

**VISIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA AL SISTEMA  
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA,  
VIGENCIA 2012-2013**

**Emma Adriana Ortiz Amézquita**

**Walter Romero Álvarez**

**Javier Leonardo González Rodríguez**

**Tutor: Profesor asociado**

**Director de la Maestría en Administración en Salud**

**COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**

**Facultad de Administración**

**Maestría en Administración en Salud**

**Junio de 2013**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al doctor Javier Leonardo González Rodríguez, nuestro tutor y amigo por su apoyo incondicional en la construcción de este documento, quién nos motivó permanentemente para alcanzar los resultados del presente trabajo y colocó a nuestra disposición todos los medios necesarios para lograr los resultados.

Agradecemos el apoyo constante de nuestras familias para la realización de esta maestría y la comprensión por el tiempo y dedicación al desarrollo de nuestras actividades académicas.

## DEDICATORIA

Walter

A la memoria de mi padre Jesús María Romero Altahona, la luz que ilumina mi camino y el ejemplo a seguir, a Ana Isabel mi madre por sus bendiciones y aliento en los momentos difíciles.

A Marta Lucia mi esposa, por su apoyo incondicional y tolerancia en estos dos años de ausencia. Mariam Isabela y Emily por la comprensión y el cariño brindado.

A mis hermanos Merly y Wilmer, por acompañarme en cada nueva aventura emprendida.

Emma

A mi mamá, María Teresa, por darme el mejor ejemplo y por ser el apoyo incondicional en mi vida.

A Marco mi esposo, por el apoyo constante, por la comprensión para el logro de mis objetivos, a María Paula, mi chiquis por ser la inspiración y el motor para hacer de cada día uno mejor, y a Esteban, por la ilusión de su llegada.

A mis hermanos por ser la mejor compañía en esta aventura de la vida.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	II
DEDICATORIA.....	III
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	VII
INDICE DE TABLAS .....	VIII
INVESTIGADORES .....	X
RESUMEN .....	XI
ABSTRACT.....	XII
PALABRAS CLAVES.....	XIII
INTRODUCCIÓN .....	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	18
3. MARCO TEÓRICO .....	18
3.1. Origen del sistema de salud colombiano. En qué modelo se fundamenta conceptual y económicamente.....	19
3.2. Algunos apuntes frente a los aciertos y desaciertos del sistema: .....	23
3.3. Ajustes y reformas.....	26
3.4. Generalidades.....	31
3.5. Población .....	32
3.6. Cobertura .....	37
3.7. Situación en salud.....	38

3.7.1	Morbilidad .....	38
3.7.2.	Mortalidad .....	39
3.7.3.	Mortalidad Mmaterna.....	42
3.7.4.	Mortalidad infantil.....	42
3.7.5.	Económicos .....	43
4.	OBJETIVOS.....	52
4.1.	Objetivo general .....	52
4.2.	Objetivos específicos .....	52
5.	METODOLOGÍA .....	53
5.1.	Universo:.....	53
5.2.	Muestra .....	54
5.3.	Variables .....	55
5.4.	Instrumentos utilizados.....	56
6.	REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD .....	58
6.2	Resultados de las encuestas:.....	73
6.2.1	El carácter fundamental del derecho a la salud .....	74
6.2.2	Suficiencia de los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	75
6.2.3	Cobertura de afiliación. ....	77
6.2.4	Cartera del Sistema de Seguridad Social en Salud .....	78
6.2.5	Integración Vertical .....	79

6.2.6 Salud Mía.....	80
6.2.7 Entidad pública Salud Mía .....	82
6.2.8 Entidad Territorial.....	83
6.2.9 Características de la población .....	84
6.2.10 Fondo de garantías del sector salud .....	86
6.2.11 Plan de beneficios .....	87
6.2.12 Indicadores de mejora en salud .....	88
6.2.13 Fortalecimiento de los prestadores de servicios .....	89
6.2.14 Eliminación copagos financiamiento .....	90
6.3 Análisis de resultados .....	92
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	95

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°. 1: Sistema de Salud en Colombia – Modelo conceptual.....	21
Gráfico N°. 2: Cadena de Valor .....	26
Gráfico N°. 3: Pirámide Poblacional 1993 – 2012 .....	34
Gráfico N°. 4: Composición por régimen en el Sistema de Seguridad Social en Salud Diciembre de 2012. ....	38
Gráfico N°. 5: Derecho a la salud .....	75
Gráfico N°. 6: Suficiencia de recursos .....	76
Gráfico N°. 7: Cobertura de afiliación .....	78
Gráfico N°. 8: Cartera del Sistema de Seguridad Social en Salud .....	79
Gráfico N°. 9: Integración vertical .....	80
Gráfico N°. 10: Salud Mía.....	81
Gráfico N°.11: Entidad pública Salud Mía .....	83
Gráfico N°. 12: Entidad territorial.....	84
Gráfico N°. 13: Características de la población .....	85
Gráfico N°. 14: Fondo de garantías del sector salud.....	86
Gráfico N°. 15: Plan de beneficios.....	87
Gráfico N° 16: Indicadores de mejora en salud .....	89
Gráfico N°. 17: Fortalecimiento de los prestadores .....	90
Gráfico N°. 18: Eliminación copagos financiamiento .....	91

## INDICE DE TABLAS

Tabla N°.1: Cuadro comparativo de los efectos de las reformas.....	29
Tabla N° 2: Población de Colombia 1993 - 2012.....	33
Tabla N° 3: Distribución Poblacional 1993 – 2012 .....	35
Tabla N° 4 Índice de Desarrollo Humano Comparado .....	36
Tabla N° 5: Composición por régimen en el Sistema de Seguridad Social en Salud a diciembre de 2012.....	37
Tabla N° 6 Las Primeras diez causas de morbilidad en Colombia 2010 .....	39
Tabla N° 7 Causas de mortalidad en Colombia 1990 - 2008.....	41
Tabla N° 8 Mortalidad materna e infantil en Colombia .....	43
Tabla N° 9: Gasto en salud total (Porcentaje del PIB).....	44
Tabla N° 10: Gastos en salud 1993 – 2010.....	45
Tabla N° 11: Gasto en salud por fuentes 2007 – 2011.....	47
Tabla N° 12: Indicadores relevantes en SGSSS .....	49
Tabla N° 13: Principales deudores del sistema a 31 de diciembre de 2012.....	50
Tabla N°14: Variables.....	55
Tabla N° 15: Revisión Proyecto de Ley Estatutaria .....	58
Tabla N° 16: Revisión Proyecto de Ley 233 de 2013 .....	60
Tabla N° 17: Revisión Proyecto de Ley 210 de 2013 .....	62
Tabla N° 18: Revisión Proyecto de Lay 248 de 2013 .....	65
Tabla N° 19: Revisión Proyecto de Ley 051 de 2013 .....	67
Tabla N° 20: Aspectos diferenciales de las cinco propuestas de estudio.....	70

Tabla N° 21: El carácter fundamental del derecho a la salud.....	74
Tabla N° 22: Suficiencia de los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. ....	76
Tabla N° 23: Cobertura de afiliación.....	77
Tabla N° 24: Cartera del Sistema de Seguridad Social en Salud.....	78
Tabla N°25: Integración vertical .....	80
Tabla N° 26: Salud Mía .....	81
Tabla N°27: Entidad pública Salud Mía .....	82
Tabla N°28: Entidad territorial .....	83
Tabla N° 29: Características de la población.....	85
Tabla N° 30: Fondo de garantías del sector salud .....	86
Tabla N° 31: Plan de beneficios .....	87
Tabla N° 32: Indicadores de mejora en salud.....	88
Tabla N° 33: Fortalecimiento de los prestadores.....	89
Tabla N° 34: Eliminación copagos financiamiento.....	91

## INVESTIGADORES

Emma Adriana Ortiz Amézquita, Odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Administración Hospitalaria de la Escuela de Administración de Negocios.

Experiencia laboral en el área asistencial durante seis años y en el área administrativa de más de tres años en el sector privado.

Actualmente me desempeño como profesional especializado contratista de la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Estudiante de la Maestría en Administración en Salud de la Universidad del Rosario.

Walter Romero Alvarez, Contador Público de la Universidad de Cartagena, Administrador y Auditor de Sistemas de INPROS, Especialista en Pedagogía para el Desarrollo del Aprendizaje Autónomo de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Experiencia Profesional de 15 años en el sector de la salud tanto en docencia como en el área administrativa.

## RESUMEN

Con la Constitución Política de 1991, se inicia una nueva estructura funcional en el país a partir de los preceptos consagrados en la carta magna como un estado social de derecho, situación que no fue ajena al sector salud en el cual se estableció la seguridad social como un servicio público basado en los principios fundamentales de universalidad, solidaridad y eficiencia, enunciados que fueron plasmados entre otros en la Ley 100 de 1993, la cual incorporó estos elementos que resultaban innovadores en el contexto. Hoy después de 18 años de promulgada la Ley, se ha generado un modelo estructural que ha permitido mejorar los resultados en esta área, que si bien posee falencias en algunos de sus componentes (Acceso, Flujo de Recursos, Salud Pública), las mismas pueden ser superadas, con una reforma estructural al sistema que elimine los intereses particulares de los diferentes actores al momento de su elaboración y promulgación.

Uno de los avances significativos en la reforma al sistema es la promulgación de la salud como derecho fundamental, inherente al ser humano, otorgando el carácter de inalienable, imprescriptible y sagrado, dejando en segundo plano su condición prestacional establecida. El derecho a la salud tendrá como eje principal la salud pública armonizada con la promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento integral de la enfermedad, las cuales deben ser articuladas con las políticas sociales, ambientales, culturales y económicas que permitan incidir en los determinantes sociales de la salud para mejorar la calidad de vida de la población.

La reforma a la salud en el eje de la financiación como se encuentra propuesta, no generará cambios sustanciales toda vez que se avanza hacia un sistema en que el estado será el principal actor con las funciones afiliación, recaudo, pago, giro o transferencia de los recursos, responsable de la información. Sin embargo la administración del riesgo en salud seguirá delegada, función que es determinante para la administración de los recursos del sistema, en resumen se demuestra el interés del estado en retomar la gobernanza y su empoderamiento como

administrador de lo público, sin que esto responda a las necesidades de cambio en el sistema de salud.

**Palabras Claves:** Reforma al sector Salud, acceso, financiamiento, servicios de salud.

## **ABSTRACT**

With the Constitution of 1991, begins in our country a new operating structure, based in the precepts enshrined in the constitution as a social state of law, a situation in which the health sector was not immune, and started a social security as a public service based on the fundamental principles of universality, solidarity and efficiency, statements that were reflected into the Law 100 of 1993 among others, which incorporated these elements that were innovative in our context.

Today, after 18 years of enactment of the Act, has generated a structural health model that has improved health outcomes, which although has its flaws in some of its components (Access, Resource Flow, Public Health), even that those can be overcome, with a system's structural reform that allows to eliminate the private interests of the different actors in the system at the time of preparation and enactment.

One of the significant advances in system reform is the enactment of health as a fundamental right, inherent to the human beings, giving the character of inalienable, imprescriptible and sacred, overshadowing its established performance based condition. The right to health will be the main axis, aligned with public health promotion and prevention, diagnosis and comprehensive treatment of the disease, which must be coordinated with the social, environmental, cultural and economic influence to enable the social determinants of health to improve the quality of life of the population.

Into the health reform the funding axis as it is proposed will not generate

substantial changes, since it is moving toward a system in which the state is the main actor with membership functions, collection, payment, or transfer of spin resources and responsible for the information. However, the health risk management continue as a delegated function that is crucial for managing the system resources, in short it shows the state's interest in resuming governance and empowerment as administrator of the public, not answering the changing needs into the health system.

**Keywords:** Health Sector Reform, access, financing, health services.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio contiene los antecedentes del Sistema de Salud, el origen y el modelo económico en el cual está fundamentado; la evolución normativa del sistema (reformas); la población, la cobertura y la situación en salud; el gasto total en salud incurrido; las fuentes de financiación, la cartera por pagar de los diferentes actores del sistema .

De igual manera incluye las propuestas de reforma presentadas al Congreso de la República y su análisis, las encuestas realizadas para confrontar los resultados de la revisión bibliográfica frente a la opinión de los expertos.

Cuando en 1993 se promulgó la Ley 100, se logró romper el paradigma de que la mayoría de colombianos debían asistir a los entonces llamados 'hospitales de caridad' y que se había encontrado una piedra filosofal para el manejo de la salud donde sus principios auguraban éxito basados en la nueva carta constitucional: eficiencia, universalidad, integralidad, unidad y participación (Ortiz, 2013). El propósito fundamental de la Ley 100 de 1993 fue alcanzar la cobertura universal en la prestación de los servicios asistenciales de salud. Se esperaba garantizar y financiar dicha cobertura mediante tres regímenes: el contributivo, autofinanciado totalmente con los aportes obligatorios obrero-patronales y que podría, según estimaciones preliminares, cubrir el 70 por ciento de la población colombiana; el de seguridad social, o subsidiado, con subsidios a la demanda de origen fiscal y de solidaridad parafiscal, que podría llegar a cubrir integralmente la meta del 30 por ciento; y de servicios o Planes de Atención Complementaria (PAC), regido por reglas del mercado y que podría llegar al 10 por ciento de la población que tenga los mayores recursos financieros (ENDS,2010).

Hoy casi veinte años después de promulgada la Ley 100 de 1993 que implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aspecto como son el

aseguramiento, la prestación de servicios, la financiación y la ética han sido cuestionados. (Procuraduría General de la Nación, 2011). Lo anterior, origina un deficiente impacto en la condición de salud de la población y el descontento de los usuarios, lo que ha generado crisis en el sector, que no han sido superadas con ninguna de las reformas realizadas. Aun cuando se han realizado diferentes acciones, como el aumento en la financiación del sistema, que corresponde a 6.1 puntos del PIB (Banco Mundial, 2013) sistema de seguridad social en salud sigue sin satisfacer a sus usuarios.

En este sentido los diferentes actores del sector, preocupados por los problemas del sistema se han interesado en hacer propuestas que reformen el SGSSS. Cabe aclarar que cada actor tiene diferentes intereses para defender y por tanto su propuesta está dirigida a mantener su permanencia y condición de lucro en el

En la actualidad el Congreso de la República está analizando las propuestas de reforma al sistema de salud, para realizar cambios al modelo y ante la mirada atenta de los diferentes actores del sector, con intereses económicos en juego, se propone realizar la revisión de las propuestas de reforma, con el fin de hacer un análisis crítico que permita plantear una propuesta objetiva desde la academia y lejos de los intereses económicos que mueven a los involucrados.

Con lo anteriormente expuesto se ha decidido enfocar la atención y el interés en el componente de financiación para el desarrollo del presente estudio.

Se concluye con el modelo propuesto en la reforma, la eliminación de la administración de los recursos financieros por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) (intermediación financiera), con lo cual se dinamiza el flujo de recursos en el sistema, pasando directamente de la fuente al prestador. Por lo anterior se podría afirmar que saldrá fortalecida la prestación de servicio en el modelo propuesto. Sin embargo el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene la experiencia ni la estructura para realizar adecuadamente las funciones de recaudo, afiliación, pago y transferencias.

Esta concentración de funciones generará riesgos, teniendo en cuenta la complejidad de las funciones asignadas. Las respuestas a las necesidades de la población aun no son resueltas con la definición de una ley estatutaria que deja en el limbo aspectos relevantes como la sostenibilidad financiera y la progresividad en el plan de beneficios.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La agudización de la crisis del sector salud y los intereses de los diferentes actores del sistema exponen las limitaciones de las posibles reformas estructurales, sin que exista un pronunciamiento objetivo de las mismas por parte de la academia.

El aseguramiento realizado a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a través de los Regímenes Subsidiado y Contributivo, se define como la gestión articulada del riesgo en salud, riesgo financiero, representación del afiliado frente al prestador, y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios. Sin embargo, el aseguramiento presenta deficiencias en la articulación de los actores y todavía no garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud, aun cuando la cobertura del aseguramiento está por encima del 90%. (Buitrago, 2009).

**La prestación** del servicio de salud fue definida a través de la Política Nacional de Servicios de Salud (Ministerio de la Protección Social, 2005), y tiene como propósito “garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población”. Los tres siguientes ejes de análisis presentan dificultades:

- El eje de acceso aun no es efectivo por la fragmentación en los servicios, las barreras de acceso están dadas por la falta de oportunidad e integralidad y el deficiente funcionamiento de las redes de prestación de servicios.
- El eje de calidad está definido en dos aspectos: mejoramiento continuo y atención centrada en el usuario, aunque este eje ha mejorado con la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, todavía no se consolida y se evidencian deficiencias en los sistemas de habilitación, información y auditoría, generando riesgos en la atención en salud.

- El eje de eficiencia se refiere a la utilización adecuada de los recursos y la obtención de mayores beneficios, este aspecto requiere la competencia de usuarios, aseguradores y prestadores, la dificultad radica en lograr el equilibrio financiero y mantener las condiciones de salud de la población.

**La financiación** del sistema de salud está determinada por los aportes del Estado y de quienes tienen capacidad de pago, sin embargo la dificultad radica en que el sistema está basado en una economía de empleo y la proporción de contribuyentes es cada vez menor<sup>1</sup> y por lo tanto el apalancamiento no es suficiente. Adicional a lo anterior está la Sentencia T 760 de 2008 que determina la igualación de los planes de beneficios para el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

Finalmente, en cuanto a la ética y la transparencia, la problemática gira en torno a la disolución de principios éticos y morales frente a aspectos financieros (Molina & Ramírez, 2011).

Una vez revisados los alcances teóricos y la evidencia frente a cada eje de análisis, se encuentra que dada su extensión es necesario focalizar el estudio en uno en particular, para generar un aporte más concreto al debate que se pretende desarrollar.

Con base en lo anteriormente expuesto, y considerando que la financiación es quizás el eje que ha impactado la gestión, en el logro de resultados, en mayor proporción (Procuraduría General de la Nación, 2011) se ha decidido enfocar la atención y el interés en esta materia para el desarrollo del presente estudio.

---

<sup>1</sup> Para el año 2009 los trabajadores formales, servidores públicos, pensionados y trabajadores independientes correspondían al 38% de la población, mientras que el 50.6% correspondía a la población del Régimen Subsidiado. Cabe recordar que parte de la financiación de este régimen proviene de un aporte de solidaridad de la cotización del régimen Contributivo. (Según el BID).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación pretende hacer una revisión de los antecedentes del sistema de salud colombiano, a partir de la Ley 100 de 1993, con el fin de identificar los aportes de cada una de las reformas que se han promulgado.

En segundo lugar, se adelantará la revisión de las cinco propuestas presentadas al Congreso de la Republica para la reforma a la salud, y su análisis crítico para identificar los aportes en el eje de: financiación y presentar los puntos que dan respuesta a la problemática desde la experticia y la objetividad de la academia.

El sistema de salud, el país y la población en general espera que la reforma al sistema de respuesta a sus necesidades en salud, por tal motivo es necesario dar una mirada crítica y experta a los proyectos de reforma que se han presentado. La propuesta es presentar un análisis que brinde herramientas para interpretar y comprender los alcances e implicaciones de los proyectos de reforma, para presentar una mirada crítica a la problemática de salud en el país.

## **3. MARCO TEÓRICO**

La evolución teórica en el mundo acerca de la Seguridad Social está dada por los modelos de Bismarck y Beveridge.

El modelo bismarckiano (Van Parijs, 1994) propone un modelo de aseguramiento obligatorio, que se caracteriza porque los trabajadores ahorran parte de su salario de manera obligatoria para conformar un fondo de reserva que sirve para cubrir, cuando sea necesario, los gastos en salud y para garantizar un ingreso mínimo cuando el aportante ya no pueda trabajar

En el modelo beveridgenano propuesto por el inglés William Henry Beveridge (1879-1963), las contribuciones por trabajo o por rentas proporcionan a todos los

miembros de la sociedad un nivel mínimo de recursos incluso para la atención en salud, en caso de no poderlo alcanzar por sus propios medios (por ejemplo por su edad, enfermedad, incapacidad, accidente) (Van Parijs, 1994).

Existe otro modelo, conocido como paineano por su autor Thomas Paine (1773-1809), en el que se propone que todas las contribuciones se constituyan en un fondo que servirá para pagar de manera incondicional a todos los miembros de la sociedad un ingreso uniforme (Van Parijs, 1994).

### ***3.1. Origen del sistema de salud colombiano. En qué modelo se fundamenta conceptual y económicamente***

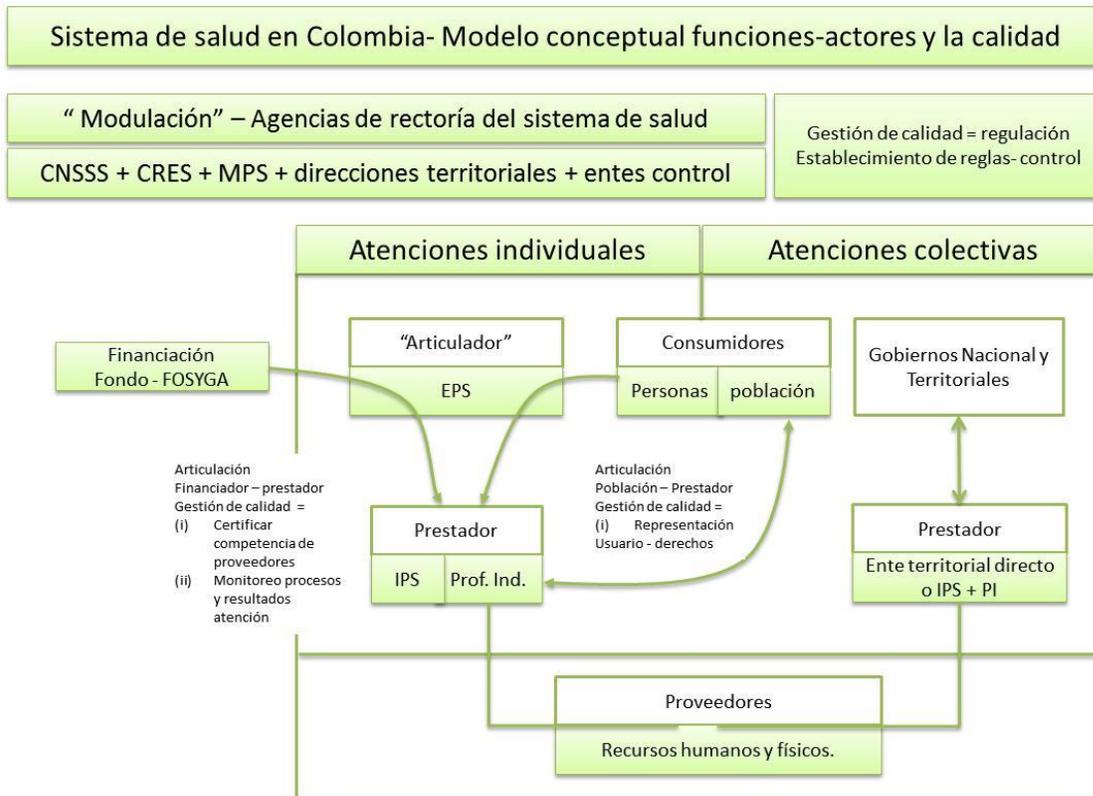
El modelo teórico que mejor describe el fundamento conceptual del sistema de salud en Colombia corresponde al llamado modelo de pluralismo estructurado (Londoño & Frenk, 1997), el cual surge según previsión de sus autores para desarrollar opciones para reestructurar los sistemas de salud utilizando para ello un enfoque sistemático, que cuenta con los siguientes componentes:

1. **Financiamiento:** la recolección de dinero, su acumulación y asignación para la prestación de servicios
2. **Prestación de Servicios:** combinación de insumos en un proceso de producción que conduce a una serie de productos que generan un resultado.
3. **Modulación:** implica establecer, implantar las reglas de juego para monitorear el sistema de salud, así como imprimir al mismo una dirección estratégica.
4. **Articulación:** función que reúne y da coherencia a los componentes de la atención en salud. Abarca actividades que permite el flujo de recursos financieros hacia la producción y el consumo de la atención en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social se encarga de la función de modulación, establece las reglas para generar incentivos que permitan influir, controlar y regular el comportamiento de los actores del sistema. La administración de la protección financiera, tiene como agencia principal a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes desempeñan la función de articulación del sistema, generando dos enlaces claves entre: (i) las fuentes de financiamiento y los proveedores de servicios, por un lado; y (ii) los proveedores y la población, por el otro (Ver Gráfico 1).

El Pluralismo Estructurado, representa un punto intermedio entre los dos polos (público y privado) en los que han funcionado los sistemas de salud, lo que evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización del sector privado. Esta nueva alternativa busca que el sistema ya no esté organizado por sectores sociales sino por funciones. Juegan aquí un rol importante los Ministerios de Salud de cada país asumiendo funciones de rectoría y regulación del sistema y procurando la conducción estratégica, en lugar de ser un proveedor más de servicios de salud.

## Gráfico N°. 1: Sistema de Salud en Colombia – Modelo conceptual



Tomado: 1er Informe Nacional de Calidad en Atención en Salud “INCAS Colombia 2009”

Autores como Londoño y Frenk (1997) han identificado en América Latina problemas asociados con la administración del sistema de salud. Deficiencias como la cobertura, la pobre calidad en la prestación de servicios médicos, el aumento en los costos, incentivos inadecuados, inseguridad financiera y insatisfacción en los usuarios son comunes en la región. (Londoño & Frenk, 1997).

No obstante, se debe reconocer la influencia del modelo propuesto en Chile, “la primera reforma de salud mercantilizada y privatizadora” (Laurell & Herrera Ronquillo, 2010), donde se propuso el aseguramiento (público o privado) obligatorio, la separación entre financiamiento y prestación de servicios, y la inclusión de administradores privados para el aseguramiento.

Por su parte , el modelo mexicano propuso tres esquemas de aseguramiento, entre ellos el Seguro de Salud de la Seguridad Social, los seguros privados y el Seguro Popular que es el encargado de atender a la población sin seguridad social laboral. En el se define una serie de intervenciones y medicamentos, la gran dificultad de esta definición es que ha generado fragmentación en los procesos de atención (Laurell & Herrera Ronquillo, 2010).

El Sistema de Salud Colombiano sufre una reforma a partir de los noventa con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, donde se propone un modelo de Seguridad Social Integral. Este modelo se incorpora a partir del concepto de Seguridad Social del Canciller alemán Otto Von Bismark, quien establece la protección a los trabajadores contra la enfermedad, accidentes de trabajo e invalidez y vejez. Lo anterior hace parte del compromiso del Estado con los trabajadores, y sus principios son la obligatoriedad, la cotización de los trabajadores, y el papel regulador del Estado. (Trabajo revista de la OIT, 2009). De igual manera la propuesta de dos regímenes como el contributivo y el subsidiado incorpora un modelo de aseguramiento basado en la solidaridad como lo propone Beveridge.

La Ley 100 de 1993, también conocida como Sistema de Seguridad Social Integral está compuesta por un Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y el Sistema General de Riesgos Profesionales, para el caso en cuestión se hace referencia al SGSSS, cuyo principal objetivo es “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1993). Este sistema propone la salud como servicio público con los fundamentos de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

La propuesta además de promover un Estado de bienestar, también está dirigida a resolver los problemas de ineficiencia de los servicios a cargo del Estado, por

medio de la descentralización administrativa, de los servicios de salud y la transferencia de responsabilidades, aunque sin dejar de lado el interés económico en controlar el negocio de los servicios sanitarios (Arias, 2005).

### **3.2. Algunos apuntes frente a los aciertos y desaciertos del sistema:**

- Aumento en la cobertura de afiliación al SGSSS, sin que ello represente acceso efectivo y oportuno a la prestación del servicio<sup>2</sup>. (Céspedes, y otros, 2000).
- La fragmentación el sistema propone tres figuras principales: aseguradores, prestadores y proveedores, con una desventaja para los usuarios en la prestación de los servicios de salud, donde diferentes instituciones están a cargo de la prestación, pero ninguna se hace responsable de la articulación o del seguimiento al caso.
- Teniendo en cuenta que el modelo está basado en una economía de empleo, aun cuando dista de la realidad del país, se debe reconocer que cumple con el principio de solidaridad, pues el 67% de la población ocupada (informal) está afiliada al régimen contributivo y subsidia de manera solidaria a la población sin capacidad de pago (DANE, 2012).
- El ingreso de nuevos actores como son los intermediarios de la salud que se dedicaron a buscar rendimientos financieros (Londoño R. I., 2002)
- Los beneficios ofrecidos están determinados por el tipo de vinculación al sistema<sup>3</sup>. De acuerdo a la capacidad de pago, el beneficiario pertenece a uno u otro régimen: excepción, contributivo, subsidiado o vinculado. Quienes pertenecen al régimen subsidiado o son vinculados tienen un plan

---

<sup>2</sup> El aumento en la cobertura en salud, la cual paso del 23% en el 1993 al 93% en el año 2012, no se ha traducido en acceso oportuno a la prestación de servicios de salud como derecho un fundamental. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

<sup>3</sup> “Aunque está permitido por la ley, el acuerdo que rige el Régimen Privilegiado (RP) no es consistente con los principios del Régimen Excluido (RE) ya que va en contra de los objetivos de equidad y eficiencia” (Chernichovsky, Guerrero, & Martínez, 2012)

obligatorio de salud mínimo y con restricciones, frente a aquellos que tienen capacidad de pago<sup>4</sup>.

- La calidad en la prestación de servicios de salud es deficiente y se evidencia por diferentes motivos, algunos ya expuestos en los puntos anteriores, aunado a las condiciones impuestas al recurso humano en salud: límites en el tiempo de atención, en medicamentos, contención del costo en el uso de las ayudas diagnósticas, las remisiones, etc.... Llevando a la deshumanización en la prestación de servicios de salud, el trato poco digno hacia el paciente y peor aún si resolución efectiva de los motivos de consulta. (Uprimny, 2012)
- La descentralización administrativa llevó a transferir las responsabilidades a los entes territoriales y a los municipios, quienes no estaban preparados técnicamente para este desafío, ni para coordinar las acciones de salud pública que están a su cargo, y tampoco para el manejo de los recursos, convirtiéndose en otro ícono de la politiquería (Penning, 2003).
- La descentralización de los hospitales, introdujo el concepto de empresa, dejando de lado su misión como prestadores de servicios de salud y convirtiéndose en instituciones con ánimo de lucro. Las instituciones hospitalarias no estaban preparadas para este reto y poco a poco esta situación los llevó a reestructuraciones que terminaron en liquidaciones o fusiones.
- La intermediación en el flujo de los recursos también ha generado ineficiencia, pues el dinero destinado para las atenciones en salud se está quedando en manos de los intermediarios como costos de administración, sin generar verdadero impacto en los usuarios.
- El modelo de aseguramiento es un modelo de mercado donde los intereses frente a la salud son mínimos y por ello se deja de lado su énfasis preventivo y se focalizan sus esfuerzos en la asistencia médica.

---

<sup>4</sup> “Los planes de beneficios son diferentes para cada uno de los regímenes, en el caso del régimen Subsidiado cubre enfermedades catastróficas y atención primaria, pero la cobertura es limitada en la atención hospitalaria. Mientras que los vinculados tiene derecho a recibir tratamiento en hospitales públicos” (Chernichovsky, Guerrero, & Martínez, 2012).

- Ante la falta de un modelo médico<sup>5</sup>, el afiliado esta atomizado y sujeto a múltiples trámites para lograr la prestación de servicios, que por demás no se integran con algunas excepciones.
- Se cambia el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, disminuyó la prestación de servicios. (Banco de la República, 2012).

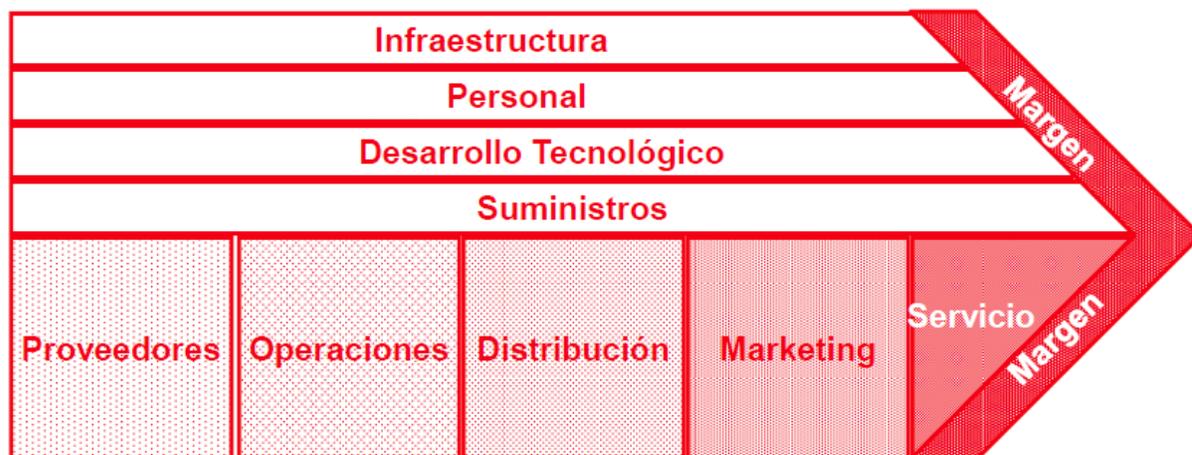
Según Porter & Olmsted Teisberg (2006) la cobertura universal y el acceso a la atención en salud es esencial pero no suficiente, las mejoras en el sistema de salud requieren una reestructuración fundamental de la prestación de servicios de salud y no solo algunos ajustes. Mejorar los procesos, la atención, la seguridad, el control de las enfermedades hace parte de los cambios pero no es suficiente para una reforma que pretende crear un sistema de salud basado en una cadena de valor. Lo fundamental en el cuidado de la salud es el valor de la atención, entendiendo valor como los resultados en salud del paciente por cada dólar gastado.

Para ello propone como herramienta de análisis la Cadena de Valor, como modelo que permite identificar y analizar actividades estratégicamente relevantes para obtener ventajas competitivas. Clasifica y organiza los procesos de una empresa con el fin de enfocar los programas de mejoramiento... (Porter & Olmsted Teisberg, 2006).

---

<sup>5</sup> Según ponencia de Jaime Arias, director de ACEMI, en un Foro de Salud realizado en la Universidad del Rosario, dentro de las actividades académicas de la Maestría en Administración en Salud.

**Gráfico N°. 2: Cadena de Valor**



Fuente: Tomado de Presentación Cadena Productiva y Balance Tecnológico. Javier González Rodríguez. Colegio Mayor Universidad del Rosario.

### **3.3. Ajustes y reformas**

Diez años después de la promulgación de la Ley 100 de 1993, y ante las inconformidades frente a la misma, surge la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, contemplada en la Ley 1122 de 2007, la cual busca mejorar la prestación de servicios de salud, la cobertura, definir la participación del Estado y la equidad (Congreso de la República de Colombia, 2007). Esta reforma expone la conformación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) con el fin de eliminar el Consejo de Seguridad Social en Salud y le atribuye como funciones la toma de decisiones respecto a la definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), definir los planes obligatorios de salud y establecer los planes de beneficios entre otras (Restrepo J, 2007).

En cuanto a la financiación se incrementa el monto de la cotización en 0.5 % para los afiliados al régimen contributivo, y del valor total de cotización se destinó el 1.5 % para financiar el régimen subsidiado. También propone cambios en cuanto al flujo y protección de los recursos del Régimen Subsidiado, aumento gradual

aportes de la nación a través del Sistema General de Participaciones destinado para salud, y se incluye la opción de aportes que realizan los beneficiarios de subsidios parciales para acceder al subsidio pleno o al régimen contributivo. La utilización de recursos para el pago de la deuda de régimen subsidiado vigente a 31 de diciembre de 2004, con recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera no comprometidos y el Fondo Nacional de Regalías por una sola vez (Restrepo, 2007). El aseguramiento no presenta cambios significativos puesto que se mantuvo la condición de aumentar la cobertura para la población de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, aun cuando esto no garantizaba el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud (Restrepo, 2007). Se define el suministro de medicamentos solicitados para las enfermedades de alto costo, donde los casos deben ser analizados por los Comités Técnico Científicos dentro de los tiempos establecidos, sin embargo si esto no ocurriera y se obliga al cumplimiento por medio de acción de tutela, el valor será asumido por la EPS y el Fondo de seguridad y garantía (FOSYGA), teniendo como base las tarifas establecidas por la CRES. Este aspecto es el origen de los futuros problemas de cobros a cargo de las EPS y del endeudamiento del FOSYGA, porque al parecer el manual de tarifas no fue establecido y muestran una tendencia al aumento (Pinto & Muñoz, 2010).

En lo que se refiere al acceso esta ley no presenta soluciones, tan solo menciona la eliminación de copagos para los afiliados al Régimen Subsidiado y el acceso a los servicios de baja complejidad en el municipio de residencia de los afiliados, por lo demás se mantiene la situación crítica de las barreras de acceso a la prestación de servicios de salud.

En materia de flujo de recursos, la ley 1122 de 2007, no determinó acciones concretas que permitieran establecer un adecuado uso del dinero, y por ello quedo inmerso dentro de las cuentas maestras de los entes territoriales y el FOSYGA-, sin posibilidad de utilizarse en el sistema. Esto conllevó, en parte, a la crisis financiera del sector por el aumento de la deuda entre los diferentes actores del

sistema (FOSYGA, Entes Territoriales, EPS, IPS, ESE), producto del modelo desarrollado en cuanto al manejo de los recursos.

Ante la crisis del del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Corte Constitucional expidió la sentencia T-760 de 2008, en la cual se revisan veintidós tutelas presentadas. El fallo reiteró el carácter fundamental del derecho a la salud, el cual puede ser limitado dentro de los principios de razonabilidad y proporcionalidad. Así mismo se establecieron órdenes a los diferentes órganos gubernamentales para materializar el derecho a la salud, tales como la cobertura universal, unificación del plan de beneficio contributivo y subsidiado, incentivando el acceso y desincentivando la negación de servicios. Se motivó la participación de los usuarios y profesionales de la salud en los procesos, se abogó por la; jerarquización de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones prestadoras de salud que nieguen servicios y se buscó la adopción de mecanismos para la autorización de servicios y agilización de recobros para la lograr un adecuado flujo de recursos.

Teniendo en cuenta la sentencia de la Corte Constitucional y la iliquidez del sistema por las elevadas deudas de los Departamentos, producto de los millonarios recursos que deben ser destinados para cubrir los servicios no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, El Gobierno Nacional determinó la emergencia social del año 2010 como mecanismo de financiamiento y control de los recursos del sistema. Estos decretos fueron declarados inexequibles por la Corte Constitucional, al considerar que los presupuestos que establece para declarar la emergencia social no concurren en este caso, es decir que no hubo hechos que justificaran la declaratoria. No se trató de una perturbación que no fuera posible conjurar a través de medios ordinarios dispuestos, existían medidas diferentes de las legislativas para enfrentar la situación (Sentencia 252 de 2010).

La Ley 1438 de 2011, no estableció en el ámbito financiero cambios estructurales, toda vez que no estableció mecanismos que permitieran superar los problemas financieros en salud. Se limitó a desarrollar los mecanismos de asignación de recursos, la relación entre aseguradores y prestadores, el desarrollo de algunos de

los principios propuestos en los decretos de emergencia social y la creación del Fondo de Salvamento de Entidades Territoriales (FONSAET).

En términos generales las reformas a la salud realizadas en el país, no han permitido solucionar la crisis financiera del sector, teniendo en cuenta que no han presentado cambios estructurales a los problemas que históricamente han persistido, evidenciados en diferentes estudios realizados en el país, toda vez que los problemas han sido manejados superficialmente (Integración vertical, pagador único, FOSYGA, flujo de recursos).

**Tabla N°.1: Cuadro comparativo de los efectos de las reformas**

<b>CRITERIO</b>	<b>LEY 100 DE 1993</b>	<b>LEY 1122 DE 2007</b>	<b>LEY 1438 DE 2011</b>
<b>Objeto</b>	Creación del Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia.	Reforma el Sistema de seguridad en social en salud con énfasis en la relación asegurador prestador	Fortalece el Sistema de Seguridad Social en Salud con la estrategia de atención primaria en salud
<b>Generalidades</b>	Se fundamenta en la libre competencia entre los actores Subsidio a la oferta al subsidio a la demanda	Se hacen reforma en el direccionamiento, financiamiento, salud pública	Orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el eje central el bienestar del usuarios
	Establece el aseguramiento como pilar del sistema	Se establece la cobertura universal	Universalidad en el aseguramiento, portabilidad nacional
	Libre Elección	Libre elección para población desplazada y desmovilizada	Sistema de información para garantizar la libre

CRITERIO	LEY 100 DE 1993	LEY 1122 DE 2007	LEY 1438 DE 2011
			elección.
	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS	CNSSS consultor y asesor Se crea la Comisión Regulación en Salud	La CRES realizará actualización de enfermedades huérfanas
	El Plan de atención básica será gratuito	Actualización del POS anualmente Se reducen periodos mínimos de cotización a 26 semanas para enfermedades de alto costo	Unificación de plan de beneficios Las EPS no podrán exigir antigüedad a los usuarios para acceder a servicios médicos
	Superintendencia Nacional de Salud órgano de control	Se reestructura la Supersalud y se crea la función jurisdiccional	Funciones a la Supersalud de policía administrativa
	Se cambia la denominación de los hospitales públicos, por empresas sociales del estado ESE	Se cambia el concepto de Administradoras del régimen subsidiado (ARS) por EPS-S	Se modifican los planes complementarios por planes voluntarios en salud
Financiación	Aportes del empleador y trabajador Cajas de Compensación Sistema General de Participaciones Pagos moderadores	Aumento de la cotización en el régimen contributivo. 0.5% Incremento en los recursos del SGPS. Fondo de Ahorro Estabilización Petrolera, Flujo de	Giro directo a prestadores Creación del FONSAET Define las fuentes de financiación de Salud Pública APS y PYP

CRITERIO	LEY 100 DE 1993	LEY 1122 DE 2007	LEY 1438 DE 2011
		recursos cuentas maestras	Incrementa la financiación del régimen subsidiado. Retención en la fuente de los aportes al SGSSS
	Administrador de los recursos FOSYGA	Integración vertical 30%, Contratación del 60% de las EPS-S con ESE.	Desaparecen multas por inasistencia a citas de medicina general

Fuente: Construcción propia

### **3.4. Generalidades**

El sistema de salud en Colombia antes de la década de los noventa era inequitativo, precario e ineficiente. Se encontraba conformado por conjunto de instituciones desarticuladas, que realizaban esfuerzos individuales que no generaban impacto en la población en términos de resultados en salud, de allí la imperiosa necesidad de reformar el sistema nacional de salud existente, lo cual se materializó con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, la cual fue formulada sobre las bases macroeconómicas de la apertura económica del país con un crecimiento del PIB anual de 5%, enmarcada en el proceso privatizador de los servicios del Estado para reducir déficit fiscal como imposición de la banca multilateral (Marles, 2011).

La Ley 100 de 1993 apropia principios fundamentales tanto del Modelo alemán, como del Modelo inglés, lo que la convierte en un modelo de tipo mixto, con equilibrio desde el punto de vista económico, al no ser netamente proteccionista (keynesiano), ni de libre mercado (neoliberal). Sin embargo, su aplicación desde un inicio no ha sido la más adecuada, y ha dejado vacíos que han resultado en su desangre y falta de eficiencia. (Jimenez, 2006)

La reforma colombiana del sector salud se inició en la década de los ochenta, y se continuó en los noventa mediante la aprobación de una serie de leyes y de la preparación de una plataforma técnica para el cambio. En estas leyes, es posible identificar las siguientes metas que se propusieron alcanzar con la reforma del sector salud colombiano: (Saenz, 2001)

- Lograr la cobertura universal (acceso equitativo y para el total de la población a servicios de salud);
- Aumentar la efectividad del uso de los recursos orientándolos hacia la atención preventiva y primaria, y focalizándolos en las áreas rurales y la población pobre; y
- Garantizar servicios de calidad.

Para alcanzar estas metas se proponían dos vías principales: la descentralización del sector salud; y la creación de un modelo de aseguramiento único para toda la población

### **3.5. Población**

En el año 1993 Colombia contaba con una población de 36 millones de habitantes, y en 2012 pasó a 46.5 millones, lo que representó un incremento del 28.7 % en la población. (DANE, 2013)

**Tabla N° 2: Población de Colombia 1993 - 2012**

Rango de Edades	2012	1993	Variación	
			Absoluta	Relativa
0-4	4.291.149	4.623.245	-332.096	-7,2%
5-9	4.272.011	4.253.581	18.430	0,4%
10-14	4.359.830	3.901.609	458.221	11,7%
15-19	4.401.418	3.538.092	863.326	24,4%
20-24	4.169.560	3.285.684	883.876	26,9%
25-29	3.746.936	3.203.167	543.769	17,0%
30-34	3.375.368	2.822.087	553.281	19,6%
35-39	3.007.266	2.301.619	705.647	30,7%
40-44	2.903.042	1.846.992	1.056.050	57,2%
45-49	2.832.007	1.462.859	1.369.148	93,6%
50-54	2.460.771	1.196.155	1.264.616	105,7%
55-59	1.969.508	1.044.180	925.328	88,6%
60-64	1.533.411	862.665	670.746	77,8%
65-69	1.139.440	716.625	422.815	59,0%
70-74	848.094	550.586	297.508	54,0%
75-79	641.029	328.748	312.281	95,0%
80 Y MÁS	630.983	269.214	361.769	134,4%
<b>Total</b>	<b>46.581.823</b>	<b>36.207.108</b>	<b>10.374.715</b>	<b>28,7%</b>

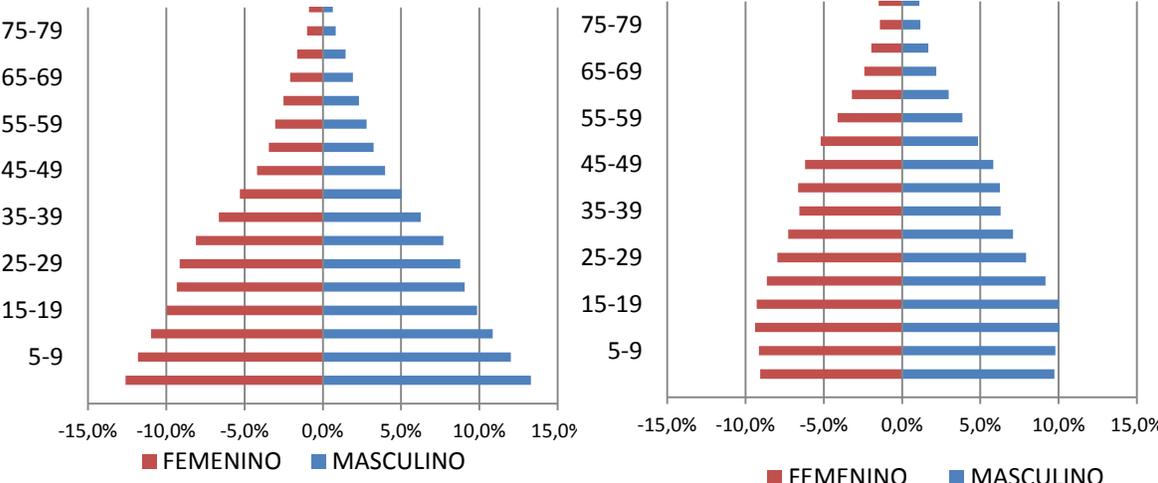
Fuente: DANE Censo 2005 Proyecciones

En general, la evolución demográfica de Colombia ha sido favorable en aspectos como aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil, baja en las tasas de crecimiento poblacional, baja en la fecundidad e incremento en uso de métodos de planificación familiar. Muy relacionados con la evolución demográfica (transición demográfica), hay avances importantes en educación e inserción laboral femenina y se presenta una situación de “oportunidad demográfico”. De acuerdo con esas tendencias, Colombia está en la tercera etapa de la transición demográfica, en la que las tasas de natalidad han disminuido por

varios factores entre los cuales los más relevantes son el mejoramiento de la educación de las mujeres, el uso de anticoncepción y la participación de las mujeres en la actividad económica. Como resultado, la estructura por edad de la población colombiana se envejece. Esto se aprecia en una pirámide más estrecha en la base y más amplia en edades intermedias y mayores. (UNFPA, 2008)

Es importante resaltar la disminución del 7.4% en el rango de 0 a 5 años, lo cual guarda relación con la tasa de fecundidad, como también la reducción de habitantes en los grupos etarios de 0 a 9 años (base piramidal) y el aumento en los grupos etarios de 45 años en adelante (Ver Gráfico No. 3). Como resultado de la baja en la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer, el impacto del costo en salud es significativo y se produce un aumento aproximado de 3.8 billones de pesos en especial por la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo mayor el aumento en el régimen contributivo con 2.5 billones frente a 1.3 billones del régimen subsidiado.

**Gráfico No. 3: Pirámide Poblacional 1993 – 2012**



Fuente: Censo 2005 DANE Proyecciones

La distribución por edades de la población interactúa con las características sociales y económicas y determina la proporción de personas en edad de trabajar, la tasa de dependencia económica, la incorporación a la fuerza laboral y demandas económicas y de servicios sociales. Una estructura como la colombiana, en proceso de envejecimiento, con un peso alto en edades intermedias, implica, en materia de política, mayores esfuerzos para generar empleo y ahorro para los adultos jóvenes y cambiar la estructura del gasto público social para hacer provisiones de apoyo financiero e inversiones en atención de la población jubilada. (UNFPA, 2008)

El índice de Necesidades básicas insatisfechas ha presentado una disminución de aproximadamente diez puntos porcentuales logrando en el año 2011 un 25.7% (PNUD 2013) frente al 35.8% observado en el año 1993 (CASEN)<sup>6</sup>. Así mismo la esperanza de vida al nacer ha aumentado en un 7% desde el año 1993 (69,25 años) a 2011 (74,55 años) con tendencia más alta en el sexo femenino. La tasa de fecundidad ha disminuido un 49% desde el año 1993 en cual presentaba 3,15 hijos al 2011 con 2,12 hijos (DANE, 2010)

**Tabla N° 3: Distribución Poblacional 1993 – 2012**

DESCRIPCIÓN	1993	2012
POBLACIÓN	<b>36.207.108</b>	46.581.823
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	35,80%	27,78%
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	69,25	74,55
FECUNDIDAD	3,15	2.12
ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	0,813	0,719

Fuente: DANE 2013

<sup>6</sup> CASEN: Encuesta Nacional de Caracterización Socio-económica, Departamento Nacional de Planeación DNP 1993, realizada a 24.500 hogares Colombianos

En Colombia el índice de desarrollo humano (IDH)<sup>7</sup> es de 0.719, inferior al promedio de 0,758 para los países en el grupo de desarrollo humano alto y por debajo del promedio de 0,741 para los países de América Latina y el Caribe. En el grupo de América Latina y el Caribe, los países que están cerca de Colombia en el año 2011 por su clasificación según el IDH y el tamaño de la población son México (0.775) y Brasil (0.73) que tiene los puestos 55 y 70, respectivamente. Sin embargo, el 0,719 se ajusta debido a la desigualdad en la distribución de los índices de los componentes, cayendo el IDH al 0.519, una pérdida de 28,2 por ciento (PNUD, 2013).

**Tabla Nº 4 Índice de Desarrollo Humano Comparado**

<b>Año</b>	<b>Colombia</b>	<b>Desarrollo humano alto</b>	<b>América latina y el Caribe</b>	<b>Mundo</b>
2012	0.719	0.758	0.741	0.694
2011	0.717	0.755	0.739	0.692
2010	0.714	0.753	0.736	0.690
2009	0.710	0.747	0.730	0.685
2008	0.704	0.745	0.729	0.683
2007	0.698	0.738	0.722	0.678
2006	0.690	0.732	0.715	0.672
2005	0.681	0.725	0.708	0.666
2000	0.658	0.695	0.683	0.639
1995	n.d.	n.d.	0.653	0.618
1990	0.600	0.656	0.623	0.600
1985	n.d.	n.d.	0.600	0.578
1980	0.556	0.605	0.574	0.561

Fuente: PNUD 2013

<sup>7</sup> El índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador del desarrollo humano por país, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno. El IDH puede ser visto como el potencial índice de desarrollo humano que pudiera ser alcanzado de no haber desigualdad en un país.

### 3.6. Cobertura

Como consecuencia de la implementación del sistema de Seguridad Social se han logrado avances significativos en el aumento de la cobertura, la cual pasó en 1993 de un 23% (Céspedes, y otros, 2000) a un 92.7% (BDUA)<sup>8</sup>, esta última cifra está compuesta primordialmente por un 43.7% del Régimen Contributivo, un 48.5% del Régimen Subsidiado y un 0.9% de los regímenes especiales y excepcionados (Ver Tabla No. 5). La cobertura total asciende a 43 millones (BDUA Dic 2012), cifra que se encuentra incidida especialmente por la política estatal de cobertura universal, que debió haberse logrado en el año 2000, acorde a las proyecciones planteadas desde la implementación de la Ley 100 de 1993.

**Tabla Nº 5: Composición por régimen en el Sistema de Seguridad Social en Salud a diciembre de 2012.**

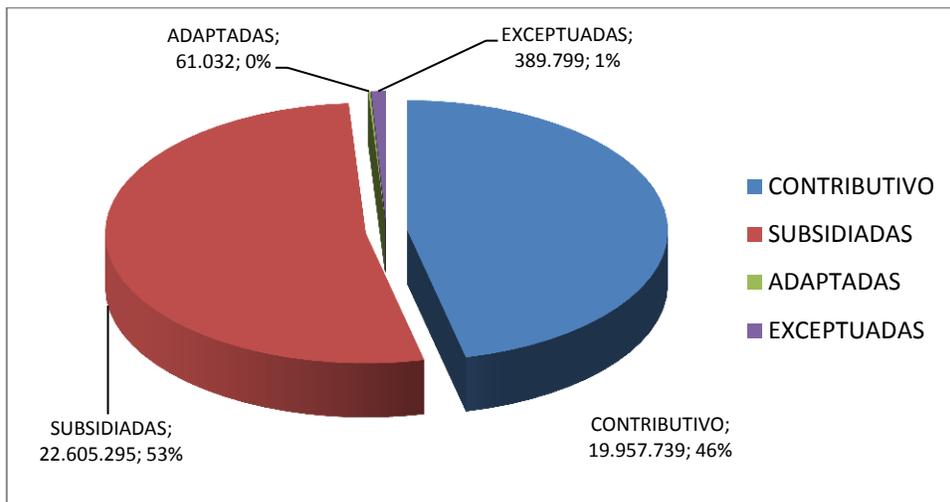
DESCRIPCIÓN	HABITANTES	%
CONTRIBUTIVO	19.957.739	42,8%
SUBSIDIADAS	22.605.295	48,5%
ADAPTADAS	61.032	0,1%
EXCEPTUADAS	389.799	0,8%
POBLACIÓN NO ASEGURADA	3.567.958	7,7%
POBLACIÓN TOTAL	46.581.823	100,0%

Fuente Base de datos única de afiliados

---

<sup>8</sup> BDUA: Base de Datos Única de Afiliados, registro de los afiliados en Colombia base para realizar la liquidación mensual de afiliados con el cual se reconoce la UPC a las Entidad Promotoras de Salud

**Gráfico No. 4: Composición por régimen en el Sistema de Seguridad Social en Salud Diciembre de 2012.**



Fuente: Construcción propia

### **3.7. Situación en salud**

#### **3.7.1 Morbilidad**

En Colombia, la morbilidad registrada se utilizó sistemáticamente como criterio para la asignación de recursos desde 1976, cuando se puso en marcha el Sistema Nacional de Salud, hasta 1994 cuando se aplicó la reforma sanitaria establecida en la Ley 100 de 1993. Este hecho solo se materializó con la implementación de un Sistema de Información en Salud, el cual encontró serios inconvenientes inicialmente con los Registros individuales de atención en salud RIAS, que fueron declarados inexequibles por la Corte Constitucional y sólo en el año 2000, con la Resolución 03374 se estableció el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, el cual provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el plan de beneficio (POS y POSS). Más que como un instrumento de diagnóstico epidemiológico, el RIPS fue diseñado con el objetivo de facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras. (Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, 2010). Ver Tabla No. 6.

**Tabla N° 6 Las Primeras diez causas de morbilidad en Colombia 2010**

N°	CAUSAS DE MORBILIDAD
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes
2	Hipertensión esencial (primaria)
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
4	Personas en contacto con los servicios de salud por otras razones
5	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo
6	Caries dental
7	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores
8	Atención para la anticoncepción
9	Otras dorsopatías
10	199 Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Fuentes Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, 2010)

### **3.7.2. Mortalidad**

En Colombia, el DANE dirige y ejecuta desde 1973 el registro obligatorio y rutinario de las defunciones mediante el Certificado Individual de Defunción. Este instrumento permite disponer de una fuente regular y confiable para el análisis de situación de salud en los ámbitos nacional y regional (Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, 2010). Desde entonces, el registro de la mortalidad ha experimentado varios ajustes. En 1992 se reestructuró el DANE con el propósito de corregir la desarticulación de las agencias estatales involucradas en el registro y las fallas en la calidad del dato. Sin embargo la manera como se aplicó la reforma pudo tener efectos negativos sobre la calidad de la información. “El 1° de enero de 1998 se implanto al nivel nacional el Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, administrado por el DANE. Este sistema unificó el registro de las muertes mediante el Certificado Único de Defunción que mejoraba la estructura del formulario; entre otros cambios introducía información adicional

acerca de la mortalidad en mujeres en edad fértil y en neonatos e incorporaba información sobre la mortalidad fetal. El ajuste pretendía mejorar la calidad de la información relacionada con la mortalidad materna e infantil.” (Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, 2010)

Al observar las primeras causas de mortalidad para 2008 (ver tabla No 7), la primera es la enfermedad isquémica del corazón, en segundo y cuarto lugar las lesiones externas. En el tercer lugar las enfermedades cerebro-vasculares. De acuerdo con el estudio de carga de enfermedad, a más temprana edad estamos teniendo carga derivada de las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que es necesario realizar ajuste en la oferta de servicios especialmente en la promoción y prevención y la adherencia a estilos de vida saludable. Circunstancia que se presentaba en menor proporción al inicio de los noventa, la cual era impactada por la violencia en el país producto del conflicto interno. (Londoño, B. , 2011)

**Tabla Nº 7: Causas de mortalidad en Colombia 1990 - 2008**

CAUSAS DE MORTALIDAD 1993		CAUSAS DE MORTALIDAD 2008
1	Agresiones (homicidios)	Enfermedades isquémicas del corazón
2	Enfermedades isquémicas del corazón	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas
3	Enfermedades cerebro vasculares	Enfermedades cerebro vasculares
4	Insuficiencia Cardíaca	Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores
5	Neumonía	Diabetes Mellitus
6	Enfermedad Hipertensiva	Otras enfermedades del sistema digestivo
7	Enfermedades crónicas vías respiratorias	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas
8	Accidentes de transporte motor	Infecciones respiratorias agudas
9	Tumor maligno de estómago	Enfermedades hipertensivas
10	Otros accidentes, incluso los efectos tardíos	Enfermedades del sistema urinario

Fuente: Programa “Así vamos en salud”, 2011

El estudio realizado por el Ministerio de Protección Social a través de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia<sup>9</sup> determinó que las cinco principales causas de defunción en el periodo 1985-2006 fueron, en su orden: las enfermedades del aparato circulatorio (28,7%), las causas externas (23,2%), los tumores (14,4%), las enfermedades respiratorias (8,7%) y las enfermedades del aparato digestivo (4,3%). Estas causas se mantuvieron estables en el periodo y dan cuenta del 79,3% de la mortalidad observada.

<sup>9</sup> ASIS 2010 Análisis de la Situación en Salud en Colombia 2002-2007. Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre la situación de salud de los colombianos, se diseñó un estudio de cobertura nacional que brindará información sobre la morbilidad sentida e institucional, los factores de riesgo y la discapacidad que caracterizan la oferta y demanda de servicios de salud.

### **3.7.3. Mortalidad materna**

El Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010 en el mundo, (Naciones Unidas, 2010) muestra que las hemorragias y la hipertensión son las principales causas de mortalidad materna en las regiones en vía de desarrollo y representan la mitad de las muertes de la mujer en embarazo y de las que inician su maternidad. El 18% de las causas son indirectas y en este grupo de causas el VIH/SIDA cobra importancia a partir de 1990. El 11% de las muertes son por causas directas, ocasionadas por complicaciones del embarazo y del parto (anestesia, obstrucción del parto y cesárea, entre otras), la mayoría evitables a través del acceso a servicios de salud de buena calidad. Según la información reportada por el DANE a junio de 2011, en el año 2009 la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 72,88 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución de 40,19% de la mortalidad materna frente al año 2000. Sin embargo, hubo un incremento de casi 10 muertes por 100.000 nacidos vivos frente al año 2008, situación preocupante porque Colombia debería mantener una reducción sostenida para lograr la meta propuesta para el 2015. (Cómo va la Salud en Colombia 2010), frente a la cifra reportada por el DANE 1993 de 68.2% evidencia claramente un sub registro de información en ese periodo.

### **3.7.4. Mortalidad infantil**

Las causas de mortalidad en la infancia continúan siendo prevenibles o tratables. Las cinco más importantes son: neumonía, diarrea, malaria, sarampión y SIDA, todas ellas prevenibles (tres de ellas con vacunas). Adicionalmente, la malnutrición aumenta el riesgo de muerte, situación tratable al optimizar las condiciones nutricionales y la disminución de la tasa de bajo peso al nacer, a través del fortalecimiento de los programas para combatir la desnutrición materna y mejorar

la lactancia materna. Estas medidas conllevan a la reducción en el retraso en el crecimiento, anemia infantil, y debilidad del sistema inmune. A nivel mundial, se ha estimado que más de 500.000 mujeres mueren cada año. Muchas muertes son prevenibles con intervenciones sencillas, generalmente relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios de salud reproductiva, que debería estar orientada a generar una maternidad segura. A continuación, se presentan las tendencias de la mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad materna en el año 1993 y 2012 (Osorio, E. & Pineda R., 2013) ver tabla N° 8

**Tabla N° 8 Mortalidad materna e infantil en Colombia**

INDICADOR	1993	2012
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	68,2	74,9
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	32,49	12,2
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	31,795	19,0

Fuente: Foro Sistema de Salud en Colombia 2002 - 2010

La mortalidad infantil en Colombia ha logrado avances significativos a nivel nacional, pero existen algunos departamentos con tasas elevadas (Chocó, Guainía, Amazonas y Guajira) que inciden en los indicadores nacionales de prestación del servicio de salud.

### **3.7.5. Económicos**

Los gastos totales en salud en Colombia se encuentran estimado para el año 2012 en 11.4% del PIB acorde con las proyecciones realizadas (Clavijo & Vera, 2010), las estadísticas oficiales sitúa el gasto en salud en un 7,9% PIB (FEDESARROLLO, 2012) esta situación se presenta con bastante frecuencia

teniendo en cuenta la fuente de la información en los estudios realizados para determinar el cálculo.

En comparación con países como Estados Unidos y Canadá, Colombia gasta en salud una proporción relativamente baja de su PIB. En efecto estos países realizaron respectivamente gastos en salud durante el año 2010 equivalentes a 17.9% y 11.3% del PIB. Si se compara a Colombia con otros países de América Latina, su relación del gasto en salud frente al PIB es menor que la observada en Argentina o Brasil, pero mayor frente a México. Sin embargo, Colombia gasta mucho menos que México per cápita y en el caso de Chile y Argentina, el gasto de Colombia es la mitad de lo observado en esos países (Banco Mundial, 2012)

**Tabla N° 9: Gasto en salud total (Porcentaje del PIB)**

País	2009	2010	2011
Mundo	10,6	10,3	10,1
América Latina y el Caribe	7,7	7,7	7,6
América del Norte	17,1	17,0	17,2
Canadá	11,4	11,4	11,2
Chile	7,7	7,4	7,5
Colombia	7,0	6,5	6,1
Costa Rica	10,3	10,3	10,9
México	6,4	6,3	6,2
Estados Unidos	17,7	17,6	17,9
Venezuela	5,8	5,3	5,2
Brasil	8,8	9,0	8,9

Fuente: Banco Mundial 2013

El gasto público total en salud, que en el año 1993 representaba 21,9% del gasto total en salud, muestra una tendencia a aumentar su participación durante el periodo, hasta alcanzar la más significativa en el año 2002 (42,3%), y aunque ésta

se reduce en el año 2003 (39,6%), de todas maneras se mantiene alta, comparada con lo observado para el periodo 1993-1999. El gasto en seguridad social en salud (que corresponde al gasto del régimen contributivo) presenta igualmente una tendencia a aumentar su participación relativa en el gasto total, especialmente a partir de 1996, periodo en el cual, se consolidó en forma progresiva la estructura de agentes y el régimen de aseguramiento en el país. El gasto privado total, por su parte, se inclina por una tendencia inversa al disminuir, de manera consistente, su participación relativa en el gasto total en salud desde 52,3% en 1993 hasta el 15,9% en 2003. Confirmando lo planteado anteriormente, en cuanto a la relación del gasto total en salud con respecto al PIB, el gasto de bolsillo muestra la misma tendencia, quizás de una manera más notoria al pasar su participación relativa del 43,7% en 1993, al 7,5% en 2003 (Baron, 2007).

**Tabla Nº 10: Gastos en salud 1993 – 2010**

INDICADOR	1993	2003	2011*
% Gasto total en salud / PIB	6,2	7,8	6.1
% Gasto público total en salud / PIB	1,4	3,1	
% Gasto seguridad social en salud / PIB	1,6	3,5	
% Gasto privado en salud / PIB	3,3	1,2	1,5
% Gasto de bolsillo / PIB	2,7	0,6	0,63
% Gasto público total en salud / GTS	21,9	39,6	69
% Gasto seguridad social en salud (RC) / GTS	25,7	44,5	35,7
% Gasto total SSS (RC+RS)/ GTS	25,7	55,5	57,5
% Gasto privado en salud / GTS	52,3	15,9	20,7
% Gasto de bolsillo / GTS	43,7	7,5	8,4
% GTS SGSSS / GTS	44.2	76,0	
% Régimen contributivo (RC) / GTS SGSSS		58,5	
% Régimen subsidiado RS) / GTS SGSSS		14,5	

INDICADOR	1993	2003	2011*
% Subsidios a la oferta (SO) / GTS SGSSS		26,9	
Gasto Per cápita:			
En pesos corrientes	87.979	392.571	
En pesos constantes (2000=100)	255.717	320.074	
En dólares corrientes	112	136	
En dólares constantes (2000= 100)	102	111	

Fuente: Banco Mundial. Cuentas nacionales en Salud 1993 – 2003.  
<http://data.worldbank.org>

A pesar del aumento en los recursos del producto interno bruto destinados en salud, estos no han sido proporcionales a los impactos en los resultados en salud en el país en especial en Salud Pública la cual se ha deteriorado en forma progresiva.

El gasto total en salud en Colombia ha mantenido en los tres últimos años un crecimiento promedio del 10,7% lo cual se ha visto incidido por el costo de los medicamentos y los fallos judiciales, este gasto se ha financiado a través de recursos públicos, bien sea con el presupuesto general de la nación, las regalías, los recursos propios de las entidades territoriales o las cotizaciones de los trabajadores. Por tanto, es correcto afirmar que el nuevo modelo permitió liberar parcialmente a los hogares del gasto de bolsillo, que era muy importante en el modelo anterior a Ley 100 de 1993 (FEDESARROLLO, 2012) (Ver Tabla 11).

**Tabla N° 11: Gasto en salud por fuentes 2007 – 2011**

Entidad ejecutora	Fuentes	2007	2008	2009	2010	2011	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
Min. Protec. Social CONPES social	Presupuesto General de la Nación	5.536.826	5.425.538	6.348.956	7.707.259	8.074.357	-0,2	-0,9	17,3	17,5
Entidades territoriales	Recursos de las entidades territoriales	3.759.139	3.468.631	3.569.739	3.500.732	3.399.992	-7,7	2,9	-2,4	-2,4
FOSYGA	Cotizaciones, paripasu, impuesto a las ventas	13.204.498	14.536.807	17.505.600	20.006.514	22.987.485	10,1	20,4	14,3	14,9
Regímenes especiales	Recursos de regímenes especiales		1.503.813	1.569.782	1.680.765	1.777.409		4,4	7,1	5,8
Otros	Recursos privados Medicina Prepagada	1.908.801	2.121.389	2.547.351	2.657.506	2.765.298	11,1	20,1	4,3	4,1
	<b>Total</b>	<b>24.409.264</b>	<b>27.056.178</b>	<b>31.541.428</b>	<b>35.552.776</b>	<b>39.004.541</b>	<b>10,8</b>	<b>16,6</b>	<b>12,7</b>	<b>9,8</b>
	Como porcentaje del PIB	5,0	5,4	6,2	6,7	7,1	7	14,9	8	6,6
5b. Otros	Gasto de bolsillo		6.513.884	6.513.884	6.513.884	6.513.884				
	<b>Total + Gasto de bolsillo</b>	<b>24.409.264</b>	<b>33.570.062</b>	<b>38.055.312</b>	<b>42.066.660</b>	<b>45.518.425</b>		<b>13,4</b>	<b>10,5</b>	<b>8,2</b>
	Como % del PIB	5	6,7	7,5	7,9	8,3	32,8	11,7	5,9	5,1

(1) Proyecciones

(2) El gasto de bolsillo se calculó a partir de la ECV 2008

Tomado: (FEDESARROLLO, 2012)

Sin embargo, también queda claro que bajo las tasas de crecimiento que se observaron en los últimos años, el modelo no es sostenible debido a varias razones (FEDESARROLLO, 2012); en primer lugar, la tasa de crecimiento de los recobros al FOSYGA pone en riesgo la sostenibilidad del régimen contributivo y de paso, con la reducción de la solidaridad, la misma sostenibilidad del régimen subsidiado; en segundo lugar, el aumento de los cupos en el régimen subsidiado y la ampliación de su Plan Obligatorio de Salud (POS), implica una expansión en el gasto, que significa una mayor carga fiscal y finalmente, el crecimiento inercial de los costos en salud con las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de la cobertura del SGSSS, son temas que presionan el costo de atención en ambos regímenes (FEDESARROLLO, 2012).

El gasto en salud en Colombia se financia mayoritariamente con recursos públicos (cerca el 72% del total), cercano a los niveles observados en Canadá y algunos países europeos. Este esfuerzo en recursos públicos se ve recompensado con un

menor gasto de bolsillo que es el más bajo de América Latina. Aunque el gasto total en salud

de Colombia se estima en una cifra cercana a los 40 billones de pesos, lo único que se destina para financiar la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de los diferentes regímenes son 28 billones de pesos (Paredes 2012).

El aumento del gasto en salud ha sido significativo desde la implementación de la Ley 100 de 1993, teniendo en cuenta que en pesos constantes en ese año el gasto ascendía a 9.7 billones frente a los 40 billones en el año 2011, situación que ha mostrado su impacto especialmente en el aumento de la cobertura, la cual pasó en 1993 del 23% (Céspedes, y otros, 2000) a un 92.13% (DANE, 2012), aumento que se encuentra más acentuado en la población de menores ingresos especialmente, este aumento en el financiamiento y cobertura, contrastan con el estancamiento observado en la tendencia de las muertes evitables desde el año 1996, con la persistencia de altos niveles de morbilidad prevenibles y con el deterioro de los programas e infraestructura de salud pública.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, se presenta un incremento tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, situación evidente en la población con mayores ingresos. En el año 1993 el porcentaje promedio de personas que estuvo hospitalizada en los últimos 12 meses fue de 1.7% (Céspedes, y otros, 2000), al año 2010 según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, en promedio el 6% de los usuarios estuvo hospitalizados en el último año (ENDS, 2010). Así mismo el acceso de la consulta de medicina general ha aumentado desde la implementación de la Ley 100 de 1993 de un 1.2 al año (Céspedes, y otros, 2000) a 2.2 al año según estudio del Ministerio de Protección Social (UPC 2008).

**Tabla N° 12: Indicadores relevantes en SGSSS**

<b>INDICADOR</b>	<b>1993</b>	<b>2010</b>
Gasto en Salud	9.7 Billones*	40 Billones
Cobertura	23%	92.1%
Hospitalización	1,7%	6%
Camas por Habitante (1000)	1.5	1.29
Consultas de Medicina General	1.2	2.2
Médicos / habitantes (10.000)	8.7	16

\*Calculado a precios constantes

Independientemente de los resultados de la norma en cuanto financiamiento, calidad en la atención, accesibilidad y goce efectivo del derecho a la salud, se verificaron verdades, como que los recursos de la salud son suficientes para garantizar la sostenibilidad financiera, evidenciándose en un incremento correlativo entre el volumen de fondos de la salud y los problemas asociados a los mismos, lo que quiere decir que más recursos líquidos al sistema de salud implicaría un incremento especulativo en el sector (Pelaez, 2012). El estudio de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales de Colombia a corte 31 de Diciembre de 2012, demostró el aumento progresivo de la cartera de las entidades responsables de pago de un 18% frente a diciembre de 2011, presentando una cartera que asciende a \$4.9 billones de pesos y con el agravante que del total de la cartera adeuda \$ 2.9 billones corresponde a cartera con mora superior a 60 días que corresponde al 59.6% del total adeudado, circunstancia que viene en crecimiento en los tres últimos años. La concentración más alta de acreedores de los hospitales y clínicas se encuentra en el régimen contributivo con 1.7 billones de pesos y una concentración de deudas mayor a 60 días del 59% de la deuda total, seguido por las del régimen subsidiado con 1.4 billones y en tercer lugar las entidades del Estado, conformado por los entes territoriales y el FOSYGA, (ACHC Boletín de Prensa Junio de 2013)

**Tabla N° 13: Principales deudores del sistema a 31 de diciembre de 2012**

(Miles de \$ y participación %)

Entidad deudora	60 días y más	Total	Concentración (%) de 60 días y más	
			Diciembre 2012	Junio 2012
NUEVA EPS	405.312.601	500.888.812	80.9%	69.9%
CAPRECOM	214.850.324	274.075.887	78.4%	78.8%
SALUDCOOP EPS OC	148.304.436	233.671.875	63.5%	62.5%
OPERADOR FIDUCIAR	132.172.327	159.917.630	82.7%	80.5%
CAFESALUD EPS	119.817.846	158.632.188	75.5%	68.1%
EMDISALUD	113.897.922	117.931.306	96.6%	82.0%
COOMEVA EPS	108.054.376	277.318.593	39.0%	37.6%
ANTIOQUIA	83.563.442	124.103.615	67.3%	62.8%
COMFAMA	64.858.067	172.966.627	37.5%	32.6%
COOSALUD	63.047.794	92.813.377	67.9%	60.0%
<b>Total general</b>	<b>1.453.879.135</b>	<b>2.112.319.911</b>	<b>68.8%</b>	<b>66.9%</b>

Tomado Boletín de prensa ACHC, 2013)

Modelo Económico del Sistema: El modelo económico del sistema está financiado por capital público, compuesto por los aportes de las cotizaciones al régimen contributivo, los recursos provenientes de la Nación, las rentas territoriales y capital privado que corresponde a los pagos de bolsillo. Frente a la prestación de servicios, el modelo propuso dos aspectos importantes: la Integración Vertical como la interacción entre la cadena de producción de servicios de salud y el seguro de salud (Restrepo J, 2007), la definición de integración vertical en salud es la coordinación de líneas de servicio dentro de las etapas de producción de atención en salud. Esto se evidencia en el modelo económico basado en el aseguramiento comercial o atención “gerenciada” de la salud (Patiño, 2011) donde el objetivo es la reducción de costos en la prestación de servicios, en algunos casos con incentivos, con el fin de aumentar los rendimientos financieros de las EPS. De allí que la toma de decisiones frente a los tratamientos médicos y el uso de tecnologías no se basa en estudios de costo-efectividad en el tratamiento de la enfermedad, sino por el contrario, son decisiones que derivan de los fines de lucro

de las EPS y las IPS. En el actual POS (plan de beneficios) no existe información sobre las prioridades en salud que se pretendía cubrir y mucho menos sobre la efectividad de las intervenciones para abordarlos. (Pinto & Muñoz, 2010).

La sostenibilidad financiera del sistema es incierta dado que el esquema de aseguramiento está basado en empleo y la disponibilidad de recursos depende del mercado laboral, aún cuando los esfuerzos del gobierno promueven la generación de empleos formales la proporción de afiliados al Régimen Contributivo se mantiene por debajo de los afiliados al Régimen Subsidiado. De otro lado, la dependencia del presupuesto general de la nación, que es la fuente principal de financiación a los subsidios, está determinado por la estabilidad macroeconómica del país (Pinto & Muñoz, 2010).

Teniendo como premisa la incertidumbre frente a la sostenibilidad financiera del sistema, el país se ve abocado a tomar decisiones frente a los retos de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, donde la definición de un plan de beneficios único hace parte de los retos de las propuestas de reforma del sistema.

La Ley 100 de 1993 adoptó un modelo de competencia regulada en materia de salud: “pluralismo estructurado”, donde la modulación estatal es fundamental para alinear los intereses particulares al interés público (Lamprea, 2011). Así las cosas el sistema mixto (Estado-asistencialismo /mercado – aseguramiento) permitiría ampliar la cobertura del sistema de salud con criterios de competencia y libertad abriendo camino hacia la calidad, sin embargo es evidente que cuando uno de los agentes tiene excesivo poder se altera unilateralmente una de las variables del mercado (precio, cantidad, calidad) produciendo condiciones impropias, donde existe un poder monopólico.

El poder monopólico surge del número de empresas en el mercado que también está influenciado por las barreras de entrada, la elasticidad del precio de demanda.

Actualmente el país tiene una regulación incompleta en materia de salud que le permite soportar la competencia regulada, poniendo en evidencia problemas en el

precio de los insumos médicos, calidad en el servicio y la administración de las EPS, siendo probable que un modelo no competitivo genere mayor eficiencia y equidad (Chernichovsky, Guerrero, & Martínez, 2012). Entre más inelástica sea la demanda respecto al precio, entonces los beneficios serán mayores, se incentiva el monopolio y disminuye la eficiencia económica (Piedrahita, 2012).

## **4. OBJETIVOS**

### ***4.1. Objetivo general***

Revisar críticamente las propuestas de reforma al Sistema de Salud colombiano durante la vigencia 2012-2013, desde el eje de financiamiento.

### ***4.2. Objetivos específicos***

- Analizar las propuestas de reforma al sistema de seguridad social en salud presentadas al Congreso de la República.
- Identificar la coherencia en el financiamiento existente entre las reformas propuestas y las necesidades particulares de seguridad social en salud en Colombia.
- Establecer dentro de cada una de las propuestas evaluadas, los aspectos más adecuados para las necesidades actuales en salud que tiene el país en el financiamiento.

## **5. METODOLOGÍA**

El presente estudio es de tipo descriptivo longitudinal, comparativo y propositivo toda vez que se analizarán las diferentes propuestas de reforma al sector salud presentadas al Congreso de la República y se confrontarán. Para ello, se utilizará la investigación cualitativa como metodología. Teniendo en cuenta que el estudio se enmarca en los de tipo exploratorio en los cuales la medición de las variables es el eje fundamental.

Se realizó una revisión bibliográfica de cada una de las propuestas y de ellas se extrajeron las variables fundamentales a revisar en el presente estudio. Estas fueron determinadas por consenso de los investigadores frente a los artículos de opinión sobre la reforma a la salud.

Las preguntas en la encuesta son el resultado de las variables analizadas en cada una de las propuestas (derecho a la salud, flujo de recursos, financiación y administración de recursos). Tienen el fin de conocer la opinión de expertos en la materia sobre los aspectos de divergencia entre los actores del sistema previamente identificados.

El análisis de las encuestas permitió conocer la opinión de los diferentes actores del sistema desde la óptica de desempeño en el sector. Lo anterior confrontado con el análisis de las propuestas de reforma permitió establecer las conclusiones del estudio.

### **5.1. Universo:**

Según registros de la Gaceta del Congreso, a corte 30 de abril de 2013 se han presentado al Congreso de la Republica de Colombia en las vigencias 2012 - 2013, nueve proyectos de reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, de los cuales cinco corresponden a proyectos de ley estatutaria y cuatro proyectos de ley ordinaria.

De los proyectos de ley presentados a 30 de Abril de 2013 cinco son los que más han tenido adeptos dentro del sistema (Consultor Salud, 2013) y la próxima reforma saldría de estos proyectos.

Proyectos de ley ordinarios:

- Proyecto de ley número 051 de 2012 Senado: “Por medio del cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones” del Honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier
- Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado: “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” de Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social.
- Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado: “Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud” del doctor Luis Carlos Avellaneda y varios parlamentarios.
- Proyecto de ley número 248 de 2013 Cámara: "Por el cual se redefine el sistema integral de seguridad social en salud" del honorable representante Holger Horacio Díaz Hernández.

Proyectos de Ley Estatutarios:

- Proyecto de ley número 209 de 2013 Senado: Proyecto de Ley Estatutaria, presentado por la Gran Junta Médica.

## **5.2. Muestra**

Se utilizó un diseño no probabilístico de selección intencional, para obtener opiniones y consideraciones del tema en estudio guiado a los objetivos de la investigación. Mediante la aplicación de los instrumentos de recolección definidos, se utilizó el muestreo cualitativo a través de la saturación de datos a 49 personas de los diferentes actores del sector salud conformados por grupos de 7 personas.

- Dirección

- Inspección Vigilancia y Control
- Aseguradores
- Prestadores
- Academia
- Agremiaciones
- Entes Territoriales

### 5.3. *Variables*

Las propuestas de reforma a la seguridad social presentan diferentes características, las cuales deben ser analizadas teniendo en cuenta los valores que adopten. La variable dependiente corresponde a los proyectos de Ley para la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Tabla N°14: Variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES
DERECHO A LA SALUD	Garantía que debe brindar el estado a todo los ciudadanos	Cobertura
FLUJO DE RECURSOS	Mecanismo establecido para lograr liquidez en el sistema	Contributivo y Subsidiado
ADMINISTRADOR DE RECURSOS	Entidad encargada del manejo de los recursos del sistema	Público      Privado      Mixto
FINANCIACIÓN	Fuente de los recursos para el sistema.	Fuentes

Fuente: Construcción propia

Recolección de datos: El presente estudio cualitativo se realizó empleando encuestas, y revisión bibliográfica. Igualmente se analizaron publicaciones producidas por los medios de comunicación sobre la Reforma.

#### **5.4. Instrumentos utilizados**

A partir de las propuestas de reforma presentadas al Congreso de la República se realizó el análisis de cada una teniendo en cuenta criterios definidos previamente. De igual manera se diseñó una encuesta tipo Likert (Namakforoosh, 2005) que permite identificar el grado de adherencia de los expertos en las afirmaciones planteadas desde la óptica del desempeño en el sector.

#### **Encuesta de percepción frente a la reforma al sistema general de seguridad social en salud.**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, asigne el número que corresponda de acuerdo a la escala propuesta.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<p>1. _____ El carácter de fundamental del Derecho a la salud, permite que este se convierta en ilimitado, considera que con los proyectos se están poniendo límites para no financiar acciones no contempladas con los recursos de la salud.</p> <p>2. _____ Los recursos destinados a la salud (40 billones) son suficientes para lograr una atención adecuada y de calidad para toda la población colombiana.</p>				

3. \_\_\_\_\_ Colombia ha logrado una cobertura del 92.3% en salud a Diciembre  
— de 2012, según la liquidación mensual de aportes, y esto se refleja en  
acceso a la prestación de servicios.

4. \_\_\_\_\_ El principal problema de la crisis en el sector salud es la alta cartera  
— adeudada entre los actores del sistema

5. \_\_\_\_\_ El modelo de integración la integración vertical entre gestores del  
— riesgo y prestadores de servicios hace parte de las soluciones que  
requiere el sistema.

6. \_\_\_\_\_ La implementación del modelo de pagador y recaudador único, es la  
— solución a los problemas de flujo de recursos tras eliminar la  
intermediación financiera.

7. \_\_\_\_\_ El Estado como agente recaudador y pagador de recursos debe ser  
— de carácter público.

8. \_\_\_\_\_ Es necesario aumentar los recursos para la salud a través de otras  
— fuentes de financiación.

9. \_\_\_\_\_ Los Entes Territoriales están en capacidad técnica y financiera de  
— prestar servicios de salud pública y mejorar estos indicadores.

10. \_\_\_\_\_ El acceso a la prestación de servicios de salud debe ser determinado  
— por las características de la población y su territorio.

11. \_\_\_\_\_ El sistema de salud requiere un fondo de garantías del sector que  
— permita preservar la sostenibilidad financiera del sistema.

La implementación de un plan de beneficios único garantiza que el  
sistema sea equitativo.

Las acciones de los actores del sistema deben ser medibles a través  
de indicadores de mejora en la salud de la población y así mismo  
premiadas con incentivos.

12. _____ —	Las propuestas de reforma promueven la viabilidad financiera de los prestadores públicos y privados.
13. _____ —	La eliminación de los copagos en el régimen subsidiado en el sistema de seguridad social en salud, afecta las finanzas y permite el uso inadecuado de los servicios.

Fuente: Construcción propia

## 6. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**Tabla N° 15: Revisión Proyecto de Ley Estatutaria**

<b>PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA</b> <b>Proyecto de Ley 209 de 2013/ Senado</b> <b>Presentado por la Gran Junta médica</b>	
<b>Criterios revisados</b>	<b>Propuesta</b>
Generalidades	<p>La salud como derecho humano constitucional fundamental, con lo cual pretende regularlo de manera integral, protegerlo y materializarlo</p> <p>Sistema único de salud con un plan único de salud excepto las exclusiones que se encuentren en el listado.</p> <p>El sistema único de salud debe garantizar la calidad.</p> <p>Subsistema de registro, evaluación e información, que garantice la disponibilidad de la información sobre la salud y enfermedad de la población colombiana.</p>

Accesibilidad y prestación	<p>Plan Único de Salud: garantizando la prestación de servicios de manera integral: promoción y prevención, atención de la enfermedad, rehabilitación de sus secuelas, privilegiando la estrategia de atención primaria.</p> <p>Redes integrales de servicios de salud de carácter público con participación del sector privado.</p> <p>Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, se implementó la política de formación de talento humano en salud que atiende las necesidades de la población, los desarrollos científicos y tecnológicos a nivel mundial, la ética y la humanización de la atención.</p>
Modelo de atención	No lo menciona
Administración de recursos	Fondo único pagador con personería jurídica propia, autonomía administrativa y financiera.
Creación de un fondo común	Central Única de Recaudos encargada de girar los recursos.
Fuentes de financiación	Dineros públicos: recursos fiscales y parafiscales, centralizados en un fondo único pagador. Los recursos que financian el derecho a la salud tienen destinación específica, son inembargables y no podrán ser sometidos a ningún tipo de disposición financiera.
Fondo de garantías del sector salud	No lo menciona

Fuente: Construcción propia

**Tabla Nº 16: Revisión Proyecto de Ley 233 de 2013**

<b>PROYECTO DE LEY 233 de 2013</b> <b>Versión 9 de Abril de 2013</b> <b>Presentado por Grupo de Parlamentarios</b>	
<b>Criterios revisados</b>	<b>Propuesta</b>
Generalidades	<p>Sistema único descentralizado de Seguridad Social en Salud, involucra los regímenes especiales excepto las fuerzas militares.</p> <p>Garantía del derecho a través de territorios en salud.</p> <p>La salud como derecho humano fundamental, con dimensión de servicio público esencial, su garantía es deber del Estado y responsabilidad social.</p> <p>Tiene instancias de rectoría a nivel nacional por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a nivel territorial, ejercida por el Consejo Territorial de Seguridad Social en salud.</p>
Accesibilidad y prestación	<p>Sistema de seguro nacional en salud, de carácter universal, de prestación mixta, público-privada.</p> <p>Territorios en salud deben facilitar la organización en la prestación de servicios según necesidades de la población desarrollando la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial.</p> <p>Modelo de atención y prestación en Redes Integradas de Servicios de Salud:</p>

	<p>a) Red de Atención Primaria Integral en Salud (general y de salud ocupacional).</p> <p>b) Red de servicios especializados ambulatorios (general y de salud ocupacional).</p> <p>c) Red de servicios de hospitalización (general y de salud ocupacional).</p> <p>d) Red de urgencias médicas.</p> <p>e) Redes de apoyo (vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de rehabilitación).</p>
Modelo de atención	Modelo dirigido a toda la población con enfoque diferencial por género, etnia, ciclo vital o condición de vulnerabilidad, con base en la Atención Primaria Integral en Salud.
Administración de recursos	<p>Central única de recaudo como integrante del fondo único para la salud.</p> <p>La transferencia de los recursos a los fondos territoriales se definirá anualmente con criterios del SGP, incentivos a la equidad y rentabilidad social.</p> <p>Administración de los fondos territoriales estará a cargo de las Unidades Territoriales de Salud.</p>
Creación de un fondo común	<p>Fondo único público para la salud, con personería jurídica, de carácter público, adscrito a Min Salud y Protección Social. Con 8 subcuentas según la destinación de los recursos (Atención primaria en salud - APIS 45%, Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados-SAHE 30%, Servicios Especializados en Salud Ocupacional - SESO 8%, Control de problemas y enfermedades de interés en salud pública - CEISP 5%, Prestaciones económicas en salud y riesgos laborales - PRES 7%, infraestructura y equipamiento en salud - IES 4%, Formación en salud - FS 0.7%,</p>

	Funcionamiento del fondo - FF 0.3%)
Fuentes de financiación	<p>Recursos fiscales orden nacional: SGP, presupuesto nacional: cotizaciones a seguridad social en salud, Impuesto sobre la renta para la equidad, 7% utilidades de remesas petroleras, impuesto a la compra de armas.</p> <p>Recursos parafiscales orden nacional: recursos de cotizaciones para seguridad social, cotizaciones riesgos laborales, SOAT, rendimientos financieros.</p>

Fuente: Construcción propia

**Tabla Nº 17: Revisión Proyecto de Ley 210 de 2013**

<b>PROYECTO DE LEY 210 DE 2013</b>	
<b>Presentado por Ministerio de Salud y Protección Social</b>	
<b>Criterios revisados</b>	<b>Propuesta</b>
Generalidades	<p>Redefinir el SGSSS, regula beneficios en salud, operación, gestión y administración de la prestación de servicios.</p>
Accesibilidad y prestación	<p>Plan de beneficios de salud Mi-Plan, definirá la cobertura en servicios y tecnologías y también algunas exclusiones con criterios definidos.</p> <p>La prestación incluye servicios de salud pública a cargo de la Entidades Territoriales y las prestaciones individuales a cargo de los gestores de servicios de salud.</p> <p>La prestación de servicios se evaluará con indicadores de acceso, pertinencia, oportunidad, continuidad, integralidad,</p>

	<p>resolutividad, calidad y resultados en salud.</p> <p>Las zonas de del territorio donde la población accede a las prestaciones individuales serán definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y se conocen como Áreas de Gestión Sanitaria.</p> <p>Prestadores de salud primarios: puerta de acceso al sistema, caracteriza e interviene riesgosa través de actividades preventivas, protección específica, detección temprana y búsqueda activa. Incluye el manejo de eventos agudos en fase inicial, estarán ubicados en lugares cercanos a la población.</p> <p>Prestadores de salud complementarios son aquellos que ofrecen servicios humanos, tecnológicos y de infraestructura con mayor grado de especialización, pueden ser centros de referencia nacional.</p>
Modelo de atención	No lo menciona.
Administración de recursos	<p>Salud mía tendrá a cargo la destinación de los recursos para pago a los gestores por prestaciones individuales en salud, pago de incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y/o paternidad, indemnizaciones por muerte a víctimas eventos terroristas, atención psicosocial a víctimas del conflicto, atención inicial a víctimas eventos terroristas o catastróficos, fortalecimiento y ajuste a la red pública hospitalaria, acciones de salud pública, pago por gastos de administración a los gestores, administración, funcionamiento y operación de la entidad, demás destinaciones definidas para su financiamiento con recursos del Fosyga.</p>

<p>Creación de un fondo común</p>	<p>Salud Mía, unidad de gestión e carácter financiero, descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, personería jurídica, autonomía administrativa.</p> <p>Funciones: afiliar población, recaudar cotizaciones, administrar recursos, administrar recursos del FONSAET, realizar pagos, giros o transferencias, administrar información relativa a recursos, afiliación y a la administración propia del sistema.</p>
<p>Fuentes de financiación</p>	<p>Recursos SGP, juegos de azar, cotizaciones al régimen contributivo, cotizaciones afiliados régimen de excepción, recursos de cajas de compensación, impuesto sobre la renta para la equidad, recursos presupuesto general de la nación, recaudo de IVA, 50% prima del SOAT, recursos recaudo de Indumil, rentas cedidas y demás recursos de las Entidades territoriales.</p>
<p>Fondo de garantías del sector salud</p>	<p>Fondo de garantías para el sector salud con el fin de preservar la sostenibilidad financiera del SGSSS.</p> <p>Funciones: Procurar que agentes del sector salud tengan liquidez para mantener la continuidad en la prestación de servicios.</p> <p>Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita acceso a crédito y otras formas de financiamiento.</p> <p>Participar en el capital de los agentes del sistema</p> <p>Apoyar procesos de intervención, liquidación y reorganización de agentes del sistema</p> <p>Comprar y ceder cartera</p>

	<p>Ingresos del fondo: Presupuesto general de la nación, aportes de los agentes con cargo al % de administración, ingresos o excedentes, recursos cotización RC no compensados, rendimientos financieros de inversiones, recursos subcuenta de garantías del FOSYGA.</p>
--	--

Fuente: Construcción propia

**Tabla Nº 18: Revisión Proyecto de Ley 248 de 2013**

<p align="center"><b>PROYECTO DE LEY 248 DE 2013</b>  <b>Presentado por Holger Horacio Hernández, Representante a la Cámara.</b></p>	
<p align="center"><b>Criterios revisados</b></p>	<p align="center"><b>Propuesta</b></p>
<p>Generalidades</p>	<p>Redefine el Sistema Integral de Seguridad social en Salud, elimina la función de aseguramiento a cargo de particulares.</p> <p>La salud derecho fundamental irrenunciable, bajo la dirección, coordinación y control del estado. Las personas son responsables del cuidado integral de su salud</p>
<p>Accesibilidad y prestación</p>	<p>Atención plena de urgencias en salud por todas las instituciones prestadoras.</p> <p>Atención básica en salud pública gratuita</p> <p>Toda la población tiene derecho afiliarse al sistema integral de seguridad social en salud y a participar en los servicios de salud pública*</p> <p>La cobertura básica del plan de beneficios será única y no</p>

	<p>discrimina entre regímenes ni considerar la capacidad de pago para definir el acceso.</p> <p>La acción de tutela procede para garantizar el acceso a los servicios de salud no incluidos en el plan único de beneficios en supuestos determinados en la ley.</p> <p>Los pagos de cuotas moderadoras no se pueden convertir en barreras de acceso, y el Estado definirá mecanismos para la financiación total o parcial de los mismos.</p>
<p>Modelo de atención</p>	<p>Existirá un único plan integral de beneficios en salud, con un modelo de aseguramiento público, la administración y la prestación estará a cargo de entidades públicas, privadas, solidarias o mixtas.</p> <p>Aplicará la estrategia de Atención Primaria en Salud, con énfasis en medicina familiar y atención integral para el paciente.</p> <p>Modelo integral de atención para enfermedades de alto costo.</p> <p>El asegurador asumirá la gestión del riesgo en salud, el gestor del riesgo está a cargo de la administración de recursos y el reconocimiento de las prestaciones definidas en el plan de beneficios.</p>
<p>Administración de recursos</p>	<p>Fondo público para el aseguramiento universal administrado fiduciariamente por el estado.</p> <p>Las administradoras de servicios de salud no tendrán a su cargo obligaciones económicas.</p>

Creación de un fondo común	<p>Fondo único denominado Colombia Salud, con autonomía financiera y administrativa adscrito a Min Salud y Protección Social.</p> <p>Función de asegurador y pagador de servicios de salud.</p> <p>Asume también la gestión del riesgo, administrando recursos y reconociendo las prestaciones definidas en el Plan de Beneficios.</p>
Fuentes de financiación	<p>Contribuciones y de recursos fiscales, así como por las multas y tasas que disponga la ley y los demás recursos que arbitre ésta, tales como los provenientes de remesas internacionales, donaciones o producto de excedentes de operaciones del Estado.</p> <p>Rentas con destinación al servicio de salud.</p>
Fondo de garantías del sector salud	No lo menciona

**Tabla Nº 19: Revisión Proyecto de Ley 051 de 2013**

<b>PROYECTO DE LEY 051 DE 2013</b>	
<b>Presentado por Jorge Eliécer Ballesteros Barnier, Senador de la República.</b>	
<b>Criterios revisados</b>	<b>Propuesta</b>
Generalidades	Reformar el sistema de general de seguridad social en salud, mediante el esquema de Administración Regulada.
Accesibilidad y prestación	Entidades dedicadas a la gestión especializada de la salud, organización y logística para la prestación

	<p>de servicios de salud.</p> <p>El acceso a los servicios previstos en el Plan de Salud será a través de la red Integrada de Prestadores de Servicios.</p>
Modelo de atención	<p>Modelo de atención primaria en salud.</p> <p>Entidades especializadas en gestión en salud tendrán a cargo la gestión de la salud y la evaluación de resultados de los programas de promoción y prevención, y la estrategia de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Habrán incentivos para la gestión especializada en salud cuando supere los indicadores de desempeño.</p>
Administración de recursos	<p>A través del Fondo central de salud, que tendrá las mismas subcuentas, fuentes de financiación, usos y destinatarios del FOSYGA.</p>
Creación de un fondo común	<p>Fondo Central de Salud, especializado para el manejo de los recursos, encargado del recaudo, administración, efectuar pagos y gestión del riesgo financiero. Este fondo gestiona recursos mediante encargo fiduciario.</p> <p>Fondo central de salud reconoce el pago de las prestaciones económicas de incapacidad por enfermedad general, licencias de maternidad o paternidad.</p>
Fuentes de financiación	<p>Recursos SGP</p> <p>Recursos de la subcuenta de promoción serán destinados al pago de las actividades que realicen</p>

	los entes territoriales.
Fondo de garantías del sector salud	No lo menciona

Fuente: Construcción propia

**Tabla Nº 20: Aspectos diferenciales de las cinco propuestas de estudio**

	Propuesta 209	Propuesta 233	Propuesta 210	Propuesta 248	Propuesta 051
Generalidades	Derecho humano fundamental	Derecho humano con carácter de servicio público. Sistema único de salud descentralizado, involucra regímenes especiales excepto fuerzas armadas.	Regula beneficios en salud, operación, gestión y administración.	Derecho humano fundamental. Las personas son responsables del cuidado integral de su salud.	Reforma mediante esquema de administración regulada.
Plan de beneficios	Plan único de beneficios: promoción y prevención, atención de la enfermedad,	No tiene	Mi-Plan: define coberturas y tecnologías	Plan integral de beneficios en salud. Estado financiará total o parcial las cuotas moderador	Plan de salud con servicios determinados.

	rehabilitación.			as	
Financiamiento	<b>Recursos fiscales y parafiscales ya establecidos</b>				
Prestación de servicios y accesibilidad		Territorios en salud: trabajo intersectorial	Evaluación con indicadores. Áreas de gestión sanitaria: prestadores primarios y secundarios. Caracterización de riesgos en salud.	Mantiene la acción de tutela	Entidades gestión especializada en salud: gestión y evaluación de resultados.
Modelo de atención	Atención primaria en salud	Redes integradas de servicios de salud. Atención primaria integral en salud con enfoque diferencial	No tiene	Atención primaria en salud. Asegurador: gestor del riesgo en salud. Modelo atención enfermedades alto costo.	Atención primaria en salud, con incentivos por buen desempeño.
Administración	Fondo	Centra única	Salud Mía:	Fondo	Fondo

ón recursos	único pagador	de recaudo y fondo único público con 8 subcuentas.	afiliación, recaudo y gestión financiera. Fondo único de garantías para el sector salud	público: asegurador y pagador	central en salud con las mismas subcuentas del Fosyga.
-------------	---------------	--	---	-------------------------------	--

Fuente: Construcción propia

### **6.1 Análisis de las propuestas**

Las cinco propuestas revisadas sugieren realizar una redefinición al Sistema General de Seguridad Social, en el cual se presenta la Salud como un derecho humano fundamental e irrenunciable.

Algunas propuestas presentan puntos en común que pueden dar respuesta a las necesidades de cambio del sistema, dentro de ellos está la eliminación de la intermediación en la administración de los recursos, para esto proponen entregar esta responsabilidad al Estado, a través de la creación de Fondos únicos adscritos al Ministerio de Salud, con las funciones de recaudo, administración y pago a los prestadores de servicios. De igual manera el aseguramiento sería de carácter universal y cargo del Estado, por medio del mismo fondo u otro que se encargue de recaudar los recursos de dichas cotizaciones.

Respecto a la financiación del sistema, los recursos destinados para tal fin seguirán siendo los mismos que existen hoy: recursos fiscales y parafiscales, aunque las propuestas 233 y 210 incluyen algunos nuevos como son el impuesto sobre la renta para la equidad y un porcentaje del recaudo por la venta de armas. Para el manejo del riesgo financiero solamente la propuesta del Ministerio de

Salud propone la creación de un fondo de garantías del sector salud, y tiene como finalidad preservar la sostenibilidad financiera del sistema.

En respuesta a las necesidades de la población y acorde a la sentencia T-760 de la Corte Constitucional proponen un Plan Único de Beneficios sin distinción por el tipo de aseguramiento o la capacidad de pago, aunque tendrá algunas exclusiones que serán definidas por los organismos que cada uno determine.

Frente a la accesibilidad y la prestación de servicios hay divergencias en cada una de las propuestas, aunque coinciden en la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud no exponen un modelo de gestión de la salud ni las herramientas necesarias para su ejecución.

## ***6.2 Resultados de las encuestas:***

Las entrevistas se realizaron en un universo de 49 expertos de diferentes áreas del saber, dentro de ellos altos dignatarios del gobierno nacional, gobernadores, secretarios de salud, miembros de los gremios del sector salud, gerentes de EPS y gerentes de IPS.

Las entrevistas fueron tabuladas y los resultados se obtuvieron a través del programa SPSS, software libre para el análisis estadístico.

Los resultados de las entrevistas se presentan a continuación con su análisis y los hallazgos de correlacionados y agrupados.

### 6.2.1 El carácter fundamental del derecho a la salud

El carácter de fundamental del derecho a la salud, permite que este se convierta en ilimitado, considera que con los proyectos se están poniendo límites para no financiar acciones no contempladas con los recursos de la salud.

Ante esta afirmación los expertos expresan su acuerdo al respecto, lo anterior se evidencia en que el 51.1% de ellos que se siente identificado con la premisa, situación que determina la necesidad de recursos ilimitados para atención en salud de la población, sólo el 30% no está de acuerdo con la premisa expresada.

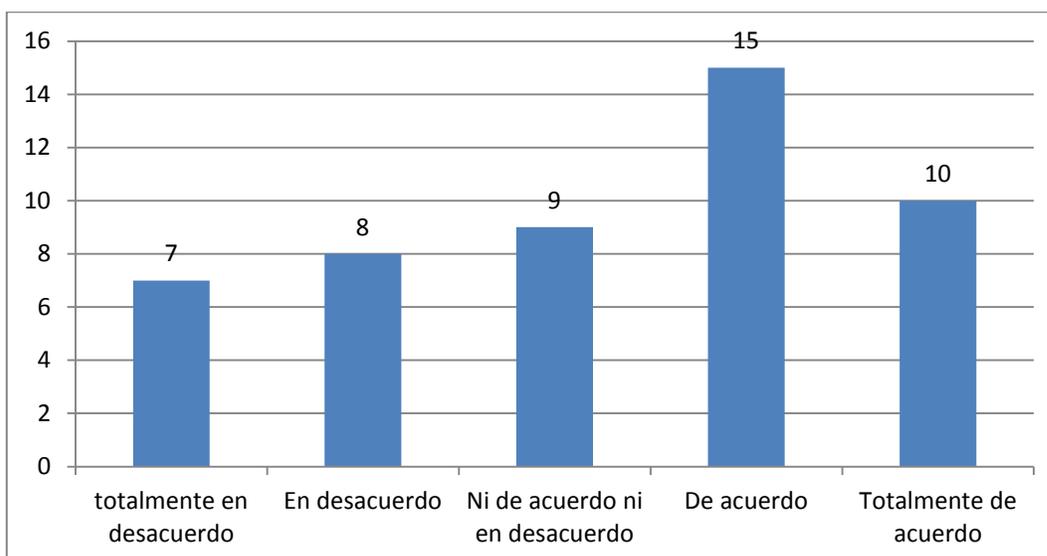
**Tabla Nº 21: El carácter fundamental del derecho a la salud**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	7	14,29	14,29
En desacuerdo	8	16,33	30,61
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	18,37	48,98
De acuerdo	15	30,61	79,59
Totalmente de acuerdo	10	20,41	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

En la Gráfica No. 5 Se puede observar, que las mayores frecuencias se presentaron, en la aceptación de la premisa.

**Gráfico N°. 5: Derecho a la salud**



Fuente: Construcción propia

### **6.2.2 Suficiencia de los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Los recursos destinados a la salud (40 billones) son suficientes para lograr una atención adecuada y de calidad para toda la población colombiana.

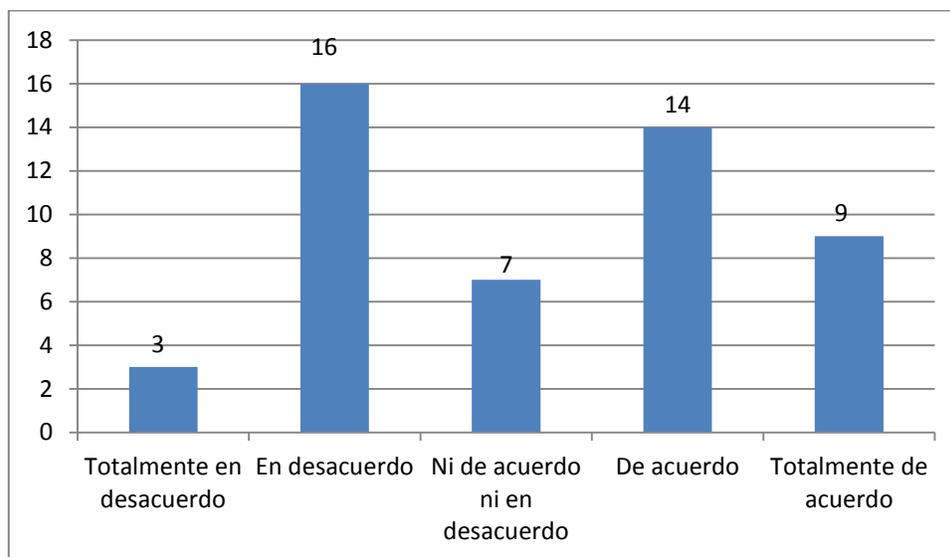
En cuanto a la suficiencia de los recursos existe divergencia en cuanto a las opiniones, al agrupar las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo el 46.8% de los expertos considera que los recursos son suficientes, mientras que los expertos que consideraron estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo representan el 38.7%, lo cual evidencia los intereses específicos de los diferentes actores del sector encuestados. El análisis de ésta afirmación frente a la propuesta presentada en el Congreso de la República de adoptar como fundamental el derecho a la salud, presenta múltiples interrogantes frente a la suficiencia de los recursos por el carácter ilimitado que adoptaría el derecho a la salud en opinión de varios expertos (Ver Gráfico No. 6)

**Tabla Nº 22: Suficiencia de los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	6,12	6,12
En desacuerdo	16	32,65	38,78
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	14,29	53,06
De acuerdo	14	28,57	81,63
Totalmente de acuerdo	9	18,37	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico Nº. 6: Suficiencia de recursos**



Fuente: Construcción propia

### **6.2.3 Cobertura de afiliación.**

Colombia ha logrado una cobertura del 92.3% en salud a Diciembre de 2012, según la liquidación mensual de aportes, y esto se refleja en acceso a la prestación de servicios.

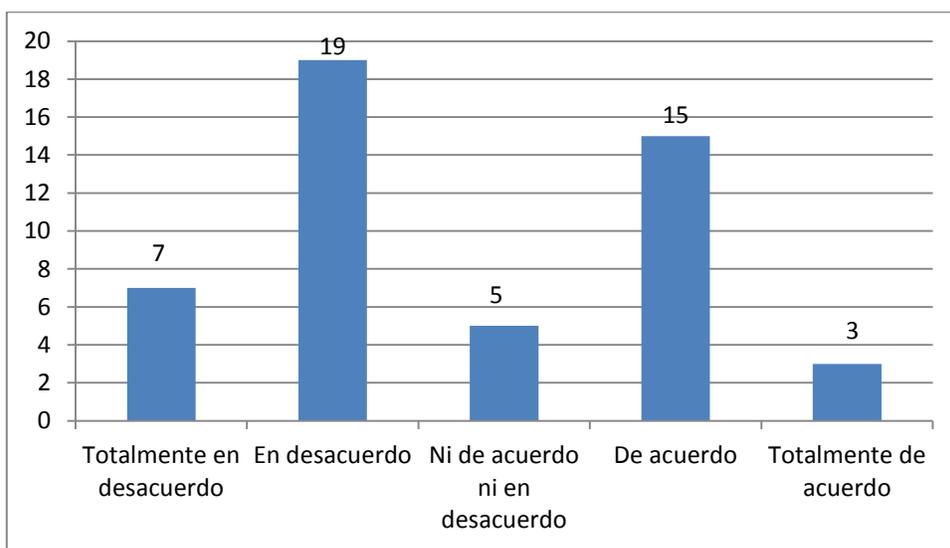
El mayor porcentaje de los encuestados considera que el aumento en la cobertura no se refleja directamente en la accesibilidad a la prestación de servicios que corresponde a un 53%, sin embargo llama la atención ver que un grupo importante (36%) está de acuerdo con que la cobertura y la accesibilidad están directamente relacionados en el sistema de seguridad social en salud en Colombia.

**Tabla N° 23: Cobertura de afiliación**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	7	14,29	14,29
En desacuerdo	19	38,78	53,06
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	10,20	63,27
De acuerdo	15	30,61	93,88
Totalmente de acuerdo	3	6,12	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°. 7: Cobertura de afiliación**



Fuente: Construcción propia

#### **6.2.4 Cartera del Sistema de Seguridad Social en Salud**

El principal problema de la crisis en el sector salud es la alta cartera adeudada entre los actores del sistema

El 55% de los expertos consideran que uno de los principales problemas que generó la crisis del sector es la elevada cartera adeudada entre los actores del sector, lo cual minó la confianza, situación que se puede evidenciar con el aumento progresivo de la cartera que en estos momentos asciende a 4.9 billones de pesos y el 59.6% de la misma corresponde a deuda mayor a 60 días.

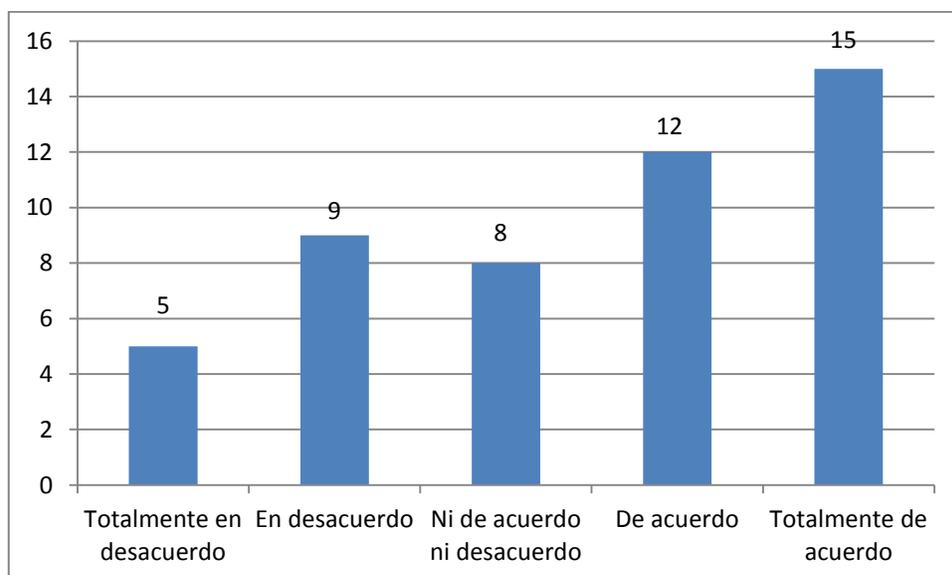
**Tabla N° 24: Cartera del Sistema de Seguridad Social en Salud**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	5	10,20	10,20
En desacuerdo	9	18,37	28,57
Ni de acuerdo ni desacuerdo	8	16,33	44,9

De acuerdo	12	24,49	69,39
Totalmente de acuerdo	15	30,61	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°. 8: Cartera del Sistema de Seguridad Social en Salud**



Fuente construcción propia

### 6.2.5 Integración Vertical

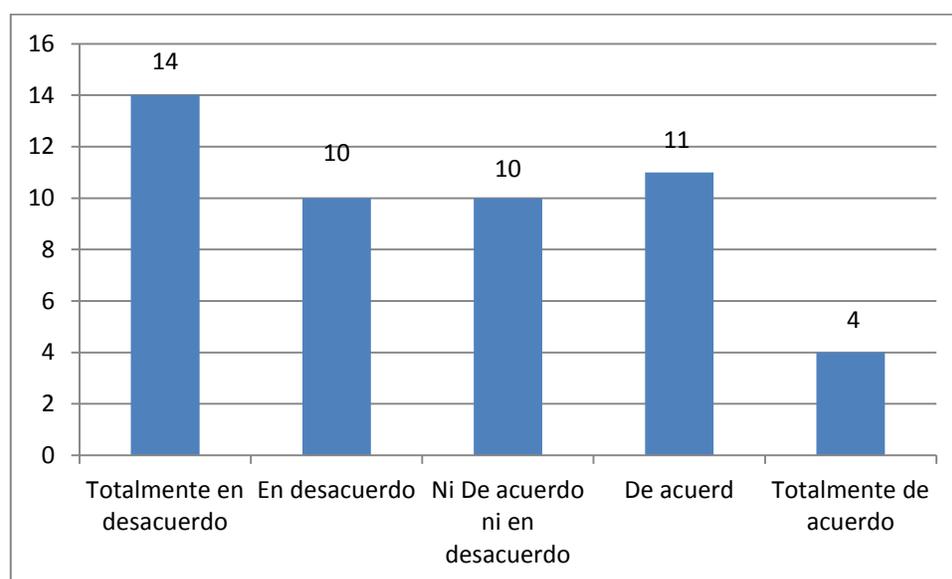
El mayor porcentaje de entrevistados está en desacuerdo con que la integración vertical entre gestores y prestadores de servicios de salud sea parte de la solución que requiere el sistema de seguridad social en salud. Sin embargo, llama la atención ver que las opiniones son diversas frente a la premisa planteada. De lo anterior se podría deducir que la afinidad con esta premisa está dada por el rol que cumplen los entrevistados dentro del sector.

**Tabla N°25: Integración vertical**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	14	28,57	28,57
En desacuerdo	10	20,41	48,98
Ni De acuerdo ni en desacuerdo	10	20,41	69,39
De acuerdo	11	22,45	91,84
Totalmente de acuerdo	4	8,16	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°. 9: Integración vertical**



Fuente: Construcción propia

### **6.2.6 Salud Mía**

La implementación del modelo de pagador y recaudador único, es la solución a los problemas de flujo de recursos tras eliminar la intermediación financiera

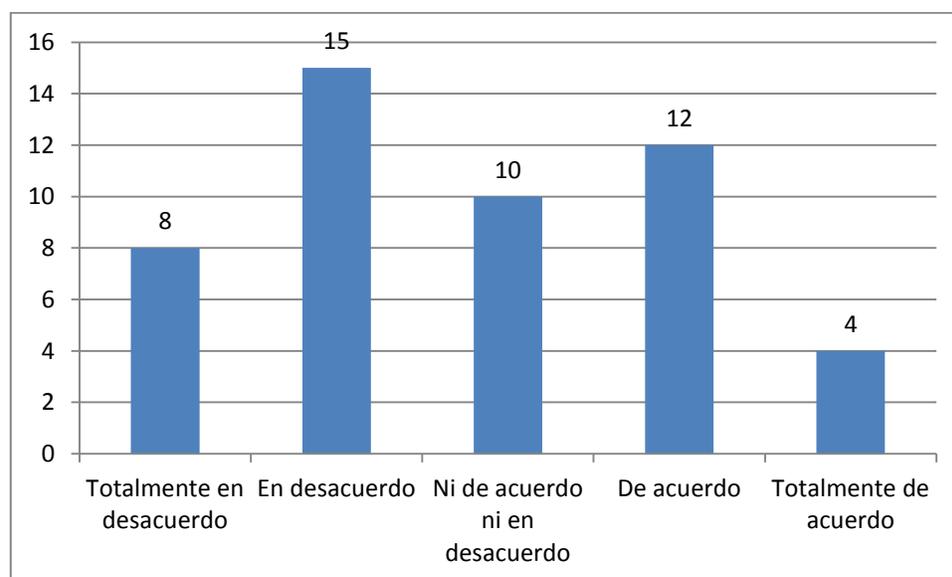
El 46.9% de los expertos encuestados no perciben la creación de un fondo único pagador y recaudador como parte de las soluciones, sin embargo las opiniones también están divididas entre aquellos que lo consideran viable para evitar la intermediación financiera de las Entidades Promotoras de Salud.

**Tabla N° 26: Salud Mía**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	8	16,33	16,33
En desacuerdo	15	30,61	46,94
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	20,41	67,35
De acuerdo	12	24,49	91,84
Totalmente de acuerdo	4	8,16	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°. 10: Salud Mía**



Fuente: Construcción propia

### 6.2.7 Entidad pública Salud Mía

El Estado como agente recaudador y pagador de recursos debe ser de carácter público

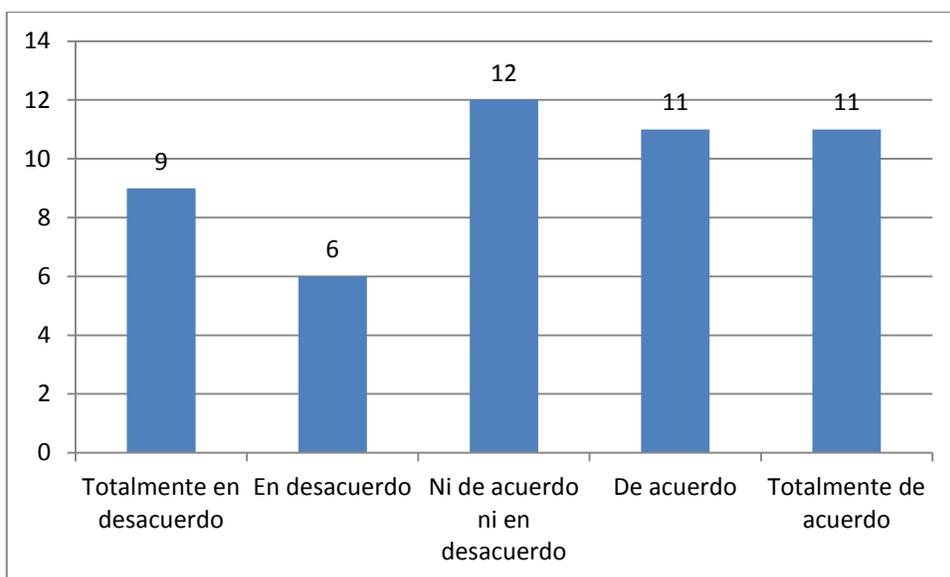
De los expertos encuestados, el 45% considera que el agente pagador y recaudador deben ser de carácter público, aunque también llama la atención ver que existe un grupo que no se siente identificado con esta premisa y otros que de manera contundente desaprueban esta opción, así que este aspecto podría estar relacionado con la falta de confianza que existe hacia el Estado como administrador de recursos.

**Tabla N°27: Entidad pública Salud Mía**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	9	18,37	18,37
En desacuerdo	6	12,24	30,61
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	24,49	55,10
De acuerdo	11	22,45	77,55
Totalmente de acuerdo	11	22,45	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°.11: Entidad pública Salud Mía**



Fuente: Construcción propia

### **6.2.8 Entidad Territorial**

Los Entes Territoriales están en capacidad técnica y financiera de prestar servicios de salud pública y mejorar estos indicadores.

Es categórica la posición de los expertos frente a la deficiente capacidad de las entidades territoriales para brindar adecuados servicios de salud pública. El 64% de los expertos desaprueba de que la gestión de la salud pública esté en manos de los entes territoriales. Lo anterior se fundamenta en el deterioro de algunos indicadores de salud pública y el resurgimiento de enfermedades que se consideraban erradicadas (lepra, tuberculosis ó sarampión).

**Tabla N°28: Entidad territorial**

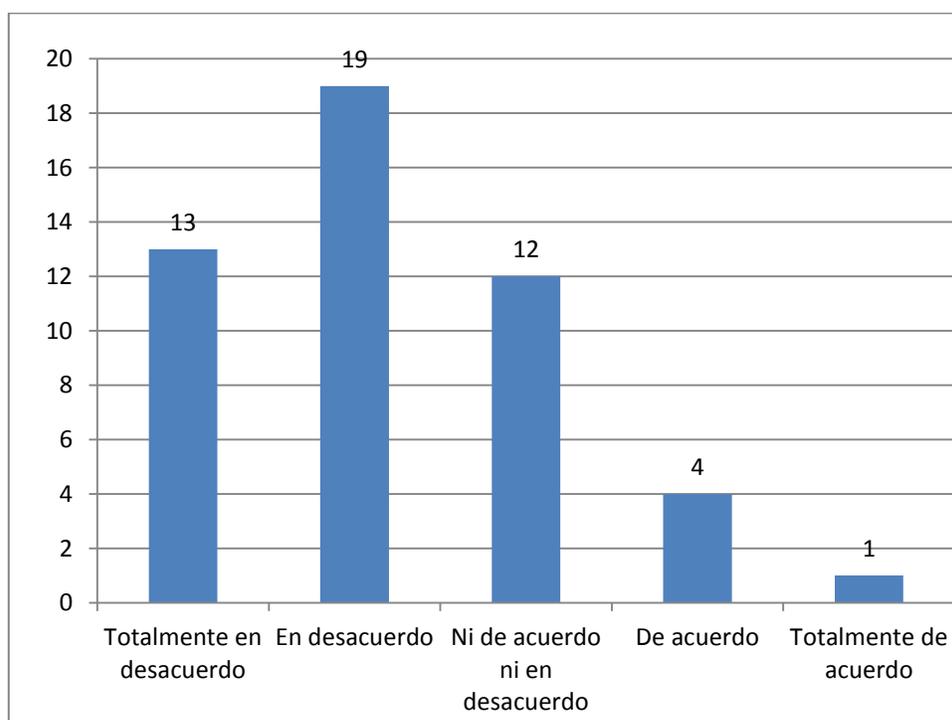
CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	13	26,53	26,53
En desacuerdo	19	38,78	65,31
Ni de acuerdo ni en	12	24,49	89,8

desacuerdo			
De acuerdo	4	8,16	97,96
Totalmente de acuerdo	1	2,04	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

En el Gráfico No. 12 se puede observar que 32 de los encuestados desaprueba que el ente territorial sea el encargado de manejar la salud pública en el país en forma descentralizada acorde a las competencias establecidas.

**Gráfico N°. 12: Entidad territorial**



Fuente: Construcción propia

### **6.2.9 Características de la población**

El acceso a la prestación de servicios de salud debe ser determinado por las características de la población y su territorio

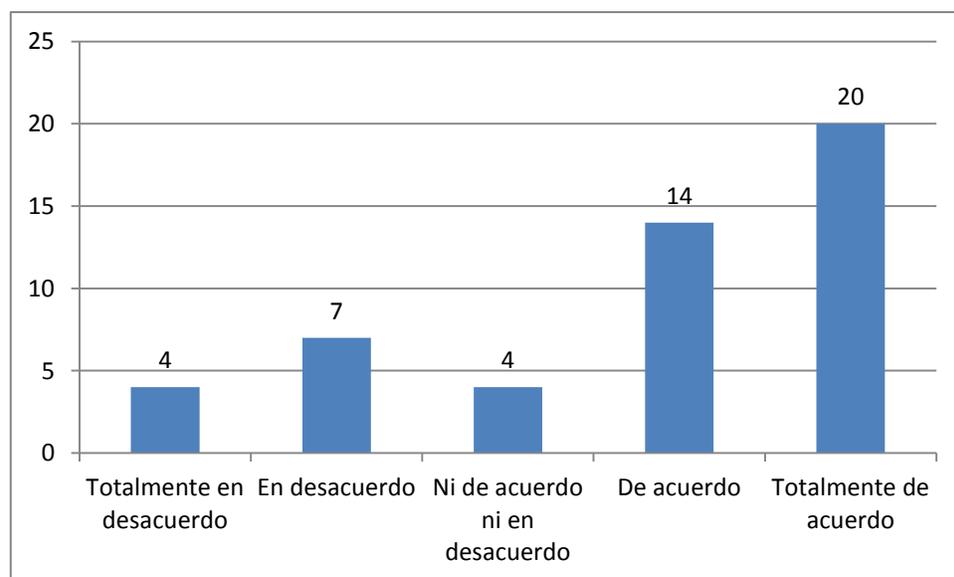
El 68% de los expertos se siente identificado con la necesidad de que la prestación de servicios esté determinada por las características de la población y su territorio, esto permite confirmar que es importante tener la caracterización del territorio a la hora de decidir políticas en salud y la definición del plan de beneficios debe ser adoptado acorde a esas características.

**Tabla N° 29: Características de la población**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	4	8,16	8,16
En desacuerdo	7	14,29	22,45
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	8,16	30,61
De acuerdo	14	28,57	59,18
Totalmente de acuerdo	20	40,82	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°. 13: Características de la población**



Fuente: Construcción propia

### 6.2.10 Fondo de garantías del sector salud

El sistema de salud requiere un fondo de garantías del sector que permita preservar la sostenibilidad financiera del sistema.

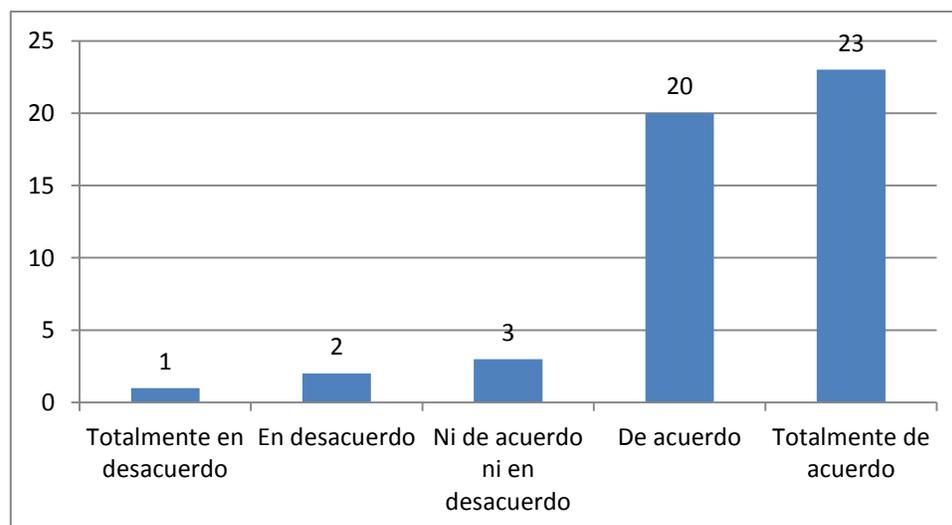
Es determinante que el 85% de los expertos coincidan en la necesidad de tener un fondo de garantías del sector salud, y esto permite identificar el temor que existe en el sector acerca de la sostenibilidad financiera del sistema.

**Tabla N° 30: Fondo de garantías del sector salud**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	2,04	2,04
En desacuerdo	2	4,08	6,12
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6,12	12,24
De acuerdo	20	40,82	53,06
Totalmente de acuerdo	23	46,94	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°. 14: Fondo de garantías del sector salud**



Fuente: Construcción propia

### 6.2.11 Plan de beneficios

La implementación de un plan de beneficios único garantiza que el sistema sea equitativo.

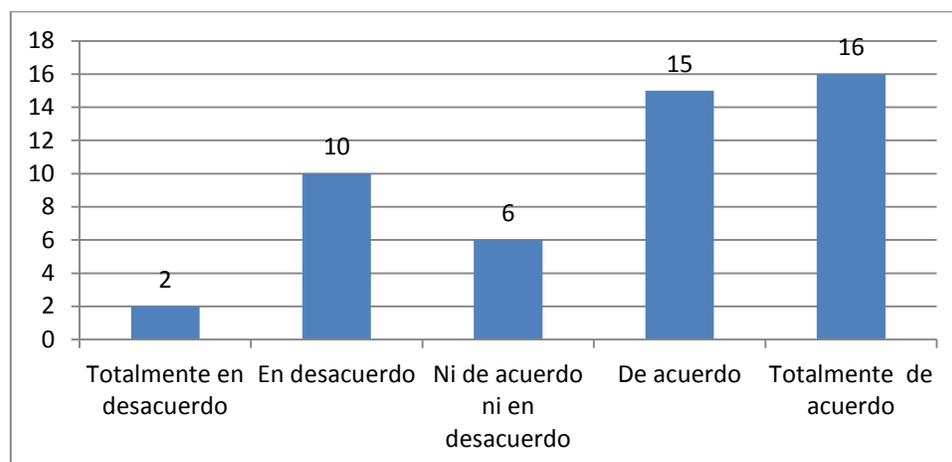
La garantía de un sistema equitativo es reafirmada por el 62% de los entrevistados que confirman estar de acuerdo con la premisa, sin embargo un 20% aduce estar en desacuerdo y esto podría permitir identificar otro problema de fondo relacionado con el acceso efectivo a esos beneficios.

**Tabla Nº 31: Plan de beneficios**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	4,08	4,08
En desacuerdo	10	20,41	24,49
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	12,24	36,73
De acuerdo	15	30,61	67,35
Totalmente de acuerdo	16	32,65	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico Nº. 15: Plan de beneficios**



Fuente: Construcción propia

### **6.2.12 Indicadores de mejora en salud**

Las acciones de los actores del sistema deben ser medibles a través de indicadores de mejora en la salud de la población y así mismo premiadas con incentivos.

Premiar con incentivos las acciones de mejora en salud a través de la medición de indicadores es una afirmación con la cual se sienten identificados el 82% de los entrevistados, esto permite ver que hasta hoy no se han valorado los esfuerzos de aquellos que hacen una buena gestión y que es importante realiar un reconocimiento.

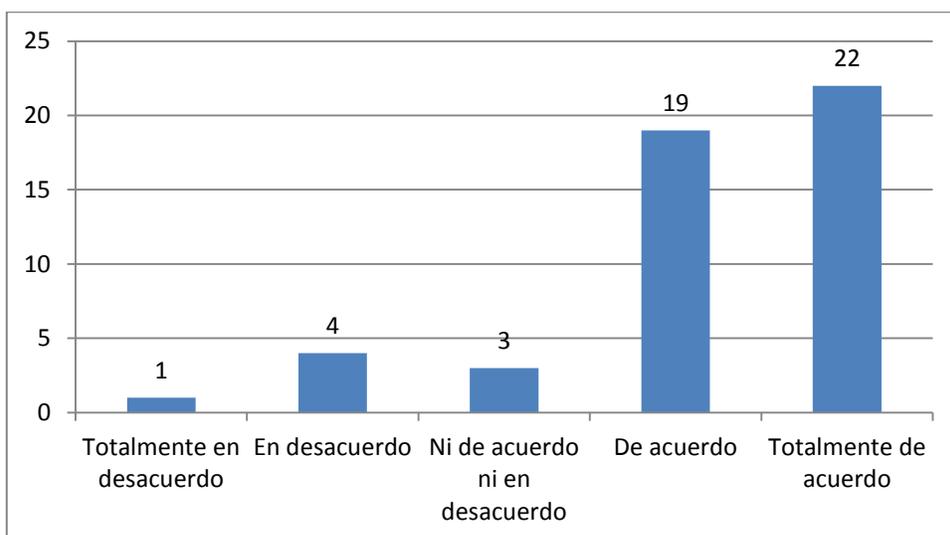
**Tabla Nº 32: Indicadores de mejora en salud**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	2,04	2,04
En desacuerdo	4	8,16	10,20
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	6,12	16,33
De acuerdo	19	38,78	55,10
Totalmente de acuerdo	22	44,90	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

Es categórica la aceptación de la premisa por los expertos como se observa en la Gráfico No. 16, lo anterior por los resultados que presenta el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafin).

**Gráfico N° 16: Indicadores de mejora en salud**



Fuente: Construcción propia

### **6.2.13 Fortalecimiento de los prestadores de servicios**

Las propuestas de reforma promueven la viabilidad financiera de los prestadores públicos y privados.

Frente a la premisa de si la reforma promueve la viabilidad financiera de los prestadores públicos y privados no se evidencia una posición definida al respecto, y tan solo el 32% de los expertos está de acuerdo con la afirmación.

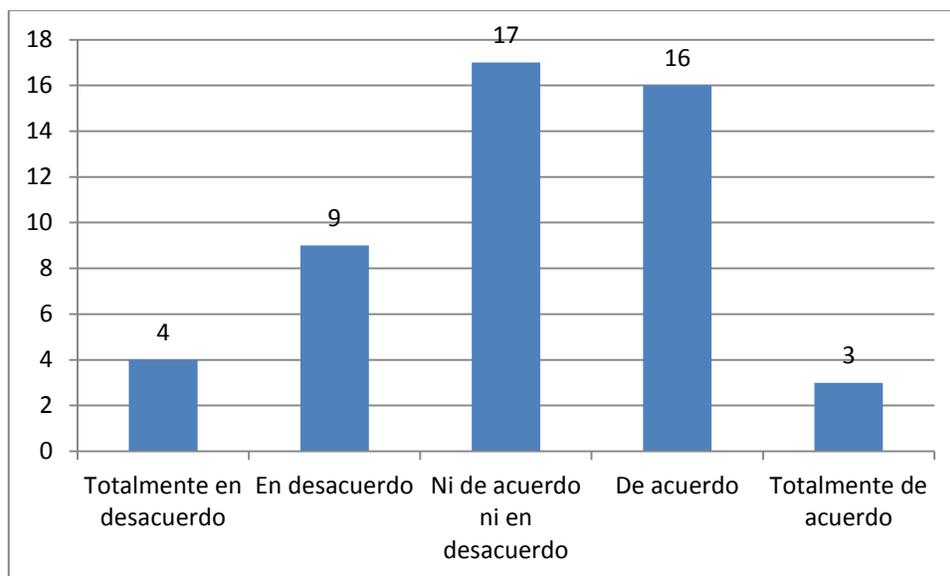
**Tabla N° 33: Fortalecimiento de los prestadores**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	4	8,16	8,16
En desacuerdo	9	18,37	26,53
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	34,69	61,22
De acuerdo	16	32,65	93,88

Totalmente de acuerdo	3	6,12	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

**Gráfico N°. 17: Fortalecimiento de los prestadores**



Fuente: Construcción propia

#### **6.2.14 Eliminación copagos financiamiento**

La eliminación de los copagos en el régimen subsidiado en el sistema de seguridad social en salud, afecta las finanzas y permite el uso inadecuado de los servicios.

No se evidencia una posición determinante por parte de los expertos frente a la eliminación de los copagos en el régimen subsidiado y esto afecta las finanzas del sistema, es claro que las opiniones son diversas y podría estar relacionado con el grupo al cual pertenece cada entrevistado.

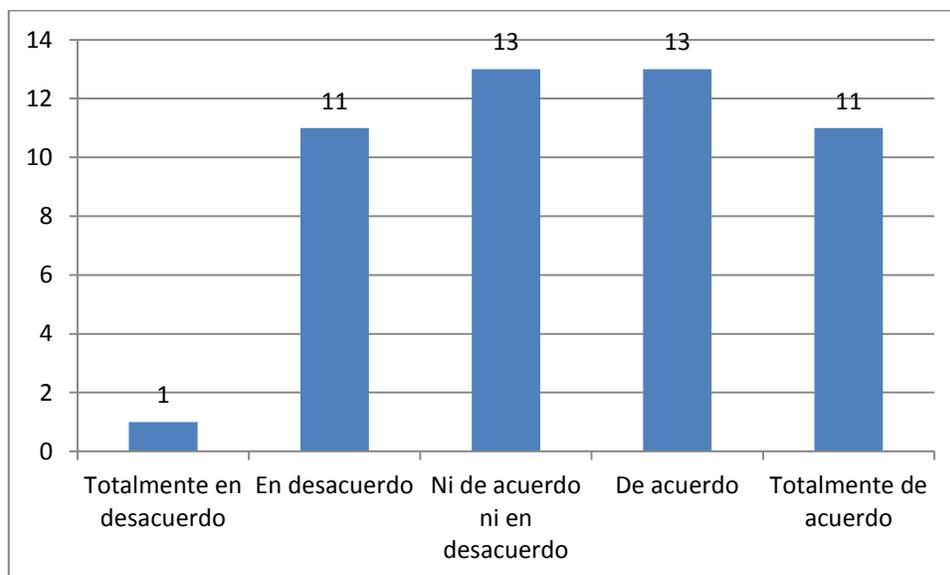
**Tabla N° 34: Eliminación copagos financiamiento**

CRITERIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	2,04	2,04
En desacuerdo	11	22,45	24,49
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	26,53	51,02
De acuerdo	13	26,53	77,55
Totalmente de acuerdo	11	22,45	100,00
Total	49	100,00	

Fuente: Construcción propia

Como se observa en la Gráfico No. 18 no existe una tendencia marcada frente a las respuestas de los expertos, pues es de esperarse que su opinión esté enmarcada dentro del rol que desempeña cada uno de los encuestados (EPS, IPS o Agremiación.)

**Gráfico N°. 18: Eliminación copagos financiamiento**



Fuente: Construcción propia

### **6.3 Análisis de resultados**

La percepción de los expertos frente a la salud como derecho fundamental es favorable y los resultados exponen su grado de aceptación. Consideran que se podría convertir en un derecho de carácter ilimitado donde se subsidie con recursos de la salud otros aspectos que no han sido contemplados. Lo anterior se ve relacionado con el grado de adherencia frente a la deficiencia de los recursos para prestar servicios de calidad, aunque una franja importante de expertos (46.8%) considera que estos recursos sí son suficientes.

El grupo de entrevistados confirma que el aumento en la cobertura en afiliación no está directamente relacionado con el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud, tal como es expuesto en las necesidades de la población.

El 55.1% de los expertos encuestados considera que uno de los grandes problemas del sistema es la alta cartera adeuda entre los diferentes actores del sistema, pero sin embargo no considera que el modelo de pagador y recaudador único sea la solución a la crisis y tan sólo el 32.65% la encuentra viable este modelo.

La eliminación de la integración vertical fue una de las preguntas que más dividió la opinión de los expertos encuestados, presentándose una distribución del 20% de cada uno de los criterios, con tendencia a manifestar que la eliminación no es la solución a los problemas del sistema de salud.

Eliminar la intermediación financiera a través de la creación de un fondo único tampoco hace parte de las soluciones expuestas por los expertos, por el contrario se muestran en desacuerdo a esta premisa. De igual manera, tampoco consideran relevante el tema del carácter público del fondo, lo cual podría estar asociado con la falta de credibilidad en la competencia del estado para la administración y manejo de los recursos.

De los expertos encuestados el 46.4 % determinó que los recursos destinados a la salud (40 billones de pesos) son suficientes para brindar una atención adecuada y de calidad a la población, pero sin embargo ante la pregunta de si es necesario aumentar los recursos de la salud a través de otras fuentes de financiamiento, el 71.43% estuvo de acuerdo y sólo el 14.28% no lo consideró necesario.

La prestación de servicios frente a las características de la población y el territorio también fue otra de las premisas con alto grado de aceptación, pues en su mayoría los expertos coinciden en que así debe ser. Sin embargo, se evidencia que no perciben como competentes a las Entidades territoriales para intervenir en la prestación de servicios de salud pública y mejorar los indicadores. Estas dos afirmaciones confirman la incapacidad técnica de los entes territoriales para hacerse cargo de la salud de la población en sus territorios.

La actual crisis del sector ha puesto en entredicho la sostenibilidad financiera del sistema y por tal motivo el 86% de los entrevistados confirma la necesidad de crear un fondo de garantías del sector salud, de tal modo que se pueda mantener dicha sostenibilidad, aunque se expresan precisiones en cuanto al mecanismo de financiación propuesto.

Frente a una de las respuestas a la sentencia T-760, donde se propone la implementación de un plan de beneficios único que permita equidad en el sistema, el 62% de los expertos está de acuerdo, sin embargo existe un 20.5% que expone estar en desacuerdo, lo anterior hace pensar que este porcentaje podría estar representados por el grupo de aseguradores o prestadores que se verían afectados con tal decisión.

La afirmación que propone que las acciones de prestación de servicios deben ser medibles con indicadores de mejora en la condición de salud, tiene una aceptación del 83%, más aun cuando se propone que estas mejoras serán premiadas con incentivos a la gestión.

Aspectos en los cuales se encontró diversidad en las respuestas y no fue evidente la aceptación generalizada, están relacionados con la viabilidad financiera de los

prestadores públicos o privados y con respecto a la eliminación de los copagos en el régimen subsidiado. Ninguna de las anteriores expone una tendencia marcada a ser aceptada o rechazada por los expertos.

## **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

La reforma a la salud en el eje de la financiación como se encuentra concebida, no generará cambios sustanciales toda vez que se avanza hacia un sistema en que el Estado será el principal actor con las funciones de afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos, responsable de la información. En resumen se demuestra el interés del Estado por retomar su empoderamiento como administrador de lo público. Sin embargo la administración del riesgo en salud seguirá delegada en las Entidades Promotoras de Salud o Gestoras de Salud.

La determinación de la salud como un derecho fundamental y no un derecho social, conlleva a la insostenibilidad financiera del modelo, no se establecen límites racionales al sistema de salud, solo se enmarca en la sostenibilidad fiscal y los derechos fundamentales que por su carácter no son aplicables a este principio.

El sistema de salud es permeable a las realidades de la economía política regional, y al permitir que los alcaldes y gobernadores nombren a los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado se elimina la posibilidad de que ocupen los cargos tengan las debidas competencias.

Acorde a la evaluación de las propuestas y la encuesta a los expertos, las entidades territoriales no tienen capacidad técnica, ni estructura para administración del sistema de salud y la realización de las actividades de salud pública, gestión de los recursos, la inspección, vigilancia y control en el ámbito de su competencia.

Uno de los principales problemas es la cartera adeudada por el Estado a los actores del sistema, con el modelo propuesto en la reforma, se elimina la administración de los recursos financieros por parte de las EPS, permite el flujo de

los recursos desde la fuente al prestador directamente, por lo anterior se podría afirmar que saldrá fortalecida la prestación de servicio en el modelo propuesto.

La unidad de gestión responsable de la afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos, administración de la información será una entidad estatal, con una concentración de funciones que generará riesgos, teniendo en cuenta la complejidad de las mismas. Hoy el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene la experiencia ni la estructura para realizar adecuadamente las funciones definidas e históricamente el órgano de dirección no es ejemplo de ejecución ágil en el estado.

Las respuestas a las necesidades de la población aun no son resueltas con la definición de una ley estatutaria que deja en el limbo aspectos relevantes como la sostenibilidad financiera y la progresividad en el plan de beneficios, sin que se evidencie respuesta a la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional. Tampoco se evidencia la conformación de las redes integradas de servicios de salud como aspecto fundamental para dar respuesta a las necesidades de la población en zonas de alta dispersión poblacional, e incluso a la suficiencia de la misma en zonas de alta concentración.

### **Recomendaciones**

Es necesario armonizar los proyectos de ley estatutaria y ordinaria en salud (P.L. 051, 210, 233) presentados al Congreso de la República a fin de que exista unidad de materia entre lo planteado y hacerlos semejantes entre sí en los términos utilizados para definir los nuevos órganos de regulación y administración en el sistema.

**Cobertura:** Se establece en los proyectos de reforma la Universalidad, qué es uno de logros del sistema actual, a pesar de no haber sido lograda el 100% en el año 2001, como lo manifiesta el artículo 162 de la Ley 100 de 1993. El sistema ha aumentado su cobertura en los últimos años en especial en el régimen subsidiado que se sitúa en un 48.5%, el régimen contributivo en un 42.8%, en total la cobertura asciende al 92.3% a Diciembre de 2012.

Flujo de Recursos: Uno de los grandes retos de las reformas propuestas es el mejorar el flujo de recursos, teniendo en cuenta que este guarda estrecha relación con la garantía en la prestación de servicios de salud. Actualmente el flujo de recursos es uno de los principales factores que incide en la crisis del sistema, por las altas deudas que tienen con los diferentes actores del sistema del estado (Entes Territoriales, ESE, Nueva EPS, Caprecom, FOSYGA). La implementación de un pagador único en salud es una alternativa viable siempre y cuando los recursos para llegar al prestador se eliminen la intermediación, se sugiere que este fondo sea de economía mixta (Público privado) teniendo en cuenta los recursos a manejar que estarían en el orden de los 40 billones de pesos.

Administrador de Recursos: La separación del recaudo y el pago en entidades especializadas, que permitan el flujo dinámico de los recursos que no esté subyugado a las políticas y trámites gubernamentales que no permiten la adecuada circulación de los recursos en el sector.

Financiación: Se propone establecer otros mecanismos para aumentar los ingresos al sistema toda vez que el carácter finito de los recursos no permite al estado en el largo tiempo sostener el gasto en salud. Los recursos de la salud son inembargables y no podrá existir intermediación financiera en cualquier instancia. Los recursos públicos que financian el derecho a la salud tienen destinación específica, y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Éste documento se terminó de redactar el 27 de junio de 2013, cuando de la reforma a la salud fue aprobada la Ley Estatutaria por el Congreso de la República y pasa a control de la Corte Constitucional, pero la Ley Ordinaria que es desarrollo de los preceptos sigue en trámite para la próxima legislatura a partir del 20 de julio de 2013, sin embargo este documento se circula entre los actores del sistema e interesados para que sirva de apoyo y colocarlo a consideración de las autoridades.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arias, R. D. (2005). Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de salud en Colombia. *El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud*, (pág. 15). Medellín.
- Banco de la República. (2012). Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. *Centro de Estudios Económicos Regionales (CEEER) - Cartagena*, 1-58.
- Banco Mundial. (30 de Octubre de 2013). *Banco Mundial*. Recuperado el 30 de Mayo de 2013, de <http://datos.bancomundial.org/http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Baron, L. G. (26 de Marzo de 2007). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 13 de Febrero de 2013, de Cuentas de Salud de Colombia 1993 - 2003: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUENTAS%20DE%20SALUD.pdf>
- Boletín de Prensa ACHC. (25 de Junio de 2013). *Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas*. Recuperado el 26 de Junio de 2013, de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas: <http://www.achc.org.co/documentos/prensa/Boletin%20de%20prensa%20Cartera%20hospitalaria%20junio%202013.pdf>
- Buitrago, R. I. (2009). Gestión del aseguramiento en salud. *Revista EAN* 67, 21-36.
- Céspedes, J., Jaramillo Ivan, Martínez, R., Olaya, S., Uribe, C., Castaño, R. A., y otros. (2000). Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre Equidad en el Accesos y la Utilización de Servicio de Salud. *Revista de Salud Pública*, 145-164.

- Chernichovsky, D., Guerrero, R., & Martínez, G. (2012). La sinfonía incompleta: La reforma al sistema de Salud de Colombia. *Conferencia Interamericana de Seguridad Social* (págs. 1-59). México: Documento de trabajo.
- Clavijo, S., & Vera, A. (01 de Junio de 2010). *Instituto Nacional de Contadores Públicos de Colombia*. Recuperado el 08 de Febrero de 2013, de Instituto Nacional de Contadores Públicos de Colombia: <http://incp.org.co/Site/info/archivos/anifiscal.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 de 2007. Bogotá, Colombia.
- Consultor salud. (15 de Abril de 2013). *Consultor Salud*. Recuperado el 9 de Mayo de 2013, de <http://www.consultorsalud.com/principales-noticias/1046-de-aqui-saldra-el-nuevo-sistema-de-salud>
- DANE. (1 de Marzo de 2010). *www.dane.gov.co*. Recuperado el 28 de Octubre de 2012, de *www.dane.gov.co*: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/7P\\_royecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7P_royecciones_poblacion.pdf)
- DANE. (2012). *Medición del empleo informal y la seguridad social, trimestre móvil mayo - julio 2012*. Bogotá.
- DANE. (29 de Febrero de 2013). *www.dane.gov.co*. Recuperado el 10 de Febrero de 2013, de *www.dane.gov.co*: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72)
- ENDS. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá.
- FEDESARROLLO. (10 de Diciembre de 2012). La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de*

*Salud Colombiano*. Bogotá D.C., Bogotá D.C., Colombia: La Imprenta Editores S.A.

Jimenez, B. W. (2006). El desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la implementación de la Ley. *Ciencia y Tecnología para la salud Visual y Ocular No 6*: 39-45, 40.

Lamprea, E. (2011). *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud. Encrucijadas y Salidas*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Laurell , A. C., & Herrera Ronquillo, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 137-148.

Londoño, B. (2011). Estado actual de la Salud en Colombia y retos principales del gobierno. *Como va la salud en Colombia, Reporte Anual 2010*, (pág. 109). Bogotá.

Londoño, J. L. (2001). Eras en la Protección Social Latinoamericana. *Seminario "La teoría del Desarrollo en los albores del siglo XXI"*, (págs. 1-23). Santiago de Chile.

Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud de America Latina*. BID.

Londoño, R. I. (01 de 12 de 2002). <http://www.encolombia.com/>. Recuperado el 15 de 05 de 2013, de <http://www.encolombia.com>: <http://www.encolombia.com/heraldo2423002editorial.htm>

Marles, S. (13 de Junio de 2011). *Partido Socialista de los trabajadores de Colombia*. Recuperado el 5 de Febrero de 2013, de Partido Socialista de los trabajadores de Colombia: <http://www.pstcolombia.org/article/%C2%A1abajo-la-ley-100>

Ministerio de la Protección Social. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá.

- Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia. (2010). Análisis de la situación de Salud en Colombia 2002 - 2007. En M. d. Antioquia, *Morbilidad y Mortalidad de la Población Colombiana Tomo III*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (08 de Enero de 2013). [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co). Recuperado el 20 de Marzo de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
- Molina M, G., & Ramirez G, A. (2011). *Transfondo ético de la crisis del sistema de seguridad social Colombiano*. Medellín: Universidad de Antioquia .
- Naciones Unidas. (15 de Junio de 2010). *ODM Naciones Unidas*. Recuperado el 13 de octubre de 2012, de ODM Naciones Unidas: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf)
- Namakforoosh, M. N. (2005). *Metodología de la investigación*. Mexico: Noriega Editores.
- Ortiz, M. J. (23 de Mayo de 2013). El Tiempo. *Crónica de una muerte anunciada*.
- Osorio, E., M. E., & Pineda R., B. (2013). *El sistema de Salud busca su rumbo Reporte anual 2012*. Bogotá: Así vamos en Salud.
- Patiño, J. F. (2011). La atención de la salud en un modelo de aseguramiento comercial. *Revista Colombiana de Cirugía*, 9-10.
- Pelaez, Q. J. (Octubre de 2012). *Periodico El Pulso*. Recuperado el 15 de Febrero de 2013, de Periodico El Pulso: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1210oct/observa/monitoreo.htm>
- Pennig, J. P. (2003). Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. *Economía y Desarrollo* , 126.
- Piedrahita, C. (2012). Estructura y regulación del sector salud: una perspectiva económica. *Revista CES DERECHO*, 18-27.

- Pinto, D., & Muñoz, A. L. (2010). Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud Estrategia del BID 2011-2014. *Notas Técnicas - BID*, 1-46.
- PNUD. (15 de Marzo de 2013). [www.pnud.org.co/](http://www.pnud.org.co/). Recuperado el 28 de Mayo de 2013, de [www.pnud.org.co/](http://www.pnud.org.co/): <http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/COL.html>
- Porter, M., & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care*. Boston: Harvard Business Publishing.
- Procuraduría General de la Nación. (2011). *Financiamiento de Sistema de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: ECOE Ediciones.
- Programa "ASI VAMOS EN SALUD". (05 de Septiembre de 2011). *Asi vamos en Salud*. Recuperado el 5 de Febrero de 2013, de Asi vamos en Salud: <http://www.asivamosensalud.org/publicaciones/informe-anual/publicacion.ver/46>
- Restrepo J, L. J. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de economía Institucional*, 279-308.
- Restrepo, J. H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Rev Fac Nac Salud Pública*, 25 (1):82-9.
- Saenz, L. (Febrero de 2001). <http://www.paho.org/PAHO-USAID/>. Recuperado el 6 de Febrero de 2012, de <http://www.paho.org/PAHO-USAID/>: [http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=10071&Itemid=99999999](http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=10071&Itemid=99999999)
- Trabajo revista de la OIT. (2009). De Bismarck a Beveridge: seguridad social para todos. *Trabajo Nº 67 revista de la OIT* , 2-8.
- UNFPA. (5 de Diciembre de 2008). [www.unfpa.org.co/menuSup.php?id=5](http://www.unfpa.org.co/menuSup.php?id=5) *Análisis de situación en población para Colombia*. Recuperado el 20 de Marzo de

2013, de Análisis de situación en población para Colombia:  
<http://unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/P&E%20Colombia%20peque.pdf>

Uprimny, M. A. (17 de Octubre de 2012). *www.elcolombiano.com*. Recuperado el 13 de Mayo de 2013, de *www.elcolombiano.com*:  
[http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/calidad\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_colombia\\_ha\\_disminuido\\_segun\\_expertos/calidad\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_colombia\\_ha\\_disminuido\\_segun\\_expertos.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/calidad_de_la_salud_en_colombia_ha_disminuido_segun_expertos/calidad_de_la_salud_en_colombia_ha_disminuido_segun_expertos.asp)

Van Parijs, P. (1994). Au delà de la solidarité. Les fondements éthiques de l'Etat-providence et de son dépassement. *Cahiers de l'Ecole des sciences philosophiques et religieuses*, 5-30.

## **GLOSARIO**

ASIS: Análisis de Situación de Salud

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

EPS: Entidad Promotora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

IDH: índice de Desarrollo Humano

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

FONSAET: Fondo de Salvamento de Entidades Territoriales

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

POS: Plan Obligatorio de Salud

POSS: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

PIB: Producto Interno Bruto

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud

SGP: Sistema General de Participaciones

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

# ANEXOS

## Cronograma

	MES / SEMANA	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBERERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Presentación del tema																																				
2	Revisión Bibliografía																																				
3	Recolección de información teórica																																				
4	Análisis de proyectos de Ley																																				
5	Selección de muestra																																				
6	Recolección de datos y aplicación encuestas																																				
7	Análisis de la información																																				
8	Síntesis de la información teórica - empírica																																				
9	Elaboración del informe final																																				
10	Revisión del informe final																																				

Presupuesto

<b>ACTIVIDADES</b>	
Costo en \$	
<b>Recursos Humanos</b>	
Director e investigadores del proyecto	5.000.000
Análisis de Información	500.000
Personal para recolección de datos	1.000.000
Especialista para corrección de estilo y redacción	1.000.000
<b>Servicios</b>	
Servicios bibliográficos	100.000
Búsqueda en internet	100.000
Visita a entidades	300.000
Gastos de envío y recepción	500.000
Transporte y relacionados	700.000
<b>Recursos Materiales</b>	
Compra de libros y revistas	900.000
Material de oficina	200.000
Equipo de cómputo	1.000.000
Material de Impresión	200.000
<b>TOTAL</b>	<b>11.400.000</b>