoración de la calidad y el desempeño.
8. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LOS MARCOS DE	2010	María E. Delgado, María L. Vásquez		Decs, BIREME	Analizar los marcos de sentido en la definición de la

SENTIDO DE DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN COLOMBIA Y BRASIL		Navarrete, Lygia de Moraes-Vanderley.		calidad de un servicio de salud de los diversos actores sociales en Colombia y Brasil.
9. DESAFÍOS PARA ALCANZAR UNIVERSALIDAD CON EQUIDAD EN SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI	2010	Julio Manuel Suárez Jiménez.	SCIELO	Describe los desafíos que se presentan en Latinoamérica para lograr la universalidad con equidad en salud en el siglo XXI
10. CALIDAD, SISTEMAS DE SALUD Y GOBERNANZA. EL CASO ARGENTINO.	2010	Sergio G Litegua	Pubmed	Mostrar como Argentina ha realizado reformas en sus sistemas de salud sin buenos resultados y como la bioética debería participar en la fundamentación de nuevas políticas sanitarias y actuar ante los problemas de corrupción.
11. LUCES Y SOMBRAS DE LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA. LEY 100 DE 1993	2010	Francisco José Yepes Luján	Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá	Realizar una revisión sobre los cambios y hallazgos de la literatura sobre el desempeño de la reforma colombiana de la salud

12. SISTEMA DE SALUD DE ARGENTINA	DE DE	2011	Mariana Belló, Victor M Becerril-Montekio	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia	Describir el sistema de salud de Argentina, su composición, financiación y organización, además de las recientes innovaciones del sistema.
13. OPERACIÓN DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD (SICALIDAD). LA FUNCIÓN DE LOS GESTORES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALES	DE EN	2011	José Arturo Granados-Cosme, Carolina Tetelboin-Henrion, César Torres-Cruz, Dayana Pineda-Pérez, Blanca Margarita Villa-Contreras.	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia	Caracterizar el papel que desempeñan los gestores de calidad en unidades de atención médica y jurisdicciones sanitarias, identificando las limitaciones que experimentan en su desempeño.
14. SISTEMA DE SALUD ECUADOR	DE DE	2011	Ruth Lucio, Econ, Nilhda Villacrés, Rodrigo Henríquez	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia	Describir las condiciones de salud en Ecuador y, con mayor detalle, las características del sistema ecuatoriano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de

				Salud Pública, la generación de información en salud, las tareas de investigación, y la participación de los ciudadanos en la operación y evaluación del sistema además de las innovaciones
15. SISTEMA DE SALUD DE PERU	2011	Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, Oswaldo Lazo-González, Gustavo Nigenda	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud pública en Colombia	Describir las condiciones generales de salud del Perú, el sistema de salud con respecto a su estructura, cobertura, financiamiento, recursos, rectoría, investigación y su más reciente innovación que es el seguro integral de salud, el sistema de empresas prestadoras de salud, la descentralización y los comités locales de administración de salud. Su reto es ampliar la atención a la salud un poco más del 10% de la población que



					aún no recibe servicios
16. SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS	DE DE	2011	Juan Luis Bermúdez-Madriz, María del Rocío Sáenz, JorineMuiser, Mónica Acosta	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia	Describir el sistema de salud de Honduras, estructura, cobertura, financiamiento además cuenta con un sistema que cuenta con un sector publico constituido por la secretaria de salud como el instituto hondureño, el sector privado predominando el servicio con pago de bolsillo, se plantea una ambiciosa reforma del sistema con una plan nacional de salud que contempla la universalización del aseguramiento donde la secretaria de salud seria el ente rector y regulador.
17. SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA	DE DE	2011	Ramiro Guerrero, Ana Isabel Gallego, VictorBecerrill-Montekio, Johana	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia	Describir de las condiciones de salud de Colombia, del sistema colombiano de salud de su

		Vásquez.		cobertura y estructura, financiamiento, el gasto en salud, recursos, evaluación y vigilancia, participación de los usuarios, innovaciones como la modificación del Plan Obligatorio de Salud, unidad de pago por capitación, la integración vertical.
18. SISTEM A DE SALUD DE CUBA	2011	Emma Domínguez-Alonso, Eduardo Zacca	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud pública en Colombia	Describir las condiciones de salud de Cuba y el sistema cubano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, su gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, y las actividades de rectoría e investigación que desarrolla, la importancia de la investigación, el papel de los usuarios, la evaluación e innovación del

					sistema.
19. SISTEMA DE SALUD DE REPUBLICA DOMINICANA	2011	Magdalena Rathe, Alejandro Moliné	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia		Describir el sistema de salud de república dominicana en cuanto estructura, recursos, cobertura, instituciones encargadas de investigación y de las innovaciones en las que se destacan la nueva ley general de salud, la nueva ley de seguridad social y el plan decenal de salud.
20. SISTEMA DE SALUD DE VENEZUELA	2011	Anabelle Bonvecchio, Víctor Becerril-Montekio, Ángela Carriedo-Lutzenkirchen, Maritza Landaeta-Jimenez	SCIELO		Describir el sistema de salud de Venezuela, incluyendo estructura y cobertura, recursos con que cuenta, su sistema público y privado.
21. SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL	2011	Víctor Becerril Montekio, Guadalupe Medina, Rosana Aquino.	SCIELO		Describir el sistema de salud de Brasil, su conformación, su financiamiento, sus servicios, las actividades de rectoría y las innovaciones.
22. SISTEMA DE SALUD DE CHILE	2011	Víctor Becerril-	SCIELO		Describir el sistema de salud

			Montekio, Juan de Dios Reyes, Annick Manuel.		de Chile, su estructura, financiamiento, beneficiarios y recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, y la reforma del sistema
23. SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO	DE DE	2011	Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Julio Frenk,	SCIELO	Describir el sistema de salud mexicano, las condiciones de salud de su población y las primeras causas de muerte, la estructura básica del sistema, los mecanismos de participación ciudadana, las innovaciones en el sistema, y el Sistema de Protección Social en Salud.
24. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, MÁS ALLÁ DE LA MIRADA TÉCNICA Y NORMATIVA		2011	Hugo Alberto Múnera Gaviria	SCIELO	Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud recibida en tres instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia
25. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD		2011	Guillermo I. Williams	SCIELO	Describir la problemática en la normatividad en la prestación

				de servicios de salud.
26. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA	2011	Germán Fajardo-Dolci, Javier Santacruz-Varela, Francisco Hernández-Torres, Javier Rodríguez-Suárez	Rev CONAMED	Evaluar la FESP relacionada con la calidad de los servicios, similar a la efectuada en el 2009.
27. SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: 20 AÑOS DE LOGROS Y PROBLEMAS	2011	Carlos Alberto Agudelo Calderón, Jaime Cardona Botero, Jesus Ortega Bolaños, Rocío robledo Martinez	Scielo	Realizar un balance de algunos procesos claves y resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.
28. PAGO POR DESEMPEÑO EN EL SISTEMA COLOMBIANO DE SALUD	2011	Gorbanevlour i, , CorteS Ariel, Torres Sergio, Yepes Francisco	SCIELO	Describir el alcance y las formas de uso de Pago por Desempeño en la cadena de salud Colombiana
29. CALIDAD Y LOS SISTEMAS DE SALUD	2011	Enrique Ruelas-Barajas	Gaceta Médica de México	Demostrar a través de un ejemplo el impacto de los sistemas de salud en las poblaciones en términos de acceso y de

				calidad
30. EL GASTO Y LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD EN UN AÑO DE CONTRATO DE CALIDAD ALTERNATIVA	2011	Zirui Song, B.A., Dana Gelb Safran, Sc.D., Bruce E. Landon, M.D., M.B.A., Yulei He, Ph.D., Randall P. Ellis, Ph.D., Robert E. Mechanic, M.B.A., Matthew P. Day, F.S.A., M.A.A.A., and Michael E. Chernew, Ph.D,	The new england journal of medicine	Evaluar el sistema de contratación de calidad alternativa.
31. NIVEL DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO	2011	Pedro López Liuba Alonso Carbonell, Ivonne Elena Fernández Díaz, César Ramírez Albajés, Alina María Segredo Pérez, Odalys Sánchez Barrera	Revista Cubana de Medicina General Integra	Identificar el nivel de integración del Sistema Sanitario Cubano en distintos niveles de complejidad en la gestión y prestación de servicios.
32. COBERTURA EFECTIVA DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MÉTRICA PARA EVALUAR LOS SISTEMAS DE SALUD	2011	Sandra Martínez, M en C, Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH, Ramiro Guerrero, M en C, Héctor Gómez-Dantés, MD,	SCIELO	Medir la cobertura efectiva para once intervenciones de salud en nueve países de América Latina utilizando las encuestas de demografía y

		M en C, Victoria Castro, Lic en Soc, Héctor Arreola-Ornelas, M en C, Paula Bedregal, PhD, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe		salud o registros administrativos que abarcan la salud infantil, de la mujer y el adulto
33.UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD AL PUEBLO WAYÚU EN LA FRONTERA COLOMBO-VENEZOLANA	2011	María Beatriz Duarte Gómez, Martha Liliana Ortega Alegría, Luis Hernando Mora Ríos y Noly Coromoto Fernández.	SCIELO	Identificar componentes para un modelo de atención binacional en salud destinado al pueblo wayúu que habita la frontera entre Colombia y Venezuela; a través de la implementación de nuevas políticas y la implementación de recursos para realizar un proyecto piloto.
34.LA	2011	Federico	PUBMED	Resumen de

<p>COBERTURA UNIVERSAL CON EL AUMENTO DE LOS COSTOS SANITARIOS; INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD Y SU VALOR EN LA TOMA DE DECISIONES EN AMÉRICA LATINA</p>		<p>Augustovski, Sebastián García Martí, Andrés PichonRiviere, Adolfo Rubinstein, Emilio Ravnani</p>		<p>unas sesiones celebradas en México, sobre la cobertura universal y los costos de la salud en aumento con la tecnología, además del valor que tienen las investigaciones en los costos de salud, además en este foro se exponen experiencias de los investigadores sobre la toma de decisiones en salud e informar a los pacientes sobre tecnología en salud y calidad en los niveles de vida relacionada a la salud.</p>
<p>35. FINANCIACIÓN BASADA EN EL RENDIMIENTO : ¿ES SÓLO UNA TENDENCIA DE LOS DONANTES O EL CATALIZADOR PARA UNA REFORMA SANITARIA INTEGRAL?</p>	<p>2011</p>	<p>Bruno Meessen, AgnèsSoucat, Claude Sekabaraga.</p>	<p>PUBMED</p>	<p>Describir la experiencia a partir de la financiación del profesional en salud basados en su rendimiento laboral como una forma de reforma integral del sistema de salud más eficiente e igualitario</p>
<p>36. LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN</p>	<p>2012</p>	<p>JUANITA DEL PILAR</p>	<p>Rev. Latino-Am.</p>	<p>Establecer la relación existente</p>



SALUD, RETO O SOFISMA		CHAVES BELLO MARIA LILIANA FRANCO DIAZ	Enfermagem	entre calidad y control del sistema de salud.
37. SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ENTRE ACIERTOS Y DESACIERTOS	2012	Jorge Ernesto Pérez Lugo	SCIELO	Explorar el funcionamiento de los Sistemas de Salud en América Latina, analizando las estrategias de descentralización político-administrativa y participación de la sociedad civil organizada en salud,
38. GESTIÓN DE GOBIERNOS LOCALES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD PARA NIÑOS.	2012	Aldemar Bautista-Otero y Juan C. Garcia-Ubaque	Rev. salud pública	Realizar una evaluación en el ámbito de calidad de los programas de atención en salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes que rigen los gobiernos locales de Colombia en la actualidad.
39. ASOCIACIÓN ENTRE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y DE LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICO	2012	Júlio César Teixeira,1 Maria Helena Rodrigues Gomes1 e JanainaAzevedo de Souza	Rev PanamSalud Publica	Estudiar la asociación entre la cobertura de los servicios de saneamiento e indicadores epidemiológicos en América

S EN AMÉRICA LATINA: UN ESTUDIO CON DATOS SECUNDARIOS				Latina, con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el período 2005-2010.
40. FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS PAÍSES DE BAJOS Y MEDIANOS INGRESOS: PREGUNTAS PARA CONSIDERAR	2012	Enrique Ruelas, Octavio Gomez-Dante, Sheila Leatherman, Trionafortune, Juan Gabriel Gay-Molina	PUBMED	Evaluar los problemas de salud que los países están enfrentando, los recursos y los servicios prestados por sus sistemas de salud y el espectro de opciones entre las políticas y la práctica, además establece las preguntas clave que los profesionales de mejora de calidad deben tener en cuenta en el diseño de un programa de calidad para los países de bajos y medianos ingresos.
41. ACREDITACIÓN: HERRAMIENTA O POLÍTICA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD?	2012	MariaThereza Ribeiro Fortes, Tatiana Wargas de Faria Baptista.	PUBMED	Buscar en la literatura científica que trata del tema acreditación, elementos que puedan indicar la articulación existente entre la metodología y la

				formulación de políticas, para la organización de sistemas de salud, con el objetivo de problematizar la percepción corriente de la acreditación, como una herramienta de la calidad destituida de intenciones de los gobiernos.
42. SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY	2013	Daniel Aran, Hernán Laca	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud pública en Colombia	Describir el sistema de salud uruguayo, su estructura y su cobertura, sus fuentes de financiamiento, el nivel y distribución del gasto en salud, los recursos físicos materiales y humanos de la que dispone, la rectoría, investigación e innovación.
43. EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: CRISIS SIN PRECEDENTES	2013	José Félix Patiño	RevColomb	expresar la visión personal de la crisis del sistema de salud y de la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina
44. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CALIDAD EN LOS	2013	Gustavo Hernández López.	RevSaúde Pública	Analizar la experiencia del aval ciudadano

SERVICIOS DE SALUD: LA EXPERIENCIA DEL AVAL CIUDADANO EN MÉXICO		Clara Juárez-RamírezII José A Ruiz-LariosIII Cristina M HerreraIV		en el sistema de salud mexicano en la mejora de los servicios de salud.
45. BASES LEGALES DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	2013	Dra. Yoerquis Mejías Sánchez,I Dra. Niviola Cabrera Cruz,I Lic. María Mercedes Rodríguez Acosta,II Dra. Ana Margarita Toledo Fernández, Dra. María Victoria Norabuena Canall	Revista Cubana de Salud Pública.	Referenciar el soporte legal para la calidad en los servicios asistenciales del sector de la salud
46. EL JUEGO DE LA PELOTA - LA SUPERACIÓN DE LOS PUNTOS CIEGOS EN LA REFORMA DE LA SALUD	2013	Lisa Rosenbaum, M.D	The new england journal of medicine	Identificar la problematica del sistema de salud
47. CONOCIMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LOS DERECHOS A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA	2013	María Eugenia Delgado Gallego, María Luisa Vázquez-Navarrete	PBMED	Analizar cambios en el conocimiento y en los factores que influyen en este conocimiento de los usuarios del sistema de salud (SGSSS) y de sus derechos a la atención en salud

POBLACIÓN DE COLOMBIA				en Colombia en los últimos 10 años.
48. CONFLICTO DE VALORES EN EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: ENTRE LA ECONOMÍA DE MERCADO Y LA NORMATIVA CONSTITUCIONAL , 2007–2009	2014	Molina Gloria, Ramírez Andrés	Colombia Médica	Presentar los aspectos morales en conflicto en los procesos de toma de decisiones clínico-administrativas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia.
49. GASTO EN SALUD, LA DESIGUALDAD EN EL INGRESO Y EL ÍNDICE DE MARGINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO	2014	Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, Reyes Morales	SCIELO	Evaluar el efecto de la relación entre el gasto público en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación sobre la mortalidad materna e infantil en México, con el propósito de determinar el efecto de estos factores sobre el desempeño del sistema de salud, desde una perspectiva de eficiencia técnica.
50. LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE	2014	reneGarcia-Subirats, Ingrid Vargas , Amparo Susana Mogollón-Pérez , Pierre	International journal for equity health	Analizar las desigualdades en el acceso a la continuidad de la atención en los municipios de Brasil y Colombia

SALUD: UN ESTUDIO EN LOS MUNICIPIOS DEL CENTRO DE COLOMBIA Y EL NORESTE DE BRASIL		De Paepe, MariaRejane Ferreira da Silva. Jean Pierre Unger, Carme Borrell, and Maria Luisa Vázquez.		
---	--	---	--	--

## 2. MATRICES DE ANALISIS

### ARTICULO 2.1.

<b>1 Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD DE ARGENTINA
<b>Autor y Año</b>	Mariana Belló, Victor M Becerril-Montekio. 2011
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de salud en Argentina. Salud Pública (Mex). 2011; 53 suplemento 2:S96-S108.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud de Argentina, su composición, financiación y organización, además de las recientes innovaciones del sistema.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud; seguridad social; Argentina.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>El perfil epidemiológico de Argentina, donde describe las condiciones de salud de la población teniendo en cuenta los indicadores básicos de la población actual y las brechas existentes entre las provincias.</p> <p>Referencia la estructura de la Salud de Argentina conformada por el sector público, sector social de salud obligatorio (obras sociales) y el sector privado.</p> <p>La cobertura está dada por tres categorías sociales, el grupo de bajo ingreso que no cuenta con seguridad social, los trabajadores asalariados y jubilados, y la población con capacidad de pago que compra seguros privados o paga de su bolsillo la atención.</p> <p>El financiamiento del sector público por recursos fiscales, los organismos provinciales con recursos del presupuesto</p>

	<p>nacional.</p> <p>Los recursos de Argentina se concentran en ciertas poblaciones, se encuentran equipos de alta tecnología, gran oferta de médicos y medicamentos nacionales y de importación.</p> <p>La rectoría se realiza a través del Ministerio de Salud el cual ha creado un componente para controlar el programa nacional de la atención medica donde regula habilitación de establecimientos de salud, los profesionistas de la salud, la elaboración de guías protocolos clínicos y gestión de los procesos de salud, también en la implementación de indicadores además de un componente de asesoramiento y capacitación a la jurisdicciones provinciales en cuanto a las iniciativas de calidad, cuenta con un consejo nacional el cual evalúa los programas sociales</p> <p>La participación ciudadana se da a través de la encuesta, quejas y sugerencias, otro elemento que ha tenido gran relevancia es la audiencia pública anual donde se tratan temas de importancia para la población.</p> <p>La innovación se ha profundizado un poco más en las provincias, presenta como objetivos fundamentales el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección siguiendo los criterios de focalización hacia los grupos vulnerables.</p>
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 48 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>Argentina presenta una población envejecida con un 10% de la población total, la esperanza de vida al nacer es 75 años, como muestra de la mejoría de la salud.</p> <p>La mortalidad materna es de 40 por 100000 nacidos vivos, la mortalidad infantil es de 12,5 por mil nacidos presentando diferencias por regiones, las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, las hipertensivas, tumores malignos y enfermedades cerebro vasculares.</p> <p>14.6 millones de personas sin capacidad de pago y asalariados a las que se les presta atención gratuita por parte del sector público.</p> <p>Las obras sociales nacionales y provinciales administra el</p>

	<p>seguro social sin fines de lucro de 18 millones de beneficiarios entre titulares y sus familiares; Las personas con trabajos precarios o que carecen de trabajo no están comprendidos dentro del sistema de OS, pero se les brinda el servicio por el programa federal de la salud.</p> <p>Las Empresas de Medicina Prepagada cubren a la población de mayores recursos, aproximadamente 3.3 millones de personas.</p> <p>El programa médico obligatorio cubre el 95% causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.</p> <p>El financiamiento de las OS nacionales proviene del pago de 8% del salario de los trabajadores activos. El gasto total en salud como porcentaje del PIB es de 9.6%, convirtiendo a Argentina en el país latinoamericano con mayor inversión en salud. Argentina presenta una de las cifras más bajas de gasto de bolsillo de América Latina.</p> <p>Argentina cuenta con unos recursos de nueve hospitales por cada 100 000 habitantes, 4.1 camas por 1000 habitantes, 3.2 médicos por 1000 habitantes, 0.5 enfermeras por mil habitantes, La implementación y modificación del Programa Médico Obligatorio, que ahora cubre más de 370 medicamentos genéricos, incluyendo 70% de los medicamentos estimados a enfermedades crónicas.</p> <p>La investigación en Argentina en el área de la salud cuenta con existen más de 7 700 investigadores, más de 3 500 proyectos de investigación con unos recursos de apenas 0.5% de su PIB.</p> <p>La Superintendencia de Servicios de Salud autonomía administrativa, económica y financiera, y es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguros de Salud.</p> <p>El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, perteneciente a la Oficina de la Presidencia de la Nación, tiene a su cargo la evaluación de los programas sociales de los ministerios.</p> <p>El 85% de los beneficiarios utiliza exclusivamente los servicios de la OS.</p> <p>La Superintendencia asume cada año el compromiso de convocar a una Audiencia Pública Anual en la que se discuten los temas de problemática en salud de la ciudadanía.</p>
--	--



<b>Discusión</b>	<p>En argentina ha creado un fondo solidario de redistribución que es el encargado de distribuir equitativamente los recursos de las entidades; además que es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo donde solo es superada por cuba y Uruguay la cual tiene por cada 1000 habitantes 3.2 médicos, en contraposición se encuentra las enfermeras ya que por cada 1000 habitantes hay 0.5 de estos profesionales.</p> <p>Argentina es el país latinoamericano con mayor inversión en salud, con un 9.8% del PIB.</p> <p>El nivel de cobertura ha disminuido en los últimos años como resultado de las crisis económicas, lo que ha dejado sin la protección de un seguro de salud a un porcentaje creciente de la población argentina.</p> <p>Debido a que la atención en salud es heterogéneo propenden en realizar una unificación de este para incrementar el acceso igualitario a los servicios y resolver los retos provinciales y que estas operen por si solas; se trazan como objetivo final la creación de un paquete de beneficios común que garantice la universalidad y disminuya el gasto de bolsillo.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>El artículo nos presenta que argentina es un país que cuenta con muchos recursos tanto humano como financiero, pero estos se encuentran distribuidos inequitativamente, ya que la población de las provincias no tiene acceso a estos y los profesionales de la salud como son los enfermeros no son suficientes para el volumen total poblacional, una herramienta de gran utilidad que presenta este país, es la participación ciudadana ya que permite abordar la problemática que necesita ser abordada en primera instancia. A pesar de todos los programas sociales que se implementan en el país se enfoca en ciertas regiones dejando al olvido las provincias. El artículo muestra que la calidad de los servicios salud es buena, destacando la problemática de la universalidad según datos de encuestas realizadas del centro de información.</p>

## ARTICULO 2.2

<b>2.Titulo</b>	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, UN PRIMER PASO PARA LA REFORMA DEL SISTEMA
<b>Autor y Año</b>	Adalberto E. Llinás Delgado, 2010.

<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Llinas Delgado AE. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. 2010; 26 (1): 143-154.
<b>Objetivo del artículo</b>	Realizar una revisión del concepto de “calidad” por varios autores y resaltar la definición de Calidad en salud de Avedis Donabedian. Presentar la normativa del sistema de garantía de calidad en Colombia y examinar la percepción de los diferentes actores del sistema.
<b>Palabras Clave</b>	Calidad, sistema de salud, reformas.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Calidad, conjunto de cualidades o características que distinguen a las personas, a bienes y a servicios; según Donabedian es obtener mayores beneficios con menores riesgos.</p> <p>La atención médica es el tratamiento que proporciona el profesional de la salud del cual se destacan la atención técnica y la relación interpersonal.</p> <p>Gestión de calidad pública estrategias o modelos motivacionales que logran mejorar los determinantes de salud en la población.</p> <p>La calidad de atención en Colombia debe brindar calidad en relación interpersonal, contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico por características de estructura humana organizacional y física, y condiciones de accesibilidad.</p> <p>Actores del sistema son EPS, IPS y usuarios.</p> <p>Sistema de salud en Latinoamérica, la cual presenta diferentes modelos de prestación de servicios de salud, en Argentina durante muchos años se caracterizó por su calidad y eficiencia presento problemas graves por ser heterogéneo en cuanto a la cobertura actualmente el sistema se ha modificado el cual tiene sus beneficios y sus partes negativas; en Brasil presenta una desigualdad en el acceso a los servicios de salud el cual tiene tres tipos de financiamiento; Chile presenta un sistema de salud mixto que tiene como objetivo promover la equidad y la calidad en el acceso a la atenciones considerado una innovación en los sistemas de salud; Cuba está enfocado e innovando constantemente en la prevención, los servicios son de carácter gratuito pero actualmente está en una situación difícil debido a la disminución de recursos; Ecuador está</p>

	enfocado en una cobertura universal pero presenta resultados negativos y no hay cambios en los indicadores de salud debido al déficit económico; México enfocado en mejorar la calidad de los servicios en salud y la cobertura, pero presenta competencia de los proveedores para el mejoramiento de la calidad; Paraguay en busca de la mejora del sistema presenta avances positivos debido a la formación de consejos nacionales y locales quienes ayudan a la participación social en contraparte presenta deficiencia en el adecuado distribución de recursos; Puerto Rico basa su sistema en lo privado no hay continuidad en los servicios; Venezuela se ha fortalecido la atención primaria pero se ha reemplazado al personal nacional por el Cubano.
<b>Muestra</b>	Se infiere que el artículo es resultado de la revisión de 40 artículos relacionados con modelos de salud y su calidad de atención en salud de países Latinoamérica por el contenido en las referencias ya que en este no se especifica la muestra
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>Genera la reflexión sobre la necesidad de generar modelos de calidad centrados en el ser humano, teniendo presente la meta predominante de estos países que es la cobertura universal.</p> <p>La calidad técnico-científica de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente por aumentar el uso eficiente de los recursos, reducir el riesgo de lesiones y aumentar la satisfacción del paciente.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Los limitantes que se presentan al realizar el proceso de habilitación lleva a que las personas desistan de realizar este paso el cual es el mayor logro en cuanto a la calidad de la prestación de los servicios en salud, haciendo que se cree una distancia muy grande en cuanto a la cultura de seguridad del paciente.</p> <p>En algunos estudios realizados en México se determinó que la mala calidad de la atención en salud fue asociada a los largos tiempos de espera y a la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico.</p> <p>La satanización de la calidad en la atención médica hace que se pierda la credibilidad en el acto médico.</p> <p>El modelo Colombiano ha sido percibido como poco</p>

	<p>satisfactorio ya que ha derivado en administraciones onerosas, demoras innecesarias en el flujo recursos, uso indebido de barreras de acceso, dando resultados pocos óptimos a pesar de la multiplicación de los recursos.</p> <p>El logro más importante de esta reforma a la salud en Colombia es el aumento de la cobertura, pero, sin equidad.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Según el artículo se denota que la calidad de la prestación de un servicio de salud debería estar enfocada a mejorar la calidad de vida de las personas teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios ofreciendo un trato digno e igualitario.</p> <p>Se debe tener en cuenta que existe un sistema de salud en Latinoamérica que sirve de referente de la calidad de la atención en los servicios de salud como lo es Chile.</p> <p>Cuba es un sistema de salud ideal, pero está presentando problemas debido a la falta de incentivos a los trabajadores en salud para la buena prestación de servicios lo cual puede generar un déficit en la calidad de estos.</p> <p>Se encontraron diferentes sistemas de salud de los cuales de cada uno se puede tomar los puntos positivos y determinar la forma de articularlos en un sistema de salud teniendo en cuenta las necesidades de la población de cada país.</p>

### ARTICULO 2.3.

<b>3. Título</b>	OPERACIÓN DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD (SICALIDAD). LA FUNCIÓN DE LOS GESTORES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALES
<b>Autor y Año</b>	José Arturo Granados-Cosme, Carolina Tetelboin-Henrion, César Torres-Cruz, Dayana Pineda-Pérez, Blanca Margarita Villa-Contreras. 2011.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud pública en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Torres-Cruz C, Pineda-Pérez D, Villa-Contreras BM. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. Salud Pública Mex 2011;53supl 4:S402-S406.

<b>Objetivo del artículo</b>	Caracterizar el papel que desempeñan los gestores de calidad en unidades de atención médica y jurisdicciones sanitarias, identificando las limitaciones que experimentan en su desempeño.
<b>Palabras Clave</b>	gestión en salud; garantía de calidad; atención primaria
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La calidad es el atributo esencial de la atención médica que resulta fundamental para lograr los objetivos nacionales de salud y el futuro sostenible del sistema de salud</p> <p>Sicalidad, es el sistema integral de calidad en salud instrumento del gobierno federal para elevar la calidad de los servicios médicos</p> <p>Gestor de calidad, una figura capaz de llevar a cabo las actividades planeadas a nivel federal en las jurisdicciones y en las unidades de atención médica</p> <p>Gestores de calidad jurisdiccionales, son el enlace entre la unidad de atención y la unidad estatal para la gestión de información, insumos y recursos.</p> <p>Gestores de calidad de las unidades médicas, son profesionales con compromiso y liderazgo que impulsan el Sicalidad, transmite la cultura de calidad al personal, participa en el comité de calidad.</p>
<b>Muestra</b>	9 sistemas estatales de salud (Sinaloa, Aguascalientes, Veracruz, San Luis Potosí, Hidalgo, Chiapas, Jalisco, Morelos y Puebla)
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Se seleccionó un hospital, una jurisdicción, un centro de salud urbano y un centro de salud rural. Para documentar las características y el papel que desempeñan los gestores de calidad se aplicaron dos instrumentos, un cuestionario a los gestores de calidad de las unidades médicas y una guía de entrevista.</p> <p>Los tópicos que integraron estos instrumentos fueron: características sociodemográficas y laborales, funciones desempeñadas para el programa SICALIDAD</p>
<b>Resultados</b>	<p>Las actividades que desempeñan los gestores dependen del nivel organizacional de los servicios, ya sea unidad de atención o jurisdicción sanitaria.</p> <p>Para cada uno se identifican limitaciones de distinto orden que afectan el desempeño de la función de gestión de las estrategias para elevar la calidad de los servicios dirigidos a población sin seguridad social que conjuntamente integran el programa gubernamental denominado Sistema Integral de Calidad en Salud.</p> <p>Los gestores jurisdiccionales son enlace entre las</p>

	<p>unidades de atención y autoridades estatales en la gestión de información, mientras que los de las unidades de atención médica impulsan las estrategias operativas para elevar la calidad.</p>
<b>Discusión</b>	<p>El SICALIDAD ha logrado posicionar sus proyectos e instrumentos de operación a través de la figura de los gestores de calidad, ya que éstos vinculan sus funciones y actividades con las líneas estratégicas del programa.</p> <p>Este programa que ha logrado establecer una articulación fluida entre los niveles de organización de los servicios médicos lo cual estimula</p> <p>La conformación de una cultura de mejoramiento.</p> <p>Una de las problemáticas más destacadas fueron las condiciones precarias para el desempeño de sus actividades y el logro de los objetivos que se plantean en materia de calidad.</p> <p>Los gestores de calidad de las jurisdicciones no identifican a plenitud las funciones que se atribuyen a la gestoría y su vinculación con las estrategias y líneas de acción del SICALIDAD.</p> <p>La difusión de experiencias entre las unidades de atención favorece las buenas prácticas y promueve la acreditación de las unidades.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Se encontró que en el artículo de los gestores de Sicalida se destaca su función de manera importante ya que son los que representan el vínculo entre los usuarios y el estado, además que permiten una mejor implementación del programa de calidad ya que los gestores de calidad de unidades médicas son los que presentan más capacitación de calidad en un sistema de salud. Los gestores no identifican al igual que en la mayoría de los sistemas el déficit de recurso humano, de material, medicamento, infraestructura y equipamiento, debido a la falta de compensación por su labor adicional.</p> <p>Es necesario que todos los gestores estén capacitados en especial los jurisdiccionales para que su función sea desempeñada óptimamente y lo servicios sean monitoreados adecuadamente.</p> <p>La acreditación no debe ser el fin último de estatus de servicio sino de poder ofrecer los mejores servicios de salud</p>

#### ARTICULO 2.4.

<b>4. Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY
<b>Autor y Año</b>	Daniel Aran, Hernán Laca. 2013
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. Salud PublicaMex 2013; 53 supl 2:S265-S274.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud uruguayo, su estructura y su cobertura, sus fuentes de financiamiento, el nivel y distribución del gasto en salud, los recursos físicos materiales y humanos de la q dispone, la rectoría, investigación e innovación.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud; seguridad social; Uruguay
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Demografía de Uruguay, la población reside más en la zona urbana, la mayoría de la población es envejecida</p> <p>Condiciones de salud, en Uruguay las causas de mortalidad son estables con enfermedades del sistema circulatorio y cáncer, el 90% de la población presenta un factor de riesgo asociado a enfermedades no transmisibles, la tasa de mortalidad infantil es la menor en Latinoamérica.</p> <p>La estructura del sistema, está compuesto por sistema público y privado</p> <p>La cobertura, la parte pública atiende al 37% de la población sin cobertura de la seguridad social, servicios a grupos específicos 5%, servicio materno-infantil, atención privada al 56%, seguros privados 2%.</p> <p>Beneficios, son una canasta de servicios integrales.</p> <p>Beneficiarios, personas que residen el territorio nacional.</p> <p>Financiamiento, el Fondo Nacional de salud se financia con las aportaciones obligatorias de los trabajadores y las empresas, las aportaciones del estado, y las personas públicas no estatales, y las aportaciones de los jubilados.</p> <p>Recursos, hospitales públicos y privados, la disponibilidad de médicos es de 3.9 médicos por mil habitantes.</p> <p>La información para el funcionamiento eficaz del sistema de salud es de tres órdenes, salud poblacional, prestadores públicos y prestadores privados, la información recabada se divide en asistencial y médico-financiera.</p>

	<p>Investigación, mediante la instalación de tecnología moderna y programas de investigación y educación moderna.</p> <p>La rectoría, es manejada por la Junta Nacional de Salud la cual administra el seguro de salud y la dirección general de salud que está encargada de la vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria</p> <p>Vigilancia, regulación sanitaria de los servicios de salud, la tecnología para la salud y los medicamentos y otros insumos en si todos los productos y servicios que tengan un impacto en la salud.</p> <p>Participación de los ciudadanos, participan en el proceso de reforma del sistema de salud en la gestión de los servicios de salud, también en la comisión de bioética y calidad integral de la atención a la salud.</p>
<b>Muestra</b>	Se infiere que se realizó el análisis de 16 artículos por el contenido en las referencias del artículo.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>La implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud en el 2008 implico la universalización de la cobertura de atención a través del Seguro Nacional de Salud</p> <p>El gasto en salud en Uruguay ha crecido de manera consistente, el 7.8% del PIB</p> <p>Uruguay se encuentra en Latinoamérica en segundo lugar después de cuba en la disponibilidad de médicos pero en disponibilidad de enfermeras se encuentra en noveno lugar</p> <p>Medicamentos el 80% genéricos y 20% de marca</p> <p>No existe en Uruguay ninguna institución pública o privada expresamente dedicada a la evaluación el desempeño del Sistema Nacional Integrado de salud.</p> <p>Anualmente se realiza encuesta a los usuarios acerca de la satisfacción de los servicios donde el 51% está satisfecha y 22% insatisfecha, pero la información arrojada es de difícil acceso, a pesar de esto ha habido mejoras en el tiempo de espera de atención.</p>
<b>Discusión</b>	El sistema de salud uruguayo presenta dificultades en el área de investigación en salud porque no se correlaciona las necesidades de salud y las investigaciones por lo cual los resultados de estas no son útiles para el planteamiento de los programas y de políticas de salud, además del difícil acceso a la información en salud y los



	<p>pocos recursos.</p> <p>No existe una reglamentación sobre la forma en que deben funcionar o sobre la calidad de atención que deben brindar los establecimientos públicos, a pesar de que existe un sistema de acreditación la problemática es que no es obligatorio</p> <p>Existen poca normatividad en el sistema para vigilar sus funciones, pero existen algunos artículos que buscan promover un mejor acceso a los servicios y una mejora continua de calidad, debería promoverse el monitoreo del cumplimiento de estos compromisos.</p> <p>Se ha disminuido el gasto privado por medio de moderadoras que hace parte de los gastos de bolsillo, y se han disminuido las inequidades y los valores de los indicadores clásicos siguieron descendiendo</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>El artículo nos muestra que el sistema de salud uruguayo busca la universalidad en atención, pero se ve un gran déficit en cuanto a la calidad de sus servicios ya que no existe reglamentación acerca de esta por lo tanto no buscan el mejoramiento de la atención al usuario y satisfacer sus necesidades, además que los recursos son mal encaminados en cuanto a la investigación ya que no se enfocan en las necesidades del usuario, una ventaja es que ha aumentado los recaudos que permite realizar proyecciones al beneficio de la salud de los usuarios como invertir en el recurso humano.</p>

## ARTICULO 2.5.

<b>5. Título</b>	SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR
<b>Autor y Año</b>	Ruth Lucio, Econ, Nilhda Villacrés, Rodrigo Henríquez. 2011.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud pública en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública Mex 2011;53supl 2:S177-S187.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir las condiciones de salud en Ecuador y, con mayor detalle, las características del sistema ecuatoriano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales

	y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, la generación de información en salud, las tareas de investigación, y la participación de los ciudadanos en la operación y evaluación del sistema además de las innovaciones
<b>Palabras Clave</b>	sistema de salud; seguridad social; Ecuador
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Demografía, la pirámide poblacional se encuentra en un ensanchamiento en la población de 15 a 64 años y en decremento a los 65 años.</p> <p>Estructura, compuesto por sector público el Ministerio de Salud Pública ofreciendo servicios de salud a toda la población, el sector privado conformado por entidades con fines de lucro y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y del servicio social</p> <p>Beneficiarios, regidos por los principios de equidad, universalidad</p> <p>Financiamiento, proviene de fuentes permanentes del presupuesto general del estado y por aportes obligatorios de los afiliados, empleados tanto públicos como privados, el Ministerio de las finanzas es el encargado de distribuir los recursos que llegan al estado.</p> <p>Gasto en salud en Ecuador ha crecido en los últimos 10 años donde el PIB paso a ser 5.9%</p> <p>Infraestructura, Ecuador cuenta con establecimientos públicos 80% y privados el 20%.</p> <p>Recursos, se observa en el recurso humano dentro del sistema de salud un incremento mínimo del 21% correspondiente a la razón de médicos por 1000 habitantes es de 1.9 y la tasa de enfermeras por 100 habitantes a nivel nacional es de 0.6.</p> <p>Investigación, el gobierno nacional crea la ley orgánica del sistema nacional de salud estableciendo al ministerio de salud pública como responsable de impulsar la investigación y tecnología en la promoción y desarrollo de la medicina tradicional.</p> <p>Rectoría, el ministerio de salud pública es al que le corresponde el ejercicio de la rectoría en salud y la responsabilidad en el control y la vigilancia de las normas; la contraloría general del estado se encarga de controlar hospitales, unidades médicas en el ámbito financiero, administrativo y operativo.</p> <p>Evaluación, el ministerio de salud pública es el principal agente en la evaluación del sistema, además se encarga de difundir información a través de una página de internet</p>

	<p>acerca de indicadores en salud, además regula los programas prioritarios y evaluación de los resultados en indicadores de cobertura, de calidad y eficiencia.</p> <p>Vos de los usuarios, se coordina a través de un instrumento u organismo de veedurías ciudadanas, que son grupos de ciudadanos que vigilan las actividades públicas y acciones de control social.</p>
<b>Muestra</b>	Se infiere que se realizó el análisis de 37 artículos por el contenido en las referencias del artículo.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>En Ecuador se ha diseñado un indicador de años de vida saludable perdidos que contabiliza los años de vida saludable que se pierden por muerte prematura o por discapacidad.</p> <p>La prestación de los servicios se rige de equidad, universalidad, bioética, interculturalidad, calidad.</p> <p>Se ha programado la ley de maternidad gratuita donde le dan los servicios a embarazada y a menores de 5 años</p> <p>Se conformó el bono de desarrollo humano que es una transferencia monetaria mensual otorgada por el gobierno a las personas que se encuentran en situación de pobreza con un objetivo de disminución en la desnutrición crónica</p> <p>Programa de cobertura de enfermedades catastróficas, financia el tratamiento de enfermedades de alto costo en casos seleccionados</p> <p>Como resultado de la ley orgánica de salud donde los usuarios participan en actividades de salud sobre los derechos y los deberes que las personas y el estado tienen en relación con la salud, también se crea la comisión de control cívico de la corrupción encargado de tramitar e investigar denuncias ciudadanas sobre posibles actos de corrupción.</p> <p>El principal desafío en materia de salud de los ecuatorianos es dar cobertura a personas que no tienen acceso a ningún servicio implantando el proyecto de aseguramiento universal en salud.</p> <p>El ministerio de salud pública tiene como meta integrar a todas las instituciones bajo un verdadero sistema nacional de salud.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Todavía existe una limitada cobertura universal en salud que sea real con la prestación de los servicios, cuya calidad no siempre es la óptima.</p> <p>Ecuador no presenta ningún organismo que se encargue</p>

	<p>de una evaluación coordinada del sistema de salud por lo tanto empresas privadas especializadas en auditorias medicas son las encargadas de la supervisión de salud. Existe el proyecto de aseguramiento universal en salud donde se comenzaría por cubrir a la población más pobre del país mejorando la calidad de los servicios de salud sin embargo con el cambio de gobierno hubo un alejamiento en esta propuesta.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Se denota que la situación de salud en ecuador en cuanto a la prestación de servicios referente al personal de salud se encuentra todavía en un déficit, siendo cada vez esté más grave por la forma de contratación laboral que se observa en el sector público que consta aproximadamente de 4 a 6 horas laborales.</p> <p>Además también se observa aún la problemática de la concentración de estos en las grandes ciudades, generando problemas graves en las provincias.</p> <p>Uno de los problemas más relevantes en ecuador es la falta de aseguramiento universal en salud encontrando a muchos ecuatorianos sin servicio creando un problema nacional y administrativamente el estado intenta conformar diferentes redes públicas en salud sin encontrar ninguna solución</p>

## ARTICULO 2.6.

<b>6. Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD DE PERU
<b>Autor y Año</b>	Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, Oswaldo Lazo-González, Gustavo Nigenda. 2011.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S243-S254
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir las condiciones generales de salud del Perú, el sistema de salud con respecto a su estructura, cobertura, financiamiento, recursos, rectoría, investigación y su más reciente innovación que es el seguro integral de salud, el sistema de empresas prestadoras de salud, la descentralización y los comités locales de administración de salud. Su reto es ampliar la atención a la salud un poco

	más del 10% de la población que aún no recibe servicios.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud; seguridad social; Perú.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Contexto, Perú presenta un acelerado proceso de urbanización donde la pobreza se localiza en la periferia de las ciudades, zona rural y selva. La esperanza de vida en Perú es de 73 años, las principales causas de muerte son las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares estas varían según su localización. La principal causa de pérdida de años de vida saludable corresponde a enfermedades neuropsiquiátricas depresión, esquizofrenia y dependencia de alcohol más presente en los hombres.</p> <p>Estructura, tiene dos sectores público y privado, el público se divide en subsidiado o contributivo indirecto, y contributivo directo que corresponde a la seguridad social. La población de pobreza extrema es dada por el seguro integral de salud quien es el que subsidia los servicios. El sistema de seguridad social tiene dos subsistemas el seguro social con provisión tradicional es el que ofrece servicios a los asalariados y la provisión privada. En el privado se distingue el privado lucrativo es donde están las IPS y las aseguradoras, y el privado no lucrativo son asociaciones civiles sin fines de lucro. Los beneficiarios del sistema integral de salud son en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales. Essalud es seguro social provisión tradicional concentración su mayor atención en las enfermedades crónicas de alto costo</p> <p>Financiamiento, el gasto de bolsillo es el principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. El sistema integrado de salud se financia en su totalidad por recursos provenientes del presupuesto general. Essalud se financia por aportes de los empleados. El gasto en salud equivale al 4.5% del PIB.</p> <p>Recursos, en el Perú la salud se presta por el sector público por hospitales, puestos y centros de salud. El instituto nacional de estadística e informática es el órgano rector de estadística de información del país en cuanto a la red pública se trata. El instituto nacional de salud es el encargado de la promoción desarrollo y difusión de la información.</p> <p>Rectoría, el ministerio de salud es la máxima rectoría sanitaria y el ente rector del sistema de salud, para fortalecer la rectoría en los recursos humanos se aprueba</p>

	<p>la ley del sistema de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa para asegurar la educación con calidad en todos los niveles.</p> <p>Voz de los usuarios, la ley general de salud da derechos a los ciudadanos de participar en intervenciones previo al tratamiento donde se debe dar información veraz oportuna y completa y se impulsa un modelo de administración llamado programa de administración compartida.</p> <p>Innovaciones, las expectativas están puestas en la ley de aseguramiento universal, un programa de innovación que se llama juntos que apoya a los más pobres que su fin es reducir la pobreza y su transmisión de generaciones.</p>
<b>Muestra</b>	Se infiere que se realiza el análisis de 56 artículos por el contenido en la bibliografía, ya que en el artículo no se aclara la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>Perú es una población básicamente urbana, joven, subempleada y pobre además multilingüe y pluricultural.</p> <p>La tasa de mortalidad infantil y de mortalidad materna ha presentado disminución pero aún es persistente.</p> <p>Existe un programa vaso de leche que consiste en un programa de alimentación suplementaria</p> <p>Plan de aseguramiento esencial de salud que es un plan de beneficios de aseguramiento.</p> <p>Una de las innovaciones es el seguro materno infantil donde ha tenido un impacto positivo al acceso institucional.</p>
<b>Discusión</b>	En los últimos años se ha observado un incremento en el financiamiento por parte del gobierno. Se concentra tanto la infraestructura como el recurso humano en la zona urbana. A pesar del déficit de profesionales de la salud en la mayoría de los departamentos de Perú existe una baja oferta de empleos lo cual provoca subempleo, desempleo y migración. En Perú no se encuentra datos confiables ni registro sobre investigaciones en salud y mucho menos publicaciones en revistas internacionales.
<b>Análisis Personal</b>	Perú, es un país que en los últimos tiempos ha mostrado grandes cambios en el campo de la salud, ya que se han visto grandes avances en los que tiene que ver con la urbanización, saneamiento básico y cambiando así el estilo de vida de la población, notándose gran cambio en la atención en salud en el primer nivel de atención Durante los últimos años se ha visto una mejora en la

	<p>calidad de atención en salud, ya que las universidades que egresan profesionales de la salud como médicos y enfermeras han aumentado, teniendo así el país más recurso humano para prestar la atención.</p> <p>Aunque el país no cuenta con estudios o evaluaciones que demuestren la calidad en la prestación de los servicios no se sabe a ciencia cierta qué tan satisfactoria llegue a ser la salud en el país, por lo tanto se percibe un descenso en dicha calidad.</p> <p>El país tiene muchos retos que cumplir y para ello es importante aumentar el gasto en salud para poder llegar al fin de las propuesta como es la universalización sanitaria, y completar las metas propuestas por las políticas del sistema de salud del país.</p>
--	--

## ARTICULO 2.7.

<b>7. Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS
<b>Autor y Año</b>	Juan Luis Bermúdez-Madriz, María del Rocío Sáenz, JorineMuiser, Mónica Acosta. 2011.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M. Sistema de salud de Honduras. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S209-S219.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud de Honduras, estructura, cobertura, financiamiento además cuenta con un sistema que cuenta con un sector publico constituido por la secretaria de salud como el instituto hondureño, el sector privado predominando el servicio con pago de bolsillo, se plantea una ambiciosa reforma del sistema con una plan nacional de salud que contempla la universalización del aseguramiento donde la secretaria de salud seria el ente rector y regulador.
<b>Palabras Clave</b>	sistema de salud; seguridad social; Honduras
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Contexto, Honduras presenta una pirámide poblacional con una amplia base joven creando una ventaja para el crecimiento económico y fortalecimiento de la seguridad social, tiene alta incidencia de pobreza, la tasa de fecundidad pasó 6 hijos a 3 hijos. Hondura es uno de los países con mayor incidencia de VIH en América Latina

	<p>haciendo el Sida la segunda causa de muerte en los jóvenes después de la violencia, Honduras con respecto a la violencia ocupa el primer lugar en centro América, es una de las regiones más violentas del mundo. Honduras tiene acceso regular a agua potable, solo el 87% de toda la población tiene acceso. Honduras es un país expuesto a desastres naturales.</p> <p>Estructura y cobertura, el sistema de salud de Honduras está compuesto por sector público y privado, la secretaria de salud tiene doble función, es rector y proveer servicios, en honduras existe un programa designaciones familiares en el cual ejecuta un bono solidario materno infantil entregando un valor de 60 dólares anual por controles de salud a hogares en extrema pobreza donde se encuentran mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de seis años. El seguro de salud es el que es para la población empleada, la secretaria de salud brinda los servicios de atención ambulatoria y hospitalaria y el instituto hondureño de seguridad social son los afiliados a la seguridad social y tienen cobertura en tres seguros enfermedad y maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte.</p> <p>Financiamiento, el presupuesto de la secretaria de salud proviene del tesoro nacional y el del instituto hondureño de seguridad social cuenta con accionistas donde se recaudan y administran cotizaciones de patrones, empleados y el estado. Honduras recibe aportes de recursos externos usualmente por catástrofes que presenta el país, en el 2009 por el golpe de estado se le suspendió la cooperación internacional afectando el abastecimiento en los centros de salud, el sector privado se financia con pagos de bolsillo. El gasto total de salud es del 5.7% del PIB.</p> <p>Recursos, su estructura está dada por centros de salud rurales, centros de salud con médico y odontólogo y clínicas materno infantiles, clínicas periféricas de emergencia, el instituto hondureño de seguridad social compra medicamentos de forma separa de la secretaria de salud.</p> <p>Rectoría, la secretaria de salud es la principal rectora del sistema hondureño.</p> <p>Vos de los usuarios, el instituto hondureño de seguridad social tiene su propio sistema institucional de garantía de calidad, los reclamos de los usuarios son a través del comisionado nacional de los derechos humanos que</p>
--	--



	<p>existen en las fiscalías del consumidor.</p> <p>Innovaciones, el plan descentralización de los centros de salud se encarga de trasladar competencias de la administración central hacia los municipios. El plan nacional de salud plantea la reducción de la demanda insatisfecha de los servicios de salud incrementando el acceso a los servicios de calidad y la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna con el objetivo de universalización del aseguramiento</p>
<b>Muestra</b>	Se infiere que se realiza el análisis de 45 artículos por el contenido en la bibliografía, ya que en el artículo no se aclara la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>En los estudios se encontró 0.81 camas por mil habitantes. El recurso humano en Honduras en cuanto a los médicos es de 1 por mil habitantes y de 1.1 enfermeros por mil habitantes.</p> <p>Honduras no cuenta con un sistema nacional en salud por lo tanto en el 2010 se crea el plan nacional de salud para la integración de datos que permiten el seguimiento de los servicios de salud en cuanto a los procesos de planeación y evaluación.</p> <p>El logro más importante de las innovaciones de honduras es la cobertura de salud por parte de la secretaria de salud que aumento en un 10% que reporta un mejoramiento en los indicadores más sensibles.</p> <p>Hay muchos avances que deben intensificarse replanteándose las diferentes estrategias en cuanto a la malaria y el VIH acceso al servicio de agua y saneamiento.</p>
<b>Discusión</b>	<p>La producción farmacéutica se encuentra liderada por laboratorios extranjeros. La secretaria de salud vigila y controla los servicios de salud del sector público y privado, la comercialización y producción de productos para la salud</p> <p>La secretaria de salud también se encarga de evaluar el desempeño del sistema de salud y sus propias dependencias.</p>
<b>Análisis Personal</b>	La secretaria de salud de Honduras es la encargada de proveer servicios de salud a la población que lo necesita en general en pobreza extrema; además es el ente rector y el que direcciona y regula diferentes actividades de la salud como lo es el encargado de fabricación regulación, comercialización, distribución y consumo de

	<p>medicamentos; también define el cuadro básico de medicamentos de instituciones públicas.</p> <p>Honduras en su sistema de salud ha creado diferentes entes para la cooperación a la secretaria de salud en su funcionalidad como por ejemplo es el consejo consultivo de la calidad el cual es un organismo de asesoría y consulta tripartito entre la autoridad de la secretaria de salud, el departamento de garantía de la calidad y la dirección general de regulación sanitaria.</p> <p>El sistema debe cambiar las estrategias en cuanto a la calidad de salud ya que la lista de espera de atención de especialidad transcurre mucho tiempo, lo que provoca un agravamiento de la salud de los usuarios, ya que el momento entre diagnóstico y atención es muy largo.</p> <p>En el país se observa mucha la migración de profesionales por lo tanto se espera capacitar y proveer incentivos para garantizar la permanencia de médicos y enfermeras en la región además así proveer atención en salud en zonas rurales y alejadas evitando la deficiencia en la asistencia a los centros de salud.</p>
--	--

## ARTICULO 2.8.

<b>8. Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA
<b>Autor y Año</b>	Ramiro Guerrero, Ana Isabel Gallego, Victor Becerrill-Montekio, Johana Vásquez. 2011.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S144-S155.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir de las condiciones de salud de Colombia, del sistema colombiano de salud de su cobertura y estructura, financiamiento, el gasto en salud, recursos, evaluación y vigilancia, participación de los usuarios, innovaciones como la modificación del Plan Obligatorio de Salud, unidad de pago por capitación, la integración vertical.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud; seguridad social; Colombia
<b>Conceptos manejados en el artículo</b>	Contexto, la mayoría de la población vive en la zona urbana, el 10% pertenece a una etnia y el 3.4% son indígenas, disminución tasa de fecundidad, con una

<p><b>(Introducción-planteamiento problema)</b></p>	<p>esperanza de vida de 74 años, tasa de mortalidad infantil de 20.6 por 1000 nacidos vivos variando por departamentos, mortalidad materna de 62.75 por 100 000, principal causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, las agresiones, las enfermedades cerebro vasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias.</p> <p>Estructura y cobertura, está conformado por el Sistema General de seguridad Social está en Salud, financiado con recursos públicos y con un disminuido aporte de lo privado, la afiliación es obligatoria por medio de las Empresas Promotoras de Salud las cuales ofrecen el Plan Obligatorio de Salud, todos los Colombianos tienen derecho al servicio de salud, el estado es el encargado de dirección, coordinación y control, cuenta con dos regímenes contributivo y subsidiado los cuales se vinculan por el Fondo de Solidaridad y Garantía, además existen regímenes especiales de la población, todo esto con fin último de lograr la universalidad. Las entidades promotoras de salud ofrecen su red de instituciones prestadoras de servicios públicas o privadas para cubrir el plan obligatorio de salud como son promoción y fomento a la salud y prevención de la enfermedad, atención médica, rehabilitación, algunas enfermedades de alto costo entre otras.</p> <p>Financiamiento, se financia por contribuciones de los trabajadores, de los empleadores y el gobierno las cuales se reúnen en el fondo de solidaridad y garantía, el gasto en salud 5.9% de PIB. En el régimen contributivo los recursos se entregan a la EPS, la integración vertical se presenta cuando las EPS tienen en su estructura las IPS Recursos, los prestadores de servicios se constituyen IPS públicas y privadas, en el 2010 se reporta un total de 46.358. 1,5 camas por 1000 habitantes, hay 1.7 médicos por mil habitantes, existe un subconjunto de 19 IPS acreditadas las cuales cumplen los estándares más altos de calidad; las medicinas alternativas pueden ser practicadas con la correspondiente certificación.</p> <p>Rectoría, el Ministerio de la Protección social determina la política del sector salud y formula y aplica los criterios de evaluación, el regulador general del sistema está determinada por la Comisión de Regulación en Salud define el valor de la unidad de pago por captación y el contenido del POS, copagos y cuotas moderadoras, la</p>
---	--

	<p>Superintendencia Nacional de Salud realiza inspección, vigilancia y control, la red nacional de laboratorios de salud diagnóstica y detecta factores de riesgo, el instituto nacional de salud es coordinador de investigación científica.</p> <p>Voz de los usuarios, los afiliados al sistema general de seguridad social en salud tienen derecho a formar asociaciones de usuarios que los representen en las EPS y en las IPS, los afiliados ejercen vigilancia a través de veedurías comunitarias.</p> <p>Innovaciones, Colombia es pionera en América Latina la reforma en la salud con modificaciones para implantar el sistema de seguridad social y solventar las necesidades prioritarias de los usuarios con la participación de lo público y lo privado lograr el aseguramiento universal con principios de solidaridad, planteándose como cimientos del sistema la eficiencia y la calidad; lograr la igualdad en el POS.</p>
<b>Muestra</b>	Se infiere que se realizó el análisis de 25 artículos por el contenido en las referencias del artículo.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>En Colombia el 10% de la población pertenece a una etnia y el 3.4% son indígenas, disminución tasa de fecundidad, con una esperanza de vida de 74 años, tasa de mortalidad infantil de 20.6 por 1000 nacidos vivos variando por departamentos, mortalidad materna de 62.75 por 100 000, principal causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, las agresiones, las enfermedades cerebro vasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias.</p> <p>La cobertura del régimen contributivo en el 2010 fue de 39.4%, y del régimen subsidiado 51.4% de la población, regímenes especiales 4.9%, el 95.7% de la población son beneficiarios a algún tipo de aseguramiento, una parte de la población se encuentra sin aseguramiento las cuales deben hacer pagos de bolsillo.</p> <p>El régimen subsidiado como mínimo el 60% de los servicios que ofrecen sean contratados con hospitales públicos siempre que cumplan con condiciones de calidad</p> <p>En la oportunidad de asignación de citas de consulta médica general, el menor de tiempo de espera promedio lo tuvieron las EPS del régimen subsidiado de 2.6 días y las peor libradas fueron la medicina prepagada con 3.0 días y</p>

	<p>el régimen contributivo de 3.3 días; y la espera de citas de consulta médica especializada fue de 4.9 días en el régimen subsidiado y 9.8 en el régimen contributivo y 3.1 en la medicina prepagada.</p> <p>En la entrega de medicamentos obtuvo mejor calificación el régimen contributivo con un 93.3%, el subsidiado tuvo un 88.4%.</p> <p>La tasa de satisfacción global medida como el número de afiliados satisfechos sobre el total de afiliados encuestados la medicina prepagada obtuvo una tasa de 94.5%, la de régimen contributivo 93.6%, y el subsidiado con 82%.</p>
<b>Discusión</b>	<p>La mayoría de muertes maternas son por hipertensión y hemorragia postparto las cuales son evitables. Aunque la violencia ha disminuido en los últimos años la violencia ocupa el segundo lugar de causas de mortalidad.</p> <p>El ministerio de la protección social establece mecanismos para realizar evaluaciones para determinar el nivel de desempeño alcanzado en la gestión del sistema de salud y resultados como el bienestar de la población, pero aún no se establecen indicadores finales de impacto en la salud de la población sino para el cumplimiento de metas intermedias por lo tanto no se pueden plantear objetivos a largo plazo.</p> <p>El primer informe nacional de calidad de la atención en salud presenta indicadores de calidad relacionados con accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, y satisfacción tanto para aseguradoras como prestadores.</p> <p>La reforma a la salud trajo consigo la operación competitiva de las instituciones y una mayor regulación y supervisión por parte del estado.</p> <p>Una de los objetivos logrados a través de la reforma de la salud es disminuir el gasto de bolsillo lo que permite ver que el sistema ha generado una mayor cobertura y protección, reduciendo las brechas entre grupos sociales.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Una de las características destacables del sistema de salud colombiano es que la cobertura es amplia, pero a pesar de esto los indicadores no son los óptimos debido a que se busca la universalidad a costa de la calidad en la prestación de servicios ya que los recursos no son adecuadamente administrados para brindar un servicio óptimo. La investigación es poco apoyada económicamente y se enfoca en la estadística mas no en innovaciones ni soluciones a problemáticas de salud lo cual conlleva a que no se aborde la problemática de la</p>

	<p>salud de manera efectiva y se tomen decisiones erróneas ya que la estadística en ocasiones es errónea a causa del subregistro lo que en parte no permite brindar un servicio de calidad.</p> <p>Los ciudadanos como emplean la tutela mecanismo que permite defender sus derechos fundamentales de los servicios de salud, por lo general los jueces favorecen al usuario, pero el sistema está acostumbrado a rechazar los servicios y prestarlos a causa de los fallos judiciales generando la problemática de la demora en la atención oportuna lo que conlleva al agravamiento de la salud del usuario y en otros caso a pesar del fallo no se brinda el servicio.</p> <p>Existe una contradicción en los resultados que presenta el artículo al medir los indicadores de calidad ya que al ser más efectivo en la asignación de citas el régimen subsidiado es el que presenta menor satisfacción en ocasiones es debido a que el sistema por realizar una cobertura universal no buscan una buena calidad del servicio.</p> <p>Colombia presenta aun dificultades para que el sistema de salud logre la universalidad y la eficiencia, por restricciones fiscales, y la población q tiene la capacidad económica de afiliarse y no lo hace, falta de control en los recursos económicos ya que existen muchos intermediarios en este proceso que los utilizan para beneficio propio, además que el sector judicial no tienen límites en la aprobación de procesos no POS, se presenta también una disminución en el progreso en la atención primaria lo cual disminuiría en gran parte los gasto de enfermedades prevenibles o controlables con la adecuada intervención.</p>
--	--

## ARTICULO 2.9.

<b>9. Título</b>	SISTEMA DE SALUD DE CUBA
<b>Autor y Año</b>	Emma Domínguez-Alonso, Eduardo Zacca. 2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud publica en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en</b>	Domínguez-Alonso E, ZaccaE.Sistema de salud de Cuba.Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S168-S176.

<b>Vancouver)</b>	
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir las condiciones de salud de Cuba y el sistema cubano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, su gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, y las actividades de rectoría e investigación que desarrolla, la importancia de la investigación, el papel de los usuarios, la evaluación e innovación del sistema.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud, seguridad social, Cuba.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Demografía, la población en su mayoría es masculina en 50.1%, presenta una tasa baja de fecundidad y mortalidad, se presenta una disminución del ritmo crecimiento de la población y aumento del envejecimiento poblacional.</p> <p>Condiciones de salud, presenta los mejores niveles de salud infantil de América Latina y la tasa de mortalidad es la más baja, además de una maternidad sin riesgos, la primera causa de mortalidad infantil son malformaciones congénitas.</p> <p>Estructura y cobertura, el Estado regula, financia y presta los servicios de salud, operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud; está conformada por instituciones que deben garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud con una cobertura del 100%, sin tener discriminación alguna. El primer nivel debe resolver el 80% de los problemas en salud, el secundario 15% y terciario 5%.</p> <p>Financiamiento, el sistema cubano es financiado exclusivamente de recursos del gobierno además invierte el 12% del PIB siendo el porcentaje más alto de Latinoamérica.</p> <p>Recursos, Cuba se encuentra bien en cuanto a la distribución de instituciones que brindan los servicios requeridos según el nivel de atención, enfocándose en la atención primaria y el modelo médico y enfermera de la familia, garantizado el acceso al servicio mejorando el estado de salud de la población.</p> <p>Rectoría, el Sistema Nacional de Salud Pública es regido por el Ministerio de Salud pública que tiene funciones de normatividad, función y control, además regula el ejercicio de la medicina, la vigilancia epidemiológica y sanitaria, evaluación de las investigaciones.</p> <p>Voz de los usuarios, cuenta con sindicatos, comités de</p>

	defensa de la revolución y la federación de mujeres cubanas quienes son responsables de la salud con son encargadas de saneamiento, vacunación y promoción del diagnóstico precoz, teniendo muy en cuenta a la comunidad como modelo de atención integral.
<b>Muestra</b>	Se infiere que se realiza la revisión de 15 artículos por la referencia bibliográfica ya que en su contenido no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>Cuba presenta una posición privilegiada en Latino América en cuanto a mortalidad infantil ya que su predominio son las malformaciones congénitas. Además presenta una población envejecida y disminución de la tasa de mortalidad.</p> <p>Cuba presenta el modelo médico- enfermera de la familia es primordial ya que su objetivo es mejorar la salud de la población y es prescindible la participación comunitaria. Más de 30 mil médicos trabajan en atención primaria. Existe 6.7 médicos por mil habitantes y 9.5 enfermeras por mil habitantes.</p> <p>La satisfacción del usuario se ve afectada debido a que se ha tenido que reorganizar los consultorios médicos para compensar la ausencia de los médicos que han salido a cumplir misiones internacionales.</p> <p>Una de las innovaciones que tiene Cuba es la batalla de ideas es un programa de la revolución cubana donde se debaten conceptos acerca de la integridad y de la importancia de los cambios positivos de la calidad de vida, otro programa es la misión milagro que brinda atención oftalmológica gratuita a los latinoamericanos</p> <p>Se crea atención especializada para la población mayor para cubrir sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales para elevar la calidad de vida</p> <p>Se realiza el perfeccionamiento continuo de investigación para la identificación solución de problemas de salud además de la introducción de nuevas modalidades de formación en salud.</p>
<b>Discusión</b>	<p>En cuba en estos últimos años el número de médicos aumento considerablemente ya que el estudio de la medicina llevo a todas las provincias, además es uno de los países con más camas de asistencia médica la cual es una cifra muy elevada considerada por la OMS.</p> <p>La investigación es una actividad prioritaria en todas las</p>



	instituciones de salud, presenta diferentes incentivos a los profesionales que participen en proyectos investigativos
<b>Análisis Personal</b>	<p>Se ha presentado en Cuba al igual que en Colombia un aumento de uso de la medicina natural y tradicional debido a la disminución de recursos.</p> <p>El sistema cubano tiene altos resultados debido a que la población brinda su colaboración, por lo cual es importante destacar que el trabajo en la comunidad es una de las bases más importantes para que un sistema de salud tenga resultados satisfactorios.</p> <p>Otro punto importante es que a partir de la demografía aplican programas para la población que realmente lo necesita para solventar sus necesidades y no implantar políticas y estrategias generalizadas las cuales no actuarían de forma eficaz.</p> <p>El sistema de salud de Cuba presenta limitaciones en sus retos a pesar de los problemas económicos que presenta últimamente y las barreras que le impone Estados Unidos en cuanto a medicamentos y materias primas por lo tanto este se contrarresta con la amplia cobertura que posee el sistema y con la gran cantidad de recurso humano calificado debido a su alto nivel educativo y el amplio desarrollo que ha tenido la biotecnología que permite la disminución de costos en la importación de medicamentos.</p>

## ARTICULO 2.10.

<b>10. Título</b>	SISTEMA DE SALUD DE REPUBLICA DOMINICANA
<b>Autor y Año</b>	Magdalena Rathe, Alejandro Moliné. 2011.
<b>Ubicación del artículo (base de datos)</b>	Biblioteca virtual para la vigilancia en salud pública en Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Rathe M, Moliné A. Sistema de salud de República Dominicana. Salud Pública Mex 2011;53supl 2:S255-S264.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud de República Dominicana en cuanto estructura, recursos, cobertura, instituciones encargadas de investigación y de las innovaciones en las que se destacan la nueva ley general de salud, la nueva ley de seguridad social y el plan decenal de salud.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud, seguridad social, República Dominicana.

<p><b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b></p>	<p>Contexto, comparte isla con Haití, su población total reside en la zona urbana con una esperanza de vida de 71 años, la urbanización del país ha permitido disminuir la morbimortalidad, las principales causa de muerte son isquemias del corazón, enfermedad cerebro vascular, diabetes, VIH-sida además en hombres accidentes de tránsito.</p> <p>Estructura y cobertura, está cubierto principalmente por el sector privado por deficiencias del sistema y el resto por el sistema público. En el 2011 se crea la ley General de Salud y a ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social por el cual se establecen instituciones públicas y privadas sin fines de lucro, los fondos de seguridad social son de un 17% del gasto nacional en salud, existe una ley de universalidad como derecho a la salud de todos los dominicano;, el Seguro Familiar de salud está conformado por el régimen contributivo y subsidiado, este seguro cubre prevención, promoción y tratamiento de enfermedades y accidentes de tránsito se concreta a través del plan básico de salud que cubre todos los servicios.</p> <p>Financiamiento, el Ministerio de Salud Pública se financia con recursos provenientes de impuestos y con cuotas de recuperación que pagan los usuarios por servicio que cubren la atención a la población no asegurada. La Tesorería de Seguridad Social realiza recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del Sistema Dominicano de Seguridad Social. El gasto nacional de salud representan el 5.5% del PIB.</p> <p>Recursos, los servicios de salud son prestados por entidades públicas que se encuentran en gran número de hospitales y centros de salud, en la parte del subsistema privado no se encuentran datos fijos de los que prestan los servicios pero alrededor de unos 7121 se encuentran contando los centros oftalmológicos, consultorios y establecimientos de medicina alternativa. El recurso humano se encuentra de 2.5 profesionales por 1000 habitantes.</p> <p>La rectoría, dada por el Ministerio de Salud Publica quien no ha desempeñado muy bien su papel y ha ocasionado conflictos de competencia entre los diferentes órganos de salud,</p>
<p><b>Muestra</b></p>	<p>Se infiere que se realiza la revisión de 15 artículos por la referencia bibliográfica ya que en su contenido no se especifica la muestra.</p>

<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>La desnutrición infantil es una problemática de salud pública, tiene una cobertura de 98.9% de atención prenatal muy superior a muchos países de Latinoamérica, pero prevalecen las muertes maternas de las cuales el 85% son prevenibles y están relacionadas con la calidad del servicio, del 24 al 30 % de la población adulta es hipertensa, el 29.2% sufre de sobrepeso, 20% es adicta al tabaco y del 11 al 16 % sufren de diabetes, hay cerca de 60000 VIH positivos, alta incidencia de tuberculosis con una alta resistencia a los medicamentos.</p> <p>En el 2009 el 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social, el 54% de la población total aun no tienen cobertura en salud se mantiene en el sistema antiguo o paga de su bolsillo.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Debido a la implementación de la nueva ley donde se reglamenta el seguro familiar obligatorio la cobertura era parte del aseguramiento ya existente pero en lugar de contabilizarse el sector privado pasa a contabilizarse en el sector público lo que lleva a reducción del gasto de bolsillo, por lo tanto el gasto en salud en República Dominicana muestra una reducción en el gasto de bolsillo de los hogares por la ampliación del Sistema Familiar de Salud.</p> <p>La distribución del recurso humano en la Republica Dominicana se encuentra muy desigual, en cuanto al subsector público, en las distintas regiones del país.</p> <p>El gasto público en cuanto a medicamentos se encuentra en buena financiación por parte del PROMESE-CAL quien es el que realiza una racionalización en la adquisición de los medicamentos y disminución en precios por medio de la realización de subastas.</p> <p>La ley establece que los establecimientos de salud deben estar habilitados previamente, pero en la actualidad solo el 47% de los establecimientos cumplieron con los estándares necesarios.</p> <p>Se creó un instrumento de planificación sectorial que es el Plan Decenal de Salud donde se identifican indicadores para el seguimiento de las debilidades en los criterios de selección.</p> <p>La innovación más importante es la creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social en Salud considerando elementos necesarios de salud modernos.</p>

	<p>El nuevo sistema presenta muchos retos, como son la extensión de la cobertura y mejoría en la calidad de los servicios</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>República Dominicana presenta gran deficiencia en cuanto al manejo de la rectoría, encontrando grandes deficiencias por parte del Ministerio de Salud Pública, quien no ha sido capaz de ejercer un papel de líder para el buen manejo de la Salud en el país donde no se ha introducido la carrera administrativa para la profesionalización del personal y atraer nuevos talentos.</p> <p>En República Dominicana se creó el Plan Decenal de Salud para el mejoramiento de las debilidades, el problema es que no se encuentra monitoreado ni evaluado para ver su efectividad.</p> <p>El país creó varios entes para escuchar a los usuarios, donde se toma muy en cuenta sus opiniones como lo es el Consejo Nacional de Seguridad Social, pero como en todo, los representantes a veces presionan el Consejo para que se tomen decisiones a favor de sus intereses.</p> <p>Según las diferentes encuestas realizadas la satisfacción del usuario se encuentra en un nivel bajo de satisfacción, aunque actualmente no se disponen de estudios de calidad de los servicios de salud.</p> <p>El Sistema de salud de República Dominicana se encuentra en grandes innovaciones con la nueva introducción del Sistema Dominicano de Seguridad Social y su propuesta del Régimen Contributivo Subsidiado aunque todavía no se observan resultados en cuanto a la calidad en los servicios ni a la equidad en el financiamiento.</p> <p>Se propuso la creación del Sistema Familiar de Salud para una cobertura universal pero su propósito está muy lejos de ser alcanzado, ya que se requieren más prioridades en la inversión pública, por lo tanto se deben hacer grandes reestructuraciones administrativas y financieras para una buena toma de decisiones, todo esto conlleva a la baja calidad en los servicios de salud, relacionado a los problemas de los proveedores de servicio público, a la falta de control y supervisión del personal esto en base a la crisis institucional del sistema de salud.</p>

## ARTICULO 2.11.

<b>11. Título</b>	UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD, SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS EN LA ATENCION PRIMARIA.
<b>Autor y Año</b>	Carlos O. Amador Porro; Ormandy Cubero Menéndez 2010
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Amador Porro C.; Ormandy Cubero Menéndez. Un Sistema de Gestión de calidad en Salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. Revista Cubana de Salud Publica. . 2010; 36 (2): 175-179.
<b>Objetivo del artículo</b>	Identificar los principales problemas que inciden en la calidad de la atención: la inexistencia de un sistema de gestión dirigido a la calidad y que se proponen para las vías de creación. La calidad parte de los propósitos y los requisitos que debe cumplir cualquier organización y de la satisfacción de las necesidades de las personas a las cuales se les presta un servicio. A la atención primaria se le invierten cuantiosos recursos en los últimos años, y mejoran la calificación del personal, estas transformaciones no las ven reflejadas los usuarios.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de gestión de la calidad, atención primaria de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La calidad en la prestación de los servicios de salud son requisitos que debe cumplir cualquier organización, y de la satisfacción de las personas que se les presta el servicio, en si es dar una respuesta efectiva a las situaciones de salud o problemas de la población. La calidad es un objetivo básico del sistema; la acreditación y categorización contribuyen en el desarrollo de la misma. La atención secundaria tiene trabajo y experiencias, pero no se enfoca en un sistema de gestión de calidad. El objetivo es implantar un sistema de gestión de calidad a la institución con un costo elevado donde luego se recompensara con creces.
<b>Muestra</b>	Se infiere que el artículo es resultado de la revisión de 29 artículos relacionados con los sistemas de gestión de calidad en salud de países Latinoamérica por el

	contenido en las referencias ya que en este no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>La política trazada por la dirección de la revolución está dirigida a resolver insuficiencias en la prestación de la asistencia médica, donde se desarrollara un plan de capacitación y formación de los recursos humanos en respuestas a los cambios de nuevas tecnologías para el fortalecimiento de la atención en salud, y la creación de centros de excelencia con tecnología de punta.</p> <p>La insuficiencia en la integración de los procesos institucionales hace que el trabajo se base solo en las especialidades y no en la gestión de procesos.</p> <p>Los principios de la calidad están definidos en documentos normativos, que es el órgano rector de la actividad en cuba. Se debe enfocar en el cliente que es el potencial consumidor, debe haber liderazgo en los directivos con compromiso y disposición al cambio, participación del personal en donde ayudara a el beneficio de la institución, relación beneficiosa entre los proveedores y la institución.</p> <p>Para la estructura de calidad un papel importante es los comités de calidad, creados por Ernesto Che Guevara, donde son unidades organizativas de base.</p>
<b>Discusión</b>	<p>El sistema de gestión de las instituciones de salud tienen que necesariamente estar en correspondencia con la excelencia, el colectivo moral y el programa de revolución y por cuanto todos tienen en común brindar el mejor servicio con la máxima calidad alcanzando los mejores resultados a los más bajos costos.</p> <p>Siempre se debe ver a la institución como un todo, como un sistema abierto y vivo donde el cumplimiento de la misión dependerá del resultado de sus partes y de la armonía del funcionamiento.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>La calidad de la atención en salud presenta grandes cambios en la que se ha tomado muy en cuenta la buena atención en el servicio por parte de los profesionales de la salud, una buena comunicación, la amabilidad la comprensión, y así poder obtener una buena respuesta por parte de los usuarios.</p> <p>La parte administrativa nunca se debe comparar con la parte asistencial de una institución ya que por</p>

	<p>ejemplo los profesionales se dedican a lograr prestar un servicio con calidad que llegue a la satisfacción del usuario mientras que el personal administrativo realiza diferentes actividades como por ejemplo es aquí donde encontramos al jefe que es quien se encarga en observar la calidad del personal con que cuenta la institución, es quienes realizan la organización, evaluación y análisis de las diferentes áreas de la institución, y son los que ayudan en el cumplimiento de la misión que es llegar a la excelencia en la calidad de la atención en todo sentido.</p> <p>Toda institución en su parte administrativa cuenta con su parte de auditoria que son los encargados de la revisión sistemática y aspectos legales de la contratación institucional y donde se toman las medidas preventivas y correctivas para garantizar una atención completa.</p> <p>Para toda institución es de gran importancia contar con los lineamientos de calidad en todos los niveles de atención ya que ayudan a dar oportunidad para garantizar un efectivo servicio se toma en cuenta que estos lineamientos van de la mano de la gestión de calidad que van a proporcionar un servicio encaminado a la excelencia.</p>
--	--

## ARTICULO 2.12.

<b>12.Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD DE VENEZUELA
<b>Autor y Año</b>	AnabelleBonvecchio, Víctor Becerril-Montekio, Ángela Carriedo-Lutzenkirchen, Maritza Landaeta-Jimenez.2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de Salud de Venezuela. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S275-S286.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud de Venezuela, incluyendo estructura y cobertura, recursos con que cuenta, su sistema público y privado.
<b>Palabras Clave</b>	Sistemas de Salud, seguridad social, Venezuela.
<b>Conceptos</b>	Demografía. Venezuela presenta un ritmo moderado de

<p><b>manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b></p>	<p>crecimiento, por la disminución de la natalidad, descenso de mortalidad y aumento de la esperanza de vida.          Condiciones de salud. Venezuela pasa por una disminución epidemiológica con respecto a las enfermedades infecciosas e incremento de enfermedades no transmisibles. Las principales causas de muertes maternas son la sepsis, hemorragias e hipertensión.          Estructura y cobertura. A partir de 1999 se plantea una reestructuración del sistema de salud, para la creación de un modelo integral para la población creando al Sistema Público Nacional de Salud garantizando el derecho a todos los venezolanos. Existe un sistema público y otro privado.          Financiamiento. Es dada por el gobierno central, por ejemplo Misión Barrio Adentro recibe financiación proveniente de la renta petrolera. El gasto en salud de Venezuela aumento de 41.5% a 44.9%.          Recursos. Existen 5089 establecimiento de salud públicos, de los privados no se tienen datos seguros. La ley Orgánica de salud propone que los establecimientos de salud se organicen bajo redes de salud y que todos los centros de salud adscritos al estado se incorporen a este seguro y se adapten a las necesidades de la población.</p>
<p><b>Muestra</b></p>	<p>Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 41 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.</p>
<p><b>Intervención y proceso medición</b></p>	<p>No aplica.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Venezuela presenta el mayor número de muertes por homicidios convirtiéndola en uno de los países latinoamericanos más violentos.          La mortalidad materna sigue siendo uno de los problemas más importantes de salud pública del país.          El sistema de salud de Venezuela ha sido lento y sin concertación por la no promulgación de la ley Orgánica de Salud.          En los noventa se inicia la fragmentación de los servicios de salud, la creación de “Misión Barrio Adentro” se da inicio a la transformación sanitaria formando el modelo integral de salud.          La fragmentación del financiamiento es una de las principales deficiencias del sistema de salud que ha impedido que se desarrolle un sistema de seguridad social que haga posible la universalización del acceso a los servicios de salud.</p>



	<p>Barrio Adentro funciona paralelo a la unidad de atención ambulatoria, y a hospitales tradicionales.</p> <p>La voz de los usuarios es llamado comités de salud intervienen en los proyectos de salud de las localidades</p>
<b>Discusión</b>	<p>Venezuela no cuenta con registros de las principales enfermedades que causan daño a la salud como son la diabetes y la hipertensión; además tampoco se sabe de los boletines epidemiológicos por lo tanto es critica la situación del país.</p> <p>Además, no presenta actualización en la información sobre la cobertura de los servicios de salud ya que la información del servicio público y privado no se encuentra integrada y la información es desactualizada.</p> <p>La llegada de recurso humano cubano ha proporcionado la migración de médicos hacia otros países por la falta de empleo en su propio país. El programa de Barrio Adentro se ha visto sin personal de médicos ya que los cubanos han tenido que salir a países como Bolivia trasladados.</p> <p>Venezuela ha creado un centro de investigación ya que está establecido en la Constitución donde se debe prestar interés en la ciencia y tecnología e innovaciones.</p> <p>El Ministerio del Poder Popular para la Salud es el encargado de financiamiento regulación de las entidades públicas como privadas, de la fiscalización y control tanto de programas como de los medicamentos, y de la acreditación y certificación de establecimientos. Además es quien está pendiente de las actividades de los profesionales, capacitación y la prestación del servicio.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>El sistema de salud venezolano al igual que muchos países latinoamericanos se encuentran fragmentados y sin completar su fin que es la universalización del servicio. Aunque se creó el proceso de transformación llamado “Barrio Adentro” que se encargaría de aumentar la cobertura en salud a las personas que no habían recibido el servicio, este contribuyo más a la fragmentación de los servicios y al mal uso de los recursos destinados a la salud, por lo tanto se nota que los venezolanos no logran el derecho constitucional que es la atención en salud,</p> <p>Venezuela no cuenta con un buen sistema de información, lo que provoca que las personas presenten una doble afiliación y tanto el servicio público como privado presente los mismos usuarios.</p> <p>Venezuela ha presentado buen recurso humano prestando sus servicios de salud aunque la mayoría no pertenecen a</p>

	<p>el país, son profesionales provenientes de cuba muy bien preparados en la parte de medicina comunitaria, lo que hace que los servicios de salud hayan llegado hasta sitios apartados donde antes no habían llegado los servicios de salud.</p> <p>El país refleja grandes problemas, pero con respecto a la calidad de los servicios de salud no se presenta ningún sistema que ayude a la evaluación. La Ley Orgánica es la que hará valer los derechos de los usuarios con lo que tiene que ver a satisfacción de servicios. Presenta problemas con el recurso humano ya que la migración de los médicos venezolanos y la llegada de médicos cubanos que no se quedaron en el país provocaron déficit de profesionales ocasionando problemas a la hora de la atención de las principales enfermedades que se están presentando en el país, lo que ocasionaría un problema epidemiológico a lo atender estas enfermedades.</p>
--	--

### ARTICULO 2.13.

<b>13. Titulo</b>	LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD
<b>Autor y Año</b>	Gonzales T, Eucaris E; Ortega Christian. 2010.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Gonzales T, Eucaris E; Ortega C. La calidad en el sistema de salud. Revista Medico Científica. 2010. 23(1):40-47.
<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar la necesidad de aumentar la calidad en salud y al mismo tiempo controlar los costos que han originado gran interés en la actividad por mejorar la valoración de la calidad y el desempeño.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud, control de calidad, satisfacción.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El término de calidad es tan antiguo que se encuentra en el código Hammurabi. Durante más de 20 años se ha visto la necesidad de aumentar la calidad en los servicios de salud. Un Concepto de calidad de la atención de la salud. Elemento estratégico que se fundamenta en la transformación de los sistemas sanitarios modernos. La intervención más importante la hace Donabedian que da a conocer una serie de elementos como: componente técnico, que es la asistencia que se presta con los

	<p>avances científicos y la capacitación de los profesionales. Componente interpersonal, relación paciente-profesional de la salud. Componente del entorno.</p> <p>Dimensiones de calidad aplicada a los servicios de salud. Competencia profesional: ejercicio de la profesión en términos de precisión, confiabilidad y uniformidad. Por lo tanto esta competencia exige idoneidad en la supervisión.</p> <p>Acceso a los servicios: eliminación de las barreras que impiden el uso eficaz de los servicios como las de índole geográfico, económico, social, cultural y lingüístico.</p> <p>Eficacia: la calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y la orientación clínica. Satisfacción del paciente: relación entre proveedores y pacientes, entre el equipo de salud y la comunidad. Eficiencia: donde los recursos son generalmente limitados, la eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria y que la atención deficiente se elimine.</p> <p>Continuidad: el paciente recibe serie completa de servicios, sin interrupciones. Seguridad: es la reducción de riesgos e infecciones. Comodidades: satisfacción del paciente con volver al establecimiento.</p> <p>Medición de la calidad de los servicios de salud.</p>
<b>Muestra</b>	Se infiere que el artículo es resultado de la revisión de 21 artículos relacionados con la calidad en la atención médica, por el contenido en las referencias ya que en este no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>En Estados Unidos en la actualidad se gasta más dinero en cuidados de salud que en la educación y la defensa. Y existe evidencia de que el 55% de los estadounidenses reciben la atención adecuada y que existe desigualdad en los servicios de salud basada en diferencias raciales, geográficas y socioeconómicas</p> <p>La calidad de los servicios de salud es el resultado de las políticas de salud, haciendo todo correcto, y de la adecuada interacción entre prestadores y receptores.</p> <p>El error médico constituye una preocupación de los profesionales de la salud, analizados en reuniones médicas, lo más importante es no partir de un evento adverso sino de la vigilancia y control de calidad permanente.</p>
<b>Discusión</b>	Para los pacientes es muy importante la comunicación

	<p>interpersonal con los profesionales a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios.</p> <p>La calidad de los servicios de salud se basa en la satisfacción de los pacientes, la calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del paciente incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.</p> <p>La acreditación es un proceso de monitoreo de la calidad de la atención en salud, es el mayor consenso sobre lo que se considera calidad, es un proceso de pares, a los profesionales se refiere a la certificación y recertificación, dirigidas al mejoramiento de la calidad. Además es un proceso para conocer la gestión y calidad de la institución para el mejoramiento de la atención.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Los sistemas de salud de los últimos tiempos debe presentar diferentes componentes para que sea un buen sistema como es que se dé la atención con eficiencia, calidad y mayor acceso a bajos costos, con la utilización de nuevas herramientas como son el rediseño y la reingeniería donde se garantiza una continuidad en los diferentes niveles asistenciales en salud.</p> <p>La calidad en un servicio de salud se ve reflejada con la acreditación de la institución donde se van a tomar en cuenta la gestión que realiza la empresa para siempre brindar un buen servicio, en su análisis de deben tomar en cuenta los indicadores que van a ayudar en el monitoreo de la calidad.</p> <p>La calidad no es solo llegar a los máximos estándares o cumplir solo con las necesidades de los pacientes es siempre llegar a cumplir todas sus expectativas.</p>

#### ARTICULO 2.14.

<b>14. Título</b>	CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LOS MARCOS DE SENTIDO DE DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN COLOMBIA Y BRASIL
<b>Autor y Año</b>	María E. Delgado, María L. Vásquez Navarrete, Lygia de Moraes-Vanderley. 2010.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Decs, BIREME
<b>Citación Bibliográfica del</b>	Delgado Gallego M. Vásquez Navarrete M. Moraes-Vanderlei. Calidad en los servicios de salud desde los

<b>artículo en Vancouver)</b>	en	marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Revista de salud Publica. 2010. 12(4): 533-545.
<b>Objetivo del artículo</b>	del	Analizar los marcos de sentido en la definición de la calidad de un servicio de salud de los diversos actores sociales en Colombia y Brasil.
<b>Palabras Clave</b>		Evaluación de los servicios de salud, calidad de la atención de salud, investigación cualitativa, Colombia, Brasil.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	el	La evaluación de la calidad en cuanto a los servicios de salud se ha analizado adoptando una metodología cuantitativa, donde se evalúa la satisfacción desde una perspectiva general. Recientemente en Colombia se valido un instrumento para medir la calidad percibida por los usuarios en este país. De aquí se derivan la poca adherencia a los tratamientos, la no utilización de los servicios, o el mal uso de estos. El giro epistemológicamente es considerar los conocimientos situados de los diferentes actores sociales, que desde sus marcos de sentido construyen y miran la realidad.
<b>Muestra</b>		Grupos focales de dos municipios de Colombia (Tuluá y Palmira en el Valle del Cauca) y Brasil (Cabo Santo Angostino y Camaragibe). Usuarios desde los 18 años de distintos estratos sociales
<b>Intervención y proceso medición</b>	y	Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas. Análisis de contenido con generación mixta de categorías y segmentación de los datos por país.
<b>Resultados</b>		Los marcos de sentido desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron no obstante matices diferenciadores: los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos como disponibilidad y accesibilidad de recursos y en aspectos técnicos, como resolutividad y calidad técnica. El personal de salud de Colombia y Brasil mostro similitudes, pero los primeros destacaban más una administración ágil y tiempo de consulta mayor, los segundos más disposición de personal especializado, materiales e insumos suficientes.
<b>Discusión</b>		Se encontraron tensiones por los orígenes sociales y culturales. Hubo mayor prevalencia en el discurso de los

	<p>usuarios en Colombia reflejado en la falta de acceso a los servicios de salud, sobre todo en las barreras de acceso,. Los aspectos burocráticos toman mucha importancia en ambos países, ya que es clave en la salud de los usuarios como en la calidad del servicio.</p> <p>En Colombia el decir es “una buena administración es buena salud”.</p> <p>El tiempo insuficiente durante las consulta es para los usuarios de ambos países una mala calidad en la atención, por lo tanto indica problemas en los servicios de salud de los dos países. En Colombia el problema se ve reflejado mas ya que los profesionales se ven presionados a hacer consultas rápidas sin tener en cuenta la calidad que se de. La humanización de la asistencia es significativa para todos los actores entrevistados, se observó que en pocos lugares se tomó en cuenta las quejas de los usuarios para el mejoramiento de la calidad.</p> <p>Se sabe que en ambos países la implementación de estrategias de calidad presenta gran desconocimiento sobre el control de la calidad de los servicios.</p> <p>En ambos países se mantienen los contenidos explícitos de la norma.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Colombia es un país que ha mejorado en gran mayoría la prestación de los servicios de salud como es que se da a la población pobre vulnerable cumpliendo así con su meta que es llegar a la universalización de la salud, aunque por llegar a esta meta a veces se ve olvidada la calidad en la atención de los servicios convirtiéndose estos en metas convirtiendo a la productividad como la principal cualidad que debe tener un profesional para ser bueno, olvidándose por completo por la satisfacción del usuario y por prestar un servicio con excelencia.</p> <p>Los profesionales de la salud han olvidado la importancia de la calidad y lo importante que es para un usuario la satisfacción de su necesidad por lo tanto es necesario que se tome en cuenta la buena atención de una cita médica como es la exploración física y clínica un buen tiempo por paciente, consolidar la información clara, precisa, detallada tratando siempre al usuario como un ser que es importante para la sociedad.</p> <p>En Colombia la salud ha presentado muchos cambios como el que los profesionales ya no piensan en el ser como tal sino que se piensa siempre en el aumento de sus bienes económicos tanto de los dueños de empresas</p>

	<p>privadas como los que llegan a administrar las empresas públicas.</p> <p>La situación de la salud en Brasil es muy parecida a la de Colombia donde el lucro económico por parte de los burócratas es lo más importante en el sistema de salud, ya que a veces la calidad de los servicios prestados no toma mucha relevancia y a veces no toma gran importancia las necesidades de las personas que consultan los servicios de salud.</p>
--	--

### ARICULO 2.15.

<b>15. Titulo</b>	SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL
<b>Autor y Año</b>	Víctor Becerril Montekio, Guadalupe Medina, Rosana Aquino. 2011
<b>Ubicación del articulo ( base datos)</b>	SciELO
<b>Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)</b>	Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S120-S131.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud de Brasil, su conformación, su financiamiento, sus servicios, las actividades de rectoría y las innovaciones.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud; seguridad social; Brasil.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Demografía, el 82% de la población vive en zonas urbanas, la tasa de fecundidad bajo a 2 hijos por mujer, aumento la esperanza de vida a 72.4 años, aumento la población mayor de sesenta años y disminuyo la población menor de 5 años.</p> <p>Condiciones de salud, por mejoría en las condiciones de vida e implantación de políticas de salud pública disminuyó la mortalidad infantil, disminución de la tasa de mortalidad y aumento de la esperanza de vida; presenta como principales causas de mortalidad las enfermedades no transmisibles y la lesiones.</p> <p>Estructura y cobertura, el sistema de salud de Brasil está conformado por el sector público denominado Sistema Único de Salud el cual da cobertura a un 75% de la población y el sector privado que es el Sistema de Atención Médica Suplementaria y el sistema de desembolso directo que cubre el 25% restante. El Sistema</p>

	<p>Único de Salud presta servicios en sus clínicas y hospitales, con apoyo técnico y financiero estatal y federal, es responsable de coordinar el sector público y de regular lo privado, el sector privado complementa al público; el subsistema de desembolso directo son entidades que no están vinculados con lo público. Toda la población tiene acceso y de forma igualitaria a los servicios de promoción y protección y recuperación de la salud y el estado es el encargado de proveerlos. La carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud elaborada por el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud y la Comisión Intergestora Tripartita definen varios principios básicos del derecho a la salud como son: derecho al acceso ordenado al sistema de salud, a un tratamiento adecuado entre otros. El sistema único de salud tiene como ejes la universalidad, la integralidad y la equidad, una organización descentralizada.</p> <p>Financiamiento, el Sistema Único Nacional se financia con impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno federal con un 10% de sus ingresos, estatal un 12% y municipal con un 15%. Los recursos se depositan en los fondos de salud los cuales se transfieren a los estados y los municipios. El sector privado se financia con recursos de las empresas y familias que lo contratan. El gasto en salud corresponde a l 8.4% del PIB en el 2008.</p> <p>Recursos, Brasil cuenta con 77004 establecimientos en el 2005, 58.6% del sector público y el 41.4% del privado, disponibilidad de camas de 443.210. Un recurso humano de 2.86 médicos por 1000 habitantes, 3.28 enfermeros por 1000 habitantes. El gobierno federal debe abastecer medicamentos que se consideran estratégicos. Los medicamentos que ofrece el Sistema Único de salud en la atención básica son 82 para el tratamiento de padecimientos comunes; el financiamiento para la asistencia farmacéutica se da por el gobierno federal, estatal y municipal. El Departamento de Informática del Sistema Único de Salud es responsable de reunir, procesar y diseminar la información en salud, encarga de las investigaciones, exístela secretaria de ciencia, tecnología e insumos estratégicos e invirtió más de 410 millones de reales en investigación en salud.</p> <p>Rectoría, los servicios del Sistema Único de Salud fueron descentralizados a los estados y municipios, el gobierno</p>
--	--



	<p>federal se encarga de preservar y promover los principios, definir prioridades nacionales, monitorear los resultados de los programas y políticas, y participar en el financiamiento garantizando la equidad entre los estados. Se implanto la Política Nacional de Regulación la cual es responsable el departamento de regulación, evaluación y control de sistemas del Ministerio de Salud por la cual se regulan la actuación de los diversos proveedores de atención en salud. La secretaria de vigilancia en salud vigila, coordina, planea, inspecciona acciones relacionadas con el agua para consumo humano, la contaminación del aire y suelo, desastres naturales y contaminación. El control y evaluación del sistema compete a los tres niveles de gobierno y a los consejos de salud, comisiones intergestoras y el sistema nacional de auditoria. El pacto de gestión del sistema Único de Salud estableció las responsabilidades del gestor municipal y estatal en el control y evaluación de los servicios y la definición de indicadores para el monitoreo del desempeño. El Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas es responsable de la coordinación de la política nacional de regulación, control y evaluación, se encarga de facilitar el desarrollo financiero de las acciones y servicios de atención ambulatoria y hospitalaria del Sistema Único de Salud, desarrolla las directrices y coordina la implantación de las actividades de control y evaluación de la producción de servicios de atención a la salud en los estados y municipios, también es responsable del perfeccionamiento del control y la evaluación de la ejecución de las acciones de salud mediante el Sistema de Información de atención Ambulatoria y el Sistema de Información Hospitalaria, es igualmente responsable del Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios, de la Encuesta de Satisfacción y del Premio de Calidad Hospitalaria.</p> <p>Voz de los usuarios, está garantizada por una red de más de 5000 consejos municipales de salud, 27 consejos estatales de salud y el consejo nacional de salud en los cuales participan más de 100.000 voluntarios los cuales participan en la formulación y la proposición de estrategias, el control y ejecución de políticas de salud, decisiones sobre la asignación de recursos. El consejo nacional de secretarios de salud pública los resultados de encuesta sobre el conocimiento, evaluación y opinión de</p>
--	--

	<p>los brasileños respecto a los servicios del sistema. Innovaciones, la creación del Sistema Único de Salud y su implementación a partir de la promulgación de la Ley Orgánica de Salud en 1990, tiene como objetivos la universalización, la equidad en la atención y la integridad de las acciones (promoción, protección, prevención, rehabilitación y diagnóstico temprano), incluyendo la atención al individuo y la colectividad y el cuidado del medio ambiente, con tres estrategias la descentralización, la unicidad de la coordinación y la participación social. Existe el Programa de Aceleración del Crecimiento que tiene como objetivo el Programa Más Salud: Derecho de Todo, en el cual se busca avanzar en la implementación del sistema de salud universal, igualitario e integral, consolidar las acciones de promoción de la salud, priorizar los objetivos del Pacto por la Salud, elevar la calidad y eficiencia de las unidades productoras de bienes y servicios o de gestión en salud.</p>
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 57 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>Disminuye la mortalidad infantil de 35 por mil nacidos a 20. Brasil presenta una tasa muy superior de muertes violentas en Latinoamérica.</p> <p>El instrumento para lograr la cobertura universal ha sido el Programa de Salud de la Familia busca que la práctica médica se enfoquen en la atención primaria en unidades de salud y en los hogares el cual actualmente cubre al 50% de la población.</p> <p>Los recursos públicos destinados al gasto en salud en 2007 fueron de 94 400 millones de reales; 47% correspondió a gasto federal, 26% a los estados y 27% a los municipios. El gasto privado directo en salud fue de 98 400 millones de reales. Alrededor de 50 000 millones correspondieron a planes y seguros, 21 000 millones a pagos de bolsillo y 27 000 millones a medicamentos.</p> <p>En la encuesta realizada por el consejo nacional de secretarios de salud presenta como resultados, fallas en el sistema carencia de médicos y personal de enfermería un 19.4%, la falta de medicamentos 9.5%, los largos tiempos de espera para recibir atención con igual calificación que la falta de hospitales 8.3% y la demora para recibir citas para</p>

	<p>la consulta 7%, el 41.3% considera que el principal problema del Sistema Único de Salud es la fila de espera para obtener consulta, 14.4% que es la fila de espera para los exámenes y 7.5% la fila de espera para hospitalización.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Brasil aunque este promoviendo políticas de salud pública y presente mejoras sigue siendo uno de los países con peores cifras en los principales indicadores de salud; algunas regiones menos desarrolladas presentan mayor tasa de mortalidad infantil. El subfinanciamiento del Sistema Único de Salud genera largos tiempos de espera de acceso a especialistas, cirugías y tratamientos de urgencias desencadenando problemas legales ya que los usuarios exigen cobertura de tratamientos de alto costo que están en fase de experimentación.</p> <p>Brasil para implementar un programa de farmacia popular para permitir a los que utilizan los servicios privados y tienen dificultad en adquirir medicamentos básicos y esenciales de bajo costo con el fin de ampliar el acceso a estos ya que en farmacias comerciales tienen un alto costo.</p> <p>Brasil y México son los únicos países latinoamericanos que realizan publicaciones científicas y son catalogados en el vigésimo noveno puesto en un listado de 30 países.</p> <p>Se han planteado diferentes estrategias para afrontar la problemática en salud como son: involucrar en el sector salud otras áreas relacionadas con las necesidades básicas de la población; establecer las responsabilidades y los derechos de los usuarios; intensificar la participación y el control social, reforzar los Consejos y las Conferencias de Salud, y fortalecer la capacitación de los consejeros; evitar la precarización, la privatización y la tercerización de las relaciones laborales del sistema articulando las políticas de los sectores salud y educación.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Brasil presenta un Sistema Único de Salud sin restricciones en la cobertura aunque como en todo país latinoamericano no se alcanza a la cobertura universal porque se presentan grandes problemas como son el acceso y atención que no llegan a ser oportunos para el usuario.</p> <p>El Sistema Único de Salud busca generar compromiso social para el Programa de Salud de la Familia buscando que la atención primaria sea un éxito, además, esta estrategia es adecuada ya que la cobertura se compara con el volumen y es importante, ya que permite un avance</p>

	<p>importante en salud disminuyendo en gran porcentaje los gastos. Se destaca que Brasil tiene una gran inversión en el tema de investigación lo que permite que conozcan adecuadamente las necesidades de su población y por lo tanto puedan dar solución de manera efectiva con la garantía de que se opera según las especificidades de los estados y los municipios. Otro aspecto a resaltar es la carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud en la cual se definen varios principios básicos del derecho a la salud como son: derecho al acceso ordenado al sistema de salud, a un tratamiento adecuado entre otros que hacen parte de un servicio con calidad. Con la descentralización se consigue logros positivos como es la oferta de servicios y la participación social una muestra de que las innovaciones pueden generar un impacto positivo en la salud.</p>
--	--

#### ARTICULO 2.16.

<b>16. Título</b>	SISTEMA DE SALUD DE CHILE
<b>Autor y Año</b>	Víctor Becerril-Montekio, Juan de Dios Reyes, Annick Manuel. 2011.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S132-S143.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud de Chile, su estructura, financiamiento, beneficiarios y recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, y la reforma del sistema.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud; seguridad social; Chile.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Demografía, el 86.5% de la población vive en la zona urbana, 4,6% pertenece a los pueblos que los cubre a ley indígena, los menores de 15 años son el 25% de la población y los mayores de 60 años son el 11%.la tasa de fecundidad en 2007 fue de 1.9 por mujer en edad fértil, chile presenta los mejores niveles de salud de américa latina, la tasa de mortalidad infantil es de 7.9 por 1000 nacidos vivos. la razón de mortalidad materna fue de 19.8 por 100 000 nacidos vivos, con una esperanza de vida de 78.5 años, la población presenta prevalencia de

	<p>enfermedades no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, depresión, diabetes, entre otras.</p> <p>Estructura y cobertura, está conformado por el sector público y por el privado, el público cubre el 80% de la población, el Fondo Nacional de Salud cubre el 70% de la población, un 3% por los servicios de salud de las fuerzas armadas y el 7% son trabajadores independientes. El sector privado está formado por las Instituciones de Salud Previsional que cubren al 17.5% de la población otras tres entidades ofrecen servicios por accidentes de tránsito y enfermedades profesionales. Todos los chilenos tienen acceso al servicio de salud y de libre escogencia entre lo público y lo privado. Existen dos tipos de privadas abiertas o cerradas las abiertas permiten a toda la población con capacidad de pago y las cerradas son exclusivas de trabajadores o sector económico. El Sistema Nacional de Salud brinda servicios ambulatorios y hospitalario, los usuarios al recibir la atención deben realizar los copagos que van desde el 10% al 20% del precio del servicio según su nivel de ingresos, excepto los más pobres o mayores de 60 años, estos copagos se establecen según el nivel de calidad del prestador. Los servicios de salud pública se ofrecen a toda la población sin ninguna restricción.</p> <p>Financiamiento, los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al Fondo Nacional de Salud. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención. Todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos. El gasto en salud es del 6.2% del PIB. En el sector público el Ministerio de Salud controla el gasto a través del Fondo Nacional de Salud y el público por medio de Instituciones de Salud Previsional.</p> <p>Recursos, Chile cuenta con 2 177 establecimientos de atención a la salud, públicos y privados. Chile dispuso de 2.3 camas por 1000 habitantes un descenso en el número de camas tanto en lo público como en el sector privado. Cuenta con 1.09 médicos por 1000 habitantes. El Departamento de Estadísticas e Información en Salud es</p>
--	--

	<p>la dependencia encargada de la recolección, el procesamiento y la diseminación de la información en salud; maneja la información relacionada con estadísticas de población, estadísticas vitales, estadísticas de morbilidad, estadísticas de recursos para la salud, estadísticas de atención de salud y otros indicadores económico sociales relacionados con la salud. La Superintendencia de Salud tiene la función de vigilar y controlar a los prestadores de salud tanto públicos como privados con el fin de garantizar el mejor desempeño del sistema de salud. La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica es la encargada de coordinar e incentivar la investigación en salud, está la Comisión de Investigación y Tecnología para impulsar la investigación sobre problemas prioritarios de salud.</p> <p>Rectoría, el Ministerio de Salud conduce el sector salud estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y siguiendo las reglas del Código Sanitario; supervisa las actividades de las del Sistema Nacional de los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento y la Superintendencia de Salud. El instituto de salud pública se encarga de supervisar los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos, vigila todo lo relacionado con la salud ambiental, la salud ocupacional y la producción y control de calidad de las vacunas. La regulación de los profesionales de la salud, el título profesional de grado sólo puede ser expedido por las universidades, las cuales son reguladas por el Ministerio de Educación.</p> <p>Voz de los usuarios, existen los consejos consultivos de usuarios de los establecimientos funcionan en todos los establecimientos hospitalarios y también a nivel de las Direcciones de los Servicios Regionales de Salud; se crearon con el plan de acceso universal con garantías explícitas instancias consultivas con participación ciudadana que deben opinar sobre el plan de salud pública regional y hacer propuestas para mejorar la salud de la población. El grado de satisfacción de la población con su nivel de salud era bueno aunque las personas de escasos recursos están menos satisfechas con un grado de 80% de satisfacción con el sistema, los aspectos críticos son el tiempo de espera para atención ambulatoria desde que se</p>
--	--

	<p>llega al establecimiento y el trato del personal administrativo.</p> <p>Innovaciones, están las siguientes: Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, que separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria y crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados. Ley del Régimen General de Garantías en Salud, que crea un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias. Ley de Solvencia de las ISAPRE, que asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados ante situaciones de insolvencia, y Ley de Modificación del Funcionamiento de las ISAPRE, que mejora la transparencia y potencia el rol de la Superintendencia. El plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, con el cual se brindan cuatro garantías, acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.</p>
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 19 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>En Chile la tasa de mortalidad es de 7.9 por 1000 nacidos vivos comprada con las de México 18.1 y Brasil 22.6 y la de Estados Unidos 6.8.</p> <p>En 2003 el gasto total en salud en Chile el 27% provino de impuestos generales, el 17% de las cotizaciones pagadas por los trabajadores afiliados al Fondo Nacional de Salud, 16% de las cotizaciones pagadas por los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional, 7% de las cotizaciones voluntarias, 26% de gastos de bolsillo y 6% de aportaciones directas de los municipios.</p> <p>El país cuenta con un gran equipamiento médico, TACs con una razón de 6.87 equipos por millón de habitantes, casi el doble que la de México 3.6 por millón de habitantes; el total de equipos de resonancia magnética arroja una razón de 2.75 por millón de habitantes.</p>
<b>Discusión</b>	En Chile el Ministerio de Salud define prioridades para la asignación de presupuestos, el fondo nacional de salud hace estudios de costos para la resolución de alguna patología o problema de salud específico y asigna un valor por evento que se paga a los Servicios de Salud. También

	<p>se realizan asignaciones extraordinarias para resolución de problemas prioritarios y las necesarias para el pago de las actividades propias de la operación diaria de la misma, se llevan a cabo auditorías periódicas de dichas actividades destinadas para evitar abusos.</p> <p>Alrededor de 13% del gasto total en salud correspondió a gasto en medicamentos, este gasto se distribuye de manera extremadamente desigual entre los diferentes estratos socioeconómicos, debido a que el sistema público entrega prácticamente el total de los medicamentos que los pacientes necesitan; la meta es asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables.</p> <p>Anualmente los equipos directivos de los Servicios de Salud establecen “Compromisos de Gestión” que abarcan áreas prioritarias de desarrollo acordes con las políticas sanitarias nacionales y en función de la realidad regional, la División de Gestión de la Subsecretaría de Gestión de Redes del Ministerio de Salud evalúa el cumplimiento de estos compromisos además existen estímulos financieros asociados al desempeño que alcanzan los equipos locales. El Departamento de Estadísticas e Información en Salud recoge datos de todos los establecimientos del Sistema Público de Salud que son consolidados, validados y analizados con objeto de fijar las políticas sanitarias. Se evidencia las diferentes estrategias que tiene el país para poder solventar las necesidades en salud de la población con evidencia que permite evaluar los resultados y realizar las correctivas según sea el caso.</p> <p>“la reforma del sector ha colocado instrumentos legales, estructurales y de gestión que si bien han permitido avanzar en un enfoque de derechos y en definir los roles y funciones de las estructuras a nivel nacional y regional, deja áreas aún por definir y discutir en términos de la adecuación para el logro de los objetivos primordiales de mejorar la salud y la calidad de vida de los chilenos y chilenas con un enfoque de equidad en el acceso, calidad y resultados.”</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Chile demuestra que es uno de los países de Latinoamérica con mejor salud por medio de sus índices que se destacan ya que demuestran que su población es más saludable en el transcurso del tiempo, además una de las forma de financiamiento de los establecimientos municipales está ligado a la capacidad de los</p>



	<p>establecimientos para atraer y conservar a su clientela y a las características socioeconómicas y demográficas de la población a diferencia del servicio de salud en Colombia que se deben conformar con el sitio que se asigne para recibir los servicios y de mala calidad sin buscar la satisfacción del usuario.</p> <p>La superintendencia nacional busca empoderar a las personas a través de la información, educación y participación para asegurar el cumplimiento de sus derechos, deberes y garantías en salud; modelo a aplicar por los demás sistemas de salud que al final abandonan al usuario a su suerte perdiendo el beneficio de gozar de buena salud.</p>
--	--

## ARTICULO 2.17.

<b>17. Titulo</b>	DESAFÍOS PARA ALCANZAR UNIVERSALIDAD CON EQUIDAD EN SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI
<b>Autor y Año</b>	Julio Manuel Suárez Jiménez. 2010.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Suárez Jiménez, JM. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en américa latina en el siglo xxi. Revista Cubana de Salud Pública; 2010 36(3)248-254.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describe los desafíos que se presentan en Latinoamérica para lograr la universalidad con equidad en salud en el siglo XXI
<b>Palabras Clave</b>	Universalidad, equidad, América Latina.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Universalidad y equidad, sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones.</p> <p>Desigualdad, en la distribución de su riqueza en Latinoamérica el 10 % más rico de la población concentra alrededor del 35 % de los ingresos, el 40 % más pobre recibe alrededor del 15 %.</p> <p>Atención de salud inversa, el gasto de salud público tiende a beneficiar a los ricos más que a los pobres.</p> <p>Atención de salud empobrecedora, más de 100 millones de personas tienen que costear de su propio bolsillo los gastos de atención en salud y, como consecuencia,</p>

	<p>muchos caen en la pobreza.</p> <p>Atención fragmentada, redes de servicios fragmentada, especialización excesiva de los médicos, enfoque limitado de programas control de enfermedades, gobernanza enfocada en la intervención, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada; ayuda internacional fragmentada.</p> <p>Atención de salud con riesgos, no se cumplen adecuadamente las normas de seguridad e higiene, tasas elevadas de infecciones nosocomiales, errores con los medicamentos y otros sucesos adversos.</p> <p>Atención mal dirigida, recursos concentrados en servicios curativos en detrimento de la prevención primaria y la promoción de la salud.</p> <p>Desafíos, son a los cuales se deben enfrentar y resolver los sistemas de salud de América Latina como son de orden social, político y económico.</p> <p>Estructura y gestión, el sistema de salud está conformado por el segmento de los que están protegidos por la Seguridad Social y el segmento de los que no tiene dicha protección de los últimos se encargan los ministerios de salud brindando una atención pobre a los pobres.</p> <p>Segmentación y fragmentación agregan un problema de marco ineficiencia al multiplicar los costos de transacción e infraestructura pública. la rectoría y gestión de los sistemas y los servicios de salud es débil, burocrática, ineficiente y poco respetada por los beneficiarios y usuarios de los sistemas, presentan dificultades para organizar redes integradas de servicios de salud, condición imprescindible para brindar una atención continuada, integral y de calidad.</p> <p>Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Estrategia de Atención Primaria de la salud, en los que se preste servicios que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.</p> <p>Desempeño de las funciones esenciales de salud pública, los buenos resultados en salud se debe al desarrollo de funciones estratégicas de responsabilidad pública las cuales son prioridad en los sistemas de salud.</p> <p>Modelo de atención, el cual es fundamental para el logro de la universalidad y equidad, por lo general es asistencial de forma aislada lo cual no permite una atención efectiva y eficiente de las necesidades de la población y mucho menos con equidad, los sistemas de salud deben priorizar</p>
--	---

	<p>la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños, construirse a partir de un primer nivel de atención resolutivo y de calidad.</p> <p>Calidad, es esencial en un modelo de atención, una buena calidad de la atención es parte indispensable del acceso a los servicios.</p> <p>Recursos humanos, es imprescindible contar con personal de salud suficiente, distribuido equitativamente a lo largo de la red de servicios, con la calificación y motivación necesarias para desempeñar su trabajo. El problema se agrava con la proliferación de instituciones y cursos universitarios en los que se forman los profesionales y técnicos de salud, en contextos nacionales que regulan deficientemente dicha formación dejando espacio a la mala calidad.</p> <p>Financiamiento, El gasto público en salud es un buen indicador del compromiso con la salud.</p> <p>Medicamentos y tecnologías sanitarias, la falta de acceso a medicamentos y tecnologías, por motivos económicos, culturales y geográficos es un problema mayor en muchos sistemas de salud.</p> <p>Participación social y rendición de cuentas, la creación de consejos de salud en varios países son un gran paso para la participación social, además de instituciones que tienen representante de la comunidad.</p> <p>Sistemas de salud integrados, al superar la segmentación y fragmentación y al colocar en primer plano el derecho ciudadano a la salud a partir de sus necesidades</p>
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 19 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>La OMS ha calculado que 57 países más de 40 % de la población mundial no cuentan con suficientes trabajadores de salud para proporcionar el nivel mínimo de atención requerido.</p> <p>El gasto público en salud en los 20 países con mayor Índice de Desarrollo Humano es de 6,5 % o más del producto interno bruto. En todos ellos el gasto público es proporcionalmente mayor que el privado excepto en los Estados Unidos de América y en 16 países el gasto público representa el 70 % o más del gasto total en salud; esta relación se invierte en los países de Desarrollo</p>

	<p>Humano Bajo.</p> <p>El gasto de bolsillo en salud llega a ser más del 95 % de todo el gasto privado, el gasto en medicamentos supera el 60 % del gasto total de bolsillo y familias enteras caen en la pobreza por tener que asumir privadamente el pago de los servicios de salud.</p> <p>Los medicamentos representan entre el 20 y el 60 % del gasto en salud en los países en desarrollo, y cerca del 90 % de la población compra directamente medicamentos de sus bolsillos constituyendo este el mayor gasto de las familias después de los alimentos.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>Los países que cuentan con sistemas universales obtienen mejores resultados en salud y su distribución social es más equitativa que en aquellos que no cuentan con sistema de salud que protejan a todos sus ciudadanos.</p> <p>Las redes integrales de servicios de salud contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales tales como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la práctica atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas y la acción intersectorial.</p> <p>la descentralización puede ser un problema cuando el sistema no está estructurado sobre valores y principios compartidos y carece de una buena rectoría, coordinación y gestión en función de necesidades y no de los intereses de los prestadores de servicios y su capacidad de oferta.</p> <p>"invertir en salud para proteger los logros y minimizar los efectos sociales de la crisis tanto a corto como a largo plazo, y además trabajar para que ese gasto público ayude a minimizar la desigualdad."</p> <p>Falta mucho camino hay por recorrer en relación con la transparencia y rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos, la información oportuna y apropiada a los usuarios sobre opciones de atención, el acompañamiento por el enfermo y sus familiares del proceso clínico, y la adecuación de los servicios a las necesidades e intereses de la población a la que sirve.</p> <p>Generalmente existen intereses opuestos que luchan por incrementar sus presupuestos propios. Si salud no es prioridad en este espacio, es prácticamente imposible que lo sea la protección universal y equitativa.</p> <p>La pobre calidad del gasto público en salud, es decir, eficiencia y transparencia con que se emplean los recursos públicos en las acciones y servicios de salud, lo que da</p>

	espacio a la reticencia de grupos sociales y políticos para destinar recursos a la salud.
<b>Análisis Personal</b>	<p>Se evidencia en América latina que los sistemas de salud están deteriorados debido a las clases políticas ya que en manos de ellos está el manejo de los recursos del sistema por lo tanto estos en muchos casos por velar por sus propios intereses la salud no es su prioridad lo que hace que la población presente un deterioro de esta y resaltando la desigualdad de esta ya que solo los que tienen capacidad de pago pueden acceder a estos servicios.</p> <p>El enfoque de atención primaria resolutivo y de calidad, permitiría al sistema ser más eficiente y como consecuencia menos costos y un mejor nivel de salud de la población, la problemática está en que el concepto de atención primaria esta sesgado con unos cuantos programas y no se logra desarrollar en toda su extensión.</p> <p>El acceso a la tecnología de punta para la población de la zona rural siempre es un limitante debido a que esta se concentra en la zona urbana prevaleciendo la inequidad en los servicios.</p> <p>El enfoque de los sistemas de salud debe ser mejorar las condiciones y calidad de vida, atendiendo integralmente las necesidades de salud, educación, alimentación, seguridad social y cuidado del ambiente, lo que permite al país un avance en la economía ya que si su población tiene buena calidad de vida permite que el país progrese ya que permitiría el desarrollo del país.</p>

## ARTICULO 2.18.

<b>18.Titulo</b>	DEFICIENCIAS EN LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS REFORMAS SANITARIAS DE LOS AÑOS NOVENTA EN AMÉRICA LATINA
<b>Autor y Año</b>	María Del Pilar Guzmán Urrea, 2009.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Guzmán Urrea MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. RevPanam Salud Publica 2009;25(1):84–92.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir las diferentes propuestas de cambio sanitario de

	<p>cada país en el que se aplique, por ejemplo en Europa occidental posee un sistema de salud público donde se toma muy en cuenta los principios de solidaridad, universalidad e inclusión, la atención sanitaria se considera derecho de la ciudadanía o derecho social por el contrario en América Latina los niveles de exclusión y marginalidad son muy altos, la intervención del estado en la salud es fragmentada, aumentando más las inequidades en el sistema de salud debilitando el derecho de la ciudadanía a la participación en el financiamiento y la provisión sanitaria. Este artículo analiza las premisas de dichas reformas.</p>
<b>Palabras Clave</b>	<p>Sistemas de salud, salud pública, administración y planificación en salud, equidad en salud, América Latina.</p>
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Visión tecnocrática, es el diagnóstico de la reforma donde se evalúa el desempeño de las instituciones de salud en el estado de salud de la población, limitando la reforma a la búsqueda de la eficiencia de las instituciones y la reducción del gasto.</p> <p>Visión económico-gerencial, reduce la complejidad del proceso salud enfermedad al ámbito curativo enfocándose al hospital como centro de cambio en salud, sin tener en cuenta los determinantes sociales para la formulación de estrategias</p> <p>Armonización de meta de la equidad y la eficiencia en políticas de salud, se considera la equidad como condición suficiente para disminuir las desigualdades en la salud.</p> <p>Factores de riesgo, se toma en cuenta el origen de las enfermedades.</p> <p>Transformación de los servicios asistenciales de la salud, aumentar la capacidad de elección de los usuarios con el fin de estimular la eficiencia, eficacia y calidad de los entes que prestan el servicio ya que para el usuario es importante la elección de la entidad aseguradora; el enfoque neoliberal relacionado con la prevención de las enfermedades, imposibilita la articulación de la actividad asistencial con la prevención y promoción de la salud provocando un aumento en el brote de epidemias por el descuido de estos programas.</p> <p>Salud, en la capacidad de una persona de perseguir y realizar sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en un contexto social.</p> <p>Medicina gestionada, son parámetros administrativos, los cuales se busca influir en las decisiones clínicas de los</p>

	médicos por medio de incentivos financieros para que estos restrinjan al máximo las hospitalizaciones, las pruebas y los procedimientos, con el objeto de corregir el antiguo sistema de pago por servicio en el que los médicos se excedían en el uso de los recursos sanitarios.
<b>Muestra</b>	Se deduce que el artículo se realizó del análisis de 42 artículos, ya que el artículo no lo expresa.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>El neoliberalismo repercute de forma negativa en el desarrollo de la prevención y promoción de la salud como se observa en la reforma de la salud en Colombia, donde se registró una disminución muy importante de actividades orientadas a la prevención como la vacunación, cuyas coberturas descendieron de 90% en 1996, a 70% en 1999, para los niños menores de un año.</p> <p>El enfoque tecnocrático provocó una decaída en el crecimiento económico lo que conllevó a pronunciar la desigualdad social, ya que en 1990 había 48 millones de pobres en la región y para el año 2002 esta cifra había aumentado a 57 millones.</p>
<b>Discusión</b>	<p>En busca de una mejora de la salud de la población se pensaba que era un resultado de la eficiencia de la actividad asistencial descuidando la búsqueda de las verdaderas necesidades de la población en salud, generando modificaciones financieras y estructurales en diferentes instituciones sin obtener mejoras en la salud de la población.</p> <p>Se infiere que el contexto social interactúa con lo genético y lo biológico en el proceso de organización de las formas mismas de presentación y modificación de los procesos vitales del individuo.</p> <p>Es importante que las políticas en salud permitan que la población pueda ejercer control sobre los determinantes de salud, y que estas políticas no se enfoquen exclusivamente de la actividad asistencial.</p> <p>Los administradores de la medicina los cuales concluyen que no solo se debe brindar un buen servicio en salud sin que se debe administrar y financiar adecuadamente para que el sistema de salud funcione adecuadamente, pero en busca de una buena atención sanitaria y no sacrificándola para obtener ganancias económicas.</p>
<b>Análisis Personal</b>	La problemática de los sistemas de salud es que buscan fortalecer la actividad asistencial y los recursos son

	<p>enfocados en esta actividad, y descuidan la problemática que se presenta en los determinantes sociales los cuales son el foco de la enfermedad, por lo tanto la actividad asistencial no es suficiente para que se mejore la salud en los usuarios, se requiere un enfoque integral analizando el ambiente, la alimentación, las actividades diarias, el manejo de desechos, el agua potable entre otros.</p> <p>Las reformas del sector salud predominan fundamentalmente como ahorrar dinero y a la vez a la prestación sanitaria eficiente, a responderles a los usuarios sin tomar en cuenta los verdaderos problemas de los modelos de salud.</p>
--	---

## ARTICULO 2.19.

<b>19. Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO
<b>Autor y Año</b>	Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Julio Frenk, 2011.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S220-S232.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el sistema de salud mexicano, las condiciones de salud de su población y las primeras causas de muerte, la estructura básica del sistema, los mecanismos de participación ciudadana, las innovaciones en el sistema, y el Sistema de Protección Social en Salud.
<b>Palabras Clave</b>	sistema de salud; seguridad social; México
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Demografía, México tiene una población de 106.6 millones de habitantes, el 48.8% son hombres y el 51.2% mujeres, presenta un incremento en la esperanza de vida de 75.1 años y disminución en la mortalidad a 4.9 por 1000 habitantes en el 2008 y disminución de la tasa de reproducción de 2.1 hijos por mujer. Por lo cual se aumentó la población de adultos mayores. El 70% de la población vive en zona urbana y restante en zona metropolitana. Condiciones de salud, predominan las enfermedades no transmisibles con un 75% y las lesiones 11% como causa



	<p>de muerte, por diabetes mellitus un 14,4% una de las más altas a nivel mundial; aún prevalecen en las zonas vulnerables las infecciones, los problemas reproductivos y desnutrición.</p> <p>Años de vida saludable perdidos, donde se mide con indicadores que consideran perdidas por muertes prematuras y por discapacidad.</p> <p>Estructura y cobertura, tiene dos sectores el público y el privado, la protección en salud es un derecho de todos los mexicanos, existen tres grupos de beneficiarios, primero los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; segundo los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y tercero la población con capacidad de pago.</p> <p>El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.</p> <p>Financiamiento, con contribuciones del empleador, del empleado y del gobierno, el gasto total en salud es del 5.9% del PIB.</p> <p>Recursos, del sector público en México hay 23 858 unidades de salud; 4 354 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria, las camas en el sector público cuenta con 79 643 camas, esto arroja una razón de 0.75 camas por 1000 habitantes, inferior a la recomendada. Las instituciones públicas de México cuentan con poco más de 3000 quirófanos, para una razón de 2.7 por 1000 habitantes por la OMS, que es una cama por 1000 habitantes. Respecto a los tomógrafos, México cuenta con 3.4 por millón de habitantes. La razón promedio en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es de 20.6 tomógrafos por millón de habitantes. El país cuenta además con 1.5 equipos de resonancia magnética por millón de habitantes, cifra considerablemente menor a la</p>
--	--

	<p>cifra promedio de los países de la OCDE, que es de 9.8 por millón de habitantes. La tasa de médicos por 1000 habitantes a nivel nacional es de 1.85, inferior al promedio de los países miembros de la OCDE, que es de 3.0, y al de Argentina (3.0) y Uruguay (3.7). El caso de las enfermeras es muy parecido. La tasa de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional es de 2.2, inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE, y a la tasa de Uruguay, que es de 3.5.</p> <p>Investigación, es encargada por la dirección general de información donde se encuentra todos los datos epidemiológicos y estadísticos a través de varios subsistemas, existen 12 institutos nacionales de investigación y otros centros de investigación.</p> <p>Rectoría, le corresponde al gobierno federal a través de la secretaria de salud, la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios es la encargada de proteger a la población de los eventos exógenos que ponen en riesgo la salud o la vida humana. La Dirección General de Evaluación del Desempeño es la encargada de evaluar el desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y de salud pública.</p> <p>Voz de los usuarios, en México en el 2001 se creó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que busca promover un trato digno de los usuarios de los servicios de salud, mejorar los aspectos técnicos de la atención y garantizar la provisión oportuna de medicamentos.</p> <p>Innovaciones, la más reciente es Sistema de Protección Social en Salud para cubrir en un periodo de 7 años a los mexicanos que no tenían cobertura de seguridad social</p>
<b>Muestra</b>	Se infiere que el artículo se realizó del análisis de 45 artículos ya que dentro de este no se expresa.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	Debido a los malos hábitos de vida, se ha modificado las causas de muerte en México. En México prevalecen enfermedades infecciosas,

complicaciones maternas y desnutrición en las zonas más vulnerables como en Guerrero, la tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 25.3 por 1000 menores de 5 años, mientras que en Nuevo León es de sólo 13.1. La razón de mortalidad materna en Oaxaca (100.2 muertes maternas por 100 000 nacimientos) es cuatro veces mayor que la registrada en Tlaxcala (27.2)., la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años es 24 veces mayor en Oaxaca (19.6 por 100 000 niños menores de 5 años) que en Nuevo León (0.8).

En México con la medida del indicador años de vida saludable perdidos se encuentra que las enfermedades en mujeres que prevalecen son la depresión unipolar mayor, la diabetes mellitus, las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas, las enfermedades isquémicas del corazón, la osteoartritis y las cataratas; en hombres las son las originadas en el período perinatal, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, el consumo de alcohol, las agresiones y homicidios, y los accidentes de tránsito.

El instituto mexicano de seguridad social atiende al 80% de la población beneficiaria que son los trabajadores, jubilados y sus familiares, a través de sus propias instituciones y equipo médico. Por medio del sistema de protección social en salud se atiende al segundo grupo de beneficiarios los cuales representan a la mitad de la población del país; en México existen 30 millones de personas sin protección social en salud los cuales son responsabilidad de Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Los del tercer grupo pagan los servicios de su bolsillo aunque mucha de población de los otros grupos también lo hacen.

El gasto en salud como porcentaje del PIB está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%). En 2007, el gasto privado en salud concentró 54.6% del gasto total en salud. Alrededor de 93% de este gasto son pagos de bolsillo y 7% corresponde al pago de primas de seguros médicos privados. En Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay el gasto de bolsillo concentra 41, 64, 42 y 31% del gasto privado. México presenta, por lo tanto una de las cifras más altas de gasto de bolsillo.

	<p>El gasto en medicamentos se reparte igual en sector público y privado la diferencia es que en el sector público se emplean genéricos y en el privado de patentes, el 75% del gasto en medicamentos es de bolsillo. En el 2009 el sector público presento un abasto de medicamentos del 89%.</p> <p>La regulación de la atención en salud en México cuenta con mecanismos de acreditación de escuelas y facultades de medicina, unidades de atención, e instancias de conciliación entre usuarios y proveedores de servicios de salud.</p> <p>La acreditación de los hospitales, que está a cargo del Consejo de Salubridad General desde 1999, ha avanzado con cierta lentitud.<sup>35</sup> A fines de 2009 sólo había en el país 256 establecimientos de atención a la salud con certificado vigente.</p> <p>En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para resolver las controversias entre los proveedores de atención y los pacientes a través de la conciliación.</p> <p>La cruzada nacional por la calidad, busca generar confianza en las instituciones que prestan servicios en salud, garantizando un trato digno y de calidad a los usuarios, proporcionando al aval ciudadano exigencias de resultados, hacer recomendaciones y destacara los aspectos positivos de las instituciones.</p> <p>La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indica que 81% de los usuarios de los servicios de salud en México califican la calidad de la atención como “buena” o “muy buena”, las instituciones públicas presentan un 96.6% de aprobación y las privadas un 91%, 77% de sus afiliados se manifiestan “satisfechos” o “muy satisfechos” con los servicios que reciben y 85% recomendaría su unidad regular de atención. Los tiempos de espera en instituciones públicas tienden a ser muy largos. Los tiempos de espera en servicios de urgencias aproximadamente el 70% de los usuarios esperan menos de 15 minutos para recibir atención, aunque 13% esperan más de una hora. La mayor queja es los largos tiempos de espera en entidades públicas para cirugías.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>Por ser México uno de los países que más realiza gasto de bolsillo para acceder a los servicios de salud expone a su población a gastos altos que empobrecen mas ya que disminuyen sus recursos altamente aunque han disminuido un poco debido a la implantación de programas sociales,</p>

	<p>otra problemática es la falta de recursos humanos aunque estén en aumento.</p> <p>México presenta estrategias para evaluar la calidad, entre las cuales la más importante es la opinión del público.</p> <p>La creación de Sistema de Protección Social en Salud permitió mejorar la inversión en salud, equilibrar la distribución de recursos públicos, comprometer al estado con el financiamiento en salud, y designar recursos a la infraestructura lo que aumento al 5.9% del PIB para gasto en salud, y genera una mejoría en la protección financiera a las familias.</p> <p>Con las reformas establecidas se han logrado avances pero persisten varias falencias que requieren de soluciones prontas y eficaces como es equilibrar la inversión en promoción y prevención de enfermedades y actividades asistenciales, mejorar el acceso de servicios a la población marginada, buscar una equidad en la oferta de servicios.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Observamos que con los resultados obtenidos que México a pesar de que algunos indicadores muestran una mejoría en salud, aún persisten necesidades en salud las cuales se presentan en la población vulnerable, aunque existan políticas como el sistema de protección social en salud, entre tantas falencias que se encuentran son la falta de recursos como son el personal y equipos médicos requeridos según estándares internacionales.</p> <p>Es importante rescatar el sistema de la cruzada nacional por la calidad en la cual es fundamental la opinión de los usuarios evaluar los estándares de calidad y de tal forma exigir las mejoras que requiera los servicios de salud, lo importante es que este sistema busca fortalecer la credibilidad del usuario en las instituciones que prestan los servicios.</p> <p>El sistema presenta aun falencias de accesibilidad y oportunidad para las cuales proponen diferentes reformas, entre las cuales se propone el aumento de recursos para el sector salud.</p>

**ARTICULO 2.20.**

<b>20. Titulo</b>	LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD, RETO O SOFISMA
<b>Autor y Año</b>	JUANITA DEL PILAR CHAVES BELLO

	MARIA LILIANA FRANCO DIAZ mar.-abr. 2012
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Rev. Latino-Am. Enfermagem
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Juanita del Pilar Chaves Bello, Maria Liliana Franco Diaz. La calidad de atención en salud, reto o sofisma. Trabajo de grado para optar el título de especialista en Control interno. universidad militar, mar.-abr. 2012
<b>Objetivo del artículo</b>	Establecer la relación existente entre calidad y control del sistema de salud.
<b>Palabras Clave</b>	Calidad, sistema de salud, seguridad social
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p> <p>SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD</p> <p>Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia</p> <p>SISTEMAS DE CONTROL DE CALIDAD</p> <p>norma ISO 9000 “control todos los mecanismos, acciones, herramientas que realizamos para detectar la presencia de errores. “El sistema de gestión de una organización es el conjunto de elementos mediante el cual la dirección planifica, ejecuta y controla todas sus actividades en aras al logro de los objetivos preestablecidos.</p> <p>REALIDAD DE LA SALUD EN COLOMBIA</p> <p>entidades prestadoras y administradoras de salud para la prestación de servicios además de lo descrito en la normatividad, ¿cuentan con algún tipo de control que dirija y garantice el aseguramiento en salud con calidad?</p>
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 17 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	Según el Ministerio de la Protección Social, sólo se mantendrán las EPS que tengan un número mínimo de afiliados, cuenten con el músculo financiero y la solvencia de capital suficiente para garantizar su sostenibilidad, así como las que presenten mejores indicadores en cuanto a calidad del servicio, gestión del riesgo y programas de promoción y prevención.
<b>Discusión</b>	Es evidente entonces que la Calidad en el Sector

	<p>salud, está en la mira y muy cuestionada, por lo que sin lugar a dudas ha sido un sofisma de distracción, convirtiéndose en el corredor más propicio para crear focos de corrupción, pues amparada en ella se han despilfarrado los recursos de la salud de los Colombianos para bienestar de particulares y muy seguramente, tendremos que esperar que estas aseveraciones, se traduzcan entonces en mejores condiciones para la prestación de los servicios en salud; sin que se reviertan o se trasladen estos cambios en costos más elevados que pagaremos los cotizantes y beneficiarios del Sistema General de Salud.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>La salud en Colombia es un negocio destinado a enriquecimiento económico, donde cada estudio y análisis de la situación y procesos del sistema refleja que es uno de los sistema que mayores ingresos recauda pero asi mismo es el que mas fallas e inconvenientes continua presentando a pesar de las reformas que constantemente se realizan. Se observa deficiencias en los entes de control que desde el ingreso ya se encuentran falencias ligadas a la corrupción, también el destinar recursos económicos desde la parte administrativa que disminuye la inversión por parte de la entidad en el área asistencial que influencia directamente la prestación de servicios de salud con calidad. Este artículo es de gran impacto para nuestro objeto de estudio ya que analiza la problemática del sistema de salud partiendo de la situación actual del sistema en cuanto a la calidad de la atención, la normatividad vigente, el control que se realiza en los gastos y ejercicio del sistema de salud y finalizando en la realidad del sistema de salud, permitiéndonos determinar el impacto que han tenido los estándares de calidad y los sistemas de calidad y los sistemas de control que se aplican a las EPS es inequitativo destinando los recursos en aéreas innecesarias o utilizándolos en corrupción donde evidencia la problemática en la ausencia o ineficacia en el control y legalización de dichos procesos.</p>

**ARTICULO 2.21.**

<p><b>21.Titulo</b></p>	<p>LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, MÁS ALLÁ DE LA MIRADA TÉCNICA Y NORMATIVA</p>
-------------------------	--

<b>Autor y Año</b>	Hugo Alberto Múnera Gaviria
<b>Ubicación del artículo (base de datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Múnera HA. La calidad de la atención en salud. Más allá de la mirada técnica y normativa. InvestEducEnferm. 2011;29(1): 76 – 86.
<b>Objetivo del artículo</b>	Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud recibida en tres instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia
<b>Palabras Clave</b>	calidad de la atención en salud; equidad en salud; humanización de la atención
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	la mayor preocupación de las IPS es responder con esfuerzos económicos y administrativos a la normatividad vigente y los procesos de habilitación. En Colombia hay 13 IPS acreditadas, de las cuales cinco están en Antioquia, tres se encuentran en la ciudad de Medellín, las otras IPS están habilitadas o en proceso de habilitación. Medellín cuenta con excelentes recursos y con una cobertura de más del 90% para el régimen subsidiado. Esto contrasta con el número de tutelas interpuestas por los usuarios, las cuales vienen aumentando anualmente. Lo anterior muestra una tensión expresada en los datos, lo que sugiere preguntas acerca de los lo gros institucionales en función de la normatividad y las demandas de los usuarios por la atención en salud. Por lo anterior, y con el fin de enriquecer la discusión en salud sobre la calidad de la atención se vio la necesidad de alcanzar una interpretación comprensiva que sobre la calidad de la atención en salud tienen los usuarios de las IPS.
<b>Muestra</b>	Tres instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas. Los participantes fueron 18 usuarios
<b>Intervención y proceso medición</b>	Enfoque cualitativo desde la perspectiva de la etnografía focalizada. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semi estructuradas, observación no participante, diario de campo y revisión documental. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes y la autorización de las instituciones hospitalarias.
<b>Resultados</b>	Las categorías que surgieron producto del análisis fueron: el camino hacia la atención en salud, el encuentro con el



	otro, las diferencias en la atención en salud y cómo resolver la queja.
<b>Discusión</b>	como lo muestran los resultados de este estudio, desde la mirada de los usuarios se tienen dificultades en la atención en salud. Sin embargo, la responsabilidad no es únicamente de médicos(as), enfermeras(os), gerentes u oficinas de atención al usuario; la principal dificultad está en el modelo de salud. Un modelo de salud eficiente y tecnista donde hay una gran preocupación por los recursos y la rentabilidad y donde el usuario como sujeto y persona es cada vez más invisible.
<b>Análisis Personal</b>	La situación del país es preocupante ya las IPS acreditadas cumplen las funciones de prestar servicios de salud con calidad, Medellín es la ciudad con mayor desarrollo en a nivel nacional, y sus estadísticas muestran altos niveles de tutelas evidenciando los déficit del sector ya que ni siquiera las calificadas como mejores EPS a nivel nacional logran satisfacer las necesidades de la sociedad, es aquí donde evidencia que las fallas no solo están ligadas a los procesos de atención si no a la normatividad vigente que tiene mayores inclinaciones a satisfacer el sector económico que las necesidades humanas. En Colombia se ha convertido en un reto para las IPS cumplir con los procesos de habilitación y acreditación con respecto a la normatividad vigente, como ya mencionamos va ligada a ofrecer servicios con calidad, término que es percibido por los usuarios y aun continua siendo calificado como deficiente, poco eficaz con déficit en la oportunidad de atención, situación que refleja que a pesar de cumplir con la normatividad continúan existiendo fallas en las exigencias normativas y control de la calidad, por lo cual es importante replantear la normatividad vigente que interfiera directamente sobre el sistema de salud y vaya dirigido a la atención del usuario

## ARTICULO 2.22.

<b>22. Título</b>	CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
<b>Autor y Año</b>	Guillermo I. Williams, año 2011
<b>Ubicación del articulo ( base datos)</b>	SciELO

<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Guillermo I. Williams Calidad de los Servicios de Salud, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. 2011.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir la problemática en la normatividad en la prestación de servicios de salud.
<b>Palabras Clave</b>	Calidad, servicios de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con Eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.</p> <p>En los últimos años, surgió en los Estados Unidos una serie de movimientos para mejorar la calidad de los procesos de sus productos industriales mediante varios métodos. El sector de la salud de este país incorporó rápidamente esta preocupación por la calidad de los procesos y pasó a considerar el modelo industrial como un nuevo componente de los programas de evaluación de la calidad y el mejoramiento de la salud.</p> <p>La Gestión de Calidad Total (TQM ) y el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI) son ejemplos de los modelos industriales más definidos estos métodos pueden aplicarse en el sector de la salud porque la mayoría de los errores de la asistencia médica ocurren como resultado de los problemas que provienen de las relaciones entre los procesos, problemas de las especialidades o de los departamentos, las cuales son situaciones institucionales comunes y de los sistemas de cualquier organización</p> <p>Definimos calidad, normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.</p> <p>Normas como pautas de actuación. proceso, durante el acto médico en sí resultado, a posteriori del acto médico</p>
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis

	de 20 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>La calidad en los Servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes.</p> <p>Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen.</p> <p>También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio.</p>
<b>Discusión</b>	<p>La calidad en los Servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes.</p> <p>Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen.</p> <p>También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio.</p> <p>Un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía.</p> <p>Un deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda. Un deber de los Servicios de Salud es dar las respuestas que se les requieren. Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar.</p> <p>Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores.</p> <p>La gestión de la calidad es algo que compete a todos y es necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad. Nadie va hacer por nosotros lo que corresponde que nosotros hagamos.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Al observar los sistemas de salud a nivel mundial, observamos que han ido modificando para satisfacer las necesidades humanas, con el tiempo han evolucionado con el fin de mejorar la prestación y acceso a los servicios de salud, motivo por el cual en la última década surgió el termino de calidad, con el fin de mejorar la prestación de servicios y la percepción del usuario con respecto a su atención. para analizar la normatividad que rige la prestación de servicios de salud se evidencia que</p>

	<p>gran parte de los artículos y renglones escritos en ellos, los que se cumplen en el diario vivir son mínimos. La equidad, efectividad, eficacia eficiencia no se en el momento de prestar servicios de salud; y cada vez los inadecuados procesos en la atención son más notorios.</p> <p>En este programa se agrupan todas las actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar el mejor nivel de calidad posible, al menor costo económico y social, así como aquellas acciones destinadas a actualizar y adecuar la norma legal vigente</p>
--	--

### ARTICULO 2.23.

<b>23. Titulo</b>	SISTEMA ÚNICO DE SALUD: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD
<b>Autor y Año</b>	Marcus Tolentino Silva 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	RevPeruMedExp Salud Pública. 2009
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Marcus Tolentino Silva .SISTEMA ÚNICO DE SALUD: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD. RevPeruMedExp Salud Pública. 2009
<b>Objetivo del artículo</b>	exponer una visión preliminar de la realidad brasileña en la consolidación del Sistema Único de Salud
<b>Palabras Clave</b>	Sistema único de salud; Atención integral de salud; Garantía de la calidad de atención de salud; Brasil
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>El SUS constituye un proyecto social único que se materializa a través de la promoción, la prevención y atención de la salud, donde la administración pública trabaja para su mantenimiento, mejora y expansión.</p> <p>La salud no era considerada un derecho social antes de la creación del SUS, la legislación brasileña ha ampliado el concepto de salud, considerándolo como el resultado de diversos factores determinantes y condicionantes, tales como la alimentación, vivienda, saneamiento, medio ambiente, trabajo, ingresos, educación, transporte, esparcimiento y acceso a bienes y servicios esenciales . Por lo tanto, la gestión del SUS incluye el desarrollo de acciones conjuntas con otros sectores del gobierno como ambiente, educación,</p>

	<p>planificación urbana, entre otros; que puedan contribuir, directa o indirectamente, al logro de mejores condiciones de vida y salud.</p> <p><b>Equidad</b> la equidad se centra en la idea de que todos los individuos de una sociedad deben tener la justa oportunidad de desenvolverse en su pleno potencial de salud</p> <p><b>Universalidad</b> La cobertura universal consiste en el acceso de todas las personas en un estado o país a las intervenciones esenciales en salud.</p> <p><b>Integridad</b> El principio de integridad significa considerar a la persona como un todo, atendiendo todas sus necesidades.</p> <p><b>Descentralización</b> Cada esfera de gobierno es autónoma y soberana en sus decisiones y actividades, respetando los principios generales y la participación en la sociedad.</p> <p><b>Regionalización y jerarquización</b> Estos principios, implican que los servicios deben ser organizados en niveles crecientes de complejidad, determinados por zona geográfica, previstas a partir de criterios epidemiológicos, así como la definición y conocimiento de las personas que van a ser atendidas</p> <p><b>Descentralización</b> Cada esfera de gobierno es autónoma y soberana en sus decisiones y actividades, respetando los principios generales y la participación en la sociedad</p> <p><b>Participación popular</b> El SUS fue creado a partir de un debate democrático</p>
<b>Muestra</b>	29 referencias bibliográficas
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	La universalidad, la equidad y la integridad son los principios constitucionales en los que se fundamenta su accionar, por su parte, la regionalización, la jerarquización, la descentralización y la participación de la población son sus principios organizacionales. Sin embargo, la universalización es un gran desafío, y aun en el presente se están implementando mecanismos a fin de lograr una mayor cobertura y brindar una atención de calidad a todos los usuarios.
<b>Discusión</b>	El conocimiento preliminar de un complejo sistema de

	salud puede servir de guía para los futuros debates sobre la universalización de la cobertura de la atención, para promover un mejor nivel de salud y calidad de vida de la población.
<b>Análisis Personal</b>	<p>Cada país como alternativa de manejo debe plantear y diseñar estrategias en pro de generar sistemas equitativos auto sostenibles que generen y aseguren bienestar a sus ciudadanos; El sistema de salud de Brasil es un ejemplo de mejoría, en el cual no solo se tiene en cuenta el tratar la enfermedad como medio de solucionar su problemática, si no, mediante el SUS crear medidas para ampliar la cobertura en salud mediante los sistemas de PYP que se convierte en un conjunto integral de acciones públicas hacia la sociedad para garantizar los derechos a la salud, el bienestar y la asistencia social. Este es un sistema democrático descentralizado que permite la toma de decisiones en conjunto contando con el voto ciudadano, que a u ves se convierte en el líder de su mismo proceso permitiendo una jerarquización según las necesidades reales socio demográficas y culturales de la población para satisfacerlas de forma integral.</p> <p>Este documento sirve como punto de referencia para incluir al ciudadano en las reformas que se realizan al sistema de salud donde sean tenidas en cuenta sus necesidades propuestas de mejora al sistema.</p>

#### ARTICULO 2.24.

<b>24. Titulo</b>	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA
<b>Autor y Año</b>	Germán Fajardo-Dolci, Javier Santacruz-Varela, Francisco Hernández-Torres, Javier Rodríguez-Suárez. 2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Rev CONAMED 2011; 16(3):114-126
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Rodríguez-Suárez J. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. Rev CONAMED 2011; 16(3):114-126
<b>Objetivo del artículo</b>	Evaluar la FESP relacionada con la calidad de los servicios, similar a la efectuada en el 2009.

<b>Palabras Clave</b>	Calidad en los servicios de salud, salud pública, evaluación de la calidad.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Atendiendo al compromiso internacional adquirido en el marco de una Resolución del consejo Directivo de la OPS, de la que México forma parte, en el 2002 se llevó a cabo la evaluación de las funciones esenciales de salud Pública (FESP), cuyos resultados mostraron que la función relacionada con la calidad de los servicios individuales y colectivos. Con el fin de verificar los progresos a lo largo de siete años de esfuerzos sectoriales por mejorar la calidad, se llevó a cabo una evaluación de la FESP relacionada con la calidad de los servicios, similar a la efectuada en el 2009.
<b>Muestra</b>	80 profesionales representativos de las instituciones públicas y privadas de salud así como de sectores académicos y de investigación.
<b>Intervención y proceso medición</b>	se llevó a cabo un estudio descriptivo y cualitativo en el que se exploraron las cuatro dimensiones de la FESP relacionada con la Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud. Se integraron un grupo de conducción del estudio y uno técnico encargado de diseñar la evaluación de las cuatro dimensiones o indicadores de FESP relacionada con la calidad de los servicios y se seleccionó por muestreo de cuota
<b>Resultados</b>	Se encontró una puntuación global de 0.29, que es menor al 0.41 obtenido en el 2002. Las dimensiones o indicadores de la calidad en los que se encontró un decremento, fue en el de la definición de políticas y estándares que pasó de 0.76 a 0.24 puntos y en el de asesoría y apoyo a los Estados para asegurar la calidad de los servicios, que pasó de 0.44 a 0.13. Por el contrario, la función de mejoramiento de la satisfacción de los usuarios con los servicios obtuvo un incremento leve de 0.30 a 0.38 y el de gestión tecnológica una mejora notable ya que pasó de 0.13 a 0.43 puntos.
<b>Discusión</b>	El promedio obtenido en los cuatro indicadores fue de 0.29 estos resultados revelan que el grupo evaluador percibe un deterioro de esta función, a pesar de los esfuerzos realizados por la autoridad sanitaria nacional para mejorar la calidad de lo servicios. Los resultados se pueden utilizar para orientar el diseño de estrategias de intervención, dirigidas a mejorar la calidad de los servicios.
<b>Análisis Personal</b>	A medida que avanza la tecnología y el desarrollo mundial,

	también deben irse actualizando y creando políticas mundiales enfocadas a los sistemas de salud que permitan direccionar las políticas nacionales y ampliando la cobertura en lo relacionado con salud. Que no solo permitan a la población tener acceso con calidad, equidad y eficiencia, si no que su cobertura sea tan amplia que genere cultura ciudadana alrededor del tema de la salud y estilos de vida mediante la dirección de programas de pyp.
--	--

## ARTICULO 2.25.

<b>25. Título</b>	¿QUÉ MUESTRAN LAS ENCUESTAS DE CALIDAD DE VIDA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA?
<b>Autor y Año</b>	Andrés Zambrano; Manuel Ramírez, Francisco Yepes, Jose Alberto Guerra y David Rivera, 2008
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	RevCaudSaúde Publica, Río de Janeiro 24(1):122-130, jan , 2008
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Zambrano A; Ramírez M, Yepes F, Guerra J. y Rivera D, ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud de Colombia? RevCaudSaúde Publica, Río de Janeiro 24(1):122-130, jan , 2008
<b>Objetivo del artículo</b>	Evaluar el desempeño del sistema de salud de Colombia después de la reforma del 1993, a través de los avances en cobertura, aseguramiento y demanda de servicios médicos.
<b>Palabras Clave</b>	Cobertura de servicios de salud; Necesidades y Demandas de servicios de salud; Calidad de Vida.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La reforma del sistema de salud en Colombia que se dio por la ley 1993, donde se trataba de realizar una cobertura universal de salud, mejorando acceso y calidad en salud, y se crea el régimen contributivo y subsidiado. Se pasó de 1986 a 1989 de una cobertura aproximada de 23%, con la ley 100 en 1993, en 1997 a 57% de cobertura y en el 2003 a 61.8% de cobertura, aunque existen diferencias sociodemográficas y geográficas en la actualidad. La estrategia de Colombia para mejorar su sistema de salud ha sido aumento de la cobertura.
<b>Muestra</b>	Encuestas de calidad de vida de 1997 (ECV97) y (ECV03) 2003 del DANE.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Para evaluar el sistema de salud se analizan la relación entre el aseguramiento y las variables sociodemográficas y geográficas, y la demanda de tipo de salud con la



	afiliación. El aseguramiento es analizado a partir del tipo de afiliación y la pertinencia a planes complementarios de salud.
<b>Resultados</b>	Los resultados demuestran un aumento en la cobertura de aseguramiento aunque no es homogéneo y a pesar de que hay un aumento en el aseguramiento, no lo es lo suficientemente eficiente porque aún no ha podido cubrir a los más vulnerables. Existe una relación positiva entre el aseguramiento y la demanda de servicios médicos.
<b>Discusión</b>	En este artículo se demuestra que con la ley de 1993 se logra aumento en la cobertura, pero existen falencias en la población más vulnerable y no sostenible para las personas que poseen un trabajo no informal. El aumento del aseguramiento se debió al ingreso de personas al régimen subsidiado, el régimen contributivo se estanca muy seguramente debido a la inestabilidad económica del país.
<b>Análisis Personal</b>	Todas las reformas traen cosas positivas y negativas al sistema, en el caso la reforma de 1993 trajo beneficios a la población ampliando la cobertura de afiliación al sistema de salud, independientemente el régimen al que pertenezca ya que facilitara el acceso a la salud de la población sobre todo los pertenecientes de nivel de pobreza extrema. Actualmente este sistema también cuenta con una barrera de sostenibilidad amplia ya que el porcentaje de afiliación al régimen subsidiado sobre pasa el nivel de afiliación del régimen contributivo debido a la inestabilidad económica el país. De esta forma con dificultad el régimen contributivo podrá solventar los gastos de los afiliados al sistema y llegar a prestar servicios con calidad que satisfagan la población. El sistema debe reformarse de tal forma que traiga incentivos para reactivar la dinámica del mercado laboral, lo que puede mejorar el aseguramiento del régimen contributivo y por lo tanto este puede mejorar las entradas para el régimen subsidiado. Además de mejorar en prevención en salud, educación y calidad en los servicios médicos.

## ARTICULO 2.26.

<b>26. Título</b>	LA REGIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO UNA ESTRATEGIA DE REORGANIZACIÓN SANITARIA
-------------------	--

<b>Autor y Año</b>	Álvarez Pérez Adolfo Gerardo; García Fariñas Anaí; Rodríguez Salvá Armando; Bonet Gorbea Mariano; Vos Pol ; Van der Stuyff Patrick. 2008.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Base de datos: Scielo: Rev Cubana HigEpidemiol v.46 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2008
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Adolfo Gerardo Álvarez Pérez' Anaí García Fariñas; Armando Rodríguez Salvá' Mariano Bonet Gorbea; Pol de Vos; Patrick Van der Stuyff, La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria: Rev Cubana HigEpidemiol v.46 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2008.
<b>Objetivo del artículo</b>	Contribuir conceptualmente al estudio de la temática en Cuba y en otros países latinoamericanos en referencia a la descentralización y la regionalización en los diferentes de sistemas de salud.
<b>Palabras Clave</b>	Salud pública, organización de los servicios de salud, reforma del sector salud, descentralización, regionalización.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La salud se debe analizar desde un enfoque de ecosistema humano basado en la participación social e intersectorial. La salud de las poblaciones conlleva a inclusión social, con participación que debe desarrollar la capacidad de adaptarse, responder y controlar los retos y los cambios. El enfoque alternativo de los determinantes de la salud desde y para la realidad cubana parte de una serie de factores que coloca en primer lugar a la voluntad y la acción política, y a la intersectorialidad promovida y dirigida por el Estado, factores que directamente se encuentran en estrecha relación con la organización y desarrollo de los servicios de salud de un país, así como con el diseño de políticas públicas saludables encaminadas a la intervención efectiva y eficiente sobre los restantes factores determinantes de la salud.
<b>Muestra</b>	Es una revisión documental no sistemática y se presentó la experiencia que por más de 4 décadas ha desarrollado el gobierno y el sistema de salud cubano en materia de organización y perfeccionamiento de los servicios de salud para mejorar los niveles de salud de la población.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	La regionalización en salud es beneficiosa en cuanto a que estos procesos favorecen la capacidad de resolver problemas de los servicios de salud, a través de de la descentralización como un largo proceso que permite

	ofrecer niveles apropiados de atención para todos, mejorar la calidad de los servicios, incrementar la satisfacción de la población y alcanzar niveles óptimos de la relación costo-beneficio.
<b>Discusión</b>	Si los procesos de regionalización favorecen la capacidad de resolver problemas de los servicios de salud permitiendo ofrecer niveles apropiados de atención para todos, mejorar la calidad de los servicios, incrementar la satisfacción de la población y alcanzar niveles óptimos de la relación costo-beneficio, se deberían implementar mas procesos que lleguen a beneficiar a la población más vulnerable y de mas difícil acceso geográfico.
<b>Análisis Personal</b>	Esperamos que los líderes que manejan los sistemas de salud de los países puedan manejar las funciones esenciales de la salud pública y vulnerar los problemas y necesidades de salud de sus comunidades, y con la experiencia de regionalización de un país como Cuba puedan realizar evaluaciones integrales de sus sistemas a través de la medición de sus funciones esenciales. Con la descentralización y regionalización se lograra llevar los servicios de salud mucho más cerca de la población, facilitando el acceso a la salud, oportunidad en la atención y prestación de servicios con calidad, además se facilitara prestar programas del área de la salud dirigidos a PYP que permitirán no solo mejorar la prestación de servicios, si no elevar el nivel de vida de la comunidad pobre vulnerable.

## ARTICULO 2.27.

<b>27. Titulo</b>	SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: 20 AÑOS DE LOGROS Y PROBLEMAS
<b>Autor y Año</b>	Carlos Alberto Agudelo Calderón, Jaime Cardona Botero, Jesus Ortega Bolaños, Rocío robledo Martinez
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo: ciencia y Saúde Colectiva16(6):2817- 2828, 2011 Cole
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Agudelo Calderón Carlos Alberto, Cardona Botero Jaime, Ortega Bolaños Jesus, robledo Martinez Rocío; Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciência&SaúdeColetiva, 16(6):2817-2828, 2011
<b>Objetivo del artículo</b>	Realizar un balance de algunos procesos claves y resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud, SGSSS, Colombia, Cobertura, Financiación, Equidad
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El sistema de Salud en Colombia, es una mezcla de sistema público y privado, cuya financiación se la realiza a través los empleados y empleadores que pertenecen al régimen contributivo y los recursos fiscales que son los impuestos que financian al régimen subsidiado. El modelo de financiamiento mixto del SGSSS es uno de los más difundido en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios.
<b>Muestra</b>	Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada en revistas indexadas con valoración de la calidad de la evidencia, y literatura no publicada en revistas: ISI, Scopus, Medline y Scielo, en el período correspondiente a 1993-2010, utilizando la búsqueda con los términos cobertura, Colombia, afiliación, equidad, financiación, SGSSS, y otras similares. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Libros con estudios o análisis sobre el SGSSS, empleo, equidad, subsidios y desarrollo social.</li> <li>– Encuestas de hogares, calidad de vida y Profamilia, realizadas en el período de 1990-2010.</li> <li>– Documentos de análisis y reflexión sobre el SGSSS o aspectos específicos del mismo, de tipo administrativo u oficial.</li> </ul>
<b>Intervención y proceso medición</b>	Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada en revistas indexadas con valoración de la calidad de la evidencia, y literatura no publicada en revistas.
<b>Resultados</b>	Se ha visto que entre 1993 y 1980 con el nuevo sistema de salud ha contribuido a que el ingreso de la población más pobre se incremente en promedio en un 45 %, el gasto en salud pasó de 2,4% a 4,7% del PIB; el subsidio en el gasto en salud para el grupo más pobre de la población pasó de 0,42 a 1,3% y llegó a representar el 45% del ingreso de los hogares. Existen resultados positivos con respecto a la cobertura, el acceso a consulta, la protección financiera y el salario. Pero se debe tener en cuenta que incluso en los países desarrollados y en aquellos que han logrado la universalidad en el sistema de salud desde décadas atrás, persisten problemas de equidad en la atención que deben ser afrontados.
<b>Discusión</b>	El logro hacia la universalidad en salud permite proteger a las personas de las consecuencias de la enfermedad y del pago de los servicios: por lo cual debe continuar la lucha

	por obtener una plena universalidad, examinando detenidamente las desigualdades sociales y un transparente manejo de recursos.
<b>Análisis Personal</b>	El modelo del SGSSS de Colombia se ha afrontado con muchos problemas, reformas y numerosos ajustes, puede ser considerado por sus resultados, un modelo relativamente exitoso en términos de cobertura y financiamiento, aunque en otros países con el mismo modelo también se presentan dificultades. Este modelo se a enfatizado en el acceso y equidad en cuanto a la prestación de los servicios de salud, los cuales han mejorado a nivel nacional, pero ha dejado a un lado la prestación de servicios con calidad, restringiendo la prestación en los servicios y difícil acceso a determinados tratamientos de alto costo. El POS a pesar de ampliarse continúa con restricciones notorias que limitan la utilización y aplicación de medicamentos de alto costo, afectando directamente la prestación de servicios con calidad y a su vez limitando la universalización de la salud.

## ARTICULO 2.28.

<b>28. Título</b>	SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ENTRE ACIERTOS Y DESACIERTOS
<b>Autor y Año</b>	Jorge Ernesto Pérez Lugo – 2012
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Scielo: Omnia, Año 18 N° 1 (enero –abril de 2012) pp 148-162. Universidad del Zulia: ISSN: 1315-8856
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Jorge Ernesto Pérez Lugo, Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos, Omnia, Año 18 N° 1 (enero –abril de 2012) pp 148-162. Universidad del Zulia: ISSN: 1315-8856.
<b>Objetivo del artículo</b>	Explorar el funcionamiento de los Sistemas de Salud en América Latina, analizando las estrategias de descentralización político-administrativa y participación de la sociedad civil organizada en salud,
<b>Palabras Clave</b>	Salud, reforma, descentralización, participación, América Latina
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)</b>	Con la globalización vienen nuevas exigencias en todos los sectores, por lo cual se deben formular estrategias para adaptarse al nuevo entorno político, social y económico. Los Sistemas de Salud en algunos países de América

<b>problema)</b>	<p>Latina han presentado diversas reformas encaminadas a mejorar su equidad social y lograr la eficiencia, eficacia y efectividad de su funcionamiento.</p> <p>Las revisiones documentales en los sistemas de salud de diferentes países ha permitido identificar experiencias que permiten basarse en los diferentes procesos para mejorar la calidad de la prestación en los servicios de salud y disminuir la inequidad que existe en muchos países latinoamericanos.</p>
<b>Muestra</b>	<p>Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 21 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.</p>
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>la revisión documental permite identificar algunos procesos y experiencias dirigidas a mejorar la calidad de la prestación de los servicios médico-asistenciales y alcanzar la equidad de los sistemas de salud pública en Latinoamérica</p>
<b>Resultados</b>	<p>Aunque se ha localizado diversos conflictos con resistencia al cambio de las diferentes reformas en el sector salud, también se pueden observar progreso en cuanto a la descentralización político-administrativa y participación de la sociedad civil organizada en salud.se , a la vez que se registra el aumento de los conflictos y de la resistencia al cambio por parte de muchos sectores, lo que complejiza aún más el proceso de reforma y transformación que tanto requieren los sistemas de salud de América Latina</p>
<b>Discusión</b>	<p>En América Latina la descentralización y la participación en salud, es considerada muy positiva en función de mejorar el funcionamiento de los Sistemas de Salud, que a lo largo de los años se enfrentan a muchos obstáculos para su desarrollo. Si bien como todo proceso los resultados se pueden ver a mediano y largo plazo si las estrategias implantadas logran profundizarse y consolidarse de manera definitiva.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Cada país tiene su perfil epidemiológico y necesidades diferentes aunque muchas en común como es lograr el bienestar de cada ser humano. Lo que realmente preocupa en el sector salud, que si bien las reformas de éste afectan el funcionamiento de la sociedad en general, debemos esperar y confiar en que se registre un verdadero proceso en el Estado con una adecuada intervención de la sociedad civil que garantice el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud.</p>

## ARTICULO 2.29.

<b>29. Título</b>	CONFLICTO DE VALORES EN EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: ENTRE LA ECONOMÍA DE MERCADO Y LA NORMATIVA CONSTITUCIONAL, 2007–2009
<b>Autor y Año</b>	Molina Gloria, Ramírez Andrés
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Colombia Médica, 2014
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. RevPanam Salud Publica. 2013;33(4):287–93
<b>Objetivo del artículo</b>	Presentar los aspectos morales en conflicto en los procesos de toma de decisiones clínico-administrativas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia.
<b>Palabras Clave</b>	Sistemas de salud; moral; ética; privatización; Colombia.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La moral detrás del sistema de seguridad social en salud de Colombia Las teorías utilitaristas han influido en diversos campos, incluidos los sistemas de salud. Las corrientes utilitaristas propugnan que la distribución genere la máxima satisfacción al mayor número de personas al menor costo posible.</p> <p>El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, establecido según la Ley 100 de 1993, tiene su fundamentación en directrices neoliberales internacionales justificadas en la búsqueda de mejores coberturas, acceso, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud. Sin embargo, en el SGSSS se ha promovido un nivel de utilitarismo que le ha impedido alcanzar sus metas de equidad, accesibilidad y calidad, no se ha logrado un mayor acceso efectivo a los servicios de salud debido a múltiples barreras administrativas, geográficas y económicas generadas, principalmente, por las EPS.</p> <p>La moral que propugna la Constitución Política de Colombia A diferencia de la moral del sistema económico neoliberal, la Constitución Política de Colombia de 1991 (23) se fundamenta en los valores y principios propios de un Estado social de derecho.</p> <p>De esa forma, el sistema económico en general y el SGSSS en particular deben reconocer y cumplir principios</p>

	y valores tales como la dignidad humana, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la cooperación y la confianza, entre otros
<b>Muestra</b>	seis ciudades colombianas (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto),
<b>Intervención y proceso medición</b>	La investigación se llevó a cabo entre 2007 y 2009 según una metodología cualitativa basada en la teoría fundamentada. Se realizaron 179 entrevistas en profundidad a médicos, personal de enfermería y administradores con amplia experiencia en el sector de la salud, y 10 grupos focales con usuarios y líderes de organizaciones comunitarias vinculadas a la salud. Las entrevistas, con preguntas semi estructuradas y según una guía elaborada previamente, recababan información personal y profesional.
<b>Resultados</b>	En el proceso de toma de decisiones en la atención en salud en Colombia se identificaron elementos de dos morales enfrentadas: la rentista, caracterizada por la axiología neoliberal de la economía de mercado (práctica) y otra fundamentada en la axiología constitucional (normativa) del Estado social de derecho. Predomina el enfoque utilitarista e individualista y se promueve el lucro individual y empresarial por encima del interés colectivo; esto favorece prácticas que contravienen los derechos de las personas y la comunidad.
<b>Discusión</b>	Conclusiones. El predominio de la moral que responde al modelo de mercado en el SGSSS colombiano genera condiciones adversas a los principios y valores que deben orientar el sistema de salud como garante del derecho a la salud y la dignidad humana. Para la toma de decisiones en salud es necesario tener en cuenta, además de los elementos técnicos y científicos, los principios y valores que están enfrentados y reflexionar sobre ellos para su legitimación .
<b>Análisis Personal</b>	Cada país tiene su perfil epidemiológico y necesidades diferentes aunque muchas en común como es lograr el bienestar de cada ser humano. Lo que realmente preocupa en el sector salud, que si bien las reformas de éste afectan el funcionamiento de la sociedad en general, debemos esperar y confiar en que se registre un verdadero proceso en el Estado con una adecuada intervención de la sociedad civil que garantice el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud.



## ARTICULO 2.30.

<b>30. Título</b>	EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA: CRISIS SIN PRECEDENTES
<b>Autor y Año</b>	José Félix Patiño, 2013
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	RevColomb Cir. 2013;28:259-61
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Félix Patiño, José, El sistema de salud de Colombia: crisis sin precedentes, RevColomb Cir. 2013;28:259-61
<b>Objetivo del artículo</b>	expresar la visión personal de la crisis el sistema de salud y de la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina
<b>Palabras Clave</b>	Crisis, sistema de salud, medicina
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>El médico se debe a su paciente y no a las entidades comerciales que actúan como intermediarios financieros distorsionando el sentido de los servicios de salud. La actual legislación que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la nefasta Ley 100 de diciembre 23 de 1993 de la cual fue ponente el entonces senador Álvaro Uribe Vélez, atropella la sagrada obligación del médico de hacer lo mejor por su paciente.</p> <p>La creación de intermediarios financieros, las EPS, ARS y ARP, que según muchos analistas se han quedado con la mitad o más de los recursos públicos destinados a la salud, convirtió un servicio social, la atención de la salud, en un modelo de negocio que realmente debe ser calificado como perverso. El antiguo Sistema Nacional de Salud fue reemplazado por un mecanismo de aseguramiento comercial, el cual se encuentra en profunda crisis en medio del rechazo y repudio de la sociedad</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	visión personal
<b>Resultados</b>	El acto médico, que es el verdadero contrato social de la medicina con la sociedad, exige absoluta autonomía intelectual, implica manejo del riesgo y no puede ser interferido por terceros actores como lo son los entes intermediarios que manejan el sistema de salud colombiano que implantó la Ley 100 de diciembre 23 de 1993.
<b>Discusión</b>	La Ley 100 de 1993 va en contra del derecho humano y

	universal a una atención integral de la salud, por cuanto elimina la autonomía intelectual del médico en la toma de decisiones en beneficio del paciente y supedita el imperativo hipocrático al mandato administrativo de los entes intermediarios. La atención de la salud se debe ejercer en el marco de un Plan Obligatorio de Salud (POS) limitado a determinadas enfermedades, en medio de barreras y obstáculos que crean las EPS para lograr un mayor lucro en favor de los accionistas
<b>Análisis Personal</b>	Todas las carreras del área de la salud tiene como principio fundamental realizar una labor humanizada, con calidad, oportuna, siempre al servicio de la población. Pero la normatización vigente de la ley 100, limito el actuar del profesional de la salud, restringiendo la atención a usuarios sin afiliación, delimitando los tratamientos a lo acorde con el POS, demorando la oportunidad en la atención en una sin fin de papeleos necesarios para poder acceder. Este proceso no solo frena al profesional, si no que restringe la prestación de servicios y afecta directamente la calidad de la atención prestada. Se debe reconocer que el acceso a la salud debe tener un proceso administrativo que canalice lo recursos económicos adecuadamente para poder solventar los gastos del mismo. Pero el sistema actual no es el sistema propicio para lograr este fin ya que existen tanta intermediación que los recursos económicos se ven perdidos y de esta forma se restringe aún más el proceso clínico asistencial limitando aún más el actuar del profesional en salud.

### ARTICULO 2.31.

<b>31. Titulo</b>	CALIDAD, SISTEMAS DE SALUD Y GOBERNANZA. EL CASO ARGENTINO.
<b>Autor y Año</b>	Sergio G Litegua, 2010.
<b>Ubicación del articulo ( base datos)</b>	Pubmed
<b>Citación Bibliográfica del articulo en</b>	Litegua SG.; Calidad, sistema de salud y gobernanza, el caso argentino Acta bioética 2010; 16 (2): 148-154.

<b>Vancouver)</b>	
<b>Objetivo del artículo</b>	Mostrar como Argentina ha realizado reformas en sus sistemas de salud sin buenos resultados y como la bioética debería participar en la fundamentación de nuevas políticas sanitarias y actuar ante los problemas de corrupción.
<b>Palabras Clave</b>	Argentina, corrupción, salud, ética
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La búsqueda de mejorar la calidad, accesibilidad y equidad de los servicios de salud. La declaración de Alma ata sobre “salud para todos en el año 2000” planteaba como objetivo mejorar la accesibilidad en los servicios de salud, y llamaba la atención en la distribución irregular de los recursos que más se la realizaba con fines bélicos que en mejora de la calidad en salud.
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 14 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	En Argentina (así como en muchas otras naciones de América Latina) las metas de salud para todos se plantearon mediante la búsqueda de criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad. Se esperaba incorporar recursos normativos, organizativos, instrumentales, de gestión y fiscalización de los distintos aspectos relacionados con el proceso global de atención médica. No obstante estos enunciados ampulosos, poco se ha hecho por instrumentar medidas que permitieran mejorar los indicadores de calidad. Por el contrario, en muchos casos el fragmentado sistema de salud público argentino desperdicia recursos al subsidiar al sector de la seguridad social, administrado por el sector sindical, ya que muchos derechohabientes del mismo terminan recibiendo atención médica en el sector público sin que haya reembolso por los gastos ocasionados. La escasa transparencia –patognomónica en los procesos de contratación de servicios o compra de bienes– afecta en forma directa a quienes contribuyen al financiamiento del mismo mediante impuestos y aportes de trabajadores y empleadores. Un escaso porcentaje de la población tiene una tercera imposición, al pagar de su bolsillo un seguro privado de salud.
<b>Discusión</b>	En cualquier proceso de reforma de salud los problemas se basan en costos, dificultades de acceso y recursos

	limitados. Por lo cual urge establecer políticas de contención basadas en principios de justicia y equidad. Si bien esta es la situación de Argentina, esto se extrapola en gran mayoría en los países de América Latina, donde también vemos que los fenómenos de corrupción generan desigualdad en la provisión de los servicios de salud. La bioética debe estar comprometida en la búsqueda de reformas para que los procesos de calidad y eficiencia generen impactos reales en los sistemas de salud.
<b>Análisis Personal</b>	En Argentina como en América Latina los sistemas salud mencionan a la equidad, justicia, solidaridad, eficiencia calidad entre otras, pero la escasa transparencia en procesos de contratación y demás termina por afectar a los que contribuyen con el financiamiento de estos sistemas. En argentina se observa según el artículo una historia larga de problemas en su gobernanza, por lo cual necesitan fortalecer con urgencia el uso de sus recursos públicos para mejorar su sistema de salud y con esto influir en la calidad de los servicios.

### ARTICULO 2.32.

<b>32. Título</b>	GESTIÓN DE GOBIERNOS LOCALES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD PARA NIÑOS.
<b>Autor y Año</b>	Aldemar Bautista-Otero y Juan C. Garcia-Ubaque 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Rev. salud pública
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Aldemar Bautista-Otero y Juan C. Garcia-Ubaque Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños. Rev. salud pública. 14 sup (2): 3-14, 2012
<b>Objetivo del artículo</b>	Realizar una evaluación en el ámbito de calidad de los programas de atención en salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes que rigen los gobiernos locales de Colombia en la actualidad.
<b>Palabras Clave</b>	Calidad de la atención de salud, regulación y fiscalización en salud, servicios de salud del niño, planes y programas de salud, gobierno local.
<b>Conceptos manejados en el artículo</b>	Debido a estudios recientes donde se han demostrado la preexistencia aun de patologías presentes en países en desarrollo como lo es Colombia, los sistemas de salud se

<b>(Introducción-planteamiento problema)</b>	ven obligados a generar estrategias para mejorar la calidad de la atención de salud enfocándose en poblaciones prioritarias como lo son los niños, niñas y adolescentes. Realizando mediciones para determinar el impacto de los programas que se instauren.
<b>Muestra</b>	Es un estudio descriptivo de corte transversal, con revisiones de los informes de la superintendencia de salud, en cuanto a la gestión en calidad y a los programas de atención a la infancia en el contexto de los gobiernos locales y departamentales colombianos durante la vigencia 2007 a 2009.
<b>Intervención y proceso medición</b>	La metodología utilizada para la recolección de información se realizó con los formatos de recolección de información, las herramientas de definición de alcances y soporte normativo y los instructivos o indicaciones El formato de recolección de información precisó cinco aspectos: a. El requerimiento o pregunta; b. El modo de verificación de la respuesta; c. La verificación realizada; d. El estado de desarrollo del requerimiento considerado en cinco posibilidades o fases: documentación, normalización, socialización, implementación o evaluación, y; e. Las observaciones al proceso.
<b>Resultados</b>	<p>Se observa que los programas de salud para NNA por parte de los gobiernos locales examinados ninguno supera la calificación de aceptable porque no se han creado programas específicos para dar cumplimiento a ley de infancia, y se continúan trabajando con los antiguos programas.</p> <p>También se encontró que los gobiernos locales examinados no tienen programas sistemáticos de gestión de la calidad, ni específico para NNA, por lo cual las actividades no son estandarizadas ni sistemáticas, por lo que están lejos de constituirse en un programa y por lo cual el seguimiento es muy complejo ya que no se lleva registro sistemático de la situación en la prestación de los servicios de salud para NNA en las diferentes zonas de influencia examinadas.</p> <p>El gobierno manifiesta que esto se presenta por dispersión geográfica de la población y limitación de recurso humano, y que en este momento se encuentra enfocado en garantizar el servicio de salud a la población no afiliada y en los procesos del régimen subsidiado.</p>
<b>Discusión</b>	Se observa deficiencias en cuanto a gestión de la calidad en salud en los gobiernos locales para la atención a NNA

	<p>en la población colombiana, que se está limitando actualmente al cumplimiento de la normatividad del SGSSS, excusándose en la dispersión geográfica y en la limitación en los recursos, y con esto se ven las eficiencias en la atención de la población NNA. Por lo cual los gobiernos locales deben mejorar las acciones y los parámetros de calidad establecidos en la normatividad vigente y deben implementar programas de gestión de la calidad que funcionen con diligencia.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Si el gobierno manifiesta limitación de recursos y problemas en cuanto a su ejecución de programas por la dispersión geográfica, se deben aportar nuevas alternativas para hacer frente a estas dificultades que permitan elevar los niveles de calidad de la atención y con ellos los niveles de salud de la población, teniendo en cuenta que es una la obligación la atención preferente para NNA, y por lo tanto mejorar estos aspectos para que realmente haya un impacto verdadero sobre los sistemas de salud.</p>

### ARTICULO 2.33.

<b>33. Título</b>	GASTO EN SALUD, LA DESIGUALDAD EN EL INGRESO Y EL ÍNDICE DE MARGINACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO
<b>Autor y Año</b>	Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, Reyes Morales H2014;35(1):1–7.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, Reyes Morales H. Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México. RevPanam Salud Publica. 2014;35(1):1–7.
<b>Objetivo del artículo</b>	Evaluar el efecto de la relación entre el gasto público en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación sobre la mortalidad materna e infantil en México, con el propósito de determinar el efecto de estos factores sobre el desempeño del sistema de salud, desde una perspectiva de eficiencia técnica.
<b>Palabras Clave</b>	Financiamiento de la salud; inversiones en salud; sistemas de salud; mortalidad materna; mortalidad infantil; México.
<b>Conceptos manejados</b>	Las modificaciones en el financiamiento del sector de

<p><b>en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b></p>	<p>la salud que buscaban el acceso equitativo a servicios de calidad han sido un componente fundamental de los procesos de reforma en México en la última década (1, 2). La reforma sanitaria de 2003 incluyó una propuesta de financiamiento dirigido a establecer una combinación de mecanismos que permitiera lograr los objetivos de sostenibilidad financiera, accesibilidad, equidad y eficiencia (3). Se decidió que la generación de recursos partiera del ente público, de manera solidaria entre los diferentes niveles de rectoría nacional y estatal, y a través de una variedad de instrumentos de captación, incluyendo impuestos, esquemas de aseguramiento y subsidios multilaterales</p>
<p><b>Muestra</b></p>	<p>32 entidades federativas mexicanas</p>
<p><b>Intervención y proceso medición</b></p>	<p>Se realizó un estudio ecológico. Se estimaron las correlaciones entre la mortalidad materna y la mortalidad infantil, y el gasto público en salud per cápita total, per cápita federal y per cápita estatal correspondientes a los años 2000, 2005 y 2010 (coeficiente de Gini e índice de marginación). Se utilizaron regresiones lineales para explorar la asociación de dichas variables con los indicadores de salud en los sistemas de los estados.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Se observaron correlaciones negativas para el índice de marginación y el coeficiente de Gini en relación a la esperanza de vida al nacer (-0,62 y -0,28 respectivamente). Asimismo, se registró una correlación positiva de 0,59 entre el índice de marginación y mortalidad infantil ( P&lt; 0,05). Los modelos de regresión lineal múltiple revelan un efecto negativo del índice de marginación y el coeficiente de Gini sobre los resultados en salud. El financiamiento por parte del ente federal tuvo un efecto positivo en el desempeño del sistema en términos de indicadores de salud.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>El proceso de reforma del sistema de salud de México ha tenido un impacto positivo en los indicadores sanitarios del país; la inversión financiera por parte del ente federal Pareciera ser efectiva en este aspecto. Los determinantes sociales tienen un efecto importante sobre el desempeño de los sistemas de salud, y su abordaje requiere de análisis con enfoques multisectoriales y multidisciplinarios.</p>

<b>Análisis Personal</b>	la mortalidad materna y la mortalidad infantil son forma de medir la eficiencia o deficiencia en los sistemas de salud, este articulo nos muestra como en México han implementado reformas que han contribuido a la prestación de servicios de salud con mejor facilidad y oportunidad de acceso, mayor calidad en la prestación de los servicios estos son sistemas que ameritan un estudio respectivo donde se evalúe la puesta en práctica en otros países, ellos modificaron el sistema de afiliación y desarrollaron actividades para mejorar la calidad de vida, este puede ser un punto clave que beneficie al sistema colombiano a dar mejor cubrimiento ya que según los reportes del DANE muestran que la mayor parte de la población afiliada pertenece al régimen subsidiado lo que infiere pensar que con dificultad el sistema contributivo va lograr cubrir la salud de toda la población
--------------------------	--

#### ARTICULO 2.34.

<b>34. Titulo</b>	LUCES Y SOMBRAS DE LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA. LEY 100 DE 1993
<b>Autor y Año</b>	Francisco José Yepes Luján
<b>Ubicación del articulo ( base datos)</b>	Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 118-123, enero-junio de 2010
<b>Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)</b>	Francisco José Yepes Luján Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 118-123, enero-junio de 2010
<b>Objetivo del artículo</b>	Realizar una revisión sobre los cambios y hallazgos de la literatura sobre el desempeño de la reforma colombiana de la salud
<b>Palabras Clave</b>	Reforma
<b>Conceptos manejados en el articulo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Se realizó una amplia búsqueda de las publicaciones sobre la reforma, en la literatura indexada nacional e internacional, en las publicaciones no indexadas de salud Colombianas y en la literatura gris entre 1996 y 2008. Donde se concluye Deterioro o estancamiento en las ganancias de la mortalidad evitable, Pobre calidad en los programas de control de tuberculosis, Deterioro a partir de 1996 y permanencia de niveles inaceptables de mortalidad materna y altos niveles de sífilis congénita, Mala calidad



	en el tratamiento de los pacientes diabéticos, Alto fraccionamiento de la atención.
<b>Muestra</b>	459 referencias
<b>Intervención y proceso medición</b>	La búsqueda se realizó mediante un conjunto de estrategias que incluyeron la consulta a diversas bases de datos De acuerdo con la metodología de la síntesis narrativa, se explicitó el modelo teórico de la reforma y a partir de él se formularon cuatro preguntas.
<b>Resultados</b>	Muestra una situación en la cual se manifiestan problemas en el acceso a los servicios de salud de la población asegurada, existencia de inequidades en el acceso entre los diferentes regímenes de aseguramiento y serios problemas en la equidad de los resultados y la calidad de los servicios. Mala calidad en el tratamiento de los pacientes diabéticos
<b>Discusión</b>	El estancamiento en las ganancias que se venían observando, o el deterioro de una serie de indicadores de mortalidad evitable al tiempo que los recursos del sector se multiplican por seis en pesos constantes, y sin que medien condiciones epidemiológicas o de otra índole que lo justifiquen, es un signo de alerta sobre la efectividad y la calidad de las acciones de salud que se han realizado.
<b>Análisis Personal</b>	Este artículo contribuye al análisis de la situación del país donde muestra que a pesar que existir normas, leyes que reglamentan el sistema de salud y se esté realizando reformas continuamente, son ineficaces ya que no satisfacen los requerimientos de los usuarios y no garantizan la prestación de los servicios con calidad ya que se continúan registrando casos y evidencias donde la atención en salud no es adecuada y los servicios prestados son inapropiados, aún existe inequidad y falta de oportunidad en el acceso a los servicios. Artículos como este son los que evidencian la necesidad de realizar reformas eficientes a la reglamentación existente que garanticen la adecuada prestación de servicios de salud que sean equitativos para toda la población.

## ARTICULO 2.35.

<b>35. Título</b>	PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: LA EXPERIENCIA DEL AVAL CIUDADANO EN MÉXICO
-------------------	---

<b>Autor y Año</b>	Gustavo H Nigenda-López, Clara Juárez-Ramírez, José A Ruiz-Larios, Cristina M Herrera. 2013
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	RevSaúde Pública 2013;47(1):44-51
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Nigenda-López G, Juárez CI, Ruiz-Larios J, Herrera C, Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. RevSaúde Pública 2013;47(1):44-51
<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar la experiencia del aval ciudadano en el sistema de salud mexicano en la mejora de los servicios de salud.
<b>Palabras Clave</b>	Calidad de la Atención de Salud. Participación Comunitaria. Participación Social. Investigación Cualitativa.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El aval ciudadano es una estrategia institucional de participación social en salud en México, promovida para fomentar la confianza de usuarios de servicios médicos en instituciones de salud pública y privada. La estrategia fue implementada en 2001 en el marco del programa nacional para mejorar la calidad de los servicios de salud. El seguro fue diseñado como un seguro voluntario por las entidades para garantiza la prestación de un paquete de servicios de 277 intervenciones médicas, para recibir recursos del seguro popular las unidades de atención deben pasar por el proceso de acreditación que consiste en verificar la capacidad, seguridad y calidad con los qe establecimientos de la salud prestan sus servicios, adema de contar con la figura de ciudadano aval.
<b>Muestra</b>	Se realizó durante 2008 en ocho estados de México. Las unidades de observación fueron centros de salud que otorgan atención ambulatoria de primer nivel. Se eligieron dos por estado, uno acreditado y otro no acreditado en zonas rurales y urbanas
<b>Intervención y proceso medición</b>	Estudio de corte cualitativo en ocho estados de México en 2008. Se evaluaron diferentes aspectos del programa nacional para mejorar la calidad de los servicios de salud. Se compara la estrategia de México con otras experiencias en América Latina.
<b>Resultados</b>	Se exponen los avances y problemas del funcionamiento del aval ciudadano, fi gura que promueve la participación social en salud de la población
<b>Discusión</b>	El tipo de participación social que se ha fomentado con la estrategia del AC corresponde a la categoría de tipo colaboracionista. La figura del AC legitima una acción

	gubernamental enfocada en buscar la acción social para mejorar la calidad de la atención a la salud. Para alcanzar un nivel real de empoderamiento ciudadano, lo ideal sería que los AC participaran por voluntad propia y tuvieran experiencia previa de participación. También deberían obtener independencia respecto del personal de salud en el desarrollo de sus actividades, lo que les podría generar mayor autonomía para realizar acciones en la unidad médica
<b>Análisis Personal</b>	Este artículo es la evidencia de cómo una estrategia de cambio gubernamental influye sobre los servicios de salud mejorando la calidad en los servicios prestados. Estas medidas se vuelven estrategias de fácil implementación, que pueden lograr influir positivamente en la satisfacción del paciente al ser atendido en el centro de salud.

### ARTICULO 2.36.

<b>36. Titulo</b>	BASES LEGALES DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD
<b>Autor y Año</b>	Yoerquis Mejías Sánchez, Niviola Cabrera Cruz, María Mercedes Rodríguez Acosta, Ana Margarita Toledo Fernández, María Victoria Norabuena Canal. 2013
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(4):796-803
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Mejías Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta M, Toledo Fernández A, Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(4):796-803.
<b>Objetivo del artículo</b>	Referenciar el soporte legal para la calidad en los servicios asistenciales del sector de la salud
<b>Palabras Clave</b>	Bases legales, calidad de los servicios de salud, calidad.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La calidad de los servicios de salud se fundamenta en la satisfacción de la población, la excelencia profesional, la eficiencia en el uso de los recursos, en ofrecer una atención con un riesgo mínimo para los pacientes y en la evaluación del impacto final de las acciones en términos de ganancia en salud para los ciudadanos. Para el logro de este fin los servicios deben organizarse de forma adecuada y establecer o aplicar las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnóstico

	<p>terapéuticos necesarios, además de realizar los procesos relacionados con la verificación de los instrumentos de medición y de la tecnología biomédica basados en el cumplimiento de las legislaciones vigentes. Con el objetivo de identificar el marco legal relacionado con la calidad de los servicios asistenciales en el sector de la salud se realizó una revisión del tema y se identificaron los Decretos leyes y Resoluciones Ministeriales correspondientes que refrendan y soportan la calidad en los servicios de salud. Estos decretos y resoluciones están vigentes y su conocimiento es indispensable para su control y cumplimiento.</p>
<b>Muestra</b>	21 referencias bibliográficas
<b>Intervención y proceso medición</b>	Documentos compilados en el llamado Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Más recientemente y a propuesta de las Divisiones
<b>Resultados</b>	El desarrollo y calidad de los servicios de salud es esencial para asegurar la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud y el bienestar de la población y su satisfacción.
<b>Discusión</b>	El desarrollo y calidad de los servicios de salud es esencial para asegurar la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud y el bienestar de la población y su satisfacción. Para asegurar este papel, los servicios deben organizarse de forma adecuada y garantizar el empleo óptimo de los recursos humanos y materiales existentes estableciendo o aplicando las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnósticos terapéuticos necesarios, además de realizar los procesos relacionados con la verificación de los instrumentos de medición y de la tecnología biomédica basados en el cumplimiento de las legislaciones vigentes, por lo cual se hace necesario el conocimiento de las mismas.
<b>Análisis Personal</b>	Para brindar un servicio con calidad en la atención en salud es necesario que establecer normas legales y lineamientos que establezcan los requisitos en el actuar, en la prestación de servicios en los elementos técnico científicos de cada institución que garantice que la atención del paciente está bajo el cumplimiento de la reglamentación actual de cada país para su control y mejoría constante.

**ARTICULO 2.37.**

<b>37. Titulo</b>	<b>PAGO POR DESEMPEÑO EN EL SISTEMA</b>
-------------------	---

	COLOMBIANO DE SALUD
<b>Autor y Año</b>	Gorbanevlouri, , CorteS Ariel, Torres Sergio, Yepes Francisco
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	SCIELO
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Gorbanevlouri, CorteS Ariel, Torres Sergio, Yepes Francisco, Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud, Rev. Salud pública. 13 (5): 727-736, 2011.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el alcance y las formas de uso de Pago por Desempeño en la cadena de salud Colombiana
<b>Palabras Clave</b>	Organización, administración, motivación, sistemas de salud
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El trabajo reporta los resultados del estudio sobre el uso del Pago por Desempeño (Payfor Performance, o P4P) en la cadena de salud colombiana. El Pago por desempeño despierta cierto entusiasmo porque teóricamente permite alinear el esfuerzo del Proveedor con los objetivos de la Aseguradora y lograr el alto desempeño de la cadena de salud. A pesar de su intuitivo atractivo, no es fácil implantar el Pago por desempeño para alinear los intereses de la Aseguradora y Prestadora. En un primer momento, no existe la claridad conceptual. Surgen dudas y discusiones acerca de cómo se entiende el desempeño. Es un concepto amplio que incluye tanto la calidad como la eficiencia. El uso común del término Pago por desempeño abarca estos dos ámbitos con el énfasis en la calidad.
<b>Muestra</b>	fueron contactadas por correo y telefónicamente 17 EPS del régimen Contributivo, a las cuales respondieron 5, y 8 EPS del régimen Subsidiado, a las cuales 3 aceptaron participar en el estudio
<b>Intervención y proceso medición</b>	Un estudio observacional descriptivo basado en las entrevistas y encuestas aplicadas a los directivos de las Aseguradoras en salud en Bogotá, Colombia. Para interpretar los resultados, los autores se apoyan sobre la Teoría de Costos de Transacción
<b>Resultados</b>	Pago por Desempeño se usa por las Aseguradoras del régimen Contributivo en el nivel ambulatorio, básicamente en Promoción y Prevención. Pago por Desempeño no se usa en el nivel hospitalario. Las Aseguradoras subsidiadas no utilizan Pago por

	Desempeño. De igual manera, el pago por Desempeño no se usa en el caso de los Llamados vinculados
<b>Discusión</b>	El alcance de uso de Pago por Desempeño en Colombia es limitado. La práctica colombiana solo parcialmente valida el planteamiento de la Teoría de Costos de Transacción sobre los atributos de formas de gobernación, uno de los cuales es la intensidad de incentivos.
<b>Análisis Personal</b>	Una de las falencia mas grandes des sistema de salud colombiano se encuentra en la intermediación por parte del sistema administrativo y la corrupción de este sector, este articulo plantea generar otra forma de contratación para estos empleados donde se pague por su labor bien efectuada. Siendo así sería una forma adecuada que disminuir la corrupción y guiar al personal a cumplir a diario con sus labores de forma adecuada ya que su remuneración dependería de su adecuada actuación, obligando al personal a cumplir de forma exitosa. Lo que generara al sistema de salud una mejor canalización de sus recursos económicos que podrían destinarse a mejorar el área clínico asistencial, en las EPS darían una mejor y más rápida atención a sus usuarios siendo más efectivo el proceso administrativo que generalmente es el más demorado.

### ARTICULO 2.38.

<b>38. Titulo</b>	CALIDAD Y LOS SISTEMAS DE SALUD
<b>Autor y Año</b>	Enrique Ruelas-Barajas
<b>Ubicación del articulo ( base datos)</b>	Gaceta Médica de México. 2011
<b>Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)</b>	Enrique Ruelas-Barajas Calidad y los sistemas de salud Gaceta Médica de México. 2011
<b>Objetivo del artículo</b>	Demostrar a través de un ejemplo el impacto de los sistemas de salud en las poblaciones en términos de acceso y de calidad
<b>Palabras Clave</b>	Accesibilidad. Calidad. Sistemas de salud
<b>Conceptos manejados en el</b>	El impacto de los sistemas de salud esta mediado entre otras variables, por la accesibilidad a los recursos y

<b>artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	servicios que ofrece en sistema y por la calidad con la que estos se proporcionan. El impacto del sistema es una expresión de la agregación concertada de acciones de los diferentes niveles que lo componen. Las únicas intervenciones deliberadas que puedan aspirar a influir en el desempeño de los sistemas solamente pueden obedecer a estrategias y no a acciones independientes una de otras.
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 2 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Calidad y acceso son determinantes obvios del impacto de un sistema de salud. A mayor acceso con calidad mayor y mejor el impacto. Mejorar el acceso y la calidad y con ello el impacto de un sistema requiere el diseño de estrategias que consideren acciones articuladas y enfocadas en los diferentes niveles que componen los sistemas con una clara asignación de responsabilidad medible y exigible.
<b>Discusión</b>	Mejorar el acceso y la calidad y con ello el impacto de un sistema requiere el diseño de estrategias que consideren acciones articuladas y enfocadas en los diferentes niveles que componen los sistemas con una clara asignación de responsabilidad medible y exigible.
<b>Análisis Personal</b>	Para mejorar el sistema de garantía de calidad es necesario establecer normas que especifique estrategias de acceso y tratamiento que generen impacto en la atención de la población; estrategias medibles y controlables que evidencien una mejoría del sistema de forma cuantitativa y cualitativa, como accesibilidad, oportunidad en la prestación de servicios de salud y brindar servicios de calidad y humanización.

### ARTICULO 2.39.

<b>39. Título</b>	EL GASTO Y LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD EN UN AÑO DE CONTRATO DE CALIDAD ALTERNATIVA
<b>Autor y Año</b>	Zirui Song, B.A., Dana Gelb Safran, Bruce E. Landon, M.D., Yulei He, Randall P. Ellis, Robert E. Matthew P. and

	Michael E. Chernew, 2011
<b>Ubicación del artículo (base de datos)</b>	The new england journal of medicine
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Zirui Song, B.A., Dana Gelb Safran, Sc.D., Bruce E. Landon, M.D., M.B.A., Yulei He, Ph.D., Randall P. Ellis, Ph.D., Robert E. Mechanic, M.B.A., Matthew P. Day, F.S.A., M.A.A.A., and Michael E. Chernew, Ph.D., El gasto y la Calidad del Cuidado de la Salud en un año de Contrato de Calidad Alternativa, The new england journal of medicine. 2011
<b>Objetivo del artículo</b>	Evaluar el sistema de contratación de calidad alternativa.
<b>Palabras Clave</b>	Calidad, contrato, alternativa, atención
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El crecimiento del gasto en atención de la salud es una preocupación importante para los responsables políticos de los hogares, empresas y estatales y federales. En respuesta al continuo crecimiento en el gasto en Massachusetts después de la reforma de salud, Blue Cross Blue Shield de Massachusetts (BCBS), el pagador comercial más grande del estado, implementó el Contrato de Calidad Alternativa (AQC) en enero de 2009. El AQC es un modelo de contratación que se basa en el pago global y pago por desempeño. Es similar al modelo de dos caras para las organizaciones de atención de cuentas especificadas por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en sus regulaciones propuestas para estas organizaciones
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Siete organizaciones de proveedores comenzaron contratos de 5 años, como parte del sistema de AQC en 2009. Analizamos 2006-2009 reclamaciones por 380.142 personas inscritas cuya principal atención médicos (PCP) se encontraban en el sistema AQC (grupo de intervención) y de 1.351.446 los afiliados cuyos médicos de atención primaria no estaban en el sistema (grupo de control). Se utilizó un propensityweighted enfoque de diferencias en diferencias, de ajustar por edad, sexo, estado de salud, y las tendencias seculares para aislar el efecto del tratamiento de la AQC en las comparaciones del gasto y la calidad entre el grupo de intervención y el grupo control.
<b>Resultados</b>	El gasto medio se incrementó para los inscritos en los grupos de intervención y de control en 2009, pero el aumento fue menor para los inscritos en el grupo de intervención - \$ 15,51 (1,9%) menos por trimestre (P = 0,007). Ahorros derivados en gran parte de los cambios en



	<p>atención ambulatoria hacia instalaciones con cuotas más bajas, a partir de los gastos más bajos para los procedimientos, imagenología y ensayos, y de una reducción en el gasto para los inscritos con la mayor gasto esperado. El sistema de AQC se asoció con una mejora en el rendimiento en las mediciones de la calidad de la gestión de las enfermedades crónicas en los adultos (<math>p &lt; 0,001</math>) y de la atención pediátrica (<math>p = 0,001</math>), pero no de prevención para adultos cuidar. Todos los grupos se reunieron AQC 2009 los objetivos presupuestarios y obtuvieron excedentes. Total de pagos BCBS a los grupos de AQC, incluyendo bonos de calidad, es probable que hayan superado el ahorro estimado en el año.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Total de pagos BCBS a los grupos de AQC, incluyendo bonos de calidad, es probable que hayan superado el ahorro estimado en el año.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>El sistema AQC es sistema de contratación cuyo pago es equivalente al a la calidad de atención vs ahorro, se postularía como el modelo de contratación ideal que permite una atención adecuada que incluya lo necesario para brindar los mejores servicios, pero que permita ahorro de gastos, actividades e implementos innecesario. Pero este sistema puede tener múltiples falencias ya que al tratar de minimizar gastos puede llegarse a deteriorar la atención, enfocándose en una solo actividad dejando de lado muchos factores influyentes, como administradores de la salud se considera que puede postularse como sistema ideal de contratación siempre y cuando no se escatimen gasto al realizar actividades con implementos necesarios de adecuada calidad. Este sistema es ideal siempre y cuando se maneje un equilibrio entre los gastos y calidad en atención e implementos. Aunque este sistema para el trabajador traería inestabilidad económica ya que su salario dependería del su esfuerzo diario.</p>

#### ARTICULO 2.40.

<b>40. Titulo</b>	EL JUEGO DE LA PELOTA - LA SUPERACIÓN DE LOS PUNTOS CIEGOS EN LA REFORMA DE LA SALUD
<b>Autor y Año</b>	Lisa Rosenbaum, M.D, 2013
<b>Ubicación del articulo ( base datos)</b>	The new england journal of medicine

<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	El juego de la pelota entero- la superación de los puntos ciegos en la reforma de la salud, Lisa Rosenbaum, M.D, 2013, The new englandjournal of medicine.
<b>Objetivo del artículo</b>	Identificar la problemática del sistema de salud
<b>Palabras Clave</b>	Atención, calidad, punto ciego
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El punto de observación en el sistema de la salud, define la problemática. Todas las personas tienen diferentes opiniones sobre los aciertos y desaciertos del sistema a pesar que todos sabemos que el gasto en atención de la salud pone en peligro la solvencia fiscal de nuestra nación. Pero al enfrentar la realidad se observa que gastar menos significará a veces tener menos y deteriorar la calidad en los servicios, sin embargo, siempre dependerá depende de quién está mirando, donde se ven, y lo que esperamos ver.
<b>Muestra</b>	Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de 11 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Si queremos mejorar simultáneamente la calidad y reducir los costos, primero debemos dejar de crear incentivos que dividen efectivamente a los pacientes y los médicos en diferentes equipos.
<b>Discusión</b>	Debemos reconocer que la toma de decisiones compartida es sólo eso: comunitaria. Debemos admitir que girar la atención de salud en una industria de servicio al cliente puede en cierta medida socava la prestación de la atención basada en la evidencia. Y debemos admitir lo poco que sabemos acerca de los valores de los pacientes y sobre cómo deberían o podrían influir en nuestra toma de decisiones, la prestación de la atención basada en la evidencia, el aumento de los costos y resultados de los pacientes.
<b>Análisis Personal</b>	El sistema de salud en Colombia y en muchos otros países parecen estar adecuadamente estructurados, pero es la realidad la que nos demuestra como en verdad funciona y que practico es para salvaguardar la salud de un país. Siempre tendremos diferentes puntos de vista, como dirán quienes diseñaron la normatividad y estructura del sistema de salud “el sistema es perfecto” los trabajadores del área de la salud “se trabaja mucho se gana poco”, lo que pensara el paciente y el familiar “la

	atención es mala, de difícil acceso”. Cada uno apuntaremos la mirada hacia el rol que desempeñamos en dicho momento, pero no nos detenemos a pensar desde cada punto de vista cómo hacer para equilibrar el sistema y sea un solo concepto el que se escuche sin importar desde el punto de vista que deseemos ver.
--	---

#### ARTICULO 2.41.

<b>41. Título</b>	LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD: UN ESTUDIO EN LOS MUNICIPIOS DEL CENTRO DE COLOMBIA Y EL NORESTE DE BRASIL
<b>Autor y Año</b>	Rene Garcia-Subirats, Ingrid Vargas , Amparo Susana Mogollón-Pérez , Pierre De Paepe, MariaRejane Ferreira da Silva. Jean Pierre Unger, Carme Borrell, and Maria Luisa Vázquez. 2014, 13:10
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	International journal for equity health
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	García-, Vargas Ingrid , Mogollón-Pérez Amparo Susana, De Paepe Pierre, Ferreira da Silva MariaRejane. Unger Jean Pierre, Borrell Carme, and Vázquez Maria Luisa Las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria en los distintos sistemas de salud: un estudio en los municipios del centro de Colombia y el noreste de Brasil, , International journalforequityhealth <a href="http://www.equityhealthj.com/content/13/1/10">http://www.equityhealthj.com/content/13/1/10</a>
<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar las desigualdades en el acceso a la continuidad de la atención en los municipios de Brasil y Colombia
<b>Palabras Clave</b>	Acceso a la atención médica; inequidades; atención primaria, atención secundaria, atención de emergencia, servicios de salud preventivos; Colombia; Brasil
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Los sistemas de salud se llevan a cabo con el objetivo de mejorar la equidad en el acceso a la atención médica. Su impacto es generalmente analizado en base a la utilización de servicios de salud, sin distinguir entre los niveles de atención. Este estudio tiene como objetivo analizar las desigualdades en el acceso a la continuidad de la atención en los municipios de Brasil y Colombia
<b>Muestra</b>	personas que habían tenido al menos un problema de salud en los últimos tres meses (2.163 en Colombia y en 2167 en Brasil)

<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Un estudio transversal se llevó a cabo sobre la base de una encuesta a una muestra probabilística de múltiples etapas de las personas que habían tenido al menos un problema de salud en los últimos tres meses (2.163 en Colombia y en 2167 en Brasil). Las variables de resultado fueron las variables dicotómicas en la utilización de los servicios curativos y preventivos. Las principales variables independientes fueron la renta, que es el titular de un plan de salud privado y, en Colombia, el tipo de sistema de seguro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Para cada país, la prevalencia de las variables de resultado se calculó en general y estratificado por niveles de ingreso per cápita, los sistemas de seguros SGSSS y el plan de salud privado. Razones de prevalencia se calcularon mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, controlando por la necesidad de atención.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Hay desigualdades en favor de las personas de nivel socioeconómico más alto: en Colombia, en los tres niveles de atención (primaria, diferentes ambulatorios secundarias y de atención de emergencia) actividades y preventivas, y en Brasil, en el uso de los servicios de atención secundaria para pacientes ambulatorios y actividades preventivas, mientras que las personas de bajos ingresos hagan un mayor uso de los servicios de atención primaria. En ambos países, la desigualdad en el uso de los servicios ambulatorios de secundaria es más pronunciada que en los otros niveles de atención. Ingresos en ambos países, la inscripción seguro, de Colombia y de la celebración de un plan de salud privado en Brasil, todo ello contribuye a la presencia de desigualdades en la utilización.</p>
<b>Discusión</b>	<p>La legislación en el sistema de salud está estipulado y creado para que toda la población reciba el mismo trato y beneficio en la atención en salud, aun así con estos Veinte años después de la introducción de las reformas llevadas a cabo para mejorar la equidad en el acceso a servicios de salud continua marcando desigualdades en el acceso a la atención, que está definida según el nivel económico y la capacidad de pago de los servicios que marcan las diferencias y la desigualdad en el acceso a los servicio de salud.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Los sistemas de salud objetos de estudio de este artículo narran la situación que viven a diario misles de pises con</p>

	<p>sistemas económicos inestables, que buscan como sistema de mejora la afiliación de toda la población y sostenimiento del sistema mediante la creación y afiliación a un régimen contributivo. Este tipo de sistema de salud cuenta con pro y contras; ya que de esta forma se daría cubrimientos a la salud de la población vulnerable sin capacidad de pago garantizando el acceso a la salud de toda la población logrando igualdad en el acceso a la salud. Pero a su vez marca la desigualdad económica entre cada sector al poder acceder a determinados servicios y beneficios solo por la capacidad de pago.</p>
--	--

## ARTICULO 2.42.

<b>42. Titulo</b>	NIVEL DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO
<b>Autor y Año</b>	Pedro López Liuba Alonso Carbonell, Ivonne Elena Fernández Díaz, César Ramírez Albajés, Alina María Segredo Pérez, Odalys Sánchez Barrera
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Revista Cubana de Medicina General Integra
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	López Pedro A. C. L, Fernández Díaz I. E, Ramírez Albajés C , Segredo Pérez A. M , Sánchez Barrera O. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano, Rev Cubana Med Gen Integr vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011.
<b>Objetivo del artículo</b>	Identificar el nivel de integración del Sistema Sanitario Cubano en distintos niveles de complejidad en la gestión y prestación de servicios.
<b>Palabras Clave</b>	Nivel de integración, Sistema de Salud Cubano, redes de servicios de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En el Sistema Sanitario Cubano, la salud pública y la salud individual se integran bajo los principios de universalidad, gratuidad, accesibilidad, continuidad, responsabilidad e integralidad de la atención que se brinda a individuos, familias y comunidades.
<b>Muestra</b>	3 grupos tomando una muestra no probabilística, por conveniencia, con selección de casos críticos, conformada por tres grupos: Grupo I: Formado por expertos del Sistema Nacional de Salud integrantes del grupo de trabajo para la Investigación y Desarrollo de las Funciones Esenciales de la Salud Pública que

	<p>cumplieran con los requisitos de selección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 20 años de experiencia en el desarrollo de programas, sistemas o servicios dentro del Ministerio de Salud Pública cubano.</li> <li>• Más de 15 años de experiencia en el campo específico de dirección en salud.</li> </ul> <p>Grupo II: Directivos del nivel municipal de gestión. Se decidió trabajar con el municipio 10 de Octubre por criterio de factibilidad.</p> <p>Grupo III: Integrado por directivos que pertenecen al nivel provincial de gestión (por decisión del equipo de investigadores se seleccionó la provincia de Matanzas).</p>
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Predominaron los atributos considerados integrados o parcialmente integrados. Los atributos de la integración, con mayores debilidades, fueron los relacionados con la integración del financiamiento presupuestado a las necesidades del sector y la integración de los procesos formativos del recurso humano en cantidad y calidad suficiente para las necesidades actuales, así como su comprometimiento con los servicios que prestan. El índice de integración por atributo y global, fueron similares para cada grupo, e indican una tendencia del Sistema de Salud Cubano hacia la integración.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Predominaron los atributos considerados integrados o parcialmente integrados. Los atributos de la integración, con mayores debilidades, fueron los relacionados con la integración del financiamiento presupuestado a las necesidades del sector y la integración de los procesos formativos del recurso humano en cantidad y calidad suficiente para las necesidades actuales, así como su comprometimiento con los servicios que prestan. El índice de integración por atributo y global, fueron similares para cada grupo, e indican una tendencia del Sistema de Salud Cubano hacia la integración.</p>
<b>Discusión</b>	<p>El Sistema Sanitario Cubano tiende a la integración. Existen reservas de mejora en todos los atributos para la integración</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Las redes integradas de servicios de salud son las que permiten el éxito en la atención en la salud. Un fallo en</p>

	<p>uno de estos procesos equivale a una atención con carencia de calidad o puede llevar a que ocurra lo que en Colombia llamamos el paseo de la muerte. Este artículo nos permite evidenciar como en otros países donde hay una mejor organización en este sistema se puede brindar mejor calidad en los servicios a la población, infiere pensar que en nuestro país no solo existen fallas en la normatividad que conllevan a mala atención en la salud, si no desorganización en la red prestadora de servicios que hace convertir los servicios prestados en ineficientes e ineficaces llevando a que el sistema de salud sea de poca calidad.</p>
--	--

### ARTICULO 2.43.

<b>43. Titulo</b>	ASOCIACIÓN ENTRE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y DE LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EN AMÉRICA LATINA: UN ESTUDIO CON DATOS SECUNDARIOS
<b>Autor y Año</b>	Júlio César Teixeira, <sup>1</sup> Maria Helena Rodrigues Gomes <sup>1</sup> e Janaina Azevedo de Souza
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Rev Panam Salud Publica 32(6), 2012
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Teixeira Júlio César, Rodrigues Gomes Maria Helenae Azevedo de Souza Janaina. Asociación entre la cobertura de servicios de saneamiento y de los indicadores epidemiológicos en América Latina: un estudio con datos secundarios. RevPanam Salud Publica 32(6), 2012.
<b>Objetivo del artículo</b>	Estudiar la asociación entre la cobertura de los servicios de saneamiento e indicadores epidemiológicos en América Latina, con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el período 2005-2010.
<b>Palabras Clave</b>	Salud pública, saneamiento, agua, aguas residuales, América Latina.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La mala infraestructura de salud juega un interfaz con las condiciones de estado de salud y de vida de las personas en los países en desarrollo, donde las enfermedades infecciosas siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad. La prevalencia de estas enfermedades es una fuerte indicación de la fragilidad del sistema de saneamiento público. Sin embargo, la

	<p>medición de las condiciones de vida y la salud sigue siendo un desafío. La salud debe ser considerada como un resultado de las relaciones entre las variables ambientales, sociales y económicas que presionan las condiciones y calidad de vida.</p> <p>este estudio realiza un investigación sobre la asociación entre indicadores epidemiológicos - la mortalidad infantil, la mortalidad en los niños menores de 5 años y la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de edad - y las condiciones de saneamiento - la población cubierta por los sistemas de suministro de agua y alcantarillado sistemas - en América Latina, a partir de datos secundarios y actualizados recientemente puesto a disposición por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).</p>
<b>Muestra</b>	datos de 21 países de América Latina, con una población estimada de 596 millones de habitantes
<b>Intervención y proceso medición</b>	Se realizó un estudio ecológico. Se analizaron: la mortalidad infantil en niños menores de 1 año en 2008, la mortalidad en menores de 5 años en 2008 y la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años en 2008. Estos indicadores fueron evaluados por su correlación "uno a uno" con los indicadores de cinco clases de factores de riesgo (salud infantil, el gasto en salud pública socioeconómico demográfica y de cobertura de servicios de salud y saneamiento).
<b>Resultados</b>	Los valores medios de la región fueron 18,2 muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos 23,5 defunciones menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos y la mortalidad del 5,8% de las enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. Cuanto mayor es la población cubierta por los servicios de saneamiento y abastecimiento de agua, inferior infantil y disminuir la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de los sistemas de mortalidad de edades. Cuanto mayor sea la tasa de crecimiento anual de la población, el aumento de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años.
<b>Discusión</b>	En la mortalidad infantil, una parte importante de la responsabilidad corresponde a los servicios de salud y saneamiento. Se sabe que los servicios sanitarios y asequibles y de buena salud adecuados de calidad puede tener un impacto positivo en la reducción de la mortalidad



	infantil existe una correlación inversa entre la mortalidad infantil y la cobertura de la población por los servicios de saneamiento en América Latina
<b>Análisis Personal</b>	Este estudio revela que la mejor de la calidad de vida en de la población, mejora la salud pública esto va ligado a la facilidad de acceso a los sistemas públicos de agua y saneamiento. Esto nos lleva a pensar que el sistema de salud de América latina en especial Colombia, están mal direccionados; Se limitan a manejar la enfermedad como punto principal de mejora, pero no dedican actividades de promoción y prevención para prevenir la enfermedad. Quizá si se destinaran más recursos para mejorar la calidad de vida de la población, se podrían disminuir gastos en el manejo de enfermedades, mantenimiento de EPS, IPS ya que disminuiría el volumen de patologías producto de malas condiciones de vida.

#### ARTICULO 2.44.

<b>44.Titulo</b>	COBERTURA EFECTIVA DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MÉTRICA PARA EVALUAR LOS SISTEMAS DE SALUD
<b>Autor y Año</b>	Sandra Martínez, M en C, Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH, Ramiro Guerrero, M en C, Héctor Gómez-Dantés, MD, M en C, Victoria Castro, Lic en Soc, Héctor Arreola-Ornelas, M en C, Paula Bedregal, PhD, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe*.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Sandra Martínez, M en C, Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH, Ramiro Guerrero, M en C, Héctor Gómez-Dantés, MD, M en C, Victoria Castro, Lic en Soc, Héctor Arreola-Ornelas, M en C, Paula Bedregal, PhD, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe*. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de américa latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud; 2011.
<b>Objetivo del artículo</b>	Medir la cobertura efectiva para once intervenciones de salud en nueve países de América Latina utilizando las encuestas de demografía y salud o registros

	administrativos que abarcan la salud infantil, de la mujer y el adulto
<b>Palabras Clave</b>	cobertura efectiva; sistemas de salud; América Latina
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La cobertura efectiva sintetiza e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios de salud requeridos, con la medición de la calidad de los mismos
<b>Muestra</b>	fuentes de información comparables entre los países (por esta razón se utilizaron las encuestas de demografía y salud –con excepción de Chile y Costa Rica en donde se utilizaron los sistemas de información administrativa–. Dado que este trabajo se realizó durante el año 2009, se analizaron los datos de las fuentes más recientes disponibles en cada país.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Se seleccionaron las intervenciones y se armonizaron definiciones y métodos de cálculo de acuerdo con la información disponible para lograr la comparabilidad entre países
<b>Resultados</b>	Chile es el país con mejores indicadores de coberturas crudas y efectivas, seguido por México y Colombia, y existen brechas importantes entre regiones, departamentos o estados
<b>Discusión</b>	<p>El indicador tradicional de cobertura cruda tiene en cuenta la población con una necesidad y la utilización de la intervención, sin el componente de calidad (ganancia en salud).</p> <p>La métrica de cobertura efectiva es un indicador sensible que relaciona la necesidad de las intervenciones en salud, su utilización y calidad, lo que permite valorar los programas de salud al aportar datos precisos de dónde y a quién deben dirigirse los recursos y esfuerzos nacionales para que los países alcancen los propósitos y metas planteados</p>
<b>Análisis Personal</b>	Este artículo nos presenta una comparación entre la cobertura de la población realizada por el sistema de salud, reflejando a Chile como el país con el sistema de salud mejor desarrollado e instaurado; a pesar que es un modelo de ejemplo para otros países, este sistema continúa presentando fallas a nivel de la prestación de los servicios, ya que se ha interesado en atender por volumen y a descuido la calidad a la hora de la prestación de

	esos servicios. A pesar que el modelo de salud de Chile continúa presentado múltiples factores en los cuales debe mejorar, sigue siendo un modelo del cual se pueden retomar muchos puntos, para fortalecer a modelos menos estructurados
--	---

#### ARTICULO 2.45.

<b>45. Título</b>	UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD AL PUEBLO WAYÚU EN LA FRONTERA COLOMBO-VENEZOLANA
<b>Autor y Año</b>	María Beatriz Duarte Gómez, Martha Liliana Ortega Alegría, Luis Hernando Mora Ríos y Noly Coromoto Fernández. 2011.
<b>Ubicación del artículo (base de datos)</b>	Scielo.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Duarte Gómez MB, Ortega Alegría ML, Mora Ríos LH, Coromoto Fernández N. Un modelo de atención en salud al pueblo wayuu en la frontera colombo-venezolana. RevPanam Salud Pública. 2011;30(3):272–8.
<b>Objetivo del artículo</b>	Identificar componentes para un modelo de atención binacional en salud destinado al pueblo wayuu que habita la frontera entre Colombia y Venezuela; a través de la implementación de nuevas políticas y la implementación de recursos para realizar un proyecto piloto.
<b>Palabras Clave</b>	Salud indígena; salud fronteriza; comunidades vulnerables; sistemas de salud; cobertura de los servicios de salud; Colombia; Venezuela.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Comité Técnico Binacional en Salud de la Comisión Presidencial de Integración y Asuntos Fronterizos Colombo-Venezolanos (COPIAF), este comité es conformado para fortalecer el trabajo sanitario fronterizo, el cual plantea el desarrollo de un modelo de atención intercultural para el pueblo wayuu. Determinantes de sociales, son las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Ayulee, enfermedades naturales, benignas que pueden ser tratadas en el ámbito doméstico Wuanülüü, son enfermedades con síntomas “espectaculares” y requiere intervención terapéutica tradicional. Intersectorialidad la salud debe formar parte de todas las

	<p>políticas públicas teniendo en cuenta del desarrollo humano integral teniendo en cuenta que los integrantes sociales conllevan a un impacto sobre la salud.</p> <p>Integralidad en este modelo de atención consiste en brindar servicios de salud teniendo aspectos biosicosociales y espirituales del proceso salud enfermedad y atención, se debe contar con equipos multidisciplinarios donde complementen la medicina occidental con la tradicional.</p> <p>Interculturalidad, proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, actuar equilibradamente entre conocimientos creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad.</p> <p>Participación social, posibilidad de acceso real de la población al control de los procesos que afectan su salud, garantizando el derecho de la autonomía y autodeterminación de los pueblos.</p> <p>Información e investigación, contra con información veraz y oportuna, el sistema de información debe incluir la variable etnia y el análisis epidemiológico con enfoque intercultural compartiendo información entre los países</p> <p>Sustentabilidad, para que el modelo opere a largo plazo es necesario el compromiso político, y que los cambios de autoridades no frenen los convenios previamente suscritos, se debe garantizar nuevos recursos nacionales e internacionales para ejecutar el proyecto a corto plazo e implementarlo a mediano plazo.</p> <p>Servicios de salud, componente clave en el modelo a construir, los servicios debe ser oportunos y disponibles cada vez que sean requeridos, accesibles desde el punto de vista geográfico, económico, funcional y cultural, integral que incluya todos los niveles de atención.</p>
<b>Muestra</b>	Pueblo wuayúu e instituciones de aledañas.
<b>Intervención y proceso medición</b>	El estudio se dividió en dos etapas, la primer etapa se validaron los diagnósticos de salud y sus determinantes con las comunidades e instituciones, talleres para identificar los problemas de salud y sus determinantes para ofrecer un mejor servicio a la población wuayúu, se realizó procesos de observación en comunidades urbanas y rurales en ambos lados de la frontera y entrevistas con informantes del sector salud. En la segunda etapa se realiza el lineamiento para el modelo de la atención.
<b>Resultados</b>	Colombia busca una atención universal, con oferta de paquetes de servicios, en el cual participa lo público y lo

	<p>privado, con regulación a través del estado, con mecanismos que favorecen a la población indígena, a pesar de toda esta metodología existe población que no puede acceder a los servicios sobre todo a la población que reside en zona rural.</p> <p>En Venezuela el sistema procura una cobertura universal para los no asegurados a través del estado, además implementan políticas de interculturalidad.</p> <p>Se analizó que las enfermedades carenciales y de la pobreza caracterizan el perfil epidemiológico relacionado a la geografía y a la cultura.</p> <p>Los principales determinantes de la salud fue falta de agua potable, escases de alimentos, pobreza, acceso limitado y fragmentado al servicio de salud, falta de educación intercultural, presencia de grupos armados, en el lado colombiano existen mayores obstáculos geográficos como es el transporte.</p> <p>Se presentaron deficiencias en la vigilancia y control de los servicios especialmente en Colombia.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>En las Americas en las últimas décadas se ha venido respetando los derechos de los indígenas ya que la sociedad en busca de este objetivo ha implementado convenios y declaraciones internacionales para que puedan tener una interacción dentro de la sociedad teniendo con libre ejecución de sus costumbres.</p> <p>Para el desarrollo del estudio se tuvo en cuenta la relación que hay con la salud indígena con lo espiritual.</p> <p>El uso de los talleres fue necesario ya que se manejaron las dos medicinas de forma articulada conservando su independencia donde hubo una complementariedad por iniciativa del paciente o del terapeuta, se garantizó la implementación de plantas medicinales en los hospitales, para mejorar el conocimiento a través del personal nativo.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Para la implementación de estas estrategias de atención de salud se debe contar con apoyo de la comunidad y del estado para que actúen articuladamente y tengan un desarrollo efectivo y no haya problemas de atención de salud y se debe implementar la interculturalidad en el personal nativo capacitándolo en todos los niveles.</p> <p>A pesar de los avances que se han logrado tanto en Venezuela como Colombia se debe trabajar más en la implementación legislativa y la organización los servicios de salud y así garantizar el derecho a los servicios de salud.</p>

	<p>Se debe tener en cuenta que la interculturalidad y la integralidad es un principio básico para la atención de la población indígena.</p> <p>Para Colombia se debe tener en cuenta otras estrategias de cambio como son la optimización de recursos, la presencia de personal auxiliar nativo bilingüe permanente en comunidades alejadas, se debe fortalecer en el ministerio de la protección social la parte de los indígenas.</p> <p>En Venezuela identificar los costos de atención de los indígenas provenientes de Colombia, coordinar con Colombia el sistema único de información y las acciones epidemiológicas, mejorar la supervisión y los protocolos que garanticen la calidad de atención en salud</p>
--	---

#### ARTICULO 2.46.

<b>46.Titulo</b>	LA COBERTURA UNIVERSAL CON EL AUMENTO DE LOS COSTOS SANITARIOS; INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD Y SU VALOR EN LA TOMA DE DECISIONES EN AMÉRICA LATINA
<b>Autor y Año</b>	Federico Augustovski, Sebastián García Martí, Andrés PichonRiviere, Adolfo Rubinstein, Emilio Ravignani 2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Pubmed
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Augustovski F, García Martí S, PichonRiviere A, Rubinstein A. La cobertura universal con el aumento de los costos sanitarios; investigación de resultados en salud y su valor en la toma de decisiones en América Latina. Revista de Expertos en Farmaeconomia. (Mex) 2011. 11(6), 657–659
<b>Objetivo del artículo</b>	Resumen de unas sesiones celebradas en México, sobre la cobertura universal y los costos de la salud en aumento con la tecnología, además del valor que tienen las investigaciones en los costos de salud, además en este foro se exponen experiencias de los investigadores sobre la toma de decisiones en salud e informar a los pacientes sobre tecnología en salud y calidad en los niveles de vida relacionada a la salud.
<b>Palabras Clave</b>	Costos de atención médica, evaluación de tecnologías sanitarias, América Latina, resultados de la investigación, la cobertura universal.

<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La cobertura universal aumenta los costos de las nuevas tecnologías, observado sobre todo en la introducción de nuevos medicamentos, observando los cambios que se han presentado en México en la introducción de nuevas metodologías.</p> <p>El principal objetivo en México es la cobertura universal en salud, la introducción del seguro popular a la población más vulnerable, cubre la atención primaria y secundaria, así como enfermedades catastróficas tales como enfermedades lisosómicas y cáncer testicular. La cobertura creció de 18 enfermedades a 57.</p> <p>El plan (AUGE / GES), en Chile aumenta la cobertura de las enfermedades de 25 a 69, incluyendo tumores, esclerosis múltiple y hepatitis B crónica y C, además las enfermedades se tomaban según prevalencia, gravedad, costos y la discapacidad.</p> <p>En Argentina se implementa el plan remediar en donde se dan a la población medicamentos gratuitos a la población sin cobertura.</p>
<b>Muestra</b>	<p>Este artículo se infiere que se realiza a través del análisis de una plenaria de dos sesiones realizadas en México, además se toman 3 artículos por el contenido en las referencias ya que en él no se especifica la muestra.</p>
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>No aplica.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Se tiene muchas soluciones en cuanto al gasto en salud como es el cambio en los paquetes de cobertura, creación de una nueva tecnología en salud para la evaluación de la hipertensión arterial, creación de nuevas normas y sistemas para una buena distribución del gasto en salud, desarrollo de nuevas iniciativas para la colaboración de las instituciones multilaterales como son el banco mundial, la organización Panamericana y el banco Interamericano.</p> <p>Se analiza la situación actual en Chile donde se presenta donde se compara el gasto en salud con la esperanza de vida, la cobertura universal de la población es por parte de las entidades públicas y los sistemas de seguridad social.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Para la mejora de los servicios de salud en México se toma muy en cuenta según la nueva legislación temas como la seguridad del paciente y la eficacia del servicio.</p> <p>Se toman muy en cuenta el aporte de la Organización Mundial de la Salud en donde analizan la importancia de la cobertura universal en los servicios de salud y la proporción que se debe tener en cuanto al aumento de los</p>

	<p>costos. Además se compara el gasto en salud que existe en América Latina y Estados Unidos.</p> <p>El seguro popular crea un aumento en los costos de los ciudadanos y es aquí en donde se crea la reforma del 2003, Las innovaciones del Seguro Popular se priorizan en los bienes públicos, el sistema de afiliación activo con beneficios explícitos, la protección contra gastos catastróficos y el proceso de presupuesto democrático.</p> <p>La cobertura en salud de Chile se hace por parte de entidades públicas y de los sistemas de seguridad social, donde garantiza la solución de todos los problemas con los tratamientos seleccionados.</p> <p>En Argentina se describe una asincronía entre los avances tecnológicos y el marco regulatorio,</p> <p>El sistema de salud de Uruguay es integrado, el FNR financia las intervenciones de alto costo y sus respectivos medicamentos, y tiene la inclusión de nuevas tecnologías en el país, el FNR trabaja en conjunto con el NICE del Brasil en donde se evalúa y se fomenta la transparencia, y trabajan para analizar los precios de los medicamentos,</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>La cobertura universal en México comienza con la introducción del seguro popular mejorando la atención en salud con la construcción de más instituciones prestadoras del servicio y ampliando el plan obligatorio a la atención de más enfermedades.</p> <p>El gasto en salud que se da en América Latina no alcanza a compararse con el que se da en Estados Unidos algunos países europeos, ya que la inversión de estos es tres veces más lo del producto interno bruto de cada país.</p> <p>Para mejorar la salud en México primero se introdujo el bono demográfico y con la nueva reforma y el aumento del gasto en salud Nacional se cambió a la propuesta de FUNSALUD como un único seguro de salud en México.</p> <p>En Argentina su sistema está sin sincronía, se expone una dificultad para tener una cobertura universal real y se dice que ningún país la tiene o la tendría, aquí se observa más un gasto en salud de bolsillo por parte de los ciudadanos la mayoría de la cobertura en salud es financiada por los impuestos provinciales.</p> <p>Los diferentes panelistas expusieron que se debe apuntar a servicios de salud accesibles, asequibles y de buena calidad, intentando disminuir el gasto de bolsillo, por lo tanto es muy importante la incorporación de la tecnología como entidad reguladora, donde se evaluara eventos</p>



	adversos, eficacia y calidad, y luego la tecnología es evaluada en términos de eficacia y eficiencia y se prestara en las diferentes entidades públicas, a partir de esta se definirá su cobertura pero el problema de esta introducción tecnológica son los costos efectivos.
--	--

#### ARTICULO 2.47.

<b>47.Titulo</b>	CONOCIMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LOS DERECHOS A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE COLOMBIA
<b>Autor y Año</b>	María Eugenia Delgado Gallego, María Luisa Vázquez-Navarrete. 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Pubmed
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Delgado Gallego M.E, Vázquez-Navarrete M.L Gaceta Sanitaria. 2013;27(5):398–405.
<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar cambios en el conocimiento y en los factores que influyen en este conocimiento de los usuarios del sistema de salud (SGSSS) y de sus derechos a la atención en salud en Colombia en los últimos 10 años.
<b>Palabras Clave</b>	Sistemas de salud, derecho a los servicios de salud, política de salud, determinantes sociales, conocimiento, Colombia, América Latina
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS) fue creado, en marcos de la Constitución Política de 1991, donde no se concedió la asistencia sanitaria como un derecho fundamental, pero lo consideraba simplemente como un elemento esencial del servicio público de obligatorio cumplimiento donde deben preverse en virtud del estado dirección, coordinación y control. Los principios declarados del SGSSS son: universalidad, solidaridad, integralidad, equidad, libertad de elección de la aseguradora de salud y de cuidado de la salud, la calidad del servicio y participación social. Los derechos fundamentales en una determinada sociedad será impartida por tres circunstancias: por la fuerza de la conciencia colectiva de su existencia; por la

	capacidad de la sociedad para crear un deber ser, o el reconocimiento de derechos en el ordenamiento jurídico y, por la capacidad de los grupos sociales para exigir su cumplimiento y ejercer en la vida todos los días.
<b>Muestra</b>	El área de estudio fueron los municipios de Tuluá (zona urbana) y Palmira (zona rural). En ambas encuestas se realizó un muestreo probabilístico estratificado multietápico, conformándose en la primera una muestra de 1497 usuarios y en la segunda de 1405. Se analizó el cambio en el conocimiento y los factores asociados en cada año mediante regresión logística multivariada.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Estudio descriptivo que compara resultados de dos estudios transversales basados en dos encuestas realizadas a usuarios del sistema de salud de Colombia, una en el año 2000 y otra en 2010.
<b>Resultados</b>	El conocimiento del sistema de salud en 2000 era limitado y en 2010 disminuyó significativamente, excepto en relación con las aseguradoras y los proveedores. En contraste, los resultados muestran que más del 90% de los usuarios en ambas encuestas se perciben poseedores del derecho a la atención en salud. Pertenecer a estratos socioeconómicos altos y estudios superiores se asocia consistentemente a un mayor grado de conocimiento. Durante el análisis de las encuestas se observó un bajo nivel de conciencia en el conocimiento de la EPS e IPS,
<b>Discusión</b>	Colombia se considera uno de los primeros países en donde se incorpora un modelo complejo en donde se incorporan dos modelos de seguros, el régimen contributivo de los empleados formales y el régimen subsidiado financiado por el régimen contributivo e impuestos, además introduce las aseguradoras de salud. Diferentes determinantes sociales en el año 2000 afectaron en el conocimiento del sistema de salud, como ser mujer, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, lo hizo que por lo general no conocieran acerca del sistema de salud y de las entidades que prestan los servicios. Si una persona ya sea hombre o mujer pero que sea de la zona urbana y pertenezca a estrato bajo tampoco llega a tener conocimiento del sistema de salud. A pesar de que una persona sea conocedora del sistema de salud no se observó según las encuestas realizadas la participación para ver la importancia en los derechos a la salud, por lo tanto se ve muy lejos a mejorar la calidad en los servicios de salud y más en las personas de niveles

	<p>bajos de conocimiento ya que son ellas quienes más sufren de la mala calidad en la salud.</p> <p>Colombia, deben comenzar a introducir medidas efectivas fuera del sector salud; para luchar contra la desigualdad y la distribución del poder, para mejorar las oportunidades de acceso a la educación y empleo digno y mejor pagado para los hombres y las mujeres con el fin de lograr una mejor salud para todos.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Los determinantes sociales son muy importantes ya que estos dan desigualdad en el conocimiento acerca de la salud, además las personas que presentan más educación saben y conocen todo acerca del sistema de seguridad social.</p> <p>Un nivel de escolaridad significativo hace que los usuarios tengan un buen conocimiento de los derechos y deberes en salud aunque a veces la gente de estratos bajos lo único que se interesan por saber es que es un deber de proporcionar salud para los pobres, sin conocer lo verdaderamente indispensable como lo es la universalidad del servicio, la eficacia, eficiencia.</p> <p>La reforma del sistema de salud es basado en mecanismo para la mejora de la calidad de los servicios, teniendo en cuenta la buena información y conciencia de los usuarios y saber todo acerca del sistema para poder tomar decisiones sobre la atención en salud y sobre los derechos.</p> <p>El sistema de salud tiene un determinante importante que es el problema interno que más llama la atención como lo es el acceso a la salud, siendo la población más vulnerable con menor acceso a la salud, por lo tanto se demuestra que esta población se presentan más obstáculos para la prestación de los servicios de salud, ya sea por su nivel de escolaridad haciéndolos más vulnerables a estos problemas.</p> <p>Colombia es favorecida por un elemento importante: la llamada conciencia de las personas, en este caso de los usuarios que es la que va a ayudarlos a que el derecho a los servicios de salud se den y es la que hace que el servicio se pueda prestar de buena calidad.</p>

**ARTICULO 2.48.**

<p><b>48. Titulo</b></p>	<p>FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS PAÍSES DE</p>
--------------------------	--

	BAJOS Y MEDIANOS INGRESOS: PREGUNTAS PARA CONSIDERAR
<b>Autor y Año</b>	Enrique Ruelas, Octavio Gomez-Dante, Sheila Leatherman, Triona Fortune, Juan Gabriel Gay-Molina. 2012.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	PUBMED.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Ruelas E, Gomez O, Leatherma S, Fortune T, Gay J. Strengthening the quality agenda in health care in low- and middle-income countries: questions to consider. International Journal for Quality in Health Care, 2012, vol. 24 no. 6 553-557.
<b>Objetivo del artículo</b>	Evaluar los problemas de salud que los países están enfrentando, los recursos y los servicios prestados por sus sistemas de salud y el espectro de opciones entre las políticas y la práctica, además establece las preguntas clave que los profesionales de mejora de calidad deben tener en cuenta en el diseño de un programa de calidad para los países de bajos y medianos ingresos.
<b>Palabras Clave</b>	Mejora de la calidad, gestión de la calidad
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción- planteamiento problema)</b>	Las naciones en desarrollo para afrontar retos complejos como nuevas enfermedades tienen que dedicar recursos adicionales a la salud y poner en práctica estrategias para aumentar el acceso a la atención integral de salud. El propósito de esta perspectiva es el de ofrecer una serie de preguntas que deben ser abordados por quienes buscan fortalecer el programa de la calidad en los países de bajos y medianos ingresos. Estas preguntas surgen de una comprensión básica de los problemas de salud que estos países se enfrentan, las condiciones en que sus sistemas de salud están actualmente funcionando y el espectro de opciones entre las políticas y la práctica
<b>Muestra</b>	Las preguntas son realizadas en los países de medianos y bajos ingresos.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Encuesta de una serie de preguntas sobre la calidad en los servicios de salud y las intervenciones que existen para su mejoramiento en países de medianos y bajos ingresos; Se toma en cuenta la clasificación del Banco Mundial en: los países de bajos ingresos, los países de ingresos medios-bajos, países de ingreso medio y los países de altos ingresos. Existen diversas preguntas que son específicas para cada país según su situación estas preguntas se agrupan en tres categorías: preguntas contextuales que

	<p>hacen referencia a la característica general del país, de sus necesidades de salud y su sistema de atención de la salud, las preguntas estratégicas que se refieren a la prioridad dada a la calidad en el programa local de la salud y para los elementos clave necesarios para implementar una estrategia local y preguntas estructurales que se refieren a los tipos de organizaciones y la disponibilidad de los profesionales, no profesionales y otros recursos disponibles para llevar a cabo intervenciones de mejora de calidad.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Durante el último siglo, las mejoras en la esperanza de vida al nacer no tenían precedentes.</p> <p>Existen diferentes enfermedades y riesgos que como la falta de actividad física, el consumo de dietas poco saludables, el consumo de tabaco, abuso de alcohol, el estrés y el aislamiento social, todo lo cual aumentó la prevalencia de las enfermedades no transmisibles consideradas como un problema de desarrollo.</p> <p>La OMS está avanzando las iniciativas para fortalecer los sistemas de salud para aumentar su capacidad de responder a los nuevos desafíos multifacéticos. Estas iniciativas se complementan con un movimiento mundial para reconocer la salud como un derecho humano para avanzar hacia la cobertura universal de salud en los países pobres, cada una de estas iniciativas debe abordar explícitamente las necesidades y contextos específicos para el fortalecimiento de la calidad en la atención de salud en las regiones en desarrollo.</p> <p>Una característica importante de la transición de la salud en los países de medianos y bajos ingresos es que las enfermedades no transmisibles ya dominan su perfil de salud.</p> <p>Hay naciones como Chile y Costa Rica, donde la esperanza de vida al nacer (79 años) está cerca de la media de los países desarrollados.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>Existen enfermedades contagiosas y riesgos perinatales que siguen siendo una doble carga de mala salud para los países en desarrollo, además también influyen estilos de vida nocivos como el sobrepeso afectando a las personas en especial las vulnerables, las enfermedades transmisibles como el sida o paludismo carecen de mucha atención es así que los recursos son pocos para su atención.</p> <p>Para el análisis de la calidad en la atención en salud de los</p>

	países de medianos y bajos recursos las preguntas son de gran utilidad dependiendo de la disponibilidad de los recursos del país, pero se debe tener en cuenta también de un número suficiente del personal capacitado, motivados y con los recursos suficientes para la prevención, diagnóstico y tratamiento además, el profesional debe esforzarse para aumentar la eficacia, seguridad y la capacidad de responder bien a los servicios de salud.
<b>Análisis Personal</b>	Existen diferentes métodos y diseños para el mejoramiento en la calidad de salud una de las maneras más importantes para implementarlas en los países de medianos y bajos ingresos son la capacitaciones a profesionales, y mejorar los métodos para el conocimiento de la calidad. Para el mejoramiento de la calidad influyen muchos factores como son la buena capacitación del personal, el nivel de desarrollo de un centro de salud de un país, y se basa sobre todo en dar iniciativas al personal en especial a las enfermeras, médicos, y todos los que influyen en la prestación de los servicios, ya que así se prestan un servicio más integral tomando en cuenta al usuario como al trabajador, ya que este es el que se encarga de la atención comunitaria y el que colabora en la prevención de las diferentes enfermedades transmisibles que afectan la calidad de vida de la población de los diferentes países. Los diferentes países con la ambición de la universalización de la atención olvidan la eficacia y eficiencia del servicio de salud olvidando también la calidad ofrecida.

#### ARTICULO 2.49.

<b>49.Titulo</b>	FINANCIACIÓN BASADA EN EL RENDIMIENTO: ¿ES SÓLO UNA TENDENCIA DE LOS DONANTES O EL CATALIZADOR PARA UNA REFORMA SANITARIA INTEGRAL?
<b>Autor y Año</b>	Bruno Meessen, AgnèsSoucat, Claude Sekabaraga. 2011.
<b>Ubicación del articulo ( base datos)</b>	PUBMED
<b>Citación Bibliográfica del</b>	Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-Based Financing: Just A Donor Fad Or A Catalyst Towards

<b>artículo en Vancouver)</b>	Comprehensive Health-Care Reform?. Bull World Health Organ, 2011;89:153–156.
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir la experiencia a partir de la financiación del profesional en salud basados en su rendimiento laboral como una forma de reforma integral del sistema de salud más eficiente e igualitario.
<b>Palabras Clave</b>	Reforma sanitaria, financiación, rendimiento, calidad.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Gasto público en salud, asistencia para el desarrollo tanto nacional como oficial. Financiamiento basado en el desempeño, es un mecanismo por el cual los profesionales de la salud ven financiado basado en el desempeño. Autonomía, el sistema brinda a las unidades organizativas derechos sobre sus recursos Interacción a través de contratos, es decir en las unidades organizativas el administrador define su desempeño. Roles y funciones, se agrupan en roles que sean afines para mejorar la economía
<b>Muestra</b>	Se infiere que el artículo se desarrolla por medio de la revisión bibliográfica de 24 artículos, ya que en el artículo no se expresa.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	El sistema de salud pública no satisface las necesidades y demandas de los usuarios, es ineficiente debido al ausentismo laboral y fuga de recursos. La equidad no es satisfactoria debido a que no se refleja en la distribución de los recursos beneficiando a los más ricos, y los entes encargados del control de estos se excusan diciendo que es la falta de recursos. Las funciones del sistema de salud son la recolección de recursos, la puesta en común de fondos, compras, reglamentaria, el empleo, el suministro de medicamentos, la propiedad de la infraestructura y equipos, monitoreo y evaluación, las cuales dependen del gobierno. El financiamiento basado en el desempeño es un medio que permite mejorar la atención al usuario ya que el pago se basa en los resultados. El aumento de los ingresos a los profesionales de la salud es el requisito previo para la aceptación de la reforma. En los países de bajos recursos donde se aplicó la reforma se observó un aumento el número de trabajadores y de la remuneración de estos
<b>Discusión</b>	El financiamiento basado en el rendimiento también ayuda

	<p>en el desarrollo de los objetivos del milenio con mejoras en los resultados de los indicadores de salud.</p> <p>La evidencia demuestra que el implantar muchas reformas genera un servicio con baja capacidad de respuesta, falta de eficiencia y la inequidad.</p> <p>Esta reforma de financiamiento basado en el rendimiento permite que las instituciones tengan mejores ofertas para el usuario ya que requieren que este adquiera su servicio, la problemática entre tantas es que existe poca oferta de especialistas por lo tanto no hay oferta suficiente para la demanda.</p> <p>Los trabajadores en salud con esta forma de financiamiento responderían de mejor manera a sus funciones ya que se les remuneraría según sus resultados de tal forma que sería eficaz, y los paciente tendrían poder de exigir mejor calidad, lo que no se presentar en países de bajos ingresos debido a las limitaciones y por lo tanto se deben someter a lo que el sistema ofrece.</p> <p>El financiamiento basado en el desempeño también puede mitigar las inequidades geográficas ya que se aumentaría el pago por laborar en zonas remotas.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Debido a que los gobiernos son centralizados deciden que personal trabaja en el sector salud y sus pagos, esto genera que en muchos casos el personal no sea el idóneo o que su labor no sea satisfactoria por los bajos salarios ya que los recursos no se invierten en lo presupuestado ya que los intermediarios se quedan con parte de estos.</p> <p>Con esta propuesta se busca generar contratos en las unidades organizativas o instituciones enfocados en la cantidad y la calidad para el pago de los servicios una forma de evaluar la calidad, este enfoque se dificulta de gran manera debido que los salarios están devaluados generando un descontento laboral a pesar de que las instituciones estén en busca de la acreditación.</p> <p>Para que se logre implementar este enfoque se debe realizar un cambio en el sistema desde el presupuesto, las prioridades en salud y la remuneración, pero se debe generar cambios con honestidad y que no se quede plasmado en un papel la oferta de servicios con calidad, además que otros servicios que existe sobreoferta se desvalorizan y es donde entra el profesional a depreciar su actividad laboral, con la dificultad de que los recursos asignados para la prestación de servicios nunca se</p>



	emplean en su objetivo final, con este método se busca mitigar la fuga de dineros de tal forma que el dinero al llegar directamente a los proveedores contando con el respaldo de la legislación del estado optando este proceso como una política de salud que sea una reforma que integre otras reformas para los cambios necesarios en el sistema de salud para brindar un servicio de calidad.
--	--

## ARTICULO 2.50.

<b>50. Titulo</b>	ACREDITACIÓN: HERRAMIENTA O POLÍTICA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD?
<b>Autor y Año</b>	MariaThereza Ribeiro Fortes, Tatiana Wargas de Faria Baptista. 2012.
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Pubmed.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Ribeiro Mt, Feria Tw. Tool Or Policy For Health Systems Organizations? Acta Paul Enferm. 2012;25(4):626-31.
<b>Objetivo del artículo</b>	Buscar en la literatura científica que trata del tema acreditación, elementos que puedan indicar la articulación existente entre la metodología y la formulación de políticas, para la organización de sistemas de salud, con el objetivo de problematizar la percepción corriente de la acreditación, como una herramienta de la calidad destituida de intenciones de los gobiernos.
<b>Palabras Clave</b>	Acreditación; Políticas públicas de salud; Sistemas de salud; Gestión de calidad
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Acreditación: metodología para normalizar las actividades del hospital, es ideal cuando la adherencia es voluntaria y busca alcanzar estándares de excelencia, en otros países es un instrumento y/o evaluación, siendo voluntaria o no. Se considera también como un mecanismo de orientaciones políticas sobre los sistemas de salud. Seguridad del paciente: promover y desarrollar soluciones para establecer directrices sobre los pacientes en situaciones de riesgo en los entornos de atención en salud.
<b>Muestra</b>	Se realizó el análisis de 36 referencias bibliográficas.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Es una revisión integrada del tema acreditación, buscando las bases de datos bibliográficas LILACS, SCOPUS, ISI

	<p>WEB, se realizó revisión de los resúmenes, el uso de filtros y criterios de inclusión/ exclusión para caracterizarlos, luego se realizó las lecturas y el análisis detallado del texto completo, el análisis se hizo de 36 referencias.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Actualmente en todo el mundo se discute el tema de acreditación, se encuentran diferencias importantes en los contenidos de las discusiones, variando en los países según el momento en que se implemente la acreditación.</p> <p>En 1950 se constituye la metodología en los EE.UU., Canadá y Australia, con la expansión inicial en los países de habla inglés, se encuentran publicaciones de la discusión de la acreditación en relación con el gobierno con la calidad de la salud en los años 1990 y 2000.</p> <p>Los cambios metodológicos en calidad que presentan los países de habla inglés son debido a presiones externas e internas en las cuales se destaca la influencia política.</p> <p>En la década de 1980 aparecen las publicaciones en Europa acerca de la acreditación donde se incorpora la metodología, en los 90 muestran la dificultad para adaptar la metodología a estos países requiriendo revisión del proceso, en el 2000 se observan las propuestas de ajustes y cambios a la metodología.</p> <p>En América Latina y el Caribe la introducción de la metodología se da en la década de los 90, se habla de la difusión, la importancia de la OMS y OPS donde articula la acreditación con la meta salud para todos en el año 2000, promoviendo la acreditación como un mecanismo de éxito para los gobiernos en el desarrollo de sistemas de salud.</p> <p>La acreditación en EE.UU. surge por la necesidad de control de calidad en sus programas, en Australia acogieron la acreditación para la estandarización de la prestación de los servicios, en Francia se asocia la acreditación con la calidad y se establece como ley.</p> <p>En Brasil la introducción de la metodología se da con la influencia de la OPS/ OMS dando importancia a la infraestructura con el fin de que se adapte al país, las instituciones públicas y privadas buscan la certificación como un mecanismo de calidad. La acreditación se da en el 2000 se realiza el compromiso de la difusión de la metodología, en el 2004 se adopta "nuevo concepto de calidad que combina la seguridad con la ética profesional, la responsabilidad y la calidad de la atención"</p>
<b>Discusión</b>	<p>Los países de idioma anglosajón son un grupo muy importante en el proceso de acreditación ya que están</p>

	<p>tienen un proceso continuo de calidad como prioridad en su metodología, lo que permite establecer posteriormente estándares.</p> <p>Los sistemas de salud están cambiando para la evaluación de calidad ya que actualmente se basan en la opinión de las experiencias de los usuarios de los servicios de salud. La acreditación es una herramienta de evaluación y además que permite rendir cuentas del sistema a través de los estándares establecidos.</p> <p>A pesar de las evidencias que se presentan en el Japón de que la metodología no tiene buenos resultados se defiende y se sigue implementando, o en la India que se implementa sin conocimiento de la metodología, como en muchos países de bajos ingresos en los cuales se implementa sin las modificaciones según las necesidades del país.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Este artículo nos muestra que los países pioneros en la implementación de la acreditación son los anglosajones, los cuales sirven de base para los demás países para la implementación de la metodología de la acreditación como una herramienta para brindar servicios de calidad, los países de América Latina y del Caribe realizaron la implementación de la metodología el cual es un proceso que está en curso.</p> <p>La acreditación es una herramienta que permite general control en el sistema ya que permite evaluar el sistema de tal forma que se puede tener control del sistema ya que es en busca de la calidad de los servicios de salud, esta metodología es tomada como una ayuda para los gobiernos para el planteamiento de políticas para cumplir las necesidades que presenta la población.</p>

### 3. CONCLUSIONES

Se observó que los diferentes sistemas de salud de los países estudiados presentan dificultades en la prestación de los servicios de salud, debido a que existen intereses diferentes a los de brindar un adecuado servicio de salud, además la búsqueda de la cobertura universal planteada en los objetivos del milenio ha causado un déficit de la calidad de la atención, por lo tanto estos países han generado reformas y estrategias como herramientas de ayuda para mejorar la calidad entre las cuales se puede destacar la voz del usuario como principal medidor y evaluador de esta.

Se analiza que los sistemas de salud en los últimos tiempos deben presentar diferentes componentes para que sea un buen sistema como es que se dé la atención con eficiencia, calidad y mayor acceso a bajos costos, con la utilización de nuevas herramientas como son el rediseño y la reingeniería donde se garantiza una continuidad en los diferentes niveles asistenciales en salud.

Cada país como alternativa hacia un buen manejo de la salud debe plantear y diseñar estrategias en pro de generar sistemas equitativos auto sostenible que generen y aseguren bienestar a los ciudadanos. A medida que avanza la tecnología y el desarrollo mundial, también debe irse actualizando y creando políticas mundiales enfocadas en el buen direccionamiento de los sistemas en salud que no solo se preste servicios con equidad, eficiencia y calidad sino que su cobertura sea tan amplia que genere cultura ciudadana y estilos de vida saludables.

Se denota que muchos países de latino américa y el caribe presentan un gran potencial en el recurso humano pero presenta gran dificultad a la hora de la contratación ya que los recursos económicos son escasos para proporcionar incentivos al personal generando un déficit en la calidad de la prestación del servicio lo que genera migración de la población en busca de atención médica.

En la mayoría de los países latinoamericanos el gran problema que se presenta es la fragmentación de los servicios debido a las políticas planteadas para el sistema de salud generando grupos desarticulados de atención médica por lo cual no hay continuidad generando deterioro de la salud de los usuarios y mayor costo al sistema.



## BIBLIOGRAFIA

1. Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de salud en Argentina. Salud Pública (Mex). 2011; 53 suplemento 2:S96-S108.
2. Llinas Delgado AE. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. 2010; 26 (1): 143-154.
3. Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Torres-Cruz C, Pineda-Pérez D, Villa-Contreras BM. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 4:S402-S406.
4. Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. Salud Publica Mex 2013; 53 supl 2:S265-S274.
5. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S177-S187.
6. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2:S243-S254
7. Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M. Sistema de salud de Honduras. Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2:S209-S219.
8. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2:S144-S155.
9. Domínguez-Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2:S168-S176.
10. Rathe M, Moliné A. Sistema de salud de República Dominicana. Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2:S255-S264.
11. Amador Porro C.; Ormandy Cubero Menéndez. Un Sistema de Gestión de calidad en Salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. Revista Cubana de Salud Publica. . 2010; 36 (2): 175-179.
12. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de Salud de Venezuela. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S275-S286.

13. Gonzales T, Eucaris E; Ortega C. La calidad en el sistema de salud. Revista Medico Científica. 2010. 23(1):40-47.
14. Delgado Gallego M. Vásquez Navarrete M. Moraes-Vanderlei. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Revista de salud Publica. 2010. 12(4): 533-545.
15. Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S120-S131.
16. Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S132-S143.
17. Suárez Jiménez, JM. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en américa latina en el siglo xxi. Revista Cubana de Salud Pública; 2010 36(3)248-254.
18. Guzmán Urrea MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. RevPanam Salud Publica 2009;25(1):84–92.
19. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S220-S232.
20. Juanita del Pilar Chaves Bello, Maria Liliana Franco Diaz. La calidad de atención en salud, reto o sofisma. Trabajo de grado para optar el título de especialista en Control interno. universidad militar, mar.-abr. 2012
21. Múnera HA. La calidad de la atención en salud. Más allá de la mirada técnica y normativa. InvestEducEnferm. 2011;29(1): 76 – 86.
22. Guillermo I. Williams Calidad de los Servicios de Salud, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. 2011.
23. Marcus Tolentino Silva .SISTEMA ÚNICO DE SALUD: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD. RevPeruMedExp Salud Pública. 2009
24. Germán Fajardo-Dolci, Javier Santacruz-Varela, Francisco Hernández-Torres, Javier Rodríguez-Suárez. 2011
25. Zambrano A; Ramírez M, Yepes F, Guerra J. y Rivera D, ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud de Colombia? RevCaudSaúde Publica, Río de Janeiro 24(1):122-130, jan , 2008

26. Álvarez Pérez Adolfo Gerardo; García Fariñas Anaí; Rodríguez SalváArmando; Bonet Gorbea Mariano; Vos Pol ; Van der StuyffPatrick. 2008.
27. Agudelo Calderón Carlos Alberto, Cardona Botero Jaime, Ortega Bolaños Jesus, robledo Martinez Rocío; Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência&SaúdeColetiva*, 16(6):2817-2828, 2011
28. orge Ernesto Pérez Lugo, *Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos*, *Omnia*, Año 18 N° 1 (enero –abril de 2012) pp 148-162. Universidad del Zulia: ISSN: 1315-8856.
29. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. *RevPanam Salud Publica*. 2013;33(4):287–93
30. Félix Patiño, José, *El sistema de salud de Colombia: crisis sin precedentes*, *RevColomb Cir*. 2013;28:259-61
31. Litegua SG.; *Calidad, sistema de salud y gobernanza, el caso argentinoActa bioética* 2010; 16 (2): 148-154.
32. Aldemar Bautista-Otero y Juan C. Garcia-Ubaque *Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños*. *Rev. salud pública*. 14 sup (2): 3-14, 2012.
33. Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, Reyes Morales H. *Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México*. *RevPanam Salud Publica*. 2014;35(1):1–7.
34. Francisco José Yepes Luján *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia*. *Ley 100 de 1993 Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, Sup. 9 (18): 118-123, enero-junio de 2010.
35. Nigenda-López G, Juárez CI, Ruiz-Larios J, Herrera C, *Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México*. *RevSaúde Pública* 2013;47(1):44-51.
36. Mejías Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta M, Toledo Fernández A, *Bases legales de la calidad en los servicios de salud*. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39(4):796-803.
37. Gorbanevlouri, CorteS Ariel, Torres Sergio, Yepes Francisco, *Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud*, *Rev. Salud pública*. 13 (5): 727-736, 2011.



38. Enrique Ruelas-Barajas Calidad y los sistemas de salud Gaceta Médica de México. 2011.
39. Zirui Song, B.A., Dana Gelb Safran, Sc.D., Bruce E. Landon, M.D., M.B.A., Yulei He, Ph.D., Randall P. Ellis, Ph.D., Robert E. Mechanic, M.B.A., Matthew P. Day, F.S.A., M.A.A.A., and Michael E. Chernew, Ph.D., El gasto y la Calidad del Cuidado de la Salud en un año de Contrato de Calidad Alternativa, *The new england journal of medicine*. 2011.
40. El juego de la pelota entero- la superación de los puntos ciegos en la reforma de la salud, Lisa Rosenbaum, M.D, 2013, *The new england journal of medicine*.
41. García-, Vargas Ingrid, Mogollón-Pérez Amparo Susana, De Paepe Pierre, Ferreira da Silva Maria Rejane. Unger Jean Pierre, Borrell Carme, and Vázquez Maria Luisa Las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria en los distintos sistemas de salud: un estudio en los municipios del centro de Colombia y el noreste de Brasil, *International journal of equity health* <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/10>
42. López Pedro A. C. L, Fernández Díaz I. E, Ramírez Albajés C, Segredo Pérez A. M, Sánchez Barrera O. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano, *Rev Cubana Med Gen Integr* vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011.
43. Teixeira Júlio César, Rodrigues Gomes Maria Helena e Azevedo de Souza Janaina. Asociación entre la cobertura de servicios de saneamiento y de los indicadores epidemiológicos en América Latina: un estudio con datos secundarios. *Rev Panam Salud Publica* 32(6), 2012.
44. Sandra Martínez, M en C, Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH, Ramiro Guerrero, M en C, Héctor Gómez-Dantés, MD, M en C, Victoria Castro, Lic en Soc, Héctor Arreola-Ornelas, M en C, Paula Bedregal, PhD, Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe\*. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud; 2011.
45. Duarte Gómez MB, Ortega Alegría ML, Mora Ríos LH, Coromoto Fernández N. Un modelo de atención en salud al pueblo wayuu en la frontera colombo-venezolana. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30(3):272–8.
46. Augustovski F, García Martí S, Pichon Riviere A, Rubinstein A. La cobertura universal con el aumento de los costos sanitarios; investigación de resultados en salud y su valor en la toma de decisiones en América Latina. *Revista de Expertos en Farmacoeconomía*. (Mex) 2011. 11(6), 657–659.

47. Delgado Gallego M.E, Vázquez-Navarrete M.L Gaceta Sanitaria. 2013;27(5):398–405.
48. Ruelas E, Gomez O, Leatherma S, Fortune T, Gay J. Strengthening the quality agenda in health care in low- and middle-income countries: questions to consider. International Journal for Quality in Health Care, 2012, vol. 24 no. 6 553-557.
49. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-Based Financing: Just A Donor Fad Or A Catalyst Towards Comprehensive Health-Care Reform?. Bull World Health Organ, 2011;89:153–156.
50. Ribeiro Mt, Feria Tw. Tool Or Policy For Health Systems Organizations? Acta Paul Enferm. 2012;25(4):626-31.