

PLANES DE SALUD EN SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO: REALIDADES Y PROSPECTIVAS, ESTUDIO DE EVALUACIÓN

JESÚS ALERCIO ORTEGA BOLAÑOS, PhD.¹ JUAN CARLOS GARCÍA UBAQUE, PhD.²

Recibido para publicación: 29-01-2016 - Versión corregida: 05-05-2016 - Aprobado para publicación: 15-06-2016

Resumen

Objetivo: *explorar experiencias internacionales en la utilización de planes de beneficios en salud y la situación y perspectivas de estos después de igualar los servicios sanitarios para toda la población en Colombia, 2013-2014. Materiales y Métodos:* se realizó un estudio de evaluación. Mediante opinión de expertos y búsqueda bibliográfica se seleccionaron nueve (9) sistemas nacionales, de aseguramiento y mixtos para comparar. Se buscó información de la existencia de planes de cobertura en salud, los enfoques y mecanismos utilizados en su construcción. Se discutió con expertos la situación en Colombia y las implicaciones de los hallazgos de la revisión. Finalmente se hizo una reconstrucción desde la perspectiva analítica de los autores. **Resultados:** algunos sistemas optan por listas positivas que explicitan las coberturas del sistema, mientras que la mayoría recurre a listas negativas, las cuales precisan las exclusiones, ya sea con base en las personas, las patologías o los servicios. En Colombia, se utilizan simultáneamente ambos mecanismos, sin embargo los usuarios y agentes del sistema los perciben como inapropiados, por lo que se recurre a herramientas judiciales que dificultan su aplicación, evidenciándose tensión entre el derecho individual, la sostenibilidad y equidad de sistema. **Conclusiones:** como factor esencial para el ejercicio real del derecho a la salud es importante garantizar un plan de servicios de salud que goce de aceptación social, documento calidad en la atención, sea sostenible y de cobertura universal.

Palabras clave: *sistemas de salud, seguridad social, programas Controlados de atención en salud, cobertura de los servicios de salud, equidad en la asignación de recursos.*

Ortega-Bolaños JA, García-Ubaque JC. Planes de salud en sistemas de aseguramiento: realidades y prospectivas. Arch Med (Manizales) 2016; 16(1):124-2

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 16 N° 1, Enero-Junio 2016, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Ortega Bolaños J.A.; García Ubaque J.C.

1 Médico cirujano general, Universidad Nacional de Colombia. PhD en Ciencias Sociales. Docente Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. jesaortegab@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

2 Médico cirujano, Universidad Nacional de Colombia. PhD en Salud Pública. Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. jcgarciiau@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

Plans health insurance systems: realities and prospects, an assessment study

Summary

Objective: explore international experiences in the use of health benefit plans and the status and prospects of these after equalizing health services for the population in Colombia, 2013-2014. **Materials and Methods:** an assessment study was conducted. Through expert opinion and literature search to compare nine (9) national systems, assurance and mixed to compare. Information on the existence of health coverage plans and approaches and mechanisms used in its construction was sought. Experts discussed the situation in Colombia and the implications of the findings. Eventually became a reconstruction from the perspective of the authors. **Results:** some systems choose which one positive lists that specify the coverage of the system, while most uses negative lists, which require exclusions, either based on people, pathologies or services. In Colombia, both mechanisms are used simultaneously, however users and system agents are perceived as inappropriate, so it resorts to legal tools, which hamper its implementation, demonstrating tension between individual rights and sustainability and equity of the system. **Conclusions:** as essential for the effective exercise of the right to health factor is important to ensure a health care plan that enjoys social acceptance, document quality care and sustainable and universal.

Key words: health systems, social security, controlled health care programs, coverage of health services, equity resource allocation.

Introducción

En las últimas décadas en los sistemas de salud latinoamericanos se ha venido reclamando el derecho a la salud¹, el cual algunos lo fundamentan en la cobertura universal efectiva, con prestaciones básicas imprescindibles con calidad homogénea², sin embargo, las reformas implementadas desde finales del siglo pasado son criticadas por favorecer la existencia de servicios fragmentados que configuran subsistemas de protección muy diversos que entregan servicios con una profunda inequidad³⁻⁴.

En Colombia la adopción de un sistema de salud, fundamentado en el aseguramiento, ha logrado, después de más de veinte años de implementación, coberturas cercanas al 95% de la población. Sin embargo, algunos autores señalan la existencia de problemas de equidad,

barreras de acceso y posturas dominantes de las organizaciones responsables del aseguramiento⁵⁻⁶.

Gran parte de las críticas se dirige a la cobertura real de la atención, la cual está relacionada con el Plan Obligatorio de Servicios (POS)⁷, planteando la conveniencia de contar o no con este instrumento de planificación de servicios⁸⁻¹⁰.

Los mecanismos que permiten modular la oferta y el acceso a servicios pueden ser implícitos o explícitos, en el primer caso se hace principalmente a través de control de la oferta y de listas de espera, las cuales tienen comportamientos disimiles de acuerdo al tipo de sistema: los sistemas nacionales¹¹, proponen atenciones ambulatorias individuales especializadas hasta 18 semanas después de

ser referidos, y hasta 2 semanas si la patología es clasificada de urgencia, siendo estas normas no aplicables a los servicios de salud pública. Estos tiempos pueden aumentar si se requiere además de atención hospitalaria o quirúrgica¹².

Un elemento crítico de la oportunidad de la atención tiene relación con la mortalidad, la cual ocurre en cuatro pacientes por cada 1.000 personas que están en lista de espera¹³.

En los países de América Latina, con sistemas de aseguramiento mixto, las listas de espera cuentan con pocos estudios, pero muestran más de 90 días para intervenciones quirúrgicas¹⁴, a pesar de los incentivos y cambios en los mecanismos de pago a los prestadores de servicios de salud.

En Colombia, el informe de seguimiento de Supersalud a las listas de espera, muestra que la asignación de una cita de consulta especializada demora en promedio 20 días y un procedimiento o intervención quirúrgica puede tardar más de 6 meses, principalmente en relación con escasez de especialistas y su concentración en grandes ciudades¹⁵.

El escenario actual de los sistemas de salud muestra diferencias en relación con la presencia de un paquete o canasta de servicios; en este sentido, existen sistemas nacionales, financiados principalmente con impuestos generales, que autoproclaman la existencia de coberturas universales y la no existencia de paquetes explícitos de servicios, pero que al ser revisados a profundidad se encuentra que existe una estructura de exclusiones como forma de autorregular el sistema y como política de control de costos¹⁶⁻¹⁷.

Otros sistemas evidencian su énfasis en modelos de participación del sector privado con administración regulada y gerenciada, estos suelen explicitar diferentes tipos de paquetes y canastas de servicios, cuya amplitud o restricción habitualmente se relaciona con restricciones económicas del país¹⁸. Con fre-

cuencia este tipo de aseguramiento también efectúa control de costos por medio de otras acciones como no atender las patologías preexistentes al momento de la afiliación¹⁹⁻²⁰.

Este trabajo explora la experiencia internacional en la utilización de planes de beneficios, y la situación que en Colombia se está presentando en su estructuración, con el fin de aportar algunos elementos al análisis y discusión de este mecanismo.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de evaluación, con el objetivo de caracterizar la experiencia internacional durante el periodo 2013-2014, ubicada desde los diferentes sistemas de aseguramiento y poderla relacionar con los planes de beneficios que se manejan.

Se recogió información primaria a partir de opinión de expertos nacionales e institucionales, con base en la cual se efectuó una búsqueda bibliográfica que permitió seleccionar nueve sistemas de salud (Alemania, Gran Bretaña, Francia, Canadá, Brasil, Perú, Ecuador, Chile y Colombia) que fueron comparados en relación con su enfoque, los componente de aseguramiento, financiamiento y prestación, los mecanismos que regulan cobertura y costos de las tecnologías, y los tipos de planes de beneficios ofrecidos a sus afiliados con su impacto en el gasto en salud.

El análisis fue realizado sobre cada una de las categorías definidas en el proyecto y permitió generar una primera caracterización de los planes de beneficios en los países seleccionados, clasificándolos como sistemas nacionales de salud, sistemas de aseguramiento y diversas mezclas de las anteriores tipologías configurando sistemas mixtos.

Las categorías definidas en la caracterización de los nueve países permitieron construir una segunda discusión con expertos acerca de la situación de Colombia y sus implicaciones a partir de los hallazgos.

El escenario taxonómico construido permitió analizar aspectos relacionados con el tipo de aseguramiento, tipo de plan de beneficios y tensiones que se pueden generar con la coexistencia de planes explícitos e implícitos, igualación de planes para ambos regímenes de aseguramiento, así como la persistencia de exclusiones.

Finalmente se hizo una reconstrucción desde la perspectiva interpretativa de los autores.

Desde la perspectiva de la ética en la investigación y de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, se trató de un estudio sin riesgo.

Resultados

Los mecanismos que se encontraron para regular la cobertura y los costos se pueden entender en dos grandes categorías²¹: De una parte están los mecanismos implícitos, que se desarrollan mediante el control de la oferta e incluyen dos grandes estrategias, en primera instancia la decisión acerca de la ubicación y distribución de los proveedores de servicios de salud, y en segundo lugar el control presupuestal, directo o indirecto, de los mismos.

La segunda categoría refiere a los mecanismos explícitos, que se desarrollan con dos estrategias; de una parte la aplicación del

concepto de **lista positiva**, que tiene relación con explicitar los aspectos que son objeto de atención por el sistema, y de otra la **lista negativa** que explicita cuales específicamente no son atendidos.

En todos los nueve casos se encontraron tres tipos de aspectos que sirven de eje para preparar estas listas:

- *Las personas*, por condiciones como su estatus migratorio o económico, este aspecto se utiliza más frecuentemente en la elaboración de listas negativas,
- *Las patologías*, determinando una posición en relación con situaciones de salud preexistentes o ante la presencia de enfermedades “raras” o muy costosas, lo cual se utiliza tanto para listas negativas, como para listas positivas, y
- *Los servicios*, caso en el cual se establecen las tecnologías, acciones o actividades, que se pueden o no utilizar.

La tabla 1 presenta las relaciones entre países con diversos tipos de sistemas sanitarios²², su operación con base en mecanismos explícitos e implícitos y su efecto en el gasto en salud durante el periodo analizado²³.

En este análisis la categoría de “tipo de sistema” es en esencia una simplificación en tres posibilidades:

TABLA 1. Características del Plan de Beneficios en diferentes países

PAIS	TIPO DE SISTEMA	PLAN DE BENEFICIOS	GASTO EN SALUD
Alemania	Aseguramiento Obligatorio	Lista Positiva	11,6%
Gran Bretaña	Sistema Nacional de Salud	Lista Positiva y Lista Negativa	9,6%
Francia	Mixto	Lista Positiva y Lista Negativa	11,9%
Canadá	Sistema Nacional de Salud	Lista Negativa	11,3%
Brasil	Mixto	Implícito	9,0%
Perú	Mixto	Lista Positiva	5,1%
Ecuador	Mixto	Lista Positiva	8,1%
Chile	Mixto	Lista Positiva	8,0%
Colombia	Aseguramiento–mixto	Lista Positiva, Lista Negativa e Implícito	7,6%

Fuente: elaborada por los autores con base en la información recolectada¹⁻²⁴

- *Sistema Nacional de Salud*, en el cual el financiamiento es provisto esencialmente por medio de impuestos generales, y la función de administración se ejecuta principalmente por medio de entidades de naturaleza gubernamental;
- *Sistemas de Aseguramiento*, en el que el financiamiento es realizado mayoritariamente por medio de contribuciones y la administración la hacen entidades de diversa naturaleza con un enfoque de seguros; y
- *Sistemas mixtos*, en los cuales hay diversos grados y tipos de mezcla de los otros dos²⁴.

Situación en Colombia:

En Colombia a pesar de que nominalmente se trata de un modelo de aseguramiento, en este momento cerca de la mitad de la población es afiliada por medio de recursos públicos (régimen subsidiado) y parece haber una voluntad política fuerte del gobierno para que se eliminen las contribuciones obligatorias, principalmente las empresariales, y por ende, se estaría transitando hacia un financiamiento sustentado esencialmente por medio de impuestos generales, aunque se mantiene el esquema de seguros para la administración de los mismos y para la garantía de la provisión de los servicios, operando como sistema mixto²⁵⁻²⁶.

Durante mucho tiempo el control se realizó por medio de mecanismos implícitos, lo que generó en la mayor parte del territorio una oferta de servicios de salud esencialmente pública, frente a lo cual la reforma estimuló el desarrollo de nueva oferta hospitalaria; sin embargo, esta se ha concentrado en las regiones más populosas y en los servicios de alta complejidad que son más rentables de acuerdo con las tarifas que pactan entre aseguradores y prestadores.

Esto generó diversos grados de malestar, por lo que en los ajustes a la reforma se han impulsado normas para incorporar nuevos controles gubernamentales para la construcción

y desarrollo de infraestructura hospitalaria, manteniendo así el control implícito.

También se evidencia un alto grado de control presupuestal de la oferta, la cual se ejerce de manera indirecta por medio de los manuales de tarifas, los cuales, por sus deformaciones, se han convertido en el estímulo más poderoso para el desarrollo de nueva oferta y el abandono de servicios, que aunque son requeridos por la población aparecen como “poco rentables” y por ende se desatienden²⁷⁻²⁸.

Igualmente está la utilización de los mecanismos explícitos, tanto por medio de la lista de exclusiones, establecida desde la misma formulación de la ley que incorpora la reforma, como por el uso del listado específico de coberturas en un plan de beneficios que fue definido como “*el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que el sistema brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional*”¹⁶.

En relación con las coberturas se identificaron 5 grandes grupos de servicios: Plan de Intervenciones Colectivas, Planes de Atención complementaria en Salud, Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos y Plan Obligatorio de Salud, POS, siendo este último el de mayor interés al incluir un conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado.

Sus contenidos están definidos actualmente en el Decreto 5521/2013²⁹, y su forma de prestación normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que expide el Ministerio de Salud y Protección Social.

Igualmente y para definir el grado de participación en la financiación del sistema y los servicios específicos, la población está agrupada en cuatro categorías de acuerdo con su nivel de participación en el sistema: Afiliado cotizante, Afiliado beneficiario o familiar, Afiliado subsidiado y población pobre no asegurada al SGSSS.

Las exclusiones son justificadas *“para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia enunciados en la ley”* correspondiendo a aquellas acciones *“que no tienen por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad”*²⁹; son atenciones y tecnologías consideradas cosméticas, estéticas o suntuarias, y aquellas que expresamente se definan por la dirección de regulación de beneficios, costos y tarifas del Ministerio.

Las exclusiones explícitas corresponden a: *“Cirugía estética o con fines de embellecimiento; tratamientos nutricionales con fines estéticos; tratamientos para la infertilidad; tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental; tratamientos o curas de reposo o del sueño; medias elásticas de soporte, corsés, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto, medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica; tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad; trasplante de órganos, diferentes al renal, médula ósea, corazón y córnea, tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada (aquella que sobrepasa los treinta días); tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica”*.

Y a otras más como: *“tratamiento de várices con fines estéticos; actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcino-*

matosas, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación; actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas”.

Esta situación ha generado diversos grados de insatisfacción y ha dificultado la manera de relacionarse entre los agentes del sistema, y entre ellos y los ciudadanos, lo que ha derivado en multitud de recursos judiciales de amparo tipo tutela y una cadena de sobrecostos por el reconocimiento de actividades no incluidas en el plan.

Este mecanismo por lo rápido, contundente y económicamente favorable, se ha multiplicado de forma exponencial implicando un serio riesgo para la estabilidad financiera del sistema, además de una gran sobrecarga de trabajo para el aparato judicial.

El problema se ha tratado de solucionar con diversos ajustes normativos y regulatorios, cuyo fracaso llevó a la corte constitucional a que en un fallo de acumulación (Sentencia T-760 de 2008) ordenara a los agentes del sistema: *“adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las entidades promotoras de Salud. Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales”*.

Discusión

Por las características del POS, los tipos de exclusiones que lo acompañan, las formas de financiamiento, gestión, autorregulación y evaluación que aún no han sido resueltas, resulta indispensable analizar su utilidad, tanto en los aspectos relacionados con la eficiencia y sostenibilidad, como desde la perspectiva de impacto con equidad en los niveles de salud de los sujetos y las poblaciones³⁰.

Sin embargo, la gran mayoría de la opinión considera que una parte del problema se resolvería eliminando su existencia, y en ese sentido, se postula que el último ajuste a la reforma, aprobado recientemente elimina el POS, por lo que resulta importante considerar que:

- Se mantiene el problema de equipamiento y oferta de servicios de salud y aunque la mayor parte de hospitales, públicos y privados, han aumentado su portafolio de servicios, lo han hecho estimulados por el sistema tarifario, y principalmente hacia oferta tecnológica de alta complejidad, aumentando la ruptura entre lo curativo y lo preventivo, y entre el costo y la efectividad.
- El aumento de servicios de alto costo, aunque puede considerarse que amplía el desarrollo y aplicación del derecho a la salud, en realidad tiene impacto en grupos poblacionales limitados y para lograrlo profundiza la crisis financiera de operación del sistema, lo que en el mediano y largo plazo puede afectar el flujo redistributivo relacionado con el gasto social y su expresión en el gasto en salud, al tiempo que aumenta los costos transaccionales del mismo, impactando negativamente en la equidad del sistema.
- Persisten las acciones reactivas al contexto coyuntural, tanto en lo social como en lo económico y político, lo cual profundiza la desarticulación del sistema y la debilidad en el control de los agentes del sistema.
- La gestión de la Unidad Per Cápita, UPC, considerada piedra angular del flujo de recursos del sistema, se vuelve mucho

más compleja, por ende debe ser revisada, considerando aspectos como la integración vertical, las formas de contratación, la fragmentación de la atención y los mecanismos de pago que entre cada asegurador y prestador se plantean, los cuales con frecuencia excluyen de sus consideraciones las necesidades de salud de la población afiliada, así como las posibilidades reales de impacto en la salud y la satisfacción frente a la atención recibida.

- La falta de claridad del plan explícito de servicios dificulta el cumplimiento de los objetivos públicos de respuesta a la situación de salud de la población.

En síntesis, y dado que la equidad es una de las razones fundamentales para proponer la cobertura universal en salud, se debe profundizar en el análisis del equilibrio necesario para que toda la población tenga la posibilidad de acceder a servicios de salud garantizados por el estado, como un instrumento para lograr mejorar la salud de las personas, permitiendo impactar de manera diferencial a los más necesitados.

En este sentido, la cobertura y el acceso universal a servicios de salud adecuados y sostenibles en el tiempo, se convierten en un propósito para los sistemas de salud que presentan un escenario de regulación al privilegiar la sostenibilidad financiera del sistema, sacrificando la equidad y la igualdad en la atención sanitaria a la población afiliada y no afiliada.

Con los anteriores elementos, la posibilidad de ofertar un plan de servicios en salud con aceptación social, se constituye en uno de los elementos y retos a considerar para permitir un ejercicio real del derecho a la salud en Colombia, entendiendo que se deben “tomar las precauciones y medidas de control necesarias para impedir una nueva frustración en el propósito de alcanzar una salud más equitativa para todos”³¹.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que se realizó un abordaje de tipo general, en el que no se consideran situaciones de salud ni grupos poblacionales específicos; en este sentido, el alcance se refiere estrictamente al enfoque general del sistema y no a la manera como las personas viven el proceso salud enfermedad.

Conflictos de interés:

Ninguno

Fuentes de financiación:

Recursos Propios

Literatura citada

1. Banco Mundial. **New Ideas about Old Age Security: Toward Sustainable Pension Systems in the 21st Century**. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2001.
2. Tovar F. **¿Qué es universalismo básico en salud?**. En: Molina C, editor. *Universalismo Básico, una política social para América latina*. Banco Mundial; 2006. p.243-292.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. **Equidad, desarrollo y ciudadanía**. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas (LC/G. 2071/Rev. 1-P). 2000.
4. Banco Mundial. **World Development Report 2006: Equity and Development**. Washington D.C.: Banco Mundial; 2005.
5. Agudelo C. **Balance del sgsss**. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional; 2005.
6. Agudelo C. **Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas**. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011 16(6):2817-2828.
7. Ministerio de Protección Social de la República de Colombia. **Informe de gestión al congreso, periodo 2010-2011**. Bogotá DC: Ministerio de Protección Social de la República de Colombia; 2011.
8. Ministerio de la protección Social de la República de Colombia. **Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011**. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia; 2011.
9. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. **Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el Año 2010**. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de la república de Colombia; 2011.
10. Yepes F, Ramírez M. **Luces y Sombras de la reforma de la salud en Colombia**. Bogotá: Mayol Ediciones S.A. en coedición con Assalud y Universidad del Rosario; 2010.
11. Boyle S. **United Kingdom (England): Health system review**. *Health Systems in Transition* 2011; 13(1):1-486.
12. Lewis R, Appleby J. **Can the English NHS meet the 18-week waiting list target?** *J R Soc Med* 2006; 99:10–13.
13. Barrasa-Villar JI, Broto-Civerab A, Ortega-Majanc MT, Ramírez-Gascad MT, Astier-Peñad P, Castán-Ruizc S. **Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela**. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20(4):199-203.
14. Castro Hoyos CE. **Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina**. Bogotá: Fescol; 2012.
15. Superintendencia Nacional de Salud. Gobierno de Colombia. **Informe de seguimiento a la resolución 1552 del 2013**. Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud. Gobierno de Colombia; 2014.
16. Mesa-Lago C. **La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe: Hacia una disminución de los costos sociales del ajuste estructural**. Santiago de Chile: Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de La Seguridad Social (CIEDESS); 1994.
17. Celedon C, Oyarzo C. **El rol del Estado, del mercado y de la sociedad civil en la seguridad social en salud**. En: Solimano G Isaac S, Editores. *La salud en América Latina: De la reforma para unos a la reforma para todos*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana; 2000.
18. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. **La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad**. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
19. Ocampo JA. **Más allá del Consenso de Washington: una agenda de desarrollo para América Latina**. México DF: CEPAL Serie Estudios y Perspectivas 26; 2005.
20. Mesa-Lago C. **Changing Social Security in Latin America: Toward Alleviating the Social Costs of Economic Reform**. Boulder: Lynne Rienner Publishers; 1994.

21. Mesa-Lago C. **El desarrollo de la seguridad social en América Latina. Serie Estudios e Informes 43.** Santiago de Chile: CEPAL; 1985.
22. Fleury S. **Universal, Dual or Plural? Health Care Models and Issues In Latin América.** En: Molina CG, Del Arco JN (editores). *Health Services in Latin America and Asia.* Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001.
23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. **La brecha de la equidad. Una segunda evaluación.** Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
24. Fleury S, Molina CG. **Modelos de Protección Social.** Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES); 2000.
25. Baron-Leguizamon G. **Colombian Health spending 1993-2003: its composition and trends.** *Salud Pública (Bogotá)* 2007; 9(2):167-179.
26. Holzmann R, Jorgensen S. **Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Documento de trabajo 0006 sobre protección social.** Bogotá DC: Ministerio de Protección Social de la República de Colombia; 2000.
27. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. **Sistema de salud de Colombia.** *Salud Pública Méx* 2011; 53 (supl 2): S144-S155.
28. Espinoza C, Tokman M, Rodríguez J. **Financiamiento de la reforma.** En: Sánchez H, editor. *Desafíos de la reforma.* Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello, Instituto de Políticas Públicas y Administración de la Salud; 2005.
29. Ministerio de la Protección Social de la república de Colombia. **Decreto 5521 del 2013.** Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia; 2013.
30. **Recobros en salud, un desfalco anunciado.** *Revista Semana* 2011 X 3.
31. García-Ubaque J, García-Ubaque C, Benítez L. **Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación.** *Salud Pública (Bogotá)* 2012-14(5):878-890.

