

Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación

Colombian healthcare reform: a proposal for adjusting healthcare-related insurance and financing

Juan C. García-Ubaque¹, César A. García-Ubaque² y Luisa F. Benítez C.³

1 Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. jgarciau@unal.edu.co

2 Facultad Tecnológica, Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá, Colombia. cagarciau@udistrital.edu.co

3 Consultora Independiente. Bogotá, Colombia. lufbenitezca@unal.edu.co

Recibido 22 Marzo 2012/Enviado para Modificación 08 Junio 2012/Aceptado 10 Julio 2012

RESUMEN

La reforma al sistema de salud colombiano, incorporada hace más de quince años, ha sido objeto de múltiples análisis y en la actualidad parece estar afrontando una de sus más graves crisis, lo que ha llevado a que desde diferentes espacios sociales, profesionales y académicos se sugieran múltiples cambios, que van desde ajustes muy variados hasta la eliminación total del modelo. A partir de múltiples resultados de investigación, obtenidos en los últimos diez años, se presenta un balance de lo que puede haber sido central en la problemática actual y se propone que aunque el ajuste debe realizarse a partir de un gran consenso nacional, es razonable continuar con un modelo de aseguramiento siempre y cuando se recojan los aprendizajes alcanzados, con el fin de tomar las precauciones y medidas de control necesarias para impedir una nueva frustración en el propósito de alcanzar una salud más equitativa para todos.

Palabras Clave: Salud pública, reforma sanitaria, sistemas de salud, seguro de salud, equidad en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Colombian healthcare system reform (incorporated over fifteen years ago) has been the frequent object of analysis and the system currently seems to be facing one of its most serious crises. This has led to large-scale change being suggested from many social, professional and academic spaces, ranging from varied adjustments to the healthcare-related insurance model's total elimination.

Research over the last ten years has suggested a balance of what may have been central to the current problem and has suggested that, although adjustment must be made from a wide national consensus, it is reasonable to maintain a healthcare-related insurance model as long as this reflects the learning achieved to date. Precautions and the necessary control measures must be taken to impede a fresh wave of frustration regarding the aim of ensuring a healthcare system which would be more equitable for all.

Key Words: Public health, healthcare/sanitary reform, healthcare system, health insurance, equitable healthcare system (*source: MeSH, NLM*).

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS hay cuatro de sus funciones esenciales de los sistemas de salud que han sido motivo de debate en los últimos años (1), en el caso colombiano y con una pequeña variación se incorpora en primera instancia lo que tiene que ver con la forma de hacer provisión de Servicios, en segundo término lo que tiene relación con el financiamiento (2), en tercer lugar lo atinente a la rectoría y administración y finalmente lo relacionado con la inspección, vigilancia y control, igualmente hay otros aspectos que aunque no han sido centrales en el debate, están profundamente relacionados y por tanto deben ser de interés, como la formación, distribución, bienestar y remuneración del recurso humano en salud (3) y la investigación e intervención de los aspectos relacionados con las condiciones de salud y los determinantes de las mismas (4).

Este ensayo centrará el análisis en lo relacionado con el aseguramiento como estrategia de salud pública, es decir cómo decisión política acerca de la mejor manera de proveer servicios asistenciales a una población, incluyendo la necesidad de tipificar si se trata de “aseguramiento comercial” o de “aseguramiento solidario” así como cual resulta ser la mezcla público-privada más conveniente (5).

La Reforma

A comienzo de la década de los noventa del siglo pasado Colombia contaba con tres subsistemas de salud: el público, el de la seguridad social y el privado, los cuales, al compararse entre sí, evidenciaron las ventajas de la seguridad social, las cuales incluyen una mayor equidad (cada uno aporta desde su posibilidad y recibe desde su necesidad) (6), un mejor plan de beneficios (enfermedad general y maternidad, en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y sin mayores exclusiones) y una mayor exigibilidad del

derecho (el cual estaba garantizado por la afiliación)

Por supuesto, la seguridad social no estaba exenta de problemas, siendo los más relevantes:

- Las diferencias entre el sector público y el privado: mientras en el primero coexistían una gran cantidad de pequeñas cajas de previsión, casi todas con múltiples problemas de sostenibilidad, en el segundo existía solo el Instituto de los Seguros Sociales-ISS, que a pesar de sus problemas administrativos contaba con una gran solidez y reconocimiento, dados por su red de prestación y su presencia en prácticamente todo el territorio nacional.

- A pesar del concepto de parafiscalidad y de una dirección colegiada por medio de un consejo tripartita, el gobierno no realizó su aporte al ISS y sin embargo se adueño de su administración, permitiéndose importantes niveles de corrupción y politiquería; lo cual resultó evidente y más crítico en las cajas públicas de previsión, cuya gran cantidad dificultó aun más la vigilancia y el control.

- El modelo tenía una cobertura poblacional relativamente baja, ya que solo se atendía al cotizante, mientras mantuviese esa condición, al cónyuge o pareja permanente en el evento de la maternidad y a los hijos menores de un año o a los discapacitados durante más tiempo, pero solo en lo relacionado con su discapacidad.

- Los afiliados no tenían suficientes herramientas para exigir la adecuada prestación de los servicios, los cuales con alguna frecuencia eran diferidos de manera injustificada o aun denegados, sin que existiera una estrategia para la adecuada protección del ciudadano.

Con este panorama parecía obvio que el propósito central de la reforma fuese extender a todos los ciudadanos el modelo del ISS, buscando corregir las fallas estructurales que se presentaban en el mismo.

La crisis actual

Desde casi el principio de la aplicación de la reforma sanitaria en Colombia, conocida como Ley 100/93, se indicó que algunos de los elementos allí presentes, podrían resultar contraproducentes para las situaciones que se pretendía enfrentar y que su aplazamiento, o una intervención meramente

coyuntural (7), llevaría a desembocar en los problemas que hoy se evidencian y que ameritan una pronta intervención:

- En lugar de construirse un sistema universal se legisló para uno “dual”, que por inercia terminó siendo “trial”, emulando el existente antes de la reforma, es decir que en vez de garantizar que independientemente de su capacidad de pago o en este caso, de su situación de vínculo laboral, la persona y su núcleo familiar pudiesen permanecer en la misma entidad aseguradora, se establecieron un régimen contributivo (para los cotizantes y sus familias) y uno subsidiado (para personas pobres sin capacidad de pago que hubiesen sido focalizadas) (8), los cuales terminaron engendrando entre sí uno denominado de “vinculados” o no afiliados, que superaba la misma ley, a tal punto que en uno de sus recientes ajustes tuvo que reconocerse su existencia y legislar para la misma.

- El sistema colisionó con los conceptos de descentralización que estaban siendo impulsados internacionalmente (9) y que en la fase final del modelo anterior se habían aprobado pocos meses antes de la reforma que nos ocupa. En consecuencia se procedió a acomodar la interpretación de la ley y a generar una práctica según la cual el régimen subsidiado era lo descentralizado, mientras el contributivo tendría un esquema centralizado, lo que profundizó los ya serios problemas de dualidad de la reforma y le agregó las dificultades locales al manejo del régimen subsidiado y de los no afiliados (10).

- El modelo planteado excluyó a las personas para la atención y optó por incluir a las enfermedades y a los procedimientos y medicamentos recomendados para su manejo.

- Igualmente y sobre una hipótesis errada de que a los aseguradores les interesarían las acciones de promoción de la salud y de prevención primaria de la enfermedad, como una herramienta de control de costos, se optó por incluirlas en el paquete de servicios, lo cual es muy poco razonable ya que los hechos del envejecimiento han aportado suficiente evidencia sobre la falacia de este argumento, llevando por consiguiente a una situación de ruptura y dispersión de la casi totalidad de programas de control, eliminación y erradicación de las enfermedades y situaciones de interés en salud pública. Este aspecto ha sido motivo de variadas estrategias de ajuste a la reforma, pero persiste el esquema de fraccionamiento que erróneamente separa las intervenciones como individuales y colectivas, perdiéndose la

oportunidad que se genera con una perspectiva promocional con enfoque poblacional (11).

- Se establecieron una serie de requerimientos de información y de procesos administrativos que generaron unos costos transaccionales excesivos.

- Se consideró que mecanismos de mercado, en particular por vía de la pluralidad de oferentes y la competencia, resultaban suficientes para regular el sistema, lo cual no aplica en salud (12), por la sencilla razón de que el tema de consumo de servicios sanitarios no resulta de interés cuando la persona se “siente sana” y cuando está enferma ya no tiene ni la opción, ni las condiciones necesarias para ejercer adecuadamente el rol de “comprador informado”.

A esta situación se sumaron otros hechos que han empeorado la situación:

- A pesar de ser conocidos los riesgos del aseguramiento: selección del riesgo (13), moral hazard o de riesgo, efecto de externalidades, inducción demanda y asimetría de la información (14). No se tomaron las precauciones necesarias para enfrentarlos, lo cual ha derivado en un muy fuerte uso de los mecanismos legales, en particular de la tutela (15), para acceder a los servicios.

- No se entendió el vínculo de la reforma con el modelo de desarrollo (16), y dado que el modelo financiero estaba fundamentado en el aporte de los trabajadores formales, no se realizaron acciones tendientes a optimizar esta vía de financiación y por el contrario se ocultó esta situación atribuyendo las deficiencias financieras a “falta de gestión” y “corrupción de los niveles operativos estatales”

- Se inició un proceso de desmonte de la red hospitalaria pública, lo que aunque dio lugar al surgimiento de nuevas instituciones privadas, eliminó los aprendizajes y la experticia alcanzados.

- Se incrementó de manera paternalista y discrecional (17) el número de afiliados al subsidiado, generando aún más presión financiera sobre los ya escasos recursos y nuevas inequidades regionales (18).

- Las Empresas Promotoras de Salud -EPS- privadas se organizaron de-

bidamente y han logrado ejercer una gran presión sobre las medidas gubernamentales, de tal manera que estas han terminado favoreciéndolas de una manera clara, pero inconveniente para los demás implicados, en particular para los usuarios que por obvias razones son los más débiles (19) y solo hasta ahora, con la crisis derivada de la fallida “emergencia social” han logrado algún eco en sus posiciones.

- Gran parte del ataque de las EPS privadas, esta vez con el apoyo de muchos miembros del gobierno y aún de la academia, se dio contra la red de prestación de servicios de su principal contendor público: el ISS, argumentando de manera falaz la conveniencia de separación de funciones y logrando su desmonte, mientras por otra parte organizaban y construían su propia red de prestación, aun utilizando de forma incorrecta los recursos del sistema, tal y como se ha demostrado por parte de la superintendencia nacional de salud.

-El flujo voluminoso de recursos llamó la atención de diferentes organizaciones, algunas de ellas legales y otras ilegales y en algunos casos vinculadas a la violencia del país, que vieron en el sector una oportunidad para sus fines de enriquecimiento y dominio territorial, por lo que generaron estructuras, muchas de ellas claramente corruptas y otras al filo de la ley, que pusieron a su servicio las debilidades de la norma o del control, generando importantes pérdidas de recursos, que hoy no han sido individualizadas y que en forma genérica se atribuyen a los usuarios, cerrando el círculo de “culpabilización de las víctimas”.

- En el contributivo se optó por una estructura de aseguramiento comercial, en el que las EPS reciben los recursos y pasan a ser de su propiedad por lo que nadie tiene claro control de su aplicación, sin embargo por sus estados financieros se argumenta que estos son apenas suficientes (20), no obstante lo cual hacen costosas y cuantiosas inversiones, muchas de las cuales no corresponden a su objeto social.

- En el subsidiado, aunque hay límites en los montos que deben dedicar para cada una de sus intervenciones, parece existir un subsidio cruzado, principalmente por la transferencia de riesgo financiero hacia la red pública, dado por los contratos de cápita que suscriben con las empresas sociales del estado.

En síntesis, resulta claro que el sistema ha incurrido en unos costos transaccionales muy elevados.

La Propuesta

A pesar del diagnóstico presentado, se sostiene que para un país como Colombia es conveniente utilizar la estrategia de aseguramiento (21), siempre y cuando cumpla con algunas condiciones:

- Que sea de carácter universal y sencillo, valga decir, que no coexistan regímenes, lo que implica que esté constituido sobre el derecho a la salud (22) y no sobre el ingreso económico lo que generará estabilidad en la atención (23).

- Que tenga una amplia participación ciudadana (24), hasta ahora ausente.

- Que este centrado en sus tres funciones principales (25), valga decir que cumpla su papel de garantizar la sostenibilidad financiera, el acceso a la atención y la calidad del servicio.

- Que se tomen las medidas preventivas necesarias para mitigar los riesgos que una decisión de este tipo entraña, y;

- Que sea mixto, es decir que haya participación pública y privada con un enfoque realmente solidario superando su actual orientación comercial, que ha desembocado en los altos niveles de inequidad existentes (26).

Esto tiene dos razones, la primera es que bien desarrollado el aseguramiento puede permitir un sistema realmente sostenible y más equitativo, en el que cada quien aporta desde su posibilidad y recibe según su necesidad, tal como ocurrió en su momento en el seguro social, y en segunda instancia porque permite construir desde lo construido y darle seguridad jurídica a todos los trabajadores y demás personas vinculadas con las entidades que surgieron en Colombia con la aplicación de la reforma.

Ahora bien, los principales ajustes que el actual sistema de aseguramiento tendría que implementar incluirían:

- Reconocer que el Estado es el asegurador de segundo piso del sistema y por tanto darle a las EPS el carácter de administradores de la atención en salud y de sus recursos, lo que implica fijar un valor razonable a pagarles por su acción de administración, atención de imprevistos y margen aceptable de Utilidad (AIU). Este monto debe ser flexible, dependiendo de los resultados esperados, tanto en condiciones de salud de los afiliados, como

en variables financieras, es decir que se premie a quien haga las cosas bien y se castigue la “mala gestión”, no solo administrativa, sino sobre todo en salud.

- Establecer que las EPS, deberán tener cobertura en todo el territorio nacional y seguirán teniendo como funciones principales: 1. La garantía de acceso, 2. La calidad en la atención y 3. La contención de costos por vía de negociaciones de mayor escala.

- Eliminar el concepto de régimen subsidiado y contributivo, es decir que cualquier colombiano podrá afiliarse, junto con su grupo familiar, a la EPS que elija, la cual le dará cobertura, independientemente de si tiene empleo o no, lo cual simplifica todo el trámite administrativo, ya que las administradoras recibirán las cuotas de seguro (Unidad de Pago por Capitalización, UPC), del fondo que tenga dicho propósito, debiéndose controlar únicamente la existencia de duplicidades en la afiliación.

- Como la teoría de seguros se fundamenta en la dispersión del riesgo, es necesario exigir que cada entidad administradora tenga como mínimo un millón de afiliados, y que el valor de la UPC que reciba responda no solo a la caracterización demográfica de sus afiliados, sino principalmente al perfil epidemiológico (morbilidad, discapacidad y mortalidad) de los mismos y a los resultados en salud propuestos para la vigencia, así como a los obtenidos en las vigencias anteriores.

En este sentido, es clave aclarar que las administradoras deberán ser responsables del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades, así como por todos los procesos de rehabilitación. Por tanto, los costos derivados de las complicaciones por fallas en estos procesos, así como por los problemas de calidad, y sobre todo los de mortalidad, morbilidad, discapacidad y dolor evitables, serán castigables a estas entidades con cargo al valor de AIU incluido en la UPC.

- Se deberá garantizar la participación activa de los afiliados en los niveles decisorios, principalmente a nivel de junta directiva y en la vigilancia (defensoría del afiliado) de las administradoras (27), así como buscar la democratización en la propiedad de estas instituciones y mecanismos eficientes de intervención estatal en caso de riesgo para los afiliados.

- Es importante generar espacios para la concertación con la comunidad en lo que tiene que ver con las responsabilidades que podrán ser serán asu-

medidas por el municipio, el departamento o los territorios y la manera como estos podrán asociarse para desempeñar mejor su actividad, sin embargo se propone que los entes territoriales estén a cargo de la identificación, estratificación y contratación del plan de salud de los afiliados de su zona de influencia, lo mismo que de manera directa de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PYP) y de la inspección, vigilancia y control (IVC) en el respectivo territorio.

Es importante precisar que a pesar de los esfuerzos por mejorar en este campo (28), la evidencia muestra que de ninguna manera las acciones de PyP podrán ser capitadas y menos aún con las administradoras, esto ya que este modelo de contratación estimula la disminución de coberturas y la negación de servicios, puesto que su éxito se fundamenta en la disminución de la demanda, por tanto deben ser transversales a todo el sistema (29).

- En este esquema propuesto, el nivel central será responsable de la formulación de políticas y de las acciones de financiación del sistema, en esta última es en donde se requiere la mayor creatividad ya que haciendo una cuenta muy elemental, sobre una población de 40 millones de personas y una UPC promedio de doscientos cincuenta dólares, se requeriría algo así como diez mil millones de dólares al año para financiar la fracción correspondiente al seguro de enfermedad, quedando pendiente ubicar los recursos de PyP, de inspección, vigilancia y control, IVC, y de AIU.

Aunque esta cifra es un poco más del 10 % del presupuesto de la Nación, no es tan grande como parece, ya que es cercana al 5 % del PIB del País, y muchos estudios sugieren que el gasto en salud en Colombia es mayor de esta cifra (30), sin embargo lo que parece ocurrir es que de manera real estos recursos no están en el régimen, sino que una buena proporción de los mismos corresponde a gastos de bolsillo, que se manejan en transacciones privadas que son ajenas al sistema de aseguramiento en salud.

Ahora bien, todo problema financiero tiene como solución mejorar los ingresos y optimizar la aplicación de los recursos, en este sentido algunas de las prioridades son:

- Destinar todos los recursos a un fondo contable único, evitando la actual fragmentación, en este sentido lo que procede es que de la gran multitud de seguros que actualmente existen, reservar el componente dirigido a la atención médico quirúrgica, para financiar el sistema.

Dicho de otra forma y a manera de ejemplo: En el seguro obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT- se cubren unas contingencias relacionadas con la salud de las víctimas, pero por sus limitaciones genera una multitud de problemas derivados del flujo de información requerido, por tanto es razonable que, dado el riesgo que generan los vehículos para el sistema de salud, desde el SOAT se transfiera al sistema el componente destinado a atención medico-hospitalaria y que las compañías del SOAT administren únicamente lo relacionado con las indemnizaciones por invalidez y muerte de las víctimas.

Algo similar ocurre con los seguros de accidentes escolares, con los seguros de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, y con muchas otras posibles fuentes de recursos para la atención en salud.

- Como consecuencia de lo anterior, se hace necesario estructurar una central única de recaudo, reforma que esta propuesta hace mucho tiempo pero que se frustró parcialmente con la implementación de la planilla integrada de liquidación de aportes-PILA.

- Otro aspecto central en la discusión, era el que tenía relación con la financiación por vía de contribuciones provenientes del empleo formal, sin embargo la última reforma tributaria del país modificó de fondo este aspecto, así que habrá que esperar sus efectos para poder establecer la conveniencia o no de hacer cambios en este campo.

- También se propone generar un esquema de facturación bimestral de aportes a cada grupo familiar, el cual debe ser cobrado por domiciliación por parte de la autoridad local.

El monto de la facturación dependería del nivel de ingreso familiar determinado por el sistema de identificación de beneficiarios de subsidios SISBEN, el cual deberá ser aplicado a toda la población como un mecanismo de empadronamiento y básicamente tendría como finalidad controlar la evasión y la elusión y compensar y erradicar el actual sistema de copagos y cuotas moderadoras, que es una carga administrativa enorme en el sistema y fuente de grandes dificultades.

La implementación de este cobro debe estar acompañada de una enorme pedagogía sobre la cultura solidaria que fundamenta socialmente un esquema de esta naturaleza, al tiempo que debe estar asociada a modificaciones en la base de cotización en situaciones especiales, tales como la

presencia de una o más personas con discapacidad severa el grupo familiar, la utilización de otros subsidios estatales, las edades de los miembros del núcleo familiar, entre otros y por supuesto debe mantener la exclusión de cobro a las personas sin capacidad de pago permanente y más aún y con el fin de no generar por esta vía una barrera innecesaria al derecho de la salud (31).

En caso de que durante un lapso determinado de tiempo, haya limitaciones demostradas para hacer este aporte, por causas diferentes al estado de salud, la autoridad local puede conmutarlo por ejemplo por un número de horas de servicio comunitario mensual que equivalgan al valor del mismo, igualmente es posible generar descuentos por pago anticipado y otras figuras que garanticen la mejora en el recaudo.

Bajo este mecanismo el prestador de servicios asistenciales, solo verificará el estado de los pagos familiares al momento de acceder a la atención, lo cual es una base de datos mucho más sencilla de llevar en comparación de la que la que actualmente tiene el sistema y contará con mecanismos en los que, sin poner en riesgo la vida de la persona, ni negar su atención en todo lo que se requiera, se pueda penalizar económicamente a quien no ha efectuado las contribuciones que ha debido hacer.

Finalmente, quedan temas complejos por resolver en lo relacionado con la prestación de servicios (33), los cuales tienen tres temas medulares: la discusión frente a la autonomía de las instituciones responsables de esta actividad (34), en contraste con la integración vertical o generación de prestadores propios por parte de las administradoras, los procesos de privatización, la calidad (35), y la sostenibilidad de las instituciones (36), que han generado múltiples barreras de acceso y cuya intervención se relaciona esencialmente con obtener unas tarifas razonables para la atención, el control estricto de las diferentes formas de corrupción y el acompañamiento eficaz del sistema en el desarrollo de nueva infraestructura y la utilización de tecnología (37), a fin de evitar barreras de acceso (38) ■

REFERENCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO; 2000.
2. Guzmán M. Análisis de las principales estrategias de racionalización de los recursos sanitarios en las reformas sanitarias actuales. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2007; 6 (13): 66-84.
3. Morales JM, Morilla JC, Martín FJ. Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisio-

- nes políticas o política de decisiones? *Index Enferm.* 2007; 16 (56): 7-9.
4. Cardona A, Nieto E, Restrepo R, Sierra O, Cárdenas C, Aguirre F. Una propuesta de innovación en políticas de aseguramiento en salud, basada en hallazgos de investigación: el caso de los trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22 (Sup): S87-S96.
 5. Soares I, Dominguez M, Porto S. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13 (5):1431-40.
 6. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur A, Tamayo-Ramírez J, Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2007; 9 (1): 26-38.
 7. Cardona J, Hernández A, Yepes F. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: ¿Avances Reales? *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2005; 4 (9): 81-99.
 8. Fresneda O. La focalización en el régimen subsidiado de salud: Elementos para un balance. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2003; 5 (3): 209-45.
 9. Mosca I. Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries. *Applied Economics Letters.* 2007; 14:511-5.
 10. Molina G, Montoya N, Rodríguez C, Spurgeon P. Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2006; 24 (1): 48-60.
 11. García J. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. *Av. enferm.* 2009; 27 (1): 124-9.
 12. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev. Panam Salud Publica.* 2008; 24(3):210-6.
 13. Beteta E, Willington M. Planes Mínimos Obligatorios en Mercados de Seguros de Salud Segmentados. *Estudios de Economía.* 2009; 36 (2): 217-41.
 14. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano, 2005. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2008; 10 (3): 386-94.
 15. Vélez-Arango A, Realpe-Delgado C, Gonzaga-Valencia J, Castro-Castro A. Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales, Colombia. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2007; 9 (2):297-307.
 16. Mejía-Ortega L, Franco-Giraldo A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Rev. salud pública (Bogotá)* 2007; 9 (3): 471-83.
 17. Tamez S, Eibenschutz C. El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la .Inequidad en Salud. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2008; 10 sup (1): 133-45.
 18. Alvis N, Alvis L, Castro R. Inequidad regional en la financiación de la salud en Colombia, 2008. *Lecturas de Economía.* 2009; 71: 169-88.
 19. Delgado-Gallego M, Vázquez-Navarrete L. Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2006; 8 (2): 128-140.
 20. Grupo de Economía de la Salud GES. Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996-2005. *Observatorio de la seguridad social.* 2006; 5 (13): 1-9.
 21. Gómez-Camelo D. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. *Rev. salud pública (Bogotá).* 2005; 7(3): 305-316.
 22. Moreno M, López M. La salud como derecho en Colombia 1999-2007. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2009; 8 (16): 133-52.
 23. Téllez A, Aguayo E. Resultados de un sistema de atención privado basado en un modelo de salud familiar en Chile. *Rev. Méd Chile.* 2008; 136: 873-879.
 24. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria.* 2006; 20 (Sup 1): 192-202.
 25. García-Ubaque J, Herrera D. Situación del aseguramiento en Colombia: Revisión de Algunas Investigaciones. *Rev. Salud, Historia y Sanidad (On-line).* 2009; 4 (2) Disponible

- en: http://aplica.uptc.edu.co/Publicaciones/SHS/Documents/V4_N4_Articulo3.pdf. Consultado 12 Enero 2012.
26. Echeverri LE. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002; 1 (3): 76-94.
 27. Méndez CA, Vanegas JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev. Panam Salud Pública*. 2010; 27(2):144-8.
 28. Eslava-Castañeda J. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2006; 8 (Sup. 2): 106-15.
 29. Repullo J, Segura A. Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Rev. Esp Salud Pública*. 2006; 80: 475-82.
 30. Roa R. Gestión del Aseguramiento en Salud. *Revista EAN*. 2009; 67: 21-36.
 31. Chicaiza L, Rodríguez F, García M. La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia. *Rev. econ. inst*. 2006; 8 (15): 269-289.
 32. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana M, Knaul F. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006; 368:1524-1534.
 33. García-Ubaque J. Los hospitales Públicos y el estado de Bienestar: Situación en Colombia. En: *Estado de Bienestar y Políticas Sociales: Una Aproximación a La Situación Española y Colombiana*. Alicante, España: Editorial club universitario; 2008. p.p. 277-96.
 34. Carrioni C, Hernández M, Molina G. La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2007; 25 (2): 75-84.
 35. Cabrera-Arana G, Londoño-Pimienta J, Bello-Parías L. Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2008; 10 (3): 443-51.
 36. García-Ubaque J, Agudelo C. Algunas Relaciones entre las Finanzas, los Sistemas de Pago y la Prestación de Servicios, en Hospitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2002; 4 (2): 128-48.
 37. Rillo A, García J, Vega-Mondragón L. Desilusión de la tecnología médica. *Rev. Haban. Cienc. Méd.* [Internet]. 2009; 8(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400027&lng=es. Consultado: Enero 2012.
 38. García-Ubaque J, Quintero-Matallana C. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2008; 10 (4): 583-92.