

Ejes para una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

Core topics for a Reform of the Colombia's Social Security System in Health

*Carlos Andrés Sarmiento Hernández**

*Camilo Ernesto Torres Pastrana***

*Rosibel Prieto Silva****

Fecha de recepción: 31/03/22

Fecha de aprobación: 30/04/22

RESUMEN

Recientemente, se ha discutido la necesidad de reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, a pesar de las distintas iniciativas radicadas ante el Congreso de Colombia, ninguna ha prosperado. Uno de los motivos aparentes de este fracaso es que el debate público respecto de cuáles son los cambios que se requieren es complejo: requiere abordar temas de economía, derecho y ética del cuidado. Por ello, en el presente artículo, se presenta un panorama integral basado en cuatro problemáticas: 1) Los indicadores de salud 2) Contradicción normativa 3) La estructura financiera y 4) El Sistema General de Participaciones. Posteriormente se plantean las estrategias propuestas de cambios en el actual sistema de salud que permitan balancear la ética del cuidado,

la protección del derecho fundamental a la salud, y los aspectos económicos y fiscales del sistema. Las propuestas se centran en tres grandes aspectos, a saber: 1) Modelos diferenciados de acuerdo a los territorios; 2) Organización normativa del sector en un código sanitario y 3) Identificación del centro de financiación del sistema de salud.

Palabras clave: Seguridad Social; protección social; derecho fundamental a la salud; salud pública; sistemas de salud

ABSTRACT

In recent years, different legislative proposals to reform the General System of Social Security in Health have been introduced in the Colombian Congress

* Enfermero, Universidad Nacional de Colombia. Abogado, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: casarmiento@unal.edu.co

** Licenciado en Español y Filología Clásica. Universidad Nacional de Colombia. Abogado, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: caetorrespa@unal.edu.co

*** Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Mg. Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Doctorado Ciencias de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba. Docente titular, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: rprietos@unal.edu.co

without success. The public debate regarding the specific changes needed is complex and consists of different perspectives that arise from the fields of the economy, law and ethics of care. In this article we present a comprehensive overview based on four core problems: 1) Health indicators 2) Regulatory contradiction 3) Financial structure and 4) The sub-national transfers system. Afterwards, we present the proposed strategies for changes in the current Colombian health system, which allow balancing the ethics

of care, the protection of the fundamental right to health, and the economic and fiscal aspects of the system. The proposals focus on three major aspects: 1) Differentiated models according to the territories; 2) Regulatory organization of the sector in a health regulatory codification and 3) Identification of the financing centre of the health system.

Keywords: Social Security; social protection; constitutional right to health; public health; Health Systems

INTRODUCCIÓN

En Colombia, han sido varias las pugnas y discusiones en torno a la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS]. Durante 2020 y 2021, fueron llamativas en los medios las protestas en contra del Proyecto de Ley 010 de 2020, que buscaba implementar algunas reformas al sistema. Los planteamientos de reforma a la salud presentados en el proyecto se dirigieron, principalmente, a plasmar la perspectiva de gestión del riesgo a nivel de aseguramiento, transformar la organización de las entidades prestadoras en salud (incluidas normas sobre fusiones y alianzas público-privadas) y cambiar el régimen de los trabajadores oficiales. Las principales críticas se dirigieron a poner en evidencia que la propuesta fue construida desde la tecnicidad y eficiencia financiera, y que no se tuvo en cuenta la perspectiva de los principales salubristas del país (Universidad Nacional de Colombia, 2021).

Esta iniciativa finalmente fue archivada y, pese a ello, la discusión respecto a cuáles son los cambios que se requieren no termina. En esta medida, en el presente documento se analizan posibles estrategias para plantear elementos de reforma en el actual sistema de salud colombiano, que permitan balancear la ética del cuidado de la salud, la protección de este como derecho fundamental, y los aspectos económicos y fiscales, que muchas veces son presentados como una barrera para el acceso universal, equitativo y de calidad de los servicios sanitarios por parte de la población colombiana.

Para realizar dicho análisis, el presente artículo se ocupará, en primer lugar, de revisar los distintos problemas del SGSSS, específicamente, tres: las tensiones inherentes en la normatividad que regula el SGSSS; los indicadores en materia de salud; y la intrincada estructura financiera. A partir del análisis de datos sobre el sistema, se plantearán discusiones sobre la coherencia normativa del sistema de seguridad social en salud, sobre la financiación a nivel regional y municipal de los servicios de salud (Orozco, 2015; Escobar *et al.*, 2010), incluyendo el análisis

sobre la eficiencia de recursos del SGP (Galvis, 2014). Igualmente, se discutirá acerca del concepto de *ingreso parafiscal* y los límites de la intervención privada o de lucro en el manejo de estos recursos (Simon, 2006).

Posteriormente, con base en el análisis del primer apartado, se presentarán tres ejes básicos para construir una futura reforma al SGSSS: 1) la atención efectiva para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las y los colombianos en todo el territorio, incorporando la atención diferenciada en las distintas regiones; 2) la organización normativa del sector que promueva un seguimiento y control efectivo de las funciones de cada actor involucrado en el servicio de salud, que evite el desvío de recursos y la manipulación de datos; y 3) el establecimiento de mecanismos financieros y de control que permitan el pago real de deudas pendientes con instituciones prestadoras de servicios [IPS] y entidades sociales del Estado [ESE], y que eviten que los prestadores entren en situaciones de insolvencia o iliquidez que lleve al cierre de la prestación de servicios.

LOS PROBLEMAS DEL SGSSS

A partir de la Sentencia T-760 de 2008, y con la expedición de la Ley 1751 de 2015, el discurso ético se vio fortalecido en las discusiones sobre el derecho a la salud de los colombianos. En esta medida, contrario a lo que sucedía anteriormente, el derecho a la salud adquirió un nuevo estatus. Desde estos hitos normativos, la salud constituyó un derecho fundamental y, por lo tanto, su contenido pasó a depender del examen axiológico de la dignidad humana como concepto, entendida como la combinación entre la libertad de elegir un plan de vida, en el marco de las condiciones sociales en las que una persona se desarrolla, y la posibilidad de gozar de bienes y servicios que le permitan una vida adecuada en la sociedad, de acuerdo con sus condiciones y calidades (Corte Constitucional de Colombia, T-622 de 2016).

Sin embargo, a pesar de la jurisprudencia y de la ley estatutaria, el desarrollo del derecho a la salud ha sido, mayoritariamente, mediante normas jurídicas que le dan primacía a lógicas económicas y financieras. Es decir, la racionalidad subyacente en el derecho a la salud y en las normas que lo desarrollan es muy distinta, pues, a diferencia del sistema de derecho, el sistema de economía no opera mayoritariamente bajo los conceptos de ética y su estructura cognitiva permanece clausurada a este aspecto. Desde la perspectiva de Sariyar (2012), el sistema económico solo opera con valores que puedan ser capturados como bienes primarios o utilidades, lo cual deja a las consideraciones sobre las capacidades de una persona como un evento de desinterés, al mismo tiempo que los aspectos de la ética se dimensionan como un agente externo a la economía de la salud.

El fenómeno de referenciación hacia la ética por parte del sistema de derecho es distinto al del sistema económico y esta diferencia constituye, analizada desde la perspectiva de Luhmann, la consolidación de tratamientos paralelos, no necesariamente congruentes, del acceso a la salud (Sariyar, 2012, p. 349). Esta dinámica de contrariedad permea los discursos y la evaluación que se haga sobre el funcionamiento del sistema. Los actores con mayor interés en los derechos humanos hacen énfasis en las situaciones que representan una amenaza o vulneración a la salud, así como en las políticas dirigidas a la promoción, prevención y tratamiento oportuno. Por otra parte, para quienes el análisis económico es preponderante, el énfasis está en la racionalización de recursos, los indicadores de gasto y las fuentes de financiamiento. Ello hace que las evaluaciones del sistema de salud resulten complejas, y se torne inalcanzable un veredicto totalmente objetivo que permita tachar un sistema como “adecuado”, “malo” o “insuficiente”.

Una propuesta integrativa de reforma debe ser capaz de superar este aparente antagonismo, de manera que la ética de la salud, la economía y el derecho confluyan en una misma dirección. Siendo coherente con este esquema, se deberán analizar las problemáticas que se presentan en los indicadores en salud de la población colombiana, en la estructura normativa y en la estructura financiera. Este análisis permitirá identificar algunos de los puntos esenciales que requieren transformación.

Indicadores de salud de la población colombiana

El uso de métricas a nivel internacional sirve como parámetro para identificar, de manera general, la eficacia de los sistemas de salud implementados por los distintos Estados. Si bien, dadas las características sociales, económicas, culturales y demográficas de cada nación, no es posible hacer comparaciones entre sistemas, los indicadores permiten establecer metas y compromisos de cada Estado con respecto a la salud de sus habitantes.

En el caso de la salud, es importante identificar los indicadores medidos por la Organización Mundial de la Salud [OMS] y por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], organización a la cual se vinculó Colombia en años recientes. Dentro de los indicadores más críticos reportados por estas instituciones, está la mortalidad materno-perinatal e infantil, la cual, incluso, se encuentra por encima del promedio anual presentado por el informe de la OMS para la región de las Américas (2019).

Con respecto al gasto per cápita anual, Colombia reportó un gasto de 340 USD PPA, que es aproximadamente un tercio de lo que se invirtió en promedio global para dicho año y para la región de las Américas (1126 USD PPA). En términos de

proporción frente a PIB, Colombia reporta 7.3% de inversión ante la OCDE, que respecto a los países de esa misma organización se encuentra por debajo del promedio. Si se mira la inversión en comparación con la región de las Américas (OMS, 2019), Colombia se ubica en 1.6 puntos porcentuales por debajo de la inversión promedio (7.5%).

Otro de los indicadores que resulta relevante es la disponibilidad de profesionales en salud y equipos de diagnóstico. Las tasas de enfermeros, médicos, unidades de imágenes diagnósticas y camas hospitalarias se encuentran todas por debajo del promedio de los miembros de la OCDE (OCDE, 2020). Si se observa el indicador de médicos y enfermeros en la región de las Américas, de acuerdo con las estadísticas de la OMS (2019), Colombia sigue por debajo del promedio para la región entre los años 2009-2018, con 20.8 médicos y 12.6 enfermeros por cada 10 000 habitantes. El promedio de la región se ubica en 23.3 y 61.9, respectivamente.

En cuanto a años de vida perdidos atribuidos a la discapacidad, Colombia se ubica por encima del promedio internacional. En este caso, el indicador refleja los años potenciales promedio que se pierden en el país como consecuencia de una enfermedad, discapacidad o muerte prematura, por lo que un valor elevado indica una alta carga de enfermedad para la población analizada (OCDE, 2020).

Tabla 1. Indicadores en Salud OCDE y OMS

| Indicador | Última cifra reportada | Promedio OCDE/OMS |
|--|---|-----------------------------|
| Expectativa de vida mujeres (años x 1000 habitantes) | 79.9 | 83.4 |
| Expectativa de vida hombres (años x 1000 habitantes) | 74.3 | 78.1 |
| Mortalidad materna (x 100 000 nacidos vivos) | 64 | 52 (Región Américas OMS) |
| Mortalidad infantil (x 1000 nacidos vivos) | 16.8 (la más alta de los países ODE) | 4.1 |
| Gasto en salud (como % del PIB) | 7.3 | 8.8 |
| Gasto per cápita (USD PPA) | 340 | 1001 (Global OMS) |

| | | |
|---|-------------|-------------------------------|
| Gasto en aseguramiento público y obligatorio (USD PPA) | 896 | 3221 |
| Gasto de bolsillo (en USD PPA) | 177.3 | 709 |
| Egresos hospitalarios (x 100 000 habitantes) | 3328 | 14959 |
| Médicos (x 1000 habitantes) | 2.2 | 3.5 |
| Enfermeros (x 1000 habitantes) | 1.3 | 8.8 |
| Camas hospitalarias (x 1000 habitantes) | 1.7 | 4.5 |
| Camas en psiquiatría (x 1000 habitantes) | Sin reporte | 0.7 |
| Unidades de imágenes diagnósticas MRI (x 1000 habitantes) | 0.2 | 16.7 |
| Unidades de imágenes diagnósticas CT (x 1000 habitantes) | 1.3 | 26.6 |
| Suicidios (x 100 000 habitantes) | 5.7 | 11.2 |
| Años potenciales de vida perdidos por discapacidad | 4402 | 3155 |
| Consumo de tabaco hombres (% de fumadores diarios) | 18.8 | 22.4 |
| Consumo de alcohol (litros per cápita) | 4.3 | 8.8 |
| Obesidad (% del total de población) | 18.7 | 24.4 |
| Probabilidad de morir por causas cardiovasculares, diabetes, cáncer o enfermedad respiratoria crónica (%) | 15.8 | 15.1 (Región Américas OMS) |
| Tuberculosis (x100 000 habitantes) | 33 | 28 (Región Américas OMS) |
| Incidencia de Malaria (x1000 personas en riesgo) | 7.4 | 7.3 (Región Américas OMS) |

Fuente: elaboración propia basada en reportes OCDE y OMS región de las Américas. Siempre que no se indique lo contrario, los valores reportados corresponden al reporte OCDE 2020.

Estas cifras indican la fuerte necesidad de implementar medidas para mejorar los servicios de salud e impactar positivamente en los indicadores. Sin embargo, pese a que parece sencillo llevar a cabo acciones para aumentar la inversión en infraestructura y aumentar la disponibilidad de profesionales a nivel regional y mejorar el uso de servicios sanitarios, este tipo de transformaciones pasa por las posibilidades que permitan el esquema normativo y el esquema de financiamiento. Si se plantea una reforma sin estos elementos, su contenido será aspiracional y el derecho y la economía serán obstáculos para la realización del derecho a la salud.

Un sistema normativo contradictorio

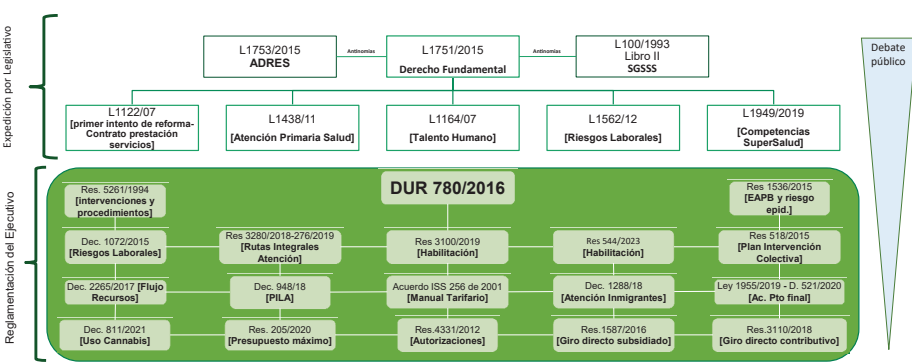
Desde finales del siglo xx, se ha expandido la expedición de todo tipo de normas que regulan aspectos de la salud, tales como el acceso, los mecanismos de pago, afiliación, autorizaciones de servicios, procedimientos y dispositivos. Tal es el grado de complejidad, que no resulta posible para el ciudadano comprender el funcionamiento de este complejo sistema, aun cuando consultara el libro II de la Ley 100 de 1993 o revisara las leyes posteriores (Ley 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1164 de 2007, 1562 de 2012, 1949 de 2019, 1955 de 2019). Más aún, la lectura puede resultar contradictoria si se compara el alcance de la Ley Estatutaria del derecho fundamental a la salud (1751 de 2015) con los demás elementos normativos (Corcho, 2020, p. 16).

Para entender el alcance regulado que realmente tiene el derecho fundamental a la salud, es necesario analizar la reglamentación más detallada del sistema. Allí se encuentra una gran contradicción. En Colombia, se realiza un uso excesivo de las resoluciones, decretos y demás tipos normativos que son facultad del Ejecutivo, en virtud del artículo 189, numeral 11, de la Constitución. En materia de salud, se pueden contar más de 15 resoluciones o decretos, entre los que se encuentran, solo por nombrar algunos, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, 780 de 2016, los decretos 2265 de 2017, 1027 de 2015, 948 y 1288 de 2018, resoluciones, 1536 de 2015, 518 de 2015, 3280 de 2018, 276 de 2019 y 3100 de 2019.

La razón por la que resulta contradictoria esta forma de regular el sistema es que, mientras a través de leyes se expresan enunciados generales sobre cómo deben garantizarse los derechos subjetivos, a través de uso reglamentario del Ejecutivo se aprovecha la ambigüedad o vaguedad de las leyes para incorporar elementos que obstaculizan la atención. Podríamos decir que se trata entonces de un derecho, consagrado normativamente, pero cuya aplicación se ve obstaculizada por los reglamentos que lo desarrollan.

Lo anterior puede exponerse con un ejemplo sencillo. A través de la Ley Estatutaria 1751, en su artículo 15, se establece que el sistema debe garantizar el derecho fundamental a la salud sobre una concepción integral a través de la promoción y la prevención. Esta norma, de carácter general, implica un abandono de la concepción de listados o conjuntos de servicios y tecnologías financiables, lo que constituía una de las mayores brechas de inequidad en la atención entre los distintos regímenes. Sin embargo, a través del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, artículo 2.1.1.3, se introdujo el concepto de plan de beneficios, que, en la práctica, implica un regreso a los listados de servicios y tecnologías a los que pueden acceder los ciudadanos (art. 2.1.3.4).

Figura 1. La normatividad inconexa en salud



Fuente: elaboración propia.

Otros ejemplos de estas contradicciones son los requisitos de habilitación de aseguradores, cuya reglamentación queda a potestad casi exclusiva del Ejecutivo, y que es una de las razones por la cuales no es posible crear EPS que aseguren de forma focalizada en los territorios dispersos; la implementación de rutas integrales de atención, que no cuentan con el criterio decisivo de las organizaciones gremiales y científicas del sector salud; o los mecanismos de pago y financiación, que constituyen un punto de fragilidad para las cuentas del sistema.

La intrincada estructura financiera

La financiación del sistema de salud es quizá uno de los temas de mayor complejidad, dadas las múltiples fuentes y mecanismos establecidos para regular la forma en que los recursos son distribuidos dentro del sistema; podemos recapitular tres elementos de complejidad en la financiación del sistema.

En primer lugar, están las *fuentes de financiación del sistema*, que son principalmente las cotizaciones realizadas por trabajadores asalariados, pero se complementan con diferentes orígenes, tales como los recursos de IVA destinados al aseguramiento, la compensación de regalías, la contribución de SOAT, el impuesto social a las armas, municiones y explosivos, el sistema general de participaciones, las multas antibacano, las rentas provenientes de juegos de suerte y azar, los recursos provenientes del impuesto al consumo de cerveza y tabaco y de la producción de licores, los rendimientos financieros propios, y los excedentes de las rentas territoriales y de las cotizaciones al sistema. La administración de dichos recursos se da entre la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES], las EPS, y en menor parte por las entidades territoriales, en lo que respecta a sus recursos propios.

El segundo elemento de complejidad es la *destinación de los recursos*, que es diferente para el régimen contributivo, subsidiado y los regímenes excepcionales y especiales. Actualmente, la destinación está regulada por el Decreto 2265 de 2017. En términos generales, al régimen contributivo se destinan los recursos mediante el proceso de compensación (ADRES, 2017), mecanismo a través del cual se determina y reconoce la unidad de pago por capacitación [UPC]. Este proceso de liquidación lo realiza la entidad ADRES, según la información de los afiliados registrada en las bases de datos de las EPS-EOC. En este proceso, se hace reconocimiento de rendimientos financieros, los cuales son apropiados por las EPS para la gestión del cobro de cotizaciones, manejo de información y servicios financieros que se utilicen para el recaudo. En el régimen subsidiado, el proceso de asignación de recursos se da mediante la liquidación mensual de afiliados. Esto supone el reconocimiento de una proporción mensual de la UPC con monto distinto al del régimen contributivo¹, basada en la información del número de afiliados activos, validada por cada entidad territorial.

Otra destinación de recursos que es aplicada a ambos regímenes es el proceso de recobro, que es la solicitud que presentan EPS ante el Ministerio (ADRES) para obtener el pago de cuentas por concepto de servicios, medicamentos, dispositivos y procedimientos que no son cubiertos con cargo a la UPC y no se encuentran en el plan de beneficios. Este mecanismo ha sido regulado en distinta forma a través de los años (Ministerio de Salud, 2020), siendo característico su crecimiento en la primera década del siglo, debido a que, por este mecanismo, se financiaron los servicios autorizados por la vía del mecanismo judicial de tutela. Para algunos, esta financiación que se da a los servicios no garantizados mediante el plan de beneficios es un desborde de la racionalización del gasto en salud, dada la gran cantidad de tutelas que se presentan (El Tiempo, 2020).

En la búsqueda de limitar la financiación que se da por recobro, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, incorporado mediante la Ley 1955 de 2019, y complementado con la Ley 1966 de 2019, implementó el mecanismo de techo o presupuesto máximo anual. Con esta norma, desde el año 2020, el Ministerio de Salud establece *ex ante* el presupuesto anual que se da a cada EPS para financiar los servicios no cubiertos con la UPC.

El tercer elemento tiene que ver con la *contratación para la prestación de los servicios*, que se da entre las EPS-EAPB y los prestadores de servicios propiamente dichos (IPS, ESE, prestadores individuales, entre otros). El Decreto Reglamentario Único del Sector Salud, 780 de 2016, estableció tres mecanismos de pago para dichos contratos: el pago por capitación, el pago por evento y el pago por caso.

1 UPC año 2021 para régimen contributivo: \$938 826,00; upc régimen subsidiado: \$872 496,00. Datos obtenidos de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/UPC-aumento-5-18-para-2021.aspx>

El primero es un pago anticipado de una suma fija por un periodo de tiempo determinado, con un grupo de servicios preestablecidos, en donde la unidad de pago es la tarifa por persona. En el pago por evento, se cancelan actividades e insumos con posterioridad a su prestación, en donde la unidad de pago es la actividad o insumo prestado. En el pago por caso, se realiza una contratación global de atenciones relacionadas con un diagnóstico, donde la unidad de pago es cada caso o paquete de servicios.

La financiación de los servicios se complementa con el mecanismo de giro directo. Esta figura se creó a partir del artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 y su reglamentación en el régimen subsidiado inició en 2016, a través de la Resolución 1587 de 2016. A partir de esta fecha se reglamentó que las EPS deben reportar al Ministerio de Salud (ADRES) los valores que se van a girar a las IPS. Los valores reportados por la EPS deben ser del 100% del contrato, si se acordó un pago por capitación, o no inferior del 50% en las demás modalidades. En el régimen contributivo, esta figura se reglamentó a partir de la Resolución 3110 de 2018. Acá el giro se realiza desde la ADRES directamente a la IPS, cuando la EPS se encuentra bajo medida de vigilancia, intervención o liquidación; para realizar el giro, la ADRES gestiona el 80% del valor total de la UPC reconocida a la EPS, para girarla directamente a las IPS que cumplan con los requisitos para percibir dicho ingreso.

Pese a la gran afluencia de recursos en el sistema, se han presentado históricamente graves casos de desviación de recursos y se han acumulado históricamente grandes deudas con los hospitales públicos y privados del país (ACHC, 2015). El caso de la vigente intervención y liquidación por parte de la Superintendencia de Salud a la EPS Saludcoop, iniciada en 2011, luego de una serie de publicaciones periodísticas y debates en el Congreso que denunciaban el inadecuado flujo de recursos, es emblemático del grave problema en términos de manejo de recursos que presenta el sistema en forma recurrente (Molano y Rodríguez, 2018). Solo este caso representó un desvío de recursos de 1.4 billones de pesos del SGSSS, que se usaron para contratos, repartición de utilidades, integración vertical basada en forclusión y distorsión de la competencia, e inversiones financieras, todas ellas no relacionadas con la atención de los colombianos (Consultorsalud, 2014; Bardey y Buitrago, 2016; El Tiempo, 2016). Resulta llamativo que, incluso, dos superintendentes de Salud, quienes actuaban como interventores en este proceso, resultaron sancionados fiscalmente por \$91133 millones, debido a desviación de recursos del sistema (Consultorsalud, 2019).

Esta grave situación de desvío de recursos se suma al déficit presupuestal de IPS públicas y privadas a lo largo de las últimas dos décadas, consideradas actualmente como la gran deuda del sistema (Jaramillo, 2020). Para 2012, la Procuraduría General de la Nación reportaba una deuda a IPS de 2400 millones de pesos (Procuraduría General de la Nación, 2012) ; en 2017, se reportaron 8.2 billones

de pesos (ACHC, 2017), y, de forma alarmante, en agosto de 2020 la Procuraduría General reportó una deuda a IPS de 40.1 billones de pesos, informe preventivo que ha sido acompañado de graves denuncias a nivel regional (Procuraduría General de la Nación, 2020; Jiménez, 2020).

Problemas del Sistema General de Participaciones en materia de salud

El Sistema General de Participaciones [SGP] es un figura normativa de carácter organizativo y económico que establece la manera como fluyen las rentas nacionales hacia las Entidades Territoriales [ET] para financiar la operación de servicios de salud, educación, saneamiento, agua potable y otros como cultura, recreación y seguridad. Se encuentra reglamentado por la Ley 715 de 2001, 1176 de 2007 y modificado recientemente por la Ley 1955 de 2019. Este sistema establece unos porcentajes básicos para cada sector, dejando un 24.5% para la destinación en salud. Estos recursos deben distribuirse en tres componentes: 1) cofinanciación de subsidio a la demanda para lograr y sostener cobertura total; 2) prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto por subsidio a la demanda; y 3) acciones de salud pública.

Para la financiación de la atención de población “pobre”, mediante el subsidio a la demanda, se utiliza una fórmula aritmética sencilla, mediante la cual el valor per cápita se calcula dividiendo la totalidad de los recursos entre la totalidad de la población pobre atendida en el país en la vigencia anterior. Para conocer la destinación que corresponde a cada entidad territorial, se multiplica el valor per cápita por la población pobre en cada ET durante la vigencia anterior. La ley establece a cargo de los municipios el deber de cofinanciación para la ampliación de la cobertura en salud, a cargo de los ingresos corrientes de libre destinación de cada entidad territorial.

En los aspectos no cubiertos por el subsidio a la demanda, estos recursos se calculan teniendo como base la totalidad de recursos disponibles del SGP en salud disminuidos en la proporción asignada a financiación de subsidio a la demanda y en la proporción asignada a acciones de salud pública. Esta totalidad se divide entre la población pobre por atender ajustada por dispersión poblacional y luego se multiplica por la población específica de cada ente territorial. Estos montos se reparten entre el departamento y el municipio; al departamento se le asigna el 59%, que deberá utilizar en la financiación de servicios distintos al primer nivel de complejidad. El porcentaje restante se asigna directamente a cada municipio para la financiación del primer nivel de complejidad. La dispersión poblacional es utilizada para ajustar la destinación en favor de municipios que demuestren una dispersión mayor al promedio nacional. Para su cálculo, cada municipio o distrito debe dividir la extensión de su territorio entre la población que habite en

él. Más adelante, se revisará la conveniencia de este cálculo para las propuestas de reforma planteadas.

Las evaluaciones al SGP son complejas y requieren la aplicación de modelos econométricos robustos. Galvis publicó en 2014 un análisis sobre la eficiencia en el manejo de recursos del SGP, aplicando la metodología de análisis envolvente de datos [AED] (Galvis, 2014, p. 6). Esta metodología no paramétrica de análisis económico permite analizar la eficiencia de sistemas que presentan varias entradas y salidas no unificadas y cuya medición monetaria resulta compleja.

Parte de los recursos que se utilizan para la financiación de servicios de salud provienen de transferencias hechas desde los ingresos corrientes del nivel central hacia las entidades territoriales. Para Galvis (2014), esta descentralización trae consigo el riesgo de “pereza fiscal” y sobreendeudamiento de los municipios. Por tal motivo, el Departamento Nacional de Planeación [DNP] vigila el uso de los recursos del SGP a través del índice de desempeño fiscal [IDF], que mide las variables de autofinanciación, magnitud de la deuda, generación de recursos propios, magnitud de la inversión y capacidad de ahorro; para el autor, esto se aproxima a una evaluación de solvencia y no de uso adecuado de recursos (p. 13).

A través de una medida distinta, el Índice de Desempeño Integral Municipal [IDIM], se analizaron: 1) cumplimiento de planes de desarrollo y de metas propuestas; 2) análisis envolvente de datos; 3) cumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley 715 de 2001 y 1176 de 2007; y 4) indicadores de capacidad administrativa e IDF. Con base en este índice, Galvis (2014) estimó que el 56% de los municipios se ubican en las categorías de comportamiento bajo y crítico para el periodo 2005 a 2012, mientras que solo el 9% se ubicó en la categoría de satisfactorio y sobresaliente; el 35% restante se mantuvo en la categoría de comportamiento medio.

Orozco (2015) , por otra parte, plantea que el SGP adolece de una desmejora histórica en cuanto a los recursos transferidos anualmente (p. 323). Durante 1986 y 1993, los giros a ET, como proporción del PIB, aumentaron de 2 a 3%. Posteriormente, entre 1994 y 2001 aumentaron de 3.5 a 5.4% como proporción del PIB. Sin embargo, a partir de 2002 y hasta 2012, los giros disminuyeron, pasando de 4.8 a 3.8%. Esto se suma a la disminución efectiva en las transferencias para la salud, dado que con el actual método de SGP se redujeron en 0.25%, pese a que habían aumentado en un punto porcentual con la Ley 60 de 1993.

Estas dificultades de financiación a nivel de entes territoriales posiblemente afectan la infraestructura física y tecnológica en los departamentos. Al respecto, Escobar *et al.*, (2010) menciona que, en la década de 1990, en Colombia funcionaban 982 hospitales, de los cuales 705 eran instituciones públicas (p. 89). En la

actualidad, operan 955 hospitales públicos en todo el territorio, que equivale a un crecimiento nominal de 35% en un periodo de cerca de 30 años². Si se tiene en cuenta el aumento poblacional entre 1993 y 2018 (de acuerdo con el censo de 1993, Colombia registraba 33 109 840 habitantes), este aumento de infraestructura resulta insuficiente para el crecimiento de la población colombiana (DANE, s. f.).

Este déficit en la infraestructura se asocia con la transformación de los hospitales públicos a partir de la Ley 100 de 1993. Estas entidades se transformaron en sociedades paraestatales con mayor autonomía de gestión y exposición a la competencia de mercado (Escobar *et al.*, 2010, p. 91). Actualmente, funcionan bajo la idea de subsidio a la demanda; esto implica que los recursos públicos son remitidos a las EPS a modo de subsidio para financiar el seguro de salud de la población más pobre, y luego se transfieren a las ESE como remuneración por los servicios que prestan.

EJES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA FUTURA REFORMA

Los datos analizados hasta acá justifican hablar de reformas que resulten idóneas para mejorar el funcionamiento del sistema de salud. En lo posible, es ideal que cada propuesta pueda ser discutida, modelada, simulada o proyectada para prever su eficacia en caso de implementarse. También se requiere que los formuladores de políticas públicas aparten la mirada de los discursos emotivos o ideologizados, para que las ideas resultantes no carguen el sesgo del autor. El proceso de elaboración de política pública en materia de salud involucra realizar compensaciones entre perspectivas distintas, lo que, en últimas, permite realizar concesiones mutuas entre grupos de interés respecto de sus mejores intereses y valores (Schoemaker *et al.*, 2020).

Para la elaboración de políticas públicas, se requiere elegir un enfoque cuidadosamente, si se desea obtener una política integral. Al respecto, Ascher (2017) identifica que los procesos de elaboración de política públicas de países en vía de desarrollo son distintos (p. 13), y la literatura se enfoca mayoritariamente en describir los tipos de problemas por resolver, mas no la metodología. Para Phu Hai (2013), en países como el nuestro se presenta una tendencia a aplicar políticas burocráticas, por encima de procesos organizativos o de políticas basadas en acción racional (p. 12).

Partiendo de esta base, a continuación se formulan elementos o ejes que pueden ser de utilidad para pensar una futura reforma al sistema de salud. La propuesta

2 De acuerdo con las cifras disponibles del Ministerio de Salud. En <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/Relaci-n-de-IPS-p-blicas-y-privadas-seg-n-el-nivel/s2ru-bqt6>

se estructura en tres grandes áreas: 1) modelos diferenciados de acuerdo a los territorios; 2) organización normativa del sector en un código sanitario; y 3) identificación del centro de financiación del sistema de salud.

Modelos diferenciados de acuerdo a los territorios

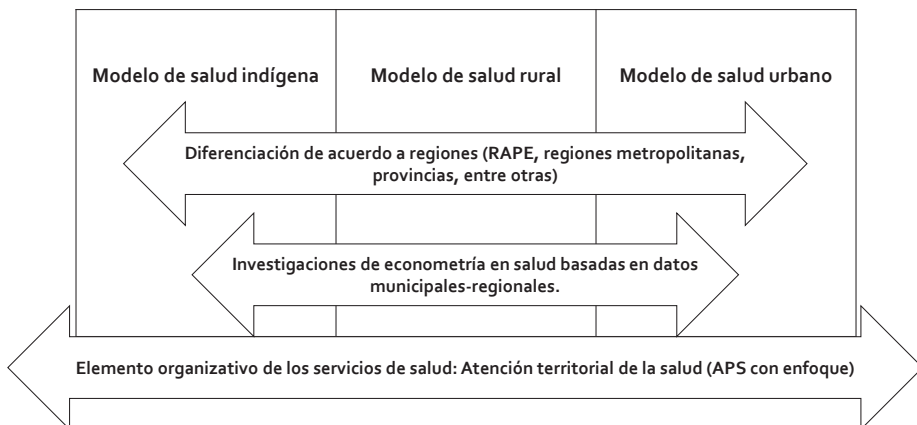
Colombia es un país caracterizado por su diversidad geográfica, climática y cultural; no es una nación que pueda ser representada uniformemente por una región o pueblo. Esta diferencia tiende a ser poco reconocida o invisibilizada en el escenario normativo. Se reconoce que, a partir de la promulgación de la Constitución Política de 1991, se ha abierto un camino para que las condiciones materiales, jurídicas y morales atribuidas a identidades colectivas sean reconocidas (Cuchumbé, 2012). Sin embargo, en materia legislativa en salud, esta perspectiva no se ha llevado al nivel de detalle requerido para tener servicios de salud.

Pese a esta falencia, las comunidades indígenas se han posicionado, y, en defensa de los artículos 286 y 330 de la Constitución, han logrado el reconocimiento de un sistema de habilitación especial para EPS indígenas, reglamentado en el Decreto 1848 de 2017. Esta dinámica puede adaptarse y extenderse para reorganizar el modelo de salud. En forma preliminar, se considera necesario contemplar al menos tres modelos diferenciados de salud. Estos tres modelos, a su vez, deben diferenciarse de acuerdo a las condiciones regionales donde sean implementados:

1. El actual modelo de salud indígena, ampliando la autonomía y permitiendo la identificación de estructuras financieras adaptadas a la vida de dichos pueblos.
2. Un modelo de salud rural. Este modelo puede justificarse dadas las grandes diferencias en determinantes sociales de la salud para los habitantes de zonas rurales de Colombia. Autores como Rodríguez *et al.* (2016, p. 368) han identificado que los regímenes de salud vigentes no diferencian adecuadamente las variables del contexto rural, por lo que las condiciones de vivienda, servicios básicos, trabajo, nutrición, exposición a factores de riesgo, entre otros, desatan procesos de salud para los cuales el sistema no está preparado. En el plano normativo, el artículo 64 de la Constitución abre la puerta para legislar en forma diferenciada en materia de salud para las poblaciones rurales.
3. Un modelo de salud urbana. Este último modelo refleja los principales desarrollos en materia de prestación de servicios en el actual sistema. Sin embargo, existen grandes inequidades entre la calidad y accesibilidad a los servicios de salud entre grandes y pequeños municipios. Esto ha llevado a que se configuren en forma accidental instituciones de salud en capitales de departamento que atienden a la población de un gran número de municipios.

En este modelo se debe propender por la estructuración de servicios adecuados en los medianos y pequeños municipios del país.

Figura 2. Propuesta de modelos diferenciados.



Fuente: elaboración propia.

Como complemento a los modelos base planteados, se propone que la base para la organización de los servicios de salud sea la atención enfocada al tipo de territorio que se atiende. Esto puede ser considerado como una tipología de Atención Primaria en Salud [APS]. La OMS ha identificado que una aplicación adecuada de modelos de APS puede mejorar los sistemas tanto en el área macro-económica (resultados globales en salud y equidad) como microeconómica (reducción de ingresos hospitalarios, reducción en el uso de urgencias, reducción en las readmisiones). Este tipo de medidas han demostrado, por ejemplo, que el incremento de un profesional de APS por cada 10 000 habitantes está asociado con una reducción de la mortalidad promedio de 5,3% (OMS, 2018, pp. 10-16). Esta estrategia debe implementarse y ampliarse de acuerdo con los resultados de investigaciones de econometría en salud, que permitan diferenciar la carga de la enfermedad entre los territorios donde cada modelo se esté implementado.

Por último, en este componente, se hace relevante poder identificar los pequeños errores o deficiencias que desmejoran la calidad o impiden el acceso adecuado a la atención sanitaria. Se propone aplicar la metodología de logística sanitaria, que actualmente se restringe a los procesos de suministro de fármacos, dispositivos y equipo, e implementarla en el análisis de autorización de servicios y procedimientos. Con esta estrategia se pueden corregir errores en trámites que impiden lograr la igualdad material en los regímenes de atención entre EPS-S y EPS-C. Por ejemplo, sería posible identificar las consecuencias adversas que resultan de la aplicación del artículo 8 de la Resolución 4331 de 2012 en materia de autorizaciones.

Organización normativa del sector

Como ya se señaló, uno de los grandes problemas en la regulación del sgsss es la dispersión normativa, lo cual genera conflictos y tensiones entre las mismas normas. Ante este panorama, una forma para solucionar tales tensiones es la elaboración de un código sanitario, producto de una comisión especializada, el cual logre abarcar los aspectos más relevantes del sgsss. Con la redacción de un código de esta naturaleza, es posible garantizar que el sistema cuente con una visión determinada que solucione vacíos o aparentes contradicciones entre sus mismas normas, en el caso de que estas existan.

Ahora bien, es de resaltar que el código sanitario no puede ser la única solución. Inevitablemente, las disposiciones legales, al ser, obligatoriamente, de una abstracción mínima, no podrán regular absolutamente todos los casos e instituciones. De hacerlo, se tornaría una norma engorrosa y con poca vocación de permanencia. En esta medida, efectivamente habrá espacios en los cuales sea la Administración la que expida normas para regular detalles más concretos.

Sin embargo, esta facultad de la Administración debe estar regulada de forma tal, que no le sea posible expedir normas que, eventualmente, no puedan ser controladas por los medios usuales en la jurisdicción contencioso-administrativa. Es decir, debe procurarse que las normas de derecho blando, como las denomina Sánchez (2012), sí tengan un eventual control, teniendo en cuenta, además, que, hoy en día, los actos administrativos deben obedecer a todo el ordenamiento jurídico y no exclusivamente al principio de legalidad (Santaella, 2014).

Como mecanismo para garantizar un escenario de debate técnico, científico y social, se propone regresar a la figura de la Comisión de Regulación en Salud [CRES] existente en la Ley 1122 de 2007, y que fue liquidada por el Decreto 2560 de 2012. Dicha comisión tendría entre algunas de sus funciones, regular los mecanismos de habilitación de EPS e IPS, autorizar los valores anuales de UPC, ajustar los mecanismos de financiación, y expedir los documentos de política pública esenciales. Para la selección de los comisionados que hagan parte de este ente, se considera que debe realizarse un proceso de convocatoria con estándares de trayectoria y conocimiento en materia de salud. Igualmente, dentro de estos comisionados debe encontrarse, por lo menos, un representante de los sindicatos, y uno de organizaciones de la sociedad civil dedicadas al área de salud.

Centro de financiación del sistema de salud

Actualmente, el centro de la destinación y flujo financiero es la figura de la EPS. El debate debe darse en torno a cuál debe ser el nuevo centro. En este punto se

plantean dos hipótesis: 1) el centro de los recursos debe ser el ente territorial; y 2) el centro de los recursos debe ubicarse en los prestadores, sean entidades o prestadores individuales. Este punto requiere ser analizado detenidamente en torno a la pregunta sobre cuál debe ser el límite para la intervención privada en un recurso parafiscal (Moscoso, 2013). Villasmil identifica que el modelo de parafiscalidad plantea diversos interrogantes en cuanto a su alcance y límites (2018, p. 3), dado que, aun cuando surgió en la etapa de posguerra en Francia, este no es tiempo suficiente para realizar una evaluación de dicho modelo. El hecho de que se trate de un presupuesto independiente del presupuesto general de la nación, que su recaudación se realice por entidades autónomas (EPS en el caso de salud) y que la administración de dichos recursos tenga un alto grado de independencia, genera riesgos en cuanto a la posibilidad de control estatal sobre el uso adecuado de estos recursos.

Como parte de esta propuesta, se considera que, si bien no debe eliminarse la naturaleza de los recursos parafiscales de salud, sí se requiere un trabajo de análisis riguroso sobre cuáles son los límites del manejo de estos recursos, cuáles son los puntos de control y en qué momento una entidad que opera este tipo de recursos pierde su objeto o razón de ser en el sistema. Es posible plantear que un cambio en el manejo de dichos recursos sea la recaudación de las cotizaciones. Se propone, entonces, que las cotizaciones de salud sean pagadas directamente a ADRES, ente que luego distribuirá los recursos a las entidades administradoras del sistema. Además, se considera que es viable eliminar la figura de las EPS-S, dado que dichas entidades actualmente no realizan una labor de recaudo, y solo hacen operaciones administrativas de contratación de servicios y registro de usuarios. La figura 3 ilustra el estado actual de financiación y los cambios que se proponen al sistema.

Por otra parte, se requiere llevar a cabo ajustes a nivel de SGP, que permita financiar adecuadamente la estructura de modelos territoriales diferenciados planteados en esta propuesta. En primer lugar, se considera idóneo realizar un cambio en la fórmula para prestación de servicios a población con bajos recursos. En la actualidad, dicho cálculo se realiza basándose en los datos de población con bajos recursos de la vigencia anterior. Esto representa un riesgo para el municipio cada vez que los niveles de pobreza crecen con respecto a vigencias pasadas. Por tal motivo, se propone que la base sea la proyección estadística de la población pobre, basándose en la vigencia anterior sumada a los datos nacionales de cálculo de pobreza y desempleo. Para tal fin, se propone que dentro de los rubros destinados del SGP exista una destinación específica y una obligación a cargo de cada municipio para mantener actualizada anualmente la información de empleo e ingresos por familia en su jurisdicción, con fines de obtener datos adecuados para asignación de los recursos.

Para que el modelo diferenciado territorial tenga una base sólida, se debe destinar un porcentaje mínimo obligatorio para la atención de población pobre rural. Ello requiere también que se cambie la fórmula de cálculo de dispersión poblacional. Colombia se caracteriza por tener capitales de departamento que concentran alta densidad poblacional, por lo que al homogeneizar el cálculo (bajo la fórmula actual) se disfraza la dispersión rural y no permite obtener la asignación adecuada para la atención de dicha población.

La financiación de las actividades de salud pública y atención en primer nivel de complejidad requieren un aumento. Para ello, se propone movilizar parte de los recursos parafiscales para el rubro específico en salud pública, y que sea equivalente al 4%. Actualmente, el parágrafo 4 del artículo 48 de la Ley 715 obliga a la aplicación de recursos del Fosyga para ampliación de cobertura de población pobre, pero no se establece el porcentaje mínimo obligatorio y tampoco se incluye dicho recurso para acciones de salud pública.

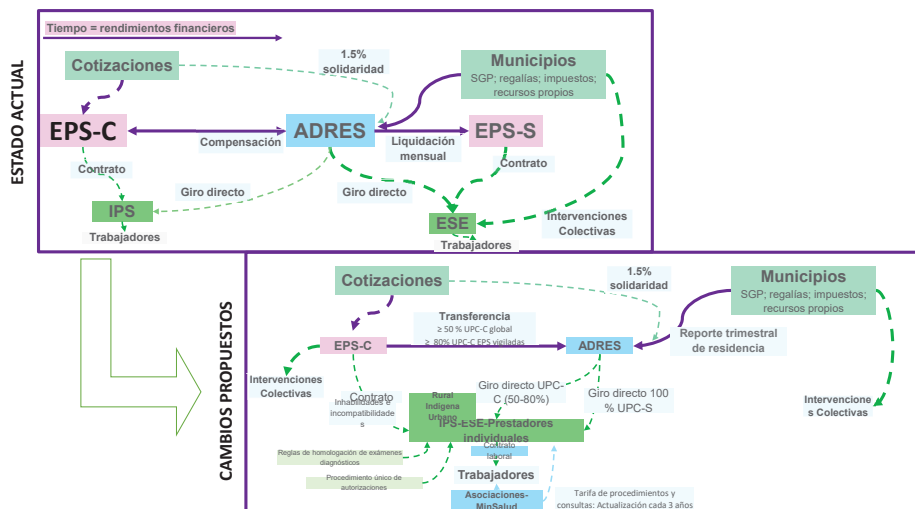
Tal como lo presenta Galvis (2014) en su estudio, la evaluación del SGP a través del índice de desempeño fiscal [IDF] es insuficiente, dada la naturaleza no paramétrica del sistema. Por ello se requiere fortalecer la vigilancia en los datos sobre la utilización eficiente de los recursos en los municipios. Se propone que este sistema de vigilancia esté fuertemente vinculado con mecanismos de obligatoriedad de cumplimiento para la eficacia en el gasto de los recursos en los entes territoriales, y de sanción económica para aquellos que no ejecuten los recursos que se giran.

Quizá la discusión donde más disputa se presenta es la cantidad de recursos por destinar para operaciones de subsidio a la demanda. Esta discusión fue medianamente divulgada a principios del siglo XXI, pero parece haber declinado en la última década. Sin embargo, algunos autores recientemente han detallado los efectos nocivos que tiene esta tendencia (Tesser y Serapioni, 2021); asimismo, algunos asocian este tipo de estrategias con el aumento de participación privada en la prestación de servicios, incluidas las operaciones de *holding*, que se asocian más a una búsqueda de ganancia comercial, y no necesariamente de mejoría en las condiciones de atención (Manzano y Goyenechea). Es altamente probable que se requieran cambios adicionales a los planteados en este texto, para lo cual se necesita un debate a profundidad sobre el funcionamiento y falencias del modelo de transferencias subnacionales actual.

Es importante que estos cambios influyan igualmente en el comportamiento de quienes administran los recursos en salud. Algunos expertos indican que, debido a la forma en que se cobra y paga, las EPS actualmente no realizan esfuerzos para autorizar prontamente los servicios e insumos de los pacientes. Si bien la tutela ha sido un mecanismo para acceder a los servicios sanitarios básicos, ha

generado el costo externo de derivar los cobros mediante el proceso de recobros (Bejarano Guzmán, 2021).

Figura 3. Propuesta de cambios para futura reforma al sistema de salud



Fuente: elaboración propia.

Como último eje dentro de esta sección, se propone crear mecanismos para fomentar la generación de EPS e IPS bajo dinámicas de economía solidaria y cooperativa, e igualmente fomentar la prestación de servicios de salud de los profesionales en consultorios autónomos. La economía solidaria envuelve un gran rango de actividades que priorizan la rentabilidad desde una perspectiva social, dejando de lado el análisis puramente financiero. Esta característica se acompaña de una tendencia de las entidades solidarias a organizar estructuras de decisión más horizontales y participativas (Utting, 2015).

La orientación económica de dichas organizaciones es compaginable con la visión de la Ley estatutaria 1751, en cuanto a que dicha norma incorpora una visión de la salud como una dimensión del ser humano que se ve afectada por las interacciones dentro de la comunidad. Las estrategias de economía solidaria y cooperativa se caracterizan por surgir dentro de los lazos de individuos que comparten un entorno social-laboral y, por ende, dichas organizaciones generan un potencial de participación más activa de sus beneficiarios. En algunos estudios descriptivos financiados por la OIT, se ha concluido que las cooperativas tienen el potencial de generar planes de atención en salud más holísticos e integrales (OIT, 1998).

Si bien en Colombia se han tenido experiencias negativas en materia laboral como resultado de la falta de vigilancia y control de entidades cooperativas, debe analizarse si su implementación en el nivel de recaudo y flujo de recursos puede mejorar la gestión de este sector. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo ha empezado a analizar recientemente el impacto positivo que puede traer la implementación de dichas figuras para la accesibilidad a servicios de salud (OIT, 2017). La estrategia de incorporar organizaciones de economía solidaria debería mantenerse en límites poblacionales de corto alcance, de manera que se responda al parámetro de modelos diferenciados en los territorios. Para implementar esta estrategia en Colombia, se requiere actualizar los estándares financieros de habilitación, especialmente para EPS. El Decreto 2702 de 2014 establece un baremo en extremo alto de capital mínimo para la habilitación financiera de una EPS (\$8 788 000 000), lo que restringe la posibilidad de entrada a nuevos competidores del sistema.

CONCLUSIONES

La disputa entre las perspectivas del derecho a la salud y la economía de salud continuará al interior del sistema. Esta dinámica dialéctica debe motivar a abrir los escenarios de debate para que los representantes de una y otra corriente teórica planteen sus propuestas, críticas y temas que consideran fundamentales, de manera que ocurran transacciones y concesiones mutuas para llevar a cabo una reforma adecuada y con posibilidad de eficacia en términos sociales. Las reformas del sistema de seguridad social en salud requieren abordar aspectos económicos y financieros a profundidad, dada la variada naturaleza de los recursos que fluyen para la financiación de los servicios, que representan a su vez múltiples riesgos y dificultades para lograr el manejo adecuado y la asignación más eficiente para lograr resultados en salud óptimos.

La territorialidad de los servicios de salud, pese a ser enunciada en distintas normas, realmente no se operativiza en la reglamentación, especialmente debido a la falta de incentivos (u obligaciones) para que los entes territoriales desplieguen acciones innovadoras y efectivas para la atención en zonas apartadas y con alta ruralidad. Asimismo, son escasas las normas que obligan a las EPS a desplegar dichas actividades, lo que genera una concentración de sus actividades en los grandes centros urbanos. Se requiere implementar medidas en este aspecto para que la atención con enfoque territorial pase de ser una aspiración a la cotidianidad en la gestión del sistema.

El fortalecimiento de la prestación de servicios de atención con la APS como elemento organizativo de los servicios requiere de unas fuentes de financiación claramente establecidas y sostenibles a lo largo del tiempo. El Sistema General

de Participaciones en materia de salud ya resuelve el problema de recaudo de recursos para financiar la atención en los entes territoriales a las personas más vulnerables; sin embargo, las reglas de distribución de dichos recursos no facilitan una asignación eficiente a las instituciones prestadoras de servicios. Una futura reforma deberá también analizar los cambios que se requieren en las reglas de distribución de estos recursos.

Las propuestas planteadas en el presente documento surgen a partir de la revisión documental y de datos públicos, por lo que se recomienda desplegar estrategias que permitan evaluar la rigurosidad y pertinencia de lo aquí planteado. Los debates entre la sociedad civil, administradores del sistema y academia son la primera y más importante actividad que se requiere. Sin embargo, para que dichos escenarios sean realmente motores de una reforma, es preciso reconocer que los agentes involucrados en la actual configuración del sgss tienen intereses específicos que van a entrar en juego en cualquier tipo de reforma que se intente. Esto no implica que la construcción de una propuesta se reduzca a una mera negociación de tales intereses, solo que estos van a hacer parte de tales debates.

Igualmente, es posible y resultaría beneficioso la realización de estudios de modelación o proyección que permitan, hipotéticamente, evaluar las posibles consecuencias positivas y negativas de la implementación de cambios. Otras herramientas, tales como el examen comparado de los distintos modelos, serán útiles para una propuesta de reforma que esté bien encaminada. En todo caso, todas las personas que tengan ideas, por exiguas o inapreciables que las consideren, están llamadas al escenario de debate. Solo así una reforma será adecuada a las demandas de nuestra sociedad.

REFERENCIAS

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES]. (2018). Proceso de compensación del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2010-2017. *Recursos que se convierten en salud*. <https://servicios.adres.gov.co/Portals/o/Noticias/Publicaciones/Proceso%20de%20Compensaci%C3%B3n%202010-2017%20VF.pdf?ver=2019-03-04-100803-567>
- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. y García-Perdomo, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4). <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>

- Ascher, W. (2017). The Policy Process in Developing Countries Really Is Different. En *Understanding the Policymaking Process in Developing Countries* (pp. 13-39). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108277990.002>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (2015). *Encuesta sobre el Impacto de la Problemática de Flujo de Recursos en las Clínicas y Hospitales*. <https://achc.org.co/documentos/Linea-investigacion/Encuesta-sobre-el-impacto-de-la-problema%CC%81tica-de-flujo-de-recursos-en-las-clinicas-y-hospitales.pdf>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (2017). *La realidad financiera de los hospitales y clínicas*. <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/Realidad-Financiera-Hospitales.pdf>
- Bardey, David, & Buitrago, Giancarlo. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Desarrollo y Sociedad*, (77), 231-262. <https://doi.org/10.13043/DYS.77.6>
- Bejarano Guzmán, R. (2021, 12 de octubre). Muerte lenta. *Ámbito Jurídico*. <https://www.ambitojuridico.com/noticias/columnista-impreso/muerte-lenta>
- Consultorsalud. (2014, 19 de febrero). Billonario fallo contra Saludcoop. <https://consultorsalud.com/billonario-fallo-contrasaludcoop/>
- Consultorsalud. (2019, 23 de mayo). Emiten fallo con responsabilidad fiscal por más de \$91 mil millones por caso Saludcoop. <https://consultorsalud.com/emiten-fallo-con-responsabilidad-fiscal-por-mas-de-91-mil-millones-por-caso-saludcoop/>
- Corcho, C. (2020). La crisis de la salud en Colombia. La pandemia y la reforma al sistema de salud. Decálogo por un cambio estructural del sistema de seguridad social en salud. En *¿Qué universidad queremos? N.º 12*. <https://www.sur.org.co/que-universidad-queremos-no-12/>
- Corte Constitucional de Colombia. (2016, 10 de noviembre). T-622 de 2016. [M. p. Jorge Iván Palacio Palacio]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-622-16.htm>
- Cuchumbé, N. (2012). Apertura constitucional de 1991, diversidad étnica y cultural y ordenamiento político: aproximación filosófica política. *Universitas Humanística*, (74), 57-74. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So120-48072012000200004&lng=en&tlng=es

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (s. f.) Colombia. *Estadística 1993-1997*. <http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvirtual/005630/ColombiaEstadistica1993-1997/ColombiaEstadistica1993-1997.pdf>
- El Tiempo. (2016, 8 de marzo). Sigue el fraude con plata de la salud de los colombianos más pobres. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16586574>
- El Tiempo. (2020, 19 de febrero). El fin de los recobros en el sistema de salud: una medida polémica. <https://www.eltiempo.com/salud/polemica-por-fin-de-los-recobros-y-techos-maximos-en-no-plan-de-beneficios-de-salud-pbs-464020>
- Escobar, M. L., Giedion, U., Giuffrida, A. y Glassman, A. L. (2010). Colombia: una década después de la reforma del sistema de salud. En A. L. Glassman, M. L. Escobar, A. Giuffrida y U. Giedion (Eds.), *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia* (pp. 1-14). Banco Interamericano de Desarrollo y The Brookings Institution.
- Galvis, L. (2014). Eficiencia en el uso de los recursos del SGP: los casos de la salud y la educación. *Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República*, (207). https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_207.pdf
- González V. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 07-14. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Soi20-386X2015000100002&lng=en&tlng=es
- Hai, D. (2013). *Process of Public Policy Formulation in Developing Countries*. https://www.politicipublice.ro/uploads/public_policy_formulation.pdf
- Jaramillo, I. (2020, 20 de abril). Las cuentas impagables del sistema de salud. *Razón Pública*. <https://razonpublica.com/las-cuentas-impagables-del-sistema-salud/>
- Jiménez, L. (2020, 21 de mayo). En Cartagena, la salud está en crisis: ¿qué hará Dau? *Las2orillas*. <https://www.las2orillas.co/en-cartagena-la-salud-esta-en-crisis-que-hara-dau/>
- Manzano, D. y Goyenechea, M. (2020). Análisis del subsidio a la demanda para atención de salud y su relación con los holdings de empresas en

Chile. Modalidad libre elección en prestadores privados (2000-2018). *Revista médica de Chile*, 148(10), 1496-1503. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001496>

Ministerio de Salud (2020). Aplicación de la metodología para la definición del presupuesto máximo a transferir a Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Obligadas a Compensar - EOC, en la vigencia 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/documento-tecnico-presupuesto-maximo.pdf>

Molano, M. y Rodríguez, M. (2018). *Identificación de los delitos financieros en el caso de Saludcoop, bajo la metodología de auditoría forense*. [Trabajo de especialización], Universidad La Gran Colombia, Bogotá. <https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4631/IDENTIFICACI%C3%93N%20DE%20LOS%20DELITOS%20FINANCIEROS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moscoso-Suárez, Y. (2013). *La naturaleza de la parafiscalidad en la hacienda pública*. [Trabajo de grado], Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá. https://www.utadeo.edu.co/files/collections/documents/field_attached_file/006-2013_yaneth_marcela_moscoso_suarez_monografia_1.pdf

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1998). *The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care: Synthesis of Research in nine west and Central African Countries*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsoc_110.pdf

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2017). *Exploring the Potential of Cooperatives in Advancing Universal Health Coverage*. https://www.ilo.org/global/topics/cooperatives/news/WCMS_605722/lang--en/index.htm

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *World Health Statistics 2019. Monitoring Health for the SDGs*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Building the Economic Case for Primary Health Care: a Scoping Review*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326293>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2020). *OECD Health Statistics 2020. Frequently Requested Data. June 2020*. <https://www.oecd.org/health/health-statistics.htm>

- Orozco, A. (2015). Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. *Documentos de trabajo sobre economía regional*. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_220.pdf
- Portal de datos abiertos del Gobierno de Colombia (2021). *Relación de IPS públicas y privadas según el nivel de atención y capacidad instalada*. <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Relacion-de-IPS-publicas-y-privadas-seg-un-nivel/s2ru-bqt6>
- Procuraduría General de la Nación. (2020, 18 de agosto). *Deuda con IPS privadas, públicas y mixtas del país asciende a más de 40.1 billones de pesos: Procuraduría*. Procuraduría General de la Nación. https://www.procuraduria.gov.co/portal/Deuda-con-IPS-privadas_publicas-y-mixtas-del-pais-asciende-a-mas-de-40.1-billones-de-pesos_Procuraduria.news
- Procuraduría General de la Nación. (2012). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a políticas públicas*. <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/PublicacionC3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf>
- Rodríguez-Triana, D. y Benavides-Piracón, J. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359-371. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>
- Sánchez, Alexander. (2012). Una cita inesperada: la amenaza de las normas de derecho blando. En *Las normas del derecho blando. Un análisis jurídico de los efectos de la reserva de instrucción sobre el derecho territorial* (pp. 29-60). Universidad Externado de Colombia.
- Santaella, H. (2014). Del principio de legalidad al principio de juridicidad: implicaciones para la potestad normativa de la administración de una transición constitucionalmente impuesta. En A. Montaña y A. Ospina (Eds.), *La constitucionalización del derecho administrativo. XV Jornadas Internacionales de Derecho Administrativo* (pp. 79-115). Universidad Externado de Colombia.
- Sariyar, M. (2012). Justification of Ethical Considerations in Health Economics – Merging the Theories of Niklas Luhmann and Charles Taylor. *Health Sociology Review*, 21(3), 343-354. <https://doi.org/10.5172/hesr.2012.21.3.343>

Schoemaker, C. G., Van Loon, J., Achterberg, P. W., Den Hertog, Fr. R. J., Hilderink, H., Melse, J., Vonk, R. A. y Van Oers, H. (2020). Four Normative Perspectives on Public Health Policy-Making and their Preferences for Bodies of Evidence. *Health Res Policy Sys*, 18(94). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00614-9>

Otero, S. (2016). Parafiscalidad y tasas tributarias: la utilización privativa o aprovechamiento especial del dominio público en Cuba en el ejercicio del trabajo por cuenta propia. *Nueva Fiscalidad*, (1). <http://digital.casalini.it/3119649>

Tesser, C. y Serapioni, M. (2021). Obstáculos à Universalização do SUS: Gastos Tributários, Demandas Sindicais e Subsídio Estatal de Planos Privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2323-2333. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.22602019>

Universidad Nacional de Colombia. [Universidad Nacional de Colombia | @TelevisiónUNAL] (2021). *Debate Proyecto de Ley 010 - Reforma a la Salud*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=JV9igAP23Ao>

Utting, P. (2015). *Social and Solidarity Economy: Beyond the Fringe*. Zed Books. ISBN 978-1-78360-344-2.

Villasmil-Molero, M., Alvarado-Peña, L., Socorro-González, C. y Gamboa-Caicedo, N. (2018). Contribuciones parafiscales: factor determinante para la seguridad social. *Revista de Ciencias Sociales*, 24(3), 21-35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28059580003>