
ENSAYO

La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud

Oscar Bernal, MD, D en SP,⁽¹⁾ Samuel Barbosa, MD.⁽²⁾

Bernal O, Barbosa S.
**La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho,
el aseguramiento y el sistema de salud.**
Salud Publica Mex 2015;57:433-440.

Resumen

La salud en Colombia es ahora un derecho fundamental que tiene que ser provisto y protegido por el Estado. A partir de metodologías de análisis de sistemas de salud propuestos por la OMS y el Banco Mundial, se evidencian las falencias, fortalezas y dificultades del sistema de salud con respecto a la ley estatutaria aprobada en febrero de 2015. Estas incluyen la fragmentación y especialización de los servicios, barreras de acceso, incentivos no alineados con la calidad, débil gobernanza, múltiples actores con poca coordinación y sistema de información que no mide resultados. Es necesario un acuerdo social, un equilibrio y control de la tensión por parte del Estado entre el beneficio particular y el beneficio colectivo.

Palabras clave: sistema de salud; reforma de la atención de salud; Colombia

Bernal O, Barbosa S.
**Challenges of the right to health
in the Colombian model.**
Salud Publica Mex 2015;57:433-440.

Abstract

Health in Colombia is now a fundamental right that has to be provided and protected by the government. We evaluated the strengths and difficulties of the health system with respect to the statutory law enacted in February 2015, using methodologies for analysis of health systems proposed by the WHO and the World Bank. The challenges include the fragmentation and specialization of services, access barriers and incentives that are not aligned with the quality, weak governance, multiple actors with little coordination and information system that does not measure results. The government needs to find a necessary social agreement, a balance between the particular and the collective benefit.

Keywords: health system; health care reform; Colombia

(1) Maestría en Salud Pública, Escuela de Gobierno, Universidad de los Andes.

(2) Escuela de Gobierno, Universidad de los Andes.

Fecha de recibido: 22 de septiembre de 2014 • **Fecha de aceptado:** 22 de julio de 2015
Autor de correspondencia: Oscar Bernal. Universidad de los Andes. Calle 19, 3-10 of 1402 Ed Barichara Torre Norte. Colombia.
Correo electrónico: obernal@uniandes.edu.co

La Constitución de 1990 de Colombia establece la seguridad social como “un servicio público de carácter obligatorio garantizando el derecho irrenunciable a la seguridad social” (artículo 48) ,y la atención en salud y el saneamiento ambiental como “servicios públicos a cargo del Estado el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación” (artículo 49), donde puede haber participación de agentes privados y públicos. En la ley 10 de 1990 se estableció la descentralización del sistema, y en el año 1993, la ley 100 creó el Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS). Dentro del sistema de la ley 100 se estableció una afiliación obligatoria a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales administran los recursos de las cotizaciones, ofertando un paquete de servicios o Plan Obligatorio en Salud (POS), por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).¹

Desde la Constitución de 1991 se han expedido diferentes tipos de leyes: Estatutarias, Ordinarias y Orgánicas. Las Leyes Estatutarias son aquellas que regulan temas de importancia como derechos y deberes fundamentales y mecanismos para su protección, administración de la justicia, organización y régimen de partidos políticos, instituciones y mecanismos de participación ciudadana y estados de excepción (artículo 152 Constitución Política Nacional).²

La ley estatutaria 1751, “por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, fue expedida el 16 de febrero de 2015. Allí se considera a la salud como un derecho fundamental que tiene que ser provisto y protegido por el Estado colombiano.

Dentro del estudio a la reforma de salud de los proyectos de ley estatutaria por parte del Gobierno Nacional de Colombia y de las organizaciones que representan el Sector de la Salud se han tenido en cuenta las metodologías de análisis de sistemas de salud propuestas por la OMS y el Banco Mundial.

Modelo de seguridad social

La ley 100 propuso un modelo de seguridad social basado en el pluralismo que “...evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado”.³

El modelo de seguridad social ha demostrado logros en afiliación, uso de servicios y reducción de gasto de bolsillo; el gobierno le ha apostado a mantener este modelo.

Existen varios puntos de tensión y discusión en la dinámica de los actores del sistema. Un primer debate se pregunta si la administración debe ser asumida por

el Estado o puede delegarla a operadores; y si esta administración debe cumplir un papel de intermediación financiera o de comprador inteligente, quien asume parte del riesgo financiero, o esta función es responsabilidad del Estado.

Actualmente, las administradoras públicas han tenido problemas financieros, de gestión y de corrupción, como Nueva EPS en el régimen contributivo, que adeuda 1.44 billones de pesos colombianos, y Caprecom en el régimen subsidiado, donde 963 000 millones de pesos evidencian ineficiencia en la administración de los recursos.⁴ Las administradoras privadas también evidencian problemas de gestión, fondos y corrupción por desviación de recursos. Actualmente Saludcoop está siendo investigada por la Contraloría por la realización de operaciones patrimoniales de aproximadamente 1.06 billones de pesos.⁵

En el país existen actualmente 968 IPS públicas y 4 565 privadas, con lo que se tiene una relación de 1:4,7.^{6,7} La participación en la prestación de servicios en salud por parte de las IPS muestra que existe una contratación selectiva, donde sólo 11% de las públicas son contratadas por las administradoras (EPS) del régimen contributivo.⁴ Las IPS privadas representan 71% de la cartera y 29% las IPS públicas en 2013.⁸ En los informes de gestión, las IPS privadas han mostrado tener un superávit de 8% del total de costos y gastos; 24% corresponden a gastos administrativos y 75% a prestación de servicios.⁷ Existen otros modelos de administración mixta que son resultado de una alianza entre el sector público y el privado representada por Comfama (Savia salud) y que atiende a 1 700 000 afiliados del régimen subsidiado.

El aseguramiento implica un modelo de manejo de riesgo en salud que ha sido el menos favorecido en estos últimos 20 años, donde la responsabilidad ha pasado de las EPS a los entes territoriales, sin lograr los resultados de salud esperados.

Existe la necesidad de un modelo diferencial para poblaciones especiales y en zonas dispersas, pero se debe tener en cuenta que estas zonas representan alrededor de 70% del territorio nacional, aunque solamente 25% de su población.

Gobernanza

Se parte de la definición de gobernanza como “la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles”.⁹

El Ministerio de Salud ha reconocido una falta de liderazgo en el sector y de capacidad de coordinación,

aspectos delegados a las aseguradoras y a otros actores. En la actual reforma, la función principal es ahora del Estado, lo que permite profundos cambios en la responsabilidad de la salud, por lo que se busca recuperar algunas funciones que se habían delegado, como el control de la afiliación, recaudo y pago, a la vez que se permite a las personas “participar en las decisiones del sistema de salud” (artículo 12).

Plan de cobertura universal: objetivos y financiamiento

La cobertura universal forma parte de los principios del sistema de salud colombiano. Se considera efectiva cuando toda la población de una nación está cubierta en el aspecto de atención a la salud y tiene acceso real correspondiente a sus necesidades en salud. En Colombia, antes de la reforma de salud de la ley 100 de 1993, la afiliación en salud aproximada era de 60% de la población;¹⁰ los hospitales estaban en crisis permanente con un promedio de ocupación que no alcanzaba 50%.¹¹ En la actualidad, la afiliación al sistema de salud es de 96.4%: el Régimen Subsidiado (RS) cuenta con 48.5%, contributivo (RC) con 42.8% y 5.2% el régimen de excepción (de trabajadores del Estado, fuerzas militares y Ecopetrol); el 3.6% restante de la población no tiene afiliación en salud;¹² por lo que busca la protección financiera de la población. El gasto de bolsillo pasó de representar el 44% del gasto total en salud en 1993 a tan solo 14.0% en 2011.¹³

Los recursos de financiación del sistema de salud son tomados de los contribuyentes a través de impuestos en la nómina en trabajos formales.¹⁴ El manejo de los recursos se hace a través de las EPS, de los entes territoriales y por destinación específica de la nación. La nueva reforma de ley estatutaria aprobada genera nuevos cambios: en la ley 100 de 1993, la salud era considerada “un bien y servicio” que proveía el Estado, el cual pasa a ser un “derecho fundamental”, en donde la cobertura universal avanza hacia la prestación de servicios de calidad en salud y no se queda sólo en la “inscripción” o aseguramiento en salud.

Identificación de proveedores y pagadores

Las IPS pueden ser públicas, privadas y mixtas. La distribución de las IPS tiene a nivel rural un monopolio público de más de 60%.¹⁵ El pago que estas prestadoras de servicios reciben es administrado por las EPS. En la integración vertical, las EPS cuentan con su propia red de prestación que está permitida hasta en 70%.¹⁶ Existen defensores de esta integración debido a la reducción de gastos de transacción y al mayor control de costos, pero esto ha generado confusión en el papel de

los administradores y prestadores, y riesgo moral en la competencia de mercado.

Actualmente, las EPS adeudan a las IPS aproximadamente 4.5 billones de pesos de acuerdo con la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.¹⁷ El sistema de salud se encuentra sin fondos suficientes para cubrir los gastos actuales y los recobros por servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (NO-POS) van en aumento hasta llegar a ser de 2.9 billones de pesos en 2012, de los cuales el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) pago 1.8 billones.¹⁸

La nueva reforma estatutaria plantea la creación de una red de prestadores de carácter público, privado o mixto (artículos 14 y 15) y prohíbe la negación de prestación de servicios únicamente en urgencias.

Paquete de beneficios

El paquete de beneficios (Plan Obligatorio en Salud [POS]) de la ley 100 de 1993 tenía dos listados: una lista explícita de exclusión de servicios y una lista de servicios diferentes según el régimen, donde el régimen contributivo incluía más servicios. En la sentencia T-760 del año 2008 hubo igualación del POS al definir la salud como “un derecho fundamental” y ordena a las EPS e IPS no negar servicios en salud a los usuarios.

La nueva reforma plantea que el derecho a la salud será garantizado a través de la prestación de servicios de salud sobre una concepción integral de promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas. Las implicaciones de contar sólo con una lista explícita de exclusiones todavía no son muy claras. Esto puede llevar a la inclusión de muchos de los servicios que hoy se recobran como “No POS” en el paquete, lo que implicaría un aumento importante del costo de la prima o Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La ley estipula un equilibrio de pesos dado que recupera la autonomía profesional (artículos 17 y 18) para garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas (artículo 24) y dar el destino fijo de los recursos de la salud (artículo 25), con un control de precios en medicamentos y regulación en los avances en tecnología basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad (artículo 23).

Prestación de servicios e incentivos

En la actualidad, las EPS reciben una prima fija (UPC) por cada afiliado sin importar su estado de salud, lo que genera incentivos de selección adversa. Un estudio realizado por el Ministerio de Salud en 2008 encontró que las EPS del régimen contributivo invertían 9%

en enfermedades de alto costo, mientras que las del subsidiado invertían 23%.¹⁹ la nueva EPS tiene más del doble de población mayor de 50 años que las otras EPS, población que tiene más problemas crónicos y cuya atención es más costosa.²⁰

La libre elección de proveedores no siempre es posible; el gobierno ha exigido que las EPS del régimen subsidiado contraten 60% de los servicios con los prestadores públicos (Ley 1122). La ley estatutaria estipula que los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes (artículo 25).

Sistema de información

La evaluación de los indicadores de salud ha sido responsabilidad del Ministerio de Salud, en conjunto con la vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud. A partir de la ley 1122 de 2007 se creó el Plan Nacional de Salud Pública, en el cual se establecieron metas en salud con miras al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La reforma actual propone, como parte de las obligaciones del Estado, ejercer adecuada inspección, vigilancia y control (artículo 5.e), velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud (artículo 5.f), realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud (artículo 5.g) y realizar evaluaciones sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud (artículo 5.h).

En la ley estatutaria se establece que el Ministerio de Salud presentará anualmente un informe de resultado del goce efectivo del derecho fundamental en salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad (artículo 7), además de la creación de una política para el manejo de la información en salud (artículo 19).

Discusión y conclusiones

La reforma del sistema de salud en Colombia presenta grandes retos. El aumento progresivo de los costos en salud es un problema mundial debido al aumento de la expectativa de vida y las enfermedades crónicas, y al avance de la tecnología. Los modelos de aseguramiento en salud han presentado grandes aciertos y fracasos en diferentes regiones del mundo, lo que evidencia la imposibilidad del desarrollo de un sistema ideal.²¹ La definición de la salud como un derecho fundamental que el Estado tiene por obligación proveer, proteger y regular es un avance social de una nación. Sin embargo, se requieren grandes esfuerzos institucionales, con

elementos internos que pueden generar riesgos para su cumplimiento. Dentro de esta reforma conviven puntos que tienden a ser contradictorios o por lo menos ambiguos:

Definición en salud. La definición de salud en la construcción de 1990 se conforma de dos puntos contradictorios. En el artículo 2 se define como "...el acceso a los servicios de salud..." incluyendo acciones de atención, rehabilitación, promoción y prevención de la enfermedad, al tiempo que en el artículo 9 hay una visión mucho más amplia que se refiere a los determinantes sociales de la salud.²²

La prestación del servicio en salud se ejecuta bajo "la indelegable dirección, supervisión, coordinación y control del Estado" (artículo 2), lo que podría interpretarse como un enfoque hacia un sistema nacional de salud de monopolio público.²³

Dentro de los mecanismos de sanción, la definición que se tiene de salud es "la prestación del servicio público", la cual se puede estar limitada únicamente en aspectos económicos de oferta y demanda por el bien adquirido con el Estado, priorizando los indicadores de gestión sobre la salud.

Derecho a la salud. En la reforma conviven dos posiciones encontradas del concepto mismo del derecho a la salud. Una concepción "garantista" bajo la cual se debe responder a todas las necesidades individuales y colectivas y, por otro lado, una visión que limita el derecho a los recursos limitados del sector salud.

En la primera se pueden crear inequidades. Si los recursos son limitados, pueden tener mayores garantías quienes conocen cómo utilizar recursos para el acceso.

En la segunda, se tiene una visión a corto plazo al considerar que los recursos son limitados y, por tanto, se maneja más el concepto de progresividad del derecho y de límites de tipo financiero.

Lo ideal es conocer mejor quiénes somos, de qué nos enfermamos, cuáles son las necesidades, cómo usar adecuadamente los recursos y cuánto se tendría que aportar para poder lograr esos servicios. Brasil ha sido pionero en pensar a largo plazo, y uno de los ejemplos fue la decisión de garantizar el tratamiento gratuito a todos los pacientes con sida, para lo cual ha combinado una política de negociación de precios y producción local de medicamentos que le ha permitido reducir costos y mejorar la sobrevivencia.

Dentro del artículo 6 se encuentran los principios de Disponibilidad y de Oportunidad. Este artículo no toma en cuenta la disponibilidad actual de dichos recursos; por ejemplo, la limitación en talento humano,

con la existencia de 14.7 médicos y 6.2 enfermeras, 1.4 camas hospitalarias por 10 000 habitantes (cifras en los percentiles inferiores, en comparación con países como Cuba con 67.2 médicos, 90.5 enfermeras y 5.1 camas; Brasil con 17.6 médicos, 64.2 enfermeras y 2.3 camas, o Canadá con 20.7 médicos, 104.3 enfermeras y 3.2 camas por 10 000 habitantes).²⁴

No sólo el recurso financiero es limitado, también el talento humano, la infraestructura y el equipamiento, especialmente en las zonas rurales de Colombia.

Cobertura universal. La cobertura universal, con un plan de beneficios que incluye casi todo lo contemplado en el “No POS”, choca con la restricción de la sostenibilidad (artículo 6). Esto podría afectar la cobertura y el acceso a los servicios por parte de las poblaciones menos favorecidas o la inversión de recursos en otros sectores por el pago de servicios en salud.

La justicia distributiva (principio de bioética) debe propender por limitar la sobredemanda de servicios en salud en ciertos sectores para favorecer el acceso a los sectores menos favorecidos, al enfocar la utilización de los recursos a la promoción y prevención de salud de “bajo costo” como una política central antes que la prestación de servicios especializados en salud.

La universalidad sin acceso real no se puede considerar universalidad; además, ésta debe cumplir con los principios de progresividad, solidaridad, *pro homine*, oportunidad, equidad y sostenibilidad. A su vez, deben desarrollarse mecanismos de solución de conflictos dentro del sistema, en el cual la comunicación y negociación con un arbitraje técnico científico contribuyan a subsanar las problemáticas previas al ejercicio del derecho a la tutela.

Tipo de atención. Se encuentran elementos que favorecen la atención curativa como el principio *pro-homine*, el cual dará libertad a la demanda en servicios de salud, sin contención; el principio de oportunidad, que da prioridad a las atenciones curativas frente a las políticas preventivas, y el principio de autonomía profesional que se desarrolla principalmente en el ámbito curativo sin tener una consideración distributiva. Frente al bienestar agregado se presentan principios como eficiencia, participación en los procesos y ampliación de los beneficios.¹⁷

Acceso en salud. Se propone quitar todas las barreras de acceso a la atención al desarrollar un sistema de salud abierto para la Nación, pero que puede generar incentivos para continuar en un modelo de salud curativo. Este enfoque sólo permitirá tener afiliación universal al sistema de salud pero no acceso real cuyo ejemplo es

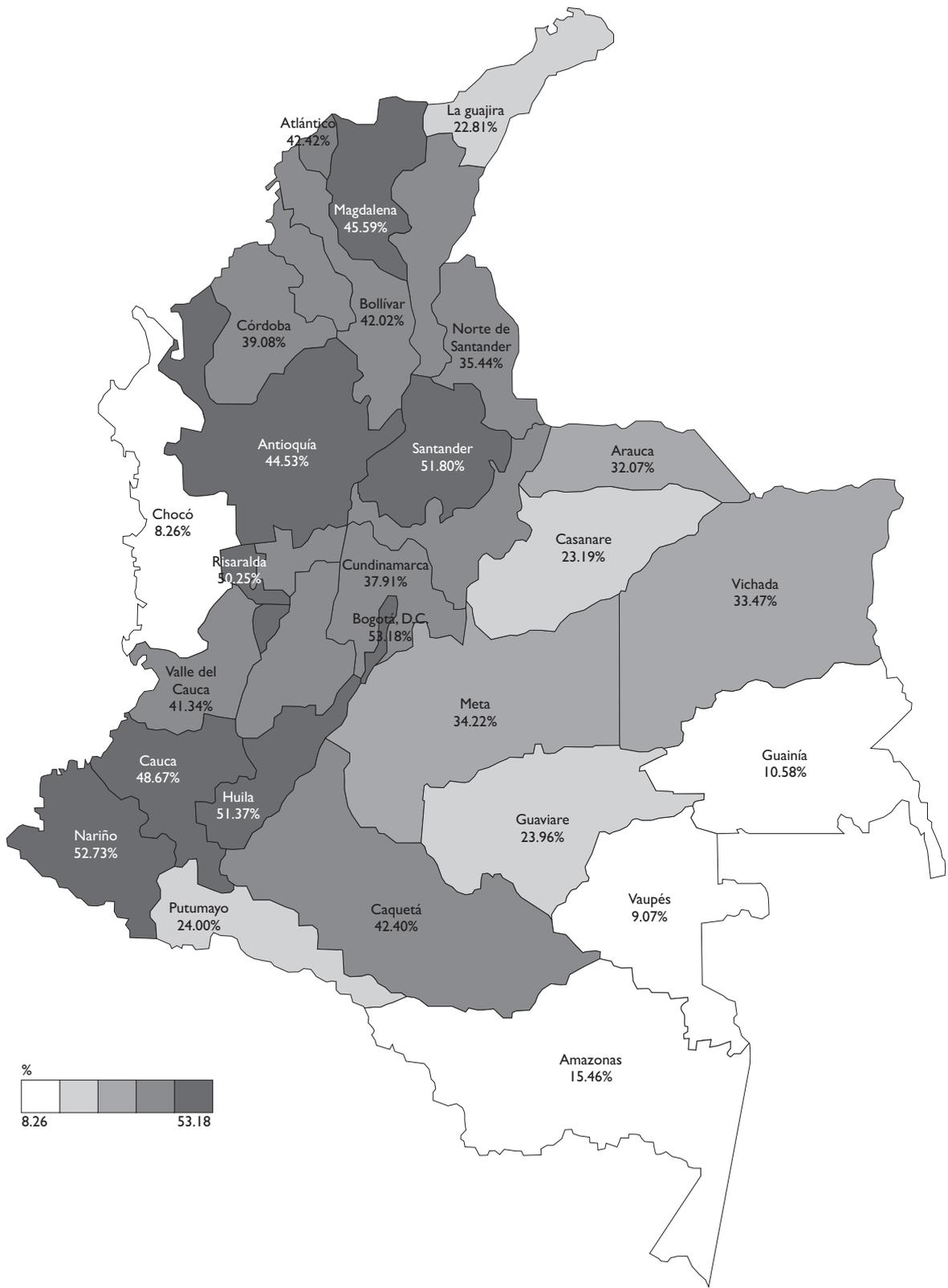
el departamento del Guainía en el cual la afiliación al sistema es de 103% de la población, sin embargo, sus recursos en salud están concentrados en la capital con 47% de la población del departamento y donde sólo 10.5% tuvo contacto con el sistema de salud en el año 2012 (figura 1).²⁵

La apuesta por la Atención Primaria en Salud y un mejor enfoque en la prevención y en la baja complejidad deben ser más claros por parte del Ministerio de Salud y los demás actores del sistema. Esto permitiría tener un acceso real a la salud al romper con un sistema en donde las patologías tienen diagnósticos tardíos, con atención de mayor costo y una mayor mortalidad.

Prestadores e incentivos. El enfoque de redes propuesto puede reducir el actual fraccionamiento en los servicios de salud, sin embargo, debe aclararse la forma en la que se articularán las redes y las regiones sanitarias, así como los entes territoriales. A su vez, no se tiene en cuenta cuáles serán los incentivos para la calidad en la atención y el enfoque de atención (preventivo, que priorice la baja complejidad, o curativo, que priorice la alta complejidad). El talento humano en salud estará amparado por condiciones laborales justas y dignas, y con estabilidad (artículo 18), lo que implica grandes esfuerzos en la formalización laboral de los profesionales, ya que la informalidad es de 47.5% en el sector privado y de 56.5% en el sector público.²⁶

Monitoreo. La evaluación del sistema de salud debe ir más allá de indicadores de mortalidad y morbilidad; debe centrarse en el goce efectivo del derecho a la salud, que incluya evaluación de la calidad y de la percepción de la población. Los sistemas de monitoreo deben centrarse en la calidad y oportunidad de los servicios, así como en la sostenibilidad del sistema, sin embargo, no se propone un organismo interno de “supervisión del rendimiento” o centro de investigación con base en tecnologías de información que verifican, controlan e informan sobre el ejercicio de los actores dentro de los sistemas de salud, aspecto que se considera parte fundamental en países desarrollados para disminuir la corrupción y fortalecer la transparencia (cuadro I).

El derecho a los servicios de salud tiene límites técnicos, éticos y económicos; hay acuerdos sociales sobre sus límites en temas estéticos o experimentales, pero no se ha establecido un claro mecanismo para excluir otros medicamentos o servicios que sí implican una mejora con respecto a lo que se tiene hoy, pero que el sistema de seguridad social no podrá cubrir. Es necesario un acuerdo social, un equilibrio y control por parte del



Fuente: Referencia 25

FIGURA I. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON AL MENOS UN CONTACTO CON EL SISTEMA DE SALUD EN 2012. COLOMBIA

Cuadro I
ORGANIZACIONES PARA EL LIDERAZGO
Y LA TRANSPARENCIA EN SIETE PAÍSES DEL MUNDO²⁷

Países	Organizaciones
Australia	<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>
Inglaterra	<i>Care Quality Commission</i>
Alemania	<i>Organization for Transparency and Quality in Health Care</i>
Holanda	<i>National Institute for Public Health and Environment (RIVM)</i>
Suecia	<i>Association of County Councils Quality Registers (condiciones individuales)</i>
Suiza	<i>Federal Office of Statistics and Patient Safety Foundation SwissDRG</i>

Estado sobre la tensión entre el beneficio particular y el beneficio colectivo.

Agradecimientos

Los autores agradecen los aportes de Fernando Montenegro (economista de la salud, *Senior Health Adviser, World Bank*), de Carlos Caballero (director de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes), de Luz Elmilse Rincón (datos del Sispro) y a Leidy Alexandra Lozano por la elaboración del mapa.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Guerrero R, Gallego A II, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011;53 (supl 2):144-155.
- Espinal A, Cárdenas A, Echeverri C, Piedrahita C. Clasificación de leyes, formación ciudadana y constitucional ([consultado el 2 de julio de 2014]). Disponible en: http://docencia.udea.edu.co/derecho/constitucion/legislativa_clasificacion_leyes.html
- Londoño-de la Cuesta JL. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. 1997.
- SuperSalud. Informe cartera por venta de servicios de salud. Informe No.: 1. 2011. Colombia: Súper Intendencia Nacional de Salud; 2013:18 [consultado el 10 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=VQoPid%2B0pYg%3D&tabid=803&mid=2346>
- Morelli S. Informe sobre el cumplimiento de sus funciones y de gestión al congreso y al Presidente de la República 2011-2012. Colombia: Contraloría General de la República 3013:339 [consultado el 10 de julio de 2014] Disponible en: <http://www.contraloriagen.gov.co/documents/10136/21259937/Informe+de+Gestion+Final+2012-2013.pdf/03334710-a32b-4b8f-8820-20efba66363a?version=1.0>

- SuperSalud. Análisis contable IPS Públicas. Colombia: Súper Intendencia Nacional de Salud; 20022012: 32. [consultado el 10 de julio de 2014] Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=CtIJKERZWsE%3D&tabid=804&mid=2347>
- SuperSalud. IPS Privadas Análisis Financiero. Colombia: Súper Intendencia Nacional de Salud; 20102013: 29. [consultado el 10 de julio de 2014] Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=wAT2bYqIvjQ%3d&tabid=804&mid=2347>
- SuperSalud. Informe financiero y flujo de recursos, corte junio de 2013. Súper Intendencia Nacional de Salud; 2012 [consultado el 10 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=803>
- World Health Organization. Good governance for health. Geneva: WHO, 1998 [consultado el 10 de julio de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65021/1/WHO_CHS_HSS_98.2.pdf
- Gómez R. Colombia. Análisis de los proyectos de reforma en salud 2013. En: Debate proyecto de reforma de salud. Medellín (Antioquia), Colombia.
- Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Tomo I: Antecedentes y resultados. Bogotá: Ministerio de Salud, 1994.
- Ministerio de Salud. Informe de Actividades 2012-2013 Colombia: Ministerio de Salud; 2012-2013: 225. [consultado el 10 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Informe%20al%20Congreso%202012-2013.pdf>
- Gaviria A. Exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Colombia: Ministro de Salud y Protección Social, 2013:52. [consultado el 10 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>
- Unidas C-N. CEPAL. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia [consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/4239/P4239.xml&xsl=/ues/tpl/p9f.xsl&base=/mexico/tpl/top-bottom.xsl>
- Ministerio de Salud. La protección social de Colombia. Estadísticas [Internet] [consultado el 20 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
- Restrepo JH, Lopera JF, Rodríguez SM. La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de Economía Institucional*, 2007 [consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=41901711>
- Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2012. ACHC Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [Internet] [Consultado el 6 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.achc.org.co/contenidosid.php?id=965>
- Vélez L. Comentarios de ACEMI a la reforma en salud propuesta por el Gobierno. *Revista Conexión. Impacto financiero*, 2013 [consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://issuu.com/acemi/docs/conexcion-may-ago-2013>
- Gonzalo J. La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano. Bogotá, Colombia. Fedesarrollo [consultado el 8 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/07/La-sostenibilidad-financiera-del-sistema-de-salud-Juan-G-Zapata-y-Jairo-N-Fedesarrollo.pdf>
- MinSalud. Análisis del riesgo por concentración de población en grupos etarios mayores de 50 años en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social 2011: 37 [consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Analisis%20riesgo%20concentraci%C3%B3n%20poblaci%C3%B3n%20>

grupos%20et%C3%A1reos%20mayores%2050%20a%C3%B1os%20r%C3%A9gimen%20contributivo.pdf

21. WHO. Ideal Types of Health Systems. [consultado el 13 de julio de 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh3012e/4.1.1.html>

22. Reportero E. Ley Estatutaria en Salud: del espejismo del derecho ilimitado a la realidad de los recursos finitos [consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://elreporter.uniandes.edu.co/?p=1884>

23. Anatomía de una propuesta de ley estatutaria [documento en Internet]. Blog PROESA [consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://proesablog.wordpress.com/2013/06/12/anatomia-de-una-propuesta-de-ley-estatutaria/>

24. WHO. World Health Statistics 2013. WHO [Consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/

25. Ministerio de Salud y proyección social de Colombia. Sistema de Información. [consultado el 1 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/>

26. Restrepo D, Ortiz L. Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS. Colombia: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, 2010:2.

27. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy* 2012;106: 37-49.