El financiamiento del sistema de salud en el marco del proyecto de reforma, propuesta por el Gobierno colombiano en el año 2023.

María Amparo Salazar Tovar

Yuly Marcela Martínez Saravino

Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca

Facultad de Ciencias Sociales y de la Administración

Programa de Administración Financiera

Popayán

2023

El financiamiento del sistema de salud en el marco del proyecto de reforma, propuesta por el Gobierno colombiano en el año 2023.

Monografía

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Administrador Financiero

María Amparo Salazar Tovar

Yuly Marcela Martínez Saravino

Tutor

Esp. Francisco Javier Aguilar Erazo

Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca

Facultad de Ciencias Sociales y de la Administración

Programa de Administración Financiera

Popayán

2023

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma Del presidente Del Jurado

_____

Firma del jurado

_____

Firma del jurado

Popayán, mes, año

Dedicatoria

A Dios Todo poderoso y a la Virgen María, por llevarme de la mano por este camino terrenal y darme la sabiduría necesaria para llevar a cabo mi proyecto académico que me ayudará a fortalecer mi trayectoria de vida.

María Amparo

A mi padre, mi ángel del cielo, nunca olvido tus enseñanzas de superarme día a día.

A mi madre por su comprensión y paciencia, sin su apoyo incondicional nada de esto hubiera sido posible.

A mi hija por ser mi motor y mi inspiración en cada momento de mi vida.

Yuly Marcela

Agradecimientos

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca, por dejarnos hacer parte de esa gran familia.

Facultad de Ciencias Sociales y de la Administración y al Programa de Administración Financiera, por haber encontrado en su recinto, la oportunidad de ser personas entregadas y responsables de nuestra labor profesional.

Nuestro Tutor Esp. Francisco Javier Aguilar Erazo, por ser guía durante el trabajo de grado y contribuir al logro de nuestras metas.

Todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron en beneficio del cumplimiento del proyecto de vida académico.

María Amparo Salazar Tovar

Yuly Marcela Martínez Saravino

Tabla de Contenido

Resumen 12

Abstract 13

Introducción 14

2. Objetivos 21

2.1. Objetivo General. 21

2.2. Objetivos Específicos. 21

3. Justificación 22

4. Antecedentes 24

5. Marco de Referencia 31

5.1. Las dinámicas de Financiamiento que ha sostenido la salud en Colombia. 36

6. Metodología 42

6.1. Método de Estudio. 42

6.2. Técnicas para la Recolección de la Información 43

6.3. Fuentes Primarias y Secundarias 44

6.4. Sistematización de la Información 44

7. Capítulo I Descripción de la forma de financiamiento actual del sistema de salud de acuerdo con la ley 100 de 1993 46

7.1. Descripción del Sistema de Salud Nacional (Antes de la ley 100 de 1993) 46

7.1.1. Subsistema de Seguridad Social 47

7.1.2. *El subsistema público* 50

7.1.3. Causas que originaron el cambio del Sistema Nacional de Salud 51

7.2. Sistema de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993) 52

7.2.1. *Contexto* 52

7.2.2. *Estructura de la Ley 100 de 1993* 54

7.2.2.1. Sistema General en Salud 55

7.2.2.2. Financiación 58

7.2.3. *Régimen Contributivo y Subsidiado* 60

7.2.3.1. Régimen Contributivo 60

7.2.3.1.1. Finalidad del Régimen Contributivo 60

7.2.3.1.2. *Afiliación y Contribuciones.* 60

7.2.3.1.3. Distribución de los Aportes. 61

7.2.3.1.4. *Derechos del Afiliado.* 62

7.2.3.1.5. *Cuotas Moderadoras y Copagos:* 62

7.2.3.2. Régimen Subsidiado 63

7.2.3.2.1. *Finalidad del Régimen Subsidiado.* 63

7.2.3.2.2. *Estructura y Operación.* 64

7.2.3.2.3. *Cobertura de Servicios.* 64

7.2.3.2.4. *Selección de Beneficiarios:* 64

7.2.3.2.5. Fuentes de Financiación: 64

7.2.4. *Normativa del financiamiento de la salud en la reforma de 1993* 66

7.2.4.1. Normativas que modificaron el financiamiento 67

7.2.4.2. Normas que tuvieron efectos indirectos en la financiación 70

7.2.4.3. Estructura de Financiamiento del Sistema 71

7.2.4.3.1. Principales problemas de financiación y operación 72

7.2.4.3.2. Problemas dentro de la estructura de financiación 74

7.2.4.3.3. Problemas dentro de la estructura de pago 75

7.2.4.3.4. Problemas en el no PBS o Recobros 77

7.2.4.3.5. Problemas financieros dentro de los actores del SGSSS 82

7.3. Conclusión 85

8. Capítulo II.....87

Análisis de las dinámicas de financiamiento que establece el proyecto a la reforma de la salud del año 2023 en Colombia..... 87

8.1. La nueva reforma a la salud..... 87

8.1.1. *Elementos esenciales del nuevo sistema de salud* 89

8.1.2. *Instituciones*.....89

8.1.3. *Operaciones del sistema* 91

8.1.3.1. Organismos de Control 91

8.1.3.1.1. *Ministerio de Salud y Protección Social* 91

8.1.3.1.2. Consejo Nacional de Salud.....92

8.1.3.1.3. Consejos Territoriales de Salud 93

8.1.3.2. Fuentes de Financiamiento 93

8.2.3.1.4. *Cuenta Atención Primaria Integral en Salud*.....97

8.2.3.1.5. Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE) ...98

8.2.3.1.6. Cuenta Fortalecimiento Red Pública para la Equidad 99

8.2.3.2. Adres.....100

8.2.3.3. Fondos de salud.....101

8.2.3.3.1. Fondos Territoriales de Salud.....101

8.2.3.3.2. Consejos de administración de los fondos regionales de salud 102

8.2.3.3.3. Contratación y autorización de pagos de servicios 102

8.2.3.4. Prestación de servicios de salud.....103

8.2.3.4.1. Modelo de atención.....104

8.2.3.4.2. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud 104

8.2.3.4.3. Centros de atención primarios integral resolutiva en salud (CAPIRS).....104

8.2.3.5. Transición y evolución del sistema de salud 105

8.3. Evolución económica del sistema (Proyecciones) 109

8.4. Conclusiones 115

Positivas 115

Negativas 117

9. Capitulo III Identificación de las posibilidades y retos que implica el cambio frente a la dinamica de financiamiento del sistema de salud actual y el proyectado mediante la reforma a la saldu 2023 121

9.1. Posibilidades 121

9.2. Retos 123

9.3. Estrategias 125

10. Conclusiones 129

11. Recomendaciones 131

12. Referencias Bibliográficas 133

Lista de Tablas

Tabla 1 Cuenta de atención primaria integral en salud 98

Tabla 2 Cuenta servicios ambulatorios y hospitalarios especializados (sahe).....98

Tabla 3 Cuenta fortalecimiento red pública para la equidad 100

Tabla 4 Comparación estructural 107

Tabla 5 Comparación financiera Nueva Reforma de la Salud y la Ley 100 de 1993 113

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud (Antes de la ley 100) 47

Ilustración 2 Estructura del Sistema integral de Seguridad Social (Ley 100 de 1993).....54

Ilustración 3Fuentes de Financiamiento del SGSS 71

Ilustración 4 Principales Fuentes de Financiación del SGSSS, diciembre 2022 74

Ilustración 5 Comportamiento de la UPC 2016-2022.....76

Ilustración 6 Tipo de solicitudes de recobro (CTC y TUTELA) 79

Ilustración 7Porcentaje del Gasto Total correspondiente al no UPC 2007-2022 80

Ilustración 8 Gasto No UPC por Régimen 82

Ilustración 9 Ingresos, Costos y Gastos del SGSSS 2022.....83

Ilustración 10 Porcentaje de Siniestralidad por EPS en Régimen Contributivo.....84

Ilustración 11 Porcentaje de Siniestralidad por EPS en Régimen Subsidiado 85

Ilustración 12 Cuenta Aportes 95

Ilustración 13 Fondo Único Público de Salud 97

Ilustración 14 Proyección de las fuentes de financiamiento del nuevo sistema 2023-2033 111

Ilustración 15 Distribución de los recursos en el nuevo sistema de salud 2023-2033 proyección 112

Resumen

Conocer la dinámica de financiamiento en relación a la reforma a la salud presentada por el actual Gobierno (2023), es el tema a investigar, y para cumplir con los objetivos propuestos se describe las diferentes formas de financiamiento del actual sistema de salud (Ley 100 de 1993) y las dinámicas de financiamiento que propone el proyecto a la reforma a la salud, identificando las posibilidades. y retos que implica este cambio. Se utilizó una metodología mixta de tipo descriptivo y documental, basándose en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios; es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales. Se quiso llevar a cabo este estudio, porque se consideró necesario examinar los aspectos más relevantes que contrae el financiamiento a la salud en esta nueva reforma, haciendo un repaso a las proyecciones financieras estimadas, lo que permitió identificar si la Reforma a la salud propuesta 2023 es financiable adecuadamente para el sistema de salud colombiano. El resultado de este análisis determinó las ventajas, desventajas, retos y posibilidades que trae consigo los cambios estructurales de esta nueva reforma. Se emiten las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Palabras claves: dinámica, financiamiento, posibilidades, retos, proyecciones, sistema de salud.

Abstract

Knowing the financing dynamics in relation to the health reform presented by the current government (2023), is the topic to be investigated, and to meet the proposed objectives, the different forms of financing of the current health system (Law 100 of 1993) and the financing dynamics proposed by the project to the current health reform are described. identifying the possibilities. and the challenges that this change implies. A mixed descriptive and documentary methodology was used, based on the search, retrieval, analysis, critique and interpretation of secondary data; that is, those obtained and recorded by other researchers in documentary sources. We wanted to carry out this study, because it was considered necessary to examine the most relevant aspects of health financing in this new reform, reviewing the estimated financial projections, which made it possible to identify whether the proposed 2023 Health Reform is adequately bankable for the Colombian health system. The result of this analysis determined the advantages, disadvantages, challenges and possibilities brought about by the structural changes of this new reform. Relevant conclusions and recommendations are issued.

Keywords: dynamics, financing, possibilities, challenges, projections, health system.

Introducción

Actualmente en el Congreso de la República de Colombia se encuentra en proceso de discusión la aprobación de la Reforma a la Salud propuesta en el año 2023 por el Gobierno actual, la cual busca transformar el sistema de salud vigente, enmarcado en la ley 100 de 1993, debido a que no se ha cumplido a cabalidad con la prestación de servicios de salud que se otorga a los ciudadanos y donde el financiamiento que ha sostenido esta normatividad, presenta un inadecuado manejo de recursos tanto públicos como privados, que genera el desmejoramiento en la atención a los usuarios.

En este sentido, el nuevo proyecto de ley busca dar solución a las falencias que se han dado bajo la normativa actual del sistema de salud, algunas de ellas radican en la deficiencia en el acceso a los servicios especialmente en el área rural, dificultades en la asignación oportuna de citas, autorización de tratamientos médicos, el limitado suministro de medicamentos y el deterioro de las condiciones laborales del personal de salud, de manera que, se articulen en buena medida los actores involucrados del sector que permita llevar a cabo el enfoque preventivo y predictivo que propone el nuevo modelo a través de la administración y regulación de los recursos de la salud por parte del estado.

Sin embargo, la radicación de la nueva Reforma a la salud ha despertado la atención, defensa, contradicción e incertidumbre entre los diferentes partidos políticos, entidades del sector salud, empresarios y los ciudadanos del común, debido a que no se conoce plenamente el alcance que tiene este nuevo modelo y con qué capacidad de financiamiento cuenta para llevar a cabo los desafíos planteados, sin volver a repetir los errores financieros de la ley 100 de 1993. De este modo, el contexto anterior permite plantear la pregunta ¿Cómo sería la financiación del sistema de salud en relación a lo proyectado por el Gobierno colombiano en la reforma del año 2023?

De acuerdo con este panorama, la presente monografía se hace con el fin de documentar

el estado actual del sistema de salud en Colombia, frente a lo estipulado según la propuesta en la reforma del año 2023, bajo los parámetros de financiamiento que abarca el sistema en conjunto con los actores y los indicadores suministrados para su respectiva evaluación, entregando una opinión enfocada a los resultados manifestados en los siguientes capítulos, para cumplir con los objetivos propuestos:

En el capítulo uno, se desarrolla lo propuesto en el primer objetivo: se describe la forma de financiamiento actual del sistema de salud de acuerdo con la ley 100 de 1993, con el fin de entender porque ha tenido un mal funcionamiento, se hace necesario revisar los componentes normativos y financieros más relevantes que sostiene esta ley para evidenciar las fallas que se han dado y que afectan a gran parte de la población colombiana.

En el capítulo dos, se da a conocer: cómo se determinan las dinámicas de financiamiento que establece el proyecto a la reforma de la salud del año 2023 en Colombia, que busca identificar los diferentes lineamientos que establece el nuevo articulado, que permite generar las proyecciones de la asignación de recursos para ejecutar los principales puntos que tiene la reforma, con el desarrollo del paralelo comparativo de forma estructural y financiero, se efectuaran conclusiones acerca de la favorabilidad y desfavorabilidad que enfrenta la nueva reforma.

Finalmente, en el capítulo tercero, se desarrolla lo propuesto en el tercer objetivo: Se identifican las posibilidades y retos que implica el cambio frente a la dinámica de financiamiento del sistema de salud actual y el proyectado mediante la reforma a la salud 2023, que conduce a la creación de estrategias convenientes para el sostenimiento de las directrices de la reforma.

1. Definición del Problema.

1.1. Planteamiento del Problema.

En Colombia el sistema de salud actual se rige por la Ley 100 de 1993, a partir de esta, se crea un sistema integral de seguridad social fundamentada en garantizar los derechos de las personas para tener una calidad de vida acorde a la dignidad humana, es de aclarar que el derecho a la salud es fundamental y, por lo tanto, se debe asegurar un nivel más alto para todos los ciudadanos, con el fin de generar al individuo una vida digna. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), *"el goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"*.

Ahora bien, la problemática surge, porque los objetivos de la ley eran lograr la cobertura universal, la equidad en los servicios y la mejora en el tiempo de la calidad en atención prestada, se esperaba que, a medida que incrementara la formalización de la economía como consecuencia, la población tuviera afiliación al régimen contributivo (RC) para permitir obtener más recursos para la financiación del régimen subsidiado (RS). *"La financiación de estos regímenes es así: el RC se financia directamente con sus aportes, mientras que los afiliados al RS únicamente pagan los copagos y cuotas moderadoras al recibir el l servicio, pero cuenta con diferentes fuentes de financiación"*. (Acosta et al, 2010, pág.: 52).

Por lo tanto, el sector salud enfrenta diversos problemas financieros lo cual ha generado la utilización necesariamente de los recursos fiscales con la finalidad de cubrir su financiamiento, cuya explicación obedece a las decisiones económicas relacionadas con el alto nivel de afiliación al régimen subsidiado ya que en gran parte del país predomina el trabajo informal.

Cabe aclarar que, el sistema al necesitar recursos fiscales articulados con los riesgos

vinculados como la morbilidad, los patrones demográficos y los cambios en la demanda del servicio, influyen negativamente ocasionando grietas financieras que conllevan a márgenes inaceptables que están por fuera de la generación del flujo presupuestado por las fuentes de recursos. Así, lo estipula la legislación vigente y no siempre logra cumplirse de manera satisfactoria, lo que se evidencia en la problemática de diferentes aristas del sistema de salud. Según Mejía (2022):

> A pesar de la alta cobertura en 99,6 %, hay niveles considerados subóptimos en prestación del servicio como en calidad con desigualdades significativas en acceso entre las zonas urbanas y rurales del país representada en promedio en un 27% por el no recibimiento de la atención ante un problema de salud y un 25% promedio por no consultar al profesional por motivos de ubicación del centro médico o en otros casos por el no cubrimiento y autorización de la atención en 1,63 % por parte de la EPS.

En relación con, la sostenibilidad en el tiempo, los recursos tecnológicos, económicos, humanos y de infraestructura impactan en el crecimiento del gasto en salud lo que conlleva a un retroceso de cumplimiento constante de los estándares de calidad, el Centro de Investigación Económica y Social de Fedesarrollo (2022), afirma que,

> Las transferencias gubernamentales por un valor de $ 52,36 billones de los cuales $ 64,85 mil millones equivalentes a 0,12 %, se encuentran en estado de apropiación bloqueada, afectando las garantías y oportunidades de acceso, generando deficiencias hospitalarias por insuficiencia de infraestructura en 1,7% de camas por cada 1000 habitantes y poca proporción de talento humano de especialistas equivalente a un 23,5% ya que existe una concentración de médicos generales en 70,1%.
>
> Por lo tanto, se genera un servicio menos eficaz y una estructura financiera limitada

debido a la forma negativa del aseguramiento en salud y en especial a las zonas remotas. Por consiguiente, los problemas manifestados anteriormente, se presentan por la falta de articulación entre las políticas, actores y niveles de gobierno que generan la debilidad en la estructura institucional y la gobernanza del sector salud, que, a pesar del aumento en la cobertura, es talvez uno de los grandes factores negativos que afectan los parámetros financieros del sistema.

Al estructurar el esquema de financiamiento, se pensó que el crecimiento de la economía induciría la formalización de su fuerza laboral y, en consecuencia, progresivamente una mayor proporción de los afiliados por parte del RC, aportando recursos para el financiamiento del RS, situación que no se ha dado y que ha llevado a que la sostenibilidad financiera en el campo de la salud esté en crisis. Lo anteriormente mencionado, es una breve descripción de la problemática que presenta la Ley 100/93, y a propósito de este déficit financiero en salud, el actual gobierno ha propuesto una nueva reforma en salud, que es la que se quiere analizar y conocer los problemas que de ella se desprende.

Entre los problemas que las investigadoras han encontrado están los siguientes:

- **Poca claridad sobre el nuevo modelo de salud**. No es clara, para muchos sectores, la conceptualización en el proyecto de ley, sobre diferentes aspectos relacionados con la salud pública, pudiéndose detectar, además, que una de las principales problemáticas que presenta esta nueva reforma a la salud, es la resistencia al cambio por parte de algunos actores del sistema.
- **Consenso con los diferentes actores involucrados en salud.** Poca divulgación de la reforma con todos los sectores involucrados e interesados, para lograr los acuerdos que se requieren en esta nueva reforma, considerando que la salud pública debe ser un componente esencial del sistema de salud colombiano. Esta falta de consenso, se

evidencia en la poca coordinación entre estos actores, llegando al punto de que, alguno de ellos, por ejemplo, las aseguradoras podrían oponerse a medidas que reduzcan sus ganancias o limiten su capacidad para fijar precios.

- **Polarización**. Los contradictores han endurecido sus posturas, solicitando en reiteradas oportunidades el archivo del proyecto de ley sin ningún éxito. Se estaría entonces, frente a una ruptura ideológica y política que puede acarrear graves consecuencias.
- **Eliminación de la intermediación que hace referencia a las EPS,** entregando el direccionamiento financiero a la Entidad Administradora de los Recursos de la Salud (ADRES), donde, los críticos manifiestan que este punto plasmado en la reforma involucra un aumento de costos a corto plazo ya que esta Entidad no cumple a cabalidad con los requerimientos para realizar los procesos que enmarcan el desarrollo de las funciones del sector financiero en salud.

Bajo estos lineamientos, existe uno que aglomera de manera consecuente con las anteriores aristas en la aprobación de esta nueva reforma, el cual es su Financiamiento, siendo el punto de atención principal de esta investigación, dado que actualmente existe incertidumbre sobre la manera de cómo se financiaría esta propuesta y posteriormente, cómo se distribuirán los recursos, siendo necesario la revisión de fondo en términos financieros, considerando los mecanismos de asignación de recursos vía Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación del Gobierno Nacional, para su adecuada armonización presupuestal y territorial para la nueva gestión administrativa y operativa de la salud pública. En este escenario, no habría claridad sobre las garantías de sostenibilidad financiera del sistema de salud, sin poner en riesgo la calidad de los servicios y la accesibilidad de los usuarios.

Todos estos problemas, traerán sus consecuencias, como, por ejemplo, la reforma, necesitará de estudios de factibilidad, que podría tardar hasta una década; que la polarización se agudice; que la migración de los usuarios a otra Entidad Promotora de Salud a cargo del Estado, por motivos de liquidación de las EPS colapse el servicio como también la inyección de capital; que no haya financiamiento adecuado para el sostenimiento de esta nueva reforma, teniendo en cuenta que la normatividad vigente eliminará las actuales funciones de gestión del riesgo que tienen las EPS y le transmite estas funciones a la ADRES, pero no queda claro cómo será su sostenimiento, porque actualmente la ADRES, no tiene la capacidad de realizar dicha gestión del riesgo.

De esta manera, considerando esta problemática en términos financieros, fundamental de analizar en el contexto de aprobación de la nueva reforma de salud en la presente vigencia, es importante formularse, la siguiente pregunta:

1.1.1 Formulación del Problema.

¿Cómo sería la financiación del sistema de salud en relación a lo proyectado por el Gobierno colombiano en la reforma del año 2023?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General.

Conocer la dinámica de financiamiento del sistema de salud en relación al proyecto de reforma de la salud propuesta por el Gobierno colombiano en el año 2023.

2.2. Objetivos Específicos.

- Describir la forma de financiamiento actual del sistema de salud de acuerdo con la Ley 100 de 1993.
- Determinar las dinámicas de financiamiento que establece el proyecto a la reforma de la salud del año 2023 en Colombia.
- Identificar las posibilidades y retos que implica el cambio frente a la dinámica de financiamiento del sistema de salud actual y el proyectado mediante la reforma a la salud 2023.

3. Justificación

Para resolver la pregunta problema, se busca examinar los aspectos más relevantes que contiene el financiamiento a la salud en Colombia en la reforma a la salud 2023, en el cual se establece un análisis comparativo con la ley 100 de 1993 que rige actualmente el sistema de salud, con la finalidad de dar a conocer cómo se ejercerá la acumulación y distribución presupuestal para cubrir las necesidades de la población en aras de garantizar un servicio y acceso a la atención de calidad en salud, bajo un sistema preventivo y predictivo, en contraste con lo que se ha implementado a lo largo de treinta años de funcionamiento de la presente ley.

En tal sentido, es necesario abordar como el sistema de salud se ha venido transformando con una serie de normativas bajo la ley 100 de 1993 donde se buscaba mitigar las dificultades en materia de gestión, financiación y seguimiento por los malos manejos administrativos, políticos y asistenciales, a su vez conocer lo que propone la Reforma 2023 donde su objetivo principal es la administración de los recursos públicos a cargo de la Entidad Administradora de los Recursos del sistema de Salud (ADRES) para efectuar la operación de los Centros de Atención Primaria (CAPS) donde se acondicionará el nuevo papel de las EPS.

Es por esta razón, que realizar este trabajo, cobra una importancia fundamental como estudiantes de Administración Financiera, dado que el estudio pretende llevar a cabo la aplicación de proyecciones financieras lo cual permitirá identificar si la Reforma a la salud propuesta 2023 es financiable adecuadamente para el sistema de salud colombiano. De este modo, el resultado de este análisis determinará a su vez las ventajas y desventajas que trae consigo los cambios estructurales del texto de la reforma en cuanto a su capítulo IV Fuentes, usos y Gestión de los recursos Financieros del Sistema de Salud.

Finalmente, desde la perspectiva social, se justifica porque aborda una temática que

incide directamente en la calidad de vida de las personas, al ser la salud un derecho fundamental que debe cubrir el Estado y que juega un papel importante dentro de la sociedad colombiana, teniendo en cuenta que la reforma 2023 ha sido objeto de críticas, opiniones y defensores que han despertado preocupación e incertidumbre como también expectativas y posibles beneficios para los ciudadanos, por lo tanto, se hace necesario que este trabajo sea una herramienta de conocimiento objetivo, orientado a establecer la dinámica de inversión de recursos para la salud.

4. Antecedentes

En el entorno internacional, se menciona el informe de la revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social de Villalobos (1998), denominado "R*eforma a la salud en Costa Rica*", en el cual se enfatiza que la reforma de los años noventa manifiesta que el eje central es propiciar un enfoque integral a la salud bajo un concepto de universalidad y solidaridad, es decir, el derecho a la atención básica y continua, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de atención primaria.

Cabe señalar que, el sector público es dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se financia con aportes de los afiliados, los empleadores como el Estado y el sector privado, donde los servicios se apoyan con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. La metodología utilizada para el desarrollo del estudio consiste en una dinámica descriptiva de trabajo, aportando la validez de la información mediante argumentos y explicaciones del papel de la reforma a la salud en Costa Rica.

Los resultados que prevalecen están enfocados a la participación de la comunidad a través del aseguramiento de los gobiernos locales para que la reforma sea efectiva; mencionando los dos componentes del proyecto de la reforma del sector salud como la rectoría del fortalecimiento del Ministerio de Salud e igualmente la readecuación del modelo de atención primaria.

De otra parte, Bitrán (2006) presenta el documento "*Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica",* el Gobierno de República Dominicana tomo la decisión de iniciar un proceso de reforma y modernización del Estado, lo que abarco la creación de un contexto adecuado para formular el "Plan Nacional de Reforma de la Seguridad Social" cuyo objetivo es contribuir al desarrollo de un sistema de seguridad social en salud caracterizado por la eficiencia,

la solidaridad, la universalidad y la sostenibilidad integrado por un régimen subsidiado y contributivo de financiamiento.

La metodología aplicada en este estudio propuesta por Roberts et al (2004) para facilitar la comprensión del financiamiento de la salud la denominaron metáfora de los cinco botones de control, lo cual consiste en la intervención de las opciones que tienen los reformadores para apoyar en el funcionamiento del sistema de salud como los mecanismos de pago, financiamiento, organización, regulación y persuasión. Los hallazgos más importantes están enfocados según el proyecto de Ley de Seguro Social a garantizar de manera gradual y progresiva a toda la población dominicana, independiente de su condición económica y del régimen financiero al que pertenezca un plan básico de salud integral.

Por otro lado, según Machado (2000) en el artículo denominado *"Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil",* el cual se enfoca en examinar el recurso humano que participa en el sistema de salud brasileño y sobre la reforma que apunta a los cambios en el diseño del modelo de salud con la intervención del programa orientado a la atención básica con la finalidad de sustituir el proceso tradicional garantizando el acceso a los servicios de salud, la equidad y la integración, además, el estudio se centra en lo referente a la inestabilidad del proceso de trabajo de los profesionales y a la poca infraestructura ofrecida para los mismos que pone en riesgo a los programas de salud implementados.

La metodología empleada está relacionada con la dinámica descriptiva de trabajo por medio de la cual se comentan procesos históricos de cambios enfocados a la financiación de la red hospitalaria y el nacimiento de nuevas formas de relaciones de trabajo. Los resultados en esta investigación refieren que la reforma del Estado en el sector salud de Brasil ha originado restructuración del sistema, que procura la atención a la población mediante el programa de salud

para la familia, lo cual es considerado un punto positivo de la reforma ya que se daría de forma integral y resolutiva, aclarando en este articulo la problemática enfocada a la inestabilidad del proceso de trabajo como a la disminución de la protección de los derechos laborales de los profesionales que conforman el programa, manifestando un déficit de análisis para definir las políticas de recursos humanos que encierra también los recursos financieros destinados al equipo de trabajo.

En el nivel nacional, se encuentra el proyecto de Morales (1997), titulado "*El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia"*, donde describe y analiza los mecanismos de financiación y operación propuestos en la reforma del sistema de Seguridad social en Salud bajo Ley 100 de 1993 los cuales son contrastados con los que hacían parte del Sistema Nacional de Salud creado a partir de 1975, de esta manera se pueden apreciar las diferentes dinámicas de financiamiento que se han dado desde ese tiempo y los cambios drásticos que se empiezan a dar con la nueva ley, cuyo fin primordial es cumplir con el principio de universalidad en cobertura y equidad en la distribución de recursos.

La metodología empleada en este proyecto tiene un enfoque descriptivo y analítico, que involucra datos econométricos de salud pública. Los hallazgos más importantes de este estudio permiten dar a conocer el proceso gradual y poco adaptable que se tienen con las entidades promotoras de salud, sin embargo, se evidencia un significativo crecimiento en la cobertura de usuarios especialmente del régimen contributivo y un equilibrio financiero del sistema logrado hasta el año y medio de operación que lleva la reforma (1995- 1996).

De igual modo, Restrepo (2007) presenta su artículo denominado *"¿Qué cambió en la seguridad social con la ley 1122?"*, y aborda el tema sobre las principales modificaciones que se establecen en la Ley 1122 de 2007, que surgen de la deficiencia en el servicio del Sistema

General de Seguridad Social en Salud en Colombia promulgado en la Ley 100 de 1993, esta ley obedece a cambios institucionales, de financiamiento, aseguramiento y las condiciones de acceso para la población, debido a las constantes inconformidades que han existido en los casi diez años de funcionamiento.

La metodología empleada en este documento, consistió en una dinámica descriptiva de trabajo. Los hallazgos más sobresalientes transmiten un mejoramiento en el sistema de salud teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad y el esfuerzo constante que hizo el gobierno y a su vez los diferentes debates pronunciados en la Asamblea Nacional Constituyente sin dejar a un lado la influyente intervención en los acuerdos pactados con diferentes gremios y sectores, sin embargo, esta ley deja aspectos por fuera aspectos como la destinación de recursos para el plan de salud pública al igual que la administración de los mismos para los programas de promoción y prevención del régimen subsidiado donde intervienen los mecanismos de contratación, situaciones que dan lugar a pensar en un nuevo marco normativo.

Ahora bien, es posible retomar el trabajo de Polanía (2015), el *"Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, (2008- 2012)"*, que realiza un análisis para identificar los obstáculos que se presentan en el flujo de recursos del régimen subsidiado en las Entidades Promotoras de Salud, las cuales inciden negativamente en el financiamiento de las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

La metodología que utilizó este estudio fue de tipo descriptivo-analítico. Los resultados más relevantes que se dieron a conocer implican en el poder y confianza que el gobierno le ha otorgado a las EPS, de tal forma que las ha llevado a hacer mala gestión de los recursos que reciben por giro directo, como es el caso de la cartera vencida de las Empresas Sociales del Estado (ESE) que para el año 2012 alcanzaba el 75% por los grupos de deudores especialmente

el de los municipios se conocen también las significativas cifras relacionadas con las glosas cuya figura se distingue como un no-pago, el cual se tramita desde las EPS hacia las IPS y E.S.E y que afecta aún más su situación financiera conduciéndolas a que no se presten los servicios de salud adecuadamente.

A nivel local, Montilla (2022) presenta el proyecto: *"Condición actual de la red de prestadores de servicios de salud del departamento del Cauca, como respuesta a los lineamientos del modelo de acción integral territorial: Línea prestación de servicios de salud ",* realiza un diagnóstico sobre la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), establecido en la resolución 2626 de 2019, cuya función principal es mejorar las condiciones de salud específicas de los territorios, a través de diferentes líneas encaminadas al logro de objetivos, en este trabajo se aborda específicamente la línea: prestación de servicios de salud en el Departamento del Cauca la cual permite analizar la situación de los servicios ofertados por las Empresas sociales del Estado (ESE), las remisiones de usuarios y el manejo de recursos.

Se utilizó un enfoque cuantitativo, observacional y descriptivo basado en un estudio de caso de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud en el territorio Caucano.

Los hallazgos más importantes están relacionados en la forma en que se está dando cumplimiento a lo establecido en MAITE bajo los diferentes aspectos que se determinan en la línea en Prestación de servicios de Salud, los cuales permiten dar a conocer incumplimiento en oferta de servicios e inequidad que aún existe en algunas regiones especialmente en las zonas de difícil acceso, como también el estado de endeudamiento que tienen algunas E.S.E de mediana complejidad en el departamento al igual que en la cantidad de remisiones donde no se está otorgando el portafolio de servicios acorde a lo estipulado en el modelo MAITE.

También se destaca la información publicada por la secretaría de salud de la Gobernación del Cauca (2022) en su informe *"Cauca ocupó el segundo lugar a nivel nacional en mejor ejecución del Acuerdo Punto Final"*, el cual resalta el importante logro en el departamento del Cauca en cabeza del actual gobernador al gestionar el acceso a la cofinanciación otorgada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de la nación y poner a disposición los recursos del departamento a través del Acuerdo Punto Final cuya ley tiene como objeto preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual busca principalmente el saneamiento de la deuda pública que permita garantizar calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

La metodología fue de corte descriptivo. El hallazgo más importante resalta el cumplimiento en las tres fases del mencionado acuerdo en las cuales el departamento del Cauca logró escalar posición para acceder a la cofinanciación de 115.594 millones de pesos por el Gobierno Nacional y asumir la cantidad restante de 32.436 para cubrir la deuda reportada de 148.030 millones de pesos, este flujo de recursos se destinó a las EPS quienes tenían la responsabilidad de saldar las deudas adquiridas con las diferentes IPS Y ESE de la región.

Finalmente, la Secretaria Municipal de Popayán presenta el *"Plan Territorial de Salud 2020 - 2023",* en el que se formulan las estrategias metodológicas y operativas de las necesidades de Salud Pública para el municipio de Popayán en aras de avanzar hacia la garantía del goce a la salud, mejorar las condiciones de vida con la disminución de la carga de la enfermedad, mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad, los cuales deben estar acorde a lo referenciado en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan de desarrollo Municipal para la misma vigencia, teniendo en cuenta la responsabilidad que tienen el

municipios y demás entes de carácter Territorial, según lo estipulado en la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La metodología utilizada para el desarrollo de este proyecto es de carácter descriptivo. Los hallazgos más importantes plantean la ejecución de una serie de programas encaminados a velar por el bienestar de la población teniendo en cuenta los diferentes factores que afectan el entorno donde habitan, de esta manera se evidencia la identificación de prioridades en materia de salud donde se establecen metas por cumplir en beneficio de la comunidad.

5. Marco de Referencia

El sistema de Salud en Colombia

La historia de Colombia significó un cambio trascendental con la Constitución de 1991, creando nuevas políticas representadas en un gobierno descentralizado y donde destacaba al estado como un "estado social de derecho", diferente a como lo establecía la antigua constitución de 1886 la cual la definía como un "estado de derecho", y donde el derecho a la salud pasa de ser un servicio segmentado que se daba de diferente forma según la clase social a ser un derecho exigible que debía otorgar el Estado.

Es así como, en la mencionada Constitución Política de 1991 articulo 49 modificado por el acto legislativo N°2 de 2009 se establece:

> La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Es entonces, cuando nace la ley 100 de 1993, una reforma que incorpora políticas de pensión, Salud, riesgos profesionales y servicios complementarios. Este nuevo régimen en cuanto a salud establece otorgar una cobertura universal, mayor participación del gasto en salud y la administración de las entidades promotoras de salud (EPS) con el fin de integrar a toda la población en un nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud. De modo que, se resalta en lo

descrito en el artículo 152:

> Artículo152. Objeto. La presente ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Al respecto, es preciso señalar el modelo de salud adoptado en Colombia planteado por Londoño y Frenk en 1997, el cual constituye una combinación de diferentes modelos que condujeron a determinar la construcción del “Pluralismo estructurado” cuyo punto de partida se hace a través de variables como la población y las instituciones dirigidas a cumplir los objetivos del modelo y aplicar eficientemente los principios de universalidad y equidad. Tal como lo afirma Rangel (2004):

> El diseño institucional del sistema de salud colombiano se desarrolla en el marco de un modelo denominado "pluralismo estructurado", que organiza a los agentes en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: modulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y la prestación de servicios. Esto se enmarca dentro de un modelo de competencia regulada, en el cual se regula la competencia entre las aseguradoras por afiliados, y entre los prestadores de servicios porque las aseguradoras los contraten**.** (pág. 187).

De este modo, el aseguramiento se convierte en el punto intermedio entre consumidores y prestadores donde se evidencia la articulación de estos elementos derivado del financiamiento, y su dinámica de intervención en este sistema se basa en prestar servicios en salud de calidad a los

demandantes y llevar a cabo la negociación de estos servicios médicos con los prestadores. En este sentido, se crean los regímenes contributivo y subsidiado donde en el primero aportan los trabajadores y sus beneficiarios dependientes e independientes y en el segundo donde aporta el estado a la población sin capacidad de pago.

Al respecto el Ministerio de Salud en su informe final del Programa apoyo a la reforma de salud (PARS), señala: Los aseguradores son esas agencias públicas o privadas que se encargan de asegurar a los aportantes en función de distintos criterios como grupos de población (incluidos de trabajadores) y territorialidad. (..) existen dos maneras de ligar a la población con los aseguradores: la voluntaria y la obligatoria.

Otra de las funciones esenciales del sistema de salud es la prestación de servicios. Según Londoño et al. (1997) *"la prestación directa de servicios quedaría abierta a todo un esquema pluralista de instituciones, tanto públicas como privadas".* Por consiguiente, el sistema de salud cuenta con agentes que articulan el servicio a través del personal médico capacitado ya sea como persona Jurídica o natural y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), los cuales debe otorgar los diferentes servicios de salud con responsabilidad y compromiso a sus pacientes, como también, se establece una dinámica de competencia regulada en estas instituciones donde deben entrar a satisfacer la demanda de aseguramiento del sector público y privado.

También, dentro de este contexto se encuentra que la modulación ejerce un papel de dirección por parte de los departamentos y municipios donde se incorpora la inspección, vigilancia y control en estos territorios y la articulación con la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de plantear el marco normativo sobre el cual debe ser fundamentado el sistema de salud, además de regular la habilitación de aseguradores y prestadores.

En Colombia esta función la ejercen el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda y

crédito público. Al respecto Echeverry (2003), señala:

> El ejercicio de la función de modulación, se basa en la conducción sectorial y en la capacidad del ente rector de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles; (..) y puesta en marcha de planes estratégicos (..) tanto de instituciones públicas y privadas del sector (..) y construcción de consensos y la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.

Ahora bien, el Sistema de Seguridad Social en Salud establece una serie de principios fundamentales como lo son: la eficiencia, universalidad y solidaridad con el fin de garantizar el bienestar en la salud y la calidad de vida de cada afiliado. Según, el artículo 2 del capítulo I de la ley 100 de 1993:

Artículo 2. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación

- **Eficiencia.** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- **Universalidad.** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **Solidaridad.** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

De acuerdo con lo anterior, es necesario destacar el logro que ha tenido Colombia

respecto al principio de universalidad para la prestación de servicios en salud.

Botero (2021) precisó que: *"Los logros alcanzados hacen referencia a una cobertura prácticamente universal del 99,6 %, que ha unificado el nivel del servicio para todos sus beneficiarios".* de modo que este principio ha permitido la afiliación de que muchos ciudadanos al sistema (régimen contributivo, subsidiado o especial). En este punto, se hace necesario resaltar que la cobertura en salud no corresponde en igual medida a la accesibilidad, porque aunque muchos ciudadanos, tienen un carnet de afiliación, la prestación del servicio de salud, todavía es desigual, y el servicio desafortunadamente es ineficiente en muchos sectores y en otros casos, el servicio es escaso o nulo, en cuanto a la participación de hospitales en zonas apartadas, los contratos vigentes entre EPS e IPS, el acceso a medicamentos y tecnologías entre muchas más.

Del mismo modo, el principio de solidaridad se aplica de tal manera que las personas pertenecientes al régimen contributivo financian con una parte de su pago a las personas del régimen subsidiado, además de los recursos que dispone el estado. Sin embargo, debido a que en los últimos años se incrementó el desempleo en Colombia estos aportes han ido en decadencia contrario a las cifras en aumento de población vulnerable que requiere de la atención en salud. Al respecto, según informe de *"Así vamos en salud":* "el crecimiento del régimen subsidiado, pasó de participar en un 24% en el año 2000 a un 49,7% en el año 2022". Así las cosas, este panorama es una causa más para la insostenibilidad financiera que tiene el sistema, puesto que se salió de control las estimaciones económicas que en un principio se hicieron sin contar que la población subsidiada iba a superar la contributiva.

Por consiguiente, aunque se disponga de un sistema de salud universal y solidario, no es posible determinar que sea totalmente eficiente, además de las variables anteriormente nombradas la mayor parte de responsabilidad de que este principio no se cumpla a cabalidad se

lo llevan las EPS, teniendo en cuenta que su participación en el sistema ha sido restringida para con los usuarios en los servicios de salud, además de que muchas de ellas han carecido de sostenibilidad financiera para garantizar tales servicios. Tal como lo afirma Mendieta (2020):

> El modelo de intermediación de las EPS en Colombia lleva mucho tiempo en entredicho. Los recursos de la salud han sido utilizados en actividades ajenas a garantizar el derecho. Frente a la mala prestación del servicio, denuncias por corrupción y la incapacidad económica, varias aseguradoras han tenido que ser intervenidas y liquidadas, dejando deudas multimillonarias a las IPS e incluso llevando a su quiebra. (Párr. 17)

5.1. Las dinámicas de Financiamiento que ha sostenido la salud en Colombia.

De acuerdo al modelo anteriormente expuesto denominado *"pluralismo estructurado"* es importante destacar las funciones esenciales que contrae este modelo, como: la financiación, aseguramiento y prestación de servicios. Es preciso determinar que en la ley 100 de 1993 predominó el financiamiento, incorporando recursos provenientes de las cotizaciones e impuestos y a su vez otorgando la administración de estos recursos a las EPS, para la atención de usuarios afiliados y no afiliados y los diferentes programas de salud pública. Tal como lo define el Ministerio de Salud en su informe final del Programa apoyo a la reforma de salud:

> En el sentido propuesto el financiamiento, se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación de fondos reales o virtuales, que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios.

Dado lo anterior, se puede decir que la implementación de este modelo, buscaba aumentar la demanda a servicios de salud eliminando las barreras financieras que no permitían el

acceso a buena parte de la población, y en donde la participación del financiamiento representa un elemento de gran importancia para articularlo dentro de la responsabilidad de las partes involucradas como el gobierno, ministerio de salud, prestadores entre otros. Es así como entre las funciones más específicas del pluralismo estructurado, se encuentra el diseño financiero, el cual según Franco (2008) su función radica en:

> Incrementar la cobertura y la calidad, los sistemas de salud deben equilibrar la movilización de los recursos requeridos y la contención de costos, mediante un diseño cuidadoso del esquema financiero, como algo diferenciado de su operación y establecimiento claro de reglas financieras, esencial para lograr una reforma sustentable. (pág. 14)

Por otro lado, para llevar a cabo la política de financiamiento se establece por medio de la ley, la forma en que el Gobierno hará uso de los recursos de la nación para lo cual asignará un rubro presupuestal dirigido a educación, salud, vivienda entre otros. Al respecto, Aguirre (2022) dice: *"El presupuesto público es una de las herramientas fundamentales para la ejecución de la política económica por parte del Estado"* de esta manera permite al Estado llevar a cabo el plan de desarrollo propuesto para beneficio de la población en aras de dar cumplimento a los diferentes programas dirigidos para lograr el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos.

Ahora bien, el sistema presupuestal de la nación se desarrolla bajo diferentes parámetros que le permite estrechar su esquema financiero de inversión y gasto con los programas macroeconómicos que considere el gobierno, en beneficio de lograr un desarrollo social y económico para el país, convirtiéndose en un instrumento para llevar a cabo el plan nacional de desarrollo (PND).

De acuerdo con el estatuto compilado en el Decreto 111 de 1996, el módulo 3 de función

pública (2014) define:

> El sistema presupuestal está constituido por el plan financiero, PF, el POAI, y el presupuesto anual de la Nación. La Ley 819 de 2003 incluyó al PF como parte del Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), Junto con la fijación de metas de superávit fiscal y de sostenibilidad de la deuda.

Dicho lo anterior, el sistema presupuestal da inicio con el Plan Financiero (PF), en el que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, preparan el presupuesto anual de ingresos, gastos, excedentes y requerimientos necesarios para llevar a cabo el PND, que presentará al Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES, también se encuentra el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) donde el Gobierno presenta al Congreso de la República, las proyecciones y resultados de su política fiscal. En el Plan Operativo Anual de Inversiones POAI, se estipulan a detalle los proyectos y programas de inversión de acuerdo al monto disponible en el PF y deberá ser aprobado por el CONPES.

En ese mismo contexto, el presupuesto anual de la nación, tiene como propósito establecer las decisiones presupuestales de forma estratégica, con el fin de otorgar los recursos asignados a los departamentos y municipios, que les permitan dar cumplimiento a los planes y programas de desarrollo económico y social para mantener una sostenibilidad financiera y fiscal. Esto conlleva a determinar diferentes lineamientos y procedimientos para ejercer la política presupuestal de cada entidad territorial, sirviendo como instrumento para el cumplimiento del PND. De acuerdo con la estructura definida en el estatuto presupuestal Decreto 111 de 1996 artículo 11. El presupuesto tiene básicamente tres partes:

- **El Presupuesto de Rentas** contendrá la estimación de los ingresos corrientes de la Nación; de las contribuciones parafiscales cuando sean administradas por un órgano que haga parte del

Presupuesto, de los fondos especiales, de los recursos de capital y de los ingresos de los establecimientos públicos del orden nacional.

- **El Presupuesto de Gastos o Ley de Apropiaciones**. Incluirá las apropiaciones para la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la fiscalía general de la Nación, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la República, la Registraduría Nacional del Estado Civil que incluye el Consejo Nacional Electoral, los Ministerios, los Departamentos Administrativos, los Establecimientos Públicos y la Policía Nacional, distinguiendo entre gastos de funcionamiento, servicio de la deuda pública y gastos de inversión, clasificados y detallados en la forma que indiquen los reglamentos.
- **Disposiciones generales.** Corresponde a las normas tendientes a asegurar la correcta ejecución del Presupuesto General de la Nación, las cuales regirán únicamente para el año fiscal para el cual se expidan (Ley 38 de 1989, art.7; Ley 179 de 1994, arts.3, 16 y 71; Ley 225 de 1995, art. 1).

Otro medio de financiamiento para la salud en Colombia corresponde al Sistema General de Participaciones, creado con la intención de atender servicios de salud, educación, agua potable y saneamiento básico, afianzándose en un proceso de descentralización del estado, con el fin de garantizar la prestación de servicios públicos y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos otorgando dichas transferencias a los departamentos, distritos o municipios del territorio nacional.

Al respecto, Bonet et al (2014) señalan que:

> Para la distribución de los recursos, la Ley 715 de 2001 inicialmente descontaba el 4% de los recursos del SGP para ser distribuido entre los resguardos indígenas (0,52%), municipios ribereños al río Magdalena (0,08%), municipios y distritos para programas de

> alimentación escolar (0,5%) y para el FONPET (2,9%). Una vez 13 descontados estos recursos, la participación para el sector educativo se estableció en 58,5%, para el sector de la salud fue de 24,5% y para propósito general el restante 17%. (Pág. 47).

En ese sentido, el Sistema general de Participaciones, de acuerdo al porcentaje de distribución que ejecuta al sistema de salud pública, es asignado en primera instancia para efectuar la vinculación de régimen subsidiado, aquella población sin capacidad de pago con el fin de garantizarle los servicios de salud a cargo de las EPS, en segundo lugar, los programas de Salud Pública y el Plan de intervenciones colectivas PIC y la parte restante del rubro, se destina al Subsidio a la oferta con el fin de apoyar la operación en servicios de salud y tecnologías a las instituciones territoriales de difícil acceso como también donde se encuentran los monopolios en servicios no sostenibles.

De esta manera, se establece la normativa para llevar a cabo los anteriores lineamientos tal como lo indica Consultor salud (2022), en su artículo:

> Con la expedición de la ley 1955 de 2019, se modificaron las competencias de las entidades territoriales establecidas en la citada ley 715 de 2001, determinando el tenor de los artículos 231 y 233 que, de una parte, a partir del año 2020 corresponde a la nación la financiación de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la unidad de pago por capitación- UPC del régimen subsidiado, y de otra, la redistribución de los recursos de la Participación para salud del sistema General de Participaciones, así: El 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al régimen subsidiado, el 10% para el componente de salud pública y el 3% para el subsidio a la oferta.

Además, del financiamiento el gasto social en salud representa uno de los elementos más importantes de los sistemas de salud el cual genera la provisión de beneficios por parte de las

instituciones públicas y privadas a los hogares e individuos en especial a los más necesitados y vulnerables a través, de diferentes programas entre los que se destacan; gasto en Protección en Salud Pública, vacunación, mejoramiento de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos. Aunque en Colombia la atención en salud es insuficiente e inadecuada para las necesidades que tiene la población, se busca crear políticas de prevención y predicción para ejecutar eficientemente el gasto público.

De esta manera, el gasto total de salud en Colombia lo constituye: el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado en salud, tal como lo define Osorio (2017):

> El gasto público directo es aquel que realizan el Ministerio de la Protección Social (MPS) y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos) (..) gastos de seguridad social de régimen subsidiado, gastos de atención a personas que no se encuentran afiliadas al sistema, los gastos de dependencias y programas oficiales y el FOSYGA. El gasto en seguridad social en salud corresponde al régimen contributivo y está basado en cotizaciones. (..) se realiza a través de las EPS y los regímenes especiales. El gasto privado total, comprende el gasto realizado en la atención de la salud por parte de los seguros privados voluntarios, (..) comprende pólizas de salud y de accidentes personales, otros gastos privados los constituyen los planes de medicina prepagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo. (pág. 18).

6. Metodología

6.1. Método de Estudio.

Considerando el desarrollo de la monografía descrita en los apartados de este documento, es necesario identificar aquellos elementos metodológicos que permitirán saber cómo se llevará a cabo la misma, lo cual implica conocer aspectos fundamentales como: el tipo de metodología a utilizar, el método de estudio, las técnicas de recolección de información y la población y muestra. En este sentido, se propone inicialmente el uso de la metodología de investigación mixta, de acuerdo con Sampieri, et al. (2008):

> Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Con relación a lo antes mencionado, en la aplicación de la metodología de enfoque mixto se podrá establecer una relación documental integrando datos cuantitativos y cualitativos frente a la estructura financiera que sostiene actualmente el sistema de salud en Colombia y lo que pretende llevar a cabo la reforma a la salud que propone el actual Gobierno, teniendo como base información de los diferentes documentos gubernamentales e institucionales involucrados en el objeto de estudio de manera que, permita interpretar los cambios que se podrán generar tanto en el aspecto financiero como en el social del sistema de salud colombiano.

En ese sentido, contemplando el tipo de metodología planteada se retoma el método descriptivo, con el cual será posible identificar y caracterizar las dinámicas financieras que ha sostenido el sistema de salud desde la implementación de la Ley 100 de 1993 y las

normatividades más relevantes que se han dado a lo largo de los 30 años de funcionamiento con lo cual se establecerá un análisis en contraste con las fuentes, usos y gestión de recursos que propone la reforma a la salud 2023. Al respecto, Hernández, et al. (2014) plantea que:

> Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

De este modo, se podrá determinar de manera clara si con la nueva propuesta para la reforma de la salud se subsanan o reiteran los problemas más trascendentales del sistema de salud en Colombia teniendo en cuenta que la reforma en mención busca transformar radicalmente aspectos concernientes al manejo de recursos el cual influye en los principales mecanismos de cambio preventivo y predictivo con el que el Gobierno actual busca fortalecer este modelo de salud.

6.2. Técnicas para la Recolección de la Información

De acuerdo, a la metodología y método planteado, es necesario seleccionar las herramientas apropiadas para la recolección de la información, a partir de la cual se podrá realizar de forma acertada el análisis de la temática escogida dentro de la monografía, para ello se considera necesario el uso de técnicas como la revisión documental. Es significativo expresar que esta técnica se adapta totalmente a las necesidades que en cuanto a los datos requiere el estudio, pues permiten un acercamiento con la problemática.

De este modo, Arias (2012), afirma que:

La investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios; es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos.

Por tal razón, esta técnica permite recolectar toda la información relacionada con los aspectos normativos más importantes, los cuales se fundamentan en la Ley 100 de 1993 y el proyecto de ley de la reforma a la salud 2023 en Colombia, cuyos elementos son piezas clave para el objeto de estudio, asimismo documentos institucionales del Ministerio de Salud y Protección Social, La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), además, de algunas bases de datos, tesis, artículos de periódicos y revistas, entre otros, los cuales pueden ser consultados a partir de la literatura existente hasta el momento.

6.3. Fuentes Primarias y Secundarias

En esta investigación, no se cuenta con fuentes primarias, dado que como se menciona anteriormente, el presente trabajo constituye la recolección de información de diferentes documentos impresos y digitales sintetizados que corresponden a fuentes secundarias teniendo en cuenta que la información es consultada, revisada y clasificada para identificar las variables del estudio en mención las cuales contribuyen al aporte de nuevos conocimientos como también a la crítica e interpretación de estos.

6.4. Sistematización de la Información

De acuerdo con la información seleccionada para dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo, es necesario manifestar que se identifica información cuantitativa referente a las fuentes de financiamiento del sistema de salud actual y la Reforma propuesta la cual es adaptada

en gráficas y tablas que permite ser interpretada a través de análisis estadísticos y econométricos realizados por partes interesadas que conllevan a resultados discutidos en el ámbito académico.

7. Capítulo I Descripción de la forma de financiamiento actual del sistema de salud de acuerdo con la ley 100 de 1993.

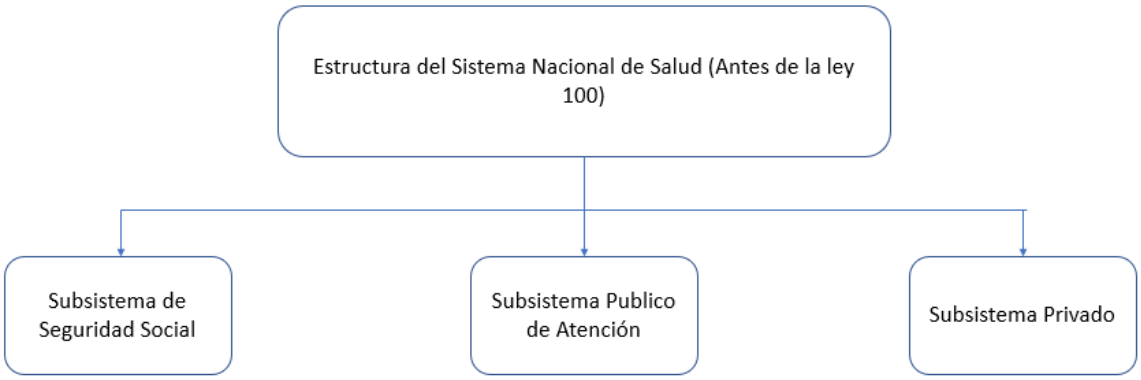
En el siguiente capítulo se analiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que desapareció a partir de la ley 100 de 1993, se inicia con una descripción del anterior sistema de salud nacional, explicando su estructura, sus subsistemas y las causas de su desaparición. Posteriormente se enfoca en la ley 100 de 1993 mencionando su estructura, centrándose en el sistema de salud, sus regímenes y su normativa de financiación. A continuación, la investigación aborda la descripción de los problemas financieros que enfrenta el SGSSS haciendo una evaluación financiera de las EPS, de los recobros, de la forma de pago y financiación. Para finiquitar con una conclusión que plantea la necesidad de una nueva reforma a la salud.

7.1. Descripción del Sistema de Salud Nacional (Antes de la ley 100 de 1993)

La siguiente sección se centra en conocer los aspectos generales del Sistema Nacional de Salud, que rigió antes de la implementación de la ley 100 de 1993, y para comprender de mejor manera el contexto de origen de la promulgación de la ley, es necesario dar una mirada general e histórica de cómo se origina el sistema de seguridad social en Colombia.

La lógica en la cual estaba envuelto este sistema, se puede encontrar en la Constitución de 1886, ya que en esta no se contemplaba el concepto de seguridad social, ni tampoco el servicio de salud como un derecho. Era un sistema muy disperso con grandes diferencias entre el sector público y el privado, que pretendía proporcionar una cobertura en el servicio de salud a toda la población colombiana. Así pues, el sistema nacional de salud se estructuraba de la siguiente manera:

Ilustración 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud (Antes de la ley 100)



Fuente: elaboración propia.

La figura 1, representa la estructura del sistema nacional de salud antes de la ley 100, demostrando que la estructura del Sistema Nacional de Salud estaba compuesta por tres subsistemas. El **primero** era el subsistema de seguridad social, encargado de brindar atención a los trabajadores formales del sector público y privado. El **segundo** era el público de atención, cuyo propósito era la atención médica a la población que no tenía ingresos suficientes para acceder al sistema privado. Finalmente, el **tercer** subsistema se ocupaba de las personas con recursos económicos suficientes para costear su atención médica.

A continuación, se hace una breve explicación de cada subsistema que conformaba el sistema nacional de salud, resaltando los problemas que ocasionaron su desaparición.

7.1.1. *Subsistema de Seguridad Social*

Esta sección, explica sobre el subsistema de seguridad social iniciando con el propósito por el cual se creó, la población objeto de atención, su financiación y los problemas que se originaron. Este subsistema, tenía como propósito la atención en salud y pensiones de los trabajadores formales del sector público y privado. Los primeros eran atendidos por las Cajas de

Previsión y los segundos por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), con el objetivo de cubrir toda la población de trabajadores formales del país, sin embargo, como se menciona a continuación, varios problemas estructurales, ocasionaron que al momento de su eliminación tuviese una cobertura no mayor al 22%, que correspondía solo al 50% de la fuerza laboral que tenía un empleador y estaba obligada a afiliarse tanto al ISS como a las Cajas de Previsión, con una financiación que estaría a cargo del estado, de los empleados y los empleadores, los cuales aportarían en cantidades iguales para el desarrollo de este subsistema. (Sánchez, 1997).

Dentro de este subsistema de seguridad social, se observaba una clara distinción entre los trabajadores formales del sector público y privado. Una de las principales diferencias radicaba en que cada uno de ellos contaba con una entidad específica encargada de proporcionar los servicios de salud. Además, existían otras diferencias significativas dentro del mismo subsistema, uno de los aspectos destacados era, el proceso de cotización dentro de este sistema de seguridad social privado, que se detalla de la siguiente manera:

> Se cotizaba para salud el 7% de los ingresos laborales de cada trabajador, a quien le correspondía pagar una tercera parte, con lo que se cubría en forma total con servicios de salud al afiliado y, a su cónyuge e hijos menores de un año, de una manera parcial. En algunas regiones del país que agrupaban a muy pocos afiliados al ISS, se extendió la cobertura total con los servicios de salud a la familia del trabajador, sitios en los que debía cotizar el 12%. Sánchez (1997)

Situación llamativa, ya que a pesar de estar dentro del mismo sistema y tener las mismas características de ser empleados formales del sector privado, no se tenía una tasa de cotización fija, sino que dependía en muchos casos de la cantidad de afiliados en la misma zona geográfica,

circunstancias que aumentaba los gastos de bolsillo[1] de las familias que necesitaban acceder al sistema de salud. Dejando ver una de las características por las cuales el sistema nacional de salud fracasaría unos años más tarde.

Un escenario similar, está presente dentro de este subsistema, pero en el sector público, sector que estaba a cargo de las cajas de previsión, las cuales prestaban atención a los trabajadores formales. Según Sánchez (1997) realizaban una cotización de la siguiente manera:

> La cotización a cargo del trabajador ascendía al 5% de sus ingresos laborales que se distribuían para cubrir la atención de la enfermedad y las pensiones. El resto de los costos por estos dos conceptos debían ser asumidos por el Estado, quien en última instancia era quien financiaba los presupuestos de dichas cajas. En algunas entidades del Estado, por acuerdos con los sindicatos, ni siquiera se hacían estos descuentos del 5%. Igualmente, las coberturas con servicios en salud al trabajador eran completas, pero con grandes variaciones en cuanto al tipo y cantidad de servicios ofrecidos a su familia, en los que en algunos casos el trabajador debía hacer aportes de su bolsillo, adicionales a la cotización, para obtener el cubrimiento de sus familiares.

Panorama que refleja los serios problemas que enfrentaba el sistema nacional de salud, en el que no existían una tasa fija de cotización, y en los peores casos, no se realizaba ninguna cotización, debido a consideraciones políticas. Estas prácticas, en última instancia, generaron un déficit en el sistema y aumentaron los gastos directos de las familias en atención médica. Por este motivo, sorprende que, a pesar de su ambiciosa intención de proporcionar una cobertura a toda la población colombiana, este sistema no haya logrado superar la cobertura, incluso 40 años

[1] Gastos directos para adquirir servicios de salud

después de su implementación.

7.1.2. *El subsistema público*

En este punto se explica sobre el subsistema público, iniciando con el propósito por el cual se creó, la población objeto de atención, su financiación y los problemas que se originaron.

El subsistema público de atención tenía como objetivo proporcionar servicios de salud a la población que no formaba parte del subsistema de seguridad social y que carecía de los recursos económicos necesarios para acceder al sector privado. Este subsistema estaba compuesto por una red de hospitales públicos organizados por niveles de complejidad, su administración y financiamiento estaban a cargo de las autoridades departamentales y el Ministerio de Salud.

Desde un punto de vista técnico, este sistema se diseñó para cubrir al 70% de la población; sin embargo, en la práctica, menos del 45% de la población tenía acceso a los servicios de salud, dejando aproximadamente al 25% sin acceso real a la atención médica. (Sánchez, 1997: pág. 15)

Este déficit en la cobertura, fue una de las principales razones por las cuales se dio fin al sistema nacional de salud, ya que el diseño de este sistema no respondía a las demandas sociales de la década de los noventa. En cuanto a la operación de este subsistema, esta estaba centralizada en el Ministerio de Salud y las direcciones departamentales de salud. Los municipios tenían un papel limitado, principalmente como proveedores de servicios, sin tener una influencia significativa en la gestión de la atención médica. Esta centralidad del subsistema público, generaba grandes ineficiencias en el sistema, además de varios procesos de corrupción, el papel de los municipios también incentivo al declive de este, porque los gobiernos municipales, al no entrar a ser parte de los organismos decisorios, no estaban incentivados a destinar un rubro

dentro de sus recursos propios para atender la red de hospitales públicos del país.

Respecto a la financiación de este subsistema, provenía de recursos públicos que se distribuían según criterios de pobreza y población. Sin embargo, en la práctica, esta distribución a menudo estaba sesgada por influencias políticas, lo que explicaba las grandes disparidades en el desarrollo del sector. Esto marcó un desarrollo desigual en todo el territorio nacional, ya que la principal fuente de financiación de este subsistema era el situado fiscal, el cual era entregado directamente a los Departamentos, cuyos gobernadores nombrados por el presidente de la república se encargaban de distribuirlo entre sus municipalidades. (Sánchez, 1997)

De tal forma que, los recursos en el mencionado subsistema público se entregaban de acuerdo al presupuesto estudiado de los años anteriores sin tener en cuenta las necesidades y problemáticas enfocadas al área operativa, administrativa y de atención del momento, lo que generaba un uso ineficiente de activos financieros, un alto grado de manipulación corrupta y una baja calidad en la prestación del servicio articulado por parte de estas entidades.

7.1.3. *Causas que originaron el cambio del Sistema Nacional de Salud*

En este punto, se abordan las causas que originaron el cambio del sistema nacional de salud por el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, se explican las principales razones como fueron las irregularidades frente a los aportes, las bajas tasa de cobertura, la inequidad y la prestación en el servicio.

El sistema experimentó una serie de irregularidades que se reflejaron en la cobertura, acceso, inequidades y aseguramiento en la prestación de servicios de calidad de manera integral para todos los ciudadanos, siendo así, el problema más representativo, el monopolio que incursionaba el Instituto de Seguro Social, que generaba un esquema estructural en salud ineficiente, desarticulado y con influencia de corruptos que manipulaban los gastos

presupuestales asignados al sector, desencadenó un grave y complejo escenario en el desarrollo de la funcionalidad eficiente y prestacional en salud para la población en general. Tal como lo menciona (Rocha, 2010):

> Cerca del 80% de la población no tenía un seguro de salud, el 25% aproximadamente no contaba con ningún tipo de servicio y acceso a la salud, el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos consagrado en la constitución nacional de 1991, era un sistema excluyente, desarticulado e ineficiente y de mala calidad.

Todo este contexto, generaba una imposibilidad del sistema nacional de salud para hacer frente a las exigencias de la sociedad, plasmadas en la Constitución de 1991, porque existían ineficiencias irrecuperables que afectaban la prestación del servicio de salud para la sociedad colombiana, originando un declive progresivo e irrecuperable de las dinámicas que le dieron vida a este sistema, que nunca alcanzó las metas propuestas en su elaboración y que al enfrentarse a nuevas y mayores exigencias reflejadas en el cambio constitucional de la década del 90, tuvo que ser eliminado para dar paso a la creación e implementación de la ley 100 de 1993, la que posiblemente respondería al contexto social de mayores demandas sociales.

7.2. Sistema de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993)

A continuación, este apartado se centra en explicar el Sistema de Seguridad Social Integral creado a partir de la ley 100 de 1993, para ello, se estudió el contexto en el cual nace esta ley, su estructura, su funcionamiento y su financiación.

7.2.1. *Contexto*

La siguiente sección se enfoca en entender el marco en el cual nace el sistema de seguridad social integral, que se basó en la ley 100 de 1993, explicando cómo se estructuró desde lo normativo y como se planteó en el inicio su financiamiento.

El sistema de seguridad social integral nace a partir de la ley 100 de 1993, en un escenario social que demandaba mayores derechos civiles y una mayor participación del Estado en busca del bienestar social. Demandas que se vieron reflejadas en la elaboración de la Constitución Política de 1991, que marcó un antes y un después, en el reconocimiento de derechos civiles en la sociedad colombiana, uno de los más importantes fue el derecho a los servicios de salud, reconocimiento que se vio materializado en la ley 60 y 100 de 1993 que sentó las bases en el país, para la operación y financiación del nuevo sistema de seguridad social, dejando atrás el Sistema Nacional de Salud que respondía a los derechos plasmados en la Constitución de 1886, para dar vía libre al nuevo Sistema de Seguridad Social Integral, basado en el reconocimiento de nuevos derechos, siendo el primer intento serio en el país por parte del Estado, en alcanzar un sistema de seguridad social universal, como lo explica Tarazona (2010):

> En Colombia desde los primeros años de su etapa republicana comenzaron a sentarse las primeras bases de la Seguridad Social. Durante el siglo XX hubo avances significativos ya por iniciativa individual, colectiva o estatal, ya por influencia de doctrinas y sistemas foráneos o ya por la urgente necesidad de atender a la población más vulnerable, pero solo hasta la expedición de la Ley 100 de 1993 la Seguridad Social se estructuró en el país como un sistema organizado y coherente.

La elaboración del nuevo sistema, estaba basado en el cambio del servicio de salud a nivel constitucional, al dejar de ser considerado de asistencia pública, a ser un derecho irrenunciable, lo que significaba que este servicio, tenía que ser garantizado a la población bajo la responsabilidad del Estado, teniendo este último que asignar dentro del presupuesto público de la nación, un rubro que garantizara este derecho.

Así, en medio de demandas sociales y de cambios normativos, nace el nuevo sistema de

seguridad social, que tenía como principal objetivo, mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de salud y extender la atención a más de 15 millones de personas en situación de pobreza absoluta, que anteriormente no habían sido cubiertas por el antiguo sistema.

7.2.2. *Estructura de la Ley 100 de 1993*

En este punto, se explica cómo se rige su estructura según la ley que dio su nacimiento, viendo el esquema general del sistema integral de seguridad social. La estructuración de este nuevo sistema de seguridad social en el país, fue motivado por el propósito de generar un mercado regulado, abierto y competitivo que promoviera la competencia y gradualmente estableciera un seguro social universal en el país. (Sánchez, 1997)

Propósito que pretendía a partir de la competencia del mercado y la elección racional de los consumidores, alcanzar un sistema de seguridad social competitivo que garantizara la cobertura universal con lógicas que iban de la mano con la apertura comercial implementada en el país en la década del noventa.

La estructura inicialmente planteada por la ley 100 del nuevo sistema de salud, se resumen en el siguiente gráfico (Tarazona,2010).

Ilustración 2 Estructura del Sistema integral de Seguridad Social (Ley 100 de 1993)

Fuente: elaboración Propia

La figura 2, muestra la estructura del Sistema integral de seguridad social, creado a partir de la Ley 100 de 1993. Está compuesto por cuatro distintos sistemas, con las siguientes funciones: estructuras, organismos de control y sistemas de financiación diferentes. La investigación que se está llevando a cabo, se limitó únicamente al Sistema General en Salud para el cual se describe la estructura y la financiación inicialmente planteada por la ley 100/93.

7.2.2.1.Sistema General en Salud

A continuación, se señala la estructura del Sistema General en Salud.

El sistema general de salud se estructuró mediante la creación de diversas entidades tanto en la dirección, vigilancia y control como en las funciones de ser garantes del servicio y prestadores del mismo. De modo que, se crearon las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que podrían ser de carácter público, privado o mixto, que eliminaba el monopolio estatal y que son las encargadas de prestar y garantizar el servicio de salud (Sanchez,1997), siguiendo la lógica de competencia en el mercado ya que compiten por los afiliados, generando así un mejor servicio y garantizando su supervivencia en función de su desempeño.

Estas entidades cumplen un papel fundamental a la hora de garantizar la operación dentro del sistema de salud, ya que las EPS, son las encargadas de la afiliación y el aseguramiento de la prestación del servicio a los usuarios y las IPS, las responsables de generar la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud.

Este último denominado en la ley 100, como el régimen de beneficios, tiene como objetivo, crear las condiciones de acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS)[2] para todos los

[2] Más adelante denominado PBS

habitantes antes del año 2001, este plan será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que reglamenta y limita los servicios y medicamentos que serán autorizados para permitir "*la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías*" (Ley 100, 1993).

Lo mencionado anteriormente, tiene como fin establecer reglas claras frente a los alcances de este nuevo sistema, además de ser un método de control presupuestal, ya que no todos los procedimientos ni medicamentos son permitidos dentro de la atención a la salud, solo aquellos que el Consejo Nacional determina como esenciales. Dentro de este POS, se diferencia la atención entre el régimen contributivo y el subsidiado, el primero tiene como característica el pago de cuotas moderadoras con el objetivo de moderar su uso y el segundo, será un POS que se alcanzará de manera progresiva antes del año 2001.

Tanto las EPS como las IPS, están subordinadas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sobre el cual recae la dirección del sistema teniendo como principal facultad la de concertar y adoptar medidas administrativas y financieras, en colaboración con el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, las cuales también se encargaban de la dirección, vigilancia y control del sistema. (Sánchez, 1997)

Teniendo el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) como funciones consagradas en la ley, el definir el POS, para ambos regímenes, definir el monto de la cotización, definir el valor de la unidad de pago por capitación (UPC), definir el valor del régimen subsidiado, definir los medicamentos esenciales y genéricos, definir los criterios generales de selección de los beneficiarios, definir el método que aplicaran las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades, enfermedades y licencias.(Ley 100, 1993)

Dentro de las funciones anteriormente nombradas, cabe destacar una, que posee vital importancia dentro de la estabilidad financiera del sistema. Es el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que, según la ley, se entiende como un valor per cápita, que reconoce el SGSSS a cada EPS, por cada afiliado y que estará en función de un perfil epidemiológico de la población. (Ley 100,1993).

Siguiendo la línea de los organismos de control dentro del sistema de seguridad social, (SSS), está el Ministerio de Salud, que según la ley 100, tiene como funciones formular y adoptar estrategias, programas y proyectos para el sistema de salud, dictar normas científicas que regulen la calidad, expedir normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las EPS, elaborar estudios y propuestas que requiera en el CNSSS y ejecutar la supervisión, vigilancia y control de todas la entidades excepto la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Esta última, tiene como funciones verificar la prestación del POS por cada EPS, verificar el cumplimiento de los requisitos de las EPS, vigilar y controlar el pago de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, imponer multas y ejercer la inspección, control y vigilancia de la EPS sin importar su naturaleza jurídica. Por lo tanto, la estructura del SGSSS se basa en la creación de instituciones como las EPS y las IPS que son las encargadas de garantizar y de prestar el servicio de salud a todos los ciudadanos que tengan o no recursos económicos, dentro de este sistema se distinguen dos regímenes que se diferencia en sus fuentes de financiación y en sus beneficiarios, siendo el régimen contributivo creado para las personas y familias con ingresos económicos suficientes para financiar mediante la cotización el servicio de salud, y el régimen subsidiado para las personas que no poseen los ingresos económicos suficientes. Este sistema opera bajo la batuta del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el cual junto a la Superintendencia y el Ministerio de Salud realizan control y vigilancia.

7.2.2.2.Financiación

En este punto se explica, la financiación planteada en la ley 100 de 1993, respecto a los mecanismos de financiación, uno de ellos es: el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que se originó como:

> Una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social administrada por encargo fiduciario cuyo propósito era la financiación y/o cofinanciación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El FOSYGA estaba constituido por la subcuenta de compensación del régimen contributivo, la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, la subcuenta de promoción de la salud y la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y de accidentes de tránsito (ECAT). Granger, et al. (2023)

Fue un proceso que vino acompañado por cambios radicales frente a la financiación que poseía el antiguo sistema, como fue unificar las contribuciones en ambos regímenes, al elevarlas del 7% al 12% de los ingresos laborales de los trabajadores, hacer obligatoria la afiliación, ampliar la cobertura a las familias de los cotizantes, establecer un plan obligatorio de salud y una unidad de pago por capitación. (Sánchez, 1997).

Estas acciones, que iban enfocadas a resolver los principales problemas que presentaba el antiguo sistema, como eran la falta de una financiación constante y clara por parte de los cotizantes, un trato preferencial que originaba desequilibrios financieros dentro del sistema y una cobertura incompleta para los hogares que dependían de diversos factores lo que ocasionaban un aumento en el gasto de bolsillo en las familias. Todas estas acciones aumentaban el monto de financiación del SGSSS, que, a partir de las subcuentas del FOSYGA, generaba la irrigación financiera del sistema.

Cada una de las subcuentas que conforman al FOSYGA tiene diferentes fuentes de

financiamiento, por ejemplo, la subcuenta de compensación tiene como fuente principal de ingresos las cotizaciones realizadas por los afiliados al régimen contributivo, recursos con los cuales el Estado garantiza el pago a las EPS del UPC por cada afiliado. Montos que recaudan las EPS y luego de establecer el monto por UPC, se giran el excedente al FOSYGA o reclaman más recursos de esta subcuenta.

La subcuenta de solidaridad se financia mediante un 1,5% de las cotizaciones del régimen contributivo y los aportes del PGN, entre otros, recursos que eran utilizados en el cofinanciamiento del régimen subsidiado.

La subcuenta de promoción se financia mediante el 1% del porcentaje de cotización y con transferencias del Ministerio de Salud y Protección Social, además con la creación de nuevos impuestos a los explosivos y armas de fuego y explotaciones petroleras. Estos recursos se asignan a las actividades de información, educación y fomento de la salud.

La subcuenta de accidentes de tránsito y riesgos catastróficos se financia mediante las transferencias de los asegurados que expiden el Seguro de Accidentes de Tránsito (SOAT), recursos que se asigna al pago de las personas que no tuvieran cobertura del SOAT o las personas que fueron afectadas por un evento terrorista o catastrófico.

En 2011 atendiendo a la crisis provocada por los recobros en el SGSSS, se creó la subcuenta de garantías para la salud, que se financiaban mediante los aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN), con el objetivo de suministrar liquidez a las EPS e IPS y asegurar así su funcionamiento.

Todas las anteriores subcuentas del FOSYGA conforman los mecanismos de financiación del SGSSS, a partir de los cuales fluyen los recursos financieros para el funcionamiento del sistema, aclarando que a pesar, de ser un intento serio de diseñar un sistema de salud universal en

el país con la integración de todos los sectores, hubo sectores sociales que mantuvieron los esquemas especiales que tenía antes de la ley 100, como son las fuerzas armadas, educadores y trabajadores de las empresas petroleras.

7.2.3. *Régimen Contributivo y Subsidiado*

Dentro de la estructura del SGSSS en Colombia existen dos regímenes en los cuales se dividen la población para acceder al servicio de salud, a continuación, se explica cada uno de los regímenes de acuerdo con su finalidad, su operación y sus fuentes de financiamiento.

7.2.3.1.Régimen Contributivo

Uno de los regímenes dentro del SGSSS es el régimen contributivo, para esta sección se profundiza en la finalidad, operación y fuentes de financiación del régimen contributivo en Colombia.

7.2.3.1.1. *Finalidad del Régimen Contributivo*

El principal objetivo del régimen contributivo es garantizar la prestación de servicios de salud a los individuos y sus familias con capacidad de pago, a través de la cancelación de una cotización o contribución económica que le asigna según sus ingresos laborales, realizando el pago mes a mes a la EPS. Este aporte es compartido por el empleador y el empleado, y en el caso de trabajadores independientes, éste asume la totalidad de la cotización y a los pensionados les corresponde un porcentaje de acuerdo al salario.

7.2.3.1.2. *Afiliación y Contribuciones.*

Cada ciudadano colombiano que cuente con ingresos laborales de un salario mínimo o superior tiene la obligación de afiliarse a una EPS de su elección para aportar al sistema y pertenecer al régimen contributivo con el fin de obtener las garantías que tiene el Sistema de Salud y preservar su financiación de acuerdo al pago de los afiliados, al respecto, Granger, et al.

(2023) *"La tarifa sobre el salario base de cotización se fijó inicialmente en 12% y luego se aumentó al 12,5% en el año 2007."* De esta manera se vincula al SGSSS el trabajador y sus familias para recibir los servicios de salud. Tal como lo señala Peñaloza, (2015):

> El régimen contributivo opera a través del aseguramiento que en forma individual ofrecen las EPS a los afiliados que libremente las eligen. Los recursos para financiar el plan de beneficios provienen básicamente de fuentes parafiscales que aportan al sistema tanto empleados como empleadores. Dichos recursos pertenecen al FOSYGA y los recaudan las EPS por delegación.

Cabe destacar que, una vez realizada la afiliación al régimen contributivo, el aportante tiene derecho a la prestación del servicio y a las tecnologías requeridas ya que las EPS tienen como finalidad garantizar el aseguramiento a la salud tanto para los cotizantes como para los beneficiarios.

7.2.3.1.3. ***Distribución de los Aportes.***

Recién instaurada la ley 100 de 1993 las cotizaciones de los trabajadores recaudadas por las EPS se distribuyen de la siguiente manera:

> El 1% se destina a financiar el régimen subsidiado otro porcentaje se utiliza para cubrir el valor de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) del trabajador y su familia Un monto adicional se reserva para pagar las incapacidades laborales de los afiliados.

Cualquier excedente resultante se transfiere al Fondo de Solidaridad y Garantía, que redistribuye estos recursos entre las EPS con déficit. Estos mecanismos promueven la solidaridad con el régimen subsidiado y la compensación dentro del régimen contributivo. (Sánchez, 1997).

Actualmente, las cotizaciones que realizan los trabajadores dependientes e independientes

y pensionados, cuyo monto es del 12.5% del ingreso base de cotización, para el caso de los trabajadores dependientes se fija el 8,5% para el empleador y el 4% lo asume el trabajador, los trabajadores independientes asumen la totalidad del 12,5% y para los pensionados pasaron del 12% al 4% del ingreso de mesada pensional de acuerdo con un SMLV.

7.2.3.1.4. ***Derechos del Afiliado.***

Por esta contribución tiene derecho a afiliar a su familia, recibir un subsidio en caso de incapacidad por enfermedad, un subsidio en caso de licencia de maternidad y recibir una amplia gama de servicios como: protección integral para la salud en caso de enfermedad general o maternidad, promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades. (función Pública)

7.2.3.1.5. ***Cuotas Moderadoras y Copagos:***

Para el caso de otra de las fuentes de financiación del régimen contributivo, como son los copagos y cuotas moderadoras, su recaudo prácticamente está asegurado para las EPS, por cuanto el pago por parte del usuario se realiza previo al uso de los servicios y como requisito para la prestación de éste.

El Ministerio de Salud y Protección Social los define de la siguiente manera:

Copagos: Son los aportes en dinero que deben realizar únicamente los beneficiarios, de acuerdo con el Ingreso Base de Cotización del afiliado cotizante, los cuales corresponden a una parte del valor del servicio prestado y tienen como finalidad ayudar a financiar el Sistema. Estos copagos tienen un tope máximo por la atención de una enfermedad en el mismo año calendario y un tope máximo acumulado por atención de distintas enfermedades.

***Cuota moderadora*:** Es un aporte en dinero que debe ser pagado por todos los afiliados

(cotizantes y beneficiarios) cuando se asiste al médico general, al especialista, al odontólogo o a consulta con un profesional paramédico. También cuando se reciben medicamentos, al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso. Su valor varía de acuerdo con el ingreso base de cotización del trabajador dependiente o independiente.

Sin embargo, algunos servicios están exentos de cobro, particularmente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los de prescripción regular, como el tratamiento de la epilepsia, la hipertensión, el asma y la diabetes. Guerrero, et al. (2011).

Lo anterior facilita el recuento de estructura el régimen contributivo, además de dar una idea sobre el equilibrio dentro de este régimen, que depende de varios factores, por ejemplo; el número de afiliados, el control de la evasión en el pago de las cotizaciones, el cálculo adecuado del valor y contenido del paquete de beneficios, la gestión de los costos de atención médica y la inflación en el sector de la salud (Sánchez, 1997).

Es una estructura diseñada para garantizar la prestación de servicios de salud a la población trabajadora y sus familias en Colombia, al mismo tiempo que promueve la equidad y la solidaridad en el sistema de salud del país.

7.2.3.2.Régimen Subsidiado

Uno de los regímenes dentro del SGSSS es el régimen subsidiado y en esta sección, se profundizará un poco en la finalidad, operación y fuentes de financiación del régimen subsidiado en Colombia.

7.2.3.2.1. *Finalidad del Régimen Subsidiado.*

El régimen subsidiado en salud en Colombia tiene como objetivo fundamental garantizar la cobertura de los servicios de salud a la población que carece de capacidad de pago. Esto se

logra mediante la financiación a través de subsidios del Estado. Este grupo de beneficiarios suele estar compuesto por personas que residen en zonas rurales dispersas y de difícil acceso, así como por aquellos que viven en áreas urbanas con limitaciones económicas (Sánchez, 1997).

7.2.3.2.2. ***Estructura y Operación.***

El sistema se estructura principalmente a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que son las entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud. Estás ARS pueden ser de tres tipos: EPS, cajas de compensación familiar y empresas solidarias de salud. Cada ARS recibe del Estado una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPCS), que se utiliza para proporcionar a los afiliados el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) (Sánchez, 1997).

7.2.3.2.3. ***Cobertura de Servicios.***

Los servicios que no están incluidos en el POS deben ser cubiertos por los hospitales públicos, que reciben subsidios directamente del Estado en lo que se conoce como subsidio a la oferta (Sánchez, 1997).

7.2.3.2.4. ***Selección de Beneficiarios:***

Para la identificación de posibles beneficiarios, cada municipio lleva a cabo un proceso de identificación y selección de beneficiarios de los subsidios, a menudo utilizando el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). A través de este proceso, se identifican a las personas que no cuentan con recursos económicos suficientes para acceder a los servicios de salud y se les asigna un carnet de identificación que les permite seleccionar la ARS a la que desean afiliarse.

7.2.3.2.5. ***Fuentes de Financiación:***

Las fuentes de financiación para el régimen subsidiado están establecidas por la Ley 60 y

la Ley 100 de 1993 las cuales son:

Aportes del Presupuesto General de la nación: El presupuesto general de la nación (PGN) constituye el instrumento financiero más importante dentro de la política fiscal, en este presupuesto se establecen los montos del gasto público, dentro de este PGN una de las partidas sobresalientes es el presupuesto destinado por el Estado al SGSSS, en 2022 se destinaron del PGN más de 400 billones de pesos que representaron cerca del 27% del PIB.

El sistema general de participaciones (SGP): Proviene de las transferencias obligatorias de los ingresos de la nación. Este sistema fue creado en el 2001 para reemplazar al situado fiscal, que cumplía esta función desde 1993. La principal característica de estas transferencias es que tienen un propósito y mecanismos de asignación específicos (salud, educación y propósito general). En la partida de salud (24.5%), las distribuciones han variado desde financiar la atención del primer nivel, hasta la cobertura plena y sostenible. (Rodríguez, 2005).

Es así como, las entidades territoriales reciben estos giros de parte de la Administradora de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para financiar el aseguramiento en salud del régimen subsidiado, programas de salud pública y subsidio a la oferta.

El Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía, (FOSYGA): financiado principalmente con aportes del régimen contributivo y complementado por el gobierno nacional. Este sistema fue reemplazado en 2017, tal como lo menciona Granger, et al. (2023):

Una fracción de los recursos del sistema de salud se administraba a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Este Fondo estaba dividido en cuatro cuentas, dentro de las cuales se destacan la de compensación, que atendía el régimen contributivo y la de solidaridad,

que cofinanciaba el régimen subsidiado. Con la creación en 2017 de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), las fuentes de ingreso se centralizan para asegurar una mejor gestión y un flujo adecuado de los recursos.

Rentas Cedidas: La ADRES tiene también la función de administrar y recaudar estos recursos que las entidades territoriales de departamentos y municipios aseguran con base a impuestos nacionales para financiar las necesidades en salud propias de su localidad. Según, la ADRES estos son:

- Explotación del Monopolio de Juegos de Suerte y Azar
- El impuesto a Licores, Vinos, Aperitivos y Similares
- El Impuesto al consumo de Cervezas, Sifones y Refajos
- El componente Ad Valorem al Impuesto de Cigarrillos, Tabacos Elaborados
- El componente específico al Impuesto de Cigarrillos, Tabacos Elaborados.

Otras Fuentes: Los recursos propios de las entidades territoriales, aporte de las cajas de compensación, recursos provenientes de regalías, rendimientos financieros que produzcan todos los recursos destinados a financiar el régimen, aportes de gremios y otras organizaciones, y los aportes de los beneficiarios de subsidios parciales para lograr el subsidio pleno, o para acceder al POS del régimen contributivo. (Polanía, 2015). Estas múltiples fuentes de financiación buscan garantizar la sostenibilidad del régimen subsidiado y brindar atención médica a aquellos que más lo necesitan en Colombia.

7.2.4. *Normativa del financiamiento de la salud en la reforma de 1993*

Sin lugar a dudas, uno de los factores más importantes de una ley es su normativa, para la ley 100 de 1993 no es la excepción, a continuación, se repasan las modificaciones a los artículos de la ley que se realizaron para enfrentar los desafíos financieros que enfrenta el SGSSS desde su

creación.

7.2.4.1.Normativas que modificaron el financiamiento

El sistema actual viene funcionando hace más de 30 años, periodo en el cual se han realizado ajustes para garantizar una mejor asignación y mayores recursos. La intención en esta sección es hacer un recorrido sobre los cambios normativos que tuvieron efectos en la financiación del SGSSS. Según Espinal, et al. (2022), la reforma de 1993 en Colombia significó un cambio importante en el financiamiento del sistema general de seguridad social en salud, que implicó el fortalecimiento público y la disminución del gasto privado, modelo en el cual el gasto público asume un predominio en el financiamiento con recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social y de los impuestos. Condición necesaria, ya que el sistema actual tiene como objetivo la creación de un sistema de salud universal, en el cual la participación del Estado como principal pero no único financiador y garante del servicio, es la única opción viable para garantizar un sistema universal.

Para observar el comportamiento de las fuentes de financiamiento que hasta la fecha ha tenido el SGSSS se remite al artículo realizado por Espinal, et al. (2022), en el cual presentan una mirada a largo plazo sobre el financiamiento de la salud en Colombia identificando cuatros momentos importantes en su evolución remarcando los cambios normativos que han permitido el fortalecimiento del sistema, además de incluir cambios normativos que ellos no tuvieron en cuenta, pero que bajo nuestra óptica tuvieron una incidencia indirecta en la financiación del SGSSS, influenciando un aumento o descenso de la presión financiera sobre el sistema.

El primer momento según estos autores corresponde a la caracterización del SGSSS por tener un mayor financiamiento público, soportado en lo consagrado en las leyes 60 y 100 de 1993, donde se consiguió un avance considerable en la generación de recursos parafiscales y

fiscales, se evidencio la priorización en la financiación del gasto en salud por parte del gobierno, impulsado principalmente en el aumento de la cotización y en los aportes fiscales, sin embargo, como lo resaltan estos autores, quedaron elementos pendientes como son los aportes basados en el financiamiento peso a peso responsabilidad del gobierno que no fue cumplida y que posteriormente fue modificada.

El segundo momento lo definen como la contención fiscal, la cual impacto considerablemente la financiación del régimen subsidiado, en un contexto donde la participación del Estado era aún baja y no permitía lograr los objetivos propuesto en cuanto a la cobertura, el gobierno opto por modificar el aporte mediante una ley de ajuste fiscal 344 de 1996[3] donde proponía menos recursos estatales parar reducir el financiamiento basado en peso a peso, reduciéndolo a la mitad y luego a una cuarta parte. Sin embargo, la ley 715 de 2001 mantuvo una tendencia creciente de transferencias, como por ejemplo las rentas cedidas de los departamentos como también los recursos provenientes del FOSYGA, que se financia con los aportes del régimen contributivo.

El tercer momento se caracterizó por la generación de mayores recursos para lograr la cobertura universal, el régimen contributivo da señales de ser sostenible y de generar excedentes, en cuanto a la generación de mayores recursos, encontrándose que la ley 1122 de 2007, ordenó un aumento en las cotizaciones a 12,5% destinando al régimen subsidiado, significando un incremento del 50% en el modo de solidaridad del régimen contributivo con el régimen subsidiado. Contrario a los esfuerzos parafiscales que solo crecerían un 1% anual.

Se buscó acelerar la transformación de recursos de oferta a demanda, de manera que un 65% de las transferencias del sistema general de participaciones (SGP) se destinó a partir del

[3] Ley que dicto normas para la racionalización del gasto publico

2009 a la afiliación de la población del régimen subsidiado, por lo tanto, estos recursos no serían entregados directamente a los hospitales sino a las EPS las cuales contratarían con los hospitales. En 2010, se presentó uno de los mayores esfuerzos fiscales en el marco de la unificación del plan de beneficios, mediante la promulgación de la ley 1393 de 2010, en la que se definieron rentas de destinación específica para la salud, que generaron un aumento en los impuestos específicos[4] con el fin de generar mayores recursos para el régimen subsidiado.

El último momento según estos autores se caracterizó por la sustitución de fuentes y el fortalecimiento institucional, momento en el cual se dan cambios transcendentales en la sustitución de recursos entre cotizaciones e impuestos, materializados en la ley 1607 de 2012 que reglamento para personas con ingresos menores a 10 SMLV[5] solo los empleados contribuirán con el 4% del ingreso y se exoneran al empleador de aportar el 8,5%, para ser reemplazado por el impuesto sobre la renta para la equidad (CREE), con el fin de disminuir las contribuciones de la nómina e incrementar los aportes del gobierno.

Este camino se continuó en la reforma tributaria (ley 2010 de 2019), que reduciría los aportes de las pensiones de un SMLV del 12% al 4% y de 2 SMLV al 10%, lo que debería ser cubiertos con el Presupuesto General de la Nación. Posteriormente mediante la ley 1953 de 2019, se establecieron los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva. Y se destinó un aporte de los impuestos generales equivalente a medio punto porcentual de la base del recaudo del IVA[6].

---

4 Tabaco, Licores, Cervezas y Loterías

5 Salarios Mínimos Legales Vigentes

6 Impuesto del Valor Agregado

Además, se aumentaron los impuestos específicos como bien lo señala Espinal, et al. (2022) *"el aumento del componente especifico del impuesto selectivo al consumo (ISC) de $2.253 a $6.000 en 2020 sobre cigarrillos, tabacos, cigarros y columnas de tabaco y de $167 a $500 por gramo de picadura, rape o chimú"*

En la línea del fortalecimiento institucional, se cuenta con la ley 1751 de 2015, que creó la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) buscando fortalecer el fondo único que inicio con el FOSYGA, pero con mayor autonomía e integración y con metas a garantizar un flujo más eficiente de recursos en el sistema.

7.2.4.2.Normas que tuvieron efectos indirectos en la financiación

En la anterior sección se conocieron los cambios normativos de la ley 100 de 1993, que tuvieron efectos directos sobre la financiación, sin embargo, estos cambios influyeron en la legislatura del país, que también reflejaron incidencia en el estado actual del SGSSS y que por tanto son vitales para entender los problemas actuales que enfrenta el sistema.

En el 2015 se expidió la ley estatutaria de Salud Ley 1751, la cual definió la salud como un derecho fundamental de todos los ciudadanos y estableció que el sistema debería regirse bajo los principios de obligatoriedad, sostenibilidad fiscal, integralidad y equidad. Propiciando la eliminación del PBS diferencial e imponiendo la igualación entre regímenes, además se estableció la reglamentación para regular el control del precio en los medicamentos. Granger, et al. (2023). Ley que produjo un aumento en el UPC, además de sentar las bases legales para aumento en la cobertura del PBS, generando mayores necesidades de recursos dentro del SGSSS.

Ley 1393 del 2010 que se autorizó un préstamo de 800 mil millones de pesos entre la subcuenta ECAT y la cuenta de compensación. Granger, et al. (2023)

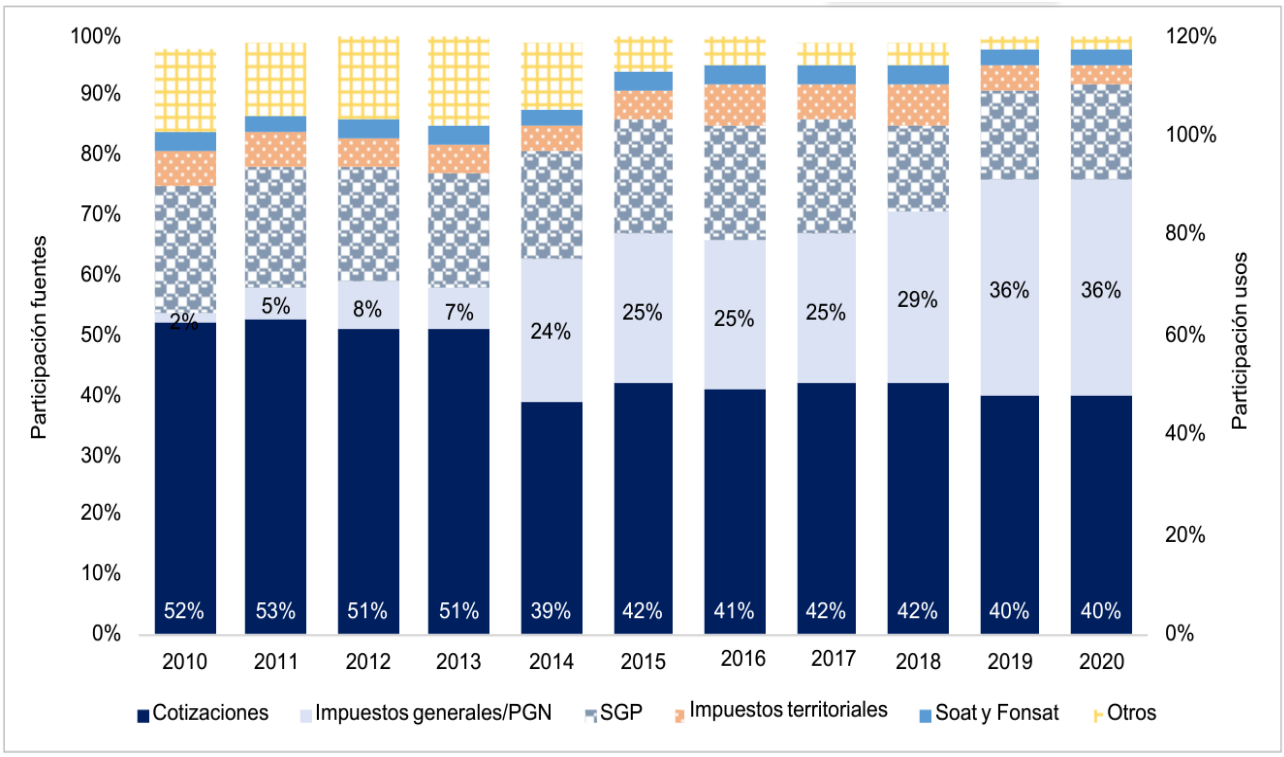
.

7.2.4.3.Estructura de Financiamiento del Sistema

En esta sección se menciona como es la estructura de financiamiento del SGSSS, la cual está enfocada en las principales fuentes de financiación y su evolución en el tiempo.

Como consecuencia de estos cambios normativos que afectaron las fuentes de financiación, el SGSSS ha presentado las siguientes alteraciones en los porcentajes de participación de las fuentes de financiamiento, como lo muestra la gráfica 1:

Ilustración 3Fuentes de Financiamiento del SGSS



Fuente: Tomado de Financiamiento del Sistema de Salud Colombiano

El anterior gráfico, representa la distribución en el financiamiento del SGSSS, indicando que, en el 2010, se redujo la importancia relativa de las cotizaciones en el financiamiento del sistema de salud, llegando en el 2020 a estar más de 10 puntos porcentuales por debajo, con respecto al 2010, resultado ocasionado por el cambio en las fuentes de financiación que se dieron desde el 2012, sin embargo, a pesar de esto, siguen siendo la principal fuente de financiamiento

del sistema. En contravía del comportamiento de los impuestos generales (PGN)[7] el cual, al inicio del 2010, tenía la menor importancia relativa dentro de las fuentes de financiamiento del SGSSS y que en 2020 es la segunda fuente de financiación más importante, resultado ocasionado por la sustitución progresiva de cotización por impuestos que viene dando el país.

Se podrá decir entonces que la estructura financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha experimentado cambios significativos en su financiamiento a lo largo de las últimas décadas. Inicialmente, se priorizó el financiamiento público a través de cotizaciones y aportes fiscales. Sin embargo, en un segundo momento, se aplicaron medidas de "contención fiscal" que redujeron los recursos para el régimen subsidiado. Luego, se buscó la generación de más recursos para lograr la cobertura universal, aumentando las cotizaciones y fortaleciendo el régimen subsidiado. En un cuarto momento, se sustituyeron las fuentes de financiamiento, pasando de cotizaciones a impuestos, especialmente para aquellos con ingresos más bajos.

Además de estos cambios, se implementaron reformas institucionales, como la creación de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), para garantizar un flujo eficiente de recursos. Siendo afectado el sistema también por cambios normativos, como la Ley Estatutaria de Salud de 2015, que definió la salud como un derecho fundamental y eliminó las diferencias en el Plan de Beneficios de Salud (PBS) entre los regímenes ocasionando un aumento en la necesidad de recursos.

7.2.4.3.1. *Principales problemas de financiación y operación*

Esta parte del capítulo se centra en identificar y explicar los principales problemas de financiación y de operación que enfrenta el SGSSS en la actualidad, se hace un recorrido por los

[7] Presupuesto General de la Nación

problemas en su estructura de financiación, dentro de la estructura de pago, en los recobros y en los problemas financieros dentro de las EPS. El SGSSS ha presentado históricamente un desequilibrio financiero, en el cual los recursos destinados por el estado se perciben como incipientes frente a los requerimientos de la población, esto ha puesto la sostenibilidad del sistema como un tema central en la agenda pública, como lo indica Granger, et al. (2023), *"En los últimos años, el sector ha enfrentado diversos problemas financieros y administrativos que han aumentado la necesidad de recursos fiscales para su financiamiento".*

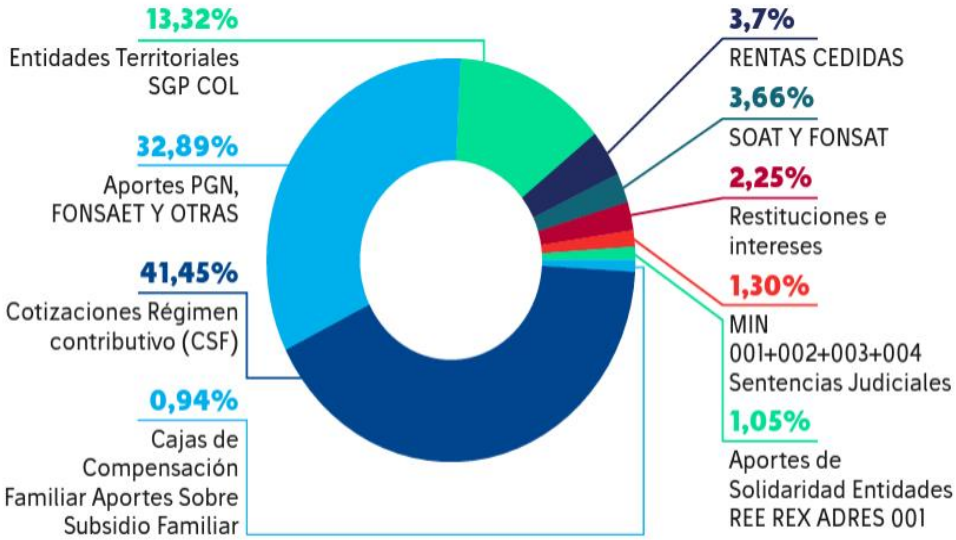
Estos problemas fueron originados por cambios normativos como las exenciones otorgadas en los últimos años, como también por contextos económicos y sociales que traen consigo una mayor demanda de recursos del SGSSS como son las altas condiciones de informalidad laboral, reflejado en un alto porcentaje de afiliados al régimen subsidiado, fallos judiciales que ordena la igualación de los planes de beneficios entre los regímenes y el reconocimiento de servicios y medicamentos no cubiertos con los recursos del UPC. Granger, et al, (2023), como eventos sociales que han exigido recursos adicionales para la atención de migrantes venezolanos, los compromisos establecidos por el gobierno en el acuerdo de punto final y los gastos por la pandemia del covid-19. Contribuyeron para que hoy en día el tema de la estabilidad financiera del SGSS sea un tema primordial.

La siguiente sección tiene por objetivo identificar los principales problemas de financiación y de operación del SGSSS iniciando por las falencias que se presentan en la estructura de financiación, luego con las fallas dentro de las estructuras de pago como problemas de pagos no UPC y dificultades dentro de los actores del SGSSS.

7.2.4.3.2. *Problemas dentro de la estructura de financiación*

En esta sección se indaga en los problemas que se presentan dentro de la estructura de financiación del SGSSS en el año 2022, para esto se inicia con la distribución de las fuentes de financiación.

Ilustración 4 Principales Fuentes de Financiación del SGSSS, diciembre 2022



Fuente: Tomado de Los Retos Financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud (p.11)

Esta gráfica, representa la distribución de las fuentes de financiación para el SGSS de diciembre del 2022. Señala que las fuentes de financiación siguen la tendencia observada hasta el 2020, donde las cotizaciones del régimen contributivo, son la principal fuente de financiación del sistema seguido por los recursos del PGN y los recursos del SGP, recursos que son administrados por la ADRES y que tiene por objetivo garantizar la atención en salud a la sociedad colombiana que se encuentre afiliada bajos cualquiera de los dos regímenes.

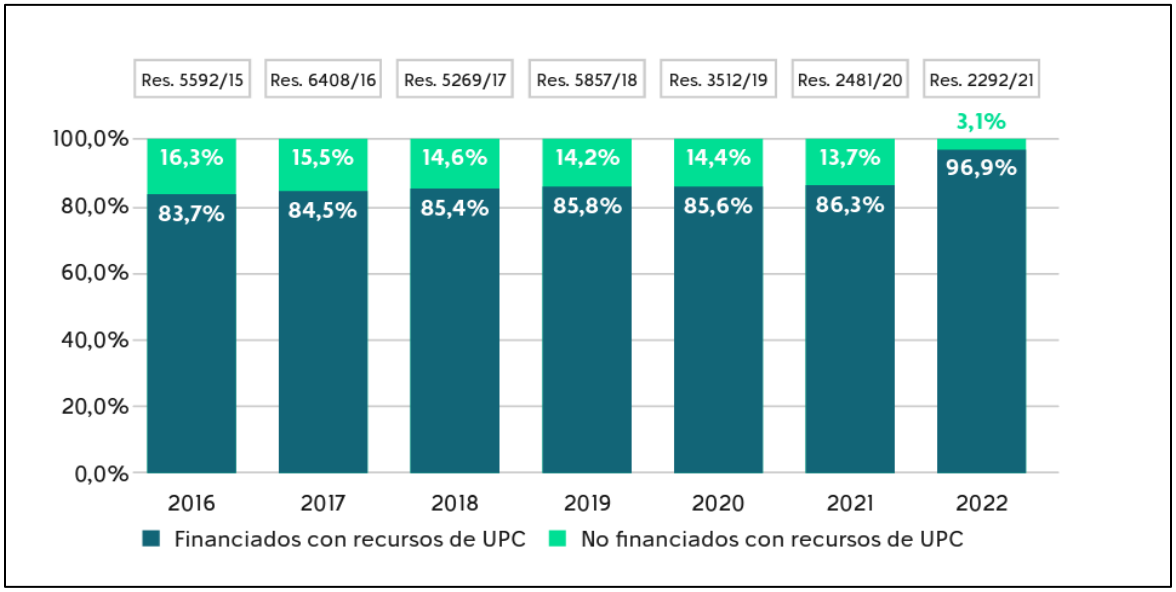
Según un informe presentado por “Así vamos en salud”, la ADRES espera que para el año 2023, se recauden alrededor de 29.9 billones de pesos por concepto de cotizaciones, cifra mayor en términos absoluto de los 27.1 billones recolectado en 2022, pero que en términos de importancia relativa en el total de fuentes de financiación del sistema, disminuye ocasionado por las leyes antes mencionada que realizan un desmonte progresivo del porcentaje de cotización para algunas pensiones, como también por efectos macroeconómicos en el empleo y la inflación. Este escenario donde el SGSSS está financiado principalmente por concepto de cotizaciones se presenta como un problema, como paso en el primer trimestre del año 2023 donde el monto recibido por cotizaciones fueron de 6.5 billones, cifra inferior a la proyectada en unos 800 mil millones de pesos Vergara, et al. (2023), situación que ayuda a generar mayor incertidumbre en la sostenibilidad financiera del sistema ya que estas situaciones generan un déficit adicional no previsto en el presupuesto que dificulta una adecuada planificación del gasto.

7.2.4.3.3. *Problemas dentro de la estructura de pago*

En esta sección se indaga los problemas que se presentan dentro de la estructura de pagos del SGSSS, iniciando con entender el concepto de Unidad de Pago por Capitación, UPC. Dentro del SGSSS existe el concepto de UPC que se entiende como el valor anual que se reconoce por cada afiliado, por tanto, el comportamiento de la UPC nos puede ayudar a identificar problemas dentro de la estructura de pago. La UPC es calculada por la Comisión Asesora de Beneficios, costos, tarifas y condiciones de operación del aseguramiento en salud con el objetivo de cubrir la mayoría de las atenciones que requiera la población. Vergara, et al. (2023).

El comportamiento de la UPC a lo largo de los 30 años de funcionamiento ha sido el siguiente:

Ilustración 5 Comportamiento de la UPC 2016-2022



Fuente: Tomado de: Los Retos Financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud (p.20)

Este grafico representa el comportamiento de la UPC en el periodo entre 2016-2022 y demuestra que el UPC, llega a cubrir el 97%, sin embargo, esta UPC cambia en edad, sexo y localización geográfica con el objetivo de ajustarse a las particularidades de cada población como lo explica Vergara, et al. (2023) en dónde:

> La UPC para la vigencia 2023 sea de $1.289.246,40 pero la UPC liquidada, por ejemplo, para una mujer, entre 19 y 44 años en Bogotá sea de $1.513.105,20 mientras un hombre de la misma edad, en la misma ciudad, sea $819.367,20. En el mismo sentido, un adulto mayor de 75 años en Bogotá se le asigna una UPC de $ 5.550.545,80, mientras que al mismo adulto en San Andrés y Providencia se le asigna $6.967.119,60.

Situación que evidencia una clara disparidad entre UPC liquidadas que no reconoce los impactos en los costos de ciertas operaciones del sistema, además de actualizarse anualmente según el contenido del PBS y las condiciones macroeconómicas del país, generando discusiones

importantes a la hora de definir el grupo de tecnologías, procedimiento y medicamentos que se deben cubrir con esta prima, que han venido siendo afectados por leyes y sentencias, como fueron los acuerdos 04 de 2009, 011 de 2010, 027 de 2011 y el 03 de 2012, que trajeron consigo unificaciones del POS para cierto grupos etarios, generando una ampliación del PBS [8] y por ende un mayor compromiso de recursos por parte del sistema, pasando de ser una lista de inclusiones a ser una lista de exclusiones.

Esta ampliación del PBS que incluyó más tecnologías y procedimientos , que antes debían ser cubiertos por la figura de presupuestos máximos o recobros, no pudo anticipar el complejo escenario macroeconómico del año 2022, que se caracterizó por una elevada inflación, una alta devaluación monetaria y un proceso de liquidación de EPS que trajo consigo un trasladado de los afiliados, escenario en el cual evidencio que el UPC para 2022 no fue suficiente para cubrir las inclusiones que se le hicieron al PBS dado que no se tuvo en cuenta el contexto macroeconómico, lo cual condiciono el comportamiento del SGSSS a la hora de garantizar el derecho a la salud.

Este escenario se contempla como un problema dentro de la estructura de pago del SGSSS ya que la ampliación de la UPC anual no considera los cambios macroeconómicos que puede sufrir el país, además que la ampliación generalizada del PBS reduce el margen de maniobra dentro del SGSSS para hacer frente a las posibles eventualidades macroeconómicas.

7.2.4.3.4. ***Problemas en el no PBS o Recobros***

En esta sección se indagan los problemas que se presentan dentro de los servicios y medicamentos que no están dentro del PBS, iniciando con los recobros y las herramientas que se

[8] Plan de Beneficios en Salud

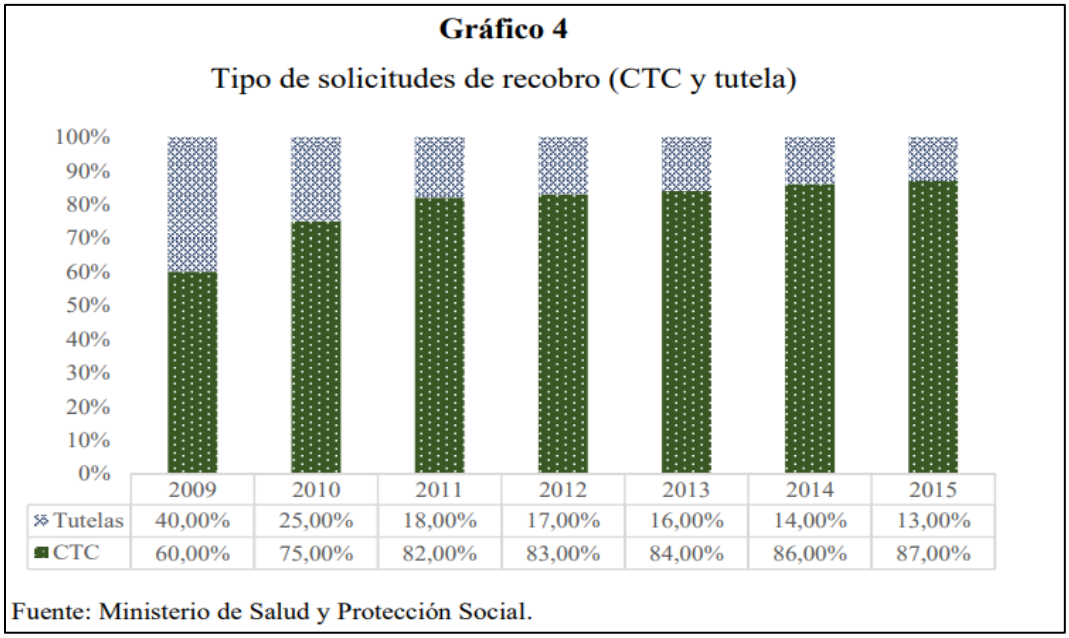
utilizan para el caso por parte de las EPS.

Uno de los problemas más notorios del actual SGSSS, se basa en el no PBS o recobros, los cuales se entienden como servicio y/o medicamentos que no están incluidos en el PBS, pero que por medio de instrumentos como las tutelas los usuarios consiguen alcanzar la prestación del servicio y/o medicamento. Esto sucede ya que la ley 100 de 1993 estableció en el PBS inicial no se incluyeran algunos procedimientos y medicamentos, no obstante, a partir de procesos legales, estos han venido siendo reconocidos y pagados por el Estado.

Este proceso de ampliación del PBS está justificado en varios dictámenes jurídicos que se basan en el derecho irrenunciable a la salud y en sentencias como la ley 1751, que desconocen la estabilidad financiera del SGSSS y que aumentan la presión financiera del sistema.

El siguiente grafico resumen el periodo del 2009 al 2015, en cuanto al porcentaje de solicitudes de recobro realizadas por las EPS, diferenciando las que son hechas por medio de tutelas y las realizadas por medio de los Comités Técnicos Científicos (CTC), como medio idóneo para acceder a procedimientos por fuera de PBS.

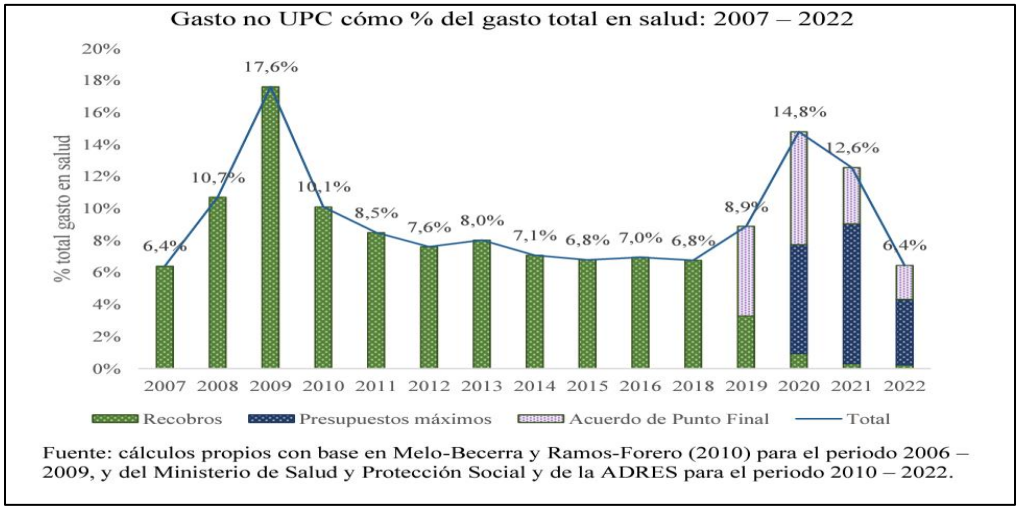
Ilustración 6 Tipo de solicitudes de recobro (CTC y TUTELA)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección social. Bogotá.

Este grafico describe el porcentaje de solicitudes de recobro, diferenciando entre las que son tramitadas por tutelas y CTC en el periodo del 2009-2015.Este proceso de recobros por medio de tutelas o CTC, está generando una presión financiera sobre el ya deteriorado estado del SGSSS, en el siguiente gráfico, se puede apreciar de mejor manera la situación.

Ilustración 7 Porcentaje del Gasto Total correspondiente al no UPC 2007-2022



Fuente: Tomado de Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y Usos. (P.23)

El gráfico anterior, describe el porcentaje de los pagos no UPC en el periodo de 2007-2022 y se puede notar un aumento sustancial de los recobros desde el 2008 pasando de representar en el 2007 el 6% del total del gasto en salud a representar el 17% en 2009, generando un déficit en las cuentas corrientes de las entidades territoriales que financiaban este gasto en el régimen subsidiado, déficit que llegó a ascender a 885 mil millones de pesos en 2009. Acompañado del agotamiento de los excedentes de la cuenta de compensación del FOSYGA, por medio de la cual se financiaba los gastos por fuera del PBS. Granger, et al. (2023)

Ya para el periodo entre 2011 y 2015, se desaceleró el crecimiento de los recobros por la regulación de más de 11 mil medicamentos mediante el establecimiento de los valores máximos para el recobro y la actualización del PBS que incorporó nuevos servicios, medicamentos y procedimientos. Granger, et al. (2023). En 2015 se eliminaron los CTC debido a las barreras administrativas y burocráticas que generaban y se les otorgó autonomía a los médicos para generar prescripciones por fuera del PBS. En el periodo de 2015-2018 se evidencia una estabilidad relativa de los gastos no financiados por UPC, sin embargo, como lo menciona

Granger, et al. (2023):

> Se acumularon deudas a cargo del gobierno y de las entidades territoriales con las EPS e IPS por el gasto en estos servicios, deuda que en el régimen contributivo tuvo origen por los cambios en los mecanismos de acceso a los servicios por fuera del PBS, el aumento de los requisitos para efectuar el pago, la llegada de nuevas tecnologías y diferencias en los procesos de cuentas por cobrar. Para el régimen subsidiado, las razones principales para la acumulación de las deudas son las existencias de diferencias entre procesos de reconocimiento y pago de gasto no financiado con UPC de las entidades territoriales y las ineficacias en el manejo de los recursos.

Para poder estabilizar las finanzas del SGSSS en 2019 se propuso en el PND[9]. El acuerdo de punto final, que definió medidas e instrumentos para sanear las deudas derivadas de los servicios por fuera del PBS y las deudas derivadas por el proceso de liquidación de Caprecom. Proceso que no ha tenido resultados positivos como lo muestra la siguiente gráfica:

[9] Plan Nacional de Desarrollo

Ilustración 8 Gasto No UPC por Régimen

Gasto No UPC por régimen (% del PIB)										
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Régimen contributivo										
Pres. Máximo									0,35	0,38
Recobros	0,31	0,26	0,33	0,26	0,26	0,27	0,26	0,10	0,04	0,00
Total	0,31	0,26	0,33	0,26	0,26	0,27	0,26	0,10	0,38	0,39
Régimen subsidiado										
Pres. Máximo									0,07	0,13
Recobros	0,04	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,06	0,07	0,04	0,02
Total	0,04	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,06	0,07	0,11	0,14
Regímenes contributivo y subsidiado										
Pres. Máximo									0,42	0,51
Recobros	0,35	0,32	0,38	0,32	0,31	0,33	0,32	0,17	0,08	0,02
Total	0,35	0,32	0,38	0,32	0,31	0,33	0,32	0,17	0,49	0,53

Fuente: Para recobros de régimen contributivo cuentas FOSYGA para el periodo 2011-2016 y ADRES para periodo 2018-2021. Para recobros de Régimen subsidiado Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) y ADRES.

Fuente: Tomando de Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y Usos (p.23)

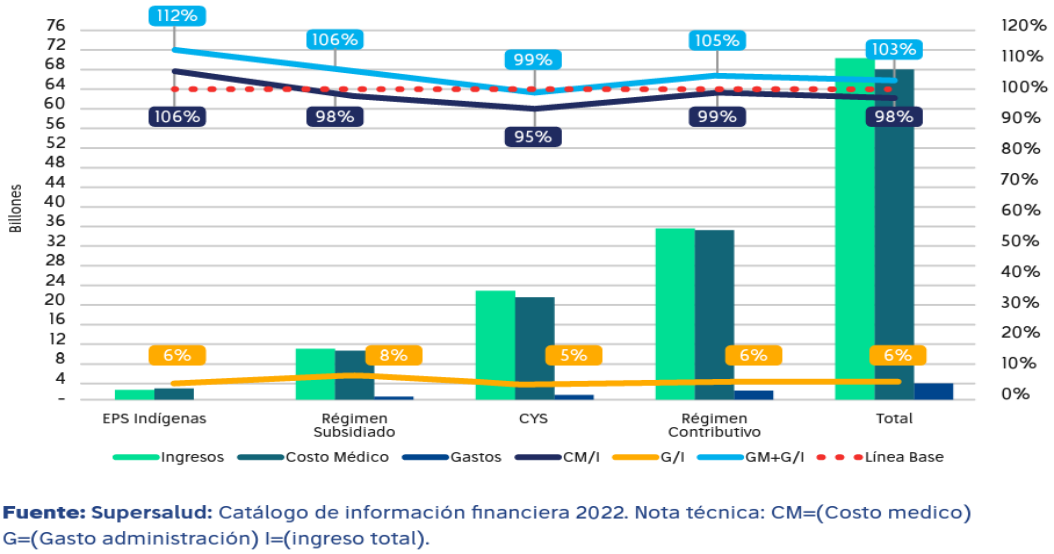
La grafica anterior, muestra el porcentaje de gasto no UPC por régimen en el 2011 de un 35% del total del gasto del sistema a un 53% en 2021, ocasionado sobre todo por el cambio de mecanismo a presupuestos máximos. Este escenario constituye otro problema actual del SGSSS donde las EPS están obligadas a prestar el servicio de salud por fuera del UPC, esperando hacer un recobro al Estado el cual posee mecanismos ineficientes para resolver estas solicitudes, generando iliquidez dentro de todo el SGSSS poniendo un mayor desequilibrio a este sistema.

7.2.4.3.5. *Problemas financieros dentro de los actores del SGSSS*

Esta sección, indaga en los problemas que se presentan dentro de los actores más importantes del sistema actual de salud, las EPS. Se hace un recorrido financiero dentro de las principales EPS, mirando sus ingresos, costos, gastos e índice de siniestralidad, por tener dentro del SGSSS, un papel esencial, por ser las encargadas de garantizar la prestación de servicio de salud para la población en general y en las cuales recae gran parte de la responsabilidad a la hora de evaluar al sistema.

En la siguiente gráfica se presenta el costo médico del SGSSS para el año 2022 discriminado por régimen, que nos permite observar el total de ingresos, gastos en administración y costos de atención en salud, así como indicadores de siniestralidad que se interpreta como el porcentaje de los costos totales atendidos con los ingresos totales.

Ilustración 9 Ingresos, Costos y Gastos del SGSSS 2022

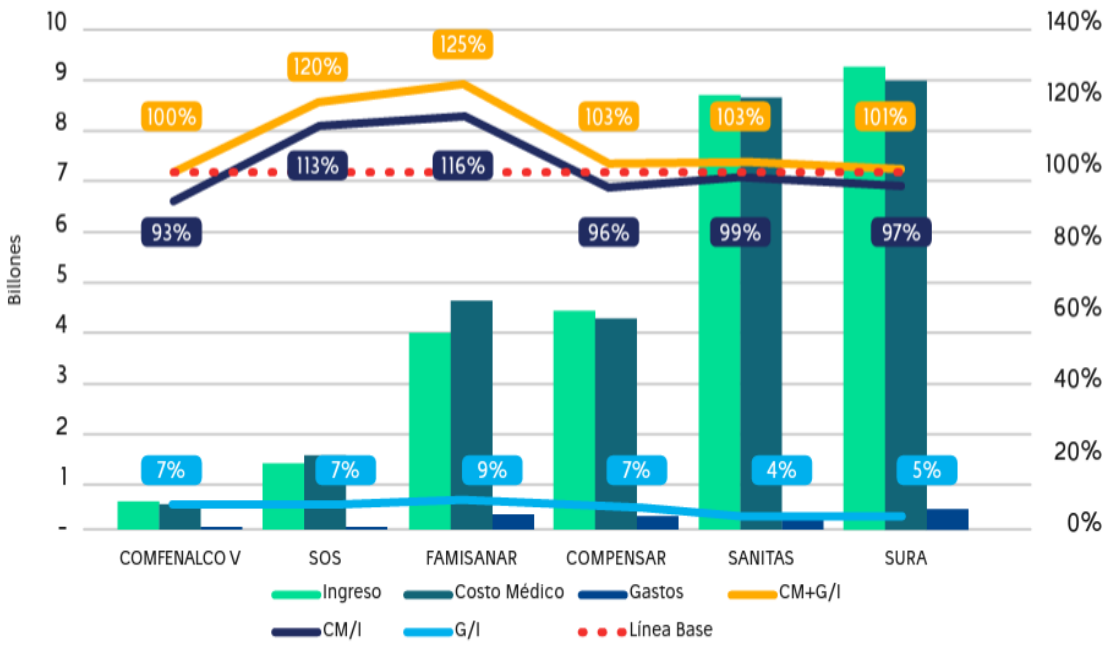


Fuente: Tomado de: Los Retos Financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud (P.28)

El anterior gráfico, representa los Ingresos, Gastos y Costos del SGSS según el régimen para el 2022, mostrando los ingresos del SGSSS que superan los costos médicos para el año 2022, sin embargo, cuando a estos costos se les adiciona los costos de administración que se encuentran entre un 8% y un 6% dependiendo del régimen, se tiene un porcentaje de siniestralidad superior al 100% lo que nos indica que las EPS para el año 2022 tuvieron gastos superiores al total de ingresos.

Escenario que puede observarse de mejor manera en el siguiente gráfico que nos muestra el porcentaje de siniestralidad por las principales EPS dentro del régimen contributivo.

Ilustración 10 Porcentaje de Siniestralidad por EPS en Régimen Contributivo

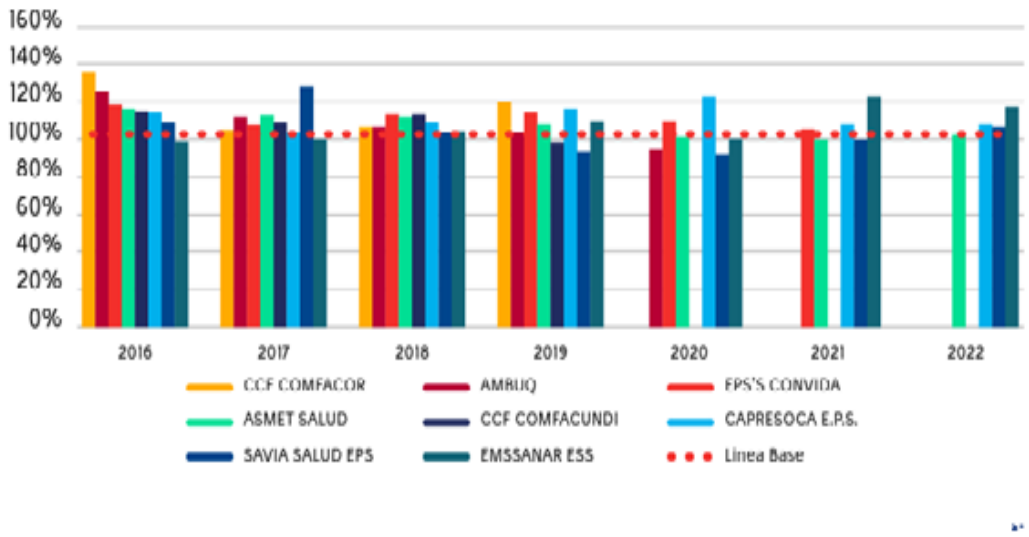


Fuente: Tomado de: Los Retos Financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud. (p.29)

La gráfica 8, representa el porcentaje de siniestralidad por EPS en el régimen contributivo, y presenta un escenario nada alentador, ya que solo una EPS no posee un porcentaje de siniestralidad mayor al 100% en 2022, resultado esperado teniendo un porcentaje de siniestralidad medio en este régimen de 105%, lo que indica, que las EPS tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado posee un costo médico y una gasto de administración superior a la ingresos totales, lo que trae consigo como lo indica Vergara, et al (2023) *"las pérdidas netas del grupo de entidades del régimen contributivo fueron de 1.8 billones de pesos*"

En este punto, la investigación se concentra en el porcentaje de siniestralidad del régimen subsidiado, con un escenario que sigue la misma tendencia del régimen contributivo, como se puede observar en la siguiente gráfica.

Ilustración 11 Porcentaje de Siniestralidad por EPS en Régimen Subsidiado



Fuente: Tomado de: Los Retos Financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud. (p30).

El gráfico 11, representa el porcentaje y el comportamiento de siniestralidad de ocho EPS en el régimen subsidiado desde 2016 hasta el 2022, arrojando pérdidas en 2016 según Vergara, et al. (2023) de 948 mil millones de pesos, lo que puede indicar una mala gestión en los recursos percibidos para la atención médica, en los gastos de administración y sobre todo la insuficiencia de estos recursos.

Para el 2022, el régimen subsidiado reportó pérdidas de 649 mil millones de pesos según Vergara, et al. (2023) obteniendo un resultado en pérdidas menor en un 25% al resultado arrojado en 2016, pero que no deja de ser un escenario deficitario y no sostenible a mediano plazo.

7.3. Conclusión

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia ha enfrentado históricamente desafíos financieros debido a la insuficiencia de recursos estatales para satisfacer la creciente demanda de atención médica por parte de la población. La sostenibilidad financiera del sistema se ha convertido en un tema central en la agenda pública.

Los presupuestos máximos actuales no son capaces de cubrir los costos de los servicios y tecnologías que no están financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La situación financiera deficitaria de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la acumulación de deudas de periodos anteriores y el aumento de los costos de la atención médica plantean dudas sobre la capacidad de la Ley 100 actual para respaldar financieramente la prestación de servicios de salud a la población colombiana.

El aumento de estos gastos se relaciona con el traslado de afiliados debido a la liquidación de antiguas EPS, cuentas por cobrar y pagar, así como el comportamiento en el gasto en salud y la UPC. En este contexto, la propuesta de una nueva reforma en salud se presenta como una opción viable para no solo mantener los logros alcanzados con la Ley 100, sino también abordar la incertidumbre que rodea al sistema de seguridad social en salud. Esta incertidumbre se debe a la variabilidad de las cotizaciones y la dificultad de planificar a largo plazo debido a las variables macroeconómicas impredecibles y a un aumento de las obligaciones del SGSSS sin tener en cuenta las limitaciones presupuestarias.

8. Capítulo II

Análisis de las dinámicas de financiamiento que establece el proyecto a la reforma de la salud del año 2023 en Colombia.

En el siguiente capítulo se habla de la actual propuesta del Gobierno Nacional frente al nuevo sistema de salud para los colombianos, esta fue presentada en febrero del año 2023 por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se inicia dando a conocer los aspectos generales de la nueva reforma como son sus elementos esenciales, las instituciones que la conformaran. Se sigue con la operación que se plantea en la ley, resaltando los organismos de control que se crearan, las fuentes de financiamiento, la contratación y prestación de los servicios. Luego con el modelo de atención propuesto, describiendo como se manejarán los diferentes servicios según la complejidad. Posteriormente se repasa el modelo de transición y evolución del nuevo sistema, generando un cuadro comparativo estructural entre la actual reforma y la nueva reforma para enfocarse en las proyecciones financieras del nuevo sistema, mirando sus ventajas y sus desventajas.

8.1. La nueva reforma a la salud.

En esta sección, se habla sobre los aspectos generales del nuevo proyecto de ley que transforma el sistema actual de salud, iniciando con los elementos esenciales que guían la propuesta de gobierno y las instituciones que participan en la ejecución del nuevo modelo.

La reforma impulsada por el nuevo gobierno del “cambio”, se plantea como un sistema de salud el cual tiene por objetivo “cuidar la vida de cada personas, familia, comunidad y sociedad” (Reforma a la Salud, 2023), en la que el centro del sistema, lo conforma la población y el derecho fundamental a la salud, soportado en un diseño institucional debidamente financiado, con datos abiertos, transparencia e integridad, en donde el actor principal es la participación ciudadana.

Este nuevo sistema plantea construir sobre lo construido, por ende, reconoce los logros del actual servicio de salud y los quiere mantener, pero también es consciente de la insostenibilidad a largo plazo que pude llegar a presentarse, teniendo como guía "ejercer las obligaciones del Estado para respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental al a salud y desarrollar sus principios y mecanismos" (Reforma a la Salud, 2023)

El proyecto de ley presentado por el Gobierno ante el Congreso de la República, tiene como objetivo reestructurar el sistema general de seguridad social en salud, desarrollar los principios, enfoques, estructura organizativa y competencias:

> El sistema de salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. El Sistema de Salud constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos. (Reforma a la Salud, 2023)

Lo anterior, deja ver que la nueva propuesta del Gobierno Nacional sigue el principio, consagrado en la Constitución de 1991, reconociendo el derecho universal a la salud, mediante la inclusión de mecanismos transparentes y seguimiento de los actores e instituciones involucrados para garantizar la trazabilidad financiera en el escenario de disposiciones generales, relacionadas con la cobertura de atención preventiva y predictiva, a través de la red de centros de atención primaria como objetivo primordial.

El presente trabajo, se enfoca en el modelo de atención, financiación y administración de los recursos, con el objetivo de indagar que tan pertinente es la implementación de este nuevo

sistema con respecto al actual e identificar sus fortalezas y debilidades.

8.1.1. *Elementos esenciales del nuevo sistema de salud*

A continuación, se menciona y explica los principios sobre los cuales está construido el nuevo sistema de salud, considerándose importantes, porque estarán dentro de un marco lógico a desarrollar.

Este nuevo sistema se regirá por la obligatoriedad de los aportes hechos por los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital, con una parafiscalidad especifica [10] destinada al sistema de salud, con un enfoque humanizado que reconoce las necesidades y la confianza mutua, como el fundamento de las relaciones entre el personal y los individuos, familias y comunidades, basándose en el principio de eficacia que se refiere al alcance de resultados en salud por parte de la población, resultados que deben expresarse en los indicadores en el sistema público integrado.

Todo esto cohesionado con el principio de intersectorialidad, entendido como la articulación estructural y sistemática de los sectores públicos, privados y la sociedad, con el fin de generar un goce efectivo del derecho a la salud, con miras a mejorar las condiciones de vida y el progreso social de la población, teniendo al mismo tiempo una participación vinculante con la comunidad que toma parte en las decisiones, gestión, vigilancia y control de los establecimientos relacionados con el servicio de salud, al mismo tiempo que se superan las restricciones de los derechos sexuales y reproductivos, reconociéndose la autodeterminación sobre los cuerpos.

8.1.2. *Instituciones*

La reforma estructural al sistema de salud, promueve la creación de nuevas instituciones y la transformación de las ya existentes, a continuación, como lo explicaremos a continuación.

---

[10] Se refiere a tributos gubernamentales que permiten financiar un fin especifico

- **Instituciones Prestadoras de servicios de salud:** Entidades cuyo objetivo es la prestación de los servicios de salud que ser de naturaleza pública, privada y mixtas sus relaciones serán de cooperación y complementariedad.
- **Instituciones de salud del Estado:** Entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas mediante ley o por asambleas departamentales o consejos distritales o municipales, con el objetivo de prestar servicios de salud como un servicio público a cargo del estado, que comprenden los centros de atención primaria integral resolutiva de salud, laboratorios y toda institución estatal de salud.
- **Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud:** Una instancia gubernamental precedida por el presidente de la república y ministros encargada de evaluar el impacto y evolución de las directrices e indicadores de salud.
- **Consejo Nacional de Salud:** Es una institución directriz del sistema de salud, adscrito al ministerio de salud y protección social, con autonomía decisoria que tendrá como tarea concertar las iniciativas de política pública, modificar las normativas, evaluar el sistema de salud y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del sistema.
- **Territorios focalizados:** Las direcciones territoriales de salud podrán definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio para responder a necesidades específicas de las poblaciones y propiciar el desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud
- **Instancias Operativas:** Son instancias que se encargan del financiamiento, de la administración y gestión de la salud, de la prestación del servicio, de la información, de la participación social y la inspección, vigilancia y control.

- **Entidades Promotoras de Salud:** Son entidades públicas, privadas o mixtas encargadas de ejercer actividades de acuerdo con lo que disponga la ley.

8.1.3. *Operaciones del sistema*

En la siguiente sección se habla sobre la estructuración del nuevo sistema y su operación, con el fin de facilitar mayor conocimiento respecto al grado de articulación entre las partes involucradas, para garantizar la calidad efectiva del goce de la salud, con la aplicación de la sostenibilidad fiscal y el nuevo enfoque de la institucionalidad sectorial.

8.1.3.1.Organismos de Control

Una parte importante dentro del sistema de salud, es sin duda los organismos de control, que tiene la función de generar una rectoría, dirección y vigilancia del sistema. A continuación, se hace un repaso a los organismos de control planteados dentro de la reforma a la salud.

8.1.3.1.1. *Ministerio de Salud y Protección Social*

Dentro del funcionamiento del nuevo sistema de salud, se encuentran los organismos de rectoría y de dirección papel, que será ejercido por el Ministerio de Salud y Protección Social quien ejercerá la dirección del sistema, que consiste básicamente en la formulación de políticas, la dirección de la actividad administrativa, proponer iniciativas legislativas, ejecutar disposiciones legales y desarrollar políticas públicas con coordinación sectorial. La Dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social acompañado del Consejo Nacional de Salud.

Se le asignarán nuevas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social como son presentar al Consejo Nacional de Salud, la política pública nacional cada cuatro (4) años para su concertación, también será el encargado de ejecutar, vigilar e implementar esta política en todo el territorio nacional, expedir las normas para la ejecución de la política, presentar iniciativas sobre

reglamentación de temas específicos, proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del consejo, diseñar y poner en marcha el sistema público único integrado de información en salud (SPUIIS) y presentar la asistencia técnica a nivel territorial, con miras a generar una sinergia entre todas las instituciones y actores que hacen parte del nuevo sistema, como lo recalca el artículo 15 del proyecto de reforma a la salud, que expresa:

> El ministro de Salud y Protección Social convocará de manera periódica, cada cuatro (4) meses a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad primordial, evaluar el desarrollo del Sistema de Salud y coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional conforme a las competencias de cada nivel de Gobierno. (Reforma a la Salud, 2023)

Siendo un claro ejemplo de la intención de crear un sistema armónico, en el cual prime una evaluación activa y continua sobre el sistema de salud, para evitar riesgo de malversación de recursos y cumplir con el principio de eficiencia.

8.1.3.1.2. *Consejo Nacional de Salud*

El Consejo Nacional de Salud, tendrá a cargo la concertación de iniciativas de política pública, así como de llevar normativas y evaluar el funcionamiento del sistema generando informes periódicos sobre su comportamiento. El Consejo estará conformando por representantes de diferentes sectores sociales como el gobierno, sectores empresariales, centrales obreras, asociaciones campesinas, comunidades étnicas, comunidades LGBTIQ[11]+ etc., demostrando así, el compromiso de este nuevo sistema de crear una participación vinculante, donde todos los sectores de la sociedad tengan injerencia sobre las decisiones y el rumbo de este.

[11] Lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales y queer y el resto de identidades

Las funciones de este Consejo será proponer las políticas públicas nacionales de salud sobre todo en el tema de salud pública, con miras a promover la calidad de vida y la salud de la población y del sistema con enfoques transversales, estructurales e interseccionales, dichas iniciativas serán presentadas ante el CONPES[12], el DNP[13] y demás instancias.

A nivel nacional, la dirección será ejercida por las autoridades territoriales y los correspondientes órganos de dirección en salud, que tendrán a cargo los niveles departamentales.

8.1.3.1.3. *Consejos Territoriales de Salud*

Los consejos territoriales de salud tienen como objetivo desarrollar estrategias para garantizar la aplicación de las políticas de salud en los territorios teniendo en cuenta cada una de sus particularidades, proponiendo las políticas a aplicar dentro de cada territorio, según las necesidades identificadas en concordancia con las metas definidas en la política pública nacional de salud. Los consejos departamentales o distritales de salud deberán recomendar técnicamente la construcción del plan territorial de salud y deberá hacer la evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de los objetivos y metas alcanzadas.

8.1.3.2. Fuentes de Financiamiento

Este punto se enfoca en las fuentes de financiamiento del nuevo sistema, así como sus usos y sus fuentes, según como está consagrado en el texto original presentado por el Gobierno Nacional ante el Congreso de la República. Las fuentes de financiamiento del nuevo sistema de salud, son la base fundamental del escenario presupuestal para la transformación del modelo actual, donde se establece la capacidad que tiene el sistema para dar respuesta a la operatividad a través de la optimización de los recursos recaudados según la normatividad vigente en salud, así

---

[12] Consejo Nacional de Política Económica y Social

[13] Departamento Nacional de Planeación

como lo dice el artículo 19 del proyecto de reforma:

> El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distintivo nivel de desarrollo y entre ciudadanos con alto y bajo ingreso. (Reforma a la Salud, 2023)

El sistema propuesto, posee múltiples fuentes de financiamiento, por tanto, no se aleja demasiado del sistema antiguo, en el cual los aportes y los recursos estatales son las principales fuentes de financiación. Dentro de la nueva estructura de salud, los recursos financieros se organizan en dos fondos que apoyaran la totalidad del sistema teniendo múltiples fuentes de capital y aplicaciones. Estas dos cuentas serán los aportes y el Fondo Único Público de Salud. Este primero posee cuatro partidas que lo componen:

> Según su condición socioeconómica, las personas y las empresas aportan a la financiación del Sistema de Salud mediante contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta; los impuestos, transferencias, participaciones, tasa o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud. (Reforma a la Salud,2023) (Articulo 20).

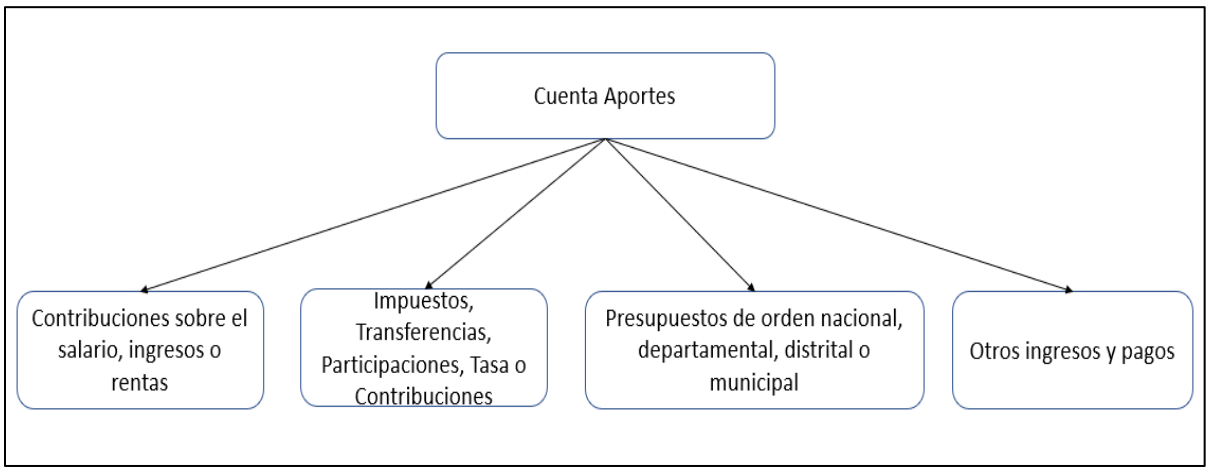
Los aportes son parte esencial en la financiación del nuevo sistema, los cuales tendrá

cambios sustanciales, donde seguirán siendo aportes obligatorios proporcionales según el ingreso manteniendo así lo consagrado en la ley 100 de 1993, pero con la modificaciones como " no se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del sistema de salud tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir periodos mínimos de cotización"(Reforma a la Salud, 2023) solo en casos donde estén ordenados por los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutivos en Salud (CAPIRS) y no originados en una urgencia vital si podrá cobrarse copagos.

Según el artículo 28 de la reforma a la salud (2013), frente al recaudo de los aportes se creará:

> La Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR) y es determinada por la ADRES. Su función es recibir todos los aportes de cotizaciones en salud en todo el país, generando así un sistema centralizado dirigido especialmente por la ADRES donde hace el papel de irrigar los recursos al sistema acompañado por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Ilustración 12 Cuenta Aportes



Fuente. elaboración propia, según la reforma a la salud 2023

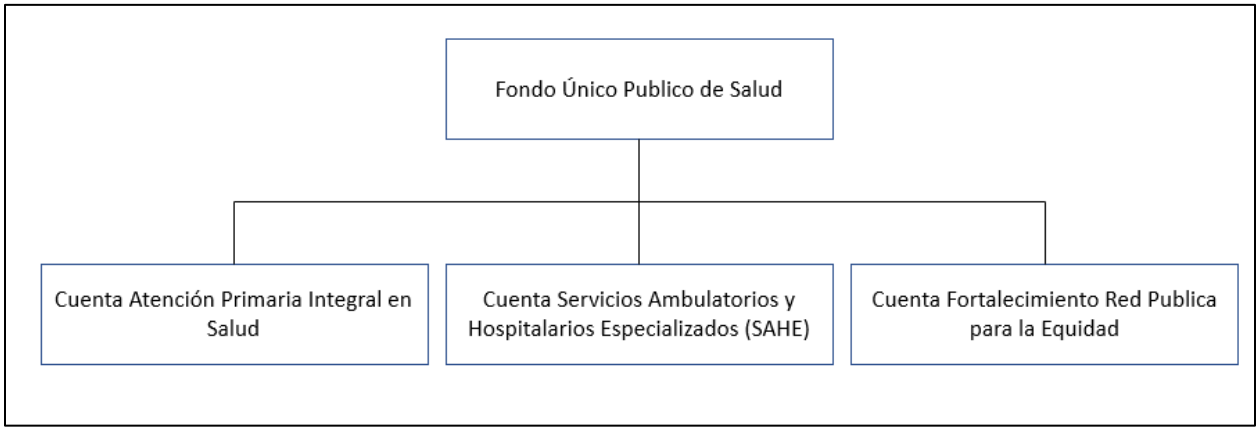
La anterior figura, representa la financiación de la cuenta aportes del nuevo sistema de salud, teniendo como característica principal dentro de esta cuenta, es que a ella llegaran los aportes o contribuciones realizadas por los trabajadores, para financiar el sistema de salud, lo que en el anterior sistema se denominaba régimen contributivo y que también se financia con ingresos provenientes o recolectados por el Estado, que hacen parte del PGN y del SGP.

La segunda cuenta que se encargará también de la financiación del nuevo sistema, corresponde al Fondo Único Público de Salud, encontrándose la siguiente composición:

El Fondo Único Público de Salud, estará constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la Administración de Recursos para la Salud-(ADRES), cuya inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y además autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos (Reforma a la Salud, 2023)

Este Fondo Único Público de Salud, administrado por la ADRES, tendrá como función principal facilitar la asignación, transferencia y el gasto de los recursos en beneficio de eliminar las inequidades existentes en materia de salud, a su cargo mantendrá la administración de las siguientes cuentas:

Ilustración 13 Fondo Único Público de Salud



Fuente: elaboración propia

Esta figura, describe las cuentas administradas por el ADRES y que hacen parte del fondo único público de salud, en la que cada una de las anteriores cuentas, tiene diversas fuentes de financiación, así como de destinación específica para las necesidades que se le otorgan. A continuación, se dará a conocer las principales fuentes y usos que empleará cada cuenta.

8.2.3.1.4. *Cuenta Atención Primaria Integral en Salud*

La cuenta de atención primaria integral de salud, posee las siguientes fuentes de recursos y usos. Los recursos de esta cuenta podrán ser reasignados en la vigencia fiscal para atender prioridades en la atención en salud, con excepción de los recursos del SGP y las cotizaciones, con el objetivo de garantizar el servicio público y el derecho fundamental en salud.

Fuentes y Usos:

Tabla 1 Cuenta de atención primaria integral en salud

Fuentes	Usos
• El sistema general de participaciones el cual aportara el 90% de los recursos, los cuales tendrán como destino los municipios. • Aportes realizados por los trabajadores y empresas destinados a solidaridad, correspondiente a 1.5 puntos de la cotización en salud. • Recursos propios de los municipios y distritos, dentro de estos esta Coljuegos municipal el cual financia el Régimen subsidiado. •Recursos recibidos por organismos internacionales que se destinen a la atención de la población migrantes y otras poblaciones especiales. • Aportes del Presupuesto Nacional para la atención primaria.	• Servicios de atención primaria, dentro de la cual está la atención básica en salud, equipos de atención domiciliaria y la promoción y prevención de la enfermedad. • Soluciones de transporte que permitan garantizar la oferta de servicios básico de salud a todas las poblaciones rurales. • El servicio de atención pre hospitalaria de urgencias médicas en los territorios. • Estos recursos se enviarán por giro directo mensualmente por la ADRES a los prestadores de servicios de salud que pueden ser públicos, privados o mixto.

Fuente: Adaptada de: Cartilla pedagógica Reforma estructural al sistema de salud (2023)

8.2.3.1.5. *Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE)*

Fuentes y Usos:

Tabla 2 Cuenta servicios ambulatorios y hospitalarios especializados (sahe)

Cuenta servicios ambulatorios y hospitalarios especializados (sahe)

Aportes de SSS de los trabajadores y empleadores Aportes de solidaridad de los regímenes especiales (REE) • El recaudo por sanciones e interés de mora por inoportunidad en el pago de los Aportes • Recursos de la subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) • Aportes de las cajas de compensación familiar • Prima del SOAT y transferencias del FONSAT • Recursos del Presupuesto Nacional para financiar servicios ambulatorios y hospitalarios especializados • Recursos del Presupuesto Nacional que compensan la exoneración del pago de los aportes parafiscales a empresas y personas naturales (art. 114-1 del Estatuto Tributario). • Impuesto a las armas municiones y explosivos. • Recursos de capital de esta cuenta y recuperaciones de aportes parafiscales • Aportes del PGN previamente destinados a servicios fuera del UPC • Porcentaje que se defina para el pago de la administración de los recursos del aseguramiento social	• El pago de los servicios prestado de alta y mediana complejidad reconocidos por los fondos regionales de salud • Pago de los servicios de salud, funerarios e indemnizaciones ocasionadas por vehículos no asegurados • Financiar la atención especializadas en instituciones para enfermedades raras, la adquisición de medicamentos especiales y proyectos de investigación • Destinar un 0,1% de los recaudos de las cotizaciones de los aportes parafiscales en salud, para cofinanciar fondos regionales de seguridad social los cuales formaran un fondo de inversión, administrado por el ADRES. • Pago de incapacidad por enfermedades y licenciad de maternidad y paternidad

Fuente: Adaptada de: Cartilla pedagógica Reforma estructural al sistema de salud (2023)

8.2.3.1.6. *Cuenta Fortalecimiento Red Pública para la Equidad*

Fuentes y Usos:

Tabla 3 Cuenta fortalecimiento red pública para la equidad

Cuenta fortalecimiento red pública para la equidad	
Fuentes	**Usos**
• Rentas cedidas a las entidades territoriales • Aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las instituciones sanitarias estatales y red pública. • Recursos del SGP destinados a la oferta en el nivel departamental • Aportes del presupuesto nacional que garantizan el ejercicio presupuestario de los hospitales de alta y mediana complejidad de la población dispersa.	• Financiar el funcionamiento de las instituciones sanitarias del Estado, garantizando la prestación de los servicios epidemiológico y retribución por baja facturación • Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria • El funcionamiento en los territorios de las redes de atención de urgencias y el transporte medicalizado

Fuente: Adaptada de: Cartilla pedagógica Reforma estructural al sistema de salud (2023)

8.2.3.2. Adres

La ADRES se erige como la entidad más importante dentro del nuevo sistema, a continuación, se menciona su papel dentro del sistema, sus responsabilidades y su influencia en el funcionamiento de este. Dentro del nuevo sistema de salud, la ADRES se constituye como la entidad encargada de garantizar el adecuado flujo y administración de los recursos del sistema de salud, como lo mención el artículo 22 de la presente ley:

> Le corresponde en especial administrar el Fondo Único Publico para la Salud, los que financien el Sistema de Salud, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. (Reforma a la Salud, 2023)

Por lo tanto, el ADRES se configura como la entidad más relevante en este nuevo sistema, ya que es la encargada de irrigar los recursos. Dentro de este mismo artículo se consagran las actividades que tiene que tiene que cumplir esta entidad, entre las más relevantes acciones, está que es la encargada de administrar el Fondo Único Publico para la Salud, realizar los pagos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, gestionar la cuenta única de recaudo de las cotizaciones obligatorias y garantizar el flujo de recursos de la Nación para los territorios de salud y las instituciones hospitalarias. La ADRES tendrá que realizar los giros de las asignaciones, administrar los recursos parafiscales de orden nacional, administrar los recursos de las cotizaciones para la seguridad social de los empleados o trabajadores dependientes, trabajadores por cuenta propia, pensionados y rentistas de capital, recursos provenientes del impuesto de compra de armas, municiones y explosivos, los recursos que se destinan a las cajas de compensación al régimen subsidiado y administrar las demás cuentas del fondo único público de salud.

8.2.3.3. Fondos de salud

Esta reforma contempla que las entidades territoriales deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, el cual se manejara como una cuenta especial de presupuesto separada de las demás rentas territoriales y con unidad de caja al interior del mismo, con un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo

8.2.3.3.1. *Fondos Territoriales de Salud*

Estos Fondos serán administrados por las direcciones territoriales de salud, recursos que se recaudarán de las transferencias del Fondo Único Publico para la Salud, Rentas de destinación específica para salud, recursos del SGP y recursos propios de los territorios. La asignación del monto de las transferencias se hará igual que por el SGP donde se prioriza la equidad y la

rentabilidad social, con el fin de atender con mayores recursos a los territorios donde se presentan peores indicadores en materia de prevalencia de problemas y enfermedades, morbilidad y mortalidad materna e infantil, cobertura en saneamiento básico, incidencia de emergencias y desastres y ofertas de servicios de salud.

8.2.3.3.2. *Consejos de administración de los fondos regionales de salud*

Este consejo será el responsable del manejo de los recursos en las regiones, teniendo que evaluar trimestralmente su gestión, enviar estas evaluaciones a los organismos de control, recomendar ajustes a los servicios, evaluar la suficiencia y pertinencia de las actividades y recursos ejecutados. Estará conformado por diferentes representantes de los organismos de control como también de empleadores y trabajadores.

8.2.3.3.3. *Contratación y autorización de pagos de servicios*

El gerente del fondo regional de seguridad social será un funcionario de la ADRES, quien contratara los servicios de salud y demás requerimiento a nivel regional, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias con las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el gobierno nacional. A nivel regional se harán auditorias médicas y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios. Este sistema propone una vigilancia constante sobre el sistema a todo nivel como lo expresa el artículo 47: *"organizará un sistema contratado de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red de servicios en la región"* (Reforma a la Salud, 2023), con el claro objetivo de evitar los problemas de malversación de recursos del actual sistema y también tener normas claras frente a las irregularidades como es:

De encontrarse irregularidades graves en la facturación de los servicios de una institución

hospitalaria o ambulatoria pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Único publico Integrado de Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. (Reforma a la Salud, 2023)

Estas medidas acompañadas con la fijación de tarifas únicas y obligatorias para la prestación de los servicios de salud, serán encaminadas a resolver los problemas de malversación de recursos dentro del actual sistema de salud.

8.2.3.4. Prestación de servicios de salud

El sistema actual propuesto por el gobierno nacional, posee lineamiento frente a la prestación del servicio. A continuación, se hace un recorrido acerca de la prestación del servicio de salud en el nuevo sistema, el modelo de atención, la atención primaria, la atención de mediana y alta complejidad y la transición que propone la reforma. La prestación dentro del nuevo sistema de salud, tendrán los siguientes lineamientos que los recogen los artículos del 50 al 54:

- **La cobertura** de nuevo sistema será guiada por la prestación integral de la salud, que incluye su promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación de enfermedades, con la excepción de los servicios que obedezcan a criterio legales de exclusión.
- **El acceso** de los servicios lo podrá solicitar cualquier persona nacional o extranjera y no se podrá negar la prestación del servicio según lo consagrado en el artículo 13 y 86 de la constitución política
- **La calidad** del servicio se entiende como la materialización efectiva de las condiciones institucionales para el goce y disfrute del servicio de salud

8.2.3.4.1. *Modelo de atención*

El modelo de atención del nuevo sistema será fundamentado en el goce efectivo del derecho a la salud según el género, cultura y etnia, ciclo vital, discapacidad o vulnerabilidad complementado con las necesidades de su entorno. La oferta de servicios será planificada y oportuna que deberá garantizar el cuidado de la salud y el acceso a las poblaciones dispersas.

8.2.3.4.2. *Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud*

La atención primaria integral resolutiva en salud, se desarrollará en las instituciones del Estado (ISE), que se encargaran de identificar con participación comunitaria las condiciones sociales que indicen en la calidad de vida y en la salud, formular políticas y planes intersectoriales orientados a la disminución de inequidades y mejoramiento de la calidad de vida, programar los servicios ambulatorios, servicios farmacéuticos y tecnológicos en salud.

8.2.3.4.3. *Centros de atención primarios integral resolutiva en salud (CAPIRS)*

Uno de los puntos más importantes del articulado de la Reforma a la salud 2023, es la creación de los Centros de atención primaria integral resolutiva en salud (CAPIRS) los cuales prestarían los servicios médicos en todo el territorio nacional, y se desarrollaran por hospitales y clínicas públicos, mixtos y privados. Este nuevo sistema plantea en el artículo 94 de la Reforma a la salud, la estrategia de inversión que se creara para los CAPIRS de tal manera que:

> Se desarrollará un plan de inversión en Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un Centro por cada 20.000 habitantes, disposición que podrá ser para una población menor o mayor, conforme a las condiciones epidemiológicas, la distribución de la población en el territorio y las necesidades en salud de la población para definir el número y localización de los centros de atención, conforme a la política que establezca el Ministerio de Salud y Protección

Social.

De acuerdo con lo anterior, los servicios médicos-asistenciales de baja complejidad, se prestarán con actividades relacionadas a la prevención de la salud, dirigidos por equipos de profesionales y técnicos de los CAPIRS en los municipios y distritos, a fin de que estos centros integren progresivamente los servicios de especialidad y diagnóstico de mediana complejidad, con la intención de tratar que los CAPIRS, logren una mayor capacidad de resolución de la demanda de los servicios de salud en los territorios.

Ahora bien, los servicios de mediana y alta complejidad, serán prestados por las entidades hospitalarias y ambulatorias de cualquier índole, que integre la red de territorio o la región, en donde se desarrollarán programas de atención, monitoreo y hospitalización a fin de garantizar la continuidad e integralidad del manejo del paciente.

Esta red, en la nueva reforma posee el siguiente plan de inversión:

> Los departamentos y distritos deberán formular un plan decenal de inversión y desarrollo de Hospitales públicos a fin de garantizar la oferta de los servicios de mediana complejidad y contar, como mínimo, con un centro hospitalario público con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor.

De este modo, es importante recalcar la participación que tendrá la Coordinación Regional de la red de servicios, la cual servirá de apoyo para la remisión de pacientes de alta complejidad cuando sea necesario, facilitar el traslado a departamentos de una región cercana, además de gestionar los debidos procesos de comunicación interinstitucional para evitar que las familias accedan a trámites engorrosos para conseguir los servicios de salud.

8.2.3.5. Transición y evolución del sistema de salud

Para la transición hacia este nuevo sistema, se realizarán consultas previas con las

autoridades tradicionales en las regiones, con el fin de reglamentar la prestación del servicio y la organización del mismo, manteniendo los regímenes especiales y exceptuados. También se establece que las empresas de medicina prepagada y seguros privados seguirán funcionando bajos las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de los servicios sin tener ninguna prioridad cuando se utilicen los servicios de salud dentro del derecho.

Para iniciar una transición, las empresas sociales del estado se denominarán Instituciones de Salud del Estado (IES), con un nuevo régimen laboral, en ningún caso las instituciones de salud del estado interrumpirán la prestación del servicio de salud. En los territorios, esta transición se hará de manera gradual y progresiva según lo determine el gobierno nacional.

En los casos donde existan instituciones prestadoras de servicios de salud que cuenten con un patrimonio público superior al 90%, se podrán transformar en instituciones de salud del estado (ISE) y cuando esta infraestructura publica este siendo operada por terceros, se pretenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las ISE, como se menciona a continuación:

> Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la hecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado (ISE) del respectivo nivel de gobierno (Reforma a la Salud, 2023)

El periodo de transición se implementará de forma gradual a partir de la vigencia de la ley que reforma el sistema de salud, sin embargo, mientras dure este periodo “no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud” (Reforma a la Salud, 2023) dado que este sistema mantiene la premisa de garantizar en todo momento el servicio público esencial de salud.

Siguiendo esta premisa de garantizar en todo momento el servicio público en salud, los pacientes en estado crítico, seguirán siendo atendidos por los prestadores de servicios de salud, también se acordará con la EPS la entrega de todos los afiliados.

Tabla 4 Comparación estructural

Comparación estructural		
Rubro Comparativo	Nueva reforma	Actual Sistema
¿Posee un enfoque Humanizado?	Si	No
¿Posee un enfoque étnico?	Si	No
¿Derechos LGTBIQ+?	SI	No
¿Organismos de Control de orden nacional?	Si	Si
¿Organismos de control de orden subnacional?	Si	No
¿Existe una diferenciación al paciente según su capacidad o no de aportar al sistema?	No	Si
¿Existe intermediación en el pago de los servicios a las entidades que prestan el servicio directo al usuario?	No	Si
¿Inversiones en la institución públicas de salud?	Si	No
¿Sigue los conceptos de la descentralización?	Si	Si
¿Métodos de racionalización del consumo en los servicios de salud?	No	Si
¿Se incentiva la veeduría ciudadana?	Si	No
¿Existen regímenes especiales y exceptuados?	Si	Si

Fuente. Elaboración propia.

La anterior tabla realiza una comparación estructural del actual sistema a la salud vs la reforma propuesta por el gobierno nacional, frente a la concepción de la reforma, apreciándose grandes diferencias entre los dos esquemas.

Dentro de las diferencias se contemplan las siguientes:

El enfoque propuesto para satisfacer el derecho a la salud, por un lado, el sistema actual se centra en garantizar el derecho fundamental a la salud de los colombianos en cambio el sistema propuesto se direcciona no solamente en la garantía de la prestación del servicio sino también en la humanización de las relaciones entre los actores participantes del sistema.

El enfoque étnico del nuevo sistema, ya que en este se respetaron la autodeterminación de los pueblos indígenas frente a los servicios de salud, reconociendo servicios y medicinas que en el actual sistema no están considerados.

El reconocimiento explícito en la ley de los derechos LGTBIQ+ dentro del nuevo sistema removiendo los obstáculos que impiden garantizar el valor a la salud a las personas de esta orientación sexual.

Esta nueva reforma plantea organismos de control a nivel departamentales y distritales fortaleciendo el control, la vigilancia y la inspección, estableciendo un régimen disciplinario sancionatorio para las diferentes entidades que prestan el servicio de salud e igualmente para las personas que intervienen en los procesos de servicios.

La atención dentro del nuevo sistema, no estará diferenciada según la capacidad del usuario de aportar al sistema, no habrá la diferenciación que hay en el actual sistema del régimen contributivo y subsidiado mediante la intervención de la Superintendencia de Nacional de Salud garantizando el acceso efectivo del servicio a todos los usuarios y dando prioridad en la gestión de las diferentes quejas y reclamos impuestas a esta entidad.

La eliminación de la intermediación en este nuevo sistema entre el prestador del servicio al usuario y la entidad encargada de generar el pago, es decir, el giro directo de la UPC, que le corresponde a cada afiliado, con el objetivo de que el Estado recupere el control de los recursos públicos, direccionados al sector de la salud, para ser retribuidos a los territorios y poblaciones, según las necesidades mediante la participación y aplicación del rol que ejerce el Ministerio de Salud.

El plan de inversiones dentro de los hospitales públicos que propone el nuevo sistema, en contravía del antiguo en el cual se regía por las leyes del mercado favoreciendo la creación de EPS y IPS de índole privada.

La eliminación de las cuotas moderadoras progresivamente en la nueva reforma con la finalidad de que estos cobros dejen de ser barreras económicas para acceder a los beneficios de los servicios de salud, cuotas que si están implementadas en el actual sistema.

El nuevo sistema como está planeado en la ley de la propuesta de la reforma, incentiva la veeduría ciudadana en los territorios, dando un mayor margen de vigilancia de los recursos del sistema.

8.3. Evolución económica del sistema (Proyecciones)

Frente al comportamiento financiero del nuevo sistema de salud, se puede decir que dentro de la ley se contemplan dos realidades diferentes, una que reconoce los problemas que viene generando el sistema actual y la otra con la implementación del nuevo sistema que no puede desconocer la realidad actual.

Por el contrario, tiene que hacer frente a las dificultades financieras del actual sistema, como se remarca en la ley:

Un nuevo sistema de salud que construye sobre lo construido, hereda desde el punto de

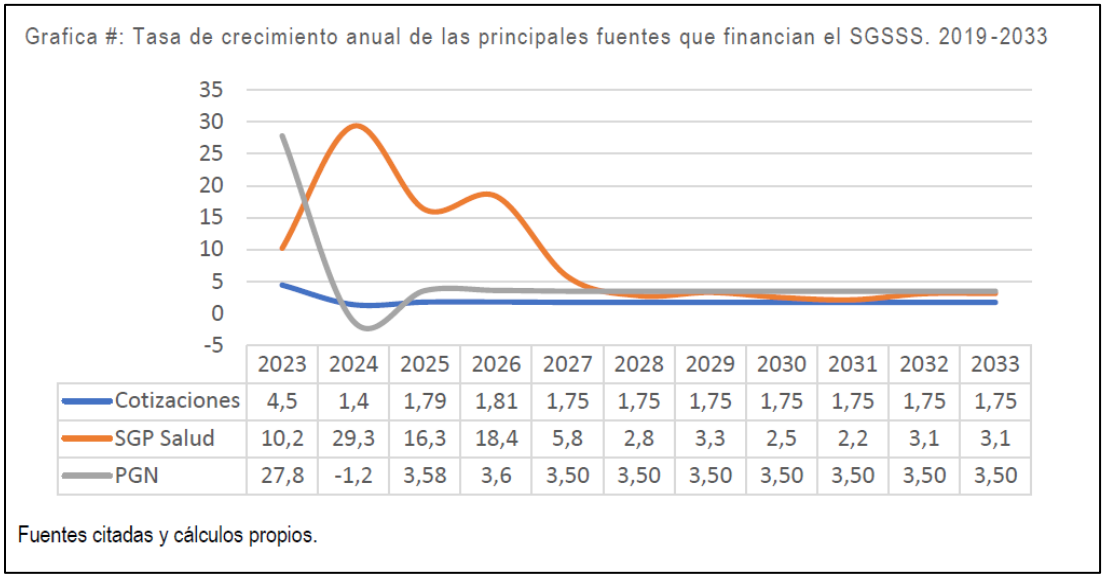
> vista financiero y con probable impacto fiscal, un conjunto de problemáticas asociadas a los desbalances que se viene generando a la fecha. Uno que corresponde a la situación actual del SGSSS que está evidenciando profundas falencias de un sector como las EPS a la vez que, de los prestadores de servicios de salud públicos, mixtos y privados. Situación de crisis que la propuesta de reforma no puede desconocer y que debe considerar como parte del análisis de la transición del Sistema actual al Sistema de Salud que se propone regular el Proyecto de Ley (Reforma a la Salud, 2023)

Sin embargo, esta misma reforma reconoce los alcances que podrá tener su implementación, sobre la viabilidad en el mediano y largo plazo del sistema de salud colombiano, como lo mencionan:

> El segundo escenario es el de la sostenibilidad del nuevo Sistema de Salud. A su vez, deben diferenciarse dos aspectos, Algunos de los costos de la nueva reforma deberían asumirse necesariamente, como parte de la política gubernamental y de las necesidades de salud de la población" (Reforma a la Salud, 2023)

La reforma a la salud, plantea un cambio en las fuentes de financiamiento del sistema, debemos recordar que, para el corte del 2022, el sistema general de salud, se financiaba principalmente con las cotizaciones del régimen contributivo, seguido de los aportes del PGN y del SGP siendo las tres (3) principales fuentes de financiamiento, con la implementación de la reforma al sistema, esta situación tendrá un cambio radical, como se observa en la siguiente gráfica.

Ilustración 14 Proyección de las fuentes de financiamiento del nuevo sistema 2023-2033



	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones	4,5	1,4	1,79	1,81	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
SGP Salud	10,2	29,3	16,3	18,4	5,8	2,8	3,3	2,5	2,2	3,1	3,1
PGN	27,8	-1,2	3,58	3,6	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50

Fuente: Tomado de la Reforma a la Salud 2023. P.164

La gráfica anterior, señala el comportamiento anual de las principales fuentes que financian el SGSSS, es decir, las proyecciones de las fuentes de financiación del sistema de salud. Se puede ver un cambio sustancial en el comportamiento de las fuentes provenientes del PGN y del SGP, después de que la reforma a la salud fue presentada por el gobierno actual.

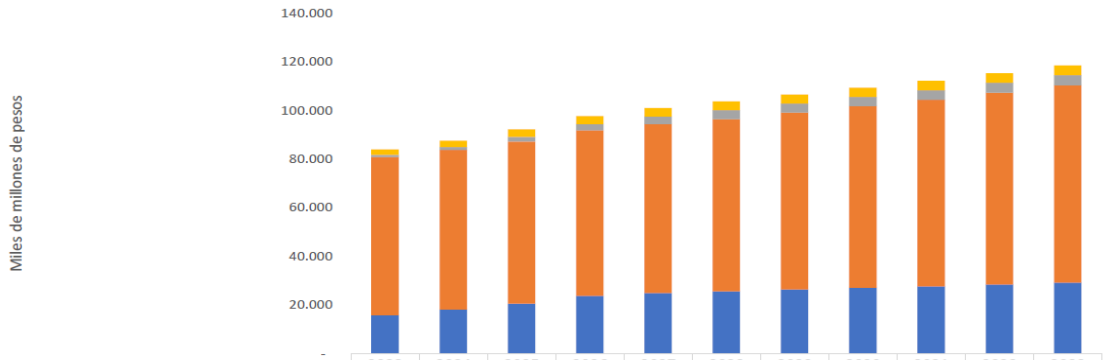
Este cambio se vislumbra sobre todo para el año 2024, año en el cual las fuentes provenientes del SGP, aumentarán en un 30% aproximadamente, con un decremento del 1,2% de las fuentes del PGN. Este cambio de fuente de financiación, tiene un trasfondo importante para la estabilidad financiera del sistema, ya que los recursos del SGP, son recursos fiscales del Gobierno Nacional que se envían a las entidades territoriales, con el objetivo de generar una descentralización y autonomía territorial con el fin de financiar sus operaciones y que esta distribución de recursos corresponde a criterios establecidos por la ley como son variables poblacionales, de pobreza, de capacidad fiscal entre otros.

En cambio, los recursos provenientes del PGN, son un instrumento con el cual el

Gobierno de turno, planifica el gasto publico anual, que se establece a partir de la ley de presupuesto aprobada por el congreso. Por ende, el cambio de fuente de financiación del PGN al SGP, brindara al sistema más estabilidad ya que los recursos del SGP están establecidos por ley y no estarán supeditados al Gobierno de turno y las prioridades que puedan tener.

Ilustración 15 Distribución de los recursos en el nuevo sistema de salud 2023-2033 proyección

Gráfica: Proyecciones 2033 de las fuentes de financiación por subcuenta. Pesos constantes de 2023



	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Otras (Salud Pública y Formación)	2.308	2.698	2.984	3.354	3.502	3.586	3.685	3.767	3.842	3.944	4.049
Fortalecimiento Red pública para la equidad	772	1.108	1.928	2.542	3.128	3.718	3.802	3.883	3.964	4.053	4.144
Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE).	65.140	65.671	66.738	68.100	69.435	70.813	72.758	74.763	76.830	78.957	81.149
Atención Primaria Integral en Salud	15.660	18.012	20.446	23.619	24.841	25.496	26.282	26.913	27.478	28.278	29.111

Fuente: Cálculos propios.

Fuente: Tomado de la Reforma a la Salud 2023. P166

La gráfica anterior, describe la distribución de los recursos del nuevo sistema de salud, según la cuenta en el periodo 2023-2033. Se enfoca en los Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), seguido por la Atención Primaria Integral en Salud y en menor medida el Fortalecimiento Red Pública para la Equidad. Sin embargo, la distribución de estos recursos ira cambiando con el tiempo, porque a partir del 2024, la cuenta de la atención primaria integral en salud, aumentará de manera progresiva los recursos hasta casi duplicarlos para el año 2033. Comportamiento esperado ya que esta cuenta es la encargada de atender los

servicios básicos en salud en los CAPIRS y este nuevo sistema trata de asegurar y extender los servicios brindados por los CAPIRS, con miras a un sistema de salud que prevenga la enfermedad y no curarla, disminuyendo costos de atención y aumentando el bienestar de la población.

Tabla 5 Comparación financiera nueva reforma de la salud y la ley 100 de 1993

Ítem de financiación	**Nueva ley proponente**	**Ley 100 de 1993**
Principal fuente de financiación	Cotizaciones	Cotizaciones
Fuente secundaria de financiación	Sistema General de Participaciones (SGP)	Presupuesto General de la Nación (PGN)
Fuente terciaria de financiación	Presupuesto General de la Nación (PGN)	Sistema General de Participaciones (SGP)
Entidad encarga de irrigar los recursos al sistema	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)	Empresas Promotoras de Salud (EPS)
Liquidez	Mayor	Menor
Sostenibilidad financiera	Mayor	Menor
Incentivo	Competencia- Maximización de Utilidades	Logro de resultados
Contención de los costos	Estandarización de Costos	Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Fuente: Elaboración propia.

En la anterior tabla se realiza una comparación financiera del actual sistema de salud vs

la reforma propuesta por el Gobierno, en esta tabla se mencionan varias diferencias de índole financiera que harán cambiar de forma radical el funcionamiento del mismo.

Se encuentra en primer lugar, que la segunda fuente de financiación del sistema dentro de la nueva reforma serán los recursos provenientes de Sistema General de Participación (SGP) en contravía del actual sistema donde la segunda fuente de financiación es el Presupuesto General de la Nación (PGN). Cambio que le brinda mayor estabilidad al sistema dado que los recursos asignados al SGP se entregaran por tramos en los años proyectados a partir del 2024 hasta el 2029 para llevar a cabo la asignación fija de los ingresos corrientes de la Nación con la finalidad de permitir mayor participación de los entes territoriales fortaleciendo la descentralización y la entrega transparente de los recursos a las ciudades.

En segundo lugar, se tiene que la entidad encargada de irrigar los recursos dentro del sistema en la reforma será la ADRES que tiene por objetivo eliminar la intermediación que existe en el actual sistema entre los recursos destinados a la salud y las IPS, intermediación que estaba dirigida por las EPS y que en muchos casos era la culpable de la falta de liquidez de las IPS, por tanto, estas situaciones llevaron a cabo el cierre de varias Entidades Promotoras de Salud debido a la falta de capitalización.

En tercer lugar, se indica una mayor liquidez en el papel, plasmada en la nueva reforma dado que, en esta, se eliminará la intermediación que cumplían las EPS y se giraran los recursos de forma directa de la ADRES a los CAPIRS o Red de Atención Hospitalaria, lo cual permitirá un control regulado del flujo de caja de las transferencias por parte de las fuentes de financiación.

En cuarto lugar, se señala una mayor solidez financiera soportado en un mayor compromiso en cuanto al gasto público de parte del Estado. Este aumento dentro de la

financiación del sistema generara una mayor solidez financiera dentro de los actores del sistema de salud, los cuales tendrán la capacidad de atender de mejor y en un menor tiempo sus obligaciones.

El quinto lugar, se muestra que, el incentivo del sistema actual difiere del propuesto por el gobierno, mientras que en el sistema actual prevalece la lógica del mercado en función de maximizar la utilidad en el nuevo sistema prevalece la consecución de logros, lógica que tiene un trasfondo económico importante, ya que en el actual sistema la persecución de la máxima utilidad va en contravía a la calidad del servicio y por ende de la satisfacción del derecho.

El sexto lugar, se puede apreciar que el plan de atención de costos difiere en los dos sistemas, en el actual vemos un plan de contención de costos basada por la UPC y que sigue la lógica de generar utilidades a partir de la contención de los costos y la eficiencia, en cambio el nuevo sistema planea contener los costos a partir de la estandarización de los costos del servicio de atención primaria, mediana y alta complejidad.

8.4. Conclusiones

Positivas

Cambios frente a la atención del usuario. Porque se trata de buscar un equilibrio entre la protección del derecho a la salud de todos los ciudadanos, tratando de cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos poblacionales (grupos étnicos, afrodescendientes, mestizos, otros), sobre todo en las áreas rurales y zonas vulnerables. Además, existe una percepción generalizada de que la calidad de atención es deficiente, por lo que se hace indispensable garantizar el acceso a servicios de calidad, independientemente de si el régimen es contributivo o subsidiado y para hacer frente a los desafíos epidemiológicos y demográficos actuales. Se hace

necesario, entonces, que para que esta implementación sea efectiva, haya participación de toda la sociedad en este proceso de transformación, garantizando así, su éxito.

Cambios frente a la sostenibilidad financiera y la calidad de los servicios. Se hace necesario el fortalecimiento en la atención primaria y prevenir enfermedades y agregarle el enfoque tecnológico de manera sostenible, así como establecer medidas efectivas para combatir la corrupción y mejorar la transparencia en la gestión de los recursos en el sistema. Es importante que se realicen esfuerzos para garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la reforma, promover la participación activa de la sociedad civil y establecer un plan de implementación claro y realista que involucre a los diferentes actores del sistema de salud.

Se elimina la intermediación. Se elimina la intermediación de las EPS, haciendo por lo menos en el papel, un sistema de pagos más eficiente solucionando los problemas de flujo de caja de estas entidades para dar cumplimiento al objeto presupuestal y asignación de recursos financieros. Teniendo en cuenta que los procesos más simplificados mejoraran la transparencia y la claridad de la administración de la atención medica facilitando su comprensión tanto para los proveedores de servicios como para los pacientes.

Es importante resaltar que, la reforma a la salud respecto al punto de la adopción de un enfoque predictivo y preventivo de manera temprana va a contribuir a minimizar los costos y gastos a largo plazo, enfatizando que los procedimientos relacionados con atenciones primarias tendrían gran impacto, optimizando el ahorro eficiente en beneficio de las estimaciones de recursos y de las dinámicas de gestión financiera. Aunque, la implementación y los procesos necesitarían evaluarse con base a las regularidades políticas y estructuras particulares.

La creación de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se ve como una ventaja frente a un mayor compromiso del Estado con el derecho a la salud, se agruparán por niveles de

baja, mediana y alta complejidad; operarán en redes integrales e integradas de servicios. Queda por fuera el Instituto Nacional de Cancerología, porque tiene características propias de su labor, según su naturaleza jurídica vigente.

Se busca atender las necesidades de salud básicas de los ciudadanos, no solo en los grandes centros poblados sino también en las comunidades rurales más apartadas. Sería, en todo caso, un esquema completo de implementación de servicios de urgencias, salas de parto y equipos de personal de salud que se desplacen hasta los territorios más vulnerables para hacer detecciones tempranas de enfermedades y tratar, de manera oportuna, enfermedades que puedan agravarse.

Negativas

Riesgo de carga fiscal. No se puede garantizar que este nuevo sistema pueda asumir las cargas financieras que trae consigo el sistema actual, sin embargo, se posee un plan estructurado de transición en el cual si se toma en cuenta la situación actual de sistema de salud y la manera de asumir esas cargas.

Frente a los posibles problemas dentro del nuevo sistema, genera gran inquietud la gran participación del gobierno como juez y parte dentro del sistema, lleva a pensar a las investigadoras, sobre una gran probabilidad de problema de corrupción y desvíos de recursos dentro de este nuevo sistema, además de incorporar instancias territoriales como son los municipios o departamentos puede generar procesos de clientelismo con el nuevo sistema, se espera que el consejo nacional como el territorial creado para generar la veeduría de este nuevo sistema, funcione como está plasmado en la presente ley.

En relación con, los riesgos también se podría incluir las consecuencias que tendría que asumir el Estado, frente a la eliminación de los copagos y las cuotas moderadoras, que, aunque

por ahora se mantienen, por el acuerdo firmado con el Ministerio de Hacienda, si serán aplicables a largo plazo, porque es la apuesta que hace el gobierno en cuanto a eliminación de barreras para el acceso a los servicios de salud, que hoy en día muchos colombianos tienen con el sistema actual.

Por lo tanto, se considera no solo negativo, sino riesgoso, la eliminación de estos pagos, porque al acabarse tanto el copago como la cuota moderadora, tendría un impacto fiscal y evidentemente debilitaría el sistema.

La corrupción. Podría decirse que el mayor aspecto negativo es la corrupción que se niega a salir del sistema, porque siempre ha existido y puede que siga existiendo, mientras no se tome conciencia que la salud es un derecho fundamental, y que no se debe negociar con ella. Que la demanda de servicios debe estar centrados en el paciente y no en los empresarios y los intereses particulares, respetando los recursos (financieros) que se destinan para este.

La posible desaparición del sector privado del sistema la salud: Aunque es un tema que ha tomado mucho tiempo, y se ha discutido ampliamente, muchas de las empresas de la salud, no aceptan asumir el cambio, porque al transformarse en "gestoras", y para muchas de ellas no es atractivo, financieramente no es viable. No es para nadie desconocido que muchas EPS, han sido intervenidas por la falta de transparencia en sus reportes de información financiera, al no cumplir con las metas que supuestamente se habían trazado y al no brindar calidad en el servicio. Si las EPS, no cumplen a cabalidad con su misión, seguramente podrían desaparecer. Si se acogen a lo que dicta la reforma y trabajan mancomunadamente con el Estado, pueden seguir funcionando y prestando un servicio de calidad, que es lo que se pretende con esta nueva reforma.

Poca claridad en los objetivos misionales: Para muchos sectores, no hay claridad en

cuanto a lo que se propone, falta más claridad en los objetivos propuestos, y hay poco acceso a la información, por ejemplo, en cuanto a los recursos financieros, los sectores que están opuestos a la reforma, consideran que ADRES no cuenta con la capacidad para responder por el manejo centralizado de recursos de todo el sistema, y se podrían incrementar los riesgos financieros, porque hasta el momento no se conocen a ciencia cierta cuales son las facultades y capacidades operativas de ADRES, para ser el pagador único del sistema.

La falta de claridad en el financiamiento. Todavía no es claro cómo se va a dar el funcionamiento de este sistema de gestión de los recursos, porque una de las más grandes preocupaciones de esta reforma, es la financiera, precisamente por la figura del aseguramiento. Aparentemente la reforma adolece de un financiamiento integral.

Talento humano. Aunque la reforma propone una Política de Formación y Educación Superior en Ciencias de la Salud, y formalizar laboralmente a los profesionales de la salud y la creación de incentivos, no hay un proyecto tangible sobre cómo sería esta nueva política. Por otro lado, no es claro, de dónde saldrán los recursos para lograr la formalización laboral de los trabajadores y la sostenibilidad de todos los funcionarios (privados o públicos).

Frente a lo negativo, se podría agregar lo siguiente.

En la actualidad, hay muchos diagnósticos y pocas recomendaciones que lleven a tener tranquilidad no solo a nivel de entidad salud, sino a nivel Estado. No hay un punto de salida que pueda evitar un colapso institucional (se está viendo con los choques diarios que se presentan entre los políticos, empresarios y Estado).

Este colapso traerá consigo, la desprotección asistencial y financiera, para la atención en salud de los colombianos.

Identificadas las conclusiones positivas y negativas de la implementación de la nueva

reforma a la salud, a continuación, en el capítulo tres (3), se conocerá a través de un análisis, cuáles serán las posibilidades y retos que el gobierno nacional enfrentaría para poder operar de manera financiera el sistema de salud, con sus respectivas estrategias de acción.

9. Capitulo III

Identificación de las posibilidades y retos que implica el cambio frente a la dinámica de financiamiento del sistema de salud actual y el proyectado mediante la reforma a la salud 2023.

En este apartado, se trata de identificar las posibilidades y retos que implica el cambio propuesto por el proyecto de ley a la salud en Colombia, un panorama dinámico que ha impulsado la evaluación critica de como impactara en la accesibilidad, equidad, calidad en su financiamiento**.** De esta manera, se busca determinar las estrategias que pueden fortalecer los escenarios positivos y mitigar los riesgos de la implementación de esta nueva reforma.

9.1. Posibilidades

En el caso de que la reforma a la salud sea aprobada es necesario que se estimen situaciones financieras en diferentes escenarios que se pueden generar con la finalidad de mencionar impactos positivos, retos y estrategias coordinados con la participación de los actores privados y públicos del campo de la salud.

En primer lugar, se indican las posibilidades que puede proporcionar esta nueva reforma. Entre ellas se tiene:

El sector privado de la salud, podrá contribuir positivamente a la implementación de la reforma en Asociación con el Gobierno nacional. Se podría decir que, desde la perspectiva financiera las entidades pertenecientes al sector privado de la salud lograrían desempeñar funciones de gran interés con relación al manejo eficiente del rubro financiero que pertenece al sistema de salud. Lo mencionado se llevaría a cabo con la gestión administrativa, operativa y financiera que aporta el Estado en beneficio de la administración de los recursos. Al trabajar articuladamente el sector privado y Gobierno, se creería que:

La optimización de infraestructura o instalaciones médicas pertenecientes a las EPS privadas podría ampliar la cobertura de servicios de salud tempranamente con la finalidad de que los ciudadanos tengan una mejor salud a nivel general y a largo plazo reducción de costos por enfermedades como tratamientos complejos que requieren medicamentos, equipos médicos y hospitalizaciones, además, una carga equitativa de costos de construcción y mantenimiento permitiendo una inversión más sostenible en infraestructuras médicas.

Los estados financieros del sistema arrojarían una estabilidad financiera del sistema de salud mediante la articulación de los sectores ya que se daría una distribución equitativa de la carga presupuestal para evitar desequilibrios financieros de gran impacto.

Las tecnologías avanzadas que maneja el sector privado en salud están enfocadas a las tendencias de innovación que optimizan procesos para mantener los costos y gastos en equilibrio, mejorar la calidad y procesos médicos con eficiencia de las instalaciones contribuyendo a un sistema de salud más efectivo en la entrega del servicio al paciente y más eficaz en cuanto a la coordinación de suministro de datos e información a la entidad destinada por el Gobierno para manejar los flujos de caja e historias clínicas de los pacientes.

Destinación de recursos financieros favorecería el equilibrio económico de los entes territoriales, la descentralización de recursos financieros a través de los Fondos Regionales de Salud puede tener un impacto positivo en la atención de las áreas rurales, ya que se busca priorizar los territorios con mayores necesidades de salud, mejorando la cobertura de los servicios y aumento de la complejidad técnico-científica. Al desconcentrar los fondos en los diferentes territorios se permite tener una mayor adaptabilidad a las necesidades específicas de cada región, esto servirá para que las autoridades locales puedan tomar decisiones más asertivas sobre como asignar recursos para tratar los problemas de salud que enfrenta la población.

Además, la responsabilidad que tienen las autoridades locales ante la comunidad promueve una mayor rendición de cuentas y transparencia en el uso de recursos financieros teniendo en cuenta que estas, pueden exigir fácilmente mayor compromiso a nivel regional que a nivel central.

9.2. Retos

En segundo lugar, se identifican los retos que tendrá la reforma a la salud, entre los que se pueden señalar:

La administración de los Fondos Regionales podría verse involucrada en corrupción. La "corrupción", que es un problema de vieja data, que se niega salir del sistema, no sería la excepción, para la administración de los Fondos Regionales de Salud podría carecer de mecanismos resistentes para prevenirla, una mala gestión operativa y financiera involucrando intereses particulares o de terceros podrían llevar a generar disputas, tensiones y conflictos que terminarían afectando la eficiencia y equidad del sistema de salud.

También, se puede contemplar un escenario donde el Gobierno central llegue a castigar a estos territorios donde se presenten actos de corrupción, con inasistencia financiera parcial o completamente por tiempos determinados y donde esta desviación de recursos resultaría afectando la salud pública de la población que depende de estos fondos para recibir la atención médica necesaria.

Adaptación de las EPS a las regulaciones normativas con el fin de ajustarse a los cambios estructurales que plantea la reforma en cuanto a las consideraciones y requisitos reglamentarios, resaltando que, este escenario representa un desafío crucial para trabajar en equipo, puesto que, las entidades como las EPS no pueden llegar al acatamiento oportuno que se necesita para lograr la eficiencia en los procesos administrativos, operativos y financieros.

Sostenibilidad financiera a largo plazo es un reto clave en esta área para garantizar la viabilidad del sistema y las proyecciones propuestas de financiamiento presentadas en el capítulo anterior, por tanto, es de importancia destacar entre ellos, los siguientes:

Asignación y gestión de fondos económicos para mantener reservas que beneficien la estabilidad y aseguramiento de recursos financieros para dar cubrimiento al envejecimiento poblacional en atención a las necesidades específicas de servicios médicos, cuidados especiales que perduran en el tiempo.

Adicionalmente, el sistema de salud se enfrenta al desafío de un incremento constante de la demanda y una escasez de oferta ocasionando una presión significativa de los recursos existentes en el sistema como el talento humano, las herramientas, infraestructuras, equipos tecnológicos y acceso limitado de los mismos, afectando la capacidad del sistema.

Reorganización financiera por la implementación del giro directo a través del Adres, es un reto que enfrenta el conjunto de actores del sistema de salud para ejercer la gestión financiera en función rigurosa respecto a la transición continua y directa de recursos en el tiempo solicitado sin interrupciones para cumplir con la eficiencia del uso de las fuentes y prevenir posibles malversaciones.

Aseguramiento de los presupuestos máximos, la fijación de los presupuestos máximos es un gran reto porque la falta de estabilidad en las asignaciones según proyecciones puede llegar a afectar la equidad y la sostenibilidad en la prestación de los servicios con calidad, especialmente a la población de bajos recursos que se encuentran en zonas lejanas.

Estabilidad de las fuentes de financiación, las fuentes de financiación, como el PGN y el SGP, podrían verse comprometidas si las proyecciones no se cumplen, la estabilidad a largo plazo dependerá de la capacidad del Gobierno, (no solo el actual) para mantener un crecimiento

apropiado y sostenible de los recursos.

Fomentar la gestión del riesgo financiero en la reforma es un reto importante para prever el control del gasto y que efectivamente lleguen los recursos a toda la cadena de valor del sistema, considerando escenarios imprevistos como las fluctuaciones económicas, las emergencias sanitarias, para cumplir con la continuidad de los servicios.

Aumento en la oferta del personal médico, la formalización de talento humano es fundamental para la operatividad de este sistema, se presentan desafíos que revelan la carencia de personal médico para efectuar la atención primaria en los territorios, además, los cuestionamientos frente a la proporción que existe entre médicos generales y especialistas, donde es muy notorio en el país que la contratación de los médicos especialistas es baja por motivos precarios que limitan su fuerza laboral, y que también es cierto que muchos de los médicos se rehúsan a prestar sus servicios en áreas rurales por seguridad, por esto es importante asistir financieramente esta coyuntura para abastecer las zonas de difícil acceso.

Y en tercer lugar se tiene la identificación de estrategias, sugiriéndose las siguientes.

9.3. Estrategias

En este punto, para que una estrategia sea exitosa, en estos momentos claves de la reforma a la salud, se debe entender que el financiamiento del sistema de salud en Colombia es un tema fundamental, porque si no se le garantiza los recursos, la atención en salud para los colombianos, se verá en peligro. Por lo tanto, se debe discutir a profundidad, escuchando propuestas, y mirando técnicamente las finanzas del sistema desde sus fuentes y usos de cara a la transformación del modelo actual.

Unido a lo anterior, el éxito dependerá del dialogo y la comunicación con los diferentes sectores, de salud, políticos, económicos y los gremios que quieran sumarse a esta discusión, es

decir, que haya más debate y socialización.

Por consiguiente, es preciso abordar estrategias relacionadas con las posibilidades de que el sector privado de la salud, podrá contribuir positivamente a la implementación de la reforma en Asociación con el Gobierno nacional, entre las cuales se tiene:

La implementación sistemas de información en línea que permitan una comunicación entre los entes públicos y privados para fortalecer la interacción entre las partes interesadas y así lograr la coordinación que permita la entrega integral en los servicios solicitados por los pacientes.

Programas de mejora continua como acción por parte del sector privado asegurando los estándares en la prestación de servicios médicos trabajando en conjunto con el Gobierno, es decir, que exista colaboración para establecer protocolos y parámetros por medio de la utilización de indicadores de calidad que se ajusten al sector salud para obtener resultados acordes a la realidad operativa y financiera.

En lo relacionado con la estabilidad de las fuentes de financiación, se puede referir la siguiente estrategia:

Incorporar ingresos públicos y privados para reducir la dependencia de las fuentes únicas establecidas para controlar la vulnerabilidad ante posibles cambios en una sola fuente de financiamiento y así, proporcionar un modelo sostenible para evitar disminución de ingresos por efectos de agotamiento en el tiempo de los recursos e incluso por las condiciones económicas generadas en el mercado.

Para gestionar y fomentar el riesgo financiero de manera efectiva, se necesitaría establecer estrategias como:

Diseño de mecanismos para control del gasto mediante la adecuación de herramientas

de monitoreo en tiempo real que permita realizar una evaluación y ejecución continua de los flujos del gasto para garantizar la transparencia de distribución de recursos de forma coordinada mediante la aplicación de indicadores claros y medibles que reflejen las proyecciones según el presupuesto destinado para el sector salud que permita analizar su rendimiento como posibles desviaciones presupuestarias y así poder tomar decisiones proactivas.

Aplicación del régimen de tarifas y formas de pago eficientes que permita establecer claramente los costos para los procedimientos, consultas, tratamientos evitando confusiones a nivel global en las entidades prestadoras de salud con el propósito de realizar una efectiva planificación financiera para garantizar la calidad y la sostenibilidad del sistema.

Para lograr una eficiente destinación y gestión de los recursos financieros hacia los entes territoriales con el fin de contribuir al fortalecimiento de las atenciones en salud, se pueden tener en cuenta algunas estrategias como las siguientes:

Mecanismos de transparencia y rendición de Cuentas: ejecutar estos mecanismos de manera sólida garantizarán que los fondos que se asignen a los territorios se utilicen de manera correcta, la publicación de los informes financieros de manera regular podrá dar una visión clara al público en general de cómo se asignan y utilizan los recursos, mediante esta práctica se promoverá a una eficiente gestión financiera y contribuirá a erradicar actos de corrupción.

Implementar auditorías externas independientes: la realización de estas auditorías de manera periódica a cargo de auditores especializados en salud y finanzas asegurará una evaluación imparcial de las prácticas financieras que se lleven a cabo en los fondos regionales al mismo tiempo que en las entidades de salud, este proceso además de identificar posibles problemas también permitirá actuar con anticipación contra prácticas corruptas sospechosas.

Costo oportunidad bajo un formato condicional: mediante el otorgamiento de becas a los profesionales de la salud para lograr escalar académicamente y posteriormente prestar sus servicios en las plazas de los territorios asignados, este formato condicional seria la garantía para soportar el compromiso establecido inicialmente.

Planeación presupuestal del recurso humano: en este sentido es importante, desarrollar un análisis exhaustivo de las necesidades en la oferta de personal médico que permita calcular los costos directos e indirectos que se asumen para la contratación teniendo en cuenta las limitaciones u oportunidades que pueda generar si se lleva a cabo la implementación de la reforma a la salud 2023.

Por último, acerca del riesgo de la carga fiscal, se puede crear como estrategia **un plan estructurado de transición**, teniendo en cuenta la situación actual del proceso, señalando con claridad el responsable del control de los recursos financieros, y que en el periodo de transición se aleje el riesgo de la capacidad de financiamiento del sistema.

10. Conclusiones

Para cumplir el objetivo general de la investigación: *"Conocer la dinámica de financiamiento del sistema de salud en relación al proyecto de reforma de la salud propuesta por el Gobierno colombiano en el año 2023",* se hizo una descripción, en primer lugar, de la forma de financiamiento del sistema de salud (actual) de acuerdo con la Ley 100 de 1993, encontrándose que el SGSSS, ha tenido históricamente constantes desafíos financieros y estructurales, sobre todo, frente al aumento de la cobertura de servicios, en relación con los recursos disponibles, considerándose que los presupuestos máximos actuales, se torna incapaces de cubrir los costos de los servicios y tecnologías que no están financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Si bien el SGSSS, que se creó por la Ley 100 de 1993, ha sido un logro importante en materia de política social en Colombia, porque se diseñó bajo los principios de solidaridad y competencia, basándose en pilares sólidos como el aseguramiento financiero, la transferencia de recursos, la competencia en el esquema de aseguramiento y separación entre las funciones de financiamiento y provisión de los servicios, también es cierto que con el pasar de los tiempos, el aseguramiento social se encuentra en riesgo, porque para nadie es desconocido que la situación financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), es deficitaria, debido en parte a que los recursos de la salud, han sido mal utilizados por las mismas, olvidándose de garantizar el derecho a la salud de sus cotizantes, además hay acumulación de deudas de periodos anteriores y el aumento de los costos de la atención médica sugiere que la capacidad de la Ley 100, es precaria para respaldar financieramente la prestación de servicios de salud a la población colombiana.

En este sentido, la mayoría de las EPS, están en una situación que las hace inviables desde el punto de vista financiero y no cumplen con las condiciones de habilitación financiera definidas en las normas relacionadas con los estándares de permanencia, capital mínimo, solvencia y/o patrimonio adecuado para garantizar la prestación del servicio ante las contingencias posibles del SGSSS. Así pues, los resultados operacionales negativos muestran que la situación podría no ser sostenible, por lo que la sostenibilidad financiera del sistema se ha convertido en un tema central en la agenda pública y se debate actualmente esta problemática, frente a la reforma a la salud que el actual gobierno ha presentado.

Por lo tanto, fue importante, determinar las dinámicas de financiamiento que establece el proyecto a la reforma de la salud del año 2023 en Colombia, sus pros y sus contras, porque en este nuevo contexto, la nueva reforma, sería la opción más viable, no solo mantener los logros alcanzados con la Ley 100, sino también abordar la incertidumbre que rodea al sistema de seguridad social en salud en Colombia.

Si bien es cierto que el sistema de salud de Colombia tiene avances notorios y representa un verdadero esquema de aseguramiento para toda la población, es innegable que hay muchos puntos negativos que opacan sus avances, entre ellos, la corrupción que se ha infiltrado en el sistema de salud, y en todas las instituciones ya sean estas públicas o privadas.

También en relación con el financiamiento todavía hay confusión al respecto, porque no se ha determinado con exactitud la manera en cómo se distribuirán los recursos y el sostenimiento del sistema.

11. Recomendaciones

En primer lugar, sería recomendable que el gobierno, revisara a fondo el mecanismo de asignación de recursos vía Sistema General de Participaciones para alinearse con los ajustes en las competencias y la definición de nuevas formas de articulación territorial para la gestión de la salud pública.

Además, para contar con un sistema de calidad en la implementación de esta nueva reforma, es clave reducir la corrupción en todos los eslabones de la cadena de prestación del servicio, sobre todo a escala territorial. Por eso, es necesario profundizar en la vigilancia de los recursos, para que estos cumplan su propósito social y lleguen a los territorios más asediados por la pobreza, la desigualdad y con mayores necesidades en atención de su población.

Realizar una indexación más clara de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o prima de seguro, con el objetivo de garantizar una cobertura adecuada de los costos de medicamentos y procedimientos en el sistema de salud, lo que implica, revisar y ajustar periódicamente la UPC para asegurar que sea suficiente para cubrir los gastos financieros del sistema y evitar la insuficiencia de recursos que pueda afectar la calidad y acceso a la atención médica.

Mejorar la estructuración y revisión periódica del plan de beneficios del sistema de salud, con el objetivo de garantizar una cobertura eficiente, óptima y financieramente sostenible, lo que implica evaluar y ajustar regularmente los beneficios incluidos en el plan, considerando la evidencia científica más actualizada, la equidad en el acceso a servicios de salud y la sostenibilidad financiera del sistema.

Sería de gran beneficio para que esta reforma a la salud sea acogida por todos (políticos, empresarios, sociedad,), que haya mayor conocimiento de sus articulados, que se divulgue a través de algún medio de comunicación, para que la ciudadanía la conozca más ampliamente.

Es clave erradicar la corrupción y evitar que el gasto en salud que hacen todos los colombianos termine en desviaciones ilegales de recursos hacia funcionarios públicos o contratistas privados. Esta tarea requiere el trabajo conjunto, coordinado y controlado de todo el aparato institucional que respalda al sistema. Solo de esta manera el sistema de salud podrá mantener los estándares que se ha planteado y continuar con los avances ejemplares en materia de política pública social.

Que haya veedores que ayuden a eliminarla, porque la corrupción en salud, atenta contra la vida humana y puede ser el punto de equilibrio entre la vida y la muerte. Por ello, los veedores, son figuras necesarias para la vigilancia en este sentido, porque ayudan a vigilar y a que haya un poco más de transparencia en todo sentido.

Por eso, es necesario profundizar en la vigilancia de los recursos, para que estos cumplan su propósito social y lleguen a los territorios más asediados por la pobreza, la desigualdad y con mayores necesidades en atención de su población. Erradicando la corrupción, se salvarán más vida y habrá mayor y mejor atención a la ciudadanía.

Por último, se considera que la reforma a la salud en cuanto a la proyección de fuentes de financiación por subcuenta debe ser analizada con mayor detenimiento, buscando alternativas que permitan garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud, sin poner en riesgo la calidad de los servicios y la accesibilidad de los usuarios.

12. Referencias Bibliográficas

Acosta, P. García F. González, J L. Mujica, A V. Pinto, D. Prada, C F. Rodríguez, A. Rozo, Sandra. Santa María, M. Uribe, M J. Vásquez, T. (2010). Efectos de la ley 100 en salud. Propuestas de reforma. Fedesarrollo | Bogotá, D.C. ISBN: 978-958-99348-5-2. https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/65/LIB_2011_

Actualícese. (2023). Unidad de pago por capitación 2023. https://actualicese.com/unidad-de-pago-por-capitacion-2023/#:~:text=La%20unidad%20de%20pago%20por,los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado

ADRES. (2023). En el primer trimestre de 2023, Adres giro $1,34 billones por presupuestos máximos. https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/En-el-primer-trimestre-de-2023,-Adres-gir%C3%B3-$1-34-billones-por-Presupuestos-M%C3%A1ximos-.aspx

Arias, F. (2012). El proyecto de investigación. Venezuela. Editorial Episteme

Así vamos en salud (2023) Recomendaciones para la discusión en plenaria del proyecto de ley 339/2023c reforma a la salud. https://asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-comunicaciones-oficiales-y-actualidad/recomendaciones-para-la-discusion-enr

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. (2023). Reforma a la Salud desaparece las EPS y modifica todo el sistema. https://www.radionacional.co/actualidad/salud/reforma-la-salud-2023-la-postura-de-acemi-y-las eps#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20presidenta,miles%20en%20todo%20el%20pa%C3%ADs

Bitran, R. (2006). Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/3671/S2004023_es.pdf

Botero, J. Medina, D. Morales, M y Echeverri, C. (2021). Evaluación del sistema de salud colombiano: una revisión en el marco de la ley estatutaria en salud 2015. https://www.anif.com.co/wp-content/uploads/2021/08/anif-doc-final-def.pdf

Cable News Network. (2023). Los puntos clave de la reforma a la salud de Petro en Colombia y sus críticas. Disponible en: https://cnnespanol.cnn.com/2023/02/14/reforma-salud-petro-colombia-principales-puntos-explainer-orix/

Cámara de Comercio Colombo Americana. (2022). Los retos que tiene la reforma a la salud del Gobierno de Petro. Revista Business Mail, N°. 182, pp. 1-2.

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria Nº. 1753 articulo 66. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933

Congreso de la República de Colombia. (2023). Ley Estatutaria Nº. 1751 del 2015 articulo 4. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf

Corcho, C. (2023). Los 5 retos del sector salud que enfrentara el Gobierno de Petro. https://www.valoraanalitik.com/2022/07/14/los-5-retos-sector-salud-enfrentara-gobierno-petro/

Echeverri Velasco, Cecilia. «Del pluralismo Estructurado Hacia la Protección Social». Gerencia y Políticas de Salud, Vol. 2, No. 5, 2003: 107-116.

Echavarría Olózaga Hernán (2023) Proyecto de del gobierno nacional ¿Cómo afectará al sistema? Instituto de Ciencia Política https://icpcolombia.org/newd/wp-content/uploads/2023/04/Cartilla-Reforma-Salud.pdf

El Nuevo Siglo. (2022). Gobierno cumplió con el Acuerdo de Punto Final para sector salud. Disponible en: https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/03-15-2022-gobierno-cumplio-con-acuerdo-de-punto-final-para-sector-salud

Espinal, J. J., & Restrepo, J. H. (2022). Financiamiento del Sistema de Salud Colombiano: Tendencias y desafíos. Medellín, Colombia: Salud Publica.

González Olarte María Camila (2023) Así enfrenta la reforma a la salud los 5 retos claves del sistema

González, M. (2022). ¿Quién va a financiar el sistema de salud en Colombia? https://forbes.co/2022/08/11/economia-y-finanzas/quien-va-a-financiar-el-sistema-de-salud-de-colombia

Granger, C., Ramos, J. E., Melo, L. A., & Silvia, G. T. (2023). Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y Usos. Bogotá Colombia: Borradores de Economía.

Gutiérrez Ossa Jahir Alexander. Restrepo Avendaño Rubén Darío (2012). El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS) en Colombia. En: en Colombia. Sociedad y economía, (23), 183-204. https://sociedadyeconomia.univalle.edu.co/index.php/sociedad_y_economia/article/view/3991/6133

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación sexta edición. México: Editorial McGraw Hill

Loggiodice, Z. (2012). La gestión del conocimiento como ventaja competitiva para las agencias de turismo. https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/zll/metodologia-investigacion.html#:~:text=Al%20respecto%2C%20Tamayo%20y%20Tamayo,fin%20de%20obtener%20testimonios%20orales%E2%80%9D

Londoño J-L, Frenk J. (2019). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina [Internet]. https://publications.iadb.org/en/publication/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas

Lucumi, D. (2023). Análisis de la Reforma a la Salud desde la perspectiva de la salud pública. https://gobierno.uniandes.edu.co/es/noticias/reforma-salud-perspectiva-salud-p%C3%BAblica

Machado, M. (2000). Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. Revista Scielo, N°. 1, pp. 91-93.

Martínez, E. Martínez, M. (2020). Técnicas e instrumentos de investigación cualitativa y cuantitativa. file:///C:/Users/Marcela/Downloads/Conocimientos%20previos.pdf

Mejía Luis Fernando (2022). Sostenibilidad fiscal y financiera del sistema de salud colombiano. Fedesarrollo. https://www.anif.com.co/wp-content/uploads/2022/08/luis-fernando-mejia-fedesarrollo.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Colombia llego al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx

Montilla, H. (2022). Condición actual de la red de prestadores de servicios del Departamento del Cauca, como respuesta a los lineamientos del modelo de acción integral territorial: Línea prestación de servicios de salud. https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/21740/Condici%C3%B3n-Actual-Red-Montilla-Hector-7680-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Morales, L. (1997). El financiamiento del Sistema de Salud en Colombia. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5263/S9700142_es.pdf

Muñoz, C. (2023). Reforma a la Salud 2023. https://consultorsalud.com/reforma-a-la-salud-2023-estos-son-los-principales-contenidos/

Organización Mundial de la Salud. (2018). La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Disponible en: https://www.who.int/es/about/governance/constitution

Osorio Doria ledys María (2017). Revisión sistemática sobre los recursos públicos al sector salud en Colombia. Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria. Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas. Administración Financiera. Medellín. https://dspace.tdea.edu.co/bitstream/handle/tda/245/REVISION%20SISTEMATICA%20SOBRE%20LOS%20RECURSOS%20PUBLICOS%20AL%20SECTOR%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Polania, N. (2015). Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en Colombia, 2008 – 2012. Magister en ciencias. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/55832/52934152.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Portafolio. (2022). Min Salud deja en 16,23% la UPC promedio para 2023. Disponible en: https://www.portafolio.co/economia/gobierno/minsalud-fija-upc-promedio-para-el-2023-576332

Rangel Palomino, Alejandra María. «Restricciones al comercio de servicios de salud». Archivos de Economía, Documento 267, 2004: 1-61. En: Gutiérrez Ossa, J. A., & Restrepo Avendaño, R. D. (2012).

Restrepo, J. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la ley 1122? Revista Facultad Nacional de salud Pública, N°. 25, pp. 82- 89.

Rico Varela, Susana María, (2023). Más allá del trámite, persisten estas dificultades en la reforma a la salud: https://consultorsalud.com/reforma-a-la-salud-dificultades-no-sorteadas/

Rodríguez-Páez Fredy G. Marulanda Restrepo John A. Pineda Céspedes José H. Pineda Ospina Henry S. González Borrero Jorge Iván (2022). La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Pontificia Universidad Javeriana. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 21. DOI: https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/33016

Sanchez, L. G. (1997). El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Santamaría, M. (2021). Gasto del aseguramiento en salud sería del 9,9 % del PIB en el 2035. https://www.portafolio.co/economia/gobierno/gasto-del-aseguramiento-en-salud-en-colombia-seria-de-9-9-del-pib-en-2035-559400

Secretaría de Salud de la Gobernación del Cauca. (2022). Cauca ocupo el segundo lugar a nivel nacional en mejor ejecución del Acuerdo Punto Final. Disponible en: https://saludcauca.gov.co/sala-de-prensa/noticias/903-cauca-ocupo-el-segundo-lugar-a-nivel-nacional-en-mejor-ejecucion-del-acuerdo-punto-final#:~:text=Cauca%20ocup%C3%B3%20el%20segundo%20lugar%20con%20mejor%20ejecuci%C3%B3n%20del%20Acuerdo,Valle%20del%20Cauca%20y%20Santander

Secretaria de Salud Municipal de Popayán. (2020). Plan Territorial de Salud 2020 – 2023. https://www.popayan.gov.co/NuestraAlcaldia/PlanesInstitucionalesyEstrategicos/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202020%20-%202023o.pdf

Tarazona, A. A. (2010). La Seguridad Social. Historia, Marco Normativo, Principios y Vislumbres de un Estado de Derecho en Colombia. Anuario de Historia Regional y de las Fronteras.

Vecino, A. (2023). Cuatro retos para implementar la reforma a la salud en las regiones. https://consonante.org/noticia/cuatro-retos-para-implementar-la-reforma-a-la-salud-en-las-regiones

Vergara, M. B., Acosta, A., Leguizamón, G. B., & Restrepo, J. H. (2023). Los Retos Financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud. Así Vamos en Salud.

Villalobos, L. (1998). Reforma en la Salud en Costa Rica. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social, N°. 1, pp. 9-10.