

La reforma a la seguridad social en salud en Colombia

¿AVANCES REALES?

José Fernando Cardona • Amparo Hernández • Francisco J. Yepes

Fecha de recepción 03-09-05 • Fecha de aceptación 25-11-05

Resumen

Este artículo analiza la propuesta de reforma del sistema de seguridad social en salud planteada por el proyecto de ley 052 de 2005 en trámite en el Congreso de la República, ante algunos de los principales problemas detectados en el funcionamiento del sistema de salud pública, rectoría y coberturas. Los autores encuentran un contraste importante entre los logros de un sistema que ha aumentado en forma notable el gasto público en salud y el aseguramiento y que presenta un balance difícil en los resultados de salud pública. De la iniciativa de reforma preocupa además que quedan sin resolver graves problemas. No se plantea un juicio sobre el aseguramiento, pero sí sobre la forma cómo el sistema colombiano ha privilegiado objetivos económicos. Los autores consideran que en discusiones futuras se deberán buscar salidas a temas aún problemáticos como la cobertura, la salud pública y la capacidad de gobierno para alcanzarlas, teniendo como norte los fines sanitarios del sistema.

Palabras clave: reforma del sector salud, condiciones de salud, acceso a los servicios de salud, salud pública, Colombia.

Summary

This article deals with the analysis of the draft reform law (project 052) for the health social security system contrasting it with the problems already detected in the operation of the system in particular in the fields of Public Health, stewardship and insurance coverage and access. The authors find an important contrast between the notable increase in public expenditures in health and insurance coverage and the negative balance in Public Health outcomes. It worries that the reform proposal does not answer these problems. Although the authors do not question the insurance model they do question the way the Colombian model has privileged economic outcomes. They consider that solutions need to be found in coming debates to such problematic aspects as insurance coverage, Public Health and the capacity of government to reach them while maintaining the system's health objective.

Key Words: health sector reform, health conditions, accessibility of health services, public health, Colombia.

Introducción

Para responder a las necesidades de salud de la población siempre cambiantes en función de sus condiciones de vida y de los determinantes y riesgos que la afectan, los sistemas de salud deben ajustarse de manera permanente para lograr el objetivo primario de mejorar la salud de individuos y colectivos a partir de los actores, instituciones y recursos que subyacen a las acciones de prestación de servicios, salud pública y definición de políticas (Murray y Evans, 2003; OMS, 2003).

Este proceso de ajuste, que en el mundo de hoy se ha convertido en un movimiento de reforma sectorial, implica cambios en las cuatro grandes áreas de desempeño del sistema de salud: Rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios (OPS/OMS, 2002). La *rectoría* se refiere a la responsabilidad y funcionamiento de la autoridad sanitaria en la garantía del acceso y el derecho a la salud a partir de cuatro funciones generales: i) Formulación y ejecución de políticas sobre la salud, el aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios; ii) Modulación del financiamiento; iii) Regulación; iv) Vigilancia y control sobre recursos, acciones, planes de salud y comportamiento de los actores.

El *financiamiento* atañe a los mecanismos (solidarios y equitativos), fuentes (públicas y privadas), sostenibilidad y eficiencia en el manejo de los recursos para garantizar los servicios personales y colectivos. El *aseguramiento* busca evitar los riesgos de inequidad derivados de esquemas segmentados, fragmentados y débilmente regulados a partir de la definición de un conjunto de prestaciones garantizadas. Por último, la *prestación y provisión de servicios*, tienen que

ver con el modelo de atención y las estrategias para garantizar el acceso, la continuidad de la atención en los distintos niveles, el fortalecimiento de la demanda y los mecanismos para lograr la cobertura de atenciones individuales y colectivas (OPS/OMS-Asdi, 2003; Murray y Evans, 2003; OPS/OMS, 2002; OPS, 2002; González y Guerrero, 2001; Frenk y Londoño, 1997).

Cada una de estas áreas constituye una función y no un objetivo del sistema. De allí que en el análisis de un proceso de reforma, su evaluación es útil sólo como medio para alcanzar la finalidad en cuanto a procurar el bienestar de la población, reducir las inequidades en el nivel de salud y eliminar las desigualdades en el nivel de respuesta (OPS/OMS, 2002).

Diez años después de la expedición de la ley 100 de 1993, once años más tarde, en 2004 se inició en el país una importante discusión sobre la reforma a la seguridad social en salud que incluyó la creación de una Comisión Accidental de estudio sobre el tema y la presentación a la Comisión Séptima del Senado de diecisiete iniciativas legislativas sobre modificaciones totales o parciales. Aunque estas iniciativas representaron las visiones de distintos grupos de interés, todas coincidieron en señalar como grandes problemas del sistema de salud la falta de cobertura, la caída en los indicadores de salud pública, las dificultades en el flujo de recursos y la existencia de conductas rentísticas con los dineros de la salud.

Los diecisiete proyectos se convirtieron en dos ponencias. Una, la ponencia alternativa (Avellaneda, 2005), proponía la creación de un sistema de seguridad social público ad-



ministrado por el Estado, con un plan único de beneficios financiado con la fusión de todos los recursos del sistema, con afiliación a cargo del Estado para los servicios de atención primaria y con múltiples aseguradores para la atención de alto costo y otros servicios. La otra (Benítez *et al.*, 2005), promovida por el gobierno, planteó la extensión de cobertura en el régimen subsidiado con mecanismos como los subsidios parciales, rediseñó la financiación del régimen subsidiado, estableció mecanismos para controlar la integración vertical y propuso ajustes en el tema de salud pública con los conceptos de salud pública individual y salud pública colectiva. Esta última fue la aprobada en plenaria del Senado de la República (2005) como el proyecto de ley 052 que hoy hace tránsito en la Comisión Séptima y la Plenaria de la Cámara de Representantes.

Puede decirse que la reforma que hoy se debate responde no sólo a la percepción sobre los evidentes problemas de equidad, eficiencia y resultados en salud del sistema, sino a las percepciones e intereses de diversos actores. Gremios, entidades públicas, representantes de variadas corrientes y partidos políticos, investigadores y sociedad en general se han pronunciado sobre esta iniciativa, y en distintos espacios académicos y públicos, se ha discutido ampliamente sobre sus posibilidades y limitaciones.

Este artículo pretende contribuir a esta coyuntura. A partir de revisar las evidencias sobre los principales resultados del sistema de seguridad social en salud, los autores examinan y analizan la propuesta de ley situando el debate en los aspectos que definen la razón de ser de un sistema de salud: los alcances en materia de cobertura y acceso, sus implicaciones en materia de salud pública y

los recursos de poder para materializar el derecho universal a la asistencia sanitaria.

1. Avances y limitaciones en salud de diez años de seguridad social en Colombia

A partir de la Constitución de 1991 se dio un notable aumento en el gasto público en salud que en los tres años siguientes se triplicó a pesos constantes y partir de la ley 100 continuó aumentando hasta llegar en 1998 casi a multiplicarse por seis. De igual modo, el gasto privado para seguridad social en salud se incrementó (Ministerio de la Protección Social PARS-DNP, 2005; Ramírez y Melo, 2005).

Al mismo tiempo las coberturas del aseguramiento en salud se han incrementado desde niveles ligeramente superiores a 20% antes de 1993 hasta niveles alrededor del 65% finalizando 2004 con notables disminuciones en los diferenciales urbano rurales, por edad y nivel educativo (Yepes *et al.*, 2006; Ramírez y Melo, 2005), no obstante la persistencia de barreras al acceso a los servicios y desigualdades económicas que comprometen la equidad. Estos avances en financiamiento y cobertura, contrastan con el estancamiento en la tendencia observada de las muertes evitables a partir de 1996 (Gómez, 2005); con la persistencia de altos niveles de morbi-mortalidad prevenible y con el deterioro de los programas y la infraestructura de salud pública debido a un efecto combinado del proceso de descentralización y a las reformas inducidas por la ley 100. Los hallazgos documentados por diversos investigadores, plantean serios interrogantes sobre la efectividad y la calidad del sistema de salud colombiano.

1.1 La situación de la salud pública¹

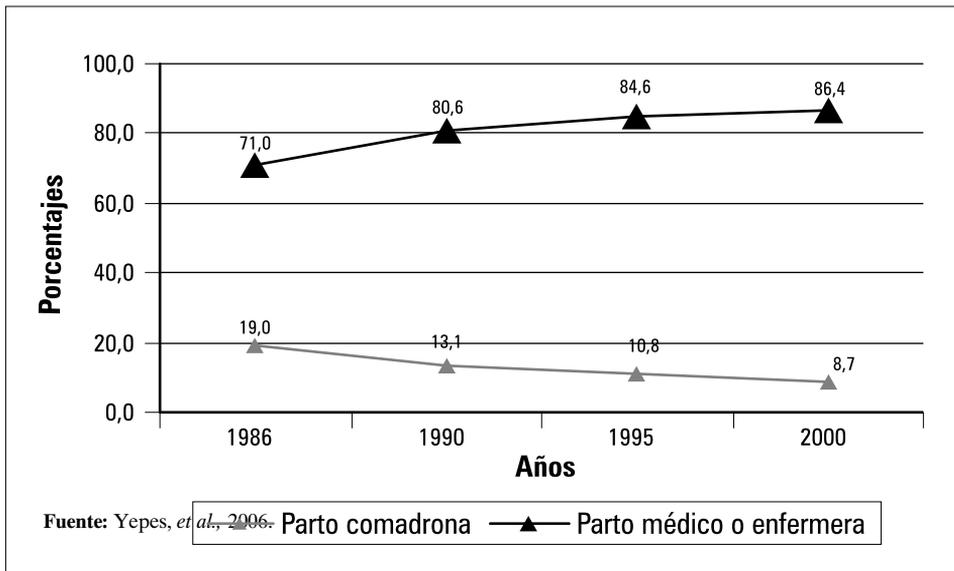
Son inadmisibles las altas cifras de casos reportados de niños y niñas menores de cinco años con otitis media supurativa y con hospitalizaciones por neumonía y enfermedad diarreica en población asegurada que no tiene barreras económicas de acceso (Unión temporal CCRP, Assalud, BDO, 2004:126).

Resultan preocupantes los altos niveles de mortalidad materna evitable mediante una buena atención en un sistema que reporta que más del 95% de los partos son atendidos institucionalmente por médico, y más aún el hecho que la mitad de esas muertes ocurran en mujeres aseguradas (Yepes, *et al.*, 2006, en proceso de edición) (gráficos 1 y 2).

La incidencia de la sífilis congénita con tasas superiores a 1 por 1.000 nacidos vivos en la mayor parte del territorio nacional (Rodríguez y Acosta, 2001) es inaceptable dadas las altas coberturas reportadas en control prenatal, la disponibilidad de una tecnología diagnóstica accesible en el primer nivel de atención y la existencia de un tratamiento efectivo y de bajo costo.

La situación relacionada con las enfermedades transmitidas por vector muestra un serio deterioro. Aún cuando hay sin duda factores externos como la resistencia de vectores y de agentes y como la situación de orden público y el desplazamiento masivo, la eliminación de las estructuras verticales preexistentes sin un proceso de transición y

GRÁFICO 1
ATENCIÓN DEL PARTO EN COLOMBIA 1986 - 2000

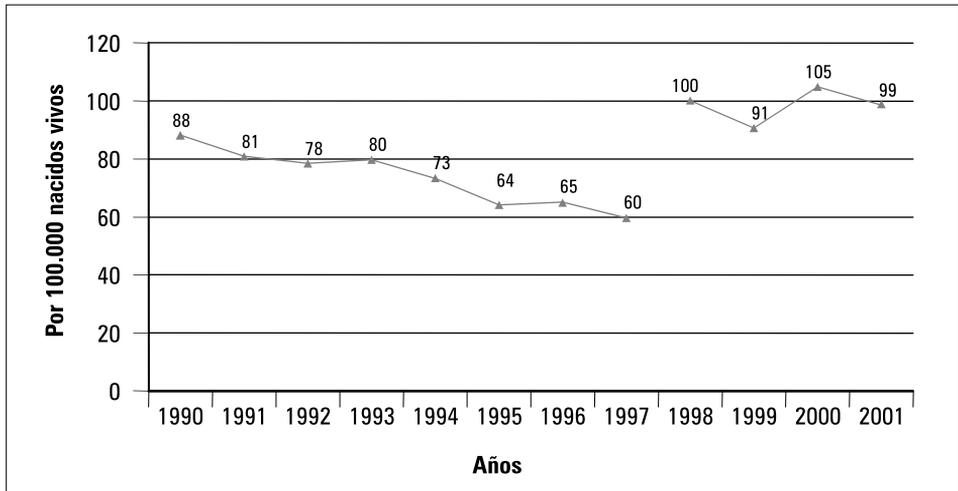


Fuente: Yepes, *et al.*, 2006.

¹ Esta sección está fundamentada en gran parte en el trabajo de Yepes *et al.* realizado por la Asociación Colombiana de la Salud (Assalud) y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario, en su proyecto “Un proceso participatorio de formación de políticas de salud-gobernabilidad y toma de decisiones basada en la evidencia. *Una evaluación integral de los diez primeros años de la reforma en salud*”.



GRÁFICO 2
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA • 1990 - 2001



Nota: Modificado, en la fuente citada, de la original del Ministerio de la Protección Social. El gráfico original ha sido modificado debido a que la serie previa a 1997 no es comparable con la posterior. En 1997 se cambió el certificado de defunción para corregir problemas de diseño que conducían a un serio subregistro de muertes maternas (no se registraba en forma adecuada la causa básica de muerte) y se tomaron medidas para reiniciar el registro de nacidos vivos que se había dejado de hacer en la última parte de los años noventa.

Fuente: Yepes, *et al.*, 2006.

sin capacitación y acompañamiento ha agravado las condiciones de las enfermedades transmitidas por vectores. La incidencia de malaria (Gráfico 3) y dengue (Gráfico 4) ha alcanzado niveles sin precedentes sin que se presente una respuesta adecuada del sistema de salud. Por otra parte esta respuesta fue lenta e inapropiada ante las epidemias de fiebre amarilla de 2003 y 2004.

Los niveles de vacunación descendieron entre 1996 y 1999 en forma progresiva (DNP, Misión Social, PNUD, 1999) y hoy todavía no alcanzan niveles útiles. Sólo 58% de los niños menores de 2 años y 62% de los menores de un año, ha recibido el esquema completo de vacunación para su edad (Pro familia, 2005).

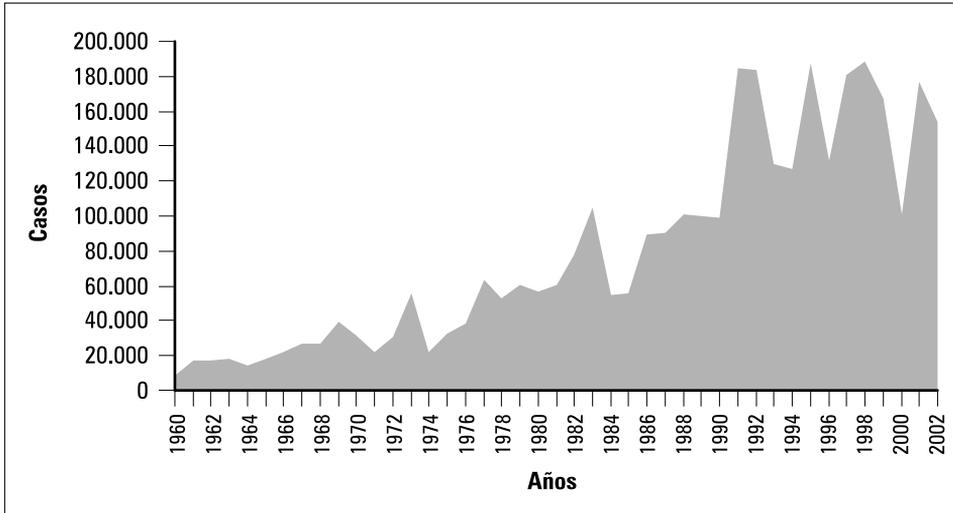
Todas estas cifras se refuerzan al evaluar la mortalidad evitable con medidas de preven-

ción cuyo descenso sostenido hasta 1996 se detuvo a partir de ese año (Gómez, 2005).

Los hallazgos presentados pueden ser explicados en parte por las deficiencias del sistema de información en salud que en la actualidad no cuenta con bases poblacionales confiables, lo que dificulta la disponibilidad de denominadores para programación, monitoreo y evaluación de servicios de salud. Los reportes de enfermedades de notificación obligatoria (Sivigila) no se cumplen en forma oportuna y adolecen de subregistro y tampoco son confiables los registros de consulta y hospitalización (Rips) (Unión temporal CCRP, Assalud, BDO 2004:69-79).

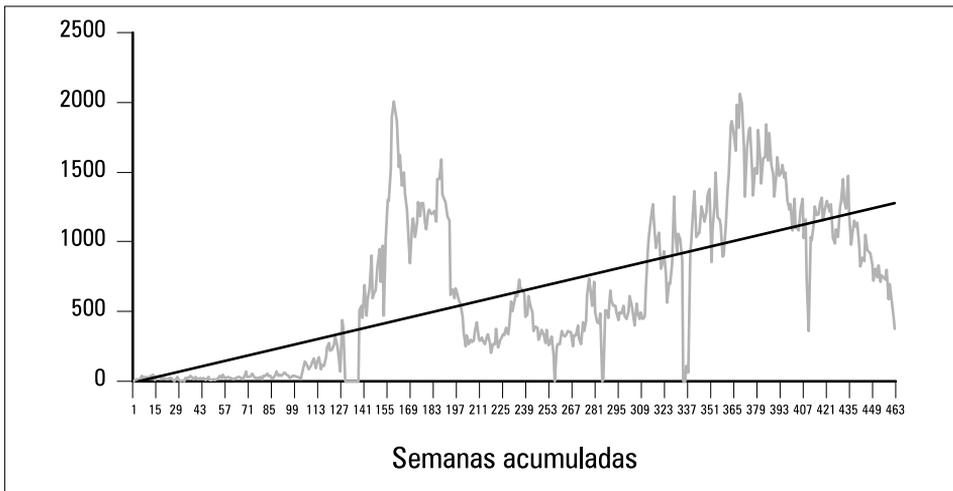
En el caso de los programas de control de la tuberculosis, por ejemplo, se ha encontrado un deterioro con disminución en la aplicación de vacunas de BCG, en la búsqueda de

GRÁFICO 3
COMPORTAMIENTO DE LOS CASOS DE MALARIA EN COLOMBIA • 1996-2002



Fuente: Yepes, *et al.*, 2006.

GRÁFICO 4
COMPORTAMIENTO DEL DENGUE EN COLOMBIA. 1995 - 2003



Fuente: Yepes, *et al.*, 2006.

contactos, bajas tasas de curación y pérdidas en el seguimiento de casos, fragmentación y atomización en el proceso tecnológico, así como ruptura entre los procesos individuales y los colectivos (Arbeláez *et al.*, 2004). Se habla incluso de un desmantelamiento de las

acciones de control de la enfermedad con resultados negativos sobre la detección de sintomáticos y las tasas de curación, aparición de casos de resistencia primaria y multiresistencia a fármacos, debidos a la reducción del papel de dirección, planeación,



control y regulación de las acciones de control de la TBC por parte del Estado, así como a la ausencia de una estructura clara para el manejo del programa (Carvajal *et al.*, 2004). En malaria se ha anotado la pérdida de la capacidad institucional, la planeación operacional y la supervisión de los programas de control (Kroeger *et al.*, 2002).

La situación de la sífilis congénita, de las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas y de las enfermedades diarreicas, así como la mortalidad materna plantean serios interrogantes acerca de qué puede estar ocurriendo con la calidad de los servicios que el sistema de salud ofrece y con la capacidad de vigilancia y control de los órganos estatales.

Al contrastar este panorama con el aumento notable en el financiamiento de la salud y los avances en aseguramiento, surge la necesidad de encontrar explicaciones para estos resultados contradictorios. Varias de las investigaciones citadas formulan hipótesis que pueden ser organizadas en dos grandes grupos: las que provienen del proceso de descentralización y las que se originan en la implantación del sistema de aseguramiento.

Con el proceso de descentralización porque implicó que se desmontaran los programas verticales cuyas acciones pasaron a ser responsabilidad de los entes territoriales sin que se hubiese dado un proceso de acompañamiento, de asistencia técnica y capacitación por parte del Ministerio de Salud ni se hubiese planeado un proceso de transición. En forma paralela, a lo largo del proceso se dieron recortes importantes de personal técnico tanto nacional como de los entes territoriales, se desmontaron los sistemas de información existentes y se perdió capacidad de respuesta rápida. El estudio de Kroeger *et al.* (2002) ilustra bien este aspecto en el caso de los programas de malaria.

Por su parte, la puesta en marcha del sistema de aseguramiento mediante un mercado regulado generó una serie de incentivos financieros que, al no ser equilibrados por los correspondientes de resultados, hicieron perder el norte de producción de salud del sistema. Los objetivos epidemiológicos y las coberturas útiles de poblaciones en riesgo han quedado perdidos dentro de la actual lógica del sistema. Así, los aseguradores no cuentan con ningún incentivo para realizar la búsqueda de contactos en enfermedades infectocontagiosas ya que sólo es reconocible el gasto que realicen en las personas que tienen aseguradas, y las instituciones prestadoras de servicios de salud por su parte, sólo están incentivadas a realizar aquellas acciones contratadas de manera explícita -vale decir, facturables- y hasta el monto permitido por el contrato.

A este respecto los hallazgos del componente cualitativo de la evaluación de los programas de salud pública del Ministerio de la Protección Social (Unión temporal CCRP, Assalud, BDO, 2004:132-135), de la evaluación de los programas de control de tuberculosis de Antioquia (Arbeláez *et al.*, 2004), y del Valle de Cauca (Carvajal *et al.*, 2004; Restrepo y Valencia, 2002) presentan evidencias incontrovertibles acerca de los efectos deletéreos de esta situación, que ha conducido a una pérdida de los objetivos de salud y a la escasa relevancia de la programación de actividades de salud pública con base en coberturas útiles de poblaciones en riesgo.

Esta situación se ha visto agravada por la ambivalencia existente entre el plan de atención básica y los servicios de promoción y prevención (PP), de los planes de beneficios que ha generado elementos estructurales de fragmentación de servicios con serias implicaciones en la salud pública (por ejemplo, tamizaje de cáncer de cuello uterino, control de TB e inmunizaciones, entre otros).

El escenario descrito tiene también explicaciones en otros procesos que han modificado de manera importante la conducción del sector, varios problemas entre los cuales se pueden mencionar la baja capacidad administrativa, técnica y financiera de los municipios pequeños que no cuentan con el apoyo de la nación ni de los departamentos para cumplir con sus funciones; las deficiencias de información en temas como resultados en salud, evaluación de costo efectividad, actuaría y calidad para apoyar la delegación de funciones públicas en el sistema de aseguramiento que no han podido ser subsanadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y su secretaría técnica; la fusión de los ministerios y el ajuste constante de su estructura nacional y subnacional y del perfil profesional de sus funcionarios; y, las carencias del sistema de vigilancia y control explicables en mucho por la baja capacidad operativa de la Superintendencia de Salud y de las entidades territoriales para desarrollarlo.

1.2 Cobertura del aseguramiento y acceso a servicios de salud

Diversas fuentes oficiales y académicas aceptan el aumento en la cobertura, que se triplicó en una década, como el principal logro del sistema. Sin embargo, existen suficientes evidencias que muestran que el aseguramiento, defendido como el principal mecanismo para garantizar el acceso, constituye hoy uno de los problemas más visibles del sistema de salud colombiano. No sólo no se ha logrado la meta de universalización prometida, sino que persisten barreras al acceso y además existen serias preocupaciones sobre su efectividad y sostenibilidad financiera.

Según cifras oficiales, a diciembre 31 de 2004, la población cubierta en el sistema de seguridad social en salud era alrededor de 30 millones de personas, equivalentes al 67.0 de

la población (Dane, 2005)², de las cuales 15.527.481 estaban afiliadas al régimen subsidiado y 14.857.250 al contributivo (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Como se aprecia en el Cuadro 1, el número total de asegurados no creció de manera significativa entre 1999 y 2003; pero en 2004, aumentó en 10 puntos porcentuales. Ello se explica por un crecimiento en el régimen subsidiado en cerca de cuatro millones de nuevos afiliados de los cuales, 1.857.298 fueron incluidos a través de subsidios totales y 1.897.458 mediante subsidios parciales, estrategia que viene siendo aplicada por el gobierno a partir del acuerdo 267 (Ministerio de la Protección Social, 2004; CNSSS, 2005).

Estas cifras sustentan las conclusiones de algunos investigadores (Acosta *et al.* y otros, 2005; Castaño *et al.*, 2001; Acosta y Henao, 2000) sobre los avances del sistema en materia de equidad a partir del aseguramiento de la población pobre.

El Cuadro 2 muestra la distribución de la afiliación por niveles de ingreso entre 1993 y 2003. En ella se aprecia que si bien la afiliación en los deciles más bajos se incrementó en el período, existen aún desigualdades entre los estratos altos y los más bajos, y en los dos primeros deciles de ingreso, los no asegurados son todavía 33% de la población, y aunque se ha avanzado en solidaridad, el sistema no favorece la equidad (González, 2002). Esto tiene explicaciones en la desigualdad económica que favorece la afiliación de personas con capacidad de pago, la restricción de recursos para el régimen subsidiado y las limitaciones de los mecanismos de selección de beneficiarios de subsidios (GES, 2005; Vega, 2002; Fresneda y Martínez, 2002).

² Para una población proyectada de 45.325.260 de personas.



CUADRO 1
EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD POR RÉGIMENES
COLOMBIA • 1995-2006

Año	Población (*)	Afiliados RC (Compensados)	%	Afiliados RS	%	Total afiliados	Cobertura (%)
1995	38.541.631	5.132.342	13,3	4.800.916	12,5	9.933.258	25,8
1997	40.064.093	15.045.352	37,6	7.026.690	17,5	22.072.042	55,1
1998	40.826.816	16.180.193	39,6	8.527.061	20,9	24.707.254	60,5
1999	41.589.018	13.859.592	33,3	9.325.823	22,4	23.185.415	55,7
2000	42.321.386	13.245.836	31,3	9.510.566	22,5	22.756.402	53,8
2001	43.070.704	13.335.932	31,0	11.069.182	25,7	24.405.114	56,7
2002	43.834.117	13.165.463	30,0	11.444.003	26,1	24.609.466	56,1
2003	44.583.575	13.288.926	29,8	11.772.725	26,4	25.061.651	56,2
2004	45.325.260	14.857.250	32,7	15.527.481**	34,3	30.384.731	67,0

* Datos de población según proyecciones anuales Dane.

** Incluye 1.897.458 afiliados mediante subsidios parciales.

Fuente: Elaboración de los autores con base en información de la Dirección de Gestión de la Demanda en Salud, Ministerio de la Protección Social, 2005.

CUADRO 2
PORCENTAJE DE COBERTURA DEL
ASEGURAMIENTO EN SALUD SEGÚN INGRESOS
COLOMBIA • 1993-2003

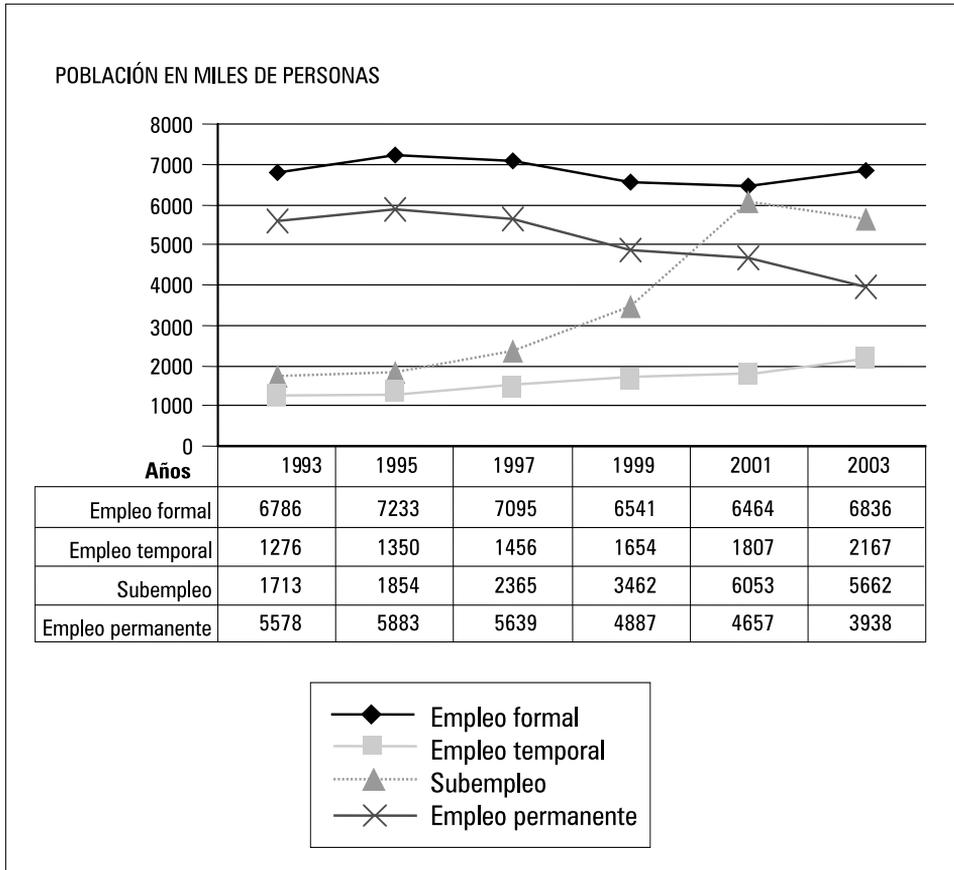
Decil ingreso	Año			
	1993	1997	2000	2003
1	3.4	39.0	44.0	46.3
2	8.6	47.6	36.9	46.8
3	13.9	47.1	37.9	51.4
4	19.2	50.5	45.0	53.6
5	26.0	58.3	46.3	57.5
6	29.1	59.7	49.8	58.9
7	32.7	62.8	54.9	67.0
8	38.2	68.8	62.4	71.6
9	43.2	73.3	70.3	78.4
10	43.0	80.3	79.5	86.9
Total	23,9	57,1	52,6	61,8

Fuente: Adaptado de cálculo Misión Social a partir de Encuestas Casen, 1993; ECV, 1997 y 2003 y EH 107, 2000 y 2003. Cálculos Grupo de Investigación Universidad del Rosario con base en ECV 2003. Citado por Acosta, OL; Ramírez, M; Cañón, CI, 2005.

El aumento en el régimen subsidiado contrasta con lo que ocurre en el régimen contributivo. De hecho, y aceptando que el descenso en la cobertura en el año 1999 comparada con el período 1996 a 1998 pueda explicarse por una mejora en el sistema de información (Pachón, 2002), la evidencia muestra que la afiliación no ha tenido ningún avance sustancial en los últimos cinco años. Esto debido en mucho al comportamiento del desempleo, a la inflexibilidad del sistema para captar nuevos cotizantes entre trabajadores que no están vinculados al sector formal de la economía y al poco reconocimiento de los efectos de la dinámica de la recuperación del empleo y de la economía sobre las cotizaciones (Gráfico 5).

Diversos estudios (Restrepo, 2002) han demostrado que las relaciones entre recuperación de la economía (y generación de empleo) y cobertura de la seguridad social no son simétricas. En tiempos de crisis económica los cotizantes disminuyen, lo que podría llevar a la idea que al recuperarse la economía los ni-

GRÁFICO 5
COMPORTAMIENTO DEL EMPLEO EN COLOMBIA • 1993-2003



Fuente: Cálculos DNP-PDS-GCV, con base en Dane, EH, septiembre 2003. Procesado DESSocial.

veles de cobertura aumentarán. Sin embargo, evidencias recientes (Meza e Isaza, 2005) revelan que, por el contrario, al recuperarse la economía los niveles de afiliación se han mantenido estables o en descenso, lo cual parece tener sus explicaciones principales en el mercado de trabajo y la tendencia en aumento de empleos informales y mal remunerados que limitan a las personas para cotizar al sistema. Incluso se sugiere que en condiciones de crecimiento alto el aumento del empleo no es suficiente para incrementar la cobertura.

cionado con la viabilidad del sistema. En sus previsiones iniciales la ley 100 de 1993 concibió la estabilidad a partir de un predominio de las contribuciones ligadas al empleo formal. Empero, varios investigadores (Acosta *et al.*, 2005; Castaño, 2004 citado por Ruiz, 2005; GES, 2003; Restrepo, 2002; Ruiz, 2005; Martínez *et al.*, 2002) coinciden en señalar que las limitaciones en cuanto a emprender nuevas estrategias para la afiliación de trabajadores informales, sumadas a la escasez de los recursos a través de los recursos de solidaridad y a un crecimiento de los costos en salud mayor que la densidad salarial, podrían implicar que en el futuro cercano el



sistema no pueda tener logros más allá de los alcanzados.

A los problemas en la cobertura se suman la persistencia de obstáculos para el acceso a los servicios por razones económicas y geográficas, los nuevos obstáculos como la información y los trámites derivados del proceso administrativo del aseguramiento y otras evidencias del compromiso de la equidad en la atención como consecuencia de la fragmentación por regímenes en los planes de beneficios.

Para ilustrar, las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 (Dane, 1997; 2003) mostraron que la falta de dinero fue la razón aducida por cerca del 40% de las personas enfermas para no hacer uso de los servicios de salud cuando los necesitaron. Varias otras investigaciones (Yepes *et al.*, 2003; GES, 2005; O'Meara, Ruiz y Amaya L, 2003; Fresneda, 2002; Eslava *et al.*, 1999) han reportado porcentajes aún más altos, superiores al 60% en los no asegurados; barreras representadas en la relación inversa entre el uso y el pago por servicios que en la población afiliada restringen la continuidad en la atención y trámites excesivos.

Por último, evidencias adicionales de inequidad e inaccesibilidad están representadas en las diferencias todavía existentes en los beneficios por regímenes y en la aplicación de periodos de carencia, copagos y cuotas moderadoras. El plan obligatorio de salud (POS) subsidiado asegura menos contingencias, sobre todo en los niveles medios de complejidad, que el POS contributivo que incluye prestaciones en todos los niveles, y el POS parcial, protege contra enfermedades de alto costo, atención integral en ortopedia y traumatología y los medicamentos de la atención ambulatoria de primer nivel cubierto por el régimen subsidiado (Ministerio de la Protección Social-CNSSS, 2005). Y aunque las res-

tricciones en beneficios pretenden compensarse por la vía de los subsidios a la oferta, en la práctica la falta de integralidad implica barreras al acceso y mayores costos de transacción (Contraloría General de la República, 2005). Esto muestra cómo las diferencias en la capacidad de pago de la población se traducen en diferencias en los beneficios con lo que poco se contribuye con los ideales de justicia del sistema.

2. ¿Responde el proyecto de ley 052 a estos problemas?

En su exposición de motivos, el proyecto admite los retrasos en los indicadores de salud como consecuencia de las limitaciones de los beneficios del PAB, de la falta de una política explícita que defina la salud como un derecho y de las debilidades en la organización y funcionamiento de la salud pública. Reconoce que no ha sido posible garantizar el derecho a un seguro para toda la población; que el sistema no garantiza el trato equitativo porque es fragmentado y, que existen desigualdades en los contenidos de los planes de beneficios entre regímenes y prácticas de selección de riesgo, con las consecuentes repercusiones inaceptables sobre la salud y el bienestar de las personas (Benítez *et al.*, 2005).

Y aunque la iniciativa legislativa se propone extender el aseguramiento, mejorar la calidad en la prestación de los servicios, promover la salud pública, mejorar el sistema de información, reestructurar el sistema de inspección, vigilancia y control y fortalecer la rectoría en cabeza del Ministerio de la Protección Social; en su articulado se percibe como un plan de reordenamiento financiero del sistema de aseguramiento que no supera los problemas anotados. Muestra de ello es que sitúa al mismo nivel de los objetivos en materia de salud y cobertura -finalidades del sistema-, las mejoras técnicas en

el financiamiento, en las relaciones entre agentes y en el fortalecimiento organizacional y de la gestión.

El proyecto de ley 052 reafirma que el Estado es responsable de la rectoría, la inspección, vigilancia y control, el sistema integral de información Siis (actual Sispro), así como de la salud pública colectiva. Para ejercer estas funciones, la propuesta plantea el fortalecimiento del Consejo Nacional de Seguridad Social modificando su composición y mediante la creación de una secretaría técnica de carácter permanente (artículo 4). Impone a la vez al Ministerio de la Protección Social la presentación anual de estudios sobre la evaluación de la situación de salud, de la tecnología, financiera, de planes de beneficios, de la unidad de pago por capitalización (UPC) y del impacto del sistema y de las políticas de salud (parágrafo 2, artículo 4). Crea además el sistema de inspección, vigilancia y control (artículo 45 a 47) para controlar el financiamiento, el aseguramiento, la asignación de subsidios, la prestación de servicios y la participación social, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

La salud pública es definida en el artículo 41 como “el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores”.

El proyecto distingue las acciones de carácter individual o familiar (artículo 43) que prestan los aseguradores con cargo a los recursos de la UPC (artículo 43) de las acciones de carácter colectivo de responsabilidad estatal y financiadas con 0,25% de la cotización en el régimen contributivo, los recursos del sistema general de participaciones (SGP) para salud pública y recursos propios de las

entidades territoriales (artículos 15, 44), y asigna responsabilidad a todos los actores del sistema en el logro de resultados en salud.

A pesar del tratamiento extenso del tema³ y la exigencia de información y de elaboración de un plan nacional y territorial, las posibilidades que introduce la iniciativa de ley para implementar acciones y mejorar la salud pública son limitadas, el plan de salud colectiva en contenidos es similar al actual plan de atención básica con un ajuste en el financiamiento y flujo de recursos. Precisa la responsabilidad de los aseguradores en cuanto a la prestación integral de los servicios de promoción y prevención (PP) (artículo 43), pero no aclara su papel en el caso de los subsidios parciales.

En materia de aseguramiento, el proyecto de ley 052 propone ampliar la cobertura (artículo 1) mediante subsidios totales en el régimen subsidiado y parciales para el contributivo o subsidiado, con énfasis en la población identificada en los niveles 1, 2 y 3 del Sisben (artículo 3) y hace explícitas consideraciones sobre poblaciones especiales como los trabajadores del arte y la cultura (artículo 54), los indígenas (artículo 56) y los menores de un año (artículo 61).

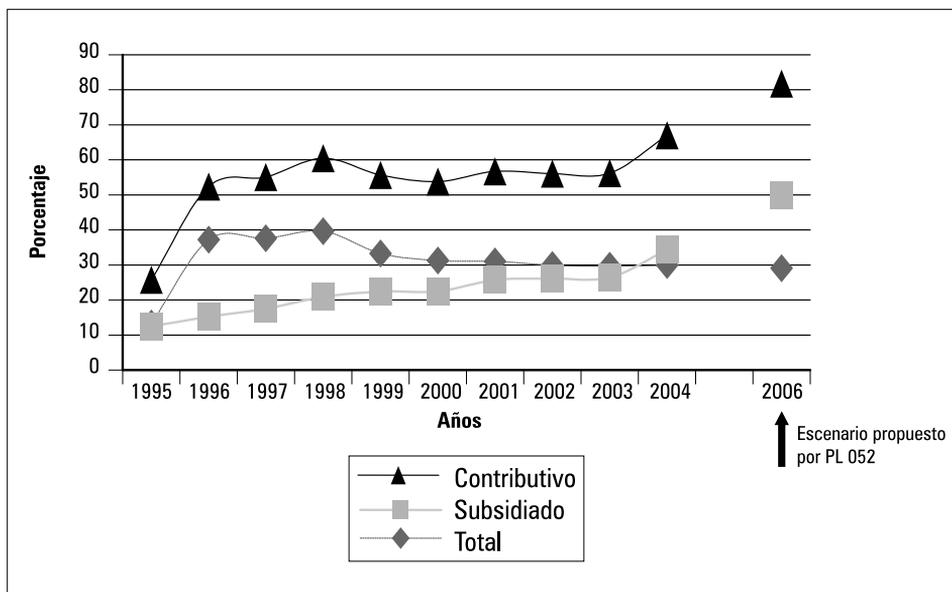
Se prevé que en el año 2006 el sistema deberá haber aumentado la cobertura en el régimen subsidiado a por lo menos la mitad de la población no incluida en el régimen contributivo con lo que se esperaba que con los nuevos recursos aumentaran en cerca de ocho millones los nuevos afiliados a corto plazo. Aún faltaría por asegurar ocho y medio millones más.

Como se muestra en el Gráfico 6, el crecimiento en cobertura se ha hecho a expensas

³ Véase artículos 1, 2, 5, 6, 15 y capítulo VI, artículos 41 a 44.



GRÁFICO 6
EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA EN SALUD EN EL SGSS
COLOMBIA • 1995-2004 Y PROYECCIÓN 2006



Fuente: Elaboración de los autores con base en información de la Dirección de Gestión de la Demanda en Salud, Ministerio de la Protección Social, 2005. Y datos de población según proyecciones anuales Dane.

del régimen subsidiado y parecería admitirse que pocos avances puedan lograrse en la extensión en el régimen contributivo, más allá de las estrategias de la cotización sobre un ingreso base equivalente a un salario mínimo mensual vigente, la cotización de nacionales residentes en el exterior y la obligatoriedad de afiliación para los trabajadores independientes cuyos contratos sean superiores a un mes (artículo 19), que sugieren, antes que un aumento significativo de la cobertura, un mecanismo adicional de control de la evasión.

Lo que se percibe en el articulado es una clara intención de fortalecimiento de los recursos para la extensión de la cobertura y el mantenimiento del régimen subsidiado (Contraloría General de la República, 2005; Veeduría Distrital, 2005). Según la propues-

ta, los nuevos recursos para la operación provendrán:

- 65% de los recursos para salud del SGP
- 35% de las rentas cedidas
- 10% de las cotizaciones del régimen contributivo
- 30% de las rentas cedidas destinadas a salud

Un aporte progresivo anual del presupuesto nacional que para el año 2006 será igual a 544.000 millones de pesos y se incrementará anualmente en 10% hasta que se logre igualar el monto equivalente a los aportes de solidaridad

93% de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que corresponden a los municipios y distritos y que son recau-



dados por la Empresa Territorial para la Salud (Etesa).

Se aumenta además la exigencia de contratación mínima en el régimen subsidiado con prestadores públicos que pasa a ser del 65% de la UPC (artículo 11).

El ideal de cobertura así previsto, parece reconocer de manera implícita que la pobreza no podrá ser superada y que el crecimiento económico no será suficiente para garantizar la universalidad de un paquete de beneficios apropiado a las realidades nacionales (Acemi, 2005).

Las principales preocupaciones tienen que ver con la estrategia de los subsidios parciales aplicables a la población clasificada en el nivel 3 del Sisben (artículo 22, numeral b). Si bien debieran ser entendidos como subsidios a la contribución, en la práctica (Ministerio de la Protección Social, 2004; 2005) éstos operan como reducciones en los beneficios (un plan obligatorio inferior al del régimen subsidiado, artículo 22) y además privilegian atenciones de alto costo en detrimento de prestaciones básicas cuyo impacto sobre la salud están ampliamente documentadas. Esto lleva a que predomine lo curativo sobre lo preventivo, lo que implicaría mayor acumulación de la carga de la enfermedad a largo plazo.

Tal parece que el más fuerte argumento para incluir estas prestaciones se basa en la mitigación de los riesgos y la protección financiera, antes que en su prevención. La idea general es que son las prestaciones más costosas, que se caracterizan por su baja ocurrencia, las que mayor incertidumbre producen en los usuarios; pero no existen serios estudios que asocien el gasto de bolsillo con el perfil epidemiológico, a las tendencias del uso de servicios en la población

y apoyen la estrategia más allá de consideraciones financieras (Holzmann y Jorgensen, 2000; Bitrán *et al.*, 2004, citado por Acosta y Latorre, 2004; Ministerio de la Protección Social, 2003; Ramírez, 2003).

Por el contrario, las expectativas de los ciudadanos con los subsidios parciales que no ofrecen prestaciones de atención primaria, podrían significar un revés al ser trasladado el costo de prestaciones por enfermedades habituales o atenciones por patologías crónicas no ruinosas a los usuarios, sin conocerse su efecto sobre la seguridad financiera de los hogares.

Esto puede deducirse del valor diferencial de la UPC entre planes de beneficios. Según un documento reciente de la Contraloría General de la República (2005), hoy el valor de la UPC del subsidio parcial es sólo 22,3% de la UPC en el régimen contributivo y 40% de la UPC en el subsidiado. El proyecto de ley 052 dispone que no sea inferior al 50% de la UPC subsidiada (artículo 22). En síntesis, sin duda los subsidios parciales contribuirán a aumentar la cobertura del aseguramiento pero a su vez profundizarán las desigualdades.

Para la población no asegurada (antes mal llamada vinculada), el numeral c del artículo 3 propone mantener la figura transitoria de subsidios a la oferta para propiciar el acceso de las personas pobres “a los servicios que tengan disponibles” las instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicas hasta el monto autorizado por el ente territorial; pero ello no es suficiente respuesta para los desempleados, informales, independientes y pobres urbanos que, por no cumplir los límites de pobreza, no tienen cabida en el sistema y para los cuales no se percibe una clara respuesta. Algunos incluso han interpretado que esto formaliza la existencia táctica de un nuevo régimen (Acemi, 2005).



No puede hablarse de cobertura sin que ello implique el plan de beneficios y sus contenidos, así como los mecanismos de operación para garantizar el acceso y la equidad.

En esto la ponencia aprobada en la plenaria del Senado tiene cambios respecto de la aprobada en el segundo debate de la Comisión Séptima, no obstante son insuficientes varios aspectos. Introduce mas no define, la gestión del riesgo en salud, además de la administración del riesgo financiero, como función del aseguramiento (artículo 19). Explicita las características generales del plan de beneficios POS (artículo 29) pero contradice la existencia de diferencias en beneficios entre regímenes. Y hace apenas referencia, en el capítulo de salud pública, al modelo de atención (artículo 41) y su enfoque familiar y comunitario, al parecer centrado en la prestación de servicios sin mayores definiciones sobre la intervención en los determinantes y riesgos de la salud, la integralidad y continuidad de la atención o el modelo de gestión y organización para desarrollarlo.

A esto se suman las preocupaciones sobre la reducción de beneficios que implicarían los subsidios parciales y las relacionadas con el mantenimiento de las diferencias entre planes según el tipo de vinculación de la población con el sistema (Contraloría General de la República, 2005). Para el caso, cubrir los servicios no contenidos en los planes y las prestaciones para los no asegurados plantea una contradicción adicional. Al ser atendidos por la red pública de acuerdo con la disponibilidad de prestadores y de recursos, las limitaciones en los planes se verán reflejadas en el ente territorial quien asumiría el costo del mayor volumen de atención a la vez que contaría con menores recursos para garantizarlo (artículos 9, 11), con lo que se limita aún más la transformación de subsi-

dios de oferta en demanda para el aumento de cobertura.

Por otra parte, el aumento en los recursos de solidaridad de 1 a 1,2 puntos porcentuales (artículo 10) y la disminución de recursos de compensación (artículo 13), podrían implicar reducciones en los beneficios para los usuarios contributivos en servicios, licencias y actividades de promoción y prevención (Fedesarrollo, 2005) y, en general, un “mar-chitamiento” del régimen (Acemi, 2005).

En el fondo de estas hipótesis está la inquietud por la sostenibilidad del progreso de la cobertura. Hay un agotamiento de los recursos que llevaría a que lo provisional sea permanente y se agraven las desigualdades.

Las deficiencias anotadas podrían agravarse con las debilidades en cuanto a:

La capacidad rectora en materia de aseguramiento, en tanto no se define una adecuada estructura organizativa y técnica frente a las responsabilidades y en general sobre las funciones que ejerce el Consejo Nacional de Seguridad Social.

No se plantean elementos con miras a mejorar la ya debilitada capacidad de la Superintendencia para la vigilancia y control frente a las nuevas responsabilidades como la supervisión de tarifas y el control a la integración vertical.

Tampoco se introducen claras señales para que se transmita mejor la información sobre el comportamiento de las empresas promotoras de salud (EPS) o de sus redes de servicios a los usuarios, y si bien el proyecto de ley 052 crea el sistema de información Siis (actual Sispro), tampoco precisa los mecanismos para que la información, en especial, la concerniente con el desempeño y calidad

de los servicios de aseguradores y prestadores, sea pública y esté a disposición de los actores del sistema.

3. Consideraciones finales: es necesario replantearse el rumbo

Hay un contraste importante entre los logros de un sistema que ha aumentado notablemente el gasto público en salud y el aseguramiento de la población y que a su vez presenta un balance tan preocupante en los resultados de salud pública.

Preocupa sobre la iniciativa de reforma que aún quedan sin resolver graves problemas. El proyecto de ley perpetúa las condiciones de debilidad que han impedido el desarrollo de la salud pública. Mantiene la fragmentación del sistema entendida como diversos regímenes con beneficios distintos según la capacidad de pago de la población y no según sus necesidades. Reduce sus ideales de universalidad a la extensión del régimen subsidiado y sus limitados beneficios. No promueve de manera explícita la progresividad en planes en una perspectiva de equidad. Falla al no reconocer que existe una brecha entre el aseguramiento y la cobertura de servicios, y que si bien éste puede tener algún impacto sobre las barreras económicas al acceso, tiene poco efecto sobre otros condicionantes e incluso puede imponer nuevos obstáculos; de allí que la vocación de universalizar el aseguramiento, no necesariamente se traduzca en universalización del acceso. Y tampoco desarrolla recursos de poder suficientes para lograr los objetivos de la rectoría, en particular, mecanismos para generar capacidad institucional en torno a la responsabilidad de los actores del sistema por los resultados en salud.

Estos hallazgos no implican un juicio sobre los modelos de aseguramiento, pero sí de la

forma como el sistema colombiano ha privilegiado objetivos económicos. Y aunque el proyecto de ley 052 no implica un cambio de rumbo, la oportunidad del debate político que hoy se lleva a cabo adquiere gran importancia. Por ello, en las discusiones venideras se deberán buscar salidas a temas aún problemáticos como la cobertura, la salud pública y la capacidad de gobierno para alcanzarlas, teniendo como norte los fines sanitarios del sistema.

En materia de salud pública los autores consideran necesario que:

1. Se aclare el tipo de estímulos para los actores del sistema que ofrezcan resultados en salud positivos y sanciones para los agentes con resultados negativos
2. Se recupere la capacidad institucional territorial para la salud pública mediante el fortalecimiento (estructura y gestión) de los entes territoriales para el desarrollo y vigilancia de las acciones de salud pública colectiva destinando recursos humanos, técnicos y financieros
3. Se expliciten las acciones de salud pública de carácter individual para asegurados con subsidios parciales
4. Se diseñen sistemas de pago que estimulen la contratación y producción de servicios prioritarios de promoción y prevención
5. Se incluya una línea específica para la vigilancia de la salud pública colectiva en el sistema de vigilancia y control.

Y en relación con la cobertura se sugiere que:

1. Se definan claras estrategias para el aumento de la cobertura en el régimen contributivo, en particular, para la población trabajadora informal
2. Se definan claras estrategias de convergencia de los planes de beneficios



3. Se replantee el enfoque de subsidios parciales orientándolos al subsidio a la cotización sin afectar los beneficios
4. Se expliciten los principios que orientarán el modelo de atención.

Llevar a cabo estos mínimos requiere, por supuesto, mejorar la capacidad de gobierno del sector tanto en el fortalecimiento de las distintas instancias responsables de la dirección y el control (tal es el caso de la secretaría técnica que apoyará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que debería ser autónoma del Ministerio), como en la garantía de información confiable, oportuna y de acceso público para lograr medidas de control social efectivas y no sólo nominales. El papel de la ciudadanía, otro gran ausente en esta iniciativa legislativa, es fundamental.

Bibliografía

- Acemi, 2005. Análisis y posición de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-Acemi- sobre el pliego de modificaciones para segundo debate al proyecto de ley 052/04 y sus acumulados. Mimeo. Bogotá. 9 p.
- Acosta, OL; Ramírez, M; Cañón CI. 2005. La viabilidad del sistema de salud. ¿Qué dicen los estudios?, *Documentos de Trabajo*, No. 12. Fundación Corona - Universidad del Rosario. Bogotá. 75 p. www.fundacioncorona.org.co. Último acceso: noviembre 18 de 2005.
- Acosta, OL; Latorre, C. 2004. *Elementos para la discusión de la reforma al sistema general de seguridad social en salud*. Así vamos en salud. Seguimiento al sector salud en Colombia, Iniciativa Fundación Corona-Fundación Santa Fe de Bogotá. 38 p. www.fundacioncorona.org.co. Último acceso: diciembre 3 de 2005.
- Acosta, OL; Henao, ML. 2000. El sistema de seguridad social en salud: logros y retos. *Coyuntura Social* (23):31-53.
- Arbeláez, MP; Gaviria, MB; Franco, A; Restrepo, R; Hincapié, D; Blas, E. 2004. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int. J. Health Plann. Mgmt.* 19:S25-S43.
- Avellaneda, LC. 2005. Pliego de modificaciones para segundo debate al proyecto de ley número 052 de 2004 Senado, por la cual se deroga el libro segundo y se reforma el libro tercero de la ley 100 de 1993 y algunos artículos referentes a salud contenidos en la ley 715 de 2001 y se constituye el sistema integral de seguridad social en salud. *Gaceta del Congreso* (309). Mayo 31.
- Benítez, E; Castro, JJ; Angarita, A; Puello, J; Cogollos, A; Sossa, G. 2005. "Ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto definitivo, al proyecto de ley número 052 de 2004 Senado y sus proyectos acumulados números 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado, por la cual se modifica el sistema general de seguridad social en salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política". *Gaceta del Congreso* (301). Mayo 27.
- Bitrán, R; Giedion, U; Muñoz, R. 2004. Risk pooling, ahorro y prevención. *Estudio regional de políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud*. Estudio de caso para Colombia. Versión preliminar, junio. Citado por: Acosta, OL; Latorre, C. 2004. *Elementos para la discusión de la reforma al sistema general de seguridad social en salud*. Así vamos en salud. Seguimiento al sector salud en Colombia. Iniciativa Fundación Corona-Fundación Santa Fe de Bogotá:11.
- Carvajal, R; Cabrera, GA; Mateus, JC. 2004. Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. *Biomédica*. 24: Supp 1:138-48.
- Castaño, RA. 2004. Efectos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC". Fundación Corona. Bogotá. Citado por Ruiz F, 2005. "¿Es sostenible el sistema general de seguridad social en salud?. *Colección Evidencia y Política Social* (1). Cendex-Universidad Javeriana. Bogotá. 54 p.
- Castaño, RA; Arbeláez, JJ; Giedion, U; Morales, JG. 2001. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, *Serie Financiamiento del Desarrollo*, No. 108. Proyecto Cepal/GTZ Reformas a los sistemas de salud en América Latina. 52 p.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). 2005. Informe anual del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara 2004-2005. Bogotá. 72 p.
- Contraloría General de la República. 2005. Análisis del proyecto de ley que modifica el Sistema general de seguridad social en salud. Colección Análisis sectorial y de políticas públicas. Informe 16. Bogotá. 41 p.



- Departamento Nacional de Estadística (Dane). 2005. Proyecciones de población 1995-2005. En: www.dane.gov.co/inf_est/poblacion/proyecciones/proyec5.xls. Último acceso: agosto 23 de 2005.
- Dane. 2003. Encuesta nacional de calidad de vida. 2003. Boletín Estadístico. Bogotá.
- Dane. 1997. Encuesta nacional de calidad de vida. 1997. Boletín Estadístico. Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) Misión Social, PNUD. 1999. Los avances y los problemas de salud. En: *Informe de desarrollo humano para Colombia 1999*. Bogotá:110.
- Eslava, J; Hernández, A; Ruiz, F; *et al.* 1999. Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel 3 de Sisben de 14 localidades del Distrito Capital. Documento Técnico ASS/691B.99. Protocolo y principales hallazgos. Universidad Javeriana. Bogotá. Noviembre, 74 p.
- Fedesarrollo. 2005. La reforma al sistema de salud: grandes preocupaciones, *Economía y Política. Análisis de la coyuntura legislativa.* (11), 10 p.
- Frenk, J; Londoño, JL. 1997. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. BID. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo (353).
- Fresneda, O; Martínez, P. 2002. ¿Identifica el Sisben a los pobres? El proceso de focalización en salud. En: Arévalo, D; Martínez, F. Eds., 2002. *¿Ha mejorado el acceso a salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado.* Colección la seguridad social en la encrucijada, Tomo 1. Universidad Nacional de Colombia - Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá: 120-5.
- Fresneda, O. 2002. La visión de la población sobre el sistema de salud: resultados de la encuesta a la población de los estratos 1, 2 y 3 de las principales ciudades. En: Arévalo, D; Martínez, F; Eds., 2002. *¿Ha mejorado el acceso a salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado.* Colección la seguridad social en la encrucijada, Tomo 1. Universidad Nacional de Colombia - Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá:163.
- Gómez, RD. 2005. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. Tesis de doctorado. Universidad de Alicante. Agosto de 2005.
- González, JI. 2002. Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 1(2):18-24.
- González, O; Guerrero, A. 2001. *Innovando modelos de atención. La experiencia sanitaria de Cajamarca.* Documento Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). 2005. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. *Observatorio de la Seguridad Social,* Año 4. Junio. (10):1-6.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). 2003. Resultados económicos de la reforma a la salud en Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social.* Año 3. Junio. (7):1-8.
- Hernández, A; Vega, R. 2001. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* (1):48-73.
- Holzmann, R; Jorgensen, S. 2000. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Documento de trabajo (0006) sobre protección social. Banco Mundial. Departamento de Protección Social. Red de Desarrollo Humano. www.worldbank.org. Último acceso: abril 26 de 2004.
- Kroeger, A; Ordoñez-González, J; Aviña, AI. 2002. Malaria control reinvented: Health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health.* May. 70 (5) : 450- 458.
- Martínez, F; Robayo, G; Valencia, O. 2002. *A diez años de la reforma en Colombia. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?* Fedesalud. Bogotá.
- Meza, CA; Isaza, J. 2005. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunos escenarios de corto y largo plazos de la cobertura en salud para Colombia. Universidad de La Salle - Departamento de Investigaciones - Centro de Investigaciones de Economía Social (Cides). *Archivos de Economía* (288). Dirección de Estudios Económicos – DNP. Julio. 36 p.
- Ministerio de la Protección Social – Pars – Departamento Nacional de Planeación-DSS/SS. 2005. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003.* Consultor: Gilberto Barón. Presentación PowerPoint Memorias Precongreso Comisión macroeconomía y salud. IV Congreso internacional de salud pública. Medellín. Noviembre 11. www.guajiros.udea.edu.co/fnsp/Documentos/Docencia/Memorias/Precongreso Macroeconomia%20y%20SaludGilbertoBaron.pdf. Último acceso: diciembre 4 de 2005.
- Ministerio de la Protección Social. 2005. *Informe de actividades 2004-2005 al Congreso de la República.* Minprotección - Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Grupo de Estudios y Planeación Sectorial. Bogotá:20-86.
- Ministerio de la Protección Social. 2003. De la seguridad social a la protección social. *Programa Nacional de Salud 2002-2006.* Bogotá:19-22.



- Ministerio de la Protección Social – Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (NSSS). 2005. Acuerdo 306 “Por medio del cual se define el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado”. Bogotá. Agosto 16 de 2005.
- Ministerio de la Protección Social. 2004. Acuerdo 267 “Por el cual se autoriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para ampliar cobertura en el régimen subsidiado de salud mediante subsidios parciales”. Bogotá. Junio 10.
- Murray, C; Evans, D. 2003. *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism*. Cap. 1. WHO. Geneva:3-19.
- O’Meara, G; Ruiz, F; Amaya, L. 2003. *Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia*. Cēja. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. Sistemas de salud: principios para una atención integrada. *Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro*. Cap. 7. Geneva:117-146.
- OPS/OMS-Asdi. 2003. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. *Serie Extensión de la Protección Social en Salud* (1). Washington.
- OPS/OMS. 2002. *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*. 54ª Sesión Comité Regional. Washington. Septiembre 23-27, 18 p.
- OPS. 2002. La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales. *En: La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación científica (589). Cap. 2. Washington DC:7-14
- Pachón, JG. 2002. Cobertura en el sistema general de seguridad social en salud. *Foro permanente La calidad de la atención en salud*. Academia Nacional de Medicina - Comisión de Salud. Bogotá:13-26.
- Profamilia. 2005. *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta nacional de demografía y salud 2005. Resumen. Profamilia, ICBF, Usaid, Ministerio de la Protección Social, Unfpa. Bogotá. 30 p.
- Ramírez, J; Melo, C. 2005. Lecciones de diez años de reforma de salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo para la Reforma de la Salud (Pars), Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (Indes). Documento de trabajo, 54 p.
- Ramírez, J. 2003. Editorial. De la crisis a la protección social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2(5):3-7.
- Restrepo, HE; Valencia, H. 2002. Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56:742-743.
- Restrepo, JH. 2002. El seguro de salud en Colombia: ¿cobertura universal?. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1(2):29-31.
- Rodríguez, D; Acosta, J. 2001. La eliminación de la sífilis congénita en Colombia, una paradoja social. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*. Bogotá. 6(24):361-6.
- Ruiz, F. 2005. ¿Es sostenible el sistema general de seguridad social en salud? *Colección Evidencia y Política Social* (1). Cendex - Universidad Javeriana. Bogotá. 54 p.
- Senado de la República. 2005. Texto definitivo aprobado en sesión plenaria el día 20 de septiembre de 2005 al proyecto de ley número 052 de 2004 Senado y sus acumulados, “por el cual se hacen modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política”, y sus proyectos acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado. *Gaceta del Congreso* No. 692 de octubre 4 de 2005 y No. 725, octubre 24.
- Unión temporal CCRP – Assalud – BDO. 2004. Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y del logro de las metas del plan de atención básica (PAB) departamental y distrital. Reporte final de consultoría presentado al Ministerio de la Protección Social. Bogotá. Diciembre. 69-79; 126; 132-135.
- Veeduría Distrital de Bogotá. 2005. Observaciones del Observatorio Ciudadano de Salud al proyecto de ley 052. Documento de trabajo. Bogotá. Noviembre. 36 p.
- Vega Romero, RR. 2002. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1(2):49-65.
- Yepes, F; Ramírez, M; et al. 2006. Las reformas de la salud en Colombia. Balance de pérdidas y ganancias. Asociación Colombiana de la Salud (Assalud). Facultad de Economía. Universidad del Rosario (en proceso de edición). Bogotá.
- Yepes, F; et al. 2003. *Barreras económicas en el acceso a los servicios de salud para los niños de 1 a 4 años de edad en la ciudad de Bogotá en los estratos uno, dos, tres y cuatro*. Informe final de investigación presentado a la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. Junio:23-26.