



**Colombia: Sistema
General de Seguridad
Social en Salud
Estrategia del BID 2011 - 2014**

Diana Pinto
Ana Lucía Muñoz

**Banco
Interamericano de
Desarrollo**

División de Protección
Social y Salud

NOTAS TÉCNICAS

IDB-TN-246

Junio 2010

Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Estrategia del BID 2011 - 2014

Diana Pinto
Ana Lucía Muñoz



Banco Interamericano de Desarrollo

2010

<http://www.iadb.org>

Las "Notas técnicas" abarcan una amplia gama de prácticas óptimas, evaluaciones de proyectos, lecciones aprendidas, estudios de caso, notas metodológicas y otros documentos de carácter técnico, que no son documentos oficiales del Banco. La información y las opiniones que se presentan en estas publicaciones son exclusivamente de los autores y no expresan ni implican el aval del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representan.

Este documento puede reproducirse libremente.

Dirigir sus consultas al correo electrónico: scl/sph@iadb.org

ÍNDICE

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	1
I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	1
A. Organización general	1
B. Beneficios en Salud	5
1. Descripción general	5
2. Salud Pública.....	6
3. Los Planes Obligatorios de Salud.....	8
4. Lo no cubierto por los planes de beneficios	9
C. Financiación del SGSSS	13
1. Fuentes de financiación y recursos disponibles	13
2. Sostenibilidad Financiera	15
D. Regulación, administración, Inspección Vigilancia y Control (IVC).....	17
1. Ministerio de la Protección Social.....	17
2. Comisión de Regulación en Salud (CRES).....	17
3. Superintendencia Nacional de Salud.....	18
4. Direcciones Departamentales y Municipales de Salud	19
5. Otras Entidades.....	22
II. LOGROS OBSERVADOS DESDE 1993 EN AFILIACIÓN, PROTECCIÓN FINANCIERA, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y ESTADO DE SALUD	22
A. Afiliación	22
B. Protección financiera	25
C. Acceso y utilización de servicios de salud	25
D. El estado de salud	26
III. LOS RETOS DE LA SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL T-760 DE 2008 PARA EL SGSS	27
A. La ST-760	27
B. Financiación de la unificación	28
C. Qué se requiere para determinar el POS único	29
1. Instancias Responsables y Actores Involucrados.....	29
2. Decisión Respecto al Tipo y Cantidad de Beneficios a Incluir.....	30
3. Secuencia de Unificación	31
4. Mecanismos de Actualización Periódicos y Estandarizados.....	32
5. Diseño de Indicadores de Monitoreo Validos	33
6. Procesos de participación democrática.....	33
D. Cambios institucionales para el sistema unificado	34
E. El Problema no resuelto del No-POS	35
F. Avances de la CRES	36
IV. UN RESUMEN DE LOS RETOS	37
V. EXPERIENCIA DEL BID Y SU ROL FRENTE A LOS ACTUALES RETOS	37
VI. REFERENCIAS.....	39

ABREVIATURAS

ARP	Administradoras de Riesgos Profesionales
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
ATEP	Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional
BDUA	Base de Datos Única de Afiliación
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CRES	Comisión Nacional de Regulación en Salud
CTC	Comité Técnico Científico
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ECAT	Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito
ECV	Encuesta Nacional de Calidad de Vida
EPS	Empresas Promotoras de Salud
ESS	Empresas Solidarias de Salud
ET	Entidades territoriales
FOSYGA	Fondo de Seguridad Social y Garantía
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IVC	Inspección Vigilancia y Control
MAPIPOS	Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos
MPS	Ministerio de la Protección Social
ODM	Objetivos del Milenio
PyP	Promoción y Prevención
PAB	Plan de Atención Básica
PGN	Presupuesto General de la Nación
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
POS, POS-C, POS-S	Plan Obligatorio de Salud, contributivo, subsidiado
PSIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
RC	Régimen Contributivo
RE	Regímenes Especiales
RIPS	Registros de Prestación
RS	Régimen Subsidiado
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SP	Subsidios Parciales
ST-760	Sentencia Corte Constitucional T-760 de 2008
UPC, UPC-C, UPC-S	Unidad de pago por capitación, contributiva, subsidiada

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Esta nota ha sido preparada con el propósito de apoyar el dialogo de política sectorial entre el BID y el Gobierno de Colombia en, 2010, momento de transición política. La nota se centra en aportar la información requerida para proponer una ruta que le permita al país enfrentar los principales retos actuales del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, reimpulsados por la Sentencia Corte Constitucional T-760 de 2008 (ST-760): la universalización de coberturas y la unificación del paquete básico de salud. Con ese propósito en mente, la nota se ha estructurado de la siguiente manera: una primera sección que describe el modelo de aseguramiento en salud en Colombia; esto es; el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La segunda sección describe los logros alcanzados desde que empezó a operar el Sistema, en afiliación, acceso, protección financiera y estado de salud. La tercera sección plantea los retos derivados de la ST-760 y finalmente, delinea las áreas en las cuales el BID podría apoyar al país para responder a esos retos.

I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

- 1.1 El propósito de esta sección es presentar el marco institucional y financiero actual del SGSSS, a partir del cual se deberán realizar las reformas que se requieren para responder a los retos ya mencionados. Para esto describe la organización del SGSSS; los planes de beneficios de salud existentes en el marco del Sistema; la financiación, las fuentes y analiza la sostenibilidad financiera; por último, describe el marco institucional del Sistema; esto es, administración, regulación, vigilancia y control.

A. Organización general

- 1.2 La Ley 100 creó el SGSSS, que consiste en un seguro de salud universal, con cubrimiento familiar, administrado por compañías denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS)¹, las cuales cumplen con la función de aseguradoras (administran riesgos a cambio de una prima) y se encargan de contratar los servicios a los que tiene derecho los afiliados con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los servicios, intervenciones² y medicamentos cubiertos bajo el esquema de seguros están delimitados por un paquete de beneficios

¹ Anteriormente las EPS del Régimen Subsidiario (RS) se denominaban Administradoras del Régimen Subsidiario (ARS), pero esto se unificó.

² Hasta el 2010 el listado era el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos (MAPIPOS) adoptado mediante Resolución 5261 el 5 de agosto de 1994. El MAPIPOS estaba organizado por procedimientos diagnósticos y terapéuticos por niveles de complejidad y con ordenación por especialidades.

denominado el Plan Obligatorio de Salud (POS). La prima o valor monetario reconocido a las EPS por el POS se conoce como la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

- 1.3 El SGSS está organizado como un modelo de competencia regulada en dos niveles. En el primer nivel los beneficiarios seleccionan una EPS dentro de un conjunto disponible. Dado que tanto el POS como la UPC están predeterminados, las EPS, en teoría, deben competir atrayendo a sus afiliados por diferencias en la amplitud y calidad de la red de prestación de servicios. En el segundo nivel la competencia se da entre IPS, quienes buscan obtener contratos con las EPS según el precio y calidad de los servicios ofertados.
- 1.4 El SGSSS se separó en dos regímenes, el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Solidario (RS), con poblaciones, objeto y fuentes de financiación diferentes. Además, dada la existencia de restricciones presupuestales al inicio de la reforma, la legislación estableció diferencias iniciales en el alcance de la cobertura POS-C y el POS-S³, pero se planteó la convergencia entre los dos planes a través de un programa para la incorporación progresiva de servicios al POS-S⁴. Sin embargo, y como se verá más adelante, en el transcurso de los últimos 16 años fueron muy pocas las inclusiones en el POS-S y nunca se estableció una estrategia dirigida a igualar los contenidos de los dos planes.
- 1.5 A noviembre de 2009, 42,3 millones de colombianos equivalentes al 91,4% de la población total, están bajo la protección de alguno de los siguientes regímenes de aseguramiento en salud: RG, RS o Regímenes Especiales (RE).
- 1.6 El RC está dirigido a trabajadores formales, servidores públicos, pensionados y jubilados y a trabajadores independientes con capacidad de pago. A noviembre de 2009, 17,3 millones de personas, o 38,8% de la población total de Colombia estaba afiliada al RC. El RC se financia a través de una cotización obligatoria, correspondiente al 12,5% del ingreso base de cotización⁵, con la cual se afilia al cotizante y sus beneficiarios (familia). La cotización es cofinanciada entre los trabajadores (4%) y los patronos (8,5%). El POS-C cubre un amplio rango de servicios (descritos más adelante). El valor de la UPC-C para el año 2010 es 485.013 pesos (US\$244).
- 1.7 La población objeto del RS corresponde a la población pobre identificada en los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN)⁶, así como los segmentos de personas vulnerables, como son la población infantil abandonada, personas de la tercera edad en protección de ancianos, población rural migratoria, recién nacidos, población del área rural, población con

³ En su punto de partida, el POS-S incluye servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo.

⁴ Ley 100 de 1993, Artículo 162.

⁵ Los trabajadores independientes aportan sobre el 40% de su ingreso.

⁶ El SISBEN, o Sistema de Identificación de Beneficiarios, es un instrumento de focalización de subsidios públicos.

discapacidad, entre otros⁷. A noviembre de 2009, 23,8 millones de personas, o 50,6% de la población total de Colombia estaba afiliada al RS (81% de la población en el primer quintil-ECV 2008). La financiación del RS proviene de un aporte de solidaridad de la cotización del RC (equivalente a uno y medio punto del 12,5% de la cotización), de recursos nacionales transferidos a los territorios [un porcentaje de la partida de salud del Sistema General de Participaciones (SGP)] y de recursos propios territoriales. El plan de beneficios del RS (POS-S) cubre menos servicios que el RC y el valor de la UPC-S para el año 2010 es 281.836 pesos US\$142. Cabe anotar que en el año 2004 se introdujo una modalidad de afiliación que consistió en Subsidios Parciales (SP), para proveer afiliación transitoria a poblaciones elegibles para el subsidio para las cuales no existían recursos para un subsidio pleno, o para poblaciones categoría SISBEN 3 en municipios con cobertura casi universal. Sin embargo, actualmente este sistema está siendo desmontado para pasar a subsidios plenos.

- 1.8 Un pequeño porcentaje de la población pertenece a RE que existían antes de la Ley 100 (1,2 millones de personas, o 2% de la población total). Estos cobijan a los miembros de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional, civiles del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional vinculados antes de la vigencia de la ley 100/93, servidores públicos y los pensionados de ECOPETROL, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y Servidores Públicos de Educación Superior, algunas universidades públicas y empleados del Banco de la República. La diferencia con el RC, en términos de recursos, consiste en que los aportes patronales son superiores. La administración de los regímenes especiales está organizada por fondos fiduciarios que hacen funciones integradas de recaudo, financiamiento y aseguramiento y una red privada de servicios de salud que incluyen tratamientos y medicamentos de alta tecnología. Existe cuestionamiento sobre la conveniencia de mantener los RE. Por un lado, no hacen aportes de solidaridad y por otro obtienen beneficios muy por encima del resto de la población. Sin embargo desmontarlos puede tener un costo político enorme.
- 1.9 La población sin aseguramiento consiste en: (i) personas elegibles para pertenecer al RS, pero que no ha podido ser afiliada por falta de cupos disponibles; se denomina “vinculada”; (ii) personas del segmento medio-bajo de ingresos correspondiente al grupo clasificado en el nivel 3 del SISBEN; y (iii) alguna población independiente con capacidad de pago que no ha buscado asegurarse. Los dos primeros grupos tienen derecho a ser atendidas (casi) sin costo en la red de prestadores contratada por los departamentos, constituida principalmente por IPS públicas, aunque también incluye privadas. La prestación de estos servicios se financia con recursos de oferta provenientes del SGP. Se calcula que para el año 2009 el número de personas pobres elegibles para el RS (niveles 1 y 2 del SISBEN) pendientes por afiliar estaba alrededor de 3 millones, u 12% de la población SISBEN 1 y 2 (MPS 2009). El número de personas SISBEN 3 sin afiliación al SGSSS, y para cuyo caso se ha propuesto un subsidio parcial a la cotización, es aproximadamente 2,2 millones (51% de la población SISBEN 3).

⁷ Los criterios para asignar subsidios de salud están definidos en el acuerdo 415 de 2009.

No se cuenta con una cifra exacta de la población independiente con capacidad de pago.

- 1.10 El cuadro I-1 resume los diferentes esquemas de afiliación vigentes en el SGSSS actual.

CUADRO I-1. COBERTURA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESQUEMAS DE AFILIACIÓN DEL SGSSS

RÉGIMEN	AFILIADOS millones de personas (% población total)*	FINANCIACIÓN	BENEFICIOS	MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Contributivo (Asalariados e independientes con capacidad de pago)	17,3 (39%)	Aportes obligatorios empleador/empleado sobre salario	Amplios, todos los niveles de atención	Red de prestadores de EPS
Subsidiado (Población SISBEN 1 y 2)	23,8 (51%)	1,5% aporte solidaridad RC, recursos de demanda del Sistema General de Participaciones y aportes territoriales propios	Servicios preventivos/de baja complejidad, catastrófico	
No asegurados-vinculados (Población SISBEN 1 y 2)	2,6 (5%)	Subsidios a la oferta SGP Pagos de bolsillo	Según demanda	Red contratada por entidad territorial o prestadores privados
Especial (FFMM, Policía, Magisterio, Ecopetrol)	1,2 (2%)	Aportes patronales	Amplios, todos los niveles de atención	Red de prestadores contratada por respectiva Administradora del régimen

Fuente: Elaboración del autor. *La columna no suma 100% pues no incluye algunas poblaciones no aseguradas, como la población SISBEN 3 o independientes con capacidad de pago.

B. Beneficios en Salud

1. Descripción general

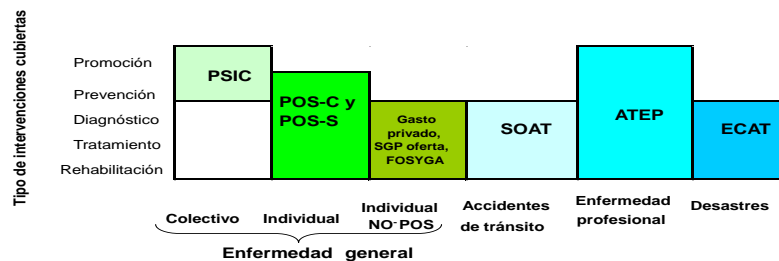
- 1.11 La Ley 100 de 1993 define dos tipos de beneficios a los cuales tienen derecho los ciudadanos⁸, siendo los primeros intervenciones⁹ en salud dirigidas a los individuos y cuyo consumo es de carácter privado, y los segundos constan de intervenciones de salud pública, que incluyen prestaciones individuales que tienen externalidades, o intervenciones dirigidas a las colectividades. El conjunto de intervenciones individuales para las cuales se garantiza el acceso de los afiliados al SGSSS se delimitan en los respectivos POS de cada régimen. El conjunto de acciones que tienen implicaciones colectivas se define en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSIC) y éste se brinda a toda la población. En principio, debe existir complementariedad y sinergias entre las intervenciones individuales contenidas en los planes obligatorios de salud y las intervenciones colectivas.

⁸ Ley 100 de 1993, Capítulo III.

⁹ En este documento se considera como intervención en salud los procedimientos, tratamientos, medidas preventivas o de rehabilitación y exámenes diagnósticos encaminados a mejorar la salud.

1.12 Hay un conjunto de prestaciones individuales que constituyen otros “paquetes”, y son las prestaciones requeridas como consecuencia de accidentes de tránsito, acciones terroristas o catástrofes naturales, y accidentes o enfermedad profesional. Estas se financian a través del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), la subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y por las primas pagadas a las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP)¹⁰, respectivamente. Queda entonces un conjunto de “prestaciones residuales”, que incluyen todas las intervenciones no incluidas en el POS-C, POS-S o en los paquetes anteriores, o servicios para la población no asegurada sin capacidad de pago. De no ser financiadas por medio de gasto de bolsillo o seguros complementarios, la demanda por estas prestaciones acaba siendo cubierta por medio de recursos de oferta o por el rubro “Apoyo otros eventos y fallos de tutela” de la subcuenta de compensación del FOSYGA. Los diferentes paquetes de servicios existentes en el SGSSS se resumen en la Figura 1, estando el tipo de intervenciones cubiertas en el eje vertical y el tipo de contingencias en salud abordadas en el eje horizontal. Por ejemplo, las intervenciones de promoción y prevención dirigidas a problemas de enfermedad general con impacto colectivo se financian vía el PSIC.

Figura 1. Contingencias en salud e intervenciones cubiertas en el SGSSS, según fuente de financiación



Fuente: Elaboración del autor

1.13 A continuación se provee mayor detalle sobre los planes obligatorios de salud y las acciones de salud pública.

2. Salud Pública

a) Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas

1.14 El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas fue establecido por la Ley 1122 de 2007 y entró en vigencia en el año 2008, en remplazo del Plan de

¹⁰ El manejo de los riesgos y las enfermedades profesionales lo asumen las ARP.

Atención Básica (PAB). En línea con las metas trazadas en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), los departamentos y municipios deben definir sus PSIC, constituidos por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, medidas para el control de factores de riesgo para la salud, etc. Los PSIC locales se desarrollan siguiendo lineamientos trazados para ello por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y atendiendo a las prioridades en salud pública del PNSP, que para el período 2008-2010 son:

- a. La salud infantil
 - b. La salud sexual y reproductiva;
 - c. La salud oral;
 - d. La salud mental y las lesiones violentas evitables;
 - e. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis;
 - f. Las enfermedades crónicas no transmisibles;
 - g. La nutrición;
 - h. La seguridad sanitaria y del ambiente.
- 1.15 En relación a competencias territoriales en salud pública, estas están organizadas de modo que el PSIC municipal enfatice su quehacer en las acciones de promoción y prevención de su competencia, mientras que el departamento enfoque su esfuerzo en el desarrollo de la vigilancia en salud pública, el laboratorio de salud pública, la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente, el control de vectores y zoonosis y particularmente el control de gestión de los recursos de salud pública en el ámbito de su jurisdicción y el control de las acciones de promoción y prevención del POS. Se busca que haya sinergias y complementariedad entre el quehacer departamental y municipal en esta materia.

b) Acciones individuales de salud pública

- 1.16 El SGSSS estableció por norma¹¹ que las EPS tanto del RC como del RS tienen la obligación de realizar un conjunto de acciones individuales de salud pública, dentro de los límites establecidos por el POS. Estas incluyen actividades de promoción de la salud (ej. consulta niño sano), de prevención de la enfermedad (ej. tamizaje cáncer cuello uterino) e intervenciones para el manejo de enfermedades consideradas de interés en salud pública por tener externalidades y por consiguiente un potencial impacto en la salud colectiva, tales como enfermedades infecciosas (ej. Tuberculosis) y transmitidas por vectores (malaria) y enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad (ej. Hipertensión arterial). Para este efecto se estableció una UPC aparte, la cual estaba destinada a financiar las acciones de Promoción y Prevención (PyP) del

¹¹ Acuerdo 117 de 1998 y Resoluciones 412 y 3384 de 2000.

POS del RC. En el RS, estas acciones están incluidas en el plan de beneficios y su financiación se da con la misma UPC correspondiente para dicho plan. Estas acciones individuales también deben ser ejercidas por los territorios para las poblaciones no aseguradas, y para ello cuentan con los recursos SGP. Existen matrices de cumplimiento de las acciones PyP que son diligenciadas por los responsables de estas acciones y evaluadas por el Ministerio¹², pero realmente no hay incentivos claros, diferentes a posibles sanciones, para que se ejecuten acciones de PyP.

3. Los Planes Obligatorios de Salud

- 1.17 El POS-C es un paquete bastante comprehensivo, e incluye prestaciones en todos los niveles de atención¹³. Las exclusiones explícitas constan principalmente de cirugías estéticas, aparatos prostéticos, psicoterapia de largo plazo y tratamientos experimentales.
- 1.18 Exceptuando los menores de 18 años, quienes desde el año 2009 tienen derecho al POS-C, el POS-S se conforma como un paquete que incluye principalmente prestaciones de primer nivel de atención, dentro de ellas actividades específicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atenciones hospitalarias no complejas y cobertura para enfermedades de alto costo. También se ofrece un rango de servicios más amplio para mujeres embarazadas (prácticamente igual a la cobertura del POS-C) y algunas consultas especializadas como es la consulta de oftalmología y optometría en menores de 20 y mayores de 60 años. La cobertura de intervenciones de segundo y tercer nivel de atención es bastante reducida. Como ya se mencionó, el POS-S incluye un listado nacional de medicamentos igual al POS-C y también financia el transporte de pacientes en algunas circunstancias particulares. El cuadro I-2 compara los dos planes de beneficios.
- 1.19 Actualmente el listado de intervenciones cubiertas por los POS se encuentra en el Acuerdo 008 de 2009, el cual sustituye al MAPIPOS adoptado en 1994. Al igual que con el MAPIPOS, el POS se organiza por procedimientos diagnósticos y terapéuticos por niveles de complejidad y con ordenación por especialidades médicas, no necesariamente relacionadas con patologías. El listado actualizado de medicamentos cubiertos por los PB también se encuentra en el Acuerdo 008.
- 1.20 La Ley 100 delineó la actualización del POS como un ejercicio racional y explícito para responder a las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta los recursos disponibles. El Art. 162 de dicha Ley establece que los servicios de salud incluidos en el POS serán actualizados por el Consejo Nacional

¹² Ver MPS 2007.Evaluación de las acciones de promoción, protección específica y detección temprana. Informe final.

¹³ En el SGSSS se clasifican las intervenciones en tres niveles de acuerdo a complejidad de la atención y tecnología requeridas y los recursos financieros requeridos para su prestación. El primer nivel incluye la atención básica medidas preventivas, consultas por médico general, exámenes diagnósticos básicos, odontología, y los segundos y terceros niveles consultas, hospitalizaciones y exámenes especializados, cirugías y tratamientos de rehabilitación.

de Seguridad Social en Salud (CNSSS), que hoy en día ha sido remplazado por la Comisión Nacional de Regulación en Salud (CRES), de acuerdo a los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible y las condiciones financieras del sistema¹⁴. En general, la mayoría de las inclusiones realizadas al POS han sido de carácter puntual, sin responder a un ejercicio explícito y sistemático de priorización y obedecieron a diversos criterios que no necesariamente concuerdan con lo estipulado por la Ley 100. El contenido básico del POS-S se ha ampliado al mínimo y las pocas inclusiones corresponden a ajustes en paralelo del POS-C y no a un esfuerzo por cerrar la brecha entre los dos planes, en particular en todo lo relacionado a prestaciones de segundo y tercer nivel de atención.

4. Lo no cubierto por los planes de beneficios

- 1.21 El SGSSS diseñó un mecanismo para el financiamiento de situaciones clínicas que requieren sobrepasar los límites establecidos en los planes de beneficios. Este mecanismo es el proceso de recobro por parte de las EPS al FOSYGA, de los gastos incurridos en medicamentos no cubiertos por el POS-C o en intervenciones ordenadas por fallos de tutela. El recobro por medicamentos no POS (MNOPOS) se pensó para condiciones clínicas en que, después de haber agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del POS, los pacientes no presentan una respuesta clínica o paraclínica satisfactoria o han presentado reacciones adversas o intolerancia, y el no suministro del medicamento representa un riesgo inminente para la vida y la salud.
- 1.22 Para el caso de medicamentos No-POS se requiere la sustentación médica adecuada del medicamento y la autorización a través de un Comité Técnico Científico (CTC). El CTC está conformado por un representante de la EPS, un representante de la IPS y por un representante de los usuarios. En las IPS los CTC serán los Comités de Farmacia y Terapéutica de la respectiva institución y un miembro de ellos será el representante de las IPS ante el CTC de la EPS. Por lo menos uno de los miembros del Comité deberá ser médico. Los CTC deberán analizar las solicitudes de los médicos tratantes de medicamentos No-POS en los casos en que se utilicen y agoten las posibilidades terapéuticas del POS sin respuesta clínica satisfactoria, reacciones adversas o indicaciones expresas, siempre y cuando exista un riesgo inminente para la vida y la salud. El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos es -con excepciones-, la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el medicamento incluido en el POS, que corresponda al mismo grupo terapéutico que se reemplaza, descontando el valor de la cuota moderadora o copago.
- 1.23 Para el caso de tutelas que el juez haya dado la posibilidad de recobro ante el FOSYGA, los reembolsos al FOSYGA únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el RC. En

¹⁴

La Ley no estableció la periodicidad con que esto se debe hacer.

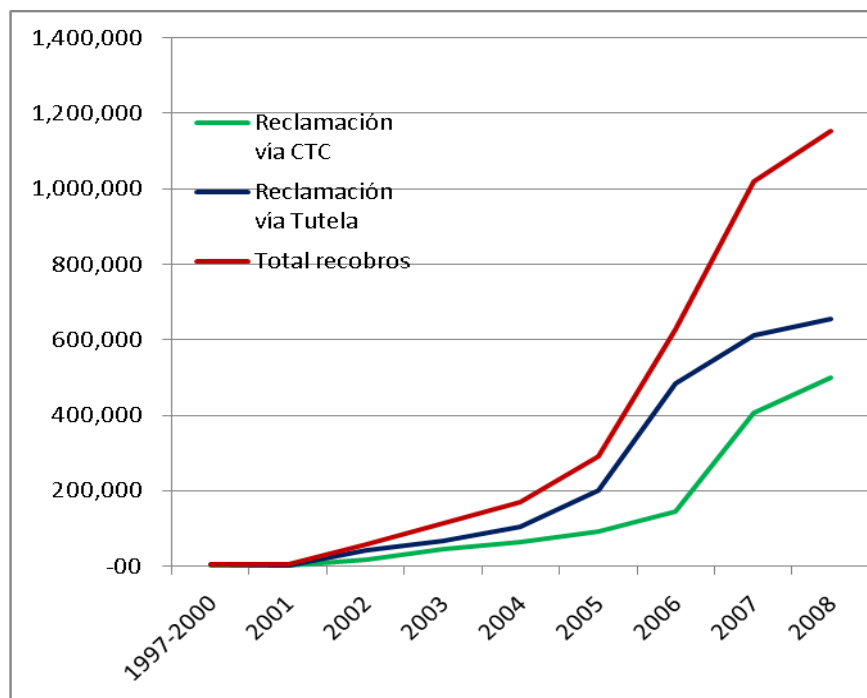
estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al RS, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la a la demanda.

Cuadro I-2. Comparación POS-C y POS-S

PB	Edad/Grupo de población	Tipo de Beneficio							Exclusiones
		Cuidados preventivos	Nivel I de atención	Nivel II de atención	Nivel III de atención	Cuidado catastrófico	Medicamentos	Transporte	
CONTRIBUTIVO	Todos los afiliados	Servicios preventivos cuya provisión sea posible con la intervenciones cubiertas en los niveles I-III	Todo lo incluido en MAPIPOS	Todo lo incluido en MAPIPOS	Todo lo incluido en MAPIPOS				Cirugía estética, tratamiento infertilidad, tratamiento trastornos sueño, trasplantes (excepto renal, corazón, cornea, médula e hígado), psicoterapia y psicoanálisis, tratamientos terminales, mas nuevas tecnologías que no se hayan incluido explícitamente
	Menores de 18 años	Igual a régimen contributivo				Todo lo incluido en MAPIPOS	Medicamentos en listado esencial	Para referencias y casos catastróficos	
	Mayores de 18 años	Consulta adulto sano, tamizaje anemia, enfermedad cardiovascular, renal, cáncer cervical y de mama	Todo lo incluido en MAPIPOS	Cirugía catarata y estrabismo, hermiorragia, apendicetomía, colecistectomía, ortopedia, servicios y procedimientos de rehabilitación, algunos servicios especialistas					
Mujeres embarazadas	Tamizaje alto riesgo, ETS, cuidado prenatal		Todo lo anterior mas servicios obstétricos	Servicios obstétricos					

1.24 La financiación de los recobros y tutelas proviene de la subcuenta de compensación del FOSYGA, que pertenece al RC, y específicamente del rubro “Apoyo otros eventos y fallos de tutelas”. El monto pagado por estos rubros ha ido adquiriendo importancia como variable que puede incidir en el equilibrio financiero del SGSSS. En los últimos años los recobros muestran una tendencia al aumento, tanto en frecuencia como en valor, llegando en la vigencia 2008 a la cifra de 1,139,296 millones de pesos, o 12% de los recursos del RC (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Crecimiento de los recobros por CTC y tutelas 1997-2008 (millones de pesos)



Fuente: Tomado de presentación sobre recobros elaborada por ACEMI 2010.

1.25 La frecuencia de recobros por MNOPOS para enfermedades “comunes” como diabetes e hipertensión es alta, lo cual puede ser simplemente el reflejo de la desactualización del POS. Sin embargo, el valor total de los recobros se concentra en diagnósticos de baja prevalencia en la población para los cuales se formulan medicamentos de punta cuyo costo efectividad es incierto (Pinto 2004). Por lo tanto, no es claro si las situaciones clínicas que se financian por medio de este mecanismo son las que realmente lo ameritan, como tampoco si los medicamentos y procedimientos recobrados son aquellos que significan un verdadero beneficio para el paciente. Además de poner en entredicho la capacidad de los CTC para filtrar intervenciones innecesarias, esto evidencia serios problemas tanto de eficiencia como de equidad en el uso de estos recursos. Por ejemplo, a través de esta vía se financia un medicamento para el tratamiento de una persona con enfermedad de Gaucher (un trastorno genético raro), que para el año 2008 costaba 300 millones de pesos, o el equivalente a aproximadamente 700 UPCs-C y 1300 UPCs-S (Pinto, Parra y Dennis 2008).

A. Financiación del SGSSS

1. Fuentes de financiación y recursos disponibles

1.26 Las principales fuentes de financiación del SGSSS son las siguientes¹⁵:

- a. Los aportes provenientes de las cotizaciones al RC, las cuales son recaudadas por las EPS y transferidas al FOSYGA. Este fondo es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social (MPS), que maneja los recursos del SGSSS para garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos del RC y recolectar los aportes de solidaridad provenientes del RC y dirigidos al RS. Los recursos que ingresan al FOSYGA se distribuyen a subcuentas con las siguientes destinaciones:
 - i. subcuenta de solidaridad del RS destinados para subsidios a la demanda)¹⁶;
 - ii. subcuenta de prevención y promoción, destinados para actividades de educación, prevención y vacunación;
 - iii. subcuenta de compensación del RC destinada para pago de UPCs, y licencias de maternidad o incapacidad;
 - iv. subcuenta de enfermedades catastróficas y accidentes, a la cual también entran recursos por concepto del SOAT.
- b. Recursos provenientes de la Nación, de impuestos generales, los cuales se giran a los territorios a través del Sistema General de Participaciones (SGP), del cual, según la Ley 715 de 2001, 24,5% debe ser destinado a salud. Los 24,5 puntos porcentuales de salud se dividen a su vez en: (i) continuidad y ampliación en la cobertura del RS (65%); (ii) salud pública (10,1%); y (iii) prestación de servicios para la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas por el aseguramiento, es decir eventos no POS-S (24,9%).
- c. Otras rentas territoriales, correspondientes a las rentas cedidas a municipios y departamentos de los impuestos a los juegos de azar, los licores y los cigarrillos; y a los esfuerzos fiscales propios de los municipios y departamentos. Estos recursos se destinan a la financiación de usos de acuerdo a la competencia territorial.
- d. Pagos de bolsillo por parte de los usuarios en las cuotas moderadoras y los copagos, que corresponden a una porción del servicio prestado, dependiendo del tipo de atención que demande cada persona y de acuerdo a una clasificación socioeconómica. Así mismo, son incluidos en esta fuente los pagos adicionales de carácter voluntario que hacen los afiliados y las

¹⁵ Esta es una versión simplificada de las fuentes y usos de los recursos del SGSSS. Más detalle se puede encontrar en Barón (2007).

¹⁶ Los recursos que son destinados a financiar al RS van acompañados por aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN), ya sea como “pari-passu” o como aportes directos del Gobierno Nacional.

empresas por la adquisición de servicios complementarios al POS y de medicina prepagada.

1.27 Recientes estimaciones del total de recursos destinados a atención de salud en el país (Ramírez 2010; Barón 2010) arrojan que éstos se aproximan a 35 billones de pesos (millones de millones) o 7,3% del PIB estimado para 2009 (ver cuadro I-3)¹⁷. Esto equivale a un gasto en salud per cápita de 774 mil pesos (alrededor de US\$400). En relación a otros países, el tamaño relativo del gasto público como porcentaje del gasto total en salud (86%) se encuentra dentro de los más altos en América Latina, y es comparable a países de la comunidad económica europea (Escobar 2009).

Cuadro I-3. Fuentes de financiamiento y poblaciones cubiertas, SGSSS y gasto privado 2009

Fuente	Monto (millones)	% del total	Personas	Per cápita
Régimen contributivo				
Cotizaciones (menos 1.5%)	10.022.910	77,9%		
Tutelas y recobros	1.634.648	12,7%		
Saldos periodos anteriores	1.203.110	9,4%		
Total	12.860.668	100,0%	17.290.000	743.821
Régimen subsidiado				
Solidaridad	1.365.044	20,5%		
Tutelas y recobros	128.011	1,9%		
Rendimientos y saldos no ejecutados *	1.171.594	17,6%		
SGP municipios	3.241.410	48,7%		
Cajas	68.820	1,0%		
Esfuerzo propio municipal	675.000	10,2%		
Total	6.649.880	100,0%	23.805.000	279.348
Vinculados				
SGP departamentos y municipios certificados	1.236.000	60,1%		
Rentas cedidas	800.000	38,9%		
Recursos propios departamentos, otros	18.000	0,9%		
Rediseño y Modernización de Redes de Pre:	1.000	0,0%		
Total	2.055.000	100,0%	2.656.122	773.684
Subtotal SGSSS	21.565.548		43.751.122	492.914
Régimenes exceptuados	2.640.703		1.226.878	2.152.376
Gasto bolsillo hogares	8.080.730			
Seguros privados	2.544.669		2.135.501	
Gran total	34.831.650		44.978.000	774.415

*no incluye las deudas de la nación con el régimen subsidiado por concepto de Paripassu, con la cuenta de solidaridad, que acumula desde 1997 -2008 una cifra de \$ 6.101.325.174.253

Fuente: Cálculos Ramírez(2010), Barón(2010) basados en datos ECV2008, DNP, FOSYGA

¹⁷ Las cifras presentadas son estimativos de recursos destinados a atención de salud con base en resultados de las cuentas de compensación y de solidaridad del FOSYGA y asignaciones del SGP para población pobre no afiliada (vinculados); más recursos de los regímenes especiales y lo correspondiente a pólizas de seguros privados y medicina prepagada y el estimativo de gasto de bolsillo (ECV-2008). Pero, hay que tener en cuenta que: (i) lo correspondiente a regímenes especiales muestra un claro subregistro de afiliados; (ii) falta lo relativo a salud pública y PAB; y (iii) no se incluyen los recursos destinados a los presupuestos de funcionamiento del MPS y sus entidades adscritas, las direcciones de salud (ETS) y otros programas oficiales.

- 1.28 Según las últimas cuentas nacionales, a partir de la reforma en salud, el gasto total en salud creció de 6,2% de a 7,8% del PIB entre 1993 y 2003, lo cual equivale al crecimiento real del PIB en este mismo período (Barón 2007). Retomando el cuadro I-3, es de resaltar que el monto total de los recursos solamente del SGSSS es considerable en cuanto a lo que representa del PIB en total, y del cual la destinación sólo a subsidios alcanza casi 3% del PIB. Si los recursos del SGSSS se distribuyeran en partes iguales en la población, darían para una asignación “per cápita” de 493 mil pesos, valor incluso por encima de la UPC-C. También se ve que hay claras desigualdades en términos de los recursos totales “per cápita”, desde más de 2 millones de pesos en los regímenes especiales hasta 279 mil pesos en el RS.
- 1.29 No existe una cifra de cuánto debe invertir un país en salud como para emitir un juicio respecto a si lo que actualmente gasta Colombia es mucho o poco relacionado con los resultados del SGSSS sobre el estado de salud, la protección financiera y su capacidad de respuesta. No obstante, se podría afirmar que los recursos para el sector salud no son despreciables y que hay que cuestionarse si se van a seguir aumentando o si es hora de pensar en estrategias para obtener ganancias en eficiencia y reducir desperdicios (como la corrupción).

2. Sostenibilidad Financiera

- 1.30 Existe un consenso entre la mayoría de analistas de que la sostenibilidad financiera del SGSSS enfrenta serias amenazas. Dentro de puntos críticos identificados se encuentran los siguientes (Escobar 2009; Santamaría 2009; Carrasquilla 2009; Clavijo 2008):
- a. Complejidad de la estructura, en particular la existencia de muchas fuentes de financiación y muchos pagadores, con reglas y flujos diferentes, que dificultan la planeación, vigilancia y control de los recursos;
 - b. Incertidumbre en la disponibilidad de recursos dada por:
 - i. Fuerte dependencia del comportamiento del mercado laboral, y a su vez los mismos costos a la nómina impuestos por las contribuciones impiden la generación de empleos formales, generando un círculo vicioso de menores cotizaciones para financiar la salud. Más aún, independiente del freno a la creación de empleo formal, para muchos individuos es más provechoso tener un plan de beneficios gratis, así sea menor, que tener que pagar mensualmente por un plan mayor, al que igual se puede acceder a través de los entes territoriales¹⁸. Con esto es evidente que el SGSSS creó incentivos tanto para las empresas como para los individuos a reducir el número de cotizantes en el RC y ampliar los afiliados del RS. La igualación de los

¹⁸ Los entes territoriales disponen de recursos del SGP para financiar los eventos de los afiliados al RS cubiertos por el POS-S pero no por el POS-C.

- planes de beneficios ordenada por la Corte, a pesar de su importancia y necesidad en términos de equidad, profundiza estas problemáticas.
- ii. La mayoría de los afiliados que se benefician del SGSSS no participa con aportes directos. La proporción en la que se reparte la población entre ambos regímenes es preocupante. Hoy existen 17 millones de personas en el RC, de los cuales ocho son contribuyentes, y sobre estos recae el financiamiento de sus beneficiarios y, por medio del aporte de solidaridad, de una proporción de los 20 millones de afiliados al RS¹⁹.
 - iii. Dificultades en el control de la evasión y elusión de las contribuciones.
- c. Costos crecientes de los servicios de salud como consecuencia de envejecimiento de la población e introducción de nuevas tecnologías.
 - d. Creciente dependencia del presupuesto general de la nación, entre el SGP y programas particulares, que es la principal fuente de financiación, proporcionando alrededor del 60% de los recursos destinados a subsidios. Este hecho implica que la vulnerabilidad de las finanzas públicas con respecto al sector salud es bastante elevada, pues las decisiones sobre cobertura, calidad, financiamiento y uso (eficiente o no) de los recursos en el sector salud impactan y/o dependen de la estabilidad macroeconómica del país.
 - e. Duplicidad en el gasto, por ejemplo incremento de los recursos destinados a financiar los servicios de los individuos vinculados o los subsidios de oferta, lo cual no sólo va en contra del objetivo fundamental del SGSSS (lograr cobertura total en aseguramiento), sino que duplica el uso de recursos en fines similares, recayendo sobre los departamentos, especialmente.
 - f. Manipulación del RS para fines políticos, favoreciendo la afiliación de poblaciones que realmente no son elegibles para el subsidio (Camacho y Conover 2009).
- 1.31 Otra de las grandes preocupaciones de los analistas es el impacto del aseguramiento (como un costo no salarial) sobre el desempeño del mercado laboral. Santamaría (2009) encuentra que el aumento de 14 puntos porcentuales en los costos no salariales a partir de la reforma de salud y pensiones (Ley 100 de 1993) generó una pronunciada segmentación del mercado laboral, entendiendo como segmentación la coexistencia de dos mercados laborales (los asalariados y los cuenta propia). Sostiene que la segmentación ha conducido a su vez a un aumento de la informalidad y del cuenta propismo, dada la falta de demanda de empleos formales por parte de las empresas y la reticencia de los trabajadores a asumir unos costos que no tienen una relación significativa con los beneficios que reciben por ellos. Adicionalmente la segmentación del mercado laboral ha tenido un mayor impacto sobre los trabajadores menos capacitados y más vulnerables,

¹⁹ Los puntos de solidaridad sobre la nómina financiaron en el periodo 2006-2008 el 60% de la cuenta de solidaridad del Fosyga. Fuente: Ejecuciones presupuestales FOSYGA.

limitando sus posibilidades de generación de ingresos y de superación de la pobreza.

D. Regulación, administración, Inspección Vigilancia y Control (IVC)

1. Ministerio de la Protección Social

- 1.32 El MPS fue creado mediante la Ley 789 de diciembre de 2002, fusionando los anteriores Ministerios de Trabajo y de Salud. La misión, las funciones y resultados de la gestión del MPS, giran en torno al Sistema de Protección Social, el cual comprende “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y el trabajo”. La Ley 789 también creó el Fondo de Protección Social, con el objeto de financiar los programas sociales definidos como prioritarios por el Gobierno Nacional y proyectos estructurados para alcanzar la paz.
- 1.33 En materia de seguridad social, el MPS es el encargado de orientar y regular el SGSSS. Así mismo, el Ministerio debe: (i) formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para el SGSSS; (ii) dictar las normas que regulan la calidad y el control de factores de riesgo (que son obligatorias para EPS e IPS); (iii) formular y aplicar criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS y las IPS; y (iv) elaborar estudios y propuestas necesarios para que la CRES desarrolle sus funciones adecuadamente.
- 1.34 Es importante destacar que el MPS también tiene competencias en salud pública y saneamiento básico, en el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (todas las instituciones que prestan servicios asistencia social tales como ancianatos, orfanatos, los programas de nutrición, etc.), trabajo y asignaciones familiares (Cajas de Compensación Familiar).
- 1.35 La fusión de los Ministerios, de Trabajo y Salud en el MPS, es un factor de preocupación de todos los actores del SGSSS por la complejidad de las funciones que debió asumir y la baja capacidad de respuesta que ellos mismos perciben (Galán 2006).

2. Comisión de Regulación en Salud (CRES)

- 1.36 En 2007 fue sancionada la Ley 1122 de 2007, y entre sus disposiciones, esta ley sustituyó el CNSSS por la CRES, la cual es una Unidad Administrativa Especial, adscrita al MPS, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial. Dentro de las funciones más importantes del CRES se incluyen: (i) definir y modificar el POS; (ii) definir y revisar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los planes de beneficio (como mínimo una vez al año); (iii) definir el valor de la UPC de cada régimen; (iv) definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio; (definir el criterio para establecer los pagos moderadores); (v) establecer y actualizar el sistema de tarifas; (vi) presentar

ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara un informe anual sobre la evolución del SGSSS y las recomendaciones para mejorarlo; y (vii) recomendar proyectos de Ley o decretos cuando sean requeridos en el ámbito de salud, cuando la Comisión lo considere necesario. La entidad está integrada por el Ministro de la Protección Social, quien la preside, el Ministro de Hacienda y Crédito Público, y cinco comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades como la Asociación Colombiana de Universidades, centros de investigación en salud, centros de investigación en economía de la salud, asociaciones de profesionales de la salud y asociaciones de usuarios debidamente organizados.

- 1.37 La CRES deberá tomar una serie de decisiones fundamentales para el futuro del sector salud en Colombia. Estas decisiones impactarán de manera importante, también, la estabilidad de las finanzas públicas y, por lo tanto, la senda de crecimiento en el corto y mediano plazo.

3. Superintendencia Nacional de Salud

- 1.38 La Ley 1122 de 2007, crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). La SNS es un organismo adscrito al MPS, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. La entidad se encarga de las funciones de inspección, vigilancia y control de los siguientes actores: entidades administradoras de planes de beneficios (EPS), medicinas prepagadas, cajas de compensación familiar, ambulancias prepagadas), entidades generadoras de recursos para la salud (loterías, productores de licores, apuestas, arbitrios rentísticos de la nación), IPS, entes territoriales y compañías de seguros SOAT. Sus facultades son muy amplias, e incluyen vigilancia sobre el financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud; también le otorga facultades de función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema, como también agrega nuevos vigilados como son los regímenes especiales y exceptuados.
- 1.39 Con el Decreto 1018 de 2007 (30 de marzo), se modifica la estructura y fortalece la entidad en virtud de las competencias otorgadas en la Ley 1122; donde establece cinco Superintendencias Delegadas, así: Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud; Superintendencia Delegada para la Atención en Salud; Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana; Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales; y Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación. Cuatro Oficinas: Oficina Asesora Jurídica; Oficina Asesora de Planeación; Oficina de Control Interno; y Oficina de Tecnología de la Información y la Secretaría General.

- 1.40 La Superintendencia tiene potestad para imponer sanciones, previa solicitud de explicaciones, multas y emitir órdenes inmediatas para que se suspendan prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento. Así mismo, la Superintendencia es la encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencia u otros reclamos en el sector salud.
- 1.41 Frente al universo total de vigilados, hay un reto muy grande en materia de inspección, vigilancia y control. Si bien existen facultades para su ejercicio, las posibilidades reales son limitadas por ausencia de recursos, siendo necesario dar mayor atención a la gestión de la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Direcciones Departamentales y Municipales de Salud

- 1.42 Las competencias de los entes territoriales en salud se encuentran reglamentadas por la Ley 715 de 2001. A continuación se enumeran y resumen algunas de las funciones más importantes por nivel territorial, aclarando que en cuanto a los Distritos, tanto en el de la Capital como en los Especiales, la Ley determina que las competencias en salud serán las mismas definidas para los municipios y departamentos con excepción de aquellas que les corresponda de intermediación entre los municipios y la Nación.

Direcciones Departamentales

- a. Competencias de dirección, administración, inspección, vigilancia y control (incluye los ámbitos de prestación de servicios, salud pública y aseguramiento)
 - i. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos que formule y expida la Nación;
 - ii. Formulación y ejecución de políticas departamentales para el desarrollo del sector salud, en armonía con la Nación;
 - iii. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el MPS, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del SGSSS, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes;
 - iv. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del SGPs con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud;
 - v. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema.

- b. Competencias en prestación de servicios
- i. Gestionar la prestación de los servicios de salud no cubiertos por el POS-S (para los afiliados al RS) o para los vinculados, preferencialmente a través de IPS públicas, pero en caso de restricciones de oferta también por medio de IPS privadas. Para ello recibe 59% del SGP de oferta y también tiene la libertad de utilizar recursos propios si lo considera necesario;
 - ii. Administrar la red pública departamental y encargarse del registro de declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios de todas las IPS. Adelantar la vigilancia y el control correspondiente.
- c. Competencias en aseguramiento
- i. Vigilancia y el control del aseguramiento en el SGSSS y en los regímenes de excepción;
 - ii. Para la acciones de salud pública el departamento recibe 45% del SGP de salud pública. Las principales competencias en este ámbito son:
 - Dirigir y controlar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
 - Inspección, vigilancia y control de medicamentos y sustancias psicoactivas
 - Ejecutar las acciones de IVC de los factores de riesgo del ambiente y del control de vectores y zoonosis en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.
 - Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen las EPS (RC, RS y RE), así como las IPS e instituciones relacionadas.

Direcciones municipales

Competencias de dirección y administración (incluye los ámbitos de prestación de servicios, salud pública y aseguramiento).

- 1.43 En general las competencias municipales replican las del Departamento (sin IVC), con aplicación al nivel municipal.

Competencias en prestación de servicios

- 1.44 Los municipios reciben 41% del SGP de oferta para gestionar la prestación de los servicios de salud de primer nivel para los vinculados, preferencialmente a través de IPS públicas, pero en caso de restricciones de oferta también por medio de IPS privadas.

Competencias en aseguramiento

- 1.45 El municipio recibe la totalidad de los recursos del SGP para el subsidio a la demanda. Es responsable de:

- a. Financiar y cofinanciar la afiliación al RS de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.
- b. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del RS, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.
- c. Celebrar contratos para el aseguramiento en el RS de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.
- d. Promover en su jurisdicción la afiliación al régimen contributivo del SGSSS de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

Competencias en salud pública

- 1.46 Para las acciones de salud pública el municipio recibe 45% del SGP de salud pública. Las principales competencias en este ámbito son:
- Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Intervenciones Colectivas municipal;
 - Los distritos y municipios de categoría especial, 1°, 2° y 3°, vigilan y controlan lo relacionado a alimentos para consumo humano, condiciones ambientales que afectan la salud, vectores y zoonosis, aspectos sanitarios. Para las demás categorías estas funciones son asumidas por el departamento.
- 1.47 Después de la expedición de la Ley 715/01, el MPS ha realizado evaluaciones de las capacidades de los entes territoriales para realizar una adecuada gestión en materia de salud a nivel local, al igual que en la ejecución de los recursos (Galán 2006). Un llamado de atención merece la debilidad que existe para que los entes territoriales asuman con propiedad sus responsabilidades de inspección, vigilancia y control. Muchos de los problemas que enfrenta el SGSSS están relacionados con esa falencia.
- 1.48 De otra parte, la administración financiera de los recursos propios del régimen demuestra graves problemas en la gestión, según lo indica estudio adelantado por la Universidad Nacional (2007). La mayoría de los municipios no ha alcanzado la capacidad suficiente para la aplicación de los procesos del RS, tanto en lo relacionado con su capacidad tecnológica como en la disponibilidad de recurso humano debidamente formado para gestionar un sistema que es complejo de administrar.
- 1.49 El municipio tiene la competencia de administrar el RS, y como consecuencia de esto, los mecanismos de afiliación y los costos asociados a la contratación impiden la realización de economías de escala, multiplicando las ineficiencias al interior del sistema. Así mismo, las debilidades en la gestión municipal y el cambio de personal constante, se han traducido en problemas de información costosos para el país. La forma de aseguramiento actual, hace que en muchas

ocasiones no se pueda hacer un *pool* de riesgo apropiado y el costo que se debe asumir por los paquetes de beneficios sean más altos.

5. Otras Entidades

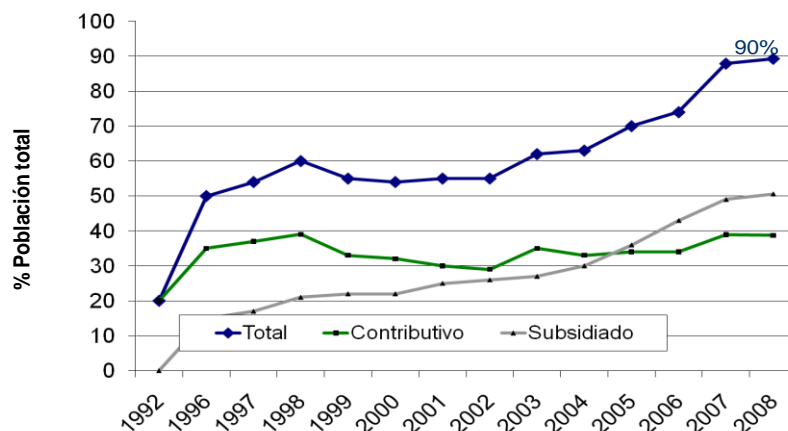
- 1.50 **El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)**, es el organismo ejecutor de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos, los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.
- 1.51 **El Instituto Nacional de Salud, INS**, es la autoridad científico-técnica nacional en salud, teniendo a su cargo la promoción, orientación y ejecución de la investigación científica en salud y en biomedicina y el desarrollo, aplicación y transferencia de tecnología en las áreas de su competencia. Participa en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica, en coordinación con el MPS, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud. De igual manera actúa como laboratorio de referencia nacional, coordina técnicamente la red nacional de laboratorios de salud pública, en las áreas de su competencia y desarrolla, produce y distribuye productos biológicos, químicos, biotecnológicos y reactivos de diagnóstico biomédico, y participar y prestar asesoría en la formulación de normas científico-técnicas y procedimientos técnicos en salud.

II. LOGROS OBSERVADOS DESDE 1993 EN AFILIACIÓN, PROTECCIÓN FINANCIERA, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y ESTADO DE SALUD

A. Afiliación

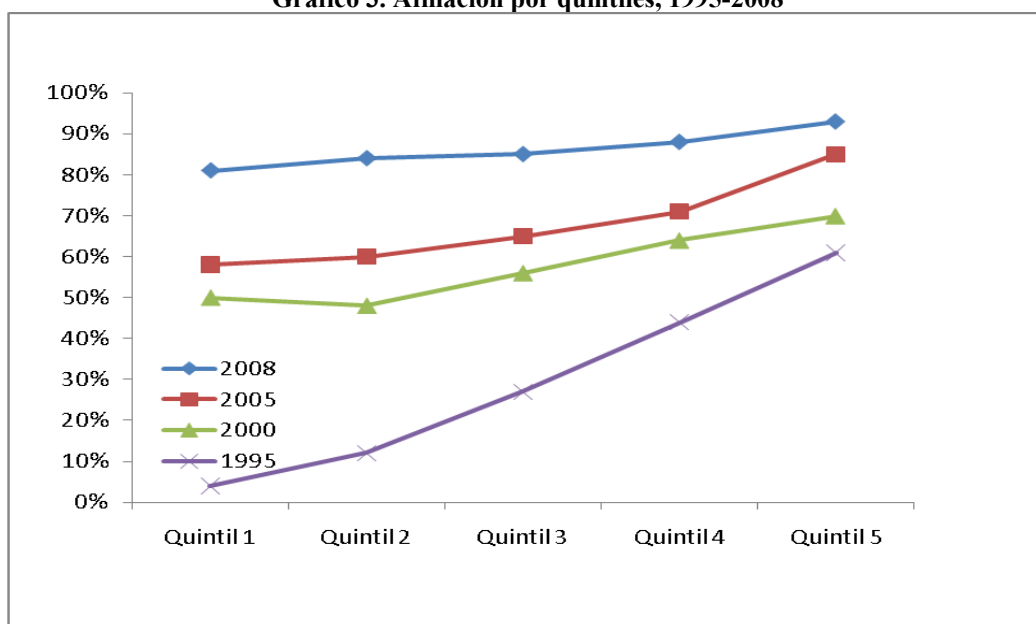
- 2.1 Colombia está cercana a alcanzar la cobertura universal en aseguramiento en salud, lo cual significa que prácticamente se triplica la cobertura existente antes de la Ley 100 (Ver Gráfico 2). Los logros en aseguramiento han sido más marcados en la población más pobre. El Gráfico 3 muestra que en 1995 el quintil más alto tenía un nivel de afiliación más de 50 puntos superior al quintil más bajo. En 2008, el gradiente se aplanó, y entre el quintil 1 y el 5 la diferencia es ahora de 12 puntos porcentuales.

Gráfico 2. Crecimiento de la afiliación al SGSSS, 1992-2009



Fuente: Cálculos del autor con datos del MPS.

Gráfico 3. Afiliación por quintiles, 1995-2008



Fuente: Tomado de Flórez y Soto, 2007 y cálculos con ECV de 2008, adicionados por Muñoz.

2.2 Es importante mencionar que los estimativos de cobertura enfrentan serios problemas de información, en particular en el RS²⁰. Por un lado están los cálculos de afiliación que se hacen con las cifras de cupos financiados en el RS y no de personas efectivamente afiliadas. Los 23,8 millones de afiliados al RS son los cupos que el gobierno nacional financia en 2009 de acuerdo con los recursos disponibles para continuación y ampliación del RS en el SGP cuya fuente de

²⁰

La descripción de esta problemática se basa en Santamaría y cols. 2009.

información es la base de datos del SISBEN. El cálculo de estos recursos se hace con el fin de afiliar a la población objetivo (29 millones de personas en nivel 1 y 2 del SISBEN). Por otro lado está los cálculos a partir de la Base de Datos Única de Afiliación (BDUA), la cual consolida el total de afiliados a las EPS tanto del subsidiado como del contributivo, después de corregir errores o problemas en la calidad de la información recibida. La BDUA se utiliza en el RS para girar de la subcuenta de solidaridad los recursos que complementan la financiación de los cupos afiliados al RS que contrató el municipio, que no alcanzan a ser financiados con los recursos del SGP. Según la BDUA sólo hay 20,4 millones de afiliados activos, es decir, ciudadanos plenamente identificados que cuentan con un seguro de salud. La discrepancia se acerca al 20% de total de los cupos financiados; es decir, 1 de cada 5 cupos disponibles no tiene aún su afiliado registrado. Los orígenes de la discrepancia son múltiples: duplicaciones de registros, multiafiliación entre regímenes, información faltante, entre otros. Haciendo ajustes por estos factores, se obtiene que son sólo 24 millones las personas en SISBEN 1 y 2 a financiar.

- 2.3 La diferencia entre los dos sistemas de información de salud tiene impactos importantes en el diseño de la política del sector y en la asignación de recursos. Si se utiliza como base para la estimación de los vinculados la información de los cupos financiados, se tiene que los vinculados han disminuido notablemente. Por el contrario, los datos de afiliación muestran una cobertura efectiva menor, por lo que el número de vinculados es en realidad mayor y por lo tanto el gasto en su atención debe mantenerse en el largo plazo.
- 2.4 Por otro lado, se han detectado serios problemas de focalización, por lo cual el instrumento SISBEN fue modificado. De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación 1, según el SISBEN III, cerca del 25%, incluidos los niveles 1 y 2 del anterior instrumento no es pobre y estima que el efecto por el cambio del índice generaría una reclasificación del 18%, es decir cerca de 5,5 millones de registros²¹. Además, según estimaciones de la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) cruzadas contra resultados preliminares del SISBEN III, sólo 16 millones serían beneficiarios óptimos para un subsidio total, lo que implica la existencia de 7 millones de personas subsidiadas que tienen alguna capacidad de aporte²².
- 2.5 La consideración de estos problemas y su resolución es clave en el camino hacia una verdadera universalización del acceso a la salud en el país. Algunos avances recientes en este sentido son el Acuerdo 415 de 2009 aprobado por la CRES, el cual se acompaña de resoluciones reglamentarias referentes a la forma y condiciones de operación del RS, tales como los criterios para identificar y seleccionar a los beneficiarios de los subsidios, el procedimiento de afiliación, así como las condiciones de permanencia y pérdida del subsidio. De otra parte, se especifican las condiciones del proceso de contratación entre las entidades

²¹ <http://www.elespectador.com/articulo-203960-detectan-77-millones-de-colados-el-sisben>

²² <http://www.periodicoelpulso.com/html/0909sep/debate/debate-01.htm>

territoriales (ET) responsables de la operación del RS y las EPS. Así mismo, se fijan las condiciones de la operación regional de las EPS y la forma en que los departamentos deberían asumir la competencia de manera cautelara en los casos en que una entidad territorial municipal no opere eficientemente el RS. Está pendiente evaluar el impacto de este acuerdo y otra normatividad reciente para los problemas de información descritos anteriormente.

B. Protección financiera

- 2.6 Utilizando información de la Encuesta de Calidad de Vida del año 2003, Giedion y colaboradores (2009) encuentran que, en promedio, los hogares colombianos gastan en salud 6% de sus ingresos totales u 8% de su capacidad total de pago. Si se toma en cuenta sólo los hogares que utilizan servicios de salud, tanto ambulatorios como de hospitalización, estos valores prácticamente se doblan. Usando un umbral de gasto catastrófico de 10% de la capacidad de pago de un hogar, estiman que la incidencia de gasto catastrófico en todos los hogares que incurren en gastos de salud podría ser de 30%. Encuentran que la condición de aseguramiento mitiga el impacto financiero de los choques de salud en los hogares, sobre todo en los afiliados al RC. Por ejemplo, usando un umbral de gasto catastrófico de 10% de la capacidad de pago de un hogar, la diferencia en la incidencia de gasto catastrófico entre informales no asegurados y afiliados al RC asciende a 62%. El mayor impacto en el RC probablemente obedece a que el paquete de beneficios es más amplio y a las mejores condiciones económicas de este grupo de la población.
- 2.7 Florez y Acosta (2007) confirman la alta progresividad del SGSSS, encontrando que la transferencia, como porcentaje del ingreso, es mayor para los quintiles más pobres e incluso negativa para el quintil más rico. Así, el subsidio neto que recibió una persona del quintil de ingresos más bajo en el país representó, en 1997, cerca del 40% de su ingreso y este porcentaje se incrementó a cerca del 50% en el 2003. Los autores concluyen que las transferencias para la salud reducen: (i) la pobreza en más de dos puntos porcentuales; y (ii) la desigualdad en más de tres puntos porcentuales.

C. Acceso y utilización de servicios de salud

- 2.8 Como se ha explicado previamente, la principal estrategia para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud ha sido incrementar la cobertura de aseguramiento. Varias evaluaciones de impacto han comprobado que en efecto, estar asegurado hace una diferencia en el acceso y uso de servicios, en particular de la población más pobre. Se destacan los resultados de Giedion y colaboradores (2009), quienes usando métodos cuasi-experimentales encuentran lo siguiente:
- a. La probabilidad de realizar consultas ambulatorias, es 40% mayor en los afiliados al RS, comparada con los no asegurados
 - b. La probabilidad de llevar un niño con diarrea o infección respiratoria aguda a una institución de salud, es 17% y 23% mayor, respectivamente, en los

afiliados al RS, comparada con los no asegurados. Adicionalmente, con mayor frecuencia los niños asegurados tienen su esquema de vacunación completa.

- c. Las mujeres aseguradas tienen alrededor de 7% de mayor probabilidad que las mujeres no aseguradas de atención de parto por un médico o profesional entrenado o de parto institucional.
 - d. La probabilidad de experimentar barreras de acceso al requerir servicios de salud es 50% menor en los afiliados al RS, comparada con los no asegurados, aunque los afiliados al RS reportan problemas de limitaciones de oferta con mayor frecuencia.
- 2.9 Estos autores también encuentran que las ganancias del aseguramiento son más marcadas en el área rural y los quintiles más pobres, lo cual sugiere un impacto positivo en la equidad.

D. El estado de salud

- 2.10 Colombia vive una época de transición epidemiológica en su situación de salud donde se observa mejoría en los indicadores de salud, evidenciada en el aumento de la esperanza de vida, modificaciones en el crecimiento y conformación de la población, cambios en los estilos de vida, reducción de la fecundidad y aumento de coberturas de aseguramiento y mejoramiento de los servicios de promoción de factores protectores y prevención e intervención de los factores de riesgo y enfermedades prioritarias para la salud pública.
- 2.11 El perfil de salud de la población colombiana es heterogéneo, en él coexisten patrones de morbilidad y mortalidad caracterizados por las llamadas enfermedades modernas o del desarrollo (las crónicas, degenerativas, las profesionales, las producidas por los accidentes de trabajo, de tránsito, violencia, etc.) y por las enfermedades de la pobreza tales como la desnutrición, la diarrea y las enfermedades infecto contagiosas.
- 2.12 En general durante la última década se observa mejoramiento de los indicadores demográficos y de salud; sin embargo, no todas las regiones y grupos poblacionales tienen las mismas condiciones de salud y existen notorias diferencias relacionadas con la edad, el sexo, las condiciones biológicas, socioculturales, los comportamientos y estilos de vida de la población.
- 2.13 A pesar de esta tendencia al mejoramiento evidenciado en buena parte de los indicadores de salud pública, la prevención y control algunas prioridades como el control de vectores, control de lepra y TBC, control de zoonosis y control de factores de riesgo del ambiente, han sufrido detrimento en cuanto a su gestión debido a múltiples causas como la descentralización, la política de ajuste fiscal y reducción del tamaño del Estado y la disponibilidad de presupuesto para su financiación.

III. LOS RETOS DE LA SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL T-760 DE 2008 PARA EL SGSS

A. La ST-760

- 3.1 Dado el creciente número de solicitudes a la Justicia, mediante el mecanismo de tutela para proteger el derecho a la salud entre 1999-2005 la Corte Constitucional llevó a cabo una compilación y evaluación de estos casos, y en mayo del 2008, en la ST-760 dictaminó que el patrón observado en estas tutelas indica una repetida violación del derecho a la salud, como consecuencia de fallas regulatorias por parte de los organismos responsables. Ante este hecho la Corte emitió un conjunto de órdenes que deben ser acatadas por el MPS y la CRES dentro de un cronograma definido por la misma Corte, con miras a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos. Además de exigir cumplimiento de la cobertura universal, en relación a los planes de beneficios, ordena:
- a. Precisar el contenido de los planes;
 - b. Actualizar integral y periódicamente el POS;
 - c. Presentar informes sobre deficiencias en el suministro de lo que sí está incluido en el POS;
 - d. Informar sobre las EPS que más vulneran el derecho a la salud;
 - e. Unificar el POS de los menores de 18 años;
 - f. Adoptar un programa y un cronograma para unificar el POS para el resto de la población;
 - g. Ampliar la competencia del CTC para que pueda autorizar servicios médicos diferentes a medicamentos, hasta tanto se diseñe un ‘mecanismo’ diferente.
- 3.2 En cuanto al flujo de recursos de financiamiento de los servicios de salud ordena:
- a. Asegurar el flujo de recursos en el SGSSS;
 - b. No exigir copia de ejecutoria de la sentencia para autorizar el servicio o el reembolso al que haya lugar;
 - c. Diseñar un plan de contingencia para pagar los recobros atrasados;
 - d. Corregir o rediseñar el sistema de recobro para que sea eficiente.
- 3.3 Otras órdenes incluyen proporcionar a los usuarios del sistema información que les permita ejercer su libertad de escogencia.
- 3.4 En las siguientes sub-secciones se discute las implicaciones financieras e institucionales y consecuentes retos de las órdenes relacionadas a los planes de beneficios.

B. Financiación de la unificación

- 3.5 Una condición indispensable para llevar a cabo el proceso de unificación es lograr la cobertura universal. Lograr esta meta para el año 2010 es factible con las fuentes de financiación y recursos disponibles actualmente, bajo el escenario de que se mantienen las diferencias entre la UPC contributiva y subsidiada. El costo total del RS con el POS-S diferenciado estaría entre los 7,6 y 7,75 billones de pesos, aproximadamente, o 1,5% del PIB (Santamaría 2009).
- 3.6 Ahora, este escenario es transitorio, pues hay que incorporar el costo de la unificación, el cual va a depender del valor final que se establezca para el plan de beneficios único. A la fecha de redacción de este documento, se podría suponer que de manera no explícita la CRES ha establecido que el “piso” para los beneficios y el valor de la UPC es el POS-C, dado que fue el punto de referencia para la unificación del POS en los menores de 18 años. Santamaría (2009) calcula que si se diera una igualación de los POS al nivel del RC actual en el año 2014, esto traería un déficit en el sector salud cercano a un punto del PIB. Según el mismo autor, el valor sostenible del sistema está cercano al valor de la UPC-S y por lo tanto, ofrecer beneficios por encima de estos límites requeriría una expansión del sector importante, cuya sostenibilidad es aún más incierta que la del sistema actual.
- 3.7 Varios analistas coinciden en hay muy pocas posibilidades de conseguir fuentes adicionales de recursos para la universalización de la cobertura en salud con beneficios equivalentes al RC actual (Santamaría 2009; Ramírez 2010; Barón 2010). Por ejemplo, el incremento de los impuestos sobre los licores, cerveza y los juegos de suerte y azar planteado que cursa en el Congreso apenas logra solventar una parte de los requerimientos. Otro planteamiento ha sido el incremento de recursos vía reformas tributarias. Sin embargo, desde la óptica de economía política, de darse una reforma tributaria, los recursos generados por ésta posiblemente irían en forma prioritaria a cubrir el actual déficit fiscal, más no la salud (Kalmanovitz 2010).
- 3.8 Esperando recopilar información sobre los posibles costos de unificación el Gobierno Nacional ha promovido la realización de “pruebas piloto” de unificación en algunas entidades territoriales con el objetivo obtener información y conocimiento sobre el costo de la unificación, con particular atención en los siguientes aspectos²³:
- a. Frecuencias de uso en el régimen subsidiado (vis a vis el contributivo);
 - b. Definición de UPC para prueba piloto;
 - c. Impacto sobre la red pública hospitalaria.
- 3.9 Las entidades territoriales interesadas en participar elaboran sus propias propuestas del modelo de unificación, las cuales son evaluadas por la CRES.

²³

Ver web.presidencia.gov.co/especial/tertulia_20100218/.../mhcp.ppt

Es preocupante que no se haya realizado un diseño único de dichas pruebas (por ejemplo, con indicadores de línea de base y de seguimiento comunes, secuencias de unificación similares, etc.) lo cual puede comprometer no sólo la validez de la prueba en sí, como la comparabilidad entre las entidades territoriales participantes. La evaluación y seguimiento cuidadoso de esta iniciativa puede ser crucial para las proyecciones financieras que se requieren.

- 3.10 En conclusión, el escenario financiero para la cobertura universal bajo POS-C no se ha resuelto, ni en términos del valor total que la sociedad colombiana está dispuesta a dedicar al sector salud, ni respecto a las fuentes y recursos para la financiación sostenible del SGSSS. Es necesario adelantar estudios financieros que determinen claramente cuáles son los beneficios que el país está en capacidad de ofrecer. El punto de partida sin duda es tomar una decisión respecto a cuál va a ser el tope presupuestal y a partir de ello determinar el tamaño del POS²⁴. Para llevar a cabo este análisis, además, es importante resolver la incertidumbre y lograr un consenso alrededor de parámetros claves, tales como:
- a. Valores precisos de las existentes fuentes de financiación, crecimiento proyectado y su sostenibilidad en el tiempo;
 - b. Expectativas macroeconómicas;
 - c. El valor de la UPC-C actualizado y calculado con metodologías actuariales;
 - d. La verdadera población a cubrir;
 - e. Identificación de potenciales ganancias en eficiencia a partir de recomposición de las fuentes y mancomunación global de las aplicaciones y uso de los recursos.

C. Qué se requiere para determinar el POS único

- 3.11 Una revisión de la experiencia internacional²⁵, identifica elementos comunes requeridos para el diseño y gestión de planes de beneficios (Pinto y Giedion 2007), esenciales para lograr la unificación de los POS-C y POS-S, los cuales se desarrollan a continuación.

1. Instancias Responsables y Actores Involucrados

- 3.12 En la mayoría de países incluidos en la revisión mencionada, para la definición y actualización de paquetes de beneficios existe una dependencia oficial explícitamente designada para los procesos de actualización y costeo del paquete, cuyo carácter es técnico, con presupuesto propio (excepto en Chile, que es ad-hoc), que incluso puede delegar algunas funciones a un agente externo

²⁴ En la actualidad se está decidiendo primero el tamaño del POS para luego resolver el problema de financiarlo

²⁵ Los siguientes planteamientos se basan en los resultados de una revisión de la experiencia de Chile, Israel, Nueva Zelanda y Estados Unidos (específicamente el estado de Oregon y el programa Medicare) en cuanto a los procesos diseño y ajuste de los paquetes de servicios de salud que estos países garantizan a su población (Pinto y Giedion 2007, Giedion et al 2007).

independiente por medio de procesos de licitación. En todos los casos se cuenta con instancias técnicas asesoras para apoyar las decisiones. Las áreas temáticas para las cuales se encargan de generar información especializada son las siguientes: epidemiología, contenidos de los paquetes, costos, medicamentos y evaluación de tecnologías. Estas instancias pueden ser agencias gubernamentales, o agencias privadas independientes que se contratan por medio de licitación pública.

- 3.13 El cuadro III-1 provee algunos ejemplos de posibles equipos interdisciplinarios que se debe considerar para establecer o reforzar entidades existentes para el desempeño de estas funciones (por ejemplo el INVIMA en cuanto a medicamentos, el INS para la información epidemiológica). Se requiere una evaluación de las capacidades institucionales actuales y su posible engranaje en los procesos de diseño y actualización del POS.

Cuadro III-1. Organismos técnicos de apoyo para procesos relacionados a planes de beneficios en países seleccionados, por áreas temáticas

Área Temática	Organismos especializados
Definición de beneficios	EU-Oregon: Comisión de Servicios de Salud (Health Services Commission); desarrolla y actualiza el paquete de beneficios. Compuesta por 11 miembros, entre ellos médicos, representantes de los usuarios, una enfermera de salud pública y una trabajadora social. Esta a su vez tiene subcomités y grupos de trabajo en los cuales participan sus miembros y representantes de proveedores, consumidores y grupos de interés.
Costeo del paquete	EU-Oregon: Unidad de Servicios Actuariales; responsable de dirigir y monitorear la estimación del costo per cápita del plan de beneficios y las primas de aseguramiento. Esta unidad pertenece a otra de las entidades adscritas al Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services) del estado de Oregon. La Unidad realiza un trabajo conjunto con una firma actuarial privada contratada para calcular el costo del paquete y fijar las primas. Específicamente se encarga de proveer al actuario con los datos necesarios para los cálculos y de asegurar la integridad y consistencia en los métodos de reportar los datos.
Medicamentos	Nueva Zelanda: Pharmac; instituto independiente que determina cuales medicamentos deben financiarse usando criterios de costo efectividad y establece guías de administración.
Evaluación de tecnología	Israel: Israeli Center for Technology Assessment in Health Care (ICTAHC); unidad de soporte para el Ministerio de Salud que da recomendaciones para la adopción de tecnologías médicas.

Fuente: Elaboración del autor

2. Decisión Respecto al Tipo y Cantidad de Beneficios a Incluir

- 3.14 Al aceptar y cumplir la orden de la ST-760 de igualar los beneficios de los menores de 18 años a nivel contributivo, la CRES ha trazado una senda de convergencia hacia el POS-C. Desde el punto de vista político continuar con el POS vigente es conveniente en la medida en que no se requiere diseñar un nuevo plan de beneficios, evitando así potenciales controversias alrededor de vulneración de derechos adquiridos. Pero desde el punto de vista financiero es posible que sea necesario replantear esta decisión, lo cual posiblemente requiera

un acuerdo nacional para ello. No obstante, si se reitera que lo deseable (y pagable) para el SGSSS es el POS-C, se han identificado unas falencias en este plan de beneficios que deben ser abordadas (Cubillos 2009; Pinto y Giedion 2008; Ariza 2008):

- a. El diseño del POS presenta problemas en su contenido. Se desconoce la pertinencia de las intervenciones cubiertas por los planes de beneficios para responder a los problemas prioritarios de salud de la población colombiana. No hay información sobre las prioridades en salud que se pretendió cubrir con cada uno de los planes de beneficios y mucho menos sobre la efectividad de las intervenciones seleccionadas para abordarlos.
- b. El lenguaje para definir los contenidos no es lo suficientemente claro y lleva a frecuentes conflictos de interpretación. El mismo lenguaje no permite establecer un vínculo claro entre las intervenciones cubiertas y los problemas de salud que se desea abordar. Por ejemplo, dado que el listado de beneficios se organiza por procedimientos diagnósticos y terapéuticos por niveles de complejidad y con ordenación por especialidades médicas, no necesariamente relacionadas con patologías, es casi imposible responder qué cubre el POS-C para el manejo de un problema de salud específico.
- c. En relación con la UPC, hasta la fecha no se ha llevado a cabo un proceso completo y actuarial de costeo de la prestación de los servicios incluidos en los planes de beneficios y los incrementos del valor de la UPC han estado relacionados a la inflación y el aumento del salario mínimo. Existe una potencial discordancia entre lo que se paga por el paquete y su costo real en detrimento de la eficiencia y calidad de los servicios de salud. Las metodologías de cálculo empleadas varían año a año lo cual compromete la comparabilidad de los resultados.
- d. No se ha llevado a cabo un análisis de las complementariedades, sinergias, e incluso duplicaciones que pueden existir entre los diferentes planes de beneficios en el sistema (POS-PSIC-SOAT,etc.). Una cuidadosa articulación de estos planes puede significar ganancias en eficiencia, economías de escala y ahorro de costos.

3. Secuencia de Unificación

- 3.15 Es indispensable contar con una secuencia de unificación tomando en cuenta prioridades en salud pública, disponibilidad presupuestal, y capacidad de la oferta para la prestación de los nuevos servicios para la población subsidiada. Evidentemente ya se hace necesario continuar con la unificación por grupo etéreo (a partir de los 18 años), pero se pueden considerar otras opciones, tales como condiciones socioeconómicos (por ejemplo, niveles de SISBEN) o poblaciones a riesgo (maternas, enfermos crónicos). De todas formas una condición indispensable para poder hacer un plan de convergencia es definir el tamaño del POS y los recursos disponibles para hacerlo.

4. Mecanismos de Actualización Periódicos y Estandarizados

- 3.16 Los escasos procesos anteriores de actualización de los planes presentaban fallas en la incorporación de información técnica y en la participación pluralista de los diferentes actores del SGSSS. La actualización de los planes de beneficios ha sido escasa, no sistemática y aplicando criterios dispersos, lo cual lleva a pensar que los planes de beneficios no están al día respecto a los cambios epidemiológicos y avances tecnológicos.
- 3.17 La necesidad de revisar y actualizar los contenidos de los planes de beneficios puede obedecer a cuatro razones básicas: cambios en las necesidades de salud, cambios en la relación costo-efectividad de las intervenciones, aparición de nuevas tecnologías y variación en los recursos disponibles. En términos generales, la evaluación que llevan a cabo países estudiados debe estar encaminada a asegurarse que los contenidos de los planes sigan siendo pertinentes a la problemática de salud de la población, con un nivel de calidad y costo razonable. Otros aspectos de un plan de beneficios que se evalúan de manera periódica son la claridad con la que está delimitado y la consistencia entre las diferentes intervenciones incluidas para lograr los objetivos deseados. El valor de la UPC también debe estar sujeto a otros ajustes periódicos, los cuales requieren información acerca de factores que generan diferencias predecibles en los costos de los proveedores (p.ej. características de salud de los afiliados, costos de los insumos locales, condiciones locales de operación, otras circunstancias especiales) o cambios en los costos a través del tiempo (p.ej. inflación, cambios en tecnología, patrones de práctica o condiciones del mercado).
- 3.18 Por lo tanto, los procesos de ajuste (inclusión o exclusión de contenidos) de planes de beneficios requieren información sobre el estado actual y posibles cambios en el perfil epidemiológico y de uso de servicios de la población, sobre efectividad de las intervenciones disponibles para abordar los problemas de salud y su respectivo costo y sobre la disponibilidad de recursos.
- 3.19 Colombia hoy en día cuenta con buena información (Censo del 2005, Encuesta Nacional de Salud 2007, bases de datos de utilización de servicios de las EPS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, etc.)²⁶ para arrancar con una línea de base que sea un punto de referencia para monitorear cambios en necesidades de salud que ameriten modificaciones al POS. Pero hay grandes brechas y limitaciones en la información de efectividad y costos de las intervenciones. Según el diseño final de POS único que se adopte se requiere planear los requerimientos de información en el tiempo y montar mecanismos para su recolección y análisis sistemático y periódico.

²⁶ Existe una fuente de información oficial sobre prestaciones de servicios denominada Registros de Prestación Individual (RIPS) cuya validez para obtener información sobre uso de servicios y datos epidemiológicos es controversial. Vale la pena resolver las dudas alrededor de esta fuente antes de recomendar su uso.

- 3.20 El establecimiento de una línea de base del costeo y definición del plan es crítico para la claridad de quienes administran y prestan los servicios de salud, así mismo establecer la periodicidad de las revisiones que es racional desde el punto de vista de los recursos disponibles. En el corto plazo es posible construir una línea de base estableciendo un conjunto de prestaciones que conformen un paquete mínimo y prioritario y llevar a cabo un proceso de costeo y evaluación de pertinencia y costo efectividad de las mismas frente a datos epidemiológicos.
- 3.21 Un punto de partida para ello puede ser el conjunto de prestaciones establecidos en la Resolución 412 de 2002 (prioridades en salud pública), que constituyen prácticamente un paquete “esencial” de servicios. En forma progresiva y de acuerdo a prioridades se puede ir costeando y evaluando prestaciones adicionales.
- 3.22 Establecer un sistema de información periódico, de calidad, operativo, y articulado es urgente. El MPS debe liderar este proceso para que fluya la información del sistema, tanto la de afiliación como la de servicios de salud desde la fuente primaria (registraduría e instituciones prestadores de servicios de salud), para lograrlo se deben plantear incentivos para que la información sea de mejor calidad desde la fuente, pues esta es la manera más eficiente de obtener los datos.

5. Diseño de Indicadores de Monitoreo Validos

- 3.23 Para el monitoreo del avance en el cumplimiento de los objetivos del POS se propone la recolección sistemática y periódica de los siguientes indicadores:
- a. Medición del acceso a los servicios: Haciendo uso de los datos producidos por las EPS y por encuestas periódicas de uso de servicios de condiciones médicas consideradas “centinelas” como la atención materno-infantil, diabetes, hipertensión, trasplante renal, etc., se identificará trimestralmente la frecuencia de uso ajustada de estos servicios por ingreso, género, edad, región, raza y educación.
 - b. Medición de las condiciones de salud de la población: Haciendo uso de los datos producidos por las encuestas de salud y por encuestas periódicas se identificará anualmente la evolución de las condiciones médicas incluidas en las metas medibles y se analizarán las brechas por ingreso, género, edad, región, raza y educación, tal que se haga seguimiento a la evolución de las inequidades en el sistema.

6. Procesos de participación democrática

- 3.24 La experiencia internacional indica que en el proceso de diseño y ajuste de paquetes de beneficios es importante ir más allá de lo que tradicionalmente puede llamarse enfoques e información técnica. Para que la priorización sea considerada por la sociedad como razonable y justa se requiere que esta sea pública, basado en criterios relevantes, aceptables y revisables. No basta que la fundamentación de las decisiones de inclusión/exclusión sean técnicamente válidas. Para que éstas sean legítimas se requiere lo que Daniels (2009) llama una fundamentación

explícita de las decisiones recurriendo a principios éticos compartidos por todos (abordar problemas importantes de salud pero no desperdiciar recursos) y utilizando para ello criterios de estado de salud, y de costo-efectividad. La definición de criterios explícitos de priorización contribuye a la construcción de un proceso transparente y legítimo de ajuste de un paquete de servicios. La consolidación de un proceso de priorización requiere de aprendizaje de todas las partes involucradas el cual se da en la medida en que existe un proceso estandarizado cuya aplicación se repite en el tiempo y se comunica a los actores.

- 3.25 En el contexto actual del SGSSS la participación de la comunidad médica y de los usuarios es una de las condiciones que la sentencia establece para la definición y actualización del POS. El SGSSS no cuenta con estas instancias de participación. Por lo tanto es esencial comenzar el proceso de búsqueda de apoyo público y de señales políticas y sociales en etapas muy preliminares y no una vez que el paquete esté completo²⁷. La construcción de consenso y los valores de la comunidad deben incorporarse a lo largo de todo el proceso pues legitima las decisiones y genera una mayor aceptación de las mismas. Aunque si bien la búsqueda de una amplia participación y opinión social no garantizará el éxito de una política en particular, es bastante probable que no buscar e incorporar esta información garantice su fracaso.

D. Cambios institucionales para el sistema unificado

- 3.26 El SGSSS en varios procesos centrales se comporta como tres diferentes sistemas distintos: el RC, el RS y el de los no afiliados o “vinculados”. Como resultado existen un conjunto de disparidades y segmentaciones entre regímenes, lo que torna insuficientes las medidas ordenadas por la Corte para alcanzar para todos los ciudadanos el cumplimiento del disfrute pleno del derecho fundamental a la salud. Dicha segmentación ha producido una serie de limitaciones estructurales en el sistema, que usualmente conduce a diferenciales importantes de calidad y acceso. Para la mejora decidida de las condiciones estructurales del SGSSS y el cumplimiento más efectivo del derecho a la salud de los afiliados al RS, el Gobierno Nacional debe avanzar en el ajuste de las dificultades estructurales que diferencian los regímenes y de esta manera afectan el uso de los servicios de salud en condiciones de equidad para toda la población. La única diferencia que debe existir entre un ciudadano afiliado al SGSSS a través del RS y el asegurado por vía del RC, es la fuente de financiación. Por ello se recomienda la adopción de medidas diseñadas para conseguir la igualación de los regímenes en lo relativo a los procesos de afiliación, de prestación de los servicios y de flujo de los recursos.
- a. **Procesos de afiliación:** la limitación en la cobertura de los servicios circunscrita a la esfera municipal como existe en la operación actual de RS, debe darle paso a una protección del ciudadano en el ámbito nacional. Para

²⁷ Para una revisión sobre las opciones para incorporar la opinión pública en las decisiones de racionamiento del sector se recomienda consultar a Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP: **Deliberations About Deliberative Methods: Issues in the Design and Evaluation of Public Participation Processes.** Social Science and Medicine 2003, 57:239-251.

lograr esto es una condición indispensable seguir avanzando en los esfuerzos tendientes a mejorar la identificación de las personas elegibles para la afiliación al RS, depurar la base de datos y continuar en el desarrollo de un mecanismo de afiliación única al Sistema de Protección Social que agilice la identificación plena de los individuos y facilite su trámite. En este mismo sentido, se debe permitir la afiliación tanto del RS como del contributivo a todas las EPS, facilitando así una mejor distribución del riesgo y el aprovechamiento de economías de escala.

- b. **Prestación de los servicios:** se debe eliminar las diferencias en las exigencias para la habilitación de las EPS, unificando los procesos, procedimientos y condiciones de entrega de servicios de estas entidades, en cualquiera de los dos regímenes del Sistema, lo que fortalecería su gestión administrativa y aumentaría la efectividad del SGSSS. Por otro lado no tiene sentido continuar exigiendo la contratación obligatoria de IPS públicas, perpetuando así potenciales diferenciales en la calidad de la atención entre afiliados al RS y RC.
 - c. **Flujo de recursos:** se debe continuar con los esfuerzos por simplificar, y si es el caso centralizar, el flujo de recursos.
- 3.27 Estos cambios merecen redefinir el esquema actual de competencias territoriales en salud, pues bajo un seguro unificado deja de tener sentido la administración de la afiliación a nivel municipal o el manejo de recursos de oferta para la prestación de servicios por parte del departamento.

E. El Problema no resuelto del No-POS

- 3.28 La posibilidad de recobrar intervenciones por fuera del POS al FOSYGA genera un plan de beneficios paralelo, prácticamente sin límites, que incluye tecnología médica cuyo costo efectividad y pertinencia terapéutica no es evidente, a costa de ofrecer un plan de beneficios de mejor calidad a un mayor número de personas. Si no se logra un compromiso social de respetar los límites del POS y en la medida en que exista esta “válvula de escape” podrían existir grandes limitaciones para poder llevar a cabo procesos de racionalización del gasto en salud y dirigir los recursos disponibles hacia aquellas intervenciones que logran el máximo beneficio colectivo.
- 3.29 Este es quizás uno de los temas críticos del SGSSS que requiere un profundo análisis, desde el punto de vista técnico, financiero y político. Se destacan los siguientes aspectos pendientes por resolver:
- a) Requerimiento de una ley estatutaria para las tutelas en salud
- 3.30 No se ha logrado un consenso en relación a la interpretación del alcance de la ST-760 en cuanto a permitir que se racionen los servicios de salud. Algunos consideran que es necesaria la promulgación de una ley estatutaria mediante la cual el juez constitucional se adhiera a los límites convenidos en los planes de beneficios, con el fin de racionalizar el gasto en el sector. El sentido de la ley sería definir el contenido esencial del derecho a la salud y establecer sus límites

razonables. De ser pertinente, esta medida se requiere de forma urgente pues uno de los principales cuellos de botella del actual sistema son los pagos por eventos No-POS, en ambos regímenes.

b) Conveniencia de los Comités Técnico Científicos

- 3.31 La composición del CTC no es la ideal. Las IPS ganan por facturación, por lo que siempre van a tener incentivos a aprobarlos. Los usuarios a su vez como demandantes de los servicios van abogar por la aprobación de los mismos. Las EPS, si aprueban un procedimiento o medicamento por fuera del POS a través del CTC evitan este gasto pues es el FOSYGA el encargado de financiar la mayor parte del evento. Si el CTC no es tramitado, la EPS deberá financiar el 50% del procedimiento en caso de que el mismo sea aprobado por tutela, mientras que si es negado y se aprueba por tutela, la EPS debe financiar el 15% del evento. De forma similar a los demás integrantes del CTC, los representantes de la EPS tiene incentivos a sobre-aprobar eventos por medio del CTC. c) Requerimientos de información para los No-POS. En la actualidad, no existe un mecanismo unificado de registro de las cuentas que por este concepto deben cancelar las autoridades departamentales, lo que dificulta la formulación de políticas y la discusión de la problemática. Por este motivo se propone la creación de un observatorio específico para los No-POS que compile la información a nivel nacional, y que realice análisis del comportamiento y las tendencias de estos eventos. Adicionalmente se requiere reforzar la capacidad nacional de realizar estudios de evaluación económicas que den soporte a las decisiones de lo No-POS.

F. Avances de la CRES

- 3.32 Una visita a la página oficial de la CRES en internet (<http://www.cres.gov.co/>) da cuenta de las acciones que ha tomado la CRES para el cumplimiento de S-T760 y para el fortalecimiento de su capacidad para cumplir con sus funciones. Por ejemplo, por medio del Acuerdo 008 de 2010 se realizó una actualización de codificación con la cual se incluyeron un conjunto de procedimientos, aunque el Acuerdo no es claro en especificar los procedimientos incluidos ni su justificación. Hasta la fecha, no se ha formulado un plan dirigido a lograr la convergencia del POS, aunque se ha publicado un documento con lineamientos generales para hacerlo.
- 3.33 Estan adelantado contrataciones para algunas actividades, siendo la actualización del POS una de ellas. En junio de 2010 se abrió una convocatoria pública mediante el mecanismo de concurso de méritos con conformación de lista corta, con el objeto de “desarrollar la metodología y los estudios necesarios para actualizar el Plan Obligatorio de SGSSS en Colombia, establecido mediante el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, en sus aspectos generales y los contenidos de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado, garantizando la participación amplia de los actores del SGSSS y la ciudadanía, y realizar los estudios técnicos y elaborar los documentos necesarios que soporten las decisiones de la CRES, respecto a la definición del valor de la UPC, para los RC y

RS (pleno y parcial) de salud, cuotas moderadoras y copagos”²⁸. Este es un tema crucial para el SGSSS que requiere total idoneidad por parte de quien sea seleccionado y un escrutinio público cuidadoso de los términos finales y ejecución del contrato.

- 3.34 En general la CRES pareciera estar asumiendo sus funciones y moviéndose en la dirección correcta. Dada la reciente creación y puesta en funcionamiento de la CRES se hace necesario que reciba un gran apoyo técnico para la constitución de las instancias requeridas para ejercer sus funciones respecto al POS.

IV. UN RESUMEN DE LOS RETOS

- 4.1 Enfrentar el reto de unificación del POS posiblemente requiera un proceso de rediseño del POS a mediano plazo, lo cual implica plantear claramente los objetivos que se persiguen con el POS. En cuanto al proceso de revisión y actualización que acompañe al plan único, el regulador enfrenta el reto de establecer instancias técnicas y espacios de participación democrática, que definan y apliquen los criterios que se usarán para tomar decisiones respecto a inclusiones/exclusiones del POS. De igual forma, las políticas en relación a los No-POS van a requerir el desarrollo de un proceso que de manera explícita defina reglas de priorización de las intervenciones que se financian con estos recursos. Adicionalmente, deberá encontrar la manera para que el costeo del POS y definición de la UPC estén estrechamente ligados a los procesos de actualización.
- 4.2 Todo lo anterior requiere que exista un montaje formal de un marco institucional que defina los actores, recursos, reglas y procesos para la toma de decisiones respecto al plan de beneficios y el desarrollo de un conjunto de herramientas metodológicas para el diseño y ajuste de los planes. Los países con experiencias avanzadas en el tema cuentan con una agencia estatal con suficiente independencia y conocimiento técnico que suele contratar la definición y actualización del plan ya sea con privados, mediante licitación, o con entidades adscritas al gobierno (también independientes) especializadas en estas funciones. Esta instancia puede estar acompañada de comités que se encargan de recoger la posición de los diversos grupos de interés. Además, todo proceso está acompañado de un intenso debate público, que luego redundará en un conocimiento preciso de los elementos contenidos en el plan. También, se requiere un marco presupuestal claro y que esté directamente ligado al proceso de diseño y ajuste de los planes. A esto deberán acompañarse cálculos actuariales que midan la incidencia de los procedimientos en el valor de la UPC.

V. EXPERIENCIA DEL BID Y SU ROL FRENTE A LOS ACTUALES RETOS

- 5.1 El programa de apoyo financiero y técnico del BID en Colombia en el sector de la salud en los últimos años se ha orientado a las siguientes áreas: (i) apoyo la

²⁸

Ver http://www.cres.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=344&Itemid=172

- reforma del sector; (ii) apoyo a las instituciones prestadoras de servicios; y (iii) apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- 5.2 Con respecto al apoyo a la Reforma, el Banco apoyó al Gobierno de Colombia a desarrollar los instrumentos necesarios para la puesta en marcha de la Ley 100 del 93, así como a la extensión de coberturas, calidad, equidad y eficiencia financiera del sector. Para estos propósitos se ejecutaron dos préstamos de inversión; el 817/OC-CO como facilidad de preparación para el 910/OC-CO, Apoyo a la Reforma de Salud y un préstamo de emergencia, 1480/OC-CO. Con el primero, se apoyó la preparación de las normas requeridas para ajustar y/o desarrollar el sistema legal de la nueva institucionalidad del sector, tanto a nivel nacional como territorial; el diseño y desarrollo de los instrumentos de la reforma, tales como el POS, la UPC, las cuentas de la salud; el diseño y puesta en operación del sistema de información para el sector, el SISPRO y además se diseñó y acompañó la estrategia para el tránsito del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda. Con el préstamo de emergencia, aprobado y ejecutado en el contexto de la crisis financiera de principios del 2000, se apoyó al gobierno a impulsar la extensión de coberturas del régimen subsidiado, a impulsar la transición del subsidio a la oferta hacia el subsidio a la demanda, a iniciar el proceso de saneamiento financiero y reestructuración de los hospitales públicos, a diseñar y aprobar la normatividad para la actualización periódica del POS y la UPC. Con este préstamo se apoyó también la reestructuración del Instituto de Seguros Sociales, que manejaba tanto riesgos pensionales como los de salud de los trabajadores colombianos, permitiéndole su transformación hacia administradora de riesgos de salud o lo que es, a EPS.
- 5.3 La reestructuración del sector hacia el nuevo modelo de salud basado en el aseguramiento y en los subsidios a la demanda, en vez de subsidios a la oferta, requería de hospitales públicos autosostenibles, y con capacidad de competir en el mercado de la contratación de servicios. Sin embargo, cuando el Gobierno de Colombia decide impulsar la implementación de la reforma, encuentra que los hospitales públicos traían consigo una serie de problemas estructurales que les dificultaba adaptarse a las nuevas exigencias y condiciones, tales como sobredimensionamiento de las plantas de personal, altos costos de operación debidos a la carga salarial y prestaciones y deterioro de la planta física y de equipos. En este contexto el Banco aprueba sucesivamente tres operaciones, dirigidas a la reestructuración y modernización de la Red Pública Hospitalaria y al desarrollo de la Política Calidad de los Servicios de Salud. Inició con el préstamo 716/OC-CO mediante la cual se probaron los instrumentos y modelos para la reestructuración de la red pública; los préstamos de inversión 1525/OC-CO y 1742/OC-CO, con los cuales se adelanta el proceso de reestructuración de la red pública, que han incluido el saneamiento financiero de los hospitales, mejoras en su relación insumo/producto, conformación de redes departamentales de prestación de servicios, racionalizando oferta y apoyo a la implementación de la política de calidad de la prestación de servicios. Este último componente se complementó con la ATN/JF-9876-CO mediante el cual se apoyó a las

- autoridades del sector a diseñar y poner en marcha el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- 5.4 La crisis fiscal de finales de los 90 principios del 2000, llevo a tomar decisiones de recorte a al financiación del programa de vacunación, lo que generó descensos en las cobertura. Un préstamo de emergencia que permitió la protección del gasto público social, el 1381/OC-CO, permitió la recuperación de coberturas. Este proceso de recuperación de coberturas y la necesidad de consolidar la senda de recuperación como la de fortalecer institucionalmente el PAI, llevó al Gobierno de Colombia y al BID a concretar una operación de préstamo PDL, el 1642/OC-CO.
 - 5.5 En síntesis, el BID ha acompañado al Gobierno de Colombia en el sector de la salud, por dos décadas de manera ininterrumpida.
 - 5.6 Frente a los retos arriba anotados, hoy el Banco considera que el apoyo al sector de la salud de Colombia, se debe centrar por una parte, en acompañara las reformas de política tales como las conducentes a definir el contenido y valor del POS, las medidas y ajustes institucionales requeridos para que el SGSSS implemente el POS unificado y el fortalecimiento de las entidades del sector, tanto del orden nacional adscritas, como las territoriales. De otra parte, el BID puede ofrecer la asistencia técnica para adelantar los estudios tendientes a racionalizar fuentes y encontrar fuentes adicionales para financiar la universalización y unificación, así como para mejora los sistemas de información que soportaran las decisiones que el país deberá tomar en los próximos años.

VI. REFERENCIAS

- Acosta N., Rodríguez J. (2008) Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogota, CENDEX.
- Acosta, O. L., M. Ramírez, and C. I. Cañon. 2004. "Principales estudios sobre sostenibilidad financiera del SGSSS." Documento de trabajo, Fundación Corona, Bogotá, Colombia.
- Ariza J (2008) Hitos centrales en el diseño y ajuste del POS. Documento preliminar que hará parte de la publicación: "Diseño, implementación y ajuste del POS, el caso colombiano". Documento.PARS, MPS.
- Baron, G. 2010. Los servicios no POS: un examen crítico del problema y su financiamiento. Ponencia en laTercera Jornada Académica ACOES. Universidad Javeriana, 29 de abril de 2010.
- Baron, G. 2007. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de la Protección Social Bogotá, Colombia.

Camacho, A and E. Conover. 2009. "Manipulation of Social Program Eligibility: Detection, Explanations, and Consequences for Empirical Research," CEDE Working Paper 19, Universidad de Los Andes.

Camacho S. 2003. "Análisis crítico de los estudios en los cuales se han basado las decisiones con respecto al valor de la unidad de pago por capitación (UPC) y el plan de beneficios (POS y POS-S)". Informe elaborado para el Programa de Apoyo a la Reforma. Ministerio de la Protección Social.

Carrasquilla A. (2008). "El régimen Contributivo en el sistema de salud en Colombia: Situación actual, Perspectivas y Desafíos" Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral- ACEMI.

Clavijo S. 2009. Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances. IMF Working Paper, Western Hemisphere Department.

Contraloría General de la República. 2006. Evaluación de las transferencias intergubernamentales 1994-2005. Informe social.

Cubillos L, Pulido A, Alfonso E, Bolívar M, Castrillón J. 2009. "Evaluación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud colombiano y lineamientos para su reforma". Ministerio de la Protección Social. Mimeo.

Daniels N. 2009. Ethical issues in constructing the POS or POSS. Harvard School of Public Health.

Escobar ML, Giedion U, Acosta OL, Castaño RA, Pinto DM, Gómez F. 2009 "Ten Years of Health System Reform: Health Care Financing Lessons for Colombia". En Glassman et al. (Eds), From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, p.157 – 186.

Flórez CE y Soto V. 2007. Avances y desafíos de la equidad en el Sistema de Salud Colombiano. Fundación Corona.

Flórez, C.E., and O.L. Acosta. 2007. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Working Document No. 15. Bogotá: Fundación Corona.

Galán A, Paredes N, Santos AC. 2006. Análisis de aspectos regulatorios relacionados con la implementación de la reforma de salud en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo-BID.

Glassman A, Pinto DM, Stone LF, López JG. 2009. "Institutions, Spending, Programs and Public Health (Chapter 2)" From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia . En Glassman et al. (Eds), From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, p.15-45.

González A. 2004. Dirección General de Salud Pública. La salud pública en Colombia: Análisis y Propuestas (Mimeo). Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Kalmanovitz S. 2010. Ponencia en Tercer debate de coyuntura en salud. Universidad Javeriana. 10 de mayo de 2010.

Ministerio de Salud. 1994. La reforma a la Seguridad Social en Salud. Bogotá, Ministerio de Salud.

Ministerio de la Protección Social/OPS/OMS (2008) Situación de la Salud en Colombia: Indicadores Básicos 2000-2008.

Ministerio de la Protección Social, CENDEX & COLCIENCIAS (2009) Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá, Ministerio de la Protección Social.

MPS 2007. Evaluación de las acciones de promoción, protección específica y detección temprana. Informe final. Disponible en

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16185DocumentNo5989.PDF>

Pinto D, Parra O y Dennis R. La carga económica de la enfermedad de Gaucher y Fabry en Colombia. Implicaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de dos enfermedades de alto costo. Coyuntura Social. Fedesarrollo.

Pinto D, Giedion U. 2008 “Los planes de beneficios”. Documento de trabajo proyecto “El sector salud: retos de regulación en los próximos años”. Fedesarrollo.

Pinto D, Castellanos M. 2004. “En el sistema general de seguridad social colombiano caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud”. Revista Gerencia y Políticas de Salud 3(7): 40-61.

Ramírez J. 2010. La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Ponencia en foro 'La salud en Colombia, ¿en Emergencia?'. Universidad Javeriana, Bogotá, febrero 26 de 2010.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología. Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2010-2019. Disponible en

<http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparaelcontroldelcancer/PlanParaControlCancer.pdf>.

República de Colombia, MPS, Sector de la Protección Social. 2009. Informe de Actividades 2008-2009 al Honorable Congreso de la República. Disponible en

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18834DocumentNo10391.PDF>

Rodríguez J, Ruíz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Encuesta Nacional de Salud. Resultados Nacionales. 1ª Edición. Bogotá, enero de 2009.

Santa María M, Zapata JG, Arteaga C, Reyes CE. 2009. Descentralización, el financiamiento de la salud y la educación y los departamentos: ¿Cuáles son las alternativas? Mimeo. Fedesarrollo y Federación Nacional de Departamentos, Bogotá.

Santa María M, M., P. Acosta y M.J. Uribe. 2008. “Eficiencia y Sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud” Mimeo. Fedesarrollo, Bogotá, 2008.

Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. 2007. “Ha mejorado el acceso a la salud?” Evaluación de los procesos del régimen subsidiado (Segunda edición). Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS ImpresoEdiciones. Bogotá.

UNFPA (2010). Mortalidad materna en Colombia. Boletín de prensa. Disponible en <http://www.unfpacolombia.org/gtr.php>.