

**FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO DESPUÉS DE LA  
LEY 100 DE 1993**

**MARIA CLAUDIA LÓPEZ TAMAYO  
CARLOS ALBERTO PARDO VELÁSQUEZ  
CATALINA VIDARTE BEJARANO**

**Proyecto de grado para optar al título de  
Especialista en administración de salud**

**Asesora  
Lina Patricia Muñoz Jiménez**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2013**

## TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN .....	4
1. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
3. REFERENTE TEÓRICO.....	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 REFERENTES NORMATIVOS.....	8
3.2.1 Constitucionales .....	8
3.2.2 Leyes .....	9
3.2.3 Decretos .....	10
3.3 REFERENTES TEÓRICOS .....	11
4. METODOLOGÍA .....	14
4.1 BASE DE DATOS.....	15
4.2 CRITERIOS DEL ESTUDIO .....	15
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	15
5. MATRIZ ARTÍCULOS.....	17

6.	CONCLUSIONES .....	122
6.1	CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA.....	122
6.2	FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SGSSS COLOMBIANO .....	125
6.3	SOLUCIONES PROPUESTAS A LOS PROBLEMAS DE FINANCIACIÓN DEL SGSSS COLOMBIANO .....	126
6.4	LA SALUD EN VARIOS PAÍSES COMO REFERENTE DE LA SITUACIÓN EN COLOMBIA Y EL MUNDO.....	130
7.	RECOMENDACIONES.....	132
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	133

## INTRODUCCIÓN

La salud con la Ley 100 de 1993 pasó a formar parte de los mercados abiertos a través del ingreso del sector privado, que en conjunto con el sector público, gestionan el Sistema General de Seguridad Social en Salud o SGSSS. A partir de la promulgación de esta Ley en Colombia se presentaron cambios en la afiliación, gestión y financiación. A diferencia de otros sectores, el de la Salud tiene inconvenientes para responder a las leyes del mercado, pues, se supone que bajo estas premisas el usuario/consumidor y el productor son libres, respectivamente, para buscar maximizar su beneficio y satisfacción con los escasos recursos que tiene y, producir lo que el consumidor requiere maximizando las ganancias. Pero, en salud, las decisiones sobre lo que debe consumir el paciente (especialidad médica, tratamiento, medicamento) no las escoge el usuario sino el médico, quien hace de agente del consumidor y al mismo tiempo es quien presta el servicio del cual se lucra, presentándose entonces un conflicto de intereses. En este sentido se evidencia una relación imperfecta en el mercado de la salud donde los profesionales de la atención médica pueden inducir a un consumo innecesario. A esto se suman las altas regulaciones a nivel local, nacional e internacional. La microeconomía es la encargada del estudio de este mercado y las relaciones entre productores y consumidores de forma individual. Pero, como la salud es un derecho de todos, el cual el Estado debe garantizar, y por consiguiente, aporta financieramente, también se debe analizar los flujos financieros de todo el sistema para conocer que políticas se necesitan para regular el sector, la importancia en la economía y quiénes están recibiendo los beneficios. Desde este análisis económico se puede reconocer si la salud se distribuye equitativamente a la población cobijando los menos favorecidos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha llevado a cabo una revisión documental con el objetivo de presentar, desde un enfoque teórico la financiación del SGSSS a después de la Ley 100 de 1993.

Para ello se seleccionan artículos que posteriormente se llevan a una matriz donde se resume y evidencian los aportes más importantes para ofrecer las conclusiones y recomendaciones respectivas.

## 1. JUSTIFICACIÓN

La salud es un derecho fundamental inalienable consagrado constitucionalmente y a la cual todos los colombianos deben tener acceso. Pero, para cumplir con ello, el Estado Colombiano, al igual que otros países, ha venido implementando una serie de medidas normativas, como la ley 10 de 1990, la ley 100 de 1993, que han experimentado una serie de modificaciones en materia de gestión, financiación, seguimiento y control que han llevado a la configuración de nuevos actores y formas de captación de recursos para el funcionamiento y financiamiento del sistema de salud en Colombia.

El Estado, en estas particularidades características del sistema, ha buscado un fortalecimiento entre gastos, financiación y eficiencia del sistema en articulación con recursos, equidad, universalidad y calidad de los servicios prestados. Este ambiente externo entorno a la salud requiere de administradores capacitados para responder a las necesidades de las instituciones o entidades prestadoras de salud que requieren de personal competente para conseguir la maximización de unas utilidades pero sin menoscabar la calidad del servicio. Se requiere de administradores proactivos que puedan ver más allá de las normas, estándares y modelos en búsqueda de una eficiencia integral.

Por tanto, el tema de la financiación resulta de vital importancia para los futuros especialistas como administradores de la salud por el escabroso recorrido que conlleva a que constantemente se generen cambios en la manera como se financia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que, sumado a los numerosos escándalos por los saqueos y malversaciones que llevaron a una crisis del sector salud, hacen que el Estado opte por utilizar medidas que ayuden a fortalecer el seguimiento y control con miras a minimizar los problemas del sector ocasionados por los vacíos en la norma o por efectos de la corrupción.

Por ello, la presente revisión se centra en analizar desde un enfoque teórico el tema de la financiación del sistema de salud colombiano a partir de la declaración de la Ley 100 de 1993, presentando conclusiones y recomendaciones de acuerdo al análisis de los artículos seleccionados.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar desde un enfoque teórico la financiación del Sistema de Salud colombiano desde la Ley 100 de 1993.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los conceptos relacionados con financiación de la salud en Colombia.
- Identificar las fuentes de financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano.
- Reconocer las soluciones propuestas a los problemas de financiación del sistema de salud en Colombia de acuerdo a los estudios seleccionados.
- Indagar sobre la salud en varios países como referente de la situación en Colombia y el mundo.

### 3. REFERENTE TEÓRICO

#### 3.1 ANTECEDENTES

En sus comienzos y bajo la constitución de 1886, la salud se preocupaba sólo por aspectos sanitarios lo que se constituía en un modelo higienista que sólo desarrollaba acciones de salubridad que eran financiadas por el Estado y algunas fundaciones, entidades u organismos de caridad. Posteriormente, a raíz de las presiones de la Organización Panamericana de la Salud OPS, el país presenta un incremento en las partidas destinadas al sostenimiento de los servicios sanitarios entre los años 1934 a 1939 al pasar de \$241.086,52 COL a \$1.254.900,00, además de aportes de particulares a partir del año 1936 y que en 1939 casi igualaban los del Estado con \$918.855col<sup>1</sup>.

A partir de mediados del siglo XX se empieza a aceptar la salud como un derecho a cargo de los Estados, llevándose a la idealización de la necesidad de incluir a toda la población no sólo en aspectos de sanidad sino también de prevención y curación. Es así como la salud entra a formar parte de los planes generales de desarrollo económico y social de los gobiernos en conjunto con la urbanización, educación, vivienda, entre otros aspectos, en respuesta a proyectos de industrialización. Se formula entonces el “Plan Nacional de Salud” orientado a hacer el mejor uso posible de los recursos públicos y privados disponibles para la protección, promoción y restauración de la salud<sup>1</sup>.

Como respuesta a esta situación política, el Estado considera la necesidad de crear organismos que se encarguen de la administración de la salud en el país y en 1950 se crea la Caja de Previsión que cobijaban a funcionarios, empleados y pensionados del sector oficial a nivel nacional y algunas a nivel territorial como son CAJANAL, CAPRECOM, CAPRECUNDI, La Caja Distrital de Previsión Social, la de las Fuerzas Armadas, entre otras. Junto a las Cajas empezó a operar la entidad estatal reconocida como Instituto Colombia de Seguros Sociales (ICSS) posteriormente Instituto de Seguros Sociales (ISS), cuyo objetivo era prestar servicios de salud, pensiones y riesgos a la población que se encontraban empleados de formalmente en el sector privado.

Veinte años después y durante el mismo lapso de tiempo, 1970-1990, la atención para la financiación de la salud se centra en la creación del “Sistema Nacional de Salud”, el cual se caracterizaba por la transferencia directa del gobierno a los

hospitales, de recursos para atender la demanda de servicios, esto es lo que se conoció como “subsidios a la oferta”.

Bajo estos esquemas de financiamiento, se presentaron altos “signos de deterioro en términos de desigualdad, inoportunidad e ineficiencia de los servicios prestados; su cubrimiento tan sólo alcanzaba el 21% de la población, apenas comparable con Haití, frente al 45% promedio de Latinoamérica y adicionalmente el déficit financiero generalizado del sistema, propiciaron el surgimiento de un nuevo régimen”<sup>2</sup>.

El nuevo régimen se inicia con la declaración de la Ley 10 de 1990 “por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud”<sup>3</sup>, que representó el ingreso del sector privado a la prestación de los servicios de salud y se reafirma con la expedición de la Constitución Política de 1991 en su artículo 48, la cual estableció que la Seguridad Social podía ser prestada por entidades públicas o privadas, llevando a la necesidad de adelantar formas de administración y financiación del sistema que respondieran al nuevo contexto que se presentaba.

Lo anterior llevó a que el Estado creara el Sistema General de Seguridad Social en Salud sancionando la Ley 100 de 1993 cuyo propósito principal era establecer un sistema al servicio de los empleados formalmente vinculados a una empresa como ente vital y asegurar el acceso efectivo de toda la población al desarrollo, cuidado y atención.

## **3.2 REFERENTES NORMATIVOS**

### **3.2.1 Constitucionales**

Cuando se promulgó la Constitución Política de 1991, el Capítulo 2 de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales consagró en su artículo 48 “se garantizará a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social”, además que ésta “podrá ser prestada por entidades públicas o privadas” y en el artículo 49 modificado por el acto legislativo No. 02 de 2009:

*“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*<sup>4</sup>.

### **3.2.2 Leyes**

El artículo 48 de la Carta Magna abre las puertas para la Ley 100 de 1993 pues en el Libro Segundo, Título I, Capítulo II Sistema de seguridad social integral establece que *“en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política, organizase el sistema de seguridad social integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado”*<sup>5</sup>.

Así mismo, el artículo 155 define a los organismos de administración y financiación (Entidades Promotoras de Salud; las direcciones seccionales, distritales y locales de salud; y el fondo de solidaridad y garantía) como integrantes del SGSSS y el artículo 156 inciso b) establece que *“todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales”*, además, el inciso j) reglamenta lo relacionado con el régimen subsidiado al contemplar que *“con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el fondo de solidaridad y garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad”*.

A los empleadores también les da el deber de contribuir al financiamiento del SGSSS mediante diversas acciones que se encuentran en el artículo 161 de la citada Ley.

En cuanto a la prestación del plan de atención básica, contempla que debe ser gratuita y además de obligatoria. Este plan se financiará a través de los recursos fiscales del Gobierno Nacional y con recursos de los entes territoriales. (Art. 166)

El artículo 185 sobre las Instituciones prestadoras de servicios de salud declara que éstas deben tener “como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera”.

El título III contempla todo lo referente a la administración y financiación del sistema:

**“ARTICULO. 201. -Conformación del sistema general de seguridad social en salud. En el sistema general de seguridad social en salud coexisten articuladamente, para su financiamiento y administración, un régimen contributivo de salud y un régimen de subsidios en salud, con vinculaciones mediante el fondo de solidaridad y garantías”** (Declarado exequible bajo la Sentencia de la Corte Constitucional 130 de 2002).

Así mismo, que para ayudar con la financiación del régimen de subsidios en salud, las cajas de compensación familiar debían destinar el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran (art. 217) y se contempló la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía conocido como FOSYGA cuya estructura de subcuentas están determinadas por la de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, así como del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, cada una de ellas con su respectiva especificación de las fuentes de financiación (artículos 220 al 224).

Posteriormente se presentaron diversas modificaciones a esta Ley mediante la Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley 1562 de 2012 y actualmente se encuentra en curso el proyecto de ley 2010 de 2013.

### **3.2.3 Decretos**

La Ley 100, también ha sufrido modificaciones a través de diversos decretos. En relación a la salud se tiene:

El artículo 169 de la Ley 100, otorgando a las EPS la oportunidad de ofrecer planes complementarios al POS que serían financiados en su totalidad por el propio afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la Ley 100. Pero, este artículo fue sustituido por el artículo 19 del

Decreto Nacional 131 de 2010, igualmente sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011:

**“Artículo 37. Planes Voluntarios de Salud.** *Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:*

**"Artículo 169. Planes Voluntarios de Salud.** *Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.*

*La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud”<sup>6</sup>.*

Entre otros decretos que han modificado o derogado algunos artículos son: Decreto Nacional 374 de 1994 (Art. 152. Objeto); Decreto Nacional 516 de 2004 (Art- 154. Tipos de participantes en el SGSSS); Decreto Nacional 131 de 2010 (Art. 178. Funciones de las EPS); Decreto Nacional 128 de 2010 (Art. 188. Garantías de atención a los usuarios. Derogado en el art. 21); Decreto Nacional 3344 de 2003 (Art. 192. Dirección de los hospitales públicos).

### 3.3 REFERENTES TEÓRICOS

Cuando el Estado pasa de una configuración de la salud como sinónimo de sanidad y salubridad pública a una concepción más amplia que incluía la prevención y la atención, en términos generales, buscaba cumplir con los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud, la cual, a partir de 1946 define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”<sup>7</sup>* y con el mandato constitucional que colocaba a la salud como un derecho.

A partir de aquí, debe incluir la salud en los planes económicos llevando a la necesidad de realizar análisis económicos de la salud para reconocer como financiar eficientemente los recursos que se destinarían para cumplir los objetivos planteados. *“El análisis económico de los servicios de salud se fue convirtiendo entonces en la base fundamental de la formulación de políticas de salud, dándose así una tendencia a valorar la superioridad de los mecanismos del mercado, lo que conllevaba una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención. Se optó entonces por sustituir, sobre todo en el área de los servicios públicos o*

*semipúblicos, las normas, instituciones y mecanismos como la planificación, por mecanismos como la competencia, los precios y los incentivos*<sup>8</sup>.

La economía es *“una ciencia esencialmente social que estudia cómo las personas y la sociedad deciden o escogen tradicionalmente las formas de utilizar los recursos escasos entre las distintas alternativas que tienen”*<sup>9</sup>. La escasez hace referencia a la carestía de algún bien o servicio que es posible conseguir con los recursos disponibles. La escasez no sólo se relaciona con cantidad, pues esta también puede definirse cuando no existe la calidad. En este sentido, la economía de la salud es una disciplina que ayuda a la toma de decisiones en el sector de la salud cuyo objeto de estudio es el análisis de la utilización de los recursos que se destinan para prestar los servicios.

Por tanto, la economía de la salud investiga el sector con el objetivo de detectar los problemas asociados con la salud y sugerir formas de mejorar esta organización. Se encarga de analizar aspectos como la demanda y servicios; salud territorial, seguros de salud, mercados de servicios de salud, gestión de hospitales, equidad, financiación, entre otros.

Uno de los primeros teóricos sobre concepciones de economía fue John Law (Edimburgo 1671, Venecia 1729), conocido como el padre de las finanzas. Uno de sus aportes consiste en evidenciar la necesidad de que el Estado debía crear un banco que administrara las finanzas del gobierno e intervenir en la economía del país. Pero, las medidas de Law se salieron de control y llevaron a la bancarrota a inversores, alta nobleza, y el pueblo en general que desembarcaron en una crisis económica en Francia y toda Europa.

Lo anterior, en concordancia con otros hechos, da pie para que empiecen a ilustrarse nuevas teorías sobre la forma de financiar y controlar los recursos centrales. Es así como se empieza a vislumbrar el tema de la salud como un soporte importante dentro de la economía de un país, que más tarde desarrollaría diversas hipótesis sobre la forma eficiente de administrarla desde un punto de vista público.

“... el economista norteamericano Alfred Marshall sentenció: «La salud y la fortaleza física, espiritual y moral, son la base de la riqueza social, al mismo tiempo la importancia fundamental de la riqueza material radica en que si se administra sabiamente, aumenta la salud y la fortaleza física, espiritual y moral del género humano». Queda expuesto así un nuevo concepto de

salud, donde no solo es la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar psicosocial, se encuentra contenido dentro del referido pensamiento.

En los años 1951, 1952 y 1957 los economistas Winslow y Myrdal argumentaban, entre otras cuestiones, que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en capital humano, que los costos en salud debían proporcionar ganancias económicas por concepto de disminución de la morbilidad y mortalidad de la fuerza de trabajo, así como también que los programas de salud deberían estar integrados al desarrollo económico general. En los últimos 20 años se han producido enfoques de carácter integral que demuestran la estrecha relación entre economía y salud, tema que fue tratado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria efectuada en Alma Ata (Ex Unión de República Socialista Soviética) en 1978<sup>10</sup>.

La preocupación de la salud dentro de las teorías económica, posteriormente llevaron a la necesidad de generar un marco regulatorio que llevaron a distinguir conceptos como el de salud subsidiada y equidad en la salud.

La salud subsidiada contempla la necesidad de cubrir la asistencia a la población más pobre del país que no puede costearla. Así mismo, obliga al Estado a tomar medidas para contrarrestar “aquellas diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas”. Es así como la equidad se convierte en un referente en el mundo para las políticas en salud.

#### 4. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio monográfico por revisión, de tipo descriptivo y enfoque cualitativo

La revisión se centró en una búsqueda bibliográfica en textos y artículos no mayores a cinco años y de bases de datos científicas, que apoyaran y describieran la financiación del Sistema de Salud en Colombia.

El siguiente paso fue identificar en cada uno de estos artículos conceptos relacionados con las fuentes o recursos de financiación, determinar su procedencia, reconocer las soluciones propuestas a los problemas de financiación del sector salud y realizar una comparación de la salud en Colombia con otros países.

Para ello se tuvieron en cuenta artículos que permitieran cumplir con los objetivos del presente trabajo. Cada uno de ellos se llevó a una matriz que permitió identificar la fuente, los autores, el objetivo del artículo, los conceptos manejados, muestra, intervención y proceso de medición, resultados y discusión que posteriormente llevaron a realizar un análisis personal de cada uno (Cuadro 1)

Cuadro 1. Matriz resumen de artículo

Titulo	
Autor y Año	
Ubicación del articulo ( base datos)	
Citación Bibliográfica del articulo en Vancouver)	
Objetivo del artículo	
Palabras Clave	
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	
Muestra	
Intervención y proceso medición	
Resultados	
Discusión	
Análisis Personal	

## **4.1 BASE DE DATOS**

Para conseguir los objetivos de la presente monografía de revisión, se utilizan las siguientes bases de datos: redalyc, scielo, eumed, elibro, ProQuest, imbiomed,

Las revistas escogidas fueron: Revista Gerencia Política Salud, Revista Médica de Risaralda, Revista Finanzas y Desarrollo, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Revista Facultad Nacional Salud Pública, Revista Salud Pública, Revista Innovar, Revista Salud Colectiva.

Portales de Entidades Oficiales: Alcaldía de Manizales (Secretaría de Salud Pública), Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud, biblioteca Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Procuraduría General de la Nación, biblioteca Universidad Católica de Manizales, Biblioteca Universidad Javeriana de Bogotá, Centro de investigación económica y social Fedesarrollo, Departamento Nacional de Planeación, Base digital Instituto de Ciencias de la Salud CES, Banco de la República, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Sergio Arboleda, Universidad del Rosario-

## **4.2 CRITERIOS DEL ESTUDIO**

Las categorías que se escogieron para llevar a cabo la presente investigación monográfica son:

- Financiación del sistema de salud
- Regulación general del sistema de salud
- Ley 100 de 1993.
- Sistema de salud en Colombia.

## **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron para seleccionar o desechar los artículos científicos de la presente revisión monográfica, fueron:

Criterios de búsqueda para seleccionar:

- Artículos con 5 años o menos de tiempo de publicación.
- Artículos indexados.
- Artículos con base científica.
- Artículos de revistas médicas o de salud confiables.



## 5. MATRIZ ARTÍCULOS

Las siguientes tablas resumen de forma esquemática cada uno de los artículos incluidos en la revisión documental. En ellas se define, entre otros puntos, el objetivo, los conceptos, resultados y el análisis personal.

<b>Título 1</b>	<b>CREACIÓN DE VALOR EN LA CADENA DE ABASTECIMIENTO DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA</b>
<b>Autor y Año</b>	García Cáceres R.G., Torres Valdivieso S., Olaya Escobar E.S., Díaz Gómez H.F, Vallejo Díaz M.R., Castro Silva H.F., 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	García Cáceres R.G., Torres Valdivieso S., Olaya Escobar E.S., Díaz Gómez H.F, Vallejo Díaz M.R., Castro Silva H.F. Creación de valor en la cadena de abastecimiento del sector salud en Colombia. Red de Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - redalyc.org. [Internet]. Julio-diciembre 2009 [Consultado el 04 de noviembre de 2013]. Vol. 22, núm. 39. pp 235-256. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20511993011">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20511993011</a> <sup>11</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Caracterizar el sistema de salud colombiano desde la agregación de valor y costos de transacción visto como una cadena de abastecimiento.
<b>Palabras Clave</b>	Sector salud, cadena de abastecimiento, cadena de valor, logística aplicada, análisis básico de funciones, costos de transacción, creación de valor.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La creación de la cadena de abastecimiento es fundamental para el normal desarrollo del sistema de salud. En Colombia la cadena de abastecimiento nos lleva a tener un mejor control en los procesos financieros.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	La Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, que la modifica, establecen que el SGSSS tiene como uno de sus propósitos el de mejorar la eficiencia del sector. Los elementos centrales de esta reforma son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La incorporación de agentes privados en el aseguramiento.</li> <li>• La introducción de la disciplina de mercado entre</li> </ul>

	<p>aseguradores y prestadores de servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La transformación de subsidios por parte del Estado de la oferta a la demanda.</li> </ul> <p>El SGSSS contempla tres circuitos que funcionan de forma casi independiente para el financiamiento, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Estos son: el régimen contributivo, el régimen subsidiado y las personas no aseguradas o vinculados.</p> <p>Para sustentar el funcionamiento de estos tres circuitos se ha creado un arreglo institucional en el Estado que contempla, por una parte, la rectoría, la vigilancia y el control del sistema; por la otra, su financiamiento.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Los componentes de (a) dirección, regulación y control y (b) financiación cobran sentido al reducir costos de transacción, a fin de llevar recursos hasta los usuarios finales. Por otra parte, el flujo de recursos del SGSSS (Gorbaneff et al., 2004) responde a las políticas de descentralización y a los esfuerzos de reconocer las necesidades locales y, por lo tanto, de que los servicios respondan a perfiles epidemiológicos particulares y no a percepciones del gobierno central. No obstante, debido a la ausencia de reglas sociales que garanticen el uso adecuado de los recursos, ha sido necesario generar múltiples mecanismos que garanticen el uso de los recursos en la salud y no en actividades privadas. Por lo tanto, se consumen muchos recursos económicos, y el sistema se hace excesivamente costoso de operar.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>La cadena de abastecimiento dentro del desarrollo empresarial es importante para generar una serie de estándares para la prestación de un servicio de salud con calidad. Se debe tener en cuenta que la salud requiere de un orden organizacional para que su manejo este dentro del juego de la oferta y la demanda de una manera ordenada, coordinada y control.</p> <p>Las organizaciones deben tener la estructura empresarial como cualquier empresa que entra a competir. Lógicamente por ser un renglón de la economía con unas condiciones especiales por estar dentro del mercado de las enfermedades, hospitales y medicamentos debe generar unos controles especiales por parte del gobierno nacional.</p>

<b>Título 2</b>	<b>LA ECONOMÍA DE LA SALUD EN EL HOSPITAL</b>
<b>Autor y Año</b>	Ariel Emilio Cortés Martínez, 2010
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal digital Pontificia Universidad Javeriana.

<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Cortés Martínez A.E. La economía de la salud en el hospital. Rev. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, Colombia, Julio-Diciembre 2010 [Consultado el 3 de noviembre de 2013]. 9 (19): 138-149. Disponible en: <a href="http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol9_n_19/estudios_7.pdf">http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol9_n_19/estudios_7.pdf</a> <sup>12</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Determinar algunos conceptos hospitalarios desde la economía de la salud como son el de hospital, el de función de producción de servicios de salud, el de proceso y el de producto hospitalario, y finalmente, establecer las diferentes formas de medirlo y en especial a través del <i>case mixo</i> casuística de casos. Lo anterior, con el propósito de lograr incorporar en el área de la salud conceptos más claros sobre la dinámica económica hospitalaria.
<b>Palabras Claves</b>	Economía de la salud, Servicios de salud Pública, gerencia de salud, instituciones de servicios de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>El hospital es la célula fundamental de la prestación de los servicios de salud en cualquier sociedad y se comporta como una empresa productora de servicios hospitalarios, con una función de producción y una serie de entradas que son transformadas en el proceso, lo que da como resultado un producto hospitalario.</p> <p>El proceso productivo en un hospital es diferente para cada uno de los pacientes y es dirigido cada uno de ellos por un profesional de la salud distinto, lo cual conlleva un sinnúmero de posibilidades y resultados en la atención de los servicios de salud, sumado a la variabilidad de la práctica médica.</p> <p>El hospital origina pacientes al final de un proceso productivo que finaliza cuando se da el alta. El alta es el producto final, es el resultado de la combinación y de la agregación de los productos intermedios.</p> <p>Al usar el sistema de clasificación de pacientes se busca que la gestión del producto sea más operativa. Agrupando a los pacientes en casos o clases, cada clase contiene características clínicas y procesos de atención similares, con lo que se logra la homogeneización de los pacientes. Realizar este proceso se llama <i>case mix</i> (mezcla de casos).</p>
<b>Muestra</b>	No aplica porque es un artículo de revisión, basado en consulta bibliográfica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Medir la producción hospitalaria es algo difícil de hacer, debido a la heterogeneidad de su naturaleza, y depende del

	paciente en sí. La medición se puede realizar de tres formas: la primera, en función del tipo de servicio que se presta (indicadores hospitalarios); la segunda, en medidas de actividad (relaciones de equivalencias); y la tercera, en función de un sistema de clasificación de pacientes en la organización hospitalaria.
<b>Discusión</b>	Al incorporar la dimensión del case mixen la gestión hospitalaria, su implantación e implementación en Colombia se ha convertido en una necesidad, pero esto infortunadamente no se ha dado. La utilización sistemática de las técnicas que valoren la casuística hospitalaria es necesaria hoy en día, pero también lo es para el adecuado desarrollo del sistema de salud colombiano en el futuro y para el control del gasto hospitalario.
<b>Análisis Personal</b>	La búsqueda de eficiencia económica en el control de los procesos se centra en la salud como un producto y no como un derecho fundamental de las personas. Es importante generar mecanismos que ayuden a controlar las finanzas de los hospitales, que en Colombia se encuentran en grave crisis, pero esta clasificación debe ser llevada por expertos y personal multidisciplinar para que se tengan en cuenta los intereses de la administración como de los usuarios. Los hospitales deben ser gerenciados no por financistas que buscan mitigar los problemas financieros, sino además, por especialistas en términos de salud para evitar que se menoscabe la cantidad y la calidad.

<b>Título 3</b>	<b>ENFOQUE PARA EL ANÁLISIS DE LA CRISIS ECONÓMICA GLOBAL Y LA SALUD</b>
<b>Autor y Año</b>	Álvaro Franco Giraldo, 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Franco A. Enfoque para el análisis de la crisis económica global y la salud. Facultad Nacional de la Salud Pública [Internet]. Colombia, 2009 [Consultado el 20 de septiembre de 2013] vol. 27, núm. 3: 329-340 Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12016344011">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12016344011</a> <sup>13</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Proponer algunas bases para analizar la crisis financiera del 2008 y sus efectos sobre la salud en el mundo.
<b>Palabras Clave</b>	Salud mundial, crisis económica, indicadores económicos y de salud, políticas públicas.
<b>Conceptos manejados en</b>	La crisis del mercado La pérdida de cohesión social

<b>el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Estado nación condiciones de vida
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>La primera crisis de la globalización del actual siglo tendrá serias implicaciones sobre la salud y debe llevar al replanteamiento del sistema económico mundial, basándose en el control del Estado y en la regulación de los mercados.</p> <p>Para evitar los efectos negativos sobre el ambiente y la salud, se propone enfrentar las influencias de los determinantes globales, estimular las políticas públicas que inviertan en salud, reforzar acciones de legislación en salud internacional y, finalmente, establecer y poner en marcha un sistema de monitoreo de la crisis y su efecto en la salud.</p> <p>Un sistema de monitoreo de la crisis, debe basarse en el seguimiento de los determinantes sociales de la salud: empleo, vivienda, educación, vías de tránsito carreteras, seguimiento de la cooperación internacional y planes de asistencia. Más específicamente, debe contener: sistema de información de calidad, identificación de grupos vulnerables y de los más expuestos, seguimiento a programas de protección social, seguimiento y monitoreo del gasto con criterio de costo beneficio y costo-efectividad, monitoreo de políticas sanitarias, seguimiento de las reformas, hacia un nuevo modelo, políticas de prevención y promoción de la salud.</p> <p>Entre las estrategias y acciones que se proponen en el campo sanitario, tenemos: 1) Adelantarse a los efectos negativos de la crisis sobre la salud. 2) Hacer cabildeo ministerial por mantener la financiación de la salud a pesar de la crisis. 3) Acción intersectorial por la financiación sanitaria nacional e internacional. 4) Usos de sistema costo eficientes en la financiación de la salud, con oportunidad. 5) Cooperación internacional como un instrumento de redistribución. 6) Hacer énfasis en políticas de prevención. 7) Políticas públicas dirigidas a cubrir el área social y la protección de los pobres.</p>
<b>Discusión</b>	<p>En la etapa inicial de la crisis, como siempre sucede con este tipo de eventos sociales, son más las dudas que se generan que las soluciones más acertadas que se irán definiendo poco a poco en el medio internacional y nacional.</p> <p>Varias discusiones se plantean por los analistas y otras tantas</p>

	<p>quedan latentes. Una crisis, en general, se funda en la duda y en la falta de ideas sobre su resolución. En el caso actual son muchas las dudas que nos genera esta crisis de comienzos del siglo XXI en su relación con la salud: ¿Cómo distribuir selectivamente los recursos con criterio de priorización por costo-efectividad de programas verticales? La priorización de algunas patologías puede llevar al descuido de otras. Así mismo, en el escenario internacional, salud deberá competir por sus escasos recursos con otras áreas sociales (ambiente, cambio climático, educación, etc.). ¿Será preferible asignar sus recursos al desarrollo y los determinantes sociales, antes que a servicios de salud, resultando más productivos los primeros? ¿Se logrará ahora sí, por la crisis, negociar mejores precios de medicamentos para los países pobres? Se plantean formas de cooperación público-privadas, con participación de organizaciones sin ánimo de lucro, iniciativas particulares y de países en desarrollo que coadyuven con esta vía de la cooperación. Siempre se pregunta por la transparencia sobre ¿Cómo enfrentar la corrupción y la rendición de cuentas, no sólo en la cooperación internacional sino también en la base de las propuestas de los países en desarrollo y cómo asignar un gasto mayor en salud en sus presupuestos?</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>De acuerdo a la metodología realizada en este trabajo y luego de evaluar las diversas consideraciones enunciadas, se proponen cuatro ejes de análisis para relacionar la crisis económica con la salud, basada en los elementos que se pueden ver impactados más directa e inmediatamente por la crisis económica. En consecuencia deben incluirse en un sistema de monitoreo y seguimiento de la crisis y la salud las condiciones de vida (y los determinantes de la salud), los indicadores socio demográficos y variaciones epidemiológicas, los gasto total (tanto público, como privado, gasto en salud) y las políticas públicas (aquellas encaminadas, a resolver la crisis económica).</p> <p>De igual manera es esencial proteger la inversión en salud, y la estructura social, para acelerar la recuperación de la economía. La solución debe pasar por recuperar la fortaleza de la capacidad productiva real, lo que sólo se logrará mejorando la capacidad de compra de los asalariados y ampliando la demanda.</p> <p>“Es importante que dentro de este contexto se tengan en cuenta los factores determinantes de la salud como son el empleo, vivienda, educación, vías de tránsito-carreteras, seguimiento de la cooperación internacional y planes de asistencia”.</p>

<b>Título 4</b>	<b>PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021</b>
<b>Autor y Año</b>	Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: <i>La salud en Colombia la construyes tú</i> . MinSalud [Internet]. Bogotá, marzo 15 de 2013 [Consultado el 12 de noviembre de 2013]. Disponible en: <a href="http://www.manizalesalud.com/portal/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=269:plan-decenal-de-salud-publica-2012-2021-oficial&amp;catid=16:planeacion&amp;Itemid=75">http://www.manizalesalud.com/portal/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=269:plan-decenal-de-salud-publica-2012-2021-oficial&amp;catid=16:planeacion&amp;Itemid=75</a> <sup>14</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Establecer los parámetros del Plan Decenal de Salud Pública para los años 2012 – 2021 que permitirá alcanzar mayor equidad en salud.
<b>Palabras Clave</b>	Plan, Autoridad, Decenal, Cobertura de servicio, Recursos, Red, Afiliación, equidad en salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002), como valor ético inherentemente normativo, a través de la acción sinérgica de todos los sectores involucrados en la determinación social de la salud.</p> <p>De tal manera, la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, la cual es un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado, al ser garante del derecho consagrado en la Constitución</p> <p>La equidad en salud comprende mucho más que el acceso a los servicios o atención en salud; el análisis y afrontamiento de las inequidades en salud presupone reconocer que subyacen profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la sociedad y la desigual distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los diferentes grupos.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	El Ministerio de Salud y Protección Social para la formulación del PDSP 2012-2021, adelantó el proceso de consulta ciudadana en la regiones (Central, Bogotá-Cundinamarca, Caribe, Pacífico, Amazonía-Orinoquia y Oriental).
<b>Resultados</b>	El proceso de consulta, le permitió al Ministerio registrar las necesidades sentidas de la comunidad, comprender los problemas que afectan la salud desde la perspectiva ciudadana y las propuestas de solución necesarias para mejorar la situación de salud y calidad de vida de la población Colombiana.

	El análisis cualitativo de los insumos recaudados se incorpora en la formulación de la visión, en el desarrollo de las metas, objetivos sanitarios, estrategias y acciones descritas en los diferentes capítulos del plan.
<b>Discusión</b>	<p>Entre los determinantes que más contribuyen a los resultados en salud, cabe señalar el progreso que la educación, la vivienda y el empleo, han tenido en las dos últimas décadas. En materia de educación ha sido el más notable, pues el país alcanzó la meta de 100% de cobertura bruta para la educación básica pre escolar, primaria, y secundaria, pero los logros no han sido similares en cuanto a analfabetismo (1,8%) y años de educación en la población de 15 a 24 años (9,2 años)</p> <p>En total, el 10% de la población habita en viviendas inadecuadas generadoras de riesgo para la salud. Cabe señalar que no hay estudios que permitan cuantificar los daños de salud asociados a las condiciones de la vivienda; no obstante, las principales causas de consulta de urgencias y hospitalización, asociadas a enfermedades de origen hídrico, reflejan condiciones ambientales higiénicos sanitarios deficientes de las viviendas que se expresan en las coberturas de hogares a los servicios públicos.</p>
<b>Análisis Personal</b>	En vista de tanta necesidad de tener una cobertura nacional para la atención en salud el Gobierno se ha dado a la tarea de planear hasta el 2021 todo lo que tiene que ver con salud. Es por eso que en este documento se analiza la problemática desde un apacto social, político y económico. Nuestros pobladores de todas la regiones tendrán atención básica y atención especializada sin tener que salir de sus región El estado está preocupado por la condiciones malas que muchos de nuestros semejantes viven ha liderado una reforma a la salud.

<b>TITULO 5</b>	<b>LA INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD: UNA NECESIDAD MUNDIAL</b>
<b>Autor y Año</b>	Marcela Vélez, 2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal digital Universidad Tecnológica de Pereira
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Vélez M. La investigación en sistemas de salud: una necesidad mundial. Universidad Tecnológica de Pereira. Revista Médica de Risaralda [Internet]. Diciembre 2011 [Consultado el 12 de octubre de 2013]. Vol. 17, No. 2. Disponible en: <a href="http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7597">http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7597</a>



<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar la necesidad de realizar investigaciones en sistemas de salud, bien a través de las comparaciones entre sistemas o a través de estudios a profundidad del impacto y desempeño de los sistemas de salud modernos.
<b>Palabras Clave</b>	Producto interno bruto, mundo, salud, organizaciones, gobierno, países, sistemas de salud, equidad en salud, recursos de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La aparente prosperidad económica del sector y el vertiginoso aumento en conocimientos y tecnologías médicas, contrasta con la compleja problemática mundial de inequidad, no sólo entre países pobres y ricos, sino de profundas desigualdades en materia sanitaria al interior de los países. Sumado al incremento de la población anciana y el consecuente incremento de la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, además de la propagación de las enfermedades transmisibles, los problemas derivados del cambio climático, la inseguridad alimentaria y los conflictos sociales; el desafío para los sistemas de salud es de amplísimas proporciones y requiere de compromisos gubernamentales y sociales muy serios.</p> <p>El acceso universal a la atención de la salud se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Según esta concepción, la atención en salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social. Otros países por su parte, están promoviendo cambios para mejorar el acceso y calidad de los sistemas.</p>
<b>Muestra</b>	Es una reflexión, por tanto no aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Utilizando la metodología DEA (Data Envelopment Analysis), Donna Retzlaff Roberts y colaboradores (2004) han comparado a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), mientras que Nevárez, Constantino y Contreras (2007) lo hicieron con los países afiliados a la OMS, concluyendo que la eficiencia de los sistemas de salud se correlacionó de manera inversa con el coeficiente de Gini, puesto que los países con similares inversiones en salud obtuvieron una calificación de su eficiencia mejor si presentaban menor desigualdad en el ingreso. Además afirmaron que invertir una mayor proporción del PIB en los sistemas de salud no garantiza obtener mejores resultados si no se controla también la forma en que se invierten esos recursos
<b>Resultados</b>	Existen diversos modelos de salud que han logrado una mayor cobertura, impacto favorable y aceptación de su población. Corregir los errores bien por la vía de los ajustes o de las reformas requiere que los sistemas de salud se sometan a

	<p>evaluaciones permanentes que permitan valorar el peso de las transformaciones, el impacto de las intervenciones y la pertinencia del modelo de salud según las particularidades de los contextos.</p> <p>De manera sistemática se ha encontrado una relación entre ingreso, distribución del ingreso y variables de salud.</p> <p>Analizando países desarrollados, encontraron una correlación positiva entre el coeficiente de Gini y la mortalidad infantil, y una correlación negativa entre la esperanza de vida y el coeficiente de Gini.</p> <p>En relación con el gasto en salud y su impacto en la mortalidad infantil, Deon Filmer y Lan Pritchett (1999) comentaron que éste no es un determinante poderoso, sino que existen otros factores como ingreso per cápita, desigualdad en la distribución del ingreso, educación femenina, nivel de fragmentación étnica y religión predominante... Richard Wilkinson y Kate Pickett (2006) revisaron 155 artículos sobre la relación de ingreso y resultados en salud, y en 70% de ellos se describe que los niveles menores de salud se asocian con los mayores niveles de desigualdad en el ingreso”</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>El conocimiento claro y preciso de los derechos en salud se convierte en un factor dinamizador de los cambios y un estímulo para la participación de los individuos y las comunidades en la construcción de sus sistemas de salud y en la introducción de cambios oportunos.</p> <p>En el caso de los países con economías sanitarias de gasto alto los servicios médicos son ofrecidos por estructuras muy complejas y especializadas, donde la industria farmacéutica y de tecnología tiene una altísima injerencia. Los riesgos en la estabilidad económica de sus presupuestos se deben al aumento de la población con enfermedades crónicas y al incremento en los costos de los tratamientos. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad aún no alcanzan toda la dimensión que deben tener y los sistemas se enfrentan al desafío de generar equidad en la cobertura y el acceso de la población más desfavorecida y los inmigrantes</p> <p>Las investigaciones solo dirigidas a evaluar la financiación del sector, las inversiones y los insumos, restringen la posibilidad de realizar enfoques sistémicos que posibiliten un conocimiento más completo del cómo, para quién y en qué circunstancias funcionan. La comparación entre modelos de salud puede ser útil para controlar las generalizaciones y permitir explicar los fenómenos sociales que cruzan el desenvolvimiento de los sistemas de salud.</p>

<b>Análisis Personal</b>	En análisis mundial vemos como en países tercermundistas hay progresos en el sistema de salud con una cobertura total y altos índices de calidad. La magnitud de los aspectos a comparar y la construcción de indicadores ha contribuido en el avance de los estudios sobre sistemas de salud, de hecho la información utilizada proviene de las fuentes nacionales tradicionales y de la Encuesta Mundial de Salud que se ha aplicado en 71 Países. Sin embargo, para algunos investigadores: “la metodología utilizada por la OMS no es concluyente debido, entre otros factores, a la complejidad de la producción de salud y a la dificultad para la definición, operacionalización y medición de las variables involucradas y la heterogeneidad entre las naciones” con este análisis nos damos cuenta que los gobiernos se están preocupando por elevar los índices de calidad.
--------------------------	---

<b>Título 6</b>	<b>INDICADORES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ANTES Y DESPUÉS DE LA ACREDITACIÓN EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS EN SALUD EN COLOMBIA</b>
<b>Autor y Año</b>	Arenas Pajón Claudia Helena; Tamayo Rendón, Carlos Mario, 2010
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Arenas Pajón C.H.; Tamayo Rendón C.M. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Ces Medicina [Internet]. Colombia, julio-diciembre 2010 [citado 04 de febrero de 2014]. Vol. 24, núm. 2, pp 9-20. <a href="http://www.redalyc.org/pdf/2611/261119512001.pdf">http://www.redalyc.org/pdf/2611/261119512001.pdf</a> <sup>16</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Establecer el comportamiento, medido en términos de resultados administrativos y financieros, de las instituciones prestadoras de servicios de salud antes y después de la acreditación.
<b>Palabras Clave</b>	Acreditación, atención en salud, calidad, seguridad del paciente, indicadores, Colombia.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La acreditación o certificación en salud está definida como un proceso en el que una entidad externa, generalmente no gubernamental, califica y evalúa una organización para determinar el cumplimiento de los estándares dirigidos a mejorar la calidad de la atención. La acreditación como proceso voluntario de calidad en el sistema de salud en Colombia, busca garantizar una atención

	segura y procesos eficientes. No obstante, las instituciones prestadoras de servicios de salud no parecen tener información objetiva y adecuada que les permita definir conductas acerca del proceso, las actividades necesarias para lograrlo y sus resultados.
<b>Muestra</b>	Se tomó la totalidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud que tuvieran un año o más de haber sido acreditadas a junio de 2009 y que aceptaron participar en el proyecto.
<b>Intervención y proceso medición</b>	El estudio se realizó entre los meses de mayo de 2009 y febrero de 2010, para lo cual se llevaron a cabo dos mediciones: la primera en el momento en que se realizó la autoevaluación necesaria para iniciar el proceso, y la segunda un año después de obtenida la certificación de acreditación.
<b>Resultados</b>	al aplicar el análisis al grupo completo de las instituciones, se encontró un mejoramiento de la calidad en los siguientes indicadores: proporción de valor de glosas, proporción de utilidades, giro quirófano, proporción de cancelación de cirugías y proporción de caídas de cama o camilla. La proporción de número de glosas, el giro-cama, el promedio días -estancia y la proporción de eventos adversos se comportaron negativamente
<b>Discusión</b>	Garantizar la calidad de la atención se ha convertido en prioridad de los sistemas de salud en algunos países europeos y en Estados Unidos, y puede decirse que igual sucede en Colombia, sin embargo no debe esperarse que los diferentes actores de los sistemas de salud se comprometan a trabajar en el proceso con el único incentivo del mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios; es también necesario que se evidencie la real utilidad del proceso en términos de eficiencia en el manejo de los recursos financieros, técnicos, humanos y de infraestructura.
<b>Análisis Personal</b>	Entre las funciones administrativas se tiene llevar a un manejo eficiente de los recursos con que se dispone. Para ellos, es evidente y primordial diseñar indicadores que ayuden a ejercer mejor esta función administrativa al interior de las entidades de salud. Los indicadores permitirán hacer un seguimiento al flujo de los recursos, a la oferta y demanda de servicios, facturación, que ayudarán a mejorar el funcionamiento del sistema y por consiguiente permitirá invertir los recursos donde realmente se necesitan. Pero dichos indicadores deben ser suministrados por un ente rector como el Ministerio de Salud, para que los resultados puedan hacerse comparaciones y así tomar acciones de acuerdo a ellos y generar las estrategias de tipo administrativo y

	financieras que sirvan para aumentar los atributos de calidad en la atención en salud.
--	--

<b>Título 7</b>	<b>PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD. COLOMBIA.</b>
<b>Autor y Año</b>	Área de Sistemas y Servicios de Salud. HSSS-SP, 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Organización Panamericana de la Salud.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de Salud. Colombia. Paho [Internet]. 2009 [Citado 17 de febrero de 2014]. Disponible en: <a href="http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&amp;catid=682&amp;Itemid=361">http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&amp;catid=682&amp;Itemid=361</a> <sup>17</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Realizar un informe sobre el monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma en Colombia.
<b>Palabras Clave</b>	Objetivos de desarrollo del Milenio, funciones del sistema de salud, financiamiento y aseguramiento.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Con la expedición de la Ley 100 de 1993, se define la Seguridad Social Integral como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”. Dentro del Sistema de Seguridad Social Integral, se encuentran el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.</p> <p>El contexto del sistema de salud está demarcado por el análisis demográfico y el análisis epidemiológico, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).</p> <p>Para la OPS los determinantes de la salud son de tipo político, económico, social y medio ambiental.</p> <p>Las funciones del sistema de salud son de rectoría, de financiación y aseguramiento y de provisión de servicios.</p> <p>Los principios orientadores de las reformas son la equidad, la promoción social, la efectividad, la sostenibilidad financiera, la participación social.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso</b>	No aplica

medición	
<b>Resultados</b>	<p>La protección social se ha consolidado a través del Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del cual están los Sistemas de Pensiones, de Riesgos Profesionales y de Seguridad Social en Salud, con los que se provee de servicios y de asistencia social a la población. En particular el Sistema de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 100 de 1993 y modificado mediante la Ley 1122 de 2007, ha separado las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros de la de prestación misma de servicios; cuenta con dos regímenes, el contributivo de obligatoria afiliación para quienes son empleados o tienen capacidad de pago y el subsidiado, para la población pobre que es priorizada a través de una encuesta de focalización para garantizarles servicios con recursos principalmente provenientes del Estado. Con la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional se ha ordenado la igualdad en los planes de beneficios para los dos regímenes, lo cual se ha convertido en una prioridad en desarrollo actualmente, que tiene su primera aproximación a través del Acuerdo 03 de 2009, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).</p> <p>La población afiliada al régimen contributivo se estimó para 2008 en 17.234.265 y para el régimen subsidiado en 22.485.211; hay además regímenes exceptuados (fuerzas militares y magisterio) que cubren en aseguramiento a 1.910.351 personas. Las principales fuentes de financiación del Sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo, administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), y en la explotación de los juegos de suerte y azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), además de la coparticipación que hacen otros recursos de menor cuantía.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Si bien el aseguramiento es la puerta de entrada al sistema, no menos importante resultan los procesos que se requieren para garantizar adecuadas prestaciones de servicios y la atención de las necesidades en salud dado que en el SGSSS, hacer parte de alguno de los dos regímenes, provee a las personas, del derecho a demandar servicios de carácter individual contenidos en el POS. Para ello el CONPES 3204 de 2002 definió la política de prestación de servicios para el SGSSS, basada en tres ejes fundametales que tienen como propósito, garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos (eficiencia) y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los habitantes del territorio nacional. A partir de la política, y en búsqueda de la</p>

	<p>eficiencia en la prestación, se ha fortalecido la inversión para el desarrollo de refuerzos estructurales y sísmicos, lográndose el mejoramiento de hospitales ubicados en zonas de amenaza alta e intermedia, y se han transferido recursos para proyectos arquitectónicos, estudios de dotación, vulnerabilidad y de inversión.</p> <p>A pesar de las inversiones, ha sido necesaria la reestructuración de un importante número de hospitales públicos y el cierre de otros por la imposibilidad de mantener su sostenibilidad frente a la abierta competencia del mercado, que condujo a dificultades administrativas y operativas de la red pública y que llevó a convertirlos en Empresas Sociales del Estado (ESE), condición especial que les mantiene el carácter de entidades públicas, pero les permite un régimen de administración privada para poder participar en la venta de servicios a las diversas administradoras del régimen subsidiado y contributivo, buscando obtener que sean eficientes y competitivos.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Cuando Colombia se comprometió con los ODM a 2012, mediante el Conpes Social 91 de 2005, tuvo que generar programas relacionados con la salud pública que mejoraran la equidad y universalidad en el servicio. Así pues, reducir la mortalidad, mejorar la salud sexual y reproductiva, combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue entraron a formar parte de las prioridades estatales.</p> <p>Pero, a menos de 1 año, y aunque se ha conseguido reducir significativamente los datos, todavía falta para poder cumplir con los ODM.</p> <p>Consideramos que el Estado realizó los cambios pero no previó realmente una estrategia que le permitiera la consecución de recursos para el financiamiento de las nuevas medidas, por ello, a largo plazo, entre otros eventos, el sistema colapsó y se tuvieron que ir dando ajustes de tipo normativo en el camino, lo que llevó a incertidumbres y vacíos que no permiten la eficiencia.</p> <p>A esto se suma que, la implementación del nuevo SGSSS se llevó a cabo sin una adecuada asistencia técnica por parte del Gobierno llevando a duras críticas por causa del modelo de atención basado en el POS y su viabilidad a largo plazo pues el entorno colombiano es altamente politizado, lo que se constituye en un obstáculo.</p>

<b>Título 8</b>	<b>DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN LA TOMA DE DECISIONES DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO</b>
<b>Autor y Año</b>	Liliana Chicaíza, Ricardo Vega, 2008
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Chicaiza L., Vega R. Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano. Innovar [Internet]. Bogotá, 2008 [Consultado el 20 de septiembre de 2013]. v. 18, n. 31. Disponible en <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512008000100006&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512008000100006&amp;script=sci_arttext</a> . <sup>18</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Identificar las principales barreras y aspectos facilitadores que determinan la utilización de la EETS en el proceso de toma de decisiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.
<b>Palabras Clave</b>	Evaluación económica de tecnología sanitaria, economía de la salud, sistema de salud de Colombia, toma de decisiones en salud, regulación.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Una tecnología sanitaria se define como el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria y los sistemas organizativos y de soporte dentro de los cuales se provee dicha atención.</p> <p>La Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria (EETS) hace parte de un conjunto de procesos que se utilizan para identificar las consecuencias sociales, económicas y éticas, tanto buscadas como no intencionadas de una tecnología sanitaria. Es así como la evaluación económica, junto con las evaluaciones de eficacia, efectividad, equidad y financieras aplicadas a una determinada tecnología, constituyen en general lo que se denomina la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS).</p> <p>Las tecnologías sanitarias pueden ser evaluadas en cualquiera de las fases de su ciclo de vida, como son la experimental, de implantación inicial, de generalización y de declive.</p>
<b>Muestra</b>	Se estructuró una entrevista que fue aplicada a los integrantes del principal cuerpo decisor del nivel macro y que en el caso de Colombia corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo está compuesto por 14 consejeros y 7 asesores permanentes, lo que conforma un grupo de 21 personas que representan a 20 instituciones. En general, de las



	<p>20 instituciones que participan en el CNSSS se entrevistó a 17, lo que muestra una cobertura del 85% en cuanto a instituciones. Se lograron 12 entrevistas directamente con los representantes de estas instituciones que son miembros del CNSSS, cuatro entrevistas no se realizaron a miembros del CNSSS que por falta de disponibilidad de tiempo no podían atender la entrevista directamente, pero se realizaron a las personas sugeridas por ellos para responderla. Sólo en un caso, para el sector Gobierno, se entrevistó a una persona que no pertenece actualmente al CNSSS ni fue sugerida por uno de los miembros, pero que contaba con la experiencia, el conocimiento y el perfil necesarios para suministrar la información requerida por el instrumento de recolección de datos.</p>
<p><b>Intervención y proceso medición</b></p>	<p>La entrevista consideró todo tipo de tecnologías, no sólo los medicamentos. Se realizó una entrevista estructurada con preguntas abiertas y cerradas que cubrió los siguientes aspectos: Información sobre el entrevistado, Entrenamiento en economía, Importancia del criterio de eficiencia, Experiencia en el manejo de EETS, Barreras al uso de EETS, Facilitadores para el uso de EETS.</p> <p>Para el análisis de resultados el grupo de entrevistados se dividió por sectores: sector del Gobierno, sector Privado, sector Usuarios del Sistema y por último el sector Gremios Médicos-Academia.</p> <p>Para la identificación de barreras y aspectos facilitadores se utilizó el análisis de correspondencias. Este análisis permite confrontar la información e identificar las tendencias más notorias entre las respuestas obtenidas. Se utilizó una matriz en la cual se ubicaron a los entrevistados en las filas, y las respuestas a las diferentes preguntas en columnas. El análisis establece la distancia entre los entrevistados teniendo en cuenta el número de respuestas en las que coinciden. La “cercanía” entre las respuestas de los entrevistados deja ver las diferentes posiciones de ellos y, en consecuencia, se establecen tendencias. Estas respuestas se grafican en un espacio geométrico y a las agrupaciones resultantes se les calcula el valor promedio y la varianza.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Los resultados en cuanto a información preliminar de los entrevistados muestran que los niveles académicos de pregrado de los entrevistados, básicamente en el área médica y de la salud en los sectores Gobierno y Gremios-Academia y de formación en derecho en los sectores Privado y Usuarios, pero los profesionales del área médica y del derecho han realizado estudios de posgrado en áreas de administración y economía, lo</p>

	<p>que en general le da al CNSSS, como grupo interdisciplinario, una visión holística del sector salud en sus componentes asistencial y gerencial.</p> <p>Con respecto al entrenamiento en economía, como era de esperarse para un cuerpo colegiado de estas características y nivel, existe un alto nivel de entrenamiento en economía de la salud. El Sector Usuarios presenta el menor indicador respecto a este aspecto (71%).</p> <p>El grupo entrevistado demostró coherencia al darle un peso similar a una barrera relacionada con la falta de los conceptos teóricos para el análisis de las EETS. Otra barrera que el grupo consideró importante es la relacionada con los imperativos políticos, que influyen significativamente la toma de decisiones al restar peso a los argumentos técnico-económicos.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>En general se puede afirmar que los miembros del CNSSS consideran que en Colombia las barreras que existen para la utilización de la EETS son institucionales y educacionales. Se notó un conocimiento básico sobre las técnicas de EETS dentro del CNSSS, pero el sentir mayoritario de los integrantes de este grupo es que no existe un alto impacto de las mismas en el proceso de toma de decisiones, ya que pesan más los factores políticos, la defensa de intereses sectoriales y la estabilidad financiera del sistema.</p> <p>También se observó que no existen incentivos en el CNSSS para que la toma de decisiones se base en estudios económicos con perspectiva social, tal como lo propende la EETS, para lo cual sería necesario modificar algunos procesos de toma de decisiones y que dependieran más de información basada en la evidencia. Esto contribuiría a aumentar la transparencia en la toma de decisiones relacionada con la asignación de recursos limitados en el sistema de salud colombiano.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Este artículo me parece muy importante para nosotros como administradores de la salud ya que identifica las barreras y los factores facilitadores que determinan la utilización de la Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria (EETS) en la toma de decisiones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia (CNSSS). Y nos da una visión más amplia de los factores que pueden influir en la toma de decisiones para la estabilidad financiera del sistema de salud, donde se realizan una serie de preguntas tomando como base los estudios que sobre el tema se han realizado a nivel internacional (Ross, 1995; Drummond, 1997 y 2004; Hoffman <i>et al.</i>, 2000; Suh <i>et al.</i>, 2002 e Iglesias <i>et al.</i>, 2005) y se aplicó a 17 de las 20 instituciones que integran el CNSSS. Ya que este</p>

	<p>tema ya ha sido profundizado un poco más en Alemania, Canadá y Europa y apenas en Colombia vamos a entrar a trabajar en el tema tratando de mejorar en este aspecto.</p> <p>Mostrando como resultados después de un buen análisis e interpretación que para el CNSSS las barreras que existen para la utilización de la EETS en Colombia son de tipo institucional y educacional, lo que resulta consistente con los resultados obtenidos en otros países y establece como principal aspecto facilitador, profundizar en el conocimiento sobre evaluación económica de tecnología sanitaria puesto que en general sólo se dispone de información básica sobre el tema. La evaluación económica apenas impacta en el proceso de toma de decisiones, dado que pesan más los factores políticos, la defensa de intereses sectoriales y la estabilidad financiera del sistema.</p> <p>Mirando el grupo entrevistado y los resultados obtenidos, expresan que en el sistema de salud en su conjunto no hay una suficiencia relacionada con las técnicas de evaluación y sugieren que el principal facilitador para el uso de las mismas en la toma de decisiones sería fomentar el entrenamiento en economía de la salud. Mostraron un conocimiento básico del tema planteado, pero cuando se llegó a puntos específicos como el de la capacidad de transferencia de resultados de otros contextos al propio, los miembros del Consejo no expresaron mayores dudas sobre esta opción, pese al amplio debate internacional surgido sobre este aspecto.</p> <p>Se debe promover mecanismos que permitan que el sector de usuarios y a la comunidad que tengan la posibilidad de generar y analizar información para poder aportar criterios autónomos en la toma de decisiones, ya que los usuarios son las personas directamente involucradas y que ellos son los que reciben el impacto positivo o negativo de esta toma de decisiones.</p>
--	---

<b>Título 9</b>	<b>REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SALUD.</b>
<b>Autor y Año</b>	Armando Antonio Gil Ospina, 2008.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Gil Ospina A.A. Reforma del sistema de salud en Colombia: focalización del gasto público social en salud. Semestre Económico [Internet]. Medellín, enero-junio de 2008 [Citado el 17 de febrero de 2014]. Vol. 11. No. 21, pp 45-63. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=165013655003">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=165013655003</a> <sup>19</sup>

<b>Objetivo del artículo</b>	Realizar una aproximación teórico-conceptual al tema de la focalización del gasto público en salud en Colombia que permita luego formular una pregunta de investigación en el campo de la economía de la Salud.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de Protección Social, regulación en salud, equidad en salud, subsidio a la demanda en salud, gasto público social en salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En el Estado de Bienestar, el gobierno emprende y ejecuta políticas sociales orientadas a promover y garantizar el “bienestar” de los ciudadanos en el amplio marco de la seguridad social: salud, educación, saneamiento ambiental, oportunidades laborales, derechos civiles, entre otros. La equidad en el SGSSS se relaciona con el cubrimiento del riesgo, la cobertura, el acceso efectivo y la entrega de medicamentos. Pero la equidad reconoce dos conceptos el de equidad de provisión el cual examina quienes reciben las atenciones de salud en un sistema y la equidad de financiamiento que consiste en determinar quiénes financian un sistema de salud.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	La política social puede buscar modificar la situación real de las personas, cuando carecen de vinculación al sistema económico y social o cuando está es precaria (informalidad), por medio de la focalización de la exclusión y la desigualdad (Búsqueda de la sociedad equitativa por el camino de la democratización). La política social puede llevarse por medio de una perspectiva economicista y circunstancial, que propende por combatir la pobreza y la desigualdad a través de pequeños ajustes, de remedios aislados, de ejercicio público del sentimiento privado de la piedad y la conmiseración.
<b>Discusión</b>	Para mejorar la eficacia de la aplicación de los gastos y programas sociales, el gobierno debe focalizarse por primero conocer los grados de incidencia e intensidad de la pobreza de tal forma que se generen las condiciones para incrementar los activos y el equipamiento de los pobres. El principio de equidad frente a la salud de las personas consiste en la prestación oportuna y con igual calidad y acceso a los servicios de promoción, prevención y curación de manera independiente de la capacidad de pago, en aras del cumplimiento del imperativo ético de atender los derechos mínimos de todo ser humano.

<b>Análisis Personal</b>	Si la salud sigue viéndose sólo en términos de mercado se cometerán los mismos errores, pues si hablamos de términos económicos, el libre mercado ha generado grandes inequidades, y por tanto, si éstas se trasladan al sector de la salud se trasladarán también sus debilidades. El gobierno central debe comprender que para lograr la equidad se debe garantizar la distribución de los medios financieros en todo el territorio nacional y aunque se han visto mejorara a nivel de pobreza, desigualdad, exclusión a través de mecanismos como el Sisben, todavía queda en entredicho la calidad del servicio. Es primordial que se busque la forma de canalizar con mayor efectividad los recursos que suministra el Estado para lograr los objetivos de equidad.
--------------------------	--

<b>Título 10</b>	<b>MODELO DE SALUD EN COLOMBIA: FINANCIAMIENTO BASADO EN SEGURIDAD SOCIAL O EN IMPUESTOS</b>
<b>Autor y Año</b>	Efraín Riveros Pérez, Laura Natalia Amado González, 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Rivero Pérez E., Amado González L.N. Modelo de salud en Colombia: financiamiento basado en seguridad social o en impuestos. Gerencia. Política [Internet], julio diciembre de 2012 [Citado el 07 de noviembre de 2013]. 11 (23): 111-120. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a07.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a07.pdf</a> <sup>20</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	<p>Exponer la influencia de organismos económicos internacionales sobre la estructura y funcionamiento del sistema de salud colombiana, así como los puntos de colisión consagrados en la Constitución Política.</p> <p>Presentar una visión general de la organización actual del sistema, así como sus fallas en financiamiento y administración.</p> <p>Dar las recomendaciones para reformar el financiamiento, pasando de un modelo de seguridad social a uno basado en impuestos generales.</p> <p>Exponer las ventajas de un Estado recaudador y administrador del sistema.</p>
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud, seguridad social, índice de Gini, equidad horizontal, equidad vertical, progresividad tributaria.
<b>Conceptos manejados en</b>	El sistema de salud colombiano se puede concebir como una cadena de cuatro eslabones. El primero es el financiamiento, el

<b>el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>segundo es la administración, el tercero es la regulación y el último es la prestación de los servicios.</p> <p>El financiamiento se centraliza en el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), a través de dos subcuentas: una para el régimen contributivo y otra para el subsidiado</p> <p>Existe una contradicción de modelos entre la idea igualitaria de equidad que plantea la constitución y el modelo neoliberal que orienta las recomendaciones del Banco Mundial. a concepción igualitarista aplicada a la salud se basa en el principio de igualdad de beneficios integrales para toda la población y, por otro lado, el neoliberalismo invita al establecimiento de un plan de beneficios básico, por encima del cual cada individuo es “libre” de cubrir sus propios gastos en salud.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>La salud es un derecho inalienable consagrada constitucionalmente, por tanto es un servicio público y como tal debe estar a cargo del Estado.</p> <p>La salud no es un negocio con fines productivos donde primen las fuerzas del mercado sino el bienestar de los usuarios.</p> <p>Teniendo los problemas del desempleo y la informalidad en Colombia, la financiación del sistema de salud debe buscarse por otros medios. Los impuestos resultan ser una alternativa posible.</p>
<b>Discusión</b>	Las condiciones de implementación de políticas neoliberales impuestas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional son eficientes en países con condiciones de empleo favorable. Por tanto, estas políticas en Colombia no resultan eficientes porque no se han tenido en cuenta las verdades necesidades del sistema sanitario.
<b>Análisis Personal</b>	<p>Todos los países del mundo tienen un sistema de salud y existen unos organismos financieros internacionales que ayudan a desarrollar las políticas para que su endeudamiento por este concepto no tenga efectos positivos en la economía local.</p> <p>Estos organismos generan recomendaciones permanentes para apalancar los recursos de la salud. Es paradójico que en los últimos años Colombia haya mostrado crecimiento económico,</p>

	<p>mientras que el gasto social disminuye progresivamente. Esto ocurre debido a la implementación de las políticas neoliberales provenientes de organizaciones internacionales tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, las cuales pueden ser acertadas para un país con condiciones de empleo favorables, pero que han llevado al fracaso a nuestro sistema sanitario, al no tener en cuenta la particularidad de las necesidades y la realidad de la población colombiana.</p> <p>El Nuevo Sistema de Salud Integral debe nacer como respuesta a un análisis juicioso, por un lado, de las necesidades y expectativas de los colombianos y, por otra, de los recursos con que se cuenta para financiarlo. Los gobiernos aprenden a manejar un endeudamiento para la salud de una manera moderada exigiéndole a los establecimientos de salud ética y honestidad en el manejo de los recursos.</p> <p>Encontramos que en Colombia se planeó un sistema de seguridad social para una población desempleada y en la informalidad laboral. Así, la pesada carga del sistema descansa sobre unos pocos empleados de nómina con ingresos promedio bajos, mientras que la contribución de los trabajadores independientes e informales es variable y se deja al libre albedrío del cotizante, en términos de los ingresos reales declarados. Es claro entonces que mientras no se tengan cifras de empleo formal decentes, el sistema de salud basado en un modelo de seguridad social es inviable</p>
--	--

<b>Título 11</b>	<b>SANEAR LAS FIANZAS DE LA SALUD</b>
<b>Autor y Año</b>	Benedict Clements, David Coady, Baoping Shang y Justin Tyson 2011
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Finanzas & Desarrollo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Clements B., Coady D., Shang B., Tyson J. Sanear las finanzas de la salud. Finanzas & Desarrollo [Internet], marzo 2013. [Citado el 16 de octubre de 2013]. 42-45. Disponible en: <a href="http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2011/03/pdf/Clements.pdf">http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2011/03/pdf/Clements.pdf</a> <sup>21</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Conocer a fondo el comportamiento financiero de la Salud de las economías emergentes y avanzadas con el propósito de conocer las debilidades y fortalezas de los sistemas de salud del mundo.
<b>Palabras Clave</b>	Salud, economías emergentes, economías avanzadas,

	reformas, gasto sanitario, eficiencia.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Sistemas de salud de otros países. Crecimiento del gasto en salud. Eficiencia financiera en salud. Gasto público
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	Se observa un aumento del gasto sanitario en las economías avanzadas y emergentes. Esta alza varía sustancialmente entre países. Entre las causas del aumento del gasto sanitario se evidencia el envejecimiento de la población y al progreso tecnológico.
<b>Discusión</b>	Se ha demostrado que las reformas sanitarias tienen pocas probabilidades de mejorar la tendencia al alza del gasto público, por ello es importante que los países opten por medidas como la prevención y otros factores como hábitos personales. Pero lo que si se reconoce es que las reformas seguirán siendo un reto tanto para las economías avanzadas como para las emergentes. Se hace necesario eliminar costos innecesarios, aumentar la responsabilidad de los gobiernos locales, ampliación de oferta de aseguradoras, restringir oferta de productos sanitarios o insumos costosos. Todo esto buscando la eficiencia del gasto sanitario sin comprometer la salud.
<b>Análisis Personal</b>	Reformar la atención de la salud no es tarea fácil. El acceso a un sistema asequible es algo primordial, pero puede someter las arcas del Estado a una presión enorme. Afortunadamente, hay varias opciones para los países que ya enfrentan esas presiones o que buscan evitarlas. La experiencia en las economías avanzadas muestra que una combinación de controles presupuestarios más estrictos y reformas que promueven la eficiencia puede contribuir a mantener el acceso a una atención sanitaria de buena calidad y controlar al mismo tiempo el gasto público. En las economías emergentes también es importante mejorar la eficiencia, pero algunas tienen margen para aumentar aún más el gasto público. Todos los países deben garantizar un acceso equitativo a la atención básica de la salud y lograr que el gasto sanitario sea más eficiente. Aunque se evidencian diversas alternativas para desacelerar el alza en el gasto público, cada país debe sopesar sus intereses



	<p>para determinar cual se acopla mejor a sus necesidades y así lograr la eficiencia en los resultados.</p> <p>Es importante además tener en cuenta otros aspectos como la corrupción porque este es un flagelo que no permitirá en ningún caso que las reformas que se encuentren en papel, estudiadas y analizadas por expertos, puedan lograr sus objetivos y metas relacionadas con el tema de la salud.</p>
--	--

<b>Título 12</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE COSTOS PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>Autor y Año</b>	Vilma Vargas González, Carmen Hernández, 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Vargas González, Vilma Hernández, Carmen. Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria.[internet]. Vol. XV, No. 4.scielo.2009.octubre 26 2013.disponible en: <a href="http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131595182009000400012&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131595182009000400012&amp;script=sci_arttext</a> . <sup>22</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Exponer aspectos fundamentales para el desarrollo de sistemas de información de costos para la gestión hospitalaria.
<b>Palabras Clave</b>	Sistemas de Información de costos, gestión hospitalaria, toma de decisiones, indicadores.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>El centro de costo es “la unidad en la cual el desempeño se mide en términos del costo presupuestado y cuyo gerente tiene responsabilidad sobre el incurrimento del costo”( Polimeni et al., 1994:733). En el centro de costos se acumulan todos los costos y gastos que se realizan para conseguir un resultado común de la unidad o sector organizacional.</p> <p>Un producto es el resultado de un proceso, pudiendo ser un servicio o un bien; se hace necesario de acuerdo con Hammer y Champy (1996), identificar los productos elaborados o servicios prestados para redefinir los procesos que los generan; de esta forma se pudiera pensar lógicamente la organización en función de de- terminar y precisar claramente los cambios necesarios, los responsables de la gestión y de las actividades desarrolladas; identificar los pro- ductos realizados en cada proceso productivo de la actividad hospitalaria, nos da la base para de- finir los centros de costos.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica por ser una revisión documental.
<b>Intervención y proceso medición</b>	En la revisión documental se tomó en cuenta aspectos relacionados con el marco legal y con la ejecución del mismo, tales como la gratuidad en la prestación del servicio público de salud, y los cambios relevantes desde el punto de vista de la

	información de costos, en la evolución de las principales leyes venezolanas.
<b>Resultados</b>	La información de costos sirve de soporte a la toma de decisiones en la gestión hospitalaria, en la práctica hospitalaria tal información debe ser respaldada con el conocimiento de ciertos aspectos trascendentales, tales como: Finalidad del sistema de acuerdo al marco legal, identificación de productos hospitalarios y centros de costos, la eficiencia como criterio de gestión, relación entre diseñadores, directivos y funcionarios y los aspectos básicos para el desarrollo de sistemas de información de costos hospitalarios.
<b>Discusión</b>	<p>La eficiencia, entendida como optimización del uso de los recursos, y no sólo como disminución de costos, es indispensable para ampliar la cobertura de los servicios de salud. De allí la necesidad de fortalecer el cálculo y desarrollo de indicadores y sistemas de información con personal capacitado para su ejecución, asegurando la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de los resultados generados por dichos sistemas, y su uso efectivo para la gestión hospitalaria, la formulación de políticas de salud y la asignación presupuestaria.</p> <p>El sistema de información de costos debe adecuarse a las necesidades particulares de la institución hospitalaria, pero además, a estos efectos, debe desarrollarse una adecuada coordinación entre los planificadores y el personal involucrado directamente con la toma de decisiones.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>En este artículo el autor expone diferentes aspectos que juegan un papel principal en el desarrollo de sistemas de costos para la gestión hospitalaria, los cuales son necesarios para el cumplimiento de los procesos y objetivos que deben de cumplir los diferentes hospitales de acuerdo a los costos para que sean rentables llevándolos a su optimización de sus recursos desde un punto de vista social.</p> <p>Resalta que las instituciones hospitalarias, aun cuando usualmente elaboran anualmente sus presupuestos, estos son realizados para dar cumplimiento a un requisito gubernamental para la obtención de financiamiento; su elaboración deberá replantearse a efectos de contar con un presupuesto que exprese cuantitativamente los objetivos estratégicos de los hospitales.</p> <p>El presupuesto es necesario para el control del costo y la evaluación de la actuación de las personas responsables de su ejecución en cada centro de responsabilidad, permite determinar las variaciones entre lo presupuestado y lo realmente ejecutado. Debemos aclarar que el presupuesto no</p>

	<p>es necesario en la determinación del costo real, aunque si nos aproxima a lo que el costo debería ser.</p> <p>De igual manera es necesario pensar en la generación de reportes con la información de costos obtenida, a fin de que surta efectos en función de la toma de decisiones acertadas, para mayor beneficio de la comunidad a la cual los hospitales prestan servicios.</p>
--	---

<b>Título 13</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN MÉDICA, FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL ESCUELA</b>
<b>Autor y Año</b>	Arenas Pajón Claudia Helena; Tamayo Rendón, Carlos Mario, 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca virtual Universidad Nacional Autónoma Honduras UNAH
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Diagnóstico de la situación Financiera del Hospital Escuela. [Internet]. Honduras, Agosto 27 de 2012 [Citado el 29 de enero de 2014]. Disponible en: <a href="https://www.unah.edu.hn/?art=1669">Authhttps://www.unah.edu.hn/?art=1669</a> <sup>23</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Presentar el informe sobre el estado de la situación del Hospital Escuela de Honduras.
<b>Palabras Clave</b>	Hospital Escuela, población atendida, situación y ejecución presupuestal, recurso humano,
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Abastecimiento.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p>El hospital de Escuela se encuentra sumido en una crisis de abastecimiento de medicamentos, reactivos de laboratorio, insumos y equipo.</p> <p>El Hospital tiene L. 9.000.000 en el rubro de medicamentos para todo el resto del año, cantidad que es insuficiente, puesto que sólo en 16 medicamentos de los 121 tipos de medicamentos considerados indispensables.</p> <p>El Hospital no cuenta con tomógrafos, ni resonancias magnéticas, para hacer estudios diagnósticos en pacientes hospitalizados y de emergencia.</p>

<b>Discusión</b>	Existe una ejecución por encima del presupuesto, la administración actual del hospital estima que de contar con el financiamiento e iniciar las licitaciones que corresponden por ley, estaría abasteciendo sus almacenes en el mes de diciembre o enero próximo, lo que no resuelve el abastecimiento de agosto a diciembre del presente año sino se hace por una vía excepcional.
<b>Análisis Personal</b>	Cuando no se lleva un proceso de formulación y ejecución presupuestaria se pierde el rumbo de los recursos dispuestos para cada rubro por lo que no es extraño que los hospitales tiendan a sobrepasar los montos aprobados.

<b>Título 14</b>	<b>PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2008-2011: POR UNA ESE ECONÓMICAMENTE RENTABLE, SOCIALMENTE RESPONSABLE Y AMBIENTALMENTE SOSTENIBLE.</b>
<b>Autor y Año</b>	Ortiz Ibáñez, Luis Orlando, 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	eumed
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Ortiz Ibáñez L.O. Plan de desarrollo institucional 2008-2011: por una ESE económicamente rentable, socialmente responsable y ambientalmente sostenible. [internet] [Citado el 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: <a href="http://www.eumed.net/libros-gratis/2010b/690/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20INSTITUCIONAL%202008%202011%20PRESENTACION.htm">http://www.eumed.net/libros-gratis/2010b/690/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20INSTITUCIONAL%202008%202011%20PRESENTACION.htm</a> . <sup>24</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Proyectar a la empresa por el camino del equilibrio financiero y hacia el logro de los objetivos sociales, que permita en el corto plazo la supervivencia económica y en el mediano y largo plazo la satisfacción de la demanda real de servicios de salud de la población, en condiciones de oportunidad, eficiencia y subsidiaridad. Para ello el Plan de Desarrollo se constituye en un valioso instrumento de planeación y herramienta de gestión.
<b>Palabras Clave</b>	Recurso financiero en salud, contabilidad en salud, presupuesto en salud
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La gestión moderna considera muy importante en los procesos de planeación y planificación cuatro aspectos que determinan la viabilidad financiera, y la supervivencia de las organizaciones competitivas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Solvencia Económica: que permita apoyar el desarrollo de planes, programas y proyectos de fortalecimiento y crecimiento, orientando esfuerzos concertados de largo plazo (VISION – SOSTENIBILIDAD - DESARROLLO).</li> <li>• La Calidad de los Servicios: que nos permita rescatar la</li> </ul>

	<p>confianza institucional y nos mueva en el día a día a construir una institución socialmente responsable (MISION - SERVICIOS).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un Talento Humano Competente y Motivado: contar con un equipo humano profesional, altamente calificado, comprometido con nuestro Plan de Desarrollo y con una vocación de servicio que asegure una prestación cálida y una atención digna. (VALORES - ORGANIZACION)</li> <li>• Una buena relación con los Clientes: que nos garantice la satisfacción del usuario y nos acerque a sus verdaderas necesidades para atenderlas de manera oportuna. (FIDELIDAD - RECIPROCIDAD).</li> </ul>
<b>Muestra</b>	Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Se tienen en cuenta los datos que reporta el Hospital en sus diferentes niveles gestión, de servicios y administrativo.
<b>Resultados</b>	Este documento logra tomar como base la Ley 152 de 1994, enriqueciendo el estudio de manera amplia y dinámica con los preciados derroteros del Ministerio de Salud y su programa de mejoramiento de los servicios de salud, considerando su experiencia en el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud. Así mismo realiza un gran aporte estructural en consideración de la cultura y nivel institucional, pretendiendo ajustarlo a las necesidades de quienes son los más interesados en conocer y poner en práctica sus propuestas.
<b>Discusión</b>	El plan tiene por objetivo a corto plazo estabilizar financieramente la operación de la empresa y mejorar la cobertura y calidad de los servicios, en el mediano plazo modernizar la prestación integral de los servicios con un modelo de atención rentable social y económicamente, y en el largo plazo consolidar el crecimiento sostenido de la organización mediante la integración de alianzas estratégicas con sus clientes y usuarios.
<b>Análisis Personal</b>	<p>El hospital de Cartagena de Indias es una clara muestra de los problemas económicos que viven los hospitales del país. Sus indicadores corroboran la necesidad de generar cambios a nivel gerencial que logre mejorar los indicadores de déficit presupuestal que muestran estas instituciones. Uno de los graves problemas que afrontan es la deuda con terceros, lo cual compromete seriamente los recursos de la empresa y podría traer serios problemas de flujo de caja independientemente de la generación de los ingresos.</p> <p>Lo anterior, puede traer como consecuencia una disminución en la calidad del servicio, atribuida a los problemas de</p>

	financiamiento para equipos, pago de nóminas, entre otros aspectos. Sería primordial generar pruebas piloto para determinar los verdaderos resultados de los modelos expuestos que podrían ser aplicables a otras zonas.
--	--

<b>Título 15</b>	<b>COSTOS PARA GERENCIAR SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>Autor y Año</b>	Castrillón Cifuentes Jaime. 2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	elibro
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Castrillón Cifuentes J. Costos para gerenciar servicios de salud. 3a. ed. Ediciones Uninorte. Barranquilla, 2010. 162p. ISBN 978-958-741-049-5 <sup>25</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Definir que es un costo, distinguir entre costo activo del costo y gasto del costo perdido, diferenciar elementos del costo, identificar la relación que existe entre la contabilidad de costos y la contabilidad general.
<b>Palabras Clave</b>	Costos, salud, gerenciar.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>En este libro se tratan aspectos generales que tienen que ver con los costos, es importante tener la diferenciación de algunos términos muy usados que con frecuencia generan confusión, también se habla de la historia de los costos.</p> <p>Define el costo como la suma de erogaciones en la incurre una persona natural o jurídica para adquirir un bien o un servicio con la intención que genere ingresos en el futuro.</p> <p>Las principales características de los costos son: costo activo es la erogación que ocurre cuando se obtiene un bien o un servicio cuya capacidad de ingresos abarca diferentes periodos en forma diferida.</p> <p>Costo gasto son los costos que se enfrentan a los ingresos del periodo.</p> <p>Costo pérdida son las erogaciones que no producen ingresos esperados. Son los incendios y robos.</p> <p>Contabilidad de costos es el arte de recopilar, organizar y codificar toda la información que tenga que ver con los costos, con el propósito de tener una información oportuna clara y pertinente de los costos de un producto.</p> <p>Los costos de los servicios dependiendo de qué tipo sea concurren varios elementos para tratar los diferentes situaciones se presentan a consideración varios casos:</p> <p><b>Rayos X:</b> En este servicio se presentaran los siguientes elementos del costo.</p> <p>Costo placa de los reactivos</p>

	<p>Costo de mano de obra directa  Los costó indirectos, la depreciaciones, servicios públicos y salarios  <b>Cirugía:</b> En este servicio se presentaran los siguientes elementos del costo.  Costo insumos de la cirugía (Cirujano; anestesiólogo, y enfermera)  Costo de mano de obra directa  Los costó indirectos, la depreciaciones, servicios públicos y salarios etc.  <b>Consulta externa:</b> En este servicio se presentaran los siguientes elementos del costo.  Costo salario del medico  Costos generales son todos aquellos costos indirectos a una consulta, las depreciaciones, servicios públicos y salarios etc.  Los temas más relevantes de este libro para la monografía son:  Clasificación de los costos relacionados con la actividad  Los costos y los niveles de la actividad  Los costos indirectos</p>
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	No aplica
<b>Discusión</b>	No aplica
<b>Análisis Personal</b>	<p>Los costos en las organizaciones son fundamentales para medir los rendimientos de los capitales, es por eso que en este análisis tenemos en cuenta que la salud como cualquier otro sector se debe medir económicamente siempre teniendo en cuenta niveles de eficiencia y eficaces en los servicios de salud.  Se deben identificar los costos de cada uno de los servicios y materiales que se utilizan Se analizan algunas técnicas de análisis de costos en salud y se debe introducir la perspectiva económica dentro de los estudios de costos, como complemento necesario en el contexto de la reforma del sector salud.  Se revisan brevemente algunos cambios específicos que se requiere introducir en los estudios tradicionales y se concluye que dichos cambios son en sí mismos costo-beneficiosos, pues sólo requieren elevar levemente la complejidad de los estudios para incrementar significativamente su utilidad.</p>

<b>Título 16</b>	<b>IMPORTANCIA DE LOS COSTOS DE LA CALIDAD Y NO CALIDAD EN LAS EMPRESAS DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA COMPETITIVIDAD.</b>
<b>Autor y Año</b>	Luis Javier Arango Cardona, 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Arango Cardona L.J. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Escuela Administrativa de Negocios EAN. [Internet], Bogotá 2009 [Citado el 04 de noviembre de 2013] No. 67. ISSN 0120-8160. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-81602009000300006&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-81602009000300006&amp;script=sci_arttext</a> <sup>26</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Destacar la importancia del conocimiento sistemático y confiable de los costos invertidos en la calidad y aquellos no justificados o de No Calidad de los procesos en las empresas, como una herramienta de gestión en las empresas de salud, para la toma de decisiones basada en resultados cuantitativos, que permitan así mismo, la evaluación del impacto de las medidas de control o mejoramiento al respecto.
<b>Palabras Clave</b>	Costos de Calidad, costos internos y externos de la mala calidad, costos de evaluación de la calidad, calidad de los procesos, costos de prevención de la calidad.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La calidad de los servicios de salud permiten que los clientes continúen fieles a la empresa, conllevando a la generación de importantes utilidades. La calidad es detectada rápidamente por los clientes. La inversión para la calidad está determinada por todos los recursos que se invierten con el objetivo de prevenir que ocurran fallas en alguno de los procesos conocidos como costos de prevención. Se incluyen los recursos invertidos en auditoria y control de calidad.
<b>Muestra</b>	No aplica es una revisión bibliográfica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	La multiplicidad de procesos, procedimientos y normas de las empresas de salud, hacen muy importante que la organización tenga establecidos métodos para la cuantificación de las fallas, errores y repeticiones, y así contar con bases objetivas para la toma de decisiones sobre la contención de dichos costos. Se identifican doce categorías de desperdicios: sobreproducción, existencias, manipulación excesiva de materiales, esperas,



	pérdidas de tiempo, movimiento excesivo, piezas defectuosas, equipamiento defectuoso, equilibrio en la carga de trabajo, utilización incongruente de recursos, diseño eficiente, supervisión.
<b>Discusión</b>	Se señalan algunas ventajas de la medición de los costos de calidad y no calidad como el hecho de ser una herramienta que permite cuantificar en términos monetarios la inversión realizada mes a mes en mantenimiento y mejoramiento de la calidad y aquellas no justificadas, producidos por fallas en los procesos (repeticiones, corrección de errores, reprocesos, repetición de atenciones)
<b>Análisis Personal</b>	<p>Para obtener competitividad debemos mantener una disciplina de la organización empresarial con parámetros y normas claras que desarrollen la posibilidad de generar resultados que benefician a los pacientes o usuarios de una entidad de salud. Y para ellos vamos a tener en cuenta lo siguiente: Reducir el tiempo del ciclo Todas las anteriores actividades realizadas con el fin de: diseñar, rediseñar, capacitar y realizar el seguimiento y control por ejemplo de la facturación, las cuentas, la contratación, la gestión de cartera, la atención de urgencias, el laboratorio clínico y la radiología para garantizar que los resultados de cada proceso se logren conforme fue programado, se constituyen como acciones de prevención y evaluación de la calidad.</p> <p>Dada la trascendencia de los costos de operación para la supervivencia de la empresa y el logro de sus objetivos sociales, los equipos altamente calificados que componen las áreas de investigación y docencia de la Universidad, directamente están abordando el problema de los costos de calidad y no calidad, con el fin de crear herramientas gerenciales de utilidad práctica para las empresas de salud y seguridad social, sector con una alta competencia y grave crisis financiera en muchas de sus empresas. Las empresas de la salud deben tener una organización con énfasis económico y social de tal manera que sea auto sostenible sin caer en merados excesivos. Los costos se deben definir y clasificar científicamente para desarrollar un orden lógico dentro de la estructura financiera, con conocimientos y muestras de otras entidades similar.</p> <p>Las enfermedades todas no tienen el mismo tratamiento y por ende el valor varía de acuerdo a características de los entornos, la política de precios se debe dar para todo el país sin interesar el lugar.</p> <p>Ante la evidencia mundial documentada sobre la relevancia de los costos de inversión en calidad y los producidos por las fallas</p>

	<p>en la multiplicidad de procesos existentes en una empresa de salud, conocidos como Costos de No Calidad, injustificados y significativamente altos en las empresas en las cuales han sido cuantificados, se ha venido considerando cada vez con mayor importancia, la medición y análisis de estos costos en las organizaciones de salud, con el fin de apoyar la toma de decisiones de mejoramiento y control, en la adopción de estrategias de contención de costos, que logren garantizar la viabilidad financiera y la obtención de excedentes operativos para su desarrollo científico y tecnológico. Se analizan en el presente artículo, las variables más reconocidas para el cálculo de los costos de inversión en calidad de los procesos y las causas más frecuentes de fallas en los mismos (No Calidad). Sin querer ser exhaustivo, la relación de ellas, busca ampliar la visión de los directivos de las empresas de salud sobre la alta probabilidad de ocurrencia de fallas, generando costos de operación que pueden reducirse. La revisión bibliográfica analizada, demuestra el interés y la importancia que le dan al tema, tratadistas de renombre internacional en Calidad Total; el reconocimiento de estos costos permite apoyar las decisiones de mejoramiento y control.</p>
--	--

<b>Título 17</b>	<b>LA SALUD EN COLOMBIA: LOGROS, RETOS Y RECOMENDACIONES.</b>
<b>Autor y Año</b>	Catalina Gutiérrez, Olga Lucía Acosta Navarro y Eduardo Andrés Alfonso, 2012.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	ProQuest
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Acosta Navarro O.L., Alfonso E.A., Gutiérrez Sourdis C.C. La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. 4. Funcionamiento y desempeño del esquema actual de financiación. 116-139. <sup>27</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir el funcionamiento y desempeño del esquema de financiación que maneja Colombia para el Sistema de Salud.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud colombiano, régimen contributivo y subsidiado, acceso al sistema, subsistemas de salud y su financiación,
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El Sisben es el sistema de selección de beneficiarios para el régimen subsidiado en salud, y establece la capacidad de pago de las personas con un sistema de valoración multidimensional de privaciones. Se conoce como subsistema de salud a los diferentes regímenes que se crearon a partir de la Ley 100 de 1993

	(contributivo y subsidiado), los cuales tienen diversas formas de financiación.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>Con la extensión de la seguridad social, uno de los grandes logros del sistema de salud colombiano es el incremento en el grado de protección financiera.</p> <p>Colombia tiene el tercer gasto de bolsillo promedio más bajo, solo mayor al cubano y al holandés.</p> <p>En 1998 la evasión se estimó en 30% del recaudo y para el año 2000 la diferencia entre los recaudos potenciales y los efectivamente recaudados alcanzó un 35.4%.</p> <p>Estos resultados constituyen evidencia que confirma los problemas de diseño del sistema para lograr eficiencia en el recaudo de los fondos para financiar el sistema de salud.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Tras más de una década de reformas de rectoría, financiación y atención en salud, el país ha atravesado por un cambio importante en su sistema de salud. Esta primera ola de reformas se concentró en lograr la cobertura universal, aumentar los recursos destinados a la salud y mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios. Los resultados no son despreciables: pocos países pueden contar con un incremento de la cobertura de aseguramiento como el registrado en Colombia con el consecuente impacto positivo sobre la equidad vertical y la protección financiera. El sistema debe ahora atravesar por una segunda ola de reformas, que avancen sobre los logros obtenidos y afronten los retos presentados por el nuevo sistema de cobertura universal.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>El artículo analizado evidencia que si se continúa con el esquema actual de financiación, el sistema de salud no podrá responder a los requerimientos del Plan Obligatorio de Salud y aunque ya no existe diferencia en este Plan entre el contributivo y el subsidiado, falta definir los mecanismos de apropiación de recursos para poder responder a los nuevos cambios que se avecinan.</p> <p>Las EPS deben cambiar su esquema de prestación de servicios de salud con el objetivo de articular la parte de la maximización de las utilidades propias de un mercado con la parte de la maximización de la calidad en el servicio en igualdad de condiciones.</p> <p>En este sentido, consideramos propicio que se creen nuevos mecanismos que traten de solucionar los tropiezos que se</p>

	<p>presentan entre ambas concepciones de la salud, pero a la luz de un estudio técnico que realmente responda a las expectativas de todos los actores encargados de suministrar, gestionar, regular y recibir el servicio.</p> <p>Así mismo, es necesario reforzar la eficiencia en los sistemas de recaudo para que la evasión no siga siendo un tropiezo en la financiación del sistema.</p>
--	--

<b>Título 18</b>	<b>FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. SEGUIMIENTO Y CONTROL PREVENTIVO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.</b>
<b>Autor y Año</b>	Procuraduría General de la Nación. 2010
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal publicaciones en la página oficial de la Procuraduría General de la Nación.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Colombia. Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Ecoe Ediciones Ltda. 2010; 122 págs. ISBN 978-958-99991-5-8 <sup>28</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Detallar los flujos y uso de recursos del sistema general de seguridad social en salud con el fin de prevenir potenciales riesgos y problemas que se originan por la corrupción o el uso indebido de los recursos financieros en el sector salud.
<b>Palabras Clave</b>	Financiación, flujo de recursos, SGSSS, política de prevención, plan de acción, régimen en salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Flujo de los recursos en SGSSS. Política preventiva de la gestión de los recursos financieros del SGSSS. Metodología y herramientas para la evaluación, monitoreo y seguimiento del plan de acción propuesto en la política preventiva.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	El análisis sobre el flujo de los recursos del sistema en mención permiten generar una política preventiva de la gestión de los recursos financieros del SGSS que tiene en cuenta la prevención sobre los recursos: en el régimen contributivo y subsidiado, de salud pública, de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, de subsidio a la oferta.
<b>Discusión</b>	Desde el año 1993 con la ley 100 se creó el sistema nacional de seguridad social en salud y donde se enfatizó en cómo se obtienen los recursos para su ejecución, el alcance de esta ley

	<p>es tener cobertura en el total de la población con una estructura lógica y coherente, pero la dispersión de los recursos y los intereses individuales han hecho que el sistema no sea viable para toda la población. Aunque está dividido en contributivo y subsidiado y la cobertura está en un 95% de la población, el sistema comienza a tener problemas de calidad.</p> <p>En artículo vemos como la Procuraduría General de la Nación preocupada por la problemática actual genera un diagnóstico del problema y unas posibles soluciones, creando unas herramientas donde se involucran activamente en el control financiero de los actores del sistema de la salud. El propósito es buscar la eficiencia y la eficacia de los recursos para obtener estándares de calidad que nos hagan competitivos internacionalmente comparándonos con países que tienen este mismo modelo.</p> <p>Las dificultades de acceso efectivo a los servicios de salud, la calidad de la prestación, los trámites a que se ven abocados los usuarios para obtener un servicio, las acciones de tutela para exigir el derecho a la salud, el comportamiento de los recursos en salud desde su fuente, distribución, flujo y uso, en general, las fallas estructurales, regulatorias y de inspección vigilancia y control, constituyen algunos de los factores que más afectan la vida de los colombianos; es conocida por todo el país, la grave crisis que afecta al Sistema general de seguridad social en salud, creado por la Ley 100 de 1993, lo cual ha obligado a los diferentes gobiernos a realizar varios procesos de ajuste para que este servicio funcione efectiva y eficientemente en nuestro Estado Social de Derecho, sin obtener hasta estos momentos óptimos resultados.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>En el caso de la salud es importante que el Estado asuma la regulación como una función pública indelegable, pero esta regulación debe hacerse en base a estudios e investigaciones para evitar la ambigüedad y contradicción entre el sinnúmero de decretos, resoluciones y circulares que se emiten.</p> <p>Además debe aumentarse la capacidad del Estado para inspeccionar, vigilar y controlar las irregularidades que se presentan constantemente en el sistema, por ejemplo el clientelismo en programas sociales como el SISBEN.</p>

<b>Título 19</b>	<b>INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO: LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD. EL CAMINO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL.</b>
<b>Autor y Año</b>	Organización Mundial de la Salud, 2010.
<b>Ubicación del</b>	Portal Organización Mundial de la Salud

<b>artículo ( base datos)</b>	
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. Who [Internet]. 2010 [Consultado el 12 de octubre de 2013]. Disponible en: <a href="http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf">http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf</a> <sup>29</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	<p>Dar respuesta a la necesidad expresada por los países ricos y pobres por igual de una orientación práctica sobre las formas de financiar la asistencia sanitaria.</p> <p>Demostrar la importancia de la cobertura universal en salud.</p> <p>Desarrollar un informe que Sintetice las nuevas investigaciones y las lecciones aprendidas de la experiencia, traduciéndolas en un conjunto de acciones posibles que los países, en todos los niveles de desarrollo, pueden tener en cuenta y adaptar a sus propias necesidades.</p> <p>El acceso oportuno a los servicios sanitarios es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente. Es lo que determina si las personas pueden permitirse el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan. Es lo que determina la existencia de los propios servicios.</p>
<b>Palabras Clave</b>	Países, Mundo, Financiación, Reducción de gastos, Cobertura universal, Riesgos financieros, Problemas y OMS
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos. Este objetivo se definió como «cobertura universal», algunas veces llamada «cobertura sanitaria universal».</p> <p>La financiación sanitaria es mucho más que recaudar dinero para la salud. También es una cuestión de a quién se le pide que pague, cuándo se paga y cómo se gasta el dinero recaudado. La recaudación de ingresos es lo que la mayoría de la gente asocia con la financiación de la salud: la forma en que se recauda el dinero para pagar los gastos del sistema sanitario.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	En su camino hacia la cobertura universal, los países se

	<p>encuentran con tres problemas fundamentales relacionados entre sí. El primero es la disponibilidad de recursos. Ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida.</p> <p>En el otro extremo de la escala, en los países más pobres, hay pocos servicios disponibles para todos.</p> <p>La otra barrera para la cobertura universal es la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia. Esto incluye los pagos de medicamentos sin recetas y las cuotas de las consultas y los procedimientos. Aun disponiendo de algún tipo de seguro médico, puede ser obligatorio contribuir en forma de copagos, coaseguros o deducibles.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>El dinero para financiar la salud suele proceder de los hogares, las organizaciones o las empresas y, a veces, de contribuyentes que están fuera del país (llamados «fuentes externas»).</p> <p>Los recursos se pueden recaudar por medio de impuestos generales o específicos, las contribuciones obligatorias o voluntarias de los seguros médicos, los desembolsos de los pagos directos, tales como cuotas de los usuarios, y las donaciones.</p> <p>En todo este trabajo técnico, es importante recordar que las personas son lo más importante. Por un lado, proporcionan los fondos necesarios para pagar los servicios. Por otro, la única razón del aumento de estos fondos es la mejora de la salud y el bienestar de las personas. La financiación sanitaria es un medio para conseguir un objetivo y no un objetivo en sí mismo</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>El mundo a través de la Organización Mundial de la Salud tiene unas disposiciones de tipo normativo que ayuda a todos los estado a mirar cómo pueden financiar su sistema de salud. Teniendo en cuenta el entorno político, económico y geográfico. Todos los gobiernos tienen la obligación de proteger la población de las posibles enfermedades.</p> <p>Las políticas pueden ser públicas o privadas pero se debe manejar bajo un esquema de organización empresarial.</p>

<b>Título 20</b>	<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD</b>
<b>Autor y Año</b>	Siulen Yong Castillo, Diana Lucía Osorio García, César Augusto Cardona Soto, Magda Bibiana Ramírez Herrera, 2010
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca digital Universidad Católica de Pereira
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Castillo S.Y, Osorio García D.L., Cardona Soto C.A. Fundamentos teóricos para el análisis de la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud. Universidad Católica de Pereira [Internet]. 2010 [Citado el 12 de enero de 2014]. Disponible en: <a href="http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/1007/1/Documento%20Completo.pdf">http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/1007/1/Documento%20Completo.pdf</a> . <sup>30</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Evaluar la sostenibilidad financiera del régimen Subsidiado en Salud, haciendo una descripción detallada de las fuentes de financiación que lo conforman, su comportamiento y evolución. Hacer una propuesta metodológica para proyectar los ingresos por fuente de financiación y determinar el monto de los recursos estimados con los que contaría el Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población pobre, potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud.
<b>Palabras Clave</b>	Régimen subsidiado en salud, sostenibilidad financiera, fuentes de financiación.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En las sociedades actuales, el Estado continúa asumiendo nuevos roles como producto de la herencia del modelo de Estado de bienestar y, en cierta medida, continúa su intervención específicamente en la economía, a pesar del predominio del libre mercado. Sectores como la salud, la educación o la regulación urbana son nuevas áreas en que la potestad gubernamental ha ingresado con diversos objetivos. Una de las formas que el Estado ha utilizado para ingresar en estas áreas es a través de los subsidios estatales; por ejemplo, por la vía de las transferencias directas o indirectas de dinero público a individuos o entidades privadas. Desde esta perspectiva, es común que las asignaciones presupuestales o la transferencia de recursos queden sujetas a condiciones que deben ser cumplidas por los receptores. Los subsidios se conciben como los gastos o las exoneraciones que establece un gobierno, ya sea de orden nacional, departamental o local, en dinero o no, en beneficio de los



	<p>agentes económicos (consumidores -hogares- y empresas), sin que se generen contraprestaciones equivalentes a favor del gobierno respectivo. Es así como el Estado hace provisión del bienestar general y contribuye con el mejoramiento del nivel de vida de las personas (hogares).</p> <p>Desde una perspectiva de equidad, los subsidios deben promover cambios en el consumo de bienes y servicios de las personas y sectores más pobres y vulnerables de la sociedad; en este sentido, éstos deben ser los mayores receptores y beneficiarios de los subsidios y el sesgo hacia grupos de altos ingresos debe ser pequeño.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Con la implementación de la Ley 100 de 1993, se inició la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, buscando la eficiencia y la cobertura universal; actualmente este sistema cuenta con dos regímenes, el Régimen Contributivo, y el Régimen Subsidiado, cuyo fin es subsidiar la prestación de los servicios en salud de las personas sin capacidad de pago.
<b>Discusión</b>	<p>El plan obligatorio de salud subsidiada (POSs) no contempla los mismos beneficios contenidos en el POS contributivo, lo que genera una limitante para lograr una universalidad para el acceso a los servicios de salud de la población contemplados en la Ley 100 de 1993, ya que los prestadores del servicio no estarían dispuestos a incurrir en costos que superen al valor de la prima (UPC) que se paga por cada uno de los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud.</p> <p>Igualmente, se evidencia que de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado en salud, el Sistema General de Participación (SGP), es la fuente de ingresos más representativa ya que proviene de los Ingresos Corrientes de la Nación y presenta una relación directa con la dinámica macroeconómica del país, es decir, que de acuerdo a la evolución de los ingresos captados por concepto de impuestos, mayores son los recursos que se destinan al financiamiento del Régimen Subsidiado en salud.</p> <p>De igual manera, se advierte que los recursos por esfuerzo propio que las entidades territoriales destinan al Régimen Subsidiado en salud han aumentado progresivamente debido a una disminución de los recursos del Sistema General de Participación y destinados para ampliar la cobertura del Régimen.</p>

<b>Análisis Personal</b>	<p>El régimen subsidiado aparece después de la Ley 100 de 1993, pues anteriormente sólo se contaban con tres. El oficial al que pertenecían todas las personas que trabajan con el Estado como el Ejército, Policía, Magisterio, privado y el social que se prestaba al resto de la población en los Hospitales.</p> <p>Después de la Ley 100 aparece el régimen subsidiado, pero los problemas del sector de la salud no se originan a raíz de ello. Para nadie es desconocido los problemas que tenían (y aún tienen) los hospitales en materia de financiación, los cuales se veían reflejados en la mala calidad del servicio.</p> <p>Y aunque, el gobierno tiene la obligación de asegurar el presupuesto a largo plazo, la verdad es que debería apostar además por promover los otros sistemas como el de las aseguradoras y la medicina prepagada.</p>
--------------------------	--

<b>Título 21</b>	<b>EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) COLOMBIANO: ENTRE EL CAMBIO Y LA CONTINUIDAD.</b>
<b>Autor y Año</b>	Jaime Ramírez Moreno, 2010.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca digital Pontifica Universidad Javeriana Bogotá.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Ramírez Moreno J. El Plan Obligatorio de Salud (POS) colombiano: entre el cambio y la continuidad. Rev. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, enero-junio 2010 [Citado el 17 de febrero de 2014]. Vol. 9, núm. 18: 14-32. Disponible en: <a href="http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2631">http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2631</a> <sup>31</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	<p>Construir hipótesis sobre los procesos de continuidad y cambio en la definición de los riesgos en salud cubiertos por la seguridad social en salud colombiana como elementos básicos para comprender la definición, el alcance y las funciones del Plan Obligatorio de Salud colombiano.</p> <p>Explicar cómo las reglas y las rutinas institucionales le dan mayor preponderancia a los procesos de continuidad y adaptación que a los de ruptura y cambio.</p> <p>Considerar y explicar por qué los rasgos característicos de la reforma de salud están más asociados a los procesos de continuidad y gradualidad en el desarrollo de un modelo de seguros de características corporativistas.</p>
<b>Palabras Clave</b>	Plan de Salud, riesgos cubiertos, reglas y rutinas institucionales, continuidad y gradualidad en la reforma.
<b>Conceptos manejados en el artículo</b>	La definición del financiamiento como público fue restringida, aplicándose sobre el ámbito de la obligatoriedad de la cotización, pero guardando una relación de inclusión/exclusión

<b>(Introducción-planteamiento problema)</b>	de beneficios dependiendo de la fuente de financiamiento. En este sentido, se crearon dos regímenes de afiliación, el régimen contributivo y el régimen subsidiado, con reglas de obligaciones y beneficios distintas, guardando una relación de reciprocidad entre las fuentes de financiamiento y los beneficios expresados como plan obligatorio de salud del régimen contributivo y plan obligatorio del régimen subsidiado, con coberturas diferentes, en donde los individuos clasificados como sin capacidad de pago tienen beneficios comparativos muy restringidos frente a los que tienen capacidad de cotización.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	La llamada convergencia de los planes no ocurrió, porque las reglas de entrada al sistema no lo permitieron. A pesar de transitar por más de 15 años, fue necesario que la Corte nos lo recordara, y como tenemos mala memoria, lo más probable es que repitamos el proceso conservando las segmentaciones y las desigualdades en el sistema derivadas de la supervivencia entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo. Es necesario encontrar una regla de imparcialidad que empiece por eliminar esta inaceptable desigualdad social. Subyacen hacia el futuro dos premoniciones: la reforma ha llegado a su fin como capacidad de cambio institucional, o pequeños ajustes restablecerán el equilibrio normativo y financiero perdido en la actual coyuntura.
<b>Discusión</b>	Cuando la estabilidad de los sistemas institucionales está en riesgo o atraviesa por momentos de crisis, localiza el origen en varias fases de adaptación y cambio, y no en decisiones puntuales de funcionarios públicos a través de instrumentos tecnocráticos o en maravillosas innovaciones repentinas ocurridas en los mercados de seguros de salud. Las restricciones institucionales se agregan a lo largo del tiempo, y la cultura de una sociedad es la estructura acumulativa de reglas y normas. Las instituciones cambian, usualmente en forma acumulativa, cuando los emprendedores políticos y económicos advierten nuevas oportunidades o reaccionan ante nuevas amenazas que afectan su bienestar.
<b>Análisis Personal</b>	El Plan Obligatorio de Salud contempla la necesidad de que el sistema se adapte a los nuevos requerimientos o que en definitiva se deban llevar a cabo unos reajustes que cambien por completo el sistema.

	<p>Estos ajustes deben contemplar la parte de rectoría, financiación y aseguramiento, así como la prestación del servicio, pues dentro del Plan coexisten ciertos criterios que justifican a qué se tiene derecho y a qué no dentro de la salud. Esto nos hace pensar que la salud es una y por tanto no puede estar sujeta a divisiones que lo que hacen es generar contratiempos a la hora de cumplir con el principio de continuidad en la prestación del servicio de salud.</p> <p>Actualmente se presenta como estrategia la creación de la entidad Salud-Mía, Una entidad pública que afilie al Sistema, recaude y distribuya los recursos, bajo los más estrictos controles. Se espera que con esta entidad, la gente pueda confiar en que los recursos de la salud serán invertidos en su salud. Sólo falta que la corrupción deje prosperar los objetivos de este nuevo mecanismos que busca la eficiencia en el Sistema de Salud, tanto financiera como de aseguramiento y atención.</p>
--	--

<b>Título 22</b>	<b>SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO –DINÁMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS DE CARA AL FUTURO–</b>
<b>Autor y Año</b>	Juan Gonzalo Zapata, Jairo Núñez, Carlos Castañeda, Milena Fonseca, Jaime Ramírez. 2012
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Centro de investigación económica y social FEDESARROLLO
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Núñez J., Gonzalo Zapata J., Castañeda C., Fonseca M., Ramírez J. Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano –Dinámica del gasto y principales retos de cada al futuro–. Fedesarrollo [Internet]. Bogotá D.C. 2012 [Citado el 25 de octubre de 2013]. p.218. Disponible en: <a href="http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf">http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf</a> <sup>32</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	<p>El presente trabajo analiza cuál ha sido el desarrollo del financiamiento de la salud en Colombia a lo largo de los últimos años, e implícitamente busca entender la evolución de los diferentes regímenes que se han consolidado en este proceso. Por tal razón, se describe el desarrollo de los tres regímenes identificados: contributivo, subsidiado y regímenes especiales. Más que concentrarse en el deber ser que impuso la Ley 100 y su desarrollo esperado, se quiere entender cuál ha sido su desarrollo real y las implicaciones que esto conlleva; por lo tanto, el análisis será más positivo que normativo.</p>

<b>Palabras Clave</b>	Análisis, sistema, salud, rentabilidad, régimen de salud,
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Se conocieron los temas más relevantes del sistema nacional de salud en lo concerniente a los financieros y administrativo, así como cuales son las alternativas para el futuro de la salud en Colombia. Se analiza las fuentes financieras de la salud, tanto nacionales como internacionales.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Se presentan los diversos parámetros que se necesitaron para el modelo, la fuente de donde se obtuvo el parámetro y su valor para los diferentes años:</p> <p>La tasa global de participación para los años 2009 y 2010 fue tomada como el promedio de los doce meses del año con base en la información de la GEIH que publica el DANE.</p> <p>La productividad laboral de la economía fue estimada para los años 2009 y 2010 como el cociente entre el PIB a precios corrientes y el nivel de empleo de septiembre de cada año cuya fuente son las cuentas nacionales y el informe de empleo del DANE.</p> <p>La tasa de informalidad fue estimada con información de la ECH de 2006 y tomando la definición de informalidad de los ocupados que no cotizan a salud o pensiones.</p> <p>La tasa de pensionados es la razón de pensionados sobre la población económicamente inactiva y fue estimada mediante la ECV de 2008.</p> <p>La tasa de ocupación para los años de 2009 y 2010 se tomó como el valor mensual que presentó para septiembre de cada año y que se encuentra en las estadísticas laborales que elabora el DANE a partir de la GEIH.</p> <p>La participación del factor trabajo en el PIB fue tomada de la Matriz de Contabilidad Social de 2007 que elabora el DNP.</p> <p>Las tasas de cobertura de los asalariados, independientes, desempleados, inactivos sin pensionados y pensionados se asumen iguales a 1, debido a que no hay fuentes confiables para estimar la población que no cotiza.</p> <p>La tasa de cotización de los empleados (asalariados e independientes) es igual a 12,5% del ingreso básico de cotización (IBC) como lo menciona el artículo 204 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>La tasa de cotización de los pensionados es igual a 12% de la mesada pensional como fue adicionado al artículo 204 de la Ley 100 de 1993 por el artículo 1 de la Ley 1250 de 2008.</p> <p>Las tasas de cumplimiento de los empleados y pensionados se asumen igual a 1, lo cual significa que los empleados y</p>

	<p>pensionados reporta la totalidad de su IBC.</p> <p>La tasa de transferencia de las cotizaciones de los empleados al régimen subsidiado fue tomada del artículo 204 de la Ley 100 de 1993 que reglamenta la solidaridad del régimen contributivo al régimen subsidiado, la cual es igual a 1,5% del IBC.</p> <p>La tasa de transferencia de las cotizaciones de los pensionados al régimen subsidiado es igual</p>
<b>Resultados</b>	<p>El estudio mostró que los numerosos esfuerzos por arbitrar nuevos recursos para el sistema serán siempre insuficientes si no se hacen ajustes básicos que garanticen su funcionamiento a largo plazo.</p> <p>Los gastos en salud en Colombia se han financiado de recursos públicos. Los recursos públicos, ya sean a través del presupuesto nacional o de otras fuentes de empresas o entidades públicas financian gran parte los regímenes especiales que para el año 2011 estimaba una población de 2.354.332 usuarios de los regímenes especiales, la cual representa el 5% de total de la población colombiana.</p> <p>El papel del Gobierno local debe ser de mayor poder de vigilancia y control, que garantice transparencia en el flujo de los recursos de la salud, al tiempo que equilibra la relación entre IPS y EPS.</p> <p>Se construyó un modelo del financiamiento de la salud en Colombia que responde a diferentes preguntas sobre el equilibrio financiero del sistema de salud y de los regímenes contributivo y subsidiado.</p> <p>En términos del financiamiento, se encontró una gran dificultad para armar el consolidado de ingresos del sector salud e identificar los canales de flujo de recursos, por lo que se recomienda un esfuerzo para generar un sistema único de cuentas nacionales y fiscales de la salud</p>
<b>Discusión</b>	<p>Es necesario consolidar los esfuerzos para la caracterización de un sistema único de cuentas nacionales de salud.</p> <p>El modelo de financiamiento de salud es una herramienta para medir el impacto financiero de diferentes medidas de política y para proyectar el estado financiero de la salud en Colombia. El modelo responde a preguntas como el impacto financiero de la universalización del aseguramiento en salud, así como de las recientes leyes y normativas que buscaban el no desmadre del sistema.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>La atención en salud en Colombia es manejada por el estado y empresarios bajo la normatividad de la ley 100 de 1993, hay se generan los lineamientos para normalizar todas la condiciones que este renglón de la economía maneja. Entre eso lo más</p>

	<p>importante es el componente administrativo y financiero. El gobierno Nacional, Departamental y municipal generan unos controles para que los recursos de la salud sean realmente bien distribuidos dentro de la población asegurada.</p> <p>También es importante manejar todas las condiciones del sistema que se divide en dos contributivo y subsidiado esto requiere de una serie de controles que se hacen a través del Ministerio de Salud, en cabeza de la Superintendencia de Salud. Lo administrativo y financiero se realiza a través de la UPS con un monto mínimo por afiliado los recursos son centralizados por medio del FOSYGA quien es el encargado de recaudar todos los dineros de la salud.</p> <p>La actualización del POS garantiza el tratamiento de primera línea para las enfermedades que causan la mayor discapacidad o mortalidad.</p>
--	---

<b>Título 23</b>	<b>LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN: 17 AÑOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>
<b>Autor y Año</b>	Diego A. Restrepo; Luis E. López S. Año 2012.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Restrepo D.A., López L.E. La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Septiembre-diciembre 2012 [consultado 3 de noviembre de 2013] ; Vol. 30, núm. 3, 291-299. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025369006">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025369006</a> <sup>33</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Este artículo tiene como objetivo analizar las variables de la unidad de pago por capitación (UPC), dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, luego de su implementación entre 1995 y el 2011 y determinar la importancia que tiene dentro de la financiación de la salud.
<b>Palabras Clave</b>	Unidad de pago por capitación, financiación de sistemas de salud, seguro de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En Colombia el sistema de seguridad social obedeció desde sus inicios a la necesidad de un mecanismo institucional y financiero que garantizara a todos los trabajadores el acceso a las prestaciones en caso de enfermedad, invalidez o muerte, con la entrada en vigencia de la Ley 100, formaron parte del sistema nuevos elementos basados en un esquema de mercado y una estructura regida por la competencia regulada. Estos elementos tenían carácter regulatorio, como el caso del Plan Obligatorio de Salud (POS) que se conoce como el conjunto de

	<p>actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos para la atención en salud, que puede verse como el producto final que obtiene el usuario y la unidad de pago por capitación (UPC), que representa el valor anual en salud per cápita que reconoce el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y puede denominarse como el precio final del paquete de servicios.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Todos los documentos analizados se clasificaron de acuerdo con su nivel de interés para el estudio, tomando como referencia una escala de tipo Likert con cinco niveles: 1 para mínimo, 2 para bajo, 3 para medio, 4 para alto y 5 para muy alto. Se tuvo en cuenta la información correspondiente a todos aquellos documentos que se habían clasificado entre medio y muy alto según esta escala.</p> <p>Para la recopilación de información se tuvo en cuenta la información disponible en páginas web oficiales, como la del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la del Plan Obligatorio de Salud (POS), además de artículos de revista indexadas por Colciencias y documentos legales en el marco jurídico colombiano, entre otros; el periodo de inclusión se refirió a datos comprendidos entre 1995 y el 2011.</p> <p>En este estudio se utilizaron dos instrumentos para la recolección de información: el primero llamado "resumen de fuentes secundarias", por medio de la cual se conocieron de forma práctica y fácil las características de forma, ubicación y, principalmente, el aporte del documento al trabajo por medio de la escala Likert. El segundo, fue una ficha bibliográfica utilizada para el contenido de aquellos documentos que representaban algún tipo de utilidad para el desarrollo del estudio.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Se encontró que la UPC se valora como elemento indispensable para mantener el equilibrio financiero del sistema. Desde 1995 hasta el 2011, los métodos para definirla fueron variados, pasando por una definición basada solo en el equilibrio financiero y la disponibilidad de recursos hasta configurar un estudio técnico con herramientas estadísticas que la ajustara anualmente.</p>
<b>Discusión</b>	<p>El inicio del SGSS, el principal y más grave problema era la falta de información para la toma de decisiones relevantes, como la inclusión de nuevos procedimientos y medicamentos y el ajuste efectivo del valor de la UPC.</p> <p>Algunos indicadores macroeconómicos se convirtieron, gracias a la Ley 100 de 1993 y a la Ley 1122 del 2007, en referentes</p>



	<p>importantes para la definición de la UPC, teniendo en cuenta que si el organismo de dirección del sistema no genera los mecanismos necesarios para efectuar el ajuste, este se aplicaría según la variación del salario mínimo (entre 1995 y el 2006) y el ipc (entre el 2007 y el 2011). Por ello, al analizar la trayectoria de la UPC frente a estos dos indicadores macroeconómicos, se concluyó que solo en el periodo comprendido entre 1995 y el 2001 la UPC logró tener algún acercamiento en su definición con el salario mínimo, mientras que en el resto del periodo los ajustes no contaron con la intervención de estos indicadores macroeconómicos.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>La financiación de la salud se ha convertido en un problema cada vez más importante para la población y para los gobiernos en todo el mundo. En muchos países, las barreras financieras excluyen a los pobres de los servicios y los costos de la atención son causa de graves problemas financieros para los pacientes y sus familias.</p> <p>Los sistemas de salud de todo los países buscan mejorar la salud de una población, necesitando personal, financiación, información, suministros, orientación y una adecuada dirección general, para poder brindar buenos tratamientos y servicios y que estos sean justos desde el punto de vista financiero.</p> <p>La financiación de un sistema de salud representa un proceso complejo y fundamental para cada gobierno, que debe cumplir tres funciones específicas e interrelacionadas: la primera es recaudar los fondos suficientes para la atención en salud; la segunda es mancomunar estos fondos para dispersar los riesgos financieros entre los afiliados y utilizar dichos fondos para la prestación de los servicios de salud. Los procesos de financiación de estos sistemas se afectan por dos situaciones específicas: inicialmente, por los problemas económicos existentes en cada país y por una demanda creciente de mejores servicios y una lista cada vez mayor de nuevas tecnologías y medicamentos que demandan los usuarios.</p>

<b>Título 24</b>	<b>CONPES 160. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES VIGENCIAS 2013</b>
<b>Autor y Año</b>	Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. 2013.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal digital Departamento Nacional de Planeación

<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social, Documento Conpes 160. Sistema General de participación vigencia 2013. Departamento Nacional de Planeación [Internet]. Bogotá Febrero de 2013 [Consultado el 20 de septiembre de 2013]. p.55. Disponible en: <a href="https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=xXob5NN1ZuM%3d&amp;tabid=1657">https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=xXob5NN1ZuM%3d&amp;tabid=1657</a> <sup>34</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Este documento presenta ante el Conpes Social la distribución de las once doceavas del Sistema General de Participaciones para la vigencia 2013, en sus componentes sectoriales para Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico, y Propósito General, así como de las asignaciones especiales para municipios ribereños del Rio Magdalena y para resguardos indígenas. Cabe señalar que en el caso de la Participación de Salud se realizará la distribución del 100% de los recursos orientados a régimen subsidiado y a salud pública, y lo correspondiente a seis onceavos para Población Pobre No Asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (PPNA). La distribución tiene como base los recursos incorporados en el PGN de 2013 y se realiza en estricto cumplimiento de la normatividad vigente y con la información certificada por las entidades competentes.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema General de Participaciones, Salud, Agua Potable y Saneamiento básico, Propósito General, Ribereños del Magdalena, Resguardos indígenas.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El Acto Legislativo 04 de 2007, en el párrafo transitorio de su artículo 4º, señala el crecimiento anual de los recursos del SGP: <i>“Entre el año 2011 y el año 2016 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3%”</i> . Adicional a esto se establecen anualmente recursos exclusivos para educación (1.8%). Con base en estas disposiciones constitucionales, se calcula el monto total del SGP para la vigencia 2013. El total de las doce doceavas del SGP para el 2013 es de \$27.698.165 millones. En el Cuadro 1 se detalla la liquidación general de las doce doceavas del SGP para la vigencia 2013.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	El monto adicional a los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, para asegurar la prestación en áreas no municipalizadas de su jurisdicción, conforme al párrafo 2º del artículo 3 de la Ley 1176 de 2007, se encuentra sumado a la

	<p>asignación municipal en el cuadro 8, no obstante en el Anexo 6 estos recursos se asignan a los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés. Parágrafo. Sin perjuicio de lo señalado en el presente artículo, con el propósito de que la distribución de recursos por distrito y/o municipio garantice el monto que la respectiva entidad haya comprometido a la fecha de expedición de la presente Ley, con cargo a los recursos de la participación para Agua Potable y Saneamiento Básico, para pagar créditos o compromisos derivados de la estructuración financiera de un contrato con un tercero, que tengan como propósito garantizar la prestación de estos servicios, el distrito o municipio deberá informar, dentro de los seis (meses siguientes a la expedición de la presente ley, acerca de la existencia de tales compromisos al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Con base en la información reportada por las entidades territoriales el Gobierno Nacional determinará el tiempo de transición para la distribución de los recursos que garantice el cumplimiento de estos compromisos.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>Las entidades territoriales deberán articular las diferentes componentes de la política de Salud con el fin de promover la eficiencia y calidad en el uso de los recursos y la atención de la población. Los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud deberá realizarse en el Fondo Territorial de Salud (Resoluciones 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009) y según lo previsto en el literal b del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, en armonía con la reglamentación del artículo 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social. Las entidades territoriales deben considerar los procesos de evaluación de la gestión previstos conforme al artículo 2 de la Ley 1122 de 2007 y el sistema de evaluación y 29 calificación de las entidades territoriales de Salud, según en el Artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. Igualmente, deberá considerarse que los recursos del SGP Participación para Salud son objeto del monitoreo, seguimiento y control conforme al Decreto 028 de 2008 y sus disposiciones reglamentarias. Para la ejecución de los recursos del SGP en salud debe considerarse la Circular Externa 063 del 23 de diciembre de 2010, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud relacionada con la exención al pago del gravamen a los movimientos financieros, donde entre otros aspectos se recuerda la exención de los recursos del Sistema General de Participaciones y el alcance de la misma en el caso de recursos para prestación de servicios y acciones de Salud Pública. Además, la Circular externa 064 de 2010 respecto a la no afectación de los recursos del SGP para</p>

	Salud con impuestos territoriales “hasta tanto se agote la destinación específica de los mismos” entre otros aspectos.
<b>Análisis Personal</b>	Los Conpes en Colombia son importantes por generan la distribución de los recursos para las políticas públicas, ya existen las condiciones para obtener muy buenos resultados en la política de salud pública. La ley y la reforma deben generar equidad y condiciones de atención en salud con calidad. En la actualidad los resultados de aseguramiento son exitosos pero se está fallando en la atención su calidad, la población es un debe tener un sistema de salud acorde a sus costumbres, su cultura, su geografía, lo mas importante con tecnología de punta y médicos de muy bien capacitados.

<b>Título 25</b>	<b>SISTEMAS DE SALUD COLOMBIANO 20 AÑOS LOGROS Y PROBLEMAS</b>
<b>Autor y Año</b>	Carlos Alberto Agudelo Calderón, Jaime Cardona Botero Jesús Ortega Bolaños, Roció Robledo Martínez, 2011.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Agudelo Calderón CA., Cardona Botero J., Ortega Bolaños J., Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 19 de diciembre de 2010 [Consultado el 22 de noviembre de 2013]. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf">http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf</a> <sup>35</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Presentar el balance de algunos procesos claves y resultados del SGSSS en Colombia.
<b>Palabras Clave</b>	Sistema de salud, financiación, recursos, equidad. SGSSS, afiliación, cobertura, universalidad.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El SGSSS cuenta con varias fuentes de financiación. Dos son las más significativas: cotizaciones de empleadores y empleados, que representan el 12,5% del salario mensual. El empleado asume el 4% de la cotización y el empleador el 8.5% y Recursos fiscales nacionales, que dan lugar a las transferencias intergubernamentales (Departamentos y municipios), denominadas Sistema General de Participaciones-SGP. A esto se deben agregar los recursos fiscales de origen regional y local. Con las cotizaciones se financia el régimen contributivo. En tanto se trata de un impuesto al trabajo, su magnitud está gobernada en gran parte por el empleo en el sector formal de la economía y los niveles salariales; es debilitada por el desempleo, la informalidad, la evasión y elusión de las

	cotizaciones.
<b>Muestra</b>	No aplica porque el estudio es una revisión bibliográfica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>El estudio se llevó a cabo utilizando los siguientes medios y métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión sistemática de revistas indexadas en ISI, Scopus, Medline y Scielo, en el período correspondiente a 1993-2010, utilizando la estrategia de búsqueda con los términos cobertura, Colombia, afiliación, equidad, financiación, SGSSS, y otras similares. Se evaluó el nivel de evidencia de los artículos utilizando métodos reconocidos.</li> <li>- Libros con estudios o análisis sobre el SGSSS, empleo, equidad, subsidios y desarrollo social.</li> <li>- Encuestas de hogares, calidad de vida y Profamilia, realizadas en el período de 1990-2010.</li> <li>- Documentos de análisis y reflexión sobre el SGSSS o aspectos específicos del mismo, de tipo administrativo u oficial.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<p>Los recursos financieros del sistema de salud, se han incrementado de manera sostenida, mientras el gasto en salud se ha situado alrededor del 8% del PIB.</p> <p>La cobertura, medida por la afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado, se encuentra alrededor del 92% de la población total.</p> <p>El Plan Obligatorio de Salud, que define las prestaciones a las cuales se tiene acceso, se ha mantenido con un carácter amplio y ha sido rebasado por mecanismos de reclamo jurídico (tutelas), generándose déficits financieros.</p> <p>El sistema de salud ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población.</p> <p>El avance del SGSSS es positivo pero no ha logrado alcanzar la universalidad y se ha estancado en acceso a los servicios y equidad.</p>
<b>Discusión</b>	<p>El avance hacia la universalidad del sistema de salud debe ser destacado ya que, en términos de la Organización Mundial de la Salud, este logro permite proteger a las personas de las consecuencias de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios. Así mismo, la universalización de la atención es un aspecto decisivo para seguir avanzando en la materialización del derecho a la salud. Pero, sigue siendo un reto el logro pleno de la universalidad.</p> <p>El modelo de competencia regulada que caracteriza el SGSSS</p>

	de Colombia ha sido sometido a prueba por cerca de 20 años. Ha afrontado múltiples problemas, dos reformas y numerosos ajustes. Lejos de ser un fracaso rotundo como sugieren algunos analistas, el SGSSS puede ser considerado, por sus resultados, un modelo relativamente exitoso en términos de cobertura y financiamiento pro-equidad
<b>Análisis Personal</b>	Si bien nos damos cuenta que la financiación de la salud está asegurada podemos observar que los recursos son mal manejados y utilizados para otros fines diferentes. La ley 715 nos ayuda a saber que existen unos impuestos más el aporte del trabajador y patrón más la regalías de nuestros recursos no renovables. Existe toda una organización bien fundamentada para la administración de los recursos de la salud.

<b>Título 26</b>	<b>MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA REFORMA A LEY 100 (LEY 1122 DE 2007).</b>
<b>Autor y Año</b>	Alexander Almedia Espinosa, Mario Danilo Parra Vera, Carlos Alberto Romero, 2007
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Base digital Instituto de Ciencias de la Salud CES.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Almedia Espinosa Alexander, Parra Vera Mario Camilo, Romero Carlos Alberto. Mecanismos de financiación del sistema de seguridad social en salud, antes, durante y después de la reforma a ley 100 (ley 1122 de 2007). Bucaramanga, Santander, 2007 [Citado el 02 de febrero de 2014]. Disponible en: <a href="http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/144/1/Mecanismos_financiacion_sistema_seguridad_social_salud_antes_durante_despues.pdf">http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/144/1/Mecanismos_financiacion_sistema_seguridad_social_salud_antes_durante_despues.pdf</a> <sup>36</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Hacer un recorrido del panorama de Salud del país en los últimos 30 años para comprender como se ha comportado y hacia donde se dirige en los próximos años.
<b>Palabras Clave</b>	Reforma de la salud, Ley 100, sistema de financiación en salud, SGSSS.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Fondo de Solidaridad y Garantía, ente encargado de la administración de los recursos del Sistema, que encarna la responsabilidad del Estado en su financiación y organización, quien además delega en las EPSs el recaudo y manejo de los recursos, los que por ley, son propiedad del Sistema. Este se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: Compensación, Solidaridad, Promoción y Prevención y Eventos Catas tróficos y Accidentes de Transito (ECAT) que se encargan de del manejo de los recursos específicos en cada uno de los

	rubros señalados.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Los motivos que promovieron la ley 100 se dan porque se respiraba en el sector de la salud un ambiente de insatisfacción: hospitales en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba 50%; profesionales de la salud insatisfechos y mal remunerados; usuarios mal atendidos; y una gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios.
<b>Discusión</b>	<p>El Régimen Subsidiado se financiaba principalmente con aportes fiscales que se incrementaron substancialmente como consecuencia de las leyes 60 y 100 de 1993, a tono con el proceso de descentralización que simultáneamente se venía adelantando en Colombia, lo que implicaba una delegación de funciones a los territorios, especialmente a los municipios y departamentos para que asumieran.</p> <p>El propósito final de la reforma estaba fundado en que la regulación del paquete de beneficios POS y de su valor UPC, indujera la competencia entre las EPSs para atraer afiliados mediante una mejor calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. Con el aumento en el monto de las cotizaciones y con una mayor eficiencia en el gasto y en el control sobre la evasión en el pago de los aportes obligatorios al Sistema, se espera poder mejorar las actuales coberturas poblacionales.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Con la reforma de Ley 100 se dieron grandes cambios a nivel de financiación del Sistema de Salud Colombiano. Todo con miras a cumplir con el objetivo de equidad y universalidad de la salud, la cual debe amparar, sin discriminación a todo y cada uno de los ciudadanos del territorio. Estos cambios traen consigo la necesidad de recursos para poder responder a los lineamientos de subsidio de la salud.</p> <p>Pero, es de destacar que dicha universalidad debe estar cobija por criterios de calidad en la atención, porque de nada sirve que se atienda o se cumpla con el derecho a la salud de todos los ciudadanos si esto va en detrimento de la calidad en la atención como son escasez de medicamentos, imposibilidad de atención médica oportuna, limitantes para la atención como cuotas moderadoras y copagos. A lo que se suma la malversación de fondos, corrupción, despilfarro.</p> <p>Las políticas en salud deben estar encaminadas a proteger los derechos de los usuarios, por tanto debe ser ente de control y</p>

	<p>regulador, pero también asegurar los recursos destinados al régimen subsidiado.</p> <p>Los constantes cambios legislativos en torno al tema del SGSSS evidencian la preocupación del Estado por cumplir con estándares internacionales y por generar estrategias de mejoramiento continuo.</p> <p>La universalidad de la salud es un tema, prácticamente reciente y por tanto, todavía se están llevando a cabo acciones para ir respondiendo a los inconvenientes que se presentan y disminuir las quejas y reclamos en el sector.</p>
--	--

<b>Título 27</b>	<b>AUSCULTANDO LA CORRUPCIÓN EN LA SALUD: DEFINICIÓN Y CAUSAS. ¿QUÉ ESTÁ EN JUEGO?</b>
<b>Autor y Año</b>	Lina Manrique Villanueva, Javier Eslava Schmalbach, 2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Imbiomed
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Manrique Villanueva L., Eslava Schmalbach J.E. Auscultando la corrupción en la salud: definición y causas ¿Qué está en juego? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Octubre-Diciembre 2011 [Consultado el 12 de octubre de 2013] Vol. 62 No. 4., 308-314. Disponible en: <a href="http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No4_Octubre_Diciembre_2011/v62n4a03.pdf">http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No4_Octubre_Diciembre_2011/v62n4a03.pdf</a> <sup>37</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Hacer una reflexión sobre: 1) qué es la corrupción, 2) cuáles son sus causas, 3) cómo incide en el sistema de salud colombiano y 4) discutir la necesidad de una reforma profunda en la formación de los valores culturales que orienten hacia la valoración de la honradez y la transparencia.
<b>Palabras Clave</b>	Corrupción, prestación de atención en salud, economía, financiación gubernamental, seguro de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La corrupción es uno de los problemas que más afecta a los países en vías de desarrollo.</p> <p>Se postulan tres premisas que, desde nuestro punto de vista, deben ser documentadas desde la academia: la corrupción es universal; la corrupción ha penetrado en el sistema de salud; ha permeado de una manera más marcada debido al sistema de mercado sin regulación.</p> <p>Esas mismas aristas que son explicativas de la corrupción que ha afectado al país, tanto en instituciones públicas y privadas, en muchos ámbitos (vías, minería, comunicaciones, inteligencia del estado, campañas y partidos políticos, etc.), lo son también de la corrupción en salud, en la que todos los actores han resultado implicados.</p>



<b>Muestra</b>	No aplica porque es un artículo de revisión documental.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Se hace una revisión de fuentes secundarias que permiten hacer una reflexión sobre el concepto de corrupción y revisar los actores del sistema de salud en Colombia.
<b>Resultados</b>	<p>El país necesita una reforma profunda de su sistema de salud, con mecanismos de control eficaces y con una formación de muchas generaciones que conduzca a una modificación gradual de las prácticas sociales.</p> <p>Esta reforma debe garantizar cero corrupción en la salud, acceso real a la provisión de servicios de buena calidad, con una mirada intersectorial que entienda el papel de los determinantes en salud en la perpetuación de la enfermedad y de la pobreza, y que tenga como meta de control los resultados en salud bajo condiciones de equidad.</p> <p>La corrupción como fenómeno político es una invitación a la academia a proponer un corpus teórico que intente explicar el fenómeno desde el contexto local: el secreto, lo ilícito, la violación de la norma y el intercambio de dinero están presentes en la corrupción; al sistema educativo, para replantear la formación que se está dando a las generaciones que ocuparán cargos públicos y privados en los años venideros, y a las familias, como núcleos de la sociedad, según la Constitución Política de Colombia.</p>
<b>Discusión</b>	La reforma al sistema de salud debe garantizar cero corrupción en el sector, acceso real a la provisión de servicios de buena calidad, con una mirada intersectorial que entienda el papel de los determinantes en salud en la perpetuación de la enfermedad y de la pobreza, y que tenga como meta de control los resultados bajo condiciones de equidad a corto plazo.
<b>Análisis Personal</b>	<p>Este es problema que la salud no ha podido solucionar y que cada día está más arraigado en nuestro sistema, los políticos negocian como si fueran sus propias empresas y muchas veces los entes de control son ineficientes.</p> <p>Un claro ejemplo de ello es el llamado “carrusel de la salud” que demuestra cómo la corrupción se une al grave problema de financiación en el sector salud. La corrupción en Colombia es un problema no sólo económico, sino además político, cultura y de salud pública.</p>

<b>Título 28</b>	<b>ALGUNOS ASPECTOS FISCALES Y FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA</b>
<b>Autor y Año</b>	Melo B, Ligia Alba y Ramos F. Jorge Enrique, 2010
<b>Ubicación del artículo ( base</b>	Banco de la República.

<b>datos)</b>	
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Melo L.A., Ramos J.E. Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. Borradores de Economía [Internet]. Octubre de 2010 [Citado el 17 de febrero de 2014]. Núm. 624, pp 24. Disponible en: <a href="http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra624.pdf">http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra624.pdf</a> <sup>38</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Revisar la situación fiscal y financiera del sistema de salud en Colombia. Analizar los problemas financieros y administrativos que enfrenta el sector. Describir los principales ajustes al sistema de salud introducidos mediante la Ley 1393 de 2010.
<b>Palabras Clave</b>	Salud, gasto público, régimen contributivo, régimen subsidiado.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El régimen contributivo incluye a los trabajadores vinculados laboralmente mediante contrato de trabajo, a los pensionados y a las personas independientes con capacidad de pago. La prestación de los servicios de salud en este régimen se realiza a través de la competencia regulada entre entidades promotoras de salud (EPS). Los ingresos de cada una de éstas instituciones se determinan con base en el producto entre el número de afiliados inscritos y una unidad de pago por capitación (UPC), la cual corresponde a un valor anual por afiliado, que varía de acuerdo con diferentes rangos de edad. El régimen subsidiado cubre a la población más pobre y vulnerable del país. Los departamentos y municipios desempeñan un papel importante en la administración de este régimen, por cuanto es en el nivel local donde se determinan los beneficiarios del sistema, a partir de la información del sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (Sisben).
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Los recursos que financian el sistema de salud en Colombia son de naturaleza fiscal y parafiscal. Los recursos fiscales provienen del SGP, de los aportes del Presupuesto General de la Nación a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, las rentas parafiscales provienen de los aportes de los cotizantes al régimen contributivo.
<b>Discusión</b>	Desde el punto de vista financiero, los decretos dictados al

	<p>amparo de la emergencia social buscaban generar una serie de recursos fiscales para atender los faltantes tanto del régimen contributivo como del subsidiado.</p> <p>Sobre las medidas de ajuste tributario establecidas en los decretos se destacan el aumento del IVA a la cerveza, el incremento en la tarifa del IVA sobre juegos de suerte y azar, la unificación de la tarifa específica del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco en \$650 para 2010 y en \$700 para 2011, además del ajuste de las tarifas al consumo de licores.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Son varias las fuentes de financiación con las que cuenta el SGSSS. Para empezar el régimen contributivo lo hace a través de la cuenta de compensación del Fosyga, las cuotas moderadoras y copagos y un porcentaje del PIB. El régimen subsidiado con la cuenta de solidaridad del Fosyga, aportes del SGP, recursos del departamento y municipios y un porcentaje del PIB. La salud pública y población no cubierta con un porcentaje de SGP en salud, recursos del departamento y municipios y un porcentaje del PIB. La prevención y promoción con la cuenta de promoción del Fosyga, recursos del departamento y municipios y un porcentaje del PIB y por último los accidentes y eventos catastróficos con la cuenta ECAT y un porcentaje del PIB.</p> <p>Como puede observarse la financiación del sistema de Salud está por cuenta tanto del Gobierno Central como del departamental y municipal.</p> <p>Pero, los problemas financieros se han acrecentado, ya que las diversas reclamaciones de los usuarios a través de tutelas hace que se dictaminen la cobertura de servicios No POS y para poder responder a estos requerimientos, se ha generado la necesidad de conseguir recursos de donde sea como las cuentas de compensación del Fosyga, comprometiendo a largo plazo el sistema. A esto se sumó el aumento de los recobros a esta entidad lo que podría llevar a una situación financiera que no permita atender el pago de estos servicios. La salud es un rubro que requiere de grandes inversiones y por tanto, consideramos que aunque es un derecho, también es un deber contar con los recursos necesarios para ello, por tanto es indispensable que el Estado comprenda los alcances de las decisiones que la rama judicial toma con respecto a la salud y generar estrategias inmediatas para evitar el colapso financiero.</p>

<b>Título 29</b>	<b>REFORMA COLOMBIANA EN SALUD: PROPUESTA DE AJUSTES EN EL ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN</b>
<b>Autor y Año</b>	Juan C. García Ubaque, César A. García Ubaque y Luisa F. Benítez C., 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal Digital Universidad Nacional de Colombia
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	García Ubaqué J.C., García Ubaqué C.A., Benítez L.F. Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación. Revista Salud Pública [Internet]. 2012 [Citado el 03 de noviembre de 2013]. Disponible en: <a href="http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33213">http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33213</a> <sup>39</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Este ensayo centrará el análisis en lo relacionado con el aseguramiento como estrategia de salud pública, es decir cómo decisión política acerca de la mejor manera de proveer servicios asistenciales a una población, incluyendo la necesidad de tipificar si se trata de "aseguramiento comercial" o de "aseguramiento solidario" así como cual resulta ser la mezcla público-privada más conveniente
<b>Palabras Clave</b>	Salud pública, reforma sanitaria, sistemas de salud, seguro de salud, equidad en salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Para la Organización Mundial de la Salud, OMS hay cuatro de sus funciones esenciales de los sistemas de salud que han sido motivo de debate en los últimos años, en el caso colombiano y con una pequeña variación se incorpora en primera instancia lo que tiene que ver con la forma de hacer provisión de Servicios, en segundo término lo que tiene relación con el financiamiento, en tercer lugar lo atinente a la rectoría y administración y finalmente lo relacionado con la inspección, vigilancia y control, igualmente hay otros aspectos que aunque no han sido centrales en el debate, están profundamente relacionados y por tanto deben ser de interés, como la formación, distribución, bienestar y remuneración del recurso humano en salud y la investigación e intervención de los aspectos relacionados con las condiciones de salud y los determinantes de las mismas.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Se presenta un balance de lo que puede haber sido central en la problemática actual de la salud en Colombia y se propone que

	<p>aunque el ajuste debe realizarse a partir de un gran consenso nacional, es razonable continuar con un modelo de aseguramiento siempre y cuando se recojan los aprendizajes alcanzados, con el fin de tomar las precauciones y medidas de control necesarias para impedir una nueva frustración en el propósito de alcanzar una salud más equitativa para todos.</p>
<b>Discusión</b>	<p>Para un país como Colombia es conveniente utilizar la estrategia de aseguramiento, siempre y cuando cumpla con algunas condiciones: Que sea de carácter universal y sencillo, valga decir, que no coexistan regímenes, lo que implica que esté constituido sobre el derecho a la salud y no sobre el ingreso económico lo que generará estabilidad en la atención. Que tenga una amplia participación ciudadana, hasta ahora ausente. Que este centrado en sus tres funciones principales, valga decir que cumpla su papel de garantizar la sostenibilidad financiera, el acceso a la atención y la calidad del servicio. Que se tomen las medidas preventivas necesarias para mitigar los riesgos que una decisión de este tipo entraña, y; Que sea mixto, es decir que haya participación pública y privada con un enfoque realmente solidario superando su actual orientación comercial, que ha desembocado en los altos niveles de inequidad existentes.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Para cumplir con los objetivos de aseguramiento universal y equidad sería importante que se eliminara la distinción entre régimen contributivo y subsidiado. Además que no se tuviera en cuenta si el afiliado tiene empleo o no, aumentando la cobertura. En este sentido una Entidad Prestador de Salud deberá garantizar el acceso al servicio, así como la calidad d la atención.</p> <p>Aunque esto supone un cambio en el modelo o esquema de financiación, sería una forma fácil de cumplir con los objetivos planteados por la OMS de universalidad y equidad.</p>

<b>Título 30</b>	<b>EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD</b>
<b>Autor y Año</b>	Cárdenas Lesmes, Rosa María, 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	proquest
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Cárdenas Lesmes R.M., El financiamiento de la salud. Portafolio [Internet]. 2012 [Citado 3 de noviembre de 2013]. Disponible en: <a href="http://search.proquest.com/docview/1030370679?accountid=36216">http://search.proquest.com/docview/1030370679?accountid=36216</a> <sup>40</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Presentar los modelos de financiación de los sistemas de salud en Colombia en comparación con otros países.

<b>Palabras Clave</b>	Financiación salud, aseguramiento, aportes de los gobiernos, recursos privados.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En EE. UU., la protección frente a riesgos de la salud se adelanta principalmente a través de recursos privados. Los modelos mixtos de apoyo estatal y aseguramiento son los más utilizados en el mundo. Mientras en los países emergentes la atención se ha centrado en extender la cobertura de manera altamente subsidiada a los grupos menos favorecidos de la sociedad, en los más avanzados, el debate gira alrededor de la eficiencia en la provisión de los servicios y la escogencia del modelo que parece más adecuado.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>En Colombia, los servicios del POS contributivo se financian con impuestos a la nómina y los del POS subsidiado con el Sistema General de Participaciones, aportes del presupuesto, transferencias del régimen contributivo y recursos de entidades territoriales. No obstante, a raíz de la decisión de la Corte Constitucional (Sentencia C-760) que ordenó unificar los servicios, se incrementaron los costos fiscales. Para resolver el problema se autorizó usar los excedentes financieros de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (Ecat) del Fondo de Solidaridad y Garantía para el Financiamiento de atención a los afiliados.</p> <p>De otro lado, se elevó la tarifa del IVA a la cerveza y los juegos de suerte y azar al 16 por ciento, y se introdujeron modificaciones a los impuestos de tabaco, cigarrillos y licores. Estas soluciones resolvieron transitoriamente la restricción financiera, pero se deben tomar medidas adicionales, ya que se augura el resurgimiento de la presión de recursos en el futuro.</p>
<b>Discusión</b>	El desequilibrio financiero del régimen contributivo está originado principalmente en el aumento de los costos del servicio del No POS, la evasión y elusión, el moderado crecimiento de las primas y en factores relacionados con la eficiencia en la prestación de servicios e inversión de los portafolios. Las restricciones de recursos se podrían reducir formalizando la economía, exigiendo que quienes tengan capacidad de pago pasen a contribuir en este régimen
<b>Análisis Personal</b>	La idea no es acabar con el sistema actual sino en hacer un estudio real de los problemas que ocasiona el régimen subsidiado a la financiación de la salud en Colombia que hasta el momento ha llevado a que los otros regímenes se vean

	afectados en la cantidad y calidad del servicio. El estado debe estimular otras formas de aseguramiento a la salud como son el de aseguramiento a planes privados como son la medicina privada.
--	---

<b>Título 31</b>	<b>SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DECRETOS DE EMERGENCIA SOCIAL: NEGACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD.</b>
<b>Autor y Año</b>	Herly Ruth Alvarado Romero, Maribel Pinilla Alarcón, Sandra Mónica Rodríguez Colmenares, Edilma Marlén Suárez Castro, 2010.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Alvarado Romero H.R., Pinilla Alarcón M., Rodríguez Colmenares S.M., Suárez Castro E.M. Sistema General de Seguridad Social en Salud y decretos de emergencia social: negación del cuidado de la salud. Rev. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, enero-junio 2010 [Citado 17 de febrero de 2014]. Sup. 9, núm. 18:53-60. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519734005">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519734005</a> <sup>41</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	
<b>Palabras Clave</b>	SGSSS, Políticas de salud, rentabilidad financiera, dignidad humana, acceso y derecho a la salud,
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El sistema de salud colombiano y los decretos de emergencia social han centrado su accionar en el equilibrio y la rentabilidad financiera del mercado de la salud, y han buscado asemejar las coberturas de aseguramiento y carnetización con el derecho a la salud, olvidando que la salud de la persona está determinada socialmente por el acceso a la educación, la nutrición, la vivienda, el trabajo, el salario justo, la recreación, los servicios públicos y los servicios de salud, entre otros.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	El SGSSS no garantiza el derecho a la salud, no reconoce la dignidad humana, bien sea del sujeto de cuidado, o bien sea del trabajador de la salud. Además, las medidas que se quiere implementar con los decretos de emergencia social sólo favorecen a quienes desde hace 16 años se vienen lucrando con el negocio de la salud. Se requiere el reconocimiento del imperativo ético de responder

	<p>a las necesidades de la sociedad en el contexto de los derechos humanos universales que Colombia se ha comprometido a garantizar. El país necesita una política social que garantice los derechos humanos, sociales económicos y culturales de la población, porque “la democracia depende del respeto a la libertad de expresión, las elecciones y el principio de la mayoría; pero para que funcione, depende también de ciertas condiciones sociales mínimas que permitan la construcción de ciudadanía”. No es posible la democracia sin justicia social.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>En el actual sistema de aseguramiento, la salud ha dejado de ser un bien público de responsabilidad del Estado para convertirse en un producto del ámbito privado, responsabilidad de la persona y su familia, ignorando, como lo menciona Asa Cristina Laurell que “el carácter público de un bien se determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y/o socialmente prioritario y decide asumirlo y financiarlo colectivamente”. En este sentido, la política del sector salud actualmente es más una política de regulación del mercado, con un impacto negativo en la salud pública.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Prácticamente en lo que ha corrido, el SGSSS ha presentado un sinnúmero de problemas que ponen en entredicho la capacidad del Estado a manifestar con efectividad el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos a gozar de una salud equitativa y universal. No es extraño ver como a diario se niegan citas médicas, exámenes diagnósticos o tratamientos argumentando normas que cobijan a los prestadores para no ofrecer x o y servicio. Pero, si es así, ¿en donde queda las garantías de cumplimiento con el derecho a la salud?</p> <p>Realmente, se puede observar como cuestiones de tipo administrativo y financiero se colocan por encima de los procesos de atención en salud, perjudicando a los usuarios quienes no pueden o no tienen los recursos para cumplir con las exigencias que se les imponen.</p> <p>En cuanto a la parte financiera, se culpa a los fallos positivos de tutelas la crisis en que está sumergido el sector, pero la búsqueda de rentabilidad financiera como meta de las actividades, métodos y procedimientos que se llevan a cabo (por ejemplo por las EPS) para atender el usuario no permiten un acceso y calidad del servicio, pues este se mide en términos económicos y no de eficiencia en la atención en salud, que en últimas es, proporcionar al usuario un estado de bienestar, convirtiéndose en una de las causas de la crisis. A todo esto se suma la imposibilidad del Estado de ejercer como ente regulador del Sistema.</p>



<b>Título 32</b>	<b>EL PLURALISMO ESTRUCTURADO DE LONDOÑO Y FRENK FRENTE A LA ARTICULACIÓN Y MODULACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) EN COLOMBIA</b>
<b>Autor y Año</b>	Jahir Alexander Gutiérrez Ossa, Rubén Dario Restrepo Avendaño, 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Gutiérrez Ossa J.A., Restrepo Avendaño R.D. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Revista Sociedad y Economía [Internet]. 2012, [consultado el 03 de noviembre de 2013], Núm. 23. pp. 183-204. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99625425010">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99625425010</a> <sup>42</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Este artículo tiene como objetivo analizar el modelo de pluralismo estructurado de Londoño y Frenk para determinar la pertinencia de implementarlo completamente en nuestro país.
<b>Palabras Clave</b>	Mercados de Asistencia Sanitaria, Articulación y Modulación, Formación de Redes, Producción Sanitaria, Salud, Sanidad Pública
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>El pluralismo, al igual que los otros modelos, considera relevante la sinergia entre articulación, financiación, modulación y prestación de servicios en los sistemas de salud, bajo una "justa medida". El modelo permite la evaluación y medición con los otros modelos o sistemas de salud, que hacen parte del marco de referencias que utiliza el pluralismo para explicar las condiciones que se deben estructurar en cada uno.</p> <p>El pluralismo determina dos macrovariables para explicar los elementos fundamentales que sirven para tener éxito en cuanto a los objetivos del sistema y cumplir con los principios de universalidad, equidad, derecho a la salud, entre otros: la estructura poblacional y la composición institucional. Ambas constituyen el punto de partida del pluralismo para que el sistema responda.</p> <p>El contenido pluralista radica precisamente en la posibilidad de que diferentes agentes y sujetos puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel, y lo estructurado responde a la necesidad de interacción de los actores para que el sistema cumpla los cometidos sobre los cuales está basado.</p> <p>Este modelo permite evidenciar las condiciones en que puede entenderse de manera sistemática y sistémica el SGSSS en</p>

	Colombia, y parte de la necesidad de evaluar tanto el carácter poblacional como el institucional que rodea al sistema de salud (como variables macroeconómicas), para así considerar el contexto meso de los parámetros y las variables estructurales del pluralismo con la articulación, la financiación, la modulación y la prestación, vinculadas entre sí.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	El presente artículo de reflexión, inscrito en la temática de asuntos académicos, entrega una revisión actualizada del pluralismo estructurado propuesto por Londoño y Frenk (1997), con la idea de promover el diálogo y la disposición para plantear la relevancia y pertinencia de implementarlo completamente en el país. En la medida en que se afiancen las cuatro funciones que rodean al modelo, en especial la articulación y la modulación, un sistema de salud como el colombiano podrá tener la posibilidad de mejorar sus capacidades y condiciones. El pluralismo, al igual que los otros modelos, considera relevante la sinergia entre articulación, financiación, modulación y prestación de servicios en los sistemas de salud, bajo una "justa medida".
<b>Discusión</b>	El modelo permite la evaluación y medición con los otros modelos o sistemas de salud, que hacen parte del marco de referencias que utiliza el pluralismo para explicar las condiciones que se deben estructurar en cada uno. En ningún caso se presenta como modelo preponderante; al contrario, tiene la fortaleza de caracterizar al resto de iniciativas, puesto que parte de sus fundamentos radica en tomar del sistema público unificado, del sistema privado atomizado, del de contratación pública y del segmentado los elementos que permiten hacer de ellos modelos igualmente ejemplarizantes a la hora de evaluar la dirección que se le pretende dar al pluralismo estructurado. Es un modelo que de manera concreta indica las bondades de repensar los lineamientos y patrones que han direccionado los sistemas de salud, y que no necesariamente indica que puedan estar erráticos o equívocos conforme a la manera como es entendido el sistema de salud. En particular, el pluralismo determina dos macrovariables para explicar los elementos fundamentales que sirven para tener éxito en cuanto a los objetivos del sistema y cumplir con los principios de universalidad, equidad, derecho a la salud, entre otros: la

	estructura poblacional y la composición institucional. Ambas constituyen el punto de partida del pluralismo para que el sistema responda
<b>Análisis Personal</b>	<p>El pluralismo estructurado debe reglar las decisiones vinculadas con la financiación y prestación de los sistemas de salud. Para lograrlo, requiere emprender una tarea de formación amplia en la que se determinen las cláusulas, donde se va a ver un buen manejo del sistema de salud.</p> <p>La validez de la modulación está sujeta a los grados de eficiencia que tras de ella pueden ser alcanzadas por cuenta de los SGSSS. Llegar a evidenciar cada uno de los impactos que al respecto puedan sustraerse con referencia a ellos sirve de aliciente para construir o perfilar en el camino, más que el marco de otros sistemas, la complementación de distintas referencias y variables, que pueden servir para ilustrar la senda propicia para un sistema eficiente, desde el que puedan ser atendidas todas las discrepancias y propuestas pertinentes.</p>

<b>Título 33</b>	<b>HACIA UN FONDO GLOBAL PARA LA SALUD: LA REVOLUCIÓN EN LAS FINANZAS DE LA SALUD Y LA LUCHA CONTRA EL SIDA SE EXTIENDE A LOS SERVICIOS GENERALES DE SALUD.</b>
<b>Autor y Año</b>	Ooms G., 2008.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	International Budget Partnership IBP
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Ooms G. Hacia un fondo global para la salud: La revolución en las finanzas de la salud y la lucha contra el SIDA se extiende a los servicios generales de salud. Gaceta [Internet]- 2008 [Consultado el 14 de noviembre de 2013]. Año 01, No. 4. Disponible en: <a href="http://internationalbudget.org/wp-content/uploads/2011/04/gaceta4.pdf">http://internationalbudget.org/wp-content/uploads/2011/04/gaceta4.pdf</a> <sup>43</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Presentar el mecanismo internacional que el Fondo Global “Global Fund” de la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria estableció para financiar los servicios de salud que antes se consideraban inaccesibles para los países más pobres.
<b>Palabras Clave</b>	Fondo, Global, Acuerdos, Recursos, Salud, Financiar,
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción- planteamiento problema)</b>	<p>Era necesario contar con un mecanismo que fuera diferente a las vías de desarrollo existentes para concretar la perspectiva internacional sobre el tratamiento del SIDA. En 2002, se estableció el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.</p> <p>El Fondo ofrece ayuda financiera para el tratamiento en países que, muy probablemente, no pueden sustituir el financiamiento</p>

	internacional con recursos nacionales, sin esperar que los países receptores asuman la carga financiera de lidiar con estas enfermedades.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	El compromiso implícito de ayuda financiera sustentable se confirmó en la Asamblea General de las Naciones Unidas. La sesión especial sobre VIH/SIDA de junio 2006 culminó en la declaración en donde los miembros de los estados se comprometieron a “apoyar y fortalecer los mecanismos financieros existentes, incluyendo el Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como organizaciones relevantes de las Naciones Unidas, mediante la provisión sostenible de fondos” (cabe resaltar). Por ello, lo asequible y sustentable del tratamiento del SIDA ya no sólo depende de la capacidad financiera de los países afectados; sino de la capacidad de la economía global.
<b>Discusión</b>	El dinero por sí mismo no puede comprar trabajadores de salud adicionales e infraestructura; en cambio la ayuda financiera de largo plazo sí lo puede hacer. Tomemos a los trabajadores de salud como ejemplo: los compromisos de largo plazo le permiten a los países aumentar la capacidad de entrenamiento (dos o tres años), capacitar a los trabajadores de salud adicionales (tres años para enfermeras y por lo menos seis años para médicos), y ofrecerles una perspectiva profesional razonable (10 a 15 años). Los paquetes de ayuda bilateral — tradicionalmente válidos de tres a cinco años — no pueden resolver este problema. Como resultado quedan atrapados en un círculo vicioso: la ayuda adicional está disponible, pero la capacidad humana necesaria para transformarla en mejores servicios de salud sigue haciendo falta. Por eso la ayuda adicional no produce los resultados esperados y los donatarios se frustran (y pueden retirar su apoyo). Un Fondo Global para la Salud puede brindar ayuda internacional para la salud por muchas décadas y eso les permitiría a los países pobres resolver sus problemas en el sistema de salud.
<b>penosa Análisis Personal</b>	Una de las enfermedades más graves es VIH más conocido como Sida tiene su propio financiamiento a través de un fondo mundial, encabezado por países tercermundistas, estos fondos van a todas partes del mundo para los tratamientos básicos de esta penosa enfermedad

<b>Título 34</b>	<b>EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA DISMINUCIÓN DE COSTOS MÉDICOS ASISTENCIALES.</b>
<b>Autor y Año</b>	Elkin Martínez-López e Isabel C. Grajales, 2010
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Martínez López E.; Grajales I.C. Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales. Revista de Salud Pública [Internet]. Noviembre/Diciembre 2010 [Consultado el 5 de noviembre de 2013]. Vol.12 no.6 Bogotá. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0124-00642010000600006">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0124-00642010000600006</a> <sup>44</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Identificar si es posible reducir los costos asistenciales disminuyendo el sedentarismo.
<b>Palabras Clave</b>	Actividad física, sedentarismo, costos y análisis de costo, promoción de la salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	La inactividad física es un problema de salud pública por los altos costos que generan en el sistema el sedentarismo.
<b>Muestra</b>	Conformada por 191 sujetos activos y 382 sujetos del grupo de control.
<b>Intervención y proceso medición</b>	En una institución prestadora de servicios de salud se contrastan los costos médicos de los dos grupos que conforman la muestra. Para ello se toman las facturas de los afiliados durante el año 2003.
<b>Resultados</b>	El grupo de activos demandó servicios más bajos que las sedentarias en aspectos como urgencias, hospitalizaciones y medicamentos.
<b>Discusión</b>	Efectivamente las personas activas registran una reducción significativa en el número de consultas por urgencias superior en este caso al 50 %, lo cual estaría hablando de mejores condiciones de salud de los activos en comparación con los demás afiliados, pero además los costos promedios de dichas demandas de servicio fueron más bajos que los controles, lo cual a su vez estaría diciendo que la gravedad de los hechos también pudo haber sido menor. Estos datos concuerdan con otros estudios que reportan reducciones del 40-50 % en consultas de urgencias y estancias hospitalarias para adultos

	<p>que caminan regularmente. En las hospitalizaciones pudo observarse una diferencia similar, que no solo implicó una reducción en la frecuencia de los ingresos hospitalarios, sino que además implicó una reducción en los costos medios por hospitalización, indicando con ello que las resoluciones de las necesidades debió haber sido más simple y corta en los activos. Estos hallazgos concuerdan con otro estudio realizado en funcionarios de una institución pública, donde se pudo establecer que las incapacidades por causas médicas son menores en las personas activas tanto en frecuencia como en duración. En los medicamentos también es aparente una reducción en el número de prescripciones y la vez el costo medio de los medicamentos requeridos fue más bajo en los activos que los controles. Todo esto apunta en forma consistente a reconocer que realmente las personas activas reducen los requerimientos de atención médica y a su vez reducen los costos derivados de todos los procesos terapéuticos.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Las personas de una comunidad que no hagan actividad física son costosas para el sistema de salud, se demuestra en este artículo que si las entidades de salud invierten lo suficiente en sus afiliados en programas de prevención realizando actividades físicas de una manera disciplinada al menos 60 minutos por cada paciente o usuario diariamente se puede demostrar reducción de costos en un gran porcentaje en Urgencias, hospitalización y medicamentos</p> <p>Esto demuestra que la salud depende de variables que pueden controlar las entidades prestadoras de servicios (IPS) y por tanto que es primordial la promoción y prevención para ayudar con las finanzas del sector salud.</p> <p>En la actualidad los costos de Urgencias, hospitalarios, y medicamentos son altos y generan una desfinanciación del sistema afectando la calidad del servicio.</p> <p>Nosotros con esta monografía vamos a demostrar que la optimización de los recursos con planeación y estrategia lógica pueden reducir costos y mejorar la calidad</p>

<b>Título 35</b>	<b>APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE RESTRICCIONES (TOC) A LA GESTIÓN DE FACTURACIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, ESE.</b>
<b>Autor y Año</b>	Iván Darío López López, Joaquín Urrea Arbeláez, Diego Navarro Castaño. 2006
<b>Ubicación del artículo ( base</b>	scielo

<b>datos)</b>	
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	López López I.D., Urrea Arbeláez J., Navarro Castaño D. Aplicación de la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, ESE. Innovar [Internet]. Bogotá, enero-junio de 2006 [Consultado el 17 de septiembre de [2013]. v. 16, No. 27 Disponible en: <a href="http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0121-50512006000100006&amp;lng=es&amp;nrm=">http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0121-50512006000100006&amp;lng=es&amp;nrm=</a> <sup>45</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Describir la situación actual de los hospitales públicos en cuanto a la facturación, dando solución al problema detectado para corregirlo bajo los principios de la teoría de restricciones.
<b>Palabras Clave</b>	Instituciones del sector salud, hospitales públicos, facturación, teoría de restricciones.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Existe un problema estructural en los hospitales públicos del país, que consiste en suministrar servicios por anticipado y recaudar los pagos correspondientes aproximadamente 180 días después. De continuarse esta situación, la mayoría de esas instituciones de salud pueden enfrentar el cese parcial o total de los servicios, dado que, en virtud del retraso en el recaudo de las cuentas por cobrar, hay incumplimientos de todo tipo con proveedores, acreedores, contratistas y empleados, y de esta manera disminuye la calidad de sus servicios. La administración financiera de los hospitales tiene que recurrir al financiamiento externo con proveedores, acreedores y entidades financieras, lo que implica la disminución de la liquidez, el aumento del índice de endeudamiento y de los gastos por intereses, el deterioro de su rentabilidad y, en consecuencia, quedar al borde de la inviabilidad financiera, agravando peligrosamente el problema en salud del país.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	El deficiente flujo de caja de los hospitales públicos del país es consecuencia de la dilatación de pagos que algunas entidades administradoras de los regímenes de salud, EPS y ARS, han adoptado como respuesta a la ineficacia en el proceso de facturación llevado a cabo por los mismos hospitales, presentándose serios problemas relacionados con la administración. Existe un problema estructural determinante en las Empresas Sociales del Estado (ESE), prestadoras de servicios de salud, que se traduce en que suministran un servicio por anticipado y reciben muy diferido el pago correspondiente, aproximadamente

	180 días en promedio.
<b>Discusión</b>	<p>Para aplicar la propuesta de mejoramiento continuo que se presenta en este artículo, se requiere que el personal administrativo, médico y científico comprenda la importancia de su desempeño frente al proceso de facturación, así como las implicaciones financieras para la entidad. Además, el proceso sería difícil de implementar sin el apoyo y el aval de las directivas del hospital.</p> <p>Con respecto a la rotación de personal directivo en las instituciones hospitalarias públicas, se requiere continuidad en la política de aplicación del proceso y la revisión constante de su avance, a fin de que no se interrumpan los logros de las anteriores gestiones. Al igual que el director de una clínica u hospital, el jefe de facturación, primer implicado en este proceso de mejoramiento, debe mantenerse al tanto de las situaciones particulares relacionadas con el mismo, y permanecer en el cargo por una vigencia amplia para evitar nuevas sesiones de capacitación y adiestramiento. Igual conclusión vale para el personal contratado por la entidad.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>En este artículo encontramos que la deficiencia en la facturación de los servicios en una ESE, es la falta de organización por parte del equipo asistencial como el administrativo y lo que trata de implementar es un plan de mejoramiento continuo donde se lleve a cabo por parte de todos y cada uno de los proceso que hacen parte de un Hospital, para poder factura y que haya un flujo de caja adecuado y donde las administradoras de los regímenes de salud no tengan motivos para objetar las cuentas y se pueda recoger la cartera morosa de cada institución, sin ningún inconveniente por parte de las entidades contratantes.</p> <p>Debido al retraso de los pagos, los hospitales se ven obligados a buscar otro tipo de financiación lo cual lleva a aumentar el índice de endeudamiento y los gastos por intereses, disminuyendo la rentabilidad financiera de dicha organización.</p> <p>Una propuesta de mejoramiento en cuanto a la facturación de las ESEs para que tengan un crecimiento en su financiamiento, muestra mayor organización y compromiso por parte tanto de la gerencia como del grupo de trabajo y coordinadores de los diferentes procesos, siendo ésta la mejor solución para los diferentes problemas que se presentan a la hora de cobrar a las entidades contratantes. Y así hay crecimiento de la ESE y el empleado se ve beneficiado por que hay como pagar sus honorarios mensualmente. Parte importantísima a la hora de hablar de la parte financiera de un hospital</p>



<b>Título 36</b>	<b>LA SALUD COMO DERECHO EN COLOMBIA. 1999-2007.</b>
<b>Autor y Año</b>	Mónica Cecilia Moreno Moreno, María Victoria López López, 2009.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca digital Pontifica Universidad Javeriana Bogotá.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Moreno Moreno M.C., López López M.V. La salud como derecho en Colombia. 1999-2007. Rev. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, enero-junio de 2009 [Citado el 18 de febrero de 2014]. Vol. 8 No. 16: 133-152. Disponible en: <a href="http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/1897">http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/1897</a> <sup>46</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	
<b>Palabras Clave</b>	Derecho a la salud, políticas públicas, atención a la salud, derechos humanos, seguridad social, sistema de salud.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En el análisis de la salud como derecho, Álvarez propone tener en cuenta tanto la dimensión jurídico-legal, que se concreta en el conjunto de normas y leyes que lo garantizan y las instancias de responsabilidad para el cumplimiento y seguimiento de acuerdos establecidos, como la dimensión ético-moral, que se refiere al conjunto de principios éticos que lo sustentan como derecho fundamental, independientemente de que exista o no una ley que lo respalde.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Se aplicaron instrumentos con descriptores como: objetivos, temáticas, actores, enfoque y resultados. Los textos se analizaron con base en la técnica de codificación propuesta por Galeano y Vélez y Galeano. Fue así como se construyeron códigos descriptivos, interpretativos y se identificaron códigos “in vivo”. Este procedimiento se llevó a cabo dentro de las fichas de contenido diseñadas en Microsoft Word; posteriormente, estos códigos se organizaron en tablas en Microsoft Excel. Asimismo, de la realización de este trabajo vale la pena resaltar el desarrollo de ejercicios de escritura —memos analíticos— durante la mayor parte de la etapa de recolección de la información. Para el caso colombiano, se deben diferenciar dos enfoques para analizar el actual sistema de salud: el neoliberal-utilitarista y el enfoque de derecho.
<b>Resultados</b>	De los hallazgos pueden destacarse preocupaciones por la agudización de la crisis hospitalaria, el problema laboral y su relación con la salud, las barreras de acceso a los servicios y el

	deterioro de la salud pública. El estudio muestra dos perspectivas para configurar la política de salud: la libertad de mercado como mejor opción para asegurar la atención a la salud o la garantía de la salud desde el Estado como responsable fundamental.
<b>Discusión</b>	A más de 15 años de planteada la nueva legislación en salud, investigadores como Echeverry y Flores y colaboradores ven con preocupación la falta de coherencia entre la formulación de las políticas en salud basadas en principios de equidad, universalidad y solidaridad y los alcances que se han logrado con su implementación. Este es el contexto de este artículo, cuyo objetivo principal es realizar un balance crítico del estado de la discusión presente en la documentación sobre la salud como derecho en Colombia, a partir de la última década.
<b>Análisis Personal</b>	<p>Son muchos los problemas que se centran alrededor del derecho a la salud, entre ellos se tiene el problema de la cobertura y acceso a la atención, la cual se atribuye a la falta de recursos que entrega el Estado, claro está que estos recursos muchas veces son utilizados con fines de malversación producto de una cultura de corrupción, característica de la vida política.</p> <p>Esto trae como consecuencia, otro problema en el sector de la salud, la crisis constante de la situación hospitalaria, la cual no puede atribuírsele a los cambios con la Ley 100 de 1993 sino a una historia de malas gestiones e iliquidez.</p> <p>En cuanto a la financiación del sistema se tiene el problema del contexto en el cual se basaron los mecanismos de obtención de los recursos, pues teniendo en cuenta que el mercado laboral es muy inestable, se tiene una variación en los ingresos en este el principal medio de recaudo.</p>

<b>Título 37</b>	<b>GERENCIA Y COMPETENCIAS DISTINTIVAS DINÁMICAS EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>Autor y Año</b>	Juan Muñoz Arias, Gregorio Calderón Hernández, 2008
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal Digital de la Universidad Javeriana
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Muñoz Arias J., Calderón Hernández Gregorio. Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, Junio-diciembre 2008 [Consultado el 12 de noviembre de 2013]. 7 (15)_ 131-154. Disponible en: <a href="http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol7_n_15/estudi">http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol7_n_15/estudi</a>

	os_5.pdf <sup>47</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Establecer el papel de la gerencia en el desarrollo de competencias dinámicas en las instituciones prestadoras de servicios en salud de Manizales.
<b>Palabras Clave</b>	Administración en salud, instituciones de salud, cultura corporativa y organizacional.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La gerencia ha sido considerada una actividad social que orientada a la dirección de organizaciones tiene por finalidad la obtención de resultados bajo criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. Por tanto, en este artículo se toma la gerencia como una actividad social que orientada a la dirección de organizaciones tiene por finalidad la obtención de resultados bajo criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. Esta consideración tiene especial interés en la gestión de instituciones de salud por cuanto se relacionan con un servicio asociado con el bienestar social de la comunidad, con la calidad de vida de una sociedad y con un alto impacto sobre el desarrollo de un país o región.</p> <p>Las organizaciones del presente, sí quieren garantizar su viabilidad en el largo plazo, deben preocuparse no solo por la satisfacción de sus usuarios y por obtener resultados rentables, económicos o sociales, tienen la responsabilidad de construir ventajas sostenibles que les ofrezca la posibilidad de ser competitivas en un entorno turbulento y global.</p> <p>Enfoque estratégico: es el vínculo esencial entre el hoy y el mañana; a través suyo la organización pretende establecer un nuevo orden a sus funcionalidades y abrir espacio para evolucionar de las competencias actuales a las nuevas y reconfigurar su relación con los clientes.</p>
<b>Muestra</b>	La muestra total estuvo integrada por veintidós gerentes y treinta y ocho directivos de otro nivel, para un total de 60 cuestionarios de 72 posibles.
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Aplicación de un cuestionario de 24 preguntas a directivos de instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Manizales, que pueden ser Empresa Social del Estado, Hospital, Clínica o IPS, públicas o privadas.</p> <p>Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 35 minutos, fueron grabadas y transcritas para realizar el respectivo análisis de contenido. La investigación se llevó a cabo durante el periodo enero 2007 – enero 2008.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Los resultados muestran desarrollos importantes en aspectos como innovación y aprendizaje, pero a la vez retos pendientes en tópicos de cultura y diseño organizacional.</p> <p>Estos resultados son importantes para que: los directivos de</p>

	<p>entidades en el campo de la salud visualicen posibilidades para el desarrollo de ventajas competitivas, las instituciones formadoras de directivos precisen aspectos en los que deben enfatizar y los académicos pueden encontrar perspectivas investigativas interesantes para un país en vías de desarrollo.</p> <p>Llega a la conclusión que el enfoque estratégico y las competencias directivas se combinan para ser el background con que cuenta la gerencia, para promover la explotación y la renovación de las competencias distintivas. Con ellas la organización podrá alcanzar la ventaja competitiva sobre sus rivales y, por consecuente, obtener rendimientos superiores, economicos o sociales, al promedio de la actividad.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>Se verificó la validez discriminante entre las categorías de cada dimensión y la validez convergente para la relación entre dimensiones De la validez discriminante se observa que la mayoría de las relaciones presenta una significancia en el nivel del 99%, lo cual corrobora la validez de los componentes que integran cada dimensión. En cuanto a la validez convergente se observa una significancia en el nivel 99,9% demostrando la calidad del instrumento.</p> <p>En términos generales la gerencia cuenta con la formulación de políticas, el direccionamiento estratégico y la actividad de los directivos para el desarrollo de las competencias distintivas de tipo dinámico; sin embargo, en el caso de estudio se encontraron algunas actividades que los equipos directivos llevan a cabo de manera consciente para su desarrollo.</p> <p>La literatura analizada arrojó que las competencias dinámicas en la construcción de las ventajas sostenibles darán a las instituciones competitividad y posibilidad de ser perdurables en el tiempo; adicionalmente se encontró sustento teórico para establecer el papel de la gerencia en el desarrollo de competencias dinámicas, asociadas éstas en su mayoría a los activos intangibles y por último se encontraron tres dimensiones que sustentan dichas capacidades: el aprendizaje y la innovación organizacional, la cultura organizacional y el diseño organizacional.</p> <p>Se obtuvieron hallazgos que muestran esfuerzos gerenciales importantes en el desarrollo de la primera dimensión, aprendizaje e innovación, relacionados con los sistemas de gestión de la calidad, el trabajo por procesos, la modernización tecnológica, los sistemas de información, la participación de los trabajadores y la formación de directivos.</p> <p>Un aspecto interesante en los hallazgos es el desarrollo simultáneo de competencias diversas que generan ambigüedad</p>

	causal y por lo tanto pueden constituirse en ventajas difícilmente imitables por competidores.
<b>Análisis Personal</b>	<p>Uno de los mayores avances teóricos es la comprensión del papel central de la gerencia: lograr la competitividad de la organización la cual se ha tratado de alcanzar mediante la construcción de una ventaja competitiva sostenida, una característica común de todos estos enfoques fue el énfasis que pusieron en la administración de los recursos físicos, dando un especial énfasis a los recursos tecnológicos y a los financieros. Estos factores no pueden desconocerse ni menospreciarse al momento de tomar decisiones gerenciales, sin embargo el reconocimiento del papel de los activos intangibles, convertidos en capital intelectual al momento de configurar los portafolios de productos y servicios de las instituciones, para poder ofrecer un valor agregado a clientes y usuarios, para la consecución de rentas superiores al promedio sean estas de carácter económico o social, hace necesario reconsiderar el papel de la gerencia en la gestión de recursos no tangibles que conlleven a la creación de competencias distintivas que sean el fundamento de una verdadera ventaja competitiva de largo plazo.</p> <p>No puede ser ajena a las instituciones prestadoras de servicios de salud la importancia del desarrollo de las habilidades gerenciales. La gerencia es considerada la parte de la administración que se ocupa de la dirección y del comportamiento organizacional; en la medida en que la gerencia es responsable de la consecución, asignación y manejo de recursos, se considera el concepto de gerencia como sinónimo de gestión, entendida ésta como la forma de regulación del comportamiento de una colectividad social, que cuenta con recursos limitados, los cuales deben ser utilizados para el logro de unos objetivos que deben ser compartidos en su finalidad última.</p> <p>Gestionar implica ir más allá de los asuntos operativos y de las contingencias del día a día, es incidir sobre el desarrollo, la innovación y la transformación organizacional.</p> <p>El trabajo de los directivos está lleno de ambigüedades cuyas soluciones más eficaces no siempre son fáciles de descubrir, enfrentan las tareas desalentadoras de anticipar futuros posibles, evaluar las alternativas y superar la inercia y las disputas internas; los más eficaces ofrecen un propósito estratégico para lograr la ayuda de otros en la consecución de la ventaja competitiva, consiguiendo además reducir la negación y gerenciar el conflicto dentro de la organización.</p>

<b>Título 38</b>	<b>COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD TUTELADOS Y DEL PROCESO LEGAL DE LAS TUTELAS EN MEDELLÍN, 2009.</b>
<b>Autor y Año</b>	Emmanuel Nieto L., Alejandro Arango C. 2009
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Nieto L Emmanuel, Arango C Alejandro. Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín, 2009. Facultad Nacional Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 [consultado el 30 de septiembre de 2013]; 29(3): 223-231. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v29n3/v29n3a02.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v29n3/v29n3a02.pdf</a> <sup>48</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Identificar la ruta jurídica de las tutelas en salud, determinando los costos de este proceso y de los servicios de salud invocados en una muestra de tutelas de la ciudad de Medellín.
<b>Palabras Clave</b>	Tutela, derecho a la salud, costos en salud, costos de transacción, Ley 100 de 1993.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>Las barreras generadas para el acceso a los servicios de salud, se han constituido en la razón fundamental para que los usuarios instauren acciones de tutela orientadas a restituir el derecho a la salud.</p> <p>La tutela fue consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política como un mecanismo para la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales, acción que aplica plenamente al derecho a la salud ya no sólo por su conexidad con el derecho a la vida, sino en tanto concebido por la reciente jurisprudencia de la Corte Constitucional como derecho humano fundamental.</p> <p>Los abusos de las EPS han sido denunciados por los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Servicios. Este comportamiento de las EPS deriva de su objetivo de maximización de beneficios, para lo cual implementan mecanismos de contención de costos que en principio estarían en línea con una mayor eficiencia, pero que riñe con los objetivos de equidad y justicia en salud.</p>
<b>Muestra</b>	El universo de estudio está conformado por esas 384 tutelas que invocaron vulneraciones al derecho a la salud y que fueron falladas en primera instancia.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Los costos del proceso jurídico y la valoración monetaria de los procedimientos de salud tutelados (POS y No POS), se estimaron desde la perspectiva institucional. Es decir que estos últimos involucran costos para las EPS, mientras que los primeros hacen relación a los costos en que incurre el sistema

	<p>judicial. se realizaron 20 entrevistas a expertos y funcionarios de la personería y los juzgados de Medellín, que permitieron identificar los responsables de las actividades y el tiempo promedio dedicado a cada tutela, así como el tipo y la cantidad de los demás recursos utilizados en las diferentes fases del proceso.</p> <p>Se identificaron claramente tres eslabones en el proceso de tutela, en su orden correspondiente a las fases de <i>asesoría</i> en la personería, la oficina de <i>reparto</i> y las actuaciones o <i>sentencia</i> de los jueces en los respectivos juzgados. Además se establecieron dos tipos de tutela: la ordinaria y la extraordinaria.</p> <p>Los recursos humanos utilizados en el proceso jurídico se valoraron con base en información sobre salarios y prestaciones sociales suministrada por la administración de la personería y los juzgados. Los demás recursos, correspondientes a instalaciones, muebles, equipos y suministros, se costearon a partir de los precios de mercado facilitados por los operadores del mercado que fueron consultados específicamente para este propósito.</p> <p>Para el análisis de la información y el diseño de mapas conceptuales se utilizó el software AtlasTi y CmapTools, además de los programas básicos de Office: Word y Excel.</p>
<b>Resultados</b>	<p>El costo medio de una tutela ordinaria, en pesos constantes de 2009, asciende a cerca de \$441.512,1.</p> <p>El 79% de las violaciones al derecho a la salud que exigieron acciones de tutela se originaron en el régimen contributivo. Cerca del 90% del costo total de los servicios tutelados, que asciende a \$192.431.087, correspondió a servicios negados por las EPS del régimen contributivo. Igualmente, se observa que el costo de los servicios por unidad de tutela alcanzó cerca de \$1.618.438 en el régimen contributivo, \$565.476 en el régimen subsidiado y \$1.136.300 para los vinculados. El costo medio de los servicios por unidad de tutela alcanzó un monto de \$1.318.021,1</p> <p>Los servicios solicitados con mayor frecuencia en las tutelas del período, correspondieron en su orden a exámenes, consultas con especialistas y cirugías, los cuales suman cerca del 67% del total de servicios solicitados. Los de menor solicitud fueron los elementos de rehabilitación y tratamientos varios.</p> <p>Son mayores los costos de los servicios exigidos respecto de los costos del proceso jurídico.</p>
<b>Discusión</b>	<p>El número total de tutelas en salud presentadas en la ciudad de Medellín en el período 2005-2009 fue de 75.595. Si</p>

	<p>multiplicamos este dato por el costo del proceso de la tutela ordinaria y extraordinaria que determinó este estudio, obtenemos la suma de \$33.376.099.640 y \$62.146.498.310 respectivamente, cifras que corresponden al costo total para el período señalado del trámite de estas tutelas hasta la primera instancia. La Defensoría estimó en 775.102 las tutelas en salud interpuestas en Colombia en el período 1999-2009; dicho dato multiplicado por el costo estimado del proceso de una tutela ordinaria arroja la suma de \$342.216.834.200. Y si estas tutelas hubiesen sido de carácter extraordinario, el costo de su trámite judicial llegaría a los \$637.209.803.996, que representan cerca del 2% de los dineros que circulan actualmente en el sistema de salud colombiano.</p> <p>Las aseguradoras no sólo tienen la obligación con los usuarios de prestar los servicios que están fuera o dentro del POS, sino también la responsabilidad de asumir el costo que implica tramitar una tutela interpuesta por un servicio de salud que ha sido negado, puesto que este trámite representa un costo de transacción para acceder efectivamente al derecho a la salud, derivado del incumplimiento por parte de las aseguradoras de un contrato social contemplado en la constitución política y en la mayoría de los casos del incumplimiento del contrato privado que ellas han suscrito con los usuario afiliados al sistema de salud.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Este artículo demuestra que en la mayoría de los eventos donde se utiliza la tutela como el medio más fácil para adquirir un servicio solicitado y negado, se trata de servicios que estaba obligada la EPS a suministrar, pues se trataba de atenciones incluidas en el POS, lo cual revela una de las fallas características del sistema: la ausencia no sólo de mecanismos efectivos de control sino también la falta de una rectoría estatal que establezca reglas claras y que se encuentre en capacidad de hacerlas cumplir.</p> <p>Lo anterior pone en evidencia las equivocaciones que pueden desprenderse de un sistema de salud articulado bajo la racionalidad económica de los operadores privados y públicos, que pretende funciona como sistema cerrado y auto contenido. Las aseguradoras, no sólo terminan vulnerando los derechos de la ciudadanía, sino también sometiendo a la sociedad a unos costos en procesos jurídicos que son evidentemente innecesarios.</p> <p>Las EPS cuentan con un comité técnico científico para analizar profundamente los casos clínicos y poder determinar si los tratamientos, exámenes, cirugías y medicamentos ordenados</p>



	<p>por médicos especialistas se pueden autorizar y entregar a los usuarios, pero lastimosamente no en todos los casos así sea verdaderamente necesario, niegan dichas autorizaciones, viendo obligados a los usuarios a tener que meter una acción de tutela para que sus derechos no sean vulnerados y viéndose afectados tanto las aseguradoras como los usuarios por el dinero y el tiempo que deben esperar mientras sale el fallo de la tutela. Esto debe replantearse para que el número de tutelas en Colombia no sea tan alto y los usuarios no se vean afectados por una inadecuada decisión por parte de las personas que niegan los servicios.</p>
--	---

<b>TITULO 39</b>	<b>REFORMA A LA SALUD 2013</b>
<b>Autor y Año</b>	Colombia. Congreso de la Republica, 2013.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal Digital Universidad Sergio Arboleda
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Colombia. Congreso de la República. Proyecto de Ley No. ____ de 2013. Universidad Sergio Arboleda [Internet]. Bogotá, 2013 [Consultado el 12 de noviembre de 2013. Disponible en: <a href="http://www.usergioarboleda.edu.co/economia/Aniversario/LecturasRecomendadas/textos-de-interes/Proyecto-de-Ley-Reforma-a-la-Salud.pdf">http://www.usergioarboleda.edu.co/economia/Aniversario/LecturasRecomendadas/textos-de-interes/Proyecto-de-Ley-Reforma-a-la-Salud.pdf</a> <sup>49</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	La presente Ley tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado –ESE- y un régimen de transición para la aplicación de los dispuesto en la presente ley.
<b>Palabras Clave</b>	Proyecto, Ley, Salud, Congreso de la Republica, Gobierno
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<b>Ámbito de la Ley.</b> La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina y controla la prestación del servicio público de salud y los roles de los actores involucrados <b>Objetivo, características y evaluación del Sistema.</b> El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad.
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y</b>	No aplica.

<b>proceso medición</b>	
<b>Resultados</b>	Se dictan 67 artículos a los cuales se les anexa una exposición de los motivos que llevaron a condicionar este Proyecto de Ley que tiene en cuenta: los logros y las tareas pendientes en el sistema de salud colombiano y la descripción de cada uno de los capítulos de la Ley.
<b>Discusión</b>	La prestación del servicio de salud comprende las acciones de salud pública y las prestaciones individuales. Las acciones de salud pública estarán a cargo de las Entidades Territoriales y serán prestadas dentro de su jurisdicción. Las prestaciones individuales estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, y son aquellas contenidas en Mi-Plan. Los Gestores de Servicios de Salud conformarán Redes de Prestadores de Servicios de Salud, las cuales operarán en Áreas de Gestión Sanitarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la prestación de los servicios de salud mediante un sistema de indicadores de acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, calidad y resultados en salud, según corresponda.
<b>Análisis Personal</b>	Los Servicios individuales de la salud que se realizan para disminuir la probabilidad de la enfermedad es un derecho al que tiene todo ciudadano para que se lo hagan con responsabilidad y seriedad bajo una ley de la republica con un condicionamiento de las normas internacionales. Las condiciones deben ser buenas y el manejo honesto, ético y con gran responsabilidad.

<b>Título 40</b>	<b>DESCENTRALIZACIÓN Y EQUIDAD: EL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN LOS MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES</b>
<b>Autor y Año</b>	Lago Fernando Pablo, Moscoso Nebel Silvana; Elorza María Eugenia, Ripari Nadia Vanina, 2012.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	redalyc
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Lago F.P., Moscoso N.S., Elorza M.E., Ripari N.V. Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. Salud Colectiva [Internet]. Argentina, septiembre-diciembre 2012 [citado el 20 de septiembre de 2013]. Vol. 8, núm. 3. pp 263-274. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73125097009">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73125097009</a> <sup>50</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar el grado de equidad en el acceso a los servicios de atención de la salud ofrecidos por el subsector público a los

	habitantes sin cobertura de obra social o medicina prepaga de los municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina).
<b>Palabras Clave</b>	Recursos Financieros en Salud; descentralización, equidad en Salud, equidad en el acceso.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Gasto público Tasa de mortalidad infantil La población sin cobertura de salud
<b>Muestra</b>	Habitantes de los municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina).
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Se analizó la desigualdad en la capacidad de acceso a los servicios de salud de los habitantes sin cobertura de obra social o medicina prepaga de los municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina).</p> <p>Como medida del gasto público en salud en los municipios se utilizó la suma del gasto municipal finalidad salud y el gasto provincial hospitalario desagregado por jurisdicción. Este último surge de imputar el total del presupuesto ejecutado por las instituciones hospitalarias provinciales a cada uno de los partidos de la provincia, utilizando como criterio de distribución el lugar de residencia de los pacientes que egresan.</p> <p>La metodología utilizada para analizar el grado de desigualdad en los valores <i>per cápita</i> del gasto público en salud en los municipios entre los habitantes de los distintos partidos de la provincia de Buenos Aires consistió en los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dividió la población en quintiles de acuerdo al monto del gasto público en salud en los municipios per cápita que reciben, el cual está determinado por su municipio de residencia. De esta forma el primer quintil estaría integrado por el 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los menores montos per cápita y el último quintil correspondería al 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los mayores montos per cápita.</li> <li>2. Se analizó el monto del gasto público en salud en los municipios y del gasto municipal finalidad salud promedio per cápita por quintil y se trazaron las curvas de concentración de ambos.</li> <li>3. Se determinó la composición de la población sin cobertura de salud de cada quintil del gasto público en salud en los municipios según su municipio de origen, clasificados por densidad poblacional en: conurbano, rural, semirural y centros urbanos del interior.</li> </ol>

	<p>La necesidad de cuidados médicos de cada municipio se estimó mediante dos indicadores: Tasa de mortalidad infantil y Porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. La metodología aplicada para determinar si las desigualdades observadas en el gasto en salud de cada municipio se justifican en las distintas necesidades locales de cuidados de salud consistió en los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se agruparon los municipios por quintiles de necesidad, de forma tal que el primer quintil comprende el 20% de los municipios que tienen menores porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas y tasa de mortalidad infantil, y el último quintil incluye el 20% de los municipios con mayores porcentajes de población con estas condiciones.</li> <li>2. Se analizó si una mayor necesidad medida a través de estos indicadores se corresponde con mayores valores promedio <i>per cápita</i> del gasto público en salud en los municipios y del gasto municipal finalidad salud.</li> </ol> <p>Finalmente se aplicó el siguiente procedimiento para determinar la relación entre la riqueza de cada municipio, medida por su producto bruto geográfico <i>per cápita</i>, y el gasto en salud <i>per cápita</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para estimar el producto bruto geográfico <i>per cápita</i> por municipio se utilizó la serie de producto bruto geográfico municipal correspondiente al año 2003, a partir de la información brindada por la Subsecretaría de coordinación Económica del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, y la estimación del Instituto Nacional de Estadística y censos (INDEC) de la población de cada municipio en el año 2003 (12).</li> <li>2. Se agruparon los municipios por quintiles de producto bruto geográfico <i>per cápita</i> de forma tal que el primer quintil incluye el 20% de los municipios con menor producto bruto geográfico, y el último quintil a aquellos que representan al 20% con mayor riqueza relativa.</li> <li>3. Se compararon los valores <i>per cápita</i> del gasto público y del gasto municipal en finalidad salud por quintil del producto bruto geográfico.</li> </ol>
<b>Resultados</b>	<p>Las desigualdades detectadas en el gasto público en salud <i>per cápita</i> no necesariamente resultarán inequitativas si las necesidades de cuidados de salud de cada población son heterogéneas.</p> <p>No se observa que los municipios con mayor tasa de mortalidad infantil reciban mayores niveles de gasto público en salud <i>per</i></p>

	<p>cápita.</p> <p>Las comunidades más ricas le otorgan mayor importancia a la provisión pública de un bien preferente como los cuidados médicos, podría explicarse por la mayor disponibilidad de recursos públicos para los gobiernos de los municipios con mayor riqueza relativa.</p>
<b>Discusión</b>	<p>La equidad en salud puede abordarse desde dos puntos de vista: equidad en los resultados de salud y equidad en los cuidados de salud.</p> <p>La distribución territorial del gasto público destinado a proveer bienes y servicios médico sanitarios para los habitantes sin cobertura de salud de la provincia de Buenos Aires no resulta adecuada desde la perspectiva de la equidad en los cuidados.</p> <p>Las diferencias observadas en los niveles de gasto público no pueden ser justificadas sobre la base de una mayor necesidad de gasto sanitario, aproximadas tanto por la tasa de mortalidad infantil como por el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas.</p> <p>Comparando los valores per cápita del gasto público en salud en los municipios y el gasto hospitalario provincial, las mayores desigualdades se registran en el primero, de lo que se deduce que el aporte financiero de la provincia a través del gasto hospitalario colabora en la reducción de la desigualdad del gasto público en salud en los municipios con relación al gasto municipal finalidad salud.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>En la provincia de Buenos Aires (Argentina), algunas responsabilidades del sistema de salud público se encuentran descentralizadas.</p> <p>Con la excepción de los hospitales pertenecientes a las fuerzas armadas, el nivel de gobierno nacional solo participa en el gasto en salud realizado en los municipios de la provincia mediante distintos programas de provisión de información, servicios, medicamentos e insumos que son distribuidos a través de la red de establecimientos de salud provinciales y municipales.</p> <p>Pese a las potenciales ganancias de eficiencia al introducir el federalismo fiscal en el sector salud, uno de los riesgos es la posibilidad de que se produzcan inequidades en el acceso a los bienes y servicios médico sanitarios entre distintas áreas geográficas.</p> <p>Mientras que la igualdad supone un trato uniforme de los individuos o poblaciones, la equidad requiere un tratamiento diferenciado de acuerdo a sus necesidades. De esta forma, las desigualdades en el acceso pueden ser equitativas si median distintas necesidades de atención de la salud.</p>

	Dado que el gasto público en salud puede ser determinante de la provisión equitativa de los servicios médico-sanitarios, resulta relevante analizar su distribución entre los distintos municipios que componen la provincia de Buenos Aires.
--	---

<b>Título 41</b>	<b>10 PUNTOS PARA ENTENDER. EL GASTO EN SALUD EN MÉXICO. EN EL MARCO DE LA COBERTURA UNIVERSAL.</b>
<b>Autor y Año</b>	Edna Jaime, Aguilera Nelly 2011
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	México Evalúa, Centro de Análisis en Políticas Públicas, A.C.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Aguilera, Jaime E. N. 10 puntos para entender el gasto en salud en México. En el marco de la cobertura universal. México Evalúa, Centro de Análisis en Políticas Públicas [En Internet]. Septiembre, 2011 [Consultado el 12 de octubre de 2013]. <sup>51</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar el funcionamiento del sistema de salud en México y el comportamiento histórico del gasto en la materia, en el marco de una política de cobertura universal. Con ello, se busca proponer estrategias para mejorar y hacer eficiente el uso y ejercicio de dichos recursos.
<b>Palabras Clave</b>	Gasto público, México, atención médica, recursos, administración, hospitales, distribución.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Existen brechas importantes de financiamiento de poblaciones en todo el país, situación no puede prevalecer si se busca transitar hacia un sistema de universal de salud. Por ello, se recomienda modificar la forma en cómo se asignan los recursos del Ramo entre las entidades federativas para abatir la desigualdad en el financiamiento a la salud y mejorar los resultados de salud globales del país. La revisión de la distribución del gasto es fundamental para garantizar que cada persona reciba los recursos que le corresponden dado su perfil de riesgo, dentro de cada esquema (en una primera etapa), y a nivel nacional (en una segunda etapa). Esto permitirá destinar los recursos financieros y físicos a aquellos proveedores que tengan los mejores niveles de productividad en servicios de salud. El principal rubro que explica el incremento del gasto público en salud es el financiamiento destinado a la población que carece de seguridad social a través del Sistema de Protección Social en Salud.
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica

<p><b>Resultados</b></p>	<p>El incremento del gasto en salud no ha mejorado la salud de las personas.          La atención médica y la infraestructura en salud no han crecido al mismo ritmo que el gasto en salud.          El gasto público no está sustituyendo el desembolso que las familias realizan para pagar atención médica y existen diferencias en la cobertura de salud según el nivel de ingreso de los hogares.          El sistema de salud tiene un elevado costo administrativo, lo que distrae recursos que podrían dirigirse a la provisión de un mayor número de servicios de cuidado médico.          No se realiza un uso eficiente de los recursos porque el sistema de salud está fragmentando y no se articulan sus procesos.          La distribución del gasto hacia las entidades federativas es desigual y obedece, principalmente, a criterios inerciales que en poco contribuyen a mejorar los resultados de salud en el país.          Las líneas de acción y las propuestas de las autoridades muestran pocos avances en la atención de los obstáculos del Sistema Mexicano de Salud.</p>
<p><b>Discusión</b></p>	<p>Aún con los cambios y reformas implementadas en el sector, las autoridades gubernamentales reconocen las limitaciones del Sistema Mexicano de Salud y se percibe una constante preocupación por atenderlas. De hecho, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se define que en el marco de la cobertura universal, el sistema debe avanzar hacia mejoras organizacionales y funcionales para abatir las ineficiencias en el sistema.          Se recomienda mejorar la asignación de recursos financieros en el sector salud, mejorar el uso de los recursos públicos a lo largo de las tres funciones del sistema de salud, crear un Sistema Integral de Monitoreo que permita mejorar la eficiencia del sector salud y que genere información útil para la toma de decisiones de política pública.</p>
<p><b>Análisis Personal</b></p>	<p>Cuando un país planea como realizar un esquema de atención en salud sus indicadores son positivos, comparados con otros países. México tiene la financiación de la salud muy definida su estructura se enfoca a llegar a todos los habitantes. Los hospitales y establecimientos de salud cuentan con todo recurso para tener un buen funcionamiento.          Es importante tener en cuenta que si se desea implementar un sistema de monitoreo deben determinarse los indicadores de seguimiento y de eficacia en el cumplimiento. Estos deben publicarse consistentemente para permitir la toma de decisiones.</p>

<b>Título 42</b>	<b>FINANZAS EN SALUD: EL CASO COSTA RICA</b>
<b>Autor y Año</b>	Juan Manuel Hernández Herrera, 2010
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	scielo
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Hernández Herrera J.M. Finanzas en Salud: el caso Costa Rica. Revista costarricense de salud pública [Internet]. Enero-junio 2010 [Consultado el 18 de septiembre de 2013]. No. 1. Vol. 19, pp1-2. Disponible en: <a href="http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000100001&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000100001&amp;script=sci_arttext</a> <sup>52</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Conocer la forma de cómo se financia la salud en Costa Rica, como fue la reforma y cuál es su tendencia en cuanto a su estructura demográfica.
<b>Palabras Clave</b>	Equidad, proporción, reforma, financiación
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La equidad de un sistema de salud, permite la interpretación desde el punto de vista de accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población y desde el punto de vista del financiamiento, siendo el financiamiento público el más equitativo.</p> <p>El conocimiento del gasto nacional en salud, es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector de la salud, permite evaluar la equidad y eficiencia con que se utilizan y asignan estos recursos.</p> <p>La OPS propone la utilización conjunta de subsidios con mecanismos tradicionales de financiamiento, ello protege el acceso de la población al servicios médico, siendo el Estado la entidad rectora encargada de corregir fallas de mercado que limitan el acceso a los servicios de salud, velar por la equidad en la atención, controlar mecanismos de compensación, subsidios, impuestos, priorización de alternativas y mantener la equidad en el acceso.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	El gasto per cápita en salud (público y privado) en Costa Rica es de ¢58.000 (\$ 239) anuales (1997-1998). El promedio regional latinoamericano del periodo 1997-1998 es ¢96.000 (\$392). Con tipo de cambio a razón de \$1 por ¢235-245 al mes de noviembre del año 1998, este período según estimaciones del Banco Nacional fue muy estable en comparación con al menos 2 años antes y después del período cifrado.



	El indicador “Proporción del Gasto Nacional en Salud (GNS) del Producto Interno Bruto (PIB)”, es un indicador de la prioridad que la sociedad asigna a la atención de la salud de su población. El GNS para el período 1997-1998 fue de 8,89 % cabe destacar que el promedio regional latinoamericano es de 7,7%, aún así Costa Rica se encuentra por debajo del promedio sobre todo por el efecto de los valores extremos
<b>Discusión</b>	El sistema nacional de Salud de Costa Rica y el sistema de financiamiento del estado costarricense presenta las dificultades propias de otros sistemas de salud, siendo la clave la necesidad de readecuación de los modelos de atención para orientarlos en la defensa de la mayor productividad y mejora de la atención médica a los pacientes en edad productiva especialmente para mantener un flujo de ingreso óptimo que satisfaga las necesidades de la totalidad del sistema de salud, de lo contrario el sistema colapsará por exceso de demanda y escaso incremento en la oferta
<b>Análisis Personal</b>	Desde el punto de vista de la realidad todos los sistemas de salud de Latinoamérica son muy idénticos teniendo en casi todos los mismos problemas de financiación. Los indicadores nos dicen las falencias que determinan los malos manejos y la corrupción que existe en el sistema por efectos de la politiquería. La financiación es la estatización del sistema financiado con recursos del estado y de los trabajadores.

<b>Título 43</b>	<b>SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SGSSS</b>
<b>Autor y Año</b>	Ministerio de Salud y Protección Social, 2012
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Centro de investigación económica y social FEDESARROLLO
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Colombia. Ministerio de Protección Social. Sostenibilidad financiera del SGSSS. Fedesarrollo [Internet]. 2012 [Consultado el 12 de noviembre de 2013]. p.31. Disponible en: <a href="http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/07/Sostenibilidad-financiera-del-SGSSS-Norman-Julio-M%C3%BA%C3%B1oz-Ministerio-de-Salud2.pdf">http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/07/Sostenibilidad-financiera-del-SGSSS-Norman-Julio-M%C3%BA%C3%B1oz-Ministerio-de-Salud2.pdf</a> DANE <sup>53</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Determinar la cobertura, el comportamiento del régimen contributivo, las medidas para el control del gasto de recobros, el flujo de los recursos, el saneamiento de la cartera EPS e IPS y las condiciones de habilitación y operación EPS.
<b>Palabras Clave</b>	Cobertura en salud, régimen contributivo, plan de beneficios, control gasto en recobros, política farmacéutica, seguimiento y evaluación del SGSSS.

<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	El sistema de salud Colombiano tiene como objetivo brindar cobertura al 100% de la población. Tiene como base tres grandes componentes, Financiación (fosyga), aseguramiento (las EPS) y las prestadoras de servicio (IPS).
<b>Muestra</b>	No aplica
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica
<b>Resultados</b>	<p><b>Universalización:</b> La cobertura pasó de 92 a 96% (2.7 millones de nuevos afiliados, 1.4 mill. en régimen contributivo).</p> <p><b>Actualización:</b> La actualización del POS garantiza el tratamiento de primera línea para las enfermedades que causan la mayor discapacidad o mortalidad.</p> <p><b>Unificación:</b> Desde el 1ro de julio de 2012, toda la población Colombiana cuenta con el mismo plan de beneficios. Un esfuerzo que significa la inversión de \$120 mil millones mensuales.</p> <p>Mantener el POS actualizado será un proceso dinámico que debe responder a las necesidades de la población, incluyendo nuevas tecnologías que demuestren su seguridad, eficacia, efectividad y costo efectividad</p>
<b>Discusión</b>	No aplica, se presentan gráficos y datos.
<b>Análisis Personal</b>	El ministerio a través de este estudio actualiza la realidad de la prestación de servicios del sistema de salud en Colombia, con procedimientos estadísticos que reflejan unas falencias y unas fortalezas en algunas actividades. Defiende la transparencia, calidad la información y uso eficiente de los recursos financieros, logrando un ahorro sustancial en el pago de Recobros. Con el Giro Directo de los recursos del Régimen subsidiado se ha reducido de 90 a 10 días el tiempo que demoran en llegar los recursos de la Nación a EPS e IPS. Desde abril de 2011 se han girado directamente a EPS e IPS 8,21 billones de pesos. Actualmente el giro directo a IPS llega al 65% y la meta es superar el 70% en promedio. En agosto de 2012, de las 2.114 entidades a quienes se les realizó un giro, 997 son IPS públicas, 1.114 IPS privadas y 3 mixtas. Del total girado a las IPS el 57% va a IPS públicas, 42% a IPS privadas. El agosto de 2011 se giró directo a las IPS \$476 mil millones. Atención Eventos de Accidentes de Tránsito Reconocimiento de la cobertura en un solo Pagador que es la aseguradora que emite la póliza SOAT a partir del 1 de julio de 2012. Decreto 019 de 2012 Esto reducirá los tiempos en aproximadamente 180

	<p>días para que la IPS reciba los recursos por atención de víctimas de accidentes de tránsito 2. Simplificación proceso de Giro y Compensación A partir de 1 de noviembre de 2012. Decreto 4023 de 2011 3. Simplificación del reconocimiento de la UPC del RS. Eliminación de contratos, proceso lo realiza el FOSYGA sin costo para los actores. Simplificación procedimientos para reconocimiento de recursos 2012. Condiciones iguales para EPS de RC y RS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Regionalización</li> <li>•Número de afiliados</li> <li>•Número de EPS en cada región</li> <li>•Mecanismos para la Movilidad en diferentes regiones del País</li> </ul>
--	---

<b>Título 44</b>	<b>EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INVESTIGACIÓN DE LA EVALUACIÓN EN SALUD. COLCIENCIAS 1970 - 2007</b>
<b>Autor y Año</b>	Hernán Jaramillo Salazar, Carolina Lopera Oquendo, Beatriz Elena González Agudelo, Andrés Ignacio Vecino Ortiz. 2009
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	Universidad del Rosario
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Jaramillo Salazar H., Lopera Oquendo C., González Agudelo B.E., Vecino Ortiz A.I. Evaluación del impacto de la investigación de la evaluación en salud. Colciencias 1970–2007. [Internet], 2009 [Consultado el 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <a href="http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/Evaluacion%20del%20impacto%20del%20financiamiento%20de%20la%20investigacion%20en%20salud.pdf">http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/Evaluacion%20del%20impacto%20del%20financiamiento%20de%20la%20investigacion%20en%20salud.pdf</a> <sup>54</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Evaluar el impacto del financiamiento de la investigación en salud sobre los resultados de investigación. Evaluar las capacidades académicas y científicas y la acumulación de conocimiento para la solución de problemas prioritarios de salud durante el periodo 1970 2007
<b>Palabras Clave</b>	Capital humano, Capital intelectual, Capital social, Metodología, Análisis, Segmento, Clasificación, Biomédico Clínico, Epidemiológico, Sistemas de salud, Básico-clínico
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Capital Humano: atributos y capacidades acumuladas individualmente. Capital intelectual: conocimiento distribuido entre los miembros de la organización. Capital Social: acumulación de vínculos asociativos construido entre los miembros de una sociedad dentro de sus marcos organizacionales.
<b>Muestra</b>	902 observaciones. Base de proyectos del área de la salud

	<p>con financiación por medio de recuperación contingente entre 1970 y 2007 (Colciencias)</p>
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Se eliminaron 37 proyecto (4,11%), debido a que no fue posible caracterizar el tema de investigación y/o el enfoque a partir de la información disponible.</p> <p>Los datos se agruparon los datos en cinco períodos, a saber: 1970-1989, 1990-1994, 1995-2000, 2001-2004 y 2005-2007.</p> <p>El criterio de clasificación fue el CIE versión 8 y 10.</p> <p>La clasificación por temas llevo a que se definieran cinco grupos: I. Enfermedades infecciosas y transmisibles, maternas, infantiles y de la nutrición. II. Enfermedades crónicas no transmisibles. III. Lesiones (violencia, trauma, accidentes). IV. Políticas, programas y servicios de salud. V. Temas sobre otras disciplinas relacionadas con salud, no clasificables en los grupos anteriores.</p> <p>La clasificación por enfoques fue: biomédico, clínico, epidemiológico, sistemas de salud y básico clínico.</p>
<b>Resultados</b>	<p>A través de los 37 años estudiados (1970-2007) se observa el predominio del financiamiento de proyectos de investigación sobre enfermedades infecciosas, transmisibles maternas, infantiles y de la nutrición (grupo I).</p> <p>A partir del periodo 1990-1994 se presenta un incremento constante en el número de proyectos y financiación promedio anual de la investigación sobre enfermedades crónicas no transmisibles (grupo II).</p> <p>En el periodo 2001-2004, aumenta el número de proyectos aprobados pertinentes a las enfermedades de los grupos I y II y pasan a representar el 49% y el 37% respectivamente del total del monto de la financiación otorgada.</p> <p>Durante el lapso de tiempo estudiado (1970-2007) predomina la investigación básico-clínica con el 26,5% del total de proyectos aprobados promedio por año, seguida de la investigación biomédica (23,9%), clínica (20,4%), epidemiológica (19,4%) y sistemas de salud (9.8%).</p> <p>Entre 1970 y 1989 la actividad investigativa no estaba articulada con un programa nacional de desarrollo científico y tecnológico en salud y el quehacer investigativo obedecía más bien a la iniciativa personal de los investigadores quienes competían indiscriminadamente por los fondos disponibles según demanda por proyectos</p> <p>De 1990 en adelante se destacan dos líneas de investigación a saber enfermedades infecciosas y transmisibles y las enfermedades crónicas no transmisibles, primando la primera línea de investigación sobre la segunda.</p>

<b>Discusión</b>	<p>La actividad investigativa no estaba articulada con un programa nacional de desarrollo científico y tecnológico en salud.</p> <p>No existía sinergia entre las acciones promovidas por el Ministerio de Salud y Colciencias.</p> <p>El quehacer investigativo obedecía más bien a la iniciativa personal de los investigadores quienes competían indiscriminadamente por los fondos disponibles según demanda por proyectos</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Es importante realizar mediciones de un sistema de salud que nos de unos indicadores para mejorar las condiciones. La medición histórica desde un determinado tiempo nos lleva a balizar la evolución de un sistema en un tema específico. Es el caso de la cardiología y algunas especializaciones específicas, es de aclarar que la información es un insumo fundamental para la toma de decisiones de un proceso, nuestras autoridades requieren de un conocimiento básico en el comportamiento epidemiológico para desarrollar un verdadero presupuesto que cubra las necesidades básicas en salud en una comunidad, el dinero para la salud debe tener un destino específico de tal manera que no se preste para actos de corrupción.</p>

<b>Título 45</b>	<b>INEQUIDAD REGIONAL EN LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA, 2008.</b>
<b>Autor y Año</b>	Nelson Alvis, Luis Alvis, Robinson Castro, 2008.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal Digital Universidad de Antioquía
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Alvis N., Alvis L., Castro R. Inequidad regional en la financiación de la salud en Colombia, 2008. Lecturas de Economía [Internet]. Julio-Diciembre 2009 [consultado el 3 de noviembre de 2013], No. 71 pp. 169-188. Disponible en: <a href="http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeconomia/article/viewFile/4818/4237">http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeconomia/article/viewFile/4818/4237</a> . <sup>55</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Analizar las desigualdades regionales en materia de financiación del desarrollo social, particularmente la financiación de la salud, con el fin de formular recomendaciones de política
<b>Palabras Clave</b>	Inequidad, financiación en salud, necesidades básicas insatisfechas
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En los noventa Colombia implementó reformas tendientes a reducir la intervención directa del Estado y a fortalecer los mecanismos de mercado en la provisión de bienes y servicios. En salud, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) dirigido a universalizar la cobertura de servicios, bajo un esquema de aseguramiento en

	<p>el cual el Estado se declara regulador de mercados y financiador de subsidios de la población más pobre y vulnerable, asignados con criterios de focalización consagrados en la constitución política de 1991 y desarrollados en la Ley 60 de 1993 (Vargas, 2004).</p> <p>En Colombia el Sistema General de Participaciones (SGP) creado por la Ley 715 de 2001, contiene las reglas de distribución de los recursos destinados a la inversión social: educación (58,5%), salud (24,5%) y propósito general (17,0%). Esta ley establece los usos de los recursos destinados a la salud así: i) financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total, ii) prestación del servicio de salud a la población pobre en aquellos servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, y iii) acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud. Las fórmulas de distribución de los recursos para estos usos se establecen en los artículos 48, 49 y 52 respectivamente (Congreso de la República de Colombia, 2001).</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Como periodo de estudio se toma del año 2002 al 2006, se analiza la población de los departamentos agrupados en las regiones Caribe, Central, Oriental, Pacífica, Nuevos Departamentos.</p> <p>Para el análisis de la información se toman como base los criterios de distribución de los recursos citados en la ley 715.</p> <p>En cuanto a los datos demográficos y las mediciones del índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), se toma la información disponible en la página web del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE, 2008).</p> <p>Se analizan los departamentos agrupados en las regiones Caribe, Central, Oriental, Pacífica, los Nuevos Departamentos, Bogotá y Antioquia.</p>
<b>Resultados</b>	<p>El estudio muestra la consistencia de las afirmaciones que exponen la existencia de serias inequidades en la financiación de la salud en la región Caribe y Pacífica frente al promedio nacional.</p> <p>Bogotá recibe recursos de transferencias para salud más de dos veces en relación con las regiones Caribe y Pacífica, la peor situación la tiene la región Caribe.</p> <p>Si desagregamos estos <i>per cápita</i> en las aplicaciones de prestación de servicios, salud pública y régimen subsidiado, se observa que la situación es más desventajosa en el área de prestación de servicios; esto implica que para la prestación de</p>

	servicios de la población pobre no asegurada, y de los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, Bogotá cuenta con casi tres veces los recursos disponibles para la región Caribe.
<b>Discusión</b>	El presente estudio muestra la existencia de ineficiencia en la asignación de las transferencias de recursos destinados para la salud de los habitantes de las distintas regiones de Colombia, si se asume que las NBI son un buen descriptor del estado de pobreza de las comunidades. En tal sentido, se hace necesario revisar y replantear los criterios de asignación (transferencias) de recursos destinados al gasto sanitario, a fin de contar con políticas redistributivas más eficientes.
<b>Análisis Personal</b>	Con este trabajo lo que se analizó, fueron las desigualdades regionales en cuanto a la financiación de la salud, muestra que hay inequidades en la financiación de la salud en la región Caribe y Pacífica frente al promedio nacional. Y hay consecuencias para el sector de salud como es reducir la expectativa del crecimiento de los recursos públicos. Así, el nuevo Acto Legislativo posterga indefinidamente la expectativa de lograr la cobertura universal en el aseguramiento. Sin duda el impacto regional de estas consecuencias será más grave para las regiones Caribe y Pacífica. Este estudio nos sirve para darnos cuenta y para ver que existe ineficiencia en la asignación de las transferencias de recursos destinados para la salud de los habitantes de las distintas regiones de Colombia, si se asume que las NBI son un buen descriptor del estado de pobreza de las comunidades. Y lo ideal es que se revise y replantee los criterios de asignación (transferencias) de recursos destinados al gasto sanitario, a fin de contar con políticas redistributivas más eficientes.

<b>Título 46</b>	<b>LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS CON ARGENTINA 2012-2016</b>
<b>Autor y Año</b>	Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2012-2016. Who [Internet]. Octubre 2012 [Consultado el 03 de octubre de 2013]. p. 84 Disponible en: <a href="http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_arg_es.pdf">http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_arg_es.pdf</a> <sup>56</sup>
<b>Objetivo del</b>	Documentar el proceso de realización de la Estrategia de

<b>artículo</b>	Cooperación de la OPS/OMS con Argentina (ECP).
<b>Palabras Clave</b>	Argentina, política, determinantes, salud, OPS-OMS, estrategias y programa de salud
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>La Estrategia de Cooperación con el País (ECP) refleja una perspectiva de mediano plazo (4 a 6 años) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para cooperar con un país dado, y define un marco estratégico de colaboración con ese país.</p> <p>Se trata de un proceso a través del cual se definen prioridades que quedan reflejadas en una Agenda Estratégica de cooperación a fin de contribuir al Desarrollo Nacional de la Salud.</p> <p>Estas prioridades se definen juntamente con las autoridades nacionales. Por otra parte, este ejercicio responde a los mandatos globales y regionales de la Organización</p>
<b>Muestra</b>	No aplica.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	<p>La realización de la ECP permitió revisar las prioridades para la cooperación técnica de la OPS/OMS con el país, así como los enfoques estratégicos para su implementación. Cabe señalar que estas prioridades estratégicas, así como las esferas principales de acción de la OPS/OMS han sido plasmadas en una agenda estratégica y consensuadas con las autoridades nacionales.</p> <p>Argentina, en tanto país de renta media, cuenta con capacidades tecnológicas y recursos humanos altamente calificados en distintos campos. La Comisión Nacional Salud Investiga del MSN ha continuado con su propósito de fomentar la investigación en un marco de equidad, y orientada a resolver problemas de salud pública de la población priorizados por los ministerios de las distintas jurisdicciones del país.</p> <p>Argentina cuenta con un Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA) que incluye al MSN y a los Ministerios Provinciales en materia de gestión de los datos de establecimientos, profesionales, programas o prestaciones para la comunidad.</p> <p>Argentina participa activamente en diversos foros globales y subregionales, propiciando el fortalecimiento del multilateralismo y armonizando posiciones que garanticen una cooperación internacional en salud más efectiva y alineada con los objetivos de los países en desarrollo.</p>
<b>Discusión</b>	Se destaca que la Argentina ha fomentado con especial énfasis



	<p>en la cooperación sur sur (CSS) y triangular como prioridad de acción de su política exterior. Para ello, Argentina cuenta con el Fondo Argentino de Cooperación sur sur y triangular (FO.AR) en el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La política de cooperación horizontal delineada por la Cancillería argentina prioriza tres ejes programáticos: (i) administración y gobernabilidad; (ii) derechos humanos y (iii) desarrollo sustentable. Las acciones se han concentrado en: la profundización de la CSS con los países limítrofes desde la perspectiva de la integración en MERCOSUR y la reducción de asimetrías; la promoción de vínculos de desarrollo con Haití; el desarrollo de cooperación estratégica con los países que conforman el Caribe anglófono, África -en especial África subsahariana-, y Asia.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Todos los países del mundo tienen que recibir la ayuda y las indicaciones de las organizaciones que regulan esta actividad. La Organización Mundial de la salud es un ente mundial que debe vigilar y ayudar al desarrollo permanente de la atención en salud en todos los territorios del mundo a través de políticas claras siempre respetando la geografía y cultura, los profesionales de la salud deben de interesarse por la salud de la humanidad y no por enriquecerse con esta profesión. Hemos sentido crisis en este sector por falta de políticas claras y sobre todo por se debe contar con conceptos de profesionales de ramas distintas a los de los médicos.</p> <p>Los costos y la administración deben ser cuidados, analizado y Gerencia dos por administradores natos que tengan conceptos de lo que es la administración de la salud. La Gerencia de la salud debe coincidir con la gerencia de cualquier empresa de cualquier sector. Las políticas, los objetivos, las estrategias y los resultados deben de ser evaluados permanentemente por estos organismos internacionales de tal manera que prime el servicio y la calidad.</p>

<b>Título 47</b>	<b>LA LEGISLACIÓN QUE REGLAMENTA EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: FORMULACIÓN, APLICACIÓN E IMPLICACIÓN DE SUS ACTORES</b>
<b>Autor y Año</b>	Iván F. Muñoz E; Beatriz E. Londoños, Yomaira Higueta H., Diego A. Sarasti, Gloria Molina M., 2009
<b>Ubicación del artículo (base datos)</b>	redalyc
<b>Citación Bibliográfica</b>	Muñoz I.F., Londoño B.E., Higueta Y., Sarasti D.A., Molina G. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano:

<b>del artículo en Vancouver)</b>	formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. Medellín mayo/agosto de 2009 [Citado el 24 de enero de 2014]. Vol. 27, núm. 2. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791005">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791005</a> <sup>57</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Presentar las problemáticas en la formulación e implementación de la legislación del actual sistema, así como las implicaciones sobre sus diferentes actores.
<b>Palabras Clave</b>	Legislación en salud, derecho a la salud, accesibilidad a los servicios de salud, personal de salud, sistema de salud colombiano.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	En el sistema de salud colombiano, la legislación cumple el papel de determinar su estructura y funcionamiento en aras de la garantía de los derechos a la salud y la seguridad social incluidos en la Constitución de 1991.
<b>Muestra</b>	174 entrevistas a médicos, administradores, enfermeras y usuarios.
<b>Intervención y proceso medición</b>	El estudio se realizó en seis ciudades caso: Medellín, Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia, seleccionadas bajo el supuesto de que en ellas se da una diversidad en la implementación del SGSSS y de que se presentan diferencias en su contexto cultural y de desarrollo en salud. En cada ciudad se eligieron representantes de tres grupos de actores del sistema: 1) médicos y enfermeras, generales y especialistas, que se dedicaran a la atención en salud en instituciones públicas o privadas del sector y que llevaran como mínimo cinco años de egresados, los cuales se agruparon como personal clínico; 2) el personal administrativo, o sea, quienes se desempeñaban en los diferentes ámbitos administrativos del sistema – entes territoriales, empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas y privadas–; y 3) usuarios de instituciones públicas y privadas del sector. En el período de estudio (2006 y 2007), cada ciudad fue visitada en dos a tres etapas, y se contactó en promedio a 29 personas o grupos de personas por ciudad, para un total de 179 entrevistados, de 96 instituciones de salud, públicas y privadas.
<b>Resultados</b>	Los hallazgos evidencian problemas en la formulación e implementación, entre ellos: la sobreproducción normativa y las dificultades para su aprehensión, la influencia de intereses particulares y la no correspondencia de las normas con las necesidades de salud la población.

	Representantes de las instituciones de salud manifiestan dificultades para la aplicación de la legislación, debido a los requerimientos técnicos, financieros y de talento humano que, según ellos, algunas instituciones no logran alcanzar.
<b>Discusión</b>	<p>La escasa participación de los profesionales de la salud y de los usuarios en la formulación de la Ley 100 y la legislación que la reglamenta ha sido denunciada, entre otros, por la Academia Nacional de Medicina de Colombia en 1999 y el Primer Congreso Nacional por la Salud, realizado en el 2001.</p> <p>Esta situación se asocia con que en la reglamentación del sistema se presentan casos en los cuales es formulada de manera aislada de los contextos local y regional, desconociendo las diversas concepciones culturales acerca del proceso salud-enfermedad y las diferentes maneras como se manifiestan los determinantes de la salud en las distintas regiones del país, como lo mencionan Gutiérrez y Gutiérrez y el Primer Congreso Nacional por la Salud.</p> <p>A lo anterior se suma la variedad de intereses de los encargados de la toma de decisiones y la formulación de normas y políticas, quienes, como se ha evidenciado.</p>
<b>Análisis Personal</b>	Al existir problemas con la normatividad que reglamenta el sistema, algunas personas buscan el beneficio individual por encima del colectivo, que en últimas es lo que busca el Gobierno con las leyes y decretos que emite. En consecuencia, la salud se convierte en un saco roto donde aquellos que tengan poder o acceso a los recursos financieros, termina por manipularlos bajo su propio beneficio menoscabando la calidad en la atención y por tanto, perjudicando a los usuarios que en últimas son los que ven vulnerado su derecho.

<b>Título 48</b>	<b>LA ÚLTIMA REFORMA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO.</b>
<b>Autor y Año</b>	Álvaro Franco Giraldo, 2012.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca virtual Universidad Nacional de Colombia.
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	<p>Franco Giraldo A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Revista Salud Pública [Internet]. Octubre 2012 [Citado 17 febrero 2014]. Vol. 14 (5). Disponible en:</p> <p><a href="http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27735">http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27735</a> <sup>58</sup></p>
<b>Objetivo del artículo</b>	Explorar y analizar los cambios y oportunidades generados con la reforma del sistema de salud colombiano, a partir de la ley

	1438 del 2011.
<b>Palabras Clave</b>	Salud, Colombia, sistemas de salud, seguridad social, políticas.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Detrás de la reforma del sector salud en Colombia se han escondido actores muy poderosos que tras bambalinas y en un Estado corporativo han tenido siempre la capacidad de incidir en las decisiones del gobierno. En este tinglado de preocupación y debate, se expide por el Congreso de la República de Colombia, la ley 1438 del 19 de enero del 2011, quedándole mucho trecho por recorrer en la reglamentación y muchísimo más en la implementación, sin que se logre efectivamente jugar y papel reformador en la práctica subsanando las falencias y críticas que se ciernen sobre el sector salud provenientes de los más disímiles actores y sectores socio sanitarios.
<b>Muestra</b>	No aplica es una revisión documental.
<b>Intervención y proceso medición</b>	Se revisan documentalmente algunos temas pendientes desde la reforma introducida por la ley 100 de 1993 y los compara con la norma del 2011; también se contrastan con algunas estrategias de la salud pública inoperantes en la etapa de la reforma, bajo condiciones del modelo de mercado.
<b>Resultados</b>	Se reconoce el avance en temas importantes, como la igualación de los paquetes de beneficios, la atención primaria en salud, las redes integradas de servicios de salud, pero se discute su inoperancia para modificar aspectos medulares del sistema, como la sostenibilidad financiera y la lógica económica que se imponen sobre las estrategias mencionadas las cuales ven cercenada su capacidad de respuesta, en aras de mantener incólume el modelo de la ley 100 de 1993.
<b>Discusión</b>	Las reformas y las diversas configuraciones que tenemos de los sistemas de salud, más que técnicas obedecen a la ideología y a las ideas políticas que se discuten en el seno de la sociedad. En el desarrollo del sistema de salud se sobreponen las creencias políticas, las ideologías y las prácticas. Se espera de las reformas que fueran sustentadas en cambios graduales y progresivos, incrementales, dadas sus dificultades, siempre en relación con el entorno político, económico y epidemiológico. De acuerdo con Walt, no conviene aquellos intentos por hacer “una revolución”, o trabajar en la “gran reforma necesaria e impostergable”, es decir no caer en trampa reformista, como ocurrió con Colombia, en 1993, y hoy se ve necesario corregir los errores de entonces con una reforma en salud que le permita retornar a la defensa de la salud y al mejoramiento de las condiciones socio sanitarias.
<b>Análisis Personal</b>	El presente artículo ayuda a confirmar que las reformas en temas de salud en Colombia están cargadas de una idealización

	<p>económica, siendo estas las que impulsan los mecanismos de modificaciones normativas y es justa esta carga económica la que lleva a que tanto los proveedores del sistema como las aseguradores busquen la eficiencia no en metas de salud sino en metas basadas en objetivos financieros, lo que se convierte en una paradoja entre los objetivos del Estado y los objetivos y otros actores del sistema.</p> <p>Consideramos que desde este punto de vista, es primordial que se hagan estudios que busquen una solución que realmente contemple ambas ponencias para sí asegurar el éxito de ellas.</p>
--	---

<b>Título 49</b>	<b>ESTUDIO SOBRE EL MODO DE GESTIONAR LA SALUD EN COLOMBIA.</b>
<b>Autor y Año</b>	Ministerio de Salud y Protección Social, 2013
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Portal de MinSalud
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Documentos y publicaciones minsalud [Internet]. Colombia, 2013 [Citado el 19 de febrero de 2014]. Disponible en: <a href="http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf">http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf</a> <sup>59</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Realizar un análisis prospectivo sobre la forma idónea de gestionar la salud de los colombianos.
<b>Palabras Clave</b>	Gestión en salud, Estado, recursos, población atendida, EPS, concentración y descentralización de funciones.
<b>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	Por modelo de gestión se entiende la financiación y forma de operación de las instituciones encargadas de permitir que la gente acceda a los servicios de salud.
<b>Muestra</b>	No aplica, es una revisión documental.
<b>Intervención y proceso medición</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	Se propone que los gestores, si han de ser públicos, tengan un gobierno corporativo independiente a los gobiernos locales. Por otro lado, en caso de ser privados, se recomienda el diseño de mecanismos de pago que eviten los incentivos perversos. En ambos casos no hay razón para preferir un tipo de gestor sobre el otro y la recomendación puntual es dejar abierta la posibilidad

	<p>de ambos tipos de gestores, teniendo en cuenta que los públicos pueden ser de vital importancia en aquellas zonas donde los privados no estén interesados.</p> <p>El esfuerzo financiero que ha hecho el Estado Colombiano ubica al país como uno de los que más ha avanzado en asumir el costo directo del sistema de salud, con lo cual el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud pasó de ser 52.3% en 1993 a 22% en 2011. Esto lo ubica mejor que otros países latinoamericanos y mejor que muchos países desarrollados.</p> <p>Este reporte recomienda y es pro de la buena gestión de la salud, descentralizar la operación de ésta. No obstante, buscando evitar la creación de incentivos perversos, se recomienda la construcción de una serie de mecanismos de pago y un control de las fuentes de información.</p>
<b>Discusión</b>	<p>En lo que concierne a la centralización, esta se considera buena ya que permite un mayor control de gasto, además, a la hora de ejecutar planes y políticas públicas, se hace más rápido teniendo todas las funciones centralizadas. No obstante se reconocen problemas fuertemente asociados a la centralización: la alta heterogeneidad del territorio, que hace difícil adaptar el modelo de gestión para que ajuste perfectamente a cada región; y el aumento de procesos burocráticos que hacen imposible tomar medidas de reacción rápida en momentos y regiones particulares. La confluencia de estos dos problemas genera que los costos logísticos y operativos de manejar sistemas de salud tan heterogéneos bajo la misma estructura superen las ganancias obtenidas por el control de gasto.</p> <p>Por otra parte, la evidencia muestra como en la delegación de funciones o descentralización el sistema gana en cuestión de cobertura y eficiencia, aunque también incentiva la generación de poderes locales, los cuales traen consigo intereses que pueden ser perversos y perjudicar el servicio de salud que se presta a la población. Adicionalmente, el flujo de información respecto al sistema puede verse obstruido, lo cual conlleva a que haya menos conocimiento por parte de los entes reguladores sobre las realidades locales.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Los problemas en la gestión de la salud en Colombia no pueden atribuirse a un sistema de gestión en particular, pues, estos se evidenciaban antes y después de la Ley 100 de 1993. Antes era una gestión de salud centralizada y posterior a la Ley 100 se dio un modelo descentralizado. Lo paradójico es que ningún modelo ha podido responder con eficacia a los verdaderos requerimientos del sistema de salud. El Estado como eje</p>

	<p>central de todo el sistema tuvo un desempeño deficiente que desencadenó la Ley 100 de 1993 y era de esperarse, pues este debía correr con todos los gastos del sistema, a esto se sumaba que más de la mitad de los recursos se destinaban exclusivamente a los que se encontraban afiliados al ISS, que era menos del 20% de la población, haciendo inequitativo la distribución del financiamiento.</p> <p>Es importante mencionar que los cambios suscitados para que se dieran las reformas propuestas en la Ley 100 obedecen no sólo a los problemas ocasionados por la ineficiencia del Estado para operar el sistema sino, además a que el Banco Mundial había emitido unos parámetros que reforzaban el ideal imperativo de que el sector privado entrara a formar parte del sistema de salud. Así se mejoraría “los niveles de cobertura, inequidad, acceso de servicios, bajos niveles de solidaridad y alta ineficiencia en la provisión pública del servicio”, bajo un esquema de entidades públicas y privadas y descentralización, lo que se conoce como pluralismo estructurado.</p> <p>El conflicto armado también tiene su cuota en la problemática de cobertura en salud, pues los departamentos más aislados y más pobres resultaron propicios para que la insurgencia se resguardara, y durante mucho tiempo fue la única obra y ley que se manifestó en estas regiones, imposibilitando la presencia del Gobierno para ayudar a los más necesitados.</p> <p>Lo que necesita el sistema es que se acabe con la politiquería y que realmente se nombren gestores con la capacidad intelectual y moral para manejar los hilos de la salud en Colombia.</p>
--	---

<b>Título 50</b>	<b>BARRERAS Y DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA</b>
<b>Autor y Año</b>	Sandra Rodríguez Acosta, 2010.
<b>Ubicación del artículo ( base datos)</b>	Biblioteca digital Universidad Autónoma de Barcelona
<b>Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)</b>	Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona [Internet]. Junio de 2010 [Citado 17 de febrero de 2014]. Disponible en: <a href="http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf">http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf</a> <sup>60</sup>
<b>Objetivo del artículo</b>	Establecer los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población colombiana.
<b>Palabras Clave</b>	Acceso, seguro de salud, percepción del estado de salud, utilización.
<b>Conceptos</b>	Son por lo menos seis los vínculos identificables entre la salud y

<b>manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</b>	<p>el desarrollo de los países. 1. Establece la salud como condición necesaria para superar la pobreza. 2. Propone que la disponibilidad de programas bien orientados permitiría reducir la mortalidad provocada por enfermedades evitables (y que suelen ser culpables de buena parte del gasto financiero en salud). 3. Se enfoca al control de la natalidad mediante planificación familiar y acceso a la anticoncepción. 4. Se encuentra la necesidad de garantizar la disponibilidad de proveedores e infraestructuras de servicios de salud en todos los niveles de atención. 5. Propone la lucha contra las enfermedades de los pobres mediante inversiones en bienes públicos mundiales (recopilación y análisis de más datos epidemiológicos, vigilancia de las enfermedades infecciosas, y las actividades de investigación y desarrollo orientadas a dolencias que se concentran en los países pobres). 6. Implica un compromiso financiero global dado que en los países de bajos ingresos, el nivel de gasto en salud es insuficiente para hacer frente a los desafíos que se plantean en este campo. Estos vínculos hacen parte de las evidencias que demuestran la relación entre el estado y las condiciones de salud de la población y la situación económica de los países en vías de desarrollo.</p>
<b>Muestra</b>	No aplica, revisión documental.
<b>Intervención y proceso medición</b>	<p>Para recoger los datos se utiliza la encuesta de Calidad de Vida 2008. Se caracterizan las barreras al acceso según sean de demanda o de oferta. Se aproxima el dominio ampliado del acceso, mediante la estimación de: (i) un logit binomial para los determinantes de presentar un problema de salud; (ii) un logit binomial para los determinantes de la utilización del servicio formal; y (iii) un logit multinomial ordenado para los determinantes de la calidad del servicio.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Entre quienes presentaron un problema de salud aproximadamente el 21.38% no utilizó los servicios: 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87.2% por las barreras de demanda. La falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población con seguro de salud (14.4%), como para la población sin él, 50.24%. Barreras del lado de la oferta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la entrada: tiempo de viaje, medio de transporte, distancia, horarios de atención.</li> <li>- Al interior: muchos trámites para la cita, tiempos de espera.</li> <li>- A la salida: Aspectos de la estructura del sistema de entrega de servicios, relacionados con la fuente regular de servicios y</li> </ul>



	<p>los horarios que dificultan la continuidad.</p> <p>Barreras del lado de la demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposición: características demográficas, estructura social, cultura.</li> <li>- Habilidad: ingresos, seguro de salud.</li> <li>- Necesidades: estados de salud percibidos, frecuencia de dolor, número de síntomas, días de incapacidad.</li> <li>- Utilización: tipos de servicios, propósito (preventivo o curativo), unidad de análisis.</li> <li>- Satisfacción: recibir poca información sobre su enfermedad, no informar claramente sobre las formas de pago, perciben actitudes poco favorables desde los profesionales (médicos), duración de la cita médica, calidad de las salas de espera, tamaño de los consultorios y habitaciones, tiempos de espera.</li> </ul>
<b>Discusión</b>	<p>Aunque se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, la persistencia de barreras financieras sigue imponiendo un reto al sistema de salud colombiano.</p> <p>El Estado aún no alcanza satisfactoriamente los objetivos del gasto público en Salud.</p>
<b>Análisis Personal</b>	<p>Mientras no se eliminen las barreras, será muy difícil que el Gobierno pueda cumplir con las metas que se plantearon para el 2015 sobre equidad y universalidad de la salud. Con la estructura, normas e infraestructura que hoy compone el sistema se ha identificado su inoperatividad para hacerle frente al tema, pues las barreras identificadas por medio de este artículo comprueban las dificultades que ha representado los cambios a raíz de la ley 100 de 1993.</p> <p>A los problemas de financiación propios del sistema se suma el de la contraparte, o sea, el de los usuarios, pues según la encuesta, algunos no han podido acceder a los servicios de salud porque no tuvieron los medios económicos para asistir a las citas y pagar las cuotas moderadoras de esta, para las ayudas diagnósticas, los medicamentos, entre otros. Por tanto, consideramos que el sistema requiere una reestructuración de su metodología de recaudación para permitir a aquellos usuarios que en algún momento presentan inconvenientes de salud y no tienen capacidad de pago, puedan acceder a ellos. Se requiere de una figura de cobro que puede ser cuentas de facturas por pagar que se entreguen a domicilio, que se carguen a tarjetas de crédito autorizadas, que se anexas a alguna factura de servicio público, que pueda ser descontada por el patrón del salario, entre otras.</p>

## 6. CONCLUSIONES

La revisión de la bibliografía permitió obtener las siguientes conclusiones:

### 6.1 CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA

En general, se puede deducir que los conceptos financieros relacionados con las fuentes de financiamiento de la salud no distan muchos de los manejados en términos generales. Lo que cambia es la configuración de los actores y las diversas relaciones que se establecen entre ellos, generando la necesidad de conceptualizar bajo estos parámetros. Algunos de ellos son:

**Cadena de abastecimiento (CA) o cadena de valor (CV):** entendido como las actividades que generan valor para el cliente en el interior de la empresa, en el sector salud, tiene las características de estar muy regulada por legislaciones a nivel nacional y mundial; además de la casi imposible estandarización por la multitud de servicios y que el constante cambio tecnológico y epidemiológico dificulta consolidar el manejo de los productos de abastecimiento<sup>11</sup>.

**Case mix o casuística:** hace referencia a la composición de casos que atienden los hospitales y su objetivo es determinar los diversos atributos que se encuentran en los pacientes. Uno de ellos es la "intensidad de los recursos, *resource intensity*, que tiene que ver con el número y el tipo de servicios diagnósticos, terapéuticos y de enfermería utilizados en el tratamiento de una enfermedad determinada<sup>12</sup>.

**Determinantes Sociales de la Salud:** se especifican el empleo, vivienda, educación, vías de tránsito-carreteras, seguimiento de la cooperación internacional y planes de asistencia<sup>13</sup>. Lo que corrobora que los planes de desarrollo del Estado deben articular estos temas porque la salud no solo es la ausencia de enfermedad sino que incluye el bienestar psicosocial, el cual está relacionado con el entorno (tener trabajo, una vivienda digna, oportunidad a la educación, entre otros)<sup>14</sup>. La eficiencia de los sistemas de salud se han medido incluso comparándolos con los indicadores sociodemográficos contra indicadores económicos del gasto en salud<sup>15</sup>, como el indicador de gestión de facturación, generación de utilidades, flujo de recursos financieros en el sistema<sup>16</sup>. Los determinantes pueden por tanto,

clasificarse en cuatro grandes grupos, políticos, económicos, sociales y medio ambientales<sup>17</sup>.

**Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria (EETS):** “hace parte de un conjunto de procesos que se utilizan para identificar las consecuencias sociales, económicas y éticas, tanto buscadas como no intencionadas de una tecnología sanitaria. Es así como la evaluación económica, junto con las evaluaciones de eficacia, efectividad, equidad y financieras aplicadas a una determinada tecnología, constituyen en general lo que se denomina la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS)”<sup>18</sup>.

**Equidad en el financiamiento:** es un análisis que “consiste en evaluar quiénes financian un sistema de salud”. Por tanto tiene en cuenta la situación económica o capacidad de pago familiar o individual.<sup>19</sup> Equidad horizontal de financiamiento es cuando las personas que devengan los mismos ingresos realizan aportes iguales al financiamiento de los servicios de salud y vertical, es cuando aquellas que devengan mejores ingresos efectúan mayores aportes.

**Focalización económica en salud:** implica la identificación de individuos o grupos de población que sean elegibles para recibir beneficios, generalmente con base en criterios de nivel de ingreso. La focalización se ajusta al concepto de que los recursos son escasos y por tanto los recursos deben dirigirse a los más pobres para que cumplan su objetivo de subsidiar al que realmente lo necesita y cuenta con los medios para hacerlo<sup>19</sup>.

**Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantías):** ente centralizador del financiamiento del sistema de Salud en Colombia, creado a partir de la Ley 100 de 1993<sup>20</sup>.

**Gasto sanitario:** Cuando se trata el tema de financiación se reconocen una serie de conceptos que pueden estar relacionados con las finanzas en general pero, existen otros, que se ajustan exclusivamente al sector de la salud. Un ejemplo de ello es el gasto sanitario, pues este hace referencia al aumento de las partidas que se destinan para la atención sanitaria, pero este aumento debe ir ligado a su eficiencia<sup>21</sup>.

**Información de costos para la gestión hospitalaria:** estos términos hacen referencia no a la búsqueda de rentabilidad económica por parte de los entes

hospitalarios sino a la búsqueda de optimización del uso de dichos recursos desde el punto de vista social<sup>22</sup>. Situación de relevancia porque el país que ha presentado serios problemas en la gestión administrativa y financiera de los hospitales, observándose una continua y marcada situación de crisis financiera hospitalaria que se observa en otros países como Honduras<sup>23</sup>. Que ha llevado a la tarea de generar líneas estratégicas y objetivos corporativos encaminados a congregar lo económico con lo social y así lograr una Empresa Social del Estado ESE “económicamente rentable, socialmente responsable y ambientalmente sostenible”<sup>24</sup>, aspectos reconocidos como determinantes sociales de la salud. Es importante en este sentido, distinguir entre costos activo que es la erogación cuando se obtiene un bien o servicio<sup>25</sup>.

**No calidad en salud:** financieramente hace referencia a las actividades que se identifican como fallas, errores o repeticiones que generan flujos negativos de recursos. En salud, se identifican la sobreproducción, existencias, manipulación excesiva de materiales, esperas, pérdidas de tiempo, movimiento excesivo, piezas defectuosas, equipamiento defectuoso, equilibrio en la carga de trabajo, utilización incongruente de recursos, diseño eficiente, supervisión como categorías de derroche que generan no calidad en el servicio<sup>26</sup>.

**Pagos directos:** son los cargos que debe pagar el usuario para tener acceso a la atención médica, los medicamentos, los procesos diagnósticos y tratamientos como cirugías. Se cancelan a las EPS o IPS. En Colombia los que se encuentran en el Sisben categoría 1 no deben realizar dichos pagos. Es importante mencionar que el Sisben es el sistema de selección de beneficiarios para el régimen subsidiado en salud<sup>27</sup>.

**Política de gestión de recursos financieros del SGSSS:** son medidas que toma el Estado colombiano para controlar el flujo y uso de los recursos del sistema<sup>28</sup>.

**Recaudación de ingresos:** “es lo que la mayoría de la gente asocia con la financiación de la salud: la forma en que se recauda el dinero para pagar los gastos del sistema sanitario. El dinero suele proceder de los hogares, las organizaciones o las empresas y, a veces, de contribuyentes que están fuera del país (llamados «fuentes externas»). Los recursos se pueden recaudar por medio de impuestos generales o específicos, las contribuciones obligatorias o voluntarias de los seguros médicos, los desembolsos de los pagos directos, tales como cuotas de los usuarios, y las donaciones”<sup>29</sup>.

**Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud:** estos términos son muy utilizados, pues uno de los graves problemas del sistema financiero en salud es conseguir, a largo plazo, los recursos para financiar a las personas con poca capacidad de pago. Y aunque, antes de la Ley 100 de 1993, existía la prestación de servicios de seguridad social a través de los hospitales, el aumento de afiliados, la ampliación de cobertura en servicios, han llevado a tomar aportes de otros rubros como la provisión para accidentes y riesgos que corroboran lo difícil de sostener el sistema con las medidas actuales<sup>30</sup>.

**Unidad de Pago por Capitalización UPC:** corresponde al valor por afiliado que reconoce el SGSSS a cada EPS o Entidad Prestadora de Salud por garantizar a sus afiliados los servicios contemplados en el POS (que anteriormente configuraba uno para el contributivo y otro para el subsidiado (POS-C y POS-S)<sup>31</sup>. Con este sistema de UPC también se financian las EAS o Entidades Adaptada al Sistema como son las Empresas Públicas de Medellín o el Fondo de Pasivo Local que solamente afilian al personal que labora en ellas.<sup>32,33</sup>

Algunos términos resultan básicamente nuevos, pues tras la Ley 100 de 1993 se crearon nuevos referentes que llevaron a la necesidad de configurar un marco conceptual que se ajustara a las nuevas políticas en términos de la administración y financiamiento de la salud en el país, Unidad de Pago por Capitalización, régimen contributivo, Fosyga, son algunos de ellos.

Los artículos revisados, además permitieron corroborar que en términos conceptuales, todos abordan los mismos referentes por lo que se identifica unanimidad en la terminología utilizada.

## **6.2 FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SGSSS COLOMBIANO**

De acuerdo con García-Cáceres et. al, “el SGSSS contempla tres circuitos que funcionan de forma casi independiente para el financiamiento, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Estos son: el régimen contributivo, el régimen subsidiado y las personas no aseguradas o vinculados”<sup>11</sup>. Existen diversas fuentes para su financiamiento como lo es el Fosyga, pagos directos, cuotas moderadoras, cotizaciones de empleadores y empleados, el Sistema General de Participaciones SGP que contempla que el 10% de los recursos de la Participación para Salud se destinaran a Salud Pública<sup>34</sup>. Estos dos últimos son según Agudelo-Calderón et.al las fuentes más importantes para el financiamiento<sup>35</sup>. Las

cotizaciones financian el régimen contributivo, cuyas debilidades son el desempleo, la informalidad, la evasión y elusión.

Existen adicionalmente a los tres mencionados, otros programas del sistema como es el de las personas que resultan lesionadas en accidentes de tránsito, catástrofes naturales y atentados terroristas, que se financia con los recursos de los impuestos a los vehículos, cobrado mediante el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito). Así mismo se distingue el programa de atención de riesgos laborales que se financia con aportes del empleador<sup>36</sup>.

El financiamiento del SGSSS se centraliza en el Fosyga por medio de la cuenta del régimen contributivo y el del subsidiado. El primero se financia de las cotizaciones que pagan los empleados y los aportes de los trabajadores independientes que deciden acogerse al sistema. En Colombia se realiza a través de un sistema vertical de financiamiento pues se clasifican en rangos que van del 1 al 3 y tienen en cuenta los ingresos para saber cuáles son sus aportes en términos de cuotas moderadoras y copagos. La financiación del otro régimen, el subsidiado se hace por medio de la cuenta de solidaridad del Fosyga a través de un porcentaje o parte de la cotización del régimen contributivo, el aporte de las cajas de compensación familiar, del presupuesto nacional, de los rendimientos financieros de las subcuentas, de las utilidades de remesas de las exportaciones del petróleo y de recursos del IVA social. A nivel municipal y departamental el régimen subsidiado recibe transferencias del Gobierno Central, mediante los planes de desarrollo municipales y del impuesto a las armas.

En general, “los ingresos del Fosyga tienen diversas fuentes, siendo las principales los recaudos de cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y al régimen especial, los recursos de la nación y los rendimientos financieros de las subcuentas”<sup>32</sup>.

### **6.3 SOLUCIONES PROPUESTAS A LOS PROBLEMAS DE FINANCIACIÓN DEL SGSSS COLOMBIANO**

Son muchas las soluciones pero el Estado debe concretar por implementar aquellas que tengan en cuenta las condiciones económicas, sociales, políticas, legales y culturales del país para así responder a las verdaderas necesidades de mejoramiento del sistema es su eslabón de financiación que se extenderá al de administración, regulación y por último a la prestación de servicios.

Colombia es un país con altibajos en el nivel de empleo y si uno de las fuentes de financiación la constituyen los aportes de los trabajadores, se hace necesario la búsqueda de otros medios o alternativas de financiación.

A nivel cultural, el colombiano es muy dado a sacar partido de las debilidades que presenta el Estado. Por ello, es común ver ciudadanos que, con capacidad de pago hacen parte del régimen subsidiado, debilitando el sistema y, junto con otros factores, como la cotización de independientes por debajo de sus reales ingresos y la corrupción, llevan el sistema a un innegable colapso cuyas consecuencias se atribuyen meramente al Estado. Por ello es imprescindible que “la reforma al sistema de salud garantice cero corrupción en el sector”<sup>37</sup>. Se debe optar por crear conciencia en la población, pues es reconocido que con la Ley 100 de 1993 se esperaba que un 70% de la población estuviera en el régimen contributivo y la realidad es que para el 2010 se estimaba que sólo estaba el 39% pues un 55% estaba en el subsidiado<sup>38</sup>. Así mismo se estimaba que para el 2010 un 11,3% no se encontraba afiliado a ningún sistema de salud por diversas razones como el hecho de trabajar por cuenta propia, ser asalariados pero encontrarse en el sector informal, o desempleados que no pueden pagar pero sus condiciones de vida no le dan para cumplir con los requisitos para estar en el nivel 1, 2 o 3 del Sisben<sup>27</sup>.

Claro está, que en materia de financiación el Estado no previó ciertos puntos que, sumado a otros, han empeorado la situación de financiamiento del sector. Para empezar cuando se dio la reforma a la salud con la Ley 100 de 1993, ésta no se vinculo con el modelo de desarrollo. La reforma estaba prácticamente, apoyada en los aportes de los trabajadores formales, el Estado no adoptó medidas que ayudaran a optimizar esta vía de financiación<sup>39</sup>, pues el empleo, el trabajo informal, entre otros aspectos como la evasión, la elusión, aumento en los costos del servicio del No POS<sup>40</sup>, que han llevado a un considerable aumento de la demanda de servicios que se encontraban excluidos del plan de beneficios tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado<sup>38</sup>, hacen susceptible el trabajo formal y por tanto los recursos obtenidos por este medio.

Claro está, que existen tesis que afirman que el problema de la salud es simplemente el hecho de aplicar políticas de la dinámica del mercado y la competencia, las cuales sólo enfatizan la búsqueda de la rentabilidad financiera, sin importar los medios que sean necesarios para lograrlo<sup>41</sup>, por tanto el problema de la salud radica en los inconvenientes que se presentan entre la búsqueda de financiación y los preceptos éticos y del derecho que el aseguramiento de la salud conlleva.

En la revisión documental se pudieron evidenciar las siguientes soluciones:

Generar una política preventiva de la gestión de los recursos financieros del SGSS que tiene en cuenta la prevención sobre los recursos: en el régimen contributivo y subsidiado, de salud pública, de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, de subsidio a la oferta<sup>28</sup>.

Otra solución expuesta tiene que ver con un modelo de salud, el cual contempla una reforma al financiamiento que pase de uno de seguridad social a uno basado en impuestos generales, en donde el Estado juega un importante papel como recaudador y administrador del sistema<sup>20</sup>.

Se contemplan además modelos que siguen la metodología de la Organización Internacional del Trabajo OIT y se ajustan para dar respuestas a los problemas de financiamiento del sistema de Salud. Este modelo tiene en cuenta las variables económicas y demográficas, los ingresos, gastos y un balance que permite realizar proyecciones, así mismo se lleva a cabo un análisis de sensibilidad. Todo con el objetivo de medir el impacto financiero y la respuesta del modelo a condiciones socioeconómicas<sup>32</sup>. Es importante destacar que cualquier modelo debe considerar “relevante la sinergia entre articulación, financiación, modulación y prestación de servicios en el sistema de salud, bajo una “justa medida”<sup>42</sup>. La sola mención de uno de ellos por fuera del modelo implica graves problemas para el logro de los objetivos planteados para mejorar los parámetros de una salud con equidad, universalidad y calidad.

Otras soluciones a la financiación de la salud son mucho más específicas. El sida, la tuberculosis y la malaria tienen un mecanismo internacional de financiación conocido como Fondo Global para ayudar países pobres que no podían sufragar los altos costos de tratamiento de estas enfermedades. La eficacia de este proyecto ha observado la posibilidad de revolucionar las finanzas en salud contemplando la posibilidad de ampliación del Fondo Global a los servicios generales de la salud<sup>43</sup>.

A nivel interno se dictan soluciones que tiene que ver con el manejo a la salud para disminuir los costos. Medidas que ayudan a mitigar los problemas financieros del sector, entre ellos se encontró una propuesta que contemplaba un programa de promoción de la salud con miras a disminuir los costos médicos asistenciales<sup>44</sup>, así mismo el análisis de los costos de calidad y no calidad pues se evidenció que la multiplicidad de procesos, procedimientos y normas, entre otros factores, generan costos adicionales que acentúan el problema financiero de la salud al



menoscabar la rentabilidad de las empresas de salud<sup>26</sup>. Incluso un manejo adecuado de la información relacionada con la gestión de la facturación es contundente para mejorar los problemas financieros de instituciones prestadoras de Salud como los Hospitales, pues prestan un servicio que por errores en la facturación se les cancela muchos meses después, afectando los flujos de caja y por tanto la financiación de los servicios<sup>45</sup>. La crisis hospitalaria se presenta como una de las mayores preocupaciones, que sumada al problema laboral y su relación con la salud, las barreras de acceso a los servicios y el deterioro de la salud pública, son temas conflictivos a la hora de estudiar la salud como un derecho<sup>46</sup>.

Algunas apuestas por capital intelectual enfocadas en una gerencia que tenga las competencias y habilidades para sortear los problemas que tiene el Sistema. Que sepa como integrar los objetivos del paciente, los objetivos de los demás agentes con los que tiene que relacionarse, con los objetivos del Estado y la Organización, para ello debe saber de talento humano, manejo de temas financieros, enfoque estratégico. Debe ser una gerencia integral debido a las particulares características de la salud como mercado anormal<sup>47</sup>.

A nivel jurídico, las tutelas se suman a los problemas financieros, pues cuando los usuarios perciben vulnerados sus derechos fundamentales, al negárseles servicios vitales o por mala calidad en el servicio, los agentes del sistema deben gastar altas sumas de dinero y tiempo en dichos procesos. Se necesita mejorar el servicio desde la perspectiva de equidad pero con oportunidad, seguridad y calidad para mitigar los costos ocasionados por los litigios<sup>48</sup>.

En busca de mejorar el Sistema de Salud Colombiano dando soluciones a los problemas que se presentaron con la promulgación de la Ley 100 de 1993, actualmente en el Congreso un proyecto de Ley que busca redefinir el SGSS, que se caracteriza principalmente por proponer un manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del SGSS mediante la creación de Salud-Mía, “unidad de gestión, de carácter financiero, de nivel descentralizado” (Art. 5). Esta unidad de gestión tendrá por “objeto afiliar a la población, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo, y realizar los pagos, giros o transferencias, administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema (Art. 6)<sup>49</sup>”.

Como puede observarse, ninguno de ellos tiene en cuenta el tema cultural, que como muchos saben es un obstáculo colosal que no permite que las políticas, modelos o reformas contempladas logren metas efectivas.

#### **6.4 LA SALUD EN VARIOS PAÍSES COMO REFERENTE DE LA SITUACIÓN EN COLOMBIA Y EL MUNDO**

Al igual que Colombia<sup>14</sup>, en Argentina, también se promueven análisis sobre los temas de equidad relacionadas con el gasto público. Para ello se tienen en cuenta niveles de desigualdad en la distribución del gasto público en salud y como se lleva la distribución por el Gobierno central hacia los municipios determinando que este es mayor en aquellos con mayor riqueza relativa generando grandes brechas entre uno y otros<sup>50</sup>. Es importante recalcar que Argentina cuenta con un sistema de salud semejante al que tenía Colombia antes de la reforma de la Ley 100 (público, privado y seguridad social)<sup>51</sup>. México también experimenta brechas importantes de financiamiento de poblaciones en todo el país, situación que afecta la transición hacia un sistema universal de salud<sup>51</sup>. De igual forma, en Costa Rica se evidencia una preocupación por la equidad y la búsqueda de adecuación de modelos de atención que ayuden a mejorar la parte de financiación y la mejora de atención médica<sup>52</sup>.

La Organización Mundial de la Salud OMS presenta informes especiales sobre la salud en el mundo, el cual recalca que el camino hacia la cobertura universal está en la financiación de los sistemas de salud<sup>53</sup>. Este informe se presentó ante la necesidad expresada de los países (ricos y pobres) sobre prácticas eficientes de financiar la asistencia sanitaria. Encontrando que sin importar si el país es rico o pobre, ninguno ha sido capaz de garantizar el acceso a todos los mecanismos existentes para mejorar la salud o prolongar la vida. La OMS expone tres formas en que los países pueden recaudar más dinero: aumentando la eficiencia en la recaudación de ingresos, reestableciendo las prioridades de los presupuestos del estado, la financiación innovadora como el de los impuestos, ayudas al desarrollo para la salud<sup>29</sup>.

Las académicas y científicas, como capital intelectual, son un aspecto primordial para mejorar la financiación en salud en el mundo, pues son ellas, entre otras entidades y organismos, las encargadas de llevar a cabo las diversas investigaciones que aportan bases para la toma de decisiones<sup>54</sup>.

La equidad implica que el Estado debe financiar a través de subsidios aquellos que no tienen capacidad de pago para recibir el servicio. Es importante que a nivel latinoamericano se haga una exhaustiva revisión de la distribución del gasto público en salud para contemplar que realmente se estén transfiriendo a donde realmente se requiere. Pero, en Colombia el tema de la equidad ha sido sometido a grandes críticas, especialmente en términos de las transferencias de salud; una de ellas es las desigualdades interregionales, pues la región Caribe y Pacífica

exponen serías inequidades en la financiación de la salud, en comparación con el promedio nacional<sup>55</sup>.

La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud, han puesto sus ojos en todos los países latinoamericanos pues todavía tienen mucho campo para invertir en salud, pero los problemas de financiamiento atribuidos a malos manejos y las constantes reestructuraciones y modificaciones normativas han menoscabado el servicio. Estas organizaciones se han dado a la tarea de colaborar a través de Estrategias de Cooperación con el País (ECP) es un proceso a través del cual se definen las prioridades a fin de contribuir con el desarrollo del país. Argentina es uno de los países que se acoge por segunda vez a las ECP y en un informe de la OPS se detallan todos los lineamientos que ayudarán a superar los desafíos sanitarios en términos administrativos y financieros<sup>56</sup>.

Colombia, al igual que otros países han hecho grandes cambios legislativos en miras de legitimar las reformas que se necesitan para responder a los lineamientos internacionales en materia de salud, pero estas normas evidencian “problemas en la formulación e implementación, como son la sobreproducción normativa y las dificultades para la aprehensión, la influencia de intereses particulares y la no correspondencia de las normas con las necesidades de salud de la población”<sup>57</sup>, lo que ha dificultado aún más contemplar objetivos de eficiencia y eficacia en los servicios de salud. Muestra de ello es la ley 1438 de 2011, la cual contempla aspectos de equidad, acceso y derecho a la salud, pero resulta inoperante en aspectos tan importantes para cumplir a cabalidad con ello como es el tema de la sostenibilidad financiera del sistema, pues actualmente es evidente la necesidad de generar nuevos mecanismos de gestión financiera del sistema<sup>58</sup>. Claro está, que no se le puede desmeritar el esfuerzo y las mejoras que ha hecho el Estado Colombiano, ubicando al país como uno de los que más ha avanzado en asumir el costo directo del sistema de salud<sup>59</sup>.

Ahora, desde el punto de vista del usuario, la financiación también resulta una barrera para acceder a los servicios. De acuerdo a un análisis de la Encuesta de Calidad de Vida 2008, un 50.4% de la población argumentó “que la falta de dinero fue la razón para no utilizar el servicio de salud aún cuando tenían la necesidad”<sup>60</sup>. Lo que demuestra que las políticas de equidad y universalidad tienen un inconveniente desde este punto de vista.

## 7. RECOMENDACIONES

De acuerdo con la Ley 1122 de enero del 2007 en términos de subsanar los problemas de financiación del SGSSS se aumentó en 0.5% la cotización del empleador y 1.5% será para el Fosyga, se aumentaron los recursos del Sistema General de Participación, se estiman aportes del Gobierno para la Universalización, se pagan deudas del régimen subsidiado. Todo con mirar a eliminar las barreras que no permiten la eficacia del sistema. Lo anterior corrobora el hecho de que la preocupación del Gobierno Central es generar soluciones en términos económicos, exclusividad que no tiene en cuenta otros aspectos como la corrupción, la cultura del no pago, el clientelismo, entre otros, temas que influyen mucho en los problemas del sistema. Por tanto se recomienda tener en cuenta estos aspectos para lograr cambios que perduren a largo plazo y consigan el compromiso de todos los actores.

Es necesario que el Gobierno se preocupe por generar capital intelectual capaz de responder a los desafíos que presenta la salud en un mercado abierto que dio cabida a las nuevas entidades privadas para administrar los recursos del sistema en conjunto con los operadores tradicionales.

El Gobierno, al igual que países europeos y Estados Unidos, ha priorizado el garantizar la calidad de la atención, pero el Gobierno debe tener claro que todos los actores del sistema de salud no tienen esta prioridad y no puede ser, el mejoramiento de la calidad, el único incentivo, por tanto reconociendo la complejidad de los actores del sistema y la diversidad en sus objetivos, se recomienda al gobierno tener presente incentivos que evidencien la real utilidad del proceso en términos de eficiencia en el manejo de los recursos financieros, humanos, técnicos y de infraestructura.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

### Referente Teórico

- 1 Hernández Álvarez M., Obregón Torres D., Miranda Canal N. La Organización Panamericana de la salud y el Estado Colombiano. Cien años de Historia. 1902-2002. Octubre de 2012. pág. 67
- 2 Escobar C.M. Rodríguez F., Cardona M.M., Guarnizo P.A., Rodríguez F.A. Colombia Tierra de Esperanza. El sistema de seguridad social. Ediciones Aula XXI Ltda. Colombia, 2005. ISBN 958-33-5115-8. Pág. 322-331
- 3 Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990. Diario Oficial 39.137. [Consultado el 01 de febrero de 2014]. Disponible en:  
[http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1990/ley\\_10\\_1990.php](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1990/ley_10_1990.php)
- 4 Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- 5 Congreso de Colombia. Le 100 de 1993. Diario Oficial 41148 del 23 de diciembre de 1993. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- 6 Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial 47957 de enero 19 de 2011. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355#37>
- 7 Organización Mundial de la Salud. Preguntas frecuentes. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- 8 Almedia Espinosa A., Parra Vera M.C., Romero C.A. Mecanismos de financiación del sistema de seguridad social en salud, antes, durante y después de la reforma a la ley (Ley 1122 de 2007). Instituto de Ciencias de la Salud CES [Internet]. Bucaramanga, 2007 [Citado el 05 de febrero de 2014]. Disponible en:  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/144/1/Mecanismos\\_financiacion\\_sistema\\_seguridad\\_social\\_salud\\_antes\\_durante\\_despues.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/144/1/Mecanismos_financiacion_sistema_seguridad_social_salud_antes_durante_despues.pdf)
- 9 Pachón Orjuela E., Acosta Sánchez F. Economía y Política 10. 2ª. Edición. Grupo Editorial Norma, 2000. ISBN 958-04-5847-2. Santafé de Bogotá p. 6.

- 
- 10 Valdés, J. C. Antecedentes históricos de la economía de la salud y su evolución en Cuba. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]. Cuba, 2009 [Consultado el 06 de febrero de 2014]. Vol. 4. No. 4. p. 10. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_4\\_10/san19410.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san19410.htm)

### Referencias Artículos

- 11 García Cáceres R.G., Torres Valdivieso S., Olaya Escobar E.S., Díaz Gómez H.F, Vallejo Díaz M.R., Castro Silva H.F. Creación de valor en la cadena de abastecimiento del sector salud en Colombia. Red de Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - redalyc.org. [Internet]. Julio-diciembre 2009 [Consultado el 04 de noviembre de 2013]. Vol. 22, núm. 39. pp 235-256. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20511993011>
- 12 Cortés Martínez A.E. La economía de la salud en el hospital. Rev. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, Colombia, Julio-Diciembre 2010 [Consultado el 3 de noviembre de 2013]. 9 (19): 138-149.
- 13 Franco A. Enfoque para el análisis de la crisis económica global y la salud. Facultad Nacional de la Salud Pública [Internet]. Colombia, 2009 [Consultado el 20 de septiembre de 2013] vol. 27, núm. 3: 329-340 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12016344011>
- 14 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: *La salud en Colombia la construyes tú*. MinSalud [Internet]. Bogotá, marzo 15 de 2013 [Consultado el 12 de noviembre de 2013]. Disponible en: [http://www.manizalessalud.com/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=269:plan-decenal-de-salud-publica-2012-2021-oficial&catid=16:planeacion&Itemid=75](http://www.manizalessalud.com/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=269:plan-decenal-de-salud-publica-2012-2021-oficial&catid=16:planeacion&Itemid=75)
- 15 Vélez M. La investigación en sistemas de salud: una necesidad mundial. Universidad Tecnológica de Pereira. Revista Médica de Risaralda [Internet]. Diciembre 2011 [Consultado el 12 de octubre de 2013]. Vol. 17, No. 2. Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7597>
- 16 Arenas Pajón C.H.; Tamayo Rendón C.M. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Ces Medicina [Internet]. Colombia, julio-diciembre 2010 [citado 04 de febrero de 2014]. Vol. 24, núm. 2, pp 9-20. <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261119512001.pdf>

- 
- 17 Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de Salud. Colombia. Paho [Internet]. 2009 [Citado 17 de febrero de 2014]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&catid=682&Itemid=361](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&catid=682&Itemid=361)
  - 18 Chicaiza L., Vega R. Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano. Innovar [Internet]. Bogotá, 2008 [Consultado el 20 de septiembre de 2013]. v. 18, n. 31. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512008000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512008000100006&script=sci_arttext).
  - 19 Gil Ospina A.A. Reforma del sistema de salud en Colombia: focalización del gasto público social en salud. Semestre Económico [Internet]. Medellín, enero-junio de 2008 [Citado el 17 de febrero de 2014]. Vol. 11. No. 21, pp 45-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=165013655003>
  - 20 Rivero Pérez E., Amado González L.N. Modelo de salud en Colombia: financiamiento basado en seguridad social o en impuestos. Gerencia. Política [Internet], julio diciembre de 2012 [Citado el 07 de noviembre de 2013]. 11 (23): 111-120. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a07.pdf>
  - 21 Clements B., Coady D., Shang B., Tyson J. Sanear las finanzas de la salud. Finanzas & Desarrollo [Internet], marzo 2013. [Citado el 16 de octubre de 2013]. 42-45. Disponible en:  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2011/03/pdf/Clements.pdf>
  - 22 Vargas González, Vilma Hernández, Carmen. Sistemas de Información de costos para la gestión hospitalaria.[internet]. Vol. XV, No. 4.scielo.2009.octubre 26 2013, Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131595182009000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131595182009000400012&script=sci_arttext).
  - 23 Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Diagnóstico de la situación Financiera del Hospital Escuela. [Internet]. Honduras, Agosto 27 de 2012 [Citado el 29 de enero de 2014]. Disponible en:  
<Authhttps://www.unah.edu.hn/?art=1669>
  - 24 Ortiz Ibáñez L.O. Plan de desarrollo institucional 2008-2011: por una ESE económicamente rentable, socialmente responsable y ambientalmente sostenible. [internet] [Citado el 15 de septiembre de 2013]. Disponible en:  
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2010b/690/PLAN%20DE%20DES>

---

ARROLLO%20INSTITUCIONAL%202008%202011%20PRESENTACION.htm.

- 25 Castrillón Cifuentes J. Costos para gerenciar servicios de salud. 3a. ed. Ediciones Uninorte. Barranquilla, 2010. 162p. ISBN 978-958-741-049-5
- 26 Arango Cardona L.J. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Escuela Administrativa de Negocios EAN. [Internet], Bogotá 2009 [Citado el 04 de noviembre de 2013] No. 67. ISSN 0120-8160. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-81602009000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-81602009000300006&script=sci_arttext)
- 27 Acosta Navarro O.L., Alfonso E.A., Gutiérrez Sourdis C.C. La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. 4. Funcionamiento y desempeño del esquema actual de financiación. 116-139
- 28 Colombia. Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Ecoe Ediciones Ltda. 2010; 122 págs. ISBN 978-958-99991-5-8
- 29 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. Who [Internet]. 2010 [Consultado el 12 de octubre de 2013]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf)
- 30 Castillo S.Y, Osorio García D.L., Cardona Soto C.A. Fundamentos teóricos para el análisis de la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud. Universidad Católica de Pereira [Internet]. 2010 [Citado el 12 de enero de 2014]. Disponible en: <http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/1007/1/Documento%20Completo.pdf>.
- 31 Ramírez Moreno J. El plan Obligatorio de Salud (POS) colombiano: entre el cambio y la continuidad. Rev. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, enero-junio 2010 [Citado el 17 de febrero de 2014]. Vol. 9, núm. 18: 14-32. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2631>
- 32 Núñez J., Gonzalo Zapata J., Castañeda C., Fonseca M., Ramírez J. Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano –Dinámica del gasto y principales retos de cada al futuro–. Fedesarrollo [Internet]. Bogotá



- 
- D.C. 2012 [Citado el 25 de octubre de 2013]. p.218. Disponible en:  
<http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>
- 33 Restrepo D.A., López L.E. La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Septiembre-diciembre 2012 [consultado 3 de noviembre de 2013]; Vol. 30, núm. 3, 291-299. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120253690>
- 34 Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social, Documento Conpes 160. Sistema General de participación vigencia 2013. Departamento Nacional de Planeación [Internet]. Bogotá Febrero de 2013 [Consultado el 20 de septiembre de 2013]. p.55. Disponible en:  
<https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=xXob5NN1ZuM%3d&tabid=1657>
- 35 Agudelo Calderón CA., Cardona Botero J., Ortega Bolaños J., Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 19 de diciembre de 2010 [Consultado el 22 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
- 36 Almedia Espinosa A., Parra Vera M.C., Romero C.A. Mecanismos de financiación del sistema de seguridad social en salud, antes, durante y después de la reforma a la ley (Ley 1122 de 2007). Instituto de Ciencias de la Salud CES [Internet]. Bucaramanga, 2007 [Citado el 05 de febrero de 2014]. Disponible en:  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/144/1/Mecanismos\\_financiacion\\_sistema\\_seguridad\\_social\\_salud\\_antes\\_durante\\_despues.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/144/1/Mecanismos_financiacion_sistema_seguridad_social_salud_antes_durante_despues.pdf)
- 37 Manrique Villanueva L., Eslava Schmalbach J.E. Auscultando la corrupción en la salud: definición y causas ¿Qué está en juego? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Octubre-Diciembre 2011 [Consultado el 12 de octubre de 2013] Vol. 62 No. 4., 308-314. Disponible en:  
[http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol62No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2011/v62n4a03.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No4_Octubre_Diciembre_2011/v62n4a03.pdf)
- 38 Melo L.A., Ramos J.E. Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. Borradores de Economía [Internet]. Octubre de 2010 [Citado el 17 de febrero de 2014]. Núm 624, pp 24. Disponible en:  
<http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra624.pdf>

- 
- 39 García Ubaqué J.C., García Ubaqué C.A., Benítez L.F. Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación. *Revista Salud Pública* [Internet]. 2012 [Citado el 03 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33213>
- 40 Cárdenas Lesmes R.M., El financiamiento de la salud. *Portafolio* [Internet]. 2012 [Citado 3 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1030370679?accountid=36216>
- 41 Alvarado Romero H.R., Pinilla Alarcón M., Rodríguez Colmenares S.M., Suárez Castro E.M. Sistema General de Seguridad Social en Salud y decretos de emergencia social: negación del cuidado de la salud. *Rev. Gerencia Política Salud* [Internet]. Bogotá, enero-junio 2010 [Citado 17 de febrero de 2014]. Sup. 9, núm. 18:53-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519734005>
- 42 Gutiérrez Ossa J.A., Restrepo Avendaño R.D. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. *Revista Sociedad y Economía* [Internet]. 2012, [consultado el 03 de noviembre de 2013], Núm. 23. pp. 183-204. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99625425010>
- 43 Ooms G. Hacia un fondo global para la salud: La revolución en las finanzas de la salud y la lucha contra el SIDA se extiende a los servicios generales de salud. *Gaceta* [Internet]- 2008 [Consultado el 14 de noviembre de 2013]. Año 01, No. 4. Disponible en: <http://internationalbudget.org/wp-content/uploads/2011/04/gaceta4.pdf>
- 44 Martínez López E.; Grajales I.C. Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales. *Revista de Salud Pública* [Internet]. Noviembre/Diciembre 2010 [Consultado el 5 de noviembre de 2013]. Vol.12 no.6 Bogotá. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000600006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000600006)
- 45 López López I.D., Urrea Arbeláez J., Navarro Castaño D. Aplicación de la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, ESE. *Innovar* [Internet]. Bogotá, enero-junio de 2006 [Consultado el 17 de septiembre de [2013]. v. 16, No. 27 Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-50512006000100006&lng=es&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512006000100006&lng=es&nrm=)

- 
- 46 Moreno Moreno M.C., López López M.V. La salud como derecho en Colombia. 1999-2007. Rev. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, enero-junio de 2009 [Citado el 18 de febrero de 2014]. Vol. 8 No. 16: 133-152. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/1897>
- 47 Muñoz Arias J., Calderón Hernández Gregorio. Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. Gerencia Política Salud [Internet]. Bogotá, Junio-diciembre 2008 [Consultado el 12 de noviembre de 2013]. 7 (15)\_ 131-154. Disponible en: línea].[http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol7\\_n\\_15/estudios\\_5.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol7_n_15/estudios_5.pdf)
- 48 Nieto L Emmanuel, Arango C Alejandro. Costos de los servicios de salud tutelados y del proceso legal de las tutelas en Medellín, 2009. Facultad Nacional Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 [consultado el 30 de septiembre de 2013]; 29(3): 223-231. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v29n3/v29n3a02.pdf>
- 49 Colombia. Congreso de la República. Proyecto de Ley No. \_\_\_\_ de 2013. Universidad Sergio Arboleda [Internet]. Bogotá, 2013 [Consultado el 12 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.usergioarboleda.edu.co/economia/Aniversario/LecturasRecomendadas/textos-de-interes/Proyecto-de-Ley-Reforma-a-la-Salud.pdf>
- 50 Lago F.P., Moscoso N.S., Elorza M.E., Ripari N.V. Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. Salud Colectiva [Internet]. Argentina, septiembre-diciembre 2012 [citado el 20 de septiembre de 2013]. Vol. 8, núm. 3. pp 263-274. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73125097009>
- 51 Aguilera Jaime E. N. 10 puntos para entender el gasto en salud en México. En el marco de la cobertura universal. México Evalúa, Centro de Análisis en Políticas Públicas [En Internet]. Septiembre, 2011 [Consultado el 12 de octubre de 2013].
- 52 Hernández Herrera J.M. Finanzas en Salud: el caso Costa Rica. Revista costarricense de salud pública [Internet]. Enero-junio 2010 [Consultado el 18 de septiembre de 2013]. Nú. 1. Vol. 19, pp1-2. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000100001&script=sci_arttext)
- 53 Colombia. Ministerio de Protección Social. Sostenibilidad financiera del SGSSS. Fedesarrollo [Internet]. 2012 [Consultado el 12 de noviembre de

- 
- 2013]. p.31. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/07/Sostenibilidad-financiera-del-SGSSS-Norman-Julio-M%C3%BA%C3%B1oz-Ministerio-de-Salud2.pdf> DANE
- 54 Jaramillo Salazar H., Lopera Oquendo C., González Agudelo B.E., Vecino Ortiz A.I. Evaluación del impacto de la investigación de la evaluación en salud. Colciencias 1970–2007. [Internet], 2009 [Consultado el 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/Evaluacion%20del%20impacto%20del%20financiamiento%20de%20la%20investigacion%20en%20salud.pdf>
- 55 Alvis N., Alvis L., Castro R. Inequidad regional en la financiación de la salud en Colombia, 2008. Lecturas de Economía [Internet]. Julio-Diciembre 2009 [consultado el 3 de noviembre de 2013], No. 71 pp. 169-188. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeeconomia/artic le/viewFile/4818/4237>
- 56 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2012-2016. Who [Internet]. Octubre 2012 [Consultado el 03 de octubre de 2013]. p. 84 Disponible en: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_arg\\_es.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_arg_es.pdf)
- 57 Muñoz I.F., Londoño B.E., Higueta Y., Sarasti D.A., Molina G. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. Medellín mayo/agosto de 2009 [Citado el 24 de enero de 2014]. Vol. 27, núm. 2. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791005>
- 58 Franco Giraldo A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Revista Salud Pública [Internet]. Octubre 2012 [Citado 17 febrero 2014]. Vol. 14 (5). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27735>
- 59 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Documentos y publicaciones minsalud [Internet]. Colombia, 2013 [Citado el 19 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20s obre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia .pdf>

- 
- 60 Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona [Internet]. Junio de 2010 [Citado 17 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>