

# Documentos de trabajo PROESA



Diseño y reforma del Plan Obligatorio de Salud en Colombia

Ramiro Guerrero, Thomas Bossert

Documentos PROESA #2

## **DOCUMENTOS PROESA**

ISSN: 2256-4128

Mayo de 2012

Comité Editorial:

Ramiro Guerrero

Sergio Prada

Dov Chernichovsky

Héctor Castro

Yuri Takeuchi

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud  
Cl 18 # 122-135 Universidad Icesi Oficina B102  
Tel: +57(2)3212092 Cali Colombia  
[www.proesa.org.co](http://www.proesa.org.co)

# **Design and Reform of the Mandatory Benefits Package in the Colombian Health System<sup>α</sup>**

**Ramiro Guerrero<sup>i</sup>, Thomas Bossert<sup>ii</sup>**

**Junio 2011**

## **Abstract**

The way a benefits package is implemented in a health system is as important as its content. This article focuses on the way a package is designed and implemented, rather than on its medical content. It starts by defining the packages and presenting the different ways of designing them, and the implications of the latter on equity and access. Some international experiences are presented and commented, with special emphasis on recent reforms in Chile and México. The concepts and cases presented in the paper are then discussed in the Colombian context in order to identify relevant lessons and insights for the current process of reforming and updating the Colombian benefits package.

**Key words:** Health System, Benefits Package, Colombia.

**JEL Classification:** I13, I14, I18, K32

---

<sup>α</sup> This document was written by invitation from the Law School of Universidad de los Andes. The present version was edited in May 2011. The authors are grateful to Dr. Cepeda and to Antonio Infante for comments on an early draft, and to Universidad de los Andes for funding. The content and views expressed in the document remain the exclusive responsibility of the authors.

<sup>i</sup> Director of PROESA (Research Center for Social Protection and Health Economics), Cali, Colombia.

<sup>ii</sup> Harvard School of Public Health

# Diseño y reforma del Plan Obligatorio de Salud en Colombia<sup>α</sup>

Ramiro Guerrero<sup>i</sup>, Thomas Bossert<sup>ii</sup>

Junio de 2011

## Resumen

La forma de diseñar e implementar los planes de beneficios en salud es tan importante como lo son sus contenidos. El presente artículo se enfoca en consideraciones asociadas al diseño de los planes. Comienza por definirlos, expone las diferentes maneras de diseñarlos y las implicaciones que éstas tienen sobre la equidad, y sobre el acceso a los servicios y su exigibilidad. Se presentan experiencias internacionales de diseño e implementación de planes, con énfasis en las reformas recientes de Chile y México. Los conceptos y casos expuestos se contextualizan en la coyuntura colombiana actual, con lo cual se plantean reflexiones y alternativas para el proceso actual de reforma del Plan Obligatorio de Salud (POS).

**Palabras clave:** Sistemas de salud, plan de beneficios, Colombia.

**Clasificación JEL:** I13, I14, I18, K32

---

<sup>α</sup> Este documento se escribió por invitación del Dr. Manuel José Cepeda de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes. La presente versión se terminó en mayo de 2011. Los autores agradecen al Dr. Cepeda y a Antonio Infante por comentarios a un borrador del mismo y a la Universidad de los Andes por la financiación aportada para realizar el trabajo. El contenido y los puntos de vista aquí expresados son de la responsabilidad exclusiva de los autores.

<sup>i</sup> Director, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud PROESA

<sup>ii</sup> Profesor, Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard

## **Contenido**

1. Introducción	6
2. Qué es un plan de beneficios?	8
3. Por qué planes de beneficios iguales y universales?	10
4. Por qué planes de beneficios explícitos?	13
5. Cómo se ha hecho en otras partes?	18
6. Cómo se ha hecho en Colombia?	28
7. Lecciones pertinentes para la actual reforma del POS	34
8. Referencias	42

## **1. Introducción**

El sistema de seguridad social en salud de Colombia introdujo a principios de los noventa un conjunto de servicios garantizado para la población, conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS). El legislador ordenó que, tras un periodo de de transición, dicho plan fuera igual para toda la población (sin perjuicio de coberturas adicionales que algunos ciudadanos adquieran). Así, el POS se convirtió en la principal herramienta para garantizar el acceso a los servicios por parte de la población.

Quince años después de haberse iniciado la implementación de esta reforma el POS ocupa un lugar central en las discusiones y decisiones sobre el sistema de salud, principalmente por las siguiente cinco razones: i) La igualación del contenido del POS en los regímenes contributivo y subsidiado no se logró en los plazos originalmente estipulados en la ley, lo cual dio lugar a nuevos mandatos legales y jurisprudenciales para hacerla efectiva. ii) Si bien a partir de 2004 se han hecho actualizaciones e inclusiones de servicios al plan, en áreas como SIDA y anticonceptivos entre otras, existe la percepción de que el contenido del mismo está tecnológicamente desactualizado. iii) Hay en algunas áreas de la práctica médica controversias sobre los límites precisos del plan, que surgen de la interpretación divergente que prestadores y aseguradores hacen de las normas que lo definen y/o de falta de claridad en las definiciones. iv) Se han observado negaciones de servicios cobijados por el plan, lo cual constituye un defecto de cumplimiento de las normas que ha dado lugar a reclamos y acciones judiciales por parte de la población. v) Las negaciones de servicios no incluidos en el plan también ha sido objeto de reclamaciones judiciales, y lo jueces han ordenado directa o indirectamente la prestación con cargo al erario público de servicios No POS.

El contenido médico y tecnológico de los planes en la actualidad es objeto de importantes investigaciones como son, por ejemplo, las guías de atención integral que se desarrollan en aplicación de la Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Atención Integral de Colciencias (Carrasquilla et al., 2010). Otras se enfocan en las consideraciones éticas asociadas a la priorización social de recursos (Yamin & Norheim, 2010).

Más allá del contenido del plan de beneficios y del proceso de priorización, hay una serie de consideraciones y decisiones adicionales respecto de la forma de diseñarlo. Por ejemplo, cabe la posibilidad de organizarlo por patologías (lo que se cubre son las dolencias, no los procedimientos), o bien como una lista de tecnologías y servicios, o bien como una combinación de ambas modalidades. En cuanto a tecnologías y servicios, algunos países desarrollados establecen “listas negativas”, que consisten en un conjunto de ítems explícitamente excluidos, entendiéndose todo lo demás como cubierto. Países de ingreso medio tienden a establecer “listas positivas”, que son conjuntos de tecnologías y servicios explícitamente cubiertos. Aquello que no está en la lista puede entenderse como bien como totalmente excluido (no se presta con cargo al erario público), o bien como parcialmente excluido. Este último cubrimiento parcial puede tomar varias formas. Por ejemplo, el sistema puede ofrecer acceso a los servicios no contemplados en el plan a cambio de cuotas de recuperación o pagos parciales según la capacidad de pago del usuario, o puede ofrecerlos únicamente para pacientes con determinadas características. También puede ofrecerlo en determinados hospitales públicos donde el servicio tiende a estar disponible (con tiempos de espera), pero no se garantiza ni es legalmente exigible.

La forma de diseñar el plan de beneficios debe ser congruente con otros aspectos del diseño institucional de un sistema de salud, y con el contexto legal y jurisprudencial en que éste se desenvuelve. La reforma del POS debe por lo tanto considerar no solamente los contenidos sino el diseño mismo del plan.

La introducción de planes de beneficios explícitos y exigibles es relativamente reciente. Colombia fue pionero en América Latina. Otros países de la región como Chile y México tienen experiencias más recientes. El tiempo transcurrido desde su implementación ha permitido acumular una experiencia valiosa que contiene lecciones importantes respecto de la forma adecuada de diseñar los planes.

El presente artículo no aborda directamente los contenidos médicos específicos ni los procesos de priorización de los planes, puesto que son objeto de otros trabajos ya referidos. Se enfoca en las consideraciones relacionadas con la forma de diseñar e implementar los planes. El artículo comienza por definir los planes de beneficios, y exponer los argumentos a favor y en contra de establecer planes con contenidos y límites

explícitos. En seguida expone la experiencia de varios países y las respectivas lecciones aprendidas en lo relacionado con el diseño de los planes. Por último considera el caso colombiano, y plantea una serie de reflexiones y consideraciones pertinentes para el proceso actual de reforma de los planes.

## **2. Qué es un plan de beneficios?**

Un plan de beneficios puede definirse como un conjunto de servicios de salud que se promete a una población y que ésta última puede exigir en caso de necesidad. En un sentido amplio esta definición podría cobijar el conjunto de servicios que una compañía de seguros ofrece a la población de suscriptores de una póliza voluntaria. En el presente artículo, sin embargo, nos enfocamos en los planes de beneficios ofrecidos en el contexto de sistemas de salud dispuestos y organizados por un Estado. Proponemos, por lo tanto, la siguiente definición más precisa: Un plan de beneficios es un conjunto de servicios de salud que un Estado promete a una población, y que ésta última puede exigir en caso de necesidad.

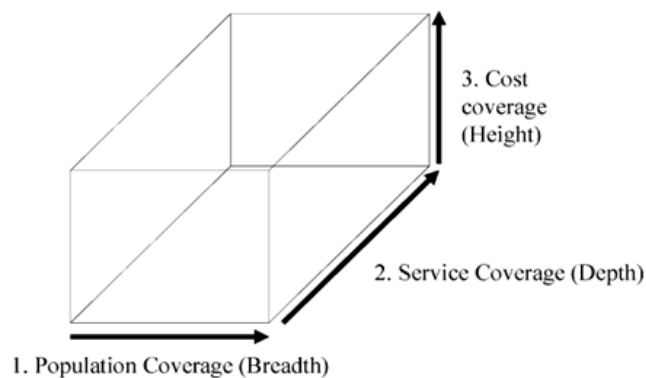
Hay varias maneras de establecer el conjunto de servicios que define un plan. Puede establecerse por la naturaleza del riesgo que da lugar a los servicios. Así, por ejemplo, un plan puede cobijar el conjunto de servicios de salud necesario para atender lesiones originadas en accidentes de tránsito, o en actividades laborales. También puede establecerse por el valor de los servicios de salud: aquellos cuyo valor supera un deducible y está por debajo de cierto límite. Un plan también puede basarse en un listado de servicios tomado de una nomenclatura, o en un listado de procedimientos e indicaciones asociado a una guía de práctica clínica.

La población beneficiaria de un plan también puede variar. Puede ser la totalidad de la población de un Estado o un subconjunto de la misma. A veces la población está dada por la naturaleza misma del plan. Así, por ejemplo, sólo la población laboralmente activa podría ser beneficiaria de un plan que cubre riesgos de origen laboral. En otros casos la definición de la población beneficiaria se basa en consideraciones socioeconómicas y políticas. Hay países, por ejemplo, donde el acceso a los planes de beneficios está determinado por el estatus laboral de las personas, por su vinculación a determinada



empresa o sector de la economía, por su ubicación geográfica o su edad. Los sistemas de salud orientados por el principio de la universalidad procuran que haya al menos un plan básico que cubra a toda la población, sin perjuicio de planes adicionales específicos para subgrupos de la misma<sup>5</sup>. No todos logran dicha universalidad, por razones políticas y/o fiscales.

(Schreyogg, Stargardt, Velasco-Garrido, & Busse, 2005) conceptualizan los planes de beneficios a lo largo de tres dimensiones, lo cual representan gráficamente mediante un cubo:



El eje horizontal representa la población beneficiaria del plan, la profundidad del plan indica qué tantos de los servicios de salud potencialmente necesarios están incluidos, y la altura representa el grado en que los costos están cubiertos. Así, los servicios exentos de copago tienen toda la altura, mientras que aquellos para los cuales hay deducibles o copagos sólo tienen una altura parcial.

Para lograr una mayor cobertura los servicios incluidos en el plan deben estar alineados con los riesgos en salud que enfrenta la población (y los riesgos económicos asociados a la enfermedad). Por ejemplo, puede haber un plan que incluye servicios poco frecuentes (i.e. enfermedades muy raras) o poco costosos. Y puede haber otro plan con una lista de servicios que son requeridos con mucha frecuencia y/o son muy costosos. El segundo

---

<sup>5</sup> En general los Estados aceptan la coexistencia de un plan universal básico con seguros privados complementarios para quien tenga la capacidad y disposición a adquirirlos.

tiene en cuenta el riesgo de enfermar y afectar el ingreso familiar, y por lo tanto otorga mayor cobertura.

Al diseñarse un plan deben tenerse en cuenta, por lo tanto, las necesidades de la población, y debe haber un balance entre los servicios cubiertos y la posibilidad de financiarlos de manera sostenible.

### **3. Por qué planes de beneficios iguales y universales?**

Las necesidades de servicios de salud superan la disponibilidad de recursos para atenderlas. Aún en los países más avanzados existe una brecha entre los servicios que serían necesarios y efectivos para mejorar la salud de la población, y los que es factible prestar con los recursos disponibles. El país del mundo que más recursos invierte en la provisión de servicios de salud es Estados Unidos (por su riqueza y por la alta proporción del PIB que destina a la salud), y aún así hay servicios individualmente necesarios desde el punto de vista médico que dejan de prestarse.

Más aún: dado el rápido avance que la tecnología médica ha tenido en las últimas décadas, y el dinamismo que sigue teniendo, la brecha entre lo médica y tecnológicamente posible, y lo económica y socialmente viable tiende a ampliarse cada vez más. En los países miembros de la OECD, por ejemplo, el gasto en salud como proporción del PIB se incrementó en 21% entre 1990 y 2003 (OECD, 2005) y las proyecciones indican que, en ausencia de cambios de política, podría duplicarse en 2050 (OECD, 2006).

(Syrett, 2007) expone las razones por las cuales ésta brecha tiende a ampliarse. Un primer factor es el envejecimiento de la población, si bien no es el más determinante. De tiempo atrás se ha documentado en la literatura el hecho de que el gasto en salud tiende a crecer más rápido que el ingreso nacional (Newhouse, 1977). Así, el gasto en salud pareciera depender de la cantidad de recursos disponibles, antes que de la necesidad o la prevalencia de la enfermedad (Getzen, 2000). Otro factor que explica la diferencia creciente entre lo deseable y lo viable es la tecnología. (Newhouse, 1992) calcula que la innovación tecnológica puede explicar hasta un 75% de los incrementos en el gasto en

salud. Un último factor, difícil de cuantificar pero no por ello menos importante, corresponde a las expectativas cada vez mayores que tiene la población respecto de los sistemas de salud.

Los anteriores factores se observan en los países desarrollados. Para aquellos en vías de desarrollo la brecha entre lo médica y tecnológicamente posible y lo económica y socialmente viable es aún más grande, puesto que disponen de recursos más escasos.

El conjunto específico de servicios que se prestan en un país o región depende, en últimas, de la disponibilidad de recursos humanos, infraestructura, medicamentos y tecnologías (y los recursos financieros para que éstos estén disponibles) en los lugares en que se necesitan. En Colombia, por ejemplo, existe un plan de beneficios (llamado POS) cuyo contenido está definido por un amplio conjunto de servicios referido a una nomenclatura (MAPIPOS). Pese a que el plan es formalmente el mismo para cada régimen en todo el país, su efectividad práctica no es igual en las grandes ciudades, donde abundan los profesionales de la salud y los especialistas, que en departamentos apartados.

Al haber unas necesidades en salud que superan los recursos disponibles, inevitablemente los servicios se racionan. La forma en que ello ocurre tiene implicaciones de fondo sobre la equidad. Puede ocurrir que un grupo de la población, por ejemplo los asegurados o las personas con capacidad de pago, tenga un acceso oportuno y casi ilimitado a los servicios, mientras que otros grupos de la sociedad tengan el acceso restringido a un paquete muy limitado de servicios o incluso no tengan acceso. Los servicios en este caso se racionan según la persona (los recursos escasos se asignan a unos pocos beneficiarios, quedando poco para el resto). En el extremo contrario un sistema se puede organizar de una forma tal que todos los ciudadanos, independiente de su capacidad de pago, tengan posibilidad de acceder a un conjunto básico de servicios. En este último caso los recursos también se racionan, puesto que dicho conjunto básico tiene límites. Es, sin embargo, más equitativo y transparente puesto que tanto los beneficios como los límites son iguales para todas las personas.

Existe una amplia literatura sobre las modalidades mediante las cuales se racionan los recursos escasos en los sistemas de salud, (Evans, 1997; Klein, Day, & Redmayne, 1996;

Syrett, 2007). Una modalidad puede ser la capacidad de pago. Así se racionan, de hecho, la gran mayoría de los bienes y servicios de todo tipo en una economía de mercado. Por esta razón, el racionamiento de servicios de salud por capacidad de pago podría asemejarse a la lógica prevalente y cotidiana de asignar todo tipo de bienes a quien los pueda pagar.

El racionamiento de servicios de salud por capacidad de pago, sin embargo, se considera injusto desde algunos puntos de vista filosóficos y políticos (Daniels, 2008; Le Grand, 1987; Sen, 2009). Existe consenso en la literatura sobre sistemas de salud en que es deseable que los servicios se financien mediante esquemas prepagados (e.g. contribuciones, impuestos). De esta manera se posibilita el compartir socialmente el riesgo (risk pooling). Lo anterior permite que las personas de bajo riesgo (e.g. los jóvenes sanos) aporten a la atención de las de alto riesgo (e.g. los adultos mayores). En ausencia de un pool de riesgo que cubija a todos los grupos sociales cada cual tendría que pagar según su propio nivel de riesgo, lo cual sería socialmente indeseable puesto que implicaría contribuciones mucho más altas para los mayores, por ejemplo.

Es deseable, en la medida de lo posible, que cada quien aporte según su capacidad y cada cual reciba según su necesidad independiente de su contribución<sup>6</sup>. De hecho una razón fundamental para la intervención estatal en el financiamiento y organización de los servicios de salud es limitar el grado en que la capacidad de pago determina el acceso a los servicios esenciales de salud.

La principal razón para establecer planes de beneficios iguales y universales es la equidad. Un plan que garantiza una serie de servicios a parte de la población y excluye al resto (por ejemplo, a los no asegurados) es fundamentalmente inequitativo. Lo propio ocurre con un plan que le ofrece más servicios a un grupo de la población y menos a otro, teniendo ambos grupos las mismas necesidades de atención.

---

<sup>6</sup> Véase nota **¡Error! Marcador no definido.** sobre la definición de necesidad en el contexto de la asignación de recursos públicos.

#### **4. Por qué planes de beneficios explícitos?**

Los planes de beneficios son un conjunto de servicios prometido a la población. Ahora bien, la definición de dicho conjunto puede ser en mayor o menor grado explícita o ambigua. Un ejemplo de la primera puede ser una lista positiva de servicios referida a determinada nomenclatura. En una lista positiva lo que está en la lista se entiende como parte del plan, y lo no mencionado se entiende excluido.

Una definición ambigua puede ser la de “los servicios quirúrgicos”, sin que se especifique exactamente cuáles, o la de “todos los servicios esenciales” sin que medie una definición operativa para establecer cuáles servicios hacen parte o no del conjunto prometido. En estos casos la tarea de establecer qué servicios hacen parte o no del conjunto suele recaer en las personas a cargo de la atención en salud, cuyos criterios estarán mediados por su contexto, su formación, sus incentivos y motivaciones y la disponibilidad de recursos y tecnologías. Aún si el contexto es similar, las personas encargadas de decidir qué servicios se prestan pueden aplicar criterios divergentes, lo cual genera una inequidad horizontal (dos personas con idénticas necesidades en salud reciben atención diferente).

Un sistema de salud puede anunciar cobertura universal. Sin embargo, mientras no haga explícito qué servicios están incluidos y cuáles son los límites del plan, éste ofrecerá una cobertura nominal, no real. Un plan sin límites es, por definición, ambiguo.

Necesariamente lleva a que los recursos se racionen de manera implícita. Para entender este punto nos remitimos nuevamente a la literatura sobre el racionamiento de los recursos en salud.

Nos concentramos en este punto en las siguientes modalidades de racionamiento, distintas a la capacidad de pago, siguiendo la tipología expuesta por (Klein, et al., 1996):

- a. Negación: Determinado servicio de salud, como podría ser por ejemplo un medicamento costoso, se niega a quienes lo solicitan por cualquier razón. La negación puede deberse a consideraciones clínicas (insuficiente efectividad), o económicas. También puede ocurrir que quien niega no conozca bien sus razones o no las revele.

- b. Selección: Se niega con base en las características de las personas, no del servicio. Un ejemplo sería negar cuidado dental a los menores de 60 años.
- c. Dilación: Se aplaza en el tiempo la provisión del servicio, por ejemplo, mediante listas de espera. La dilación reduce la demanda de servicios porque en el tiempo de espera mucha gente desiste de su solicitud, o se muda, o se cura o incluso fallece (por causas relacionadas o no con su dolencia). Syrett (2007) comenta que si bien las listas de espera son evidentes para el público, su función como mecanismos de racionamiento no lo es tanto, porque la gente las asimila al acto cotidiano de hacer fila, y formalmente no hay una negación como tal.
- d. Obstrucción: Consiste en interponer trabas sutiles al acceso a los servicios. Por ejemplo, recepcionistas “poco amigables” o no proveer suficiente información al usuario.
- e. Desvío: Consiste en trasladar al usuario a otra entidad, o darle otro servicio diferente del que requeriría.
- f. Dilución: Consiste en otorgar un servicio de menor calidad a la deseable y al que sería posible con más recursos.
- g. Terminación: Consiste en retirar prematuramente a un paciente de un tratamiento (por ejemplo, darlo de alta antes de tiempo).

La existencia de estas modalidades de racionamiento –distintas a la capacidad de pago– está ampliamente documentada en los más diversos contextos. Hay, por ejemplo, una amplia literatura que analiza las diferentes formas bajo las cuales se observa el racionamiento los recursos en el servicio de salud de Inglaterra (Doyal, 1997; Klein, et al., 1996; Redwood, 2000).

La ubicuidad del racionamiento de los recursos es tan desafortunada como inevitable, dada da la brecha creciente entre lo deseable y posible. Dicho esto, resulta útil estudiar el

fenómeno en sus diferentes expresiones o modalidades, puesto que éstas pueden tener diferentes consecuencias sociales, políticas y de justicia.

Una observación de fondo es que de las modalidades de racionamiento expuestas por Klein, las tres primeras (negación, selección, dilación) son más visibles para el público. En los países donde se publican estadísticas sobre listas de espera, la dilación es aún más visible. Las últimas cuatro modalidades, en cambio, son más sutiles y menos visibles. La mayor visibilidad pública del racionamiento afecta la estabilidad política de los sistemas de salud. Las formas y modalidades menos visibles, en cambio, son más estables desde el punto de vista político (Mechanic, 1997; Syrett, 2007).

Esta tensión se manifiesta en el debate registrado en la literatura sobre el racionamiento implícito versus explícito. (Coast, 1997) define el primero como “limitar la atención sin reconocer que hay tal limitación” (the “unacknowledged limitation of care”). Ocurre cuando “se limita la atención en salud pero ni las decisiones sobre qué tipos de atención se prestan ni las bases para tales decisiones se expresan claramente”. Bajo el racionamiento explícito, en cambio, dichas decisiones y sus fundamentos se comunican al público y se hace transparente el hecho de que las mismas se basan en la disponibilidad de recursos.

El racionamiento implícito tiende a ser inequitativo, puesto que habilita el espacio para aplicar criterios diferenciales o decisiones arbitrarias para el manejo de casos similares. Tiende a privilegiar a quienes tienen las conexiones o la capacidad de pago para superar los obstáculos burocráticos.

El racionamiento explícito tiende a ser más transparente y equitativo, puesto que aplica unas condiciones iguales para todos, y tiende a darle un tratamiento más uniforme a casos similares. Su principal desventaja es que hace más evidente el racionamiento y visibiliza las negaciones. Su viabilidad política y aceptabilidad social están asociadas al grado de legitimidad que tengan las decisiones de inclusión y exclusión de servicios del plan.

La decisión de qué servicios prestar con los recursos escasos y cuáles excluir plantea toda una serie de problemas de justicia distributiva que han sido abordados en la literatura sobre priorización (Yamin & Norheim, 2010). Norman Daniels ha desarrollado la teoría

de la justicia de su mentor John Rawls en este contexto y ha propuesto un modelo, el de la “razonabilidad exigible”, para la toma de tales decisiones (Daniels & Sabin, 2008). Ante la imposibilidad de hallar, con base en los principios sustantivos de la justicia distributiva, respuestas completas a las preguntas sobre priorización, Daniels aboga por un proceso justo y legítimo para decidir el contenido de los planes y sus exclusiones.

Respecto de este último punto podría concluirse que el racionamiento explícito, al ser más visible para el público, exige un mayor grado de legitimidad de parte de los órganos de decisión y del proceso que se sigue para decidir qué se cubre y qué no dentro del plan.

Así como la razón fundamental para establecer planes universales e iguales es la equidad, la razón primordial para que tengan un contenido y unos límites explícitos es evitar que se presenten las modalidades más sutiles y menos transparentes del racionamiento. Así, explicitar y limitar los contenidos equivale a garantizar que lo incluido efectivamente se preste y se pueda exigir como un derecho por parte de la ciudadanía.

Las siguientes razones aconsejan que, además de iguales y universales, los planes de beneficios tengan una definición explícita de sus contenidos y sus límites:

- Equidad horizontal: Entre cualesquiera dos personas, a igual necesidad, igual atención.
- Rendición de cuentas: Hay una base objetiva para la rendición de cuentas por parte de las autoridades y las entidades responsables de la atención.
- Transparencia: Hay claridad sobre la disponibilidad de servicios y la asignación de recursos.
- Exigibilidad: A medida que los Estados conciben la salud como un derecho, se le da un contenido concreto a dicho derecho.
- Sostenibilidad: Al haber claridad sobre los servicios cubiertos y los límites de la cobertura, se puede planear la asignación de recursos, lo cual contribuye a asegurar su sostenibilidad.



Aún así, hay que tener presente que la ambigüedad o precisión del contenido de los planes es cuestión de grado. Puede variar desde el extremo de una definición totalmente ambigua a una absoluta y nítidamente explícita. Esta última tiene algunos inconvenientes que también han sido comentados en la literatura (Mechanic 1997):

- Rigidez: Hay pacientes cuya individualidad biológica demanda servicios diferentes a los que sirven en el común de los casos. Por ejemplo, hay quienes son alérgicos al tratamiento convencional.
- Resistencia de la comunidad médica: Los profesionales de la salud pueden sentir limitada su autonomía si el plan es excesivamente rígido.

Estos dos inconvenientes se suman a la inestabilidad política, ya referida, que surge de visibilizar las negaciones.

Estas últimas consideraciones constituyen un argumento para introducir algo de flexibilidad en el diseño de los planes explícitos, más no para eliminarlos y retornar a las modalidades menos transparentes y más inequitativas del racionamiento. Un reto crucial de la política pública es, entonces, buscar un punto medio en el grado de precisión (o ambigüedad) y rigidez (o flexibilidad) en la definición de los contenidos de los planes de beneficios, a efectos de lograr sus objetivos deseables y minimizar sus inconvenientes. Es, por lo tanto, deseable que el diseño de los planes explícitos contemple mecanismos controlados para administrar excepciones y casos atípicos que permitan algo de flexibilidad sin desvirtuar el plan ni borrar de facto sus límites.

Hay, en resumen, razones de fondo para una definición explícita del conjunto de servicios que componen los planes. Hay una tendencia en el mundo en ese sentido. Si bien cabe establecer mecanismos controlados para administrar casos atípicos, ello no elimina la necesidad de fijar límites a los contenidos. Dicha delimitación es, precisamente, la forma de garantizar el derecho a los servicios incluidos en el plan y evitar que estos últimos se racionen de maneras implícitas y poco transparentes.

Ante la imposibilidad material de proveer de manera ilimitada todos los servicios que idealmente se requerirían, y ante el riesgo de que dicha imposibilidad conduzca a las

modalidades más perversas e inequitativas del racionamiento, los planes explícitos surgen como una herramienta socialmente construida para garantizar la provisión de lo socialmente necesario. Es decir, para asegurar que aquel conjunto de servicios que en virtud de un proceso legítimo de priorización sea definido como humanamente esencial y materialmente factible, efectivamente se preste y sea exigible por parte de toda la población. Dicho conjunto debe ser necesariamente limitado puesto que de lo contrario no sería materialmente factible y, al no serlo, dejaría de ser efectivamente exigible por parte de toda la población.

## **5. Cómo se ha hecho en otras partes?**

Hay una tendencia en los países desarrollados, aún aquellos donde históricamente no ha habido una definición muy explícita de los contenidos de los planes, a hacer explícitos los límites de la cobertura que ofrecen (Schreyogg, et al., 2005). Esta tendencia está asociada al progreso de la tecnología médica y al encarecimiento de los servicios, y responde a la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud sin sacrificar la equidad. Una forma de lograrlo es mediante la evaluación de tecnologías y medicamentos y la exclusión selectiva de aquellos considerados de baja prioridad social. La evaluación de tecnología se ha institucionalizado en muchos países como una función del sistema de salud. (Sorenson C, Drummond M, & Kanavos P, 2008)<sup>7</sup>.

Inglaterra, por ejemplo, creó el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (conocido como NICE por sus siglas en inglés) para orientar las decisiones sobre qué medicamentos y tecnologías en salud se justifica financiar con recursos del contribuyente. Aquello que se incluye está disponible para todos quienes estén en igual necesidad. Lo que se excluye no se le cubre a nadie con recursos públicos. España creó una lista positiva de medicamentos garantizados a nivel nacional. En 2006 redujo su contenido, si bien algunas comunidades autónomas continuaron financiando con recursos locales los medicamentos excluidos.

---

<sup>7</sup> No todos los países que han institucionalizado la evaluación de tecnología aplican los mismos criterios, pero en la mayoría de los casos se incluye de manera explícita, como parte de la evaluación de tecnología, la evaluación económica.

Inglaterra y España tienen Sistemas Nacionales de Salud, donde la provisión de los servicios es monopólica, pública y financiada con impuestos generales. Aún así, en aras de la sostenibilidad financiera, han dado pasos para hacer explícitos los contenidos de sus planes y, sobretodo, sus límites y exclusiones. Otros países tienen sistemas de salud basados en el aseguramiento social con competencia en el aseguramiento, como por ejemplo Alemania, Holanda, Suiza, Israel, Colombia, Uruguay y República Dominicana. En estos países el Estado organiza la financiación de los servicios (normalmente con mayor énfasis en contribuciones basadas en los salarios), y el usuario tiene libertad de elegir entre múltiples aseguradores con sus respectivos proveedores de servicios. Separan, por lo tanto, la financiación de la provisión de los servicios.

El hacer explícitos los contenidos de los planes, en términos de los servicios específicos a prestar o de su valor, así como los límites de los mismos, es importante en los sistemas de salud que separan la financiación de la provisión de los servicios. En aquellos sistemas donde hay libertad de elección por parte del usuario y participación privada en la provisión el hacer explícitos los contenidos se vuelve necesario. La principal razón es que difícilmente una aseguradora asume, a cambio de una suma determinada, la responsabilidad de prestar un conjunto de servicios de salud si sus obligaciones no están bien delimitadas. Del lado del regulador dicha delimitación permite evaluar hasta qué punto las aseguradoras están prestando los servicios que deberían y si el pago que reciben es adecuado o excesivo.

Todos los países de alguna manera establecen planes de beneficios, universales o no, y en mayor o menor grado explícitos. A continuación presentamos una serie de casos que ilustran cómo diferentes países han abordado las consideraciones comentadas en secciones anteriores al diseñar e implementar planes de beneficios. Consideramos la experiencia de países desarrollados y, en América Latina, los casos de Chile y México, puesto que recientemente han implementado reformas tendientes a establecer planes de beneficios explícitos.

Para poner en contexto la discusión que sigue, es pertinente tener en cuenta las diferencias que existen entre los países en cuanto a su grado de desarrollo y disponibilidad de recursos para la atención en salud, ilustradas en la siguiente tabla.

También es preciso tener en cuenta que al comparar países similares bajo diferentes medidas de desempeño, no hay un sistema de salud que sea consistentemente superior. Colombia, por ejemplo, tiene mayor cobertura de servicios de citología que México, mientras que éste último tiene mejor desempeño en indicadores de salud infantil como la vacunación (Guerrero, Carrasquilla, & Gómez Dantés, 2010). Chile tiende a tener mejor cobertura de servicios que Colombia. Sin embargo, dos estudios recientes sugieren que tendría una mayor proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos por problemas de salud (es decir, Colombia tendría mejor protección financiera) (Bitrán & Muñoz; Giedion, Florez, & Pardo, 2009).

País	Gasto Total en Salud como % del PIB	Gasto General en Salud del Gobierno como % total del Gasto en Salud	Gasto Privado en Salud como % del total del Gasto en Salud <sup>8</sup>	Gasto General en Salud del Gobierno como % del Gasto Total del Gobierno	Gasto de Bolsillo como % del Gasto Privado en Salud	Gasto total en Salud Per Cápita (US\$ al año)
Alemania	10.4	76.9	23.1	18.2	56.6	4.209
Reino Unido	8.4	81.7	18.3	15.6	62.7	3.867
Chile	6.2	58.7	41.3	17.9	53.2	615
Colombia	6.1	84.2	15.8	18.8	48.7	284
México	5.9	45.4	54.6	15.5	93.1	564

Cifras para 2007. Fuente: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf)

---

<sup>8</sup> Es preciso interpretar las cifras con cautela, puesto que no todos los países contabilizan igual las contribuciones obligatorias a la seguridad social. Estas se pueden contar como gasto privado en unos países y público en otros.

## **Europa**

(Schreyogg, et al., 2005) reportan los resultados de un proyecto de la Unión Europea cuyo propósito fue comparar la estructura, contenido y procedimientos de actualización de los planes de beneficios en el continente. Los principales hallazgos se reseñan a continuación. En general, aquellos sistemas de salud basados en el aseguramiento social, como Alemania, conceptualizan el plan como un derecho (“entitlement”) de los afiliados. Países con sistemas nacionales de salud (SNS), como Inglaterra, lo conceptualizan como un deber de la administración pública.

Los países varían en el grado en que hacen explícitos los contenidos, y en la manera en que lo hacen. No puede afirmarse que un tipo de sistema (SNS o aseguramiento social) tienda a definirlos más explícitamente que el otro. El grado de precisión en la definición depende de cómo está organizada la prestación de los servicios y cómo se remunera a los prestadores. La definición de contenidos suele estar muy ligada a los tarifarios mediante los cuales el sistema paga a los prestadores de los servicios (dichos tarifarios están referidos a una nomenclatura). Los contenidos suelen diferenciarse, así mismo, según el ámbito de atención (hospitalización, consulta externa).

En cuanto a la hospitalización la definición de la cobertura puede estar mediada por unos “paquetes” o agrupaciones de servicios asociados a un diagnóstico o dolencia, ya que el pago a los hospitales tiende a realizarse mediante un pago global por caso. Esto se conoce en la literatura como DRG (“diagnostic related group”). Estos se han introducido, con variaciones, en Alemania, Hungría, Dinamarca, Italia, Holanda e Inglaterra. La forma precisa de definir los paquetes varía, así como su papel en la definición de las coberturas. Muchas veces funcionan como listas positivas (el sistema de salud no paga los servicios no incluidos en los diversos paquetes). En otros casos se estipula que las tecnologías mencionadas en los paquetes no se pueden aplicar cuando hay alternativas menos costosas.

La forma de definir los contenidos del plan en el ámbito ambulatorio depende de cómo se remunera a los profesionales de salud. Suele organizarse por especialidades. Hay países, como Inglaterra y Holanda por ejemplo, donde los médicos reciben una suma fija per

cápita por la responsabilidad de atender una población. No suelen estipular en detalle qué servicios se incluyen, quedando a discreción de los médicos la asignación de los recursos, que se racionan de manera implícita. En Francia, en cambio, a los médicos se les paga por evento, por lo cual hay un catálogo detallado que especifica qué tipo de servicios paga (o no) el sistema público.

Muchos países combinan estos mecanismos con listas positivas o listas negativas (en este último caso todo se entiende incluido, salvo los procedimientos y tecnologías señalados en la lista). La mayoría de países tiene exclusiones explícitas para procedimientos cosméticos, tratamientos no convencionales (e.g. acupuntura). Los tratamientos dentales se suelen restringir a determinados procedimientos o grupos de edad (como en Alemania).

Shreyogg y colaboradores concluyen que hay una tendencia clara a hacer más explícita la definición de los planes de beneficios. En cuanto a los criterios aplicados para su definición y actualización concluyen que “Muchos países afirman oficialmente que la costo-efectividad es un criterio de decisión importante. Sin embargo, investigaciones adicionales muestran que no parece haber un proceso racional de revisión de la evidencia sobre tecnologías y procedimientos específicos. En realidad el proceso de toma de decisiones está guiado por actividades de cabildeo por parte de ciertos actores. Especialmente los países con paquetes de beneficios muy explícitos, como Polonia, hacen falta unos criterios de decisión más transparentes”<sup>9</sup>.

Quizá una excepción a esta apreciación sea el Reino Unido, donde NICE revela sus criterios y metodologías, y ha establecido instancias de participación ciudadana que buscan darle legitimidad al proceso de toma de decisiones. Aún así, no está exento de controversias.

## **Chile**

Chile tiene un sistema de salud dual. Las personas tienen la posibilidad de llevar su cotización a una aseguradora privada o al sistema público. A diferencia de Colombia, no

---

<sup>9</sup> Pg.10

existe un proceso de compensación que garantice la solidaridad. Por lo tanto en Chile una persona que aporta sobre 10 salarios mínimos aporta a la aseguradora 10 veces más recursos que una persona de un salario mínimo. En esas condiciones las aseguradoras privadas (ISPAREs) ofrecen planes más generosos para atraer a la población más pudiente, que corresponde aproximadamente al 16% de la población, y 70% está en el sistema público financiado por FONASA (Fondo Nacional de Salud).

Hasta hace una década no había plan de beneficios mínimo obligatorio para toda la población. FONASA proveía un conjunto de servicios (definido por el arancel FONASA, que es una especie de tarifario) pero la provisión de éstos no estaba garantizada ni se presentaba a la ciudadanía como algo exigible. Los recursos se racionaban de manera implícita, por ejemplo mediante listas de espera.

La administración del Presidente Lagos introdujo un plan de beneficios mínimo obligatorio para toda la población, llamado AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Se priorizaron inicialmente 56 patologías o problemas de salud<sup>10</sup>, que cubren aproximadamente 60% de la carga de la enfermedad, consultando estudios de costo-efectividad y encuestas sobre las preferencias y aspiraciones de la población. Se definieron guías de práctica clínica para las patologías priorizadas con participación de la comunidad científica. Se convirtieron las guías en protocolos (el gobierno seleccionó las tecnologías y medicamentos con base en las guías y en consideraciones económicas y presupuestales).

Con base en ellos se definió un conjunto de garantías exigibles por parte de la población. Son garantías de ciertos servicios incluidos en los protocolos, e incorporan también la dimensión temporal mediante tiempos de espera máximos. En virtud de esta garantía de oportunidad, si el prestador se tarda más de lo establecido en el protocolo para la realización de determinado procedimiento, el usuario tiene la opción de acudir a otro prestador (posiblemente privado, de una lista de precalificados). En esto consiste el plan AUGE.

---

<sup>10</sup> Se han ampliado a 69.

Por su diseño, el plan cubija de manera integral las patologías y problemas de salud priorizados. Para algunos de ellos incluye la detección activa (y temprana de casos) o la garantía de un diagnóstico oportuno en caso de sospecha clínica, así como los servicios necesarios para la atención integral a todo lo largo del curso natural de la enfermedad. Los servicios cubiertos se especifican detalladamente, lo cual fue necesario para la estimación de los costos del programa.

Un criterio importante para seleccionar los servicios AUGE fue la capacidad asistencial. Es decir, que lo incluido se pueda prestar en todo el territorio nacional y no únicamente en las grandes ciudades.

Para los servicios incluidos en el AUGE hay una garantía de protección financiera. Es decir, que los copagos y cuotas moderadores a cargo del usuario tienen un límite máximo.

AUGE aplica en el sistema público (FONASA) y también es vinculante para quienes están en las ISAPRE, si bien estas personas por lo general reciben más de los servicios básicos garantizados por el AUGE. En el plan AUGE hay mecanismos administrativos para exigir los servicios garantizados. No hay mecanismos legales ni judiciales para exigir lo no cobijado explícitamente por las garantías.

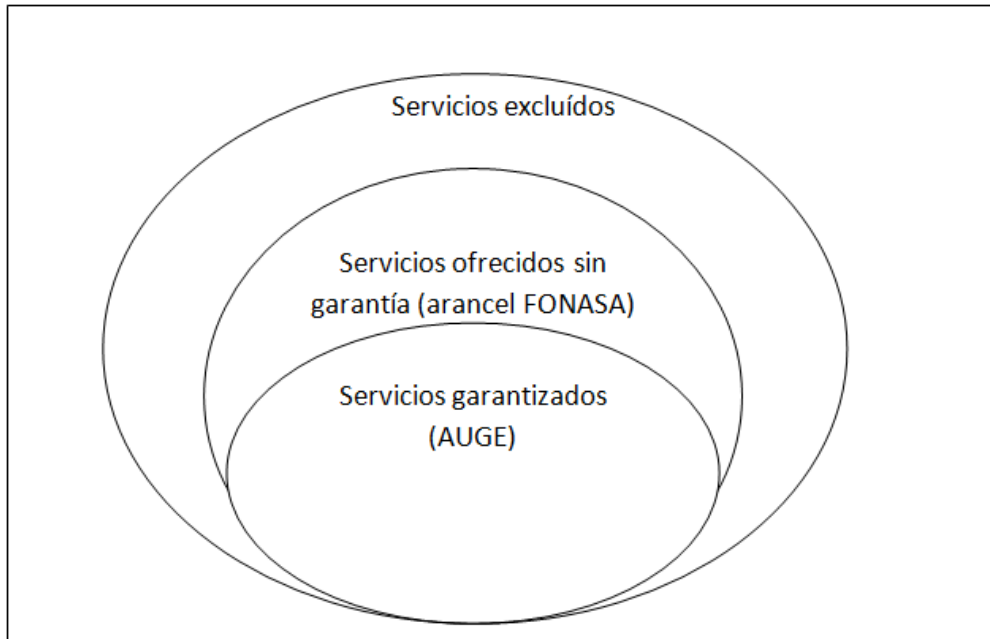
Para la implementación del plan el legislador apropió recursos adicionales a los contemplados en el presupuesto ordinario para la prestación de servicios de salud. Se fijó al mismo tiempo un techo presupuestal para el programa, en el marco del cual fue preciso priorizar servicios y patologías. No se previó un proceso de afiliación que hiciera explícita la promesa de servicios a la población. La gente adquiere conciencia de tiene derecho a un conjunto garantizado de servicios a través de una estrategia de comunicación activa por parte del gobierno.

Es importante anotar que los servicios no incluidos en el plan AUGE siguen estando disponibles en sistema público. Lo no incluido en el AUGE, si bien no se garantiza ni es exigible, suele estar disponible. La mayoría de los servicios no cobijados por el AUGE se presupuestan y se prestan en el sistema público (aunque no se garantizan), y se racionan



mediante mecanismos implícitos (sobre todo listas de espera)<sup>11</sup>. Hay un tercer conjunto de servicios, más restringido, que definitivamente no se presta con cargo a recursos públicos, como la cirugía plástica.

La lógica del plan chileno se puede representar gráficamente de la siguiente manera:



## **México**

México tiene un sistema de salud similar al que tenía Colombia antes de la ley 100. El Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS) cubre a la población vinculada al sector formal, y diversas instituciones aseguran a los servidores públicos y poblaciones de excepción (como la empresa estatal petrolera y las fuerzas militares). El resto de la población se atiende a través de redes de hospitales y prestadores públicos que son responsabilidad de los Estados. Las personas con capacidad de pago suelen acudir a los servicios privados.

Hasta hace una década se observaba una gran inequidad en el financiamiento. El alto grado en que la población debía financiar de su bolsillo la atención recibida de

---

<sup>11</sup> En el sistema privado de las ISAPRE, sí hay restricciones en los beneficios que van más allá de los servicios incluidos en el plan AUGE, lo cual depende de la cobertura pactada y el costo de la póliza.

prestadores privados puso en evidencia la insuficiente capacidad de respuesta del sistema público. En este contexto, bajo la administración Fox, se creó el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo programa operativo es el Seguro Popular (SP). Consiste en un plan de beneficios para la población que está en el desempleo o la informalidad, y por lo tanto no está cubierta por la seguridad social.

El legislador apropió recursos adicionales para el SP. Este se financia con una cuota social del gobierno federal (aprox. US\$210 por familia beneficiaria), una “aportación solidaria federal” (en promedio equivale 1.5 veces la cuota social, también por familia), un aporte de los estados (aprox. US\$105 por familia). Las familias, salvo las más pobres, deben aportar una cuota de afiliación<sup>12</sup>.

(Giedion, Panopoulou, et al., 2009) reseñan el origen, contenido y procedimientos de ajuste del SP, de la cual se extraen algunos puntos relevantes a continuación: El paquete básico de servicios del SP se denomina CAUSES (Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud). Su punto de partida fue el paquete básico de servicios del componente de salud del programa de transferencias condicionadas Oportunidades (un programa análogo a Familias en Acción)<sup>13</sup>. Los primeros análisis del gobierno concluyeron que además de las intervenciones de baja complejidad cobijadas por el CAUSES era preciso proteger a las familias frente a problemas de salud que implican gastos catastróficos, lo cual llevó a la creación del Fondo de Protección frente a Gastos Catastróficos (FPCG).

El CAUSES incluyó en 2004 un total de 91 intervenciones y se amplió progresivamente hasta cubrir 266 en 2008. Se entiende en su contexto como una lista positiva (lo no mencionado se entiende excluido). Está organizado alrededor de seis conglomerados (Salud Pública, Consulta General y Especializada, Odontología, Urgencias, Hospitalización y Cirujía), describe las intervenciones, las refiere al correspondiente nivel de atención, y tiene la intención de facilitar la referencia y contrareferencia de pacientes

---

<sup>12</sup> No obstante a la fecha los recaudos por este concepto han sido mínimos ya que las autoridades estatales han clasificado a las familias afiliadas en la categoría exenta.

<sup>13</sup> Este su vez tiene su origen en estudios publicados por Funsalud en 1994, basados en mediciones de carga de la enfermedad y análisis de costo-efectividad; estudios influenciados por el informe del Banco Mundial de 1993.

entre niveles en aras de la integralidad de la atención. Está acompañado de una lista de 312 medicamentos esenciales organizados por especialidades y niveles de atención. El costo promedio del paquete es del orden de US\$123 por persona al año.

De otra parte el FPFC cubre 49 intervenciones, entre ellas el cáncer de cérvix y mamá, así como 22 tipos de cáncer que afectan a los niños. Para éstos se definen protocolos de atención que establecen las indicaciones y tecnologías precisas a proveer, y el gobierno federal reembolsa por caso a los hospitales públicos que brindan la atención<sup>14</sup>.

El Seguro Popular prevee un proceso de afiliación mediante el cual las familias deben registrarse periódicamente ante los servicios locales de salud, cuyo propósito es hacer explícita la promesa de servicios del programa. De acuerdo con los recursos previstos en la ley de reforma aprobada en 2003, la meta es lograr la afiliación universal (de todas las familias no cubiertas por el IMSS u otros esquemas) en 2010. Es decir, del orden de 12 millones de familias. A 2008 había 9.1 millones afiliadas, y en 2010 se acerca a la meta.

No hay en el SP mecanismos claros para hacer efectiva la exigibilidad de los servicios contemplados en el plan. Hay un sistema de quejas y reclamos. Sin embargo, la población no lo usa mucho. Podría decirse, por lo tanto, que el plan de beneficios es explícito, pero no del todo exigible.

Obsérvese, finalmente, que pese a su nombre el Seguro Popular no corresponde a lo que se denomina técnicamente como un seguro. No media una póliza o un contrato con una compañía que explícitamente asume una serie de riesgos, ni hay también libertad de elección de asegurador o prestador por parte del usuario. Tiene, sin embargo, dos ingredientes esenciales de la función del aseguramiento en salud: un plan de beneficios explícito, y mecanismos para proteger el ingreso de los hogares frente a posibles eventos adversos en salud.

---

<sup>14</sup> Los medicamentos necesarios para la provisión de los servicios del FPGC son adquiridos centralmente por el gobierno federal (los del causes son adquiridos por los Estados).

## 6. Cómo se ha hecho en Colombia?

Colombia tenía hasta principios de los noventa un sistema de salud segmentado en el que el 20% de la población estaba afiliada al Instituto de los Seguros Sociales y el resto acudía a una red de puestos de salud y hospitales públicos. Había inequidad en el financiamiento: La diferencia en el gasto público per cápita en servicios de salud, entre el departamento que más invertía y el que menos, era de 5 a 1 (MinSalud, 1996).

A principios de los noventa Colombia adoptó los principios constitucionales de universalidad, eficiencia y solidaridad como rectores de la seguridad social. Mediante la ley 100 de 1993 adoptó un esquema general de financiamiento en el cual cada cual aporta según su capacidad (un porcentaje dado de los ingresos, habiendo un esquema subsidiado para la población sin capacidad de pago), y cada cual recibe según su necesidad: El sistema asigna el presupuesto mediante un pago per cápita ajustado por riesgo (i.e. ajustado por la utilización esperada de servicios). Así, por ejemplo, el sistema asigna mayores recursos a las personas mayores de 60 años, las mujeres en edad fértil, y los niños menores de un año<sup>1516</sup>.

Habilitó la participación privada en la función de aseguramiento y prestación de servicios, e introdujo la libertad de elección por parte del usuario. A diferencia de la reforma mexicana, que no tocó al IMSS y otras instituciones de seguridad social preexistentes, el sistema colombiano se propuso cobijar a toda la población en el mismo esquema general bajo las mismas condiciones. Permitió pocas excepciones: los maestros, los militares y policías, empleados de universidades públicas y empleados de Ecopetrol<sup>17</sup>.

Ordenó la afiliación universal y la adopción de un plan obligatorio de salud (POS) igual para toda la población, sin perjuicio de los planes y coberturas adicionales que las personas quisieran voluntariamente adquirir. Se previó un proceso de afiliación que no

---

<sup>15</sup> En la literatura de finanzas públicas en salud se define *necesidad* como el valor esperado (en el sentido estadístico de la palabra) de los servicios a utilizar por cada grupo de la población.

<sup>16</sup> En el régimen subsidiado, sin embargo, la unidad de pago por capitación no se ajusta aún por riesgo o utilización esperada de servicios.

<sup>17</sup> Estos regímenes especiales cubren aproximadamente al 5% de la población total del país.

sólo hace explícitos los derechos y deberes frente al sistema sino que también habilita el ejercicio de la libertad de elección de asegurador por parte del usuario.

En una etapa temprana de la reforma se contempló la posibilidad de establecer un plan de beneficios igual para toda la población. Dada la limitada disponibilidad de recursos, esto habría implicado reducir el conjunto de servicios que ya se venía ofreciendo a la población hasta entonces afiliada al ISS. El Congreso de la República introdujo en la ley una disposición que cerraba esa posibilidad (Bossert & González Rossetti, 2000; Giedion, Panopoulou, et al., 2009). Así las cosas, el sistema inició con un plan de beneficios más profundo en el régimen contributivo que en el subsidiado. La ley ordenó la igualación progresiva de los planes.

La ley creó fuentes adicionales de recursos para financiar el nuevo conjunto de servicios prometido a la población<sup>18</sup>. El gasto público en salud (incluyendo seguridad social) se incrementó en 3.5 puntos del PIB entre 1993 y 2003 (Barón, 2007). A manera de comparación, la reforma del Seguro Popular en México proyectó un aumento dicho gasto de 1 punto del PIB (Gakidou et al., 2006).

Al asignar los nuevos recursos el gobierno dio prioridad a incrementar la población cubierta (la parte horizontal del cubo), en el entendido de que una vez se lograra la afiliación universal se igualaría progresivamente el contenido (profundidad) de los planes. Aún así, la velocidad con la cual el país avanzó hacia la meta de la afiliación universal con igualdad de planes fue inferior a las expectativas fijadas en la ley, lo cual dio lugar a nuevos mandatos legales (Ley 1122 de 2007) y jurisprudenciales (Sentencia 760 de 2008) para el logro de ese objetivo.

En cuanto al contenido del plan, hubo al inicio de la reforma una serie de estudios técnicos que consultaron los criterios de carga de la enfermedad y la relación de costo efectividad de las intervenciones. El Consejo Nacional de Seguridad Social, sin embargo, optó por una decisión más rápida y adoptó un POS basado en buena medida en el

---

<sup>18</sup> Incrementó el porcentaje de cotización de 8% a 12% de los salarios y estableció que un porcentaje creciente de las transferencias de recursos de la nación a los gobiernos locales se destinaría financiar la afiliación de la población subsidiada al sistema.

catálogo de prestaciones del antiguo Instituto de los Seguros Sociales (ISS) (Giedion, Panopoulou, et al., 2009). Dicha entidad prestaba directamente la mayoría de sus servicios, y contrataba externamente algunos, para lo cual tenía un tarifario basado en una nomenclatura de servicios. Dicha nomenclatura, bajo el nombre de MAPIPOS<sup>19</sup>, junto con una lista de medicamentos esenciales, se adoptó como la estructura básica que define el contenido del POS en el régimen contributivo. Se entiende como una lista positiva y, adicionalmente, menciona una serie de exclusiones explícitas.

La estructura del POS se asemeja a “una lista de mercado” en la medida en que menciona procedimientos e intervenciones sin dar orientaciones muy precisas respecto de cuándo y bajo qué condiciones estarían indicados. Formas más sofisticadas de diseñar planes de beneficios tienen como referentes guías clínicas que sugieren bajo qué condiciones están indicados determinados procedimientos (un procedimiento puede ser inefectivo para una enfermedad, y ser sumamente efectivo para otra). Así mismo, la estructura actual no considera las patologías o condiciones de salud integralmente a lo largo de su curso natural, por lo cual puede haber “huecos” que hacen inoperante el paquete completo (por ejemplo, incluir la quimioterapia pero no la mamografía hace que los casos de cáncer de seno tiendan a detectarse cuando ya es demasiado tarde). Solo algunas de las actualizaciones más recientes del POS, citadas más adelante, han tenido como criterio orientador guías de atención clínica integral.

El POS del régimen subsidiado tiene su origen en un programa implementado en el país, llamado Empresas Solidarias de Salud, que contemplaba la provisión de un paquete esencial de servicios de baja complejidad. Al igual que en México, en una etapa temprana de la implementación fue evidente que era preciso proteger a la población afiliada al régimen subsidiado frente a enfermedades que pueden ocasionar gastos catastróficos, por lo cual el POS-S se amplió para incluir un conjunto de intervenciones de alto costo y/o alta complejidad así como los servicios requeridos por los menores de un año y las mujeres embarazadas. Quedó con un “hueco” en los servicios de mediana complejidad como las consultas especializadas y muchas hospitalizaciones.

---

<sup>19</sup> Manual de Procedimientos e Intervenciones del POS.

El POS contributivo y subsidiado incorporó los contenidos de los programas “verticales” que previamente ejecutaba el ministerio, como el plan ampliado de inmunizaciones (vacunación infantil universal), de atención materno infantil, y programas de planificación familiar (antiguamente proveídos principalmente por Profamilia). La ley también estableció un plan universal, llamado plan de atención básica (PAB), para aquellos servicios que no se prestan a los individuos sino a la comunidad en su conjunto (e.g. fumigación, control de factores de riesgo ambientales). Asignó a los municipios la responsabilidad de financiar y organizar la provisión del PAB.

El sistema colombiano previó el cobro de cuotas moderadoras y copagos por parte de los usuarios para cofinanciar los servicios del POS, con unos límites muy claros referidos al ingreso de las familias, a fin de protegerlas frente a gastos catastróficos. Dichas cuotas y copagos equivalen aproximadamente al 3% del valor de los servicios.

El POS ha sido objeto de numerosas actualizaciones (en 1995, 1996, 1997, 2000, 2002, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010), las cuales se resumen gráficamente en el Anexo 1. Se ha tratado en todos los casos de inclusiones puntuales de grupos de intervenciones y/o medicamentos, sin que haya habido una revisión o replanteamiento de raíz del plan. La Corte Constitucional ordenó en 2008 una actualización y revisión integral del POS.

Sólo actualizaciones recientes, entre las cuales se destacan las correspondientes a medicamentos antirretrovirales, a los métodos anticonceptivos y al tratamiento de la diabetes e hipertensión en el régimen subsidiado, han sido soportadas en estudios epidemiológicos y económicos completos, que han aportado la evidencia necesaria para orientar las decisiones (Castrillón, 2006, 2008; Cubillos, 2006). En los demás casos la insuficiencia de dichos estudios quedó evidenciada, así como la falta de unos criterios de priorización consistentes para la toma de decisiones.

En este punto es interesante observar que el POS trajo consigo un modelo de provisión de los servicios diferente del prevalente hasta ese entonces. El encargado de organizar la red de prestadores en sus diferentes niveles de atención, así como la referencia y contrareferencia de pacientes dentro de la misma, es la EPS. Así, en un área determinada, el país pasó de tener una red pública de atención (y una red paralela en torno al ISS) a

tener numerosas redes superpuestas geográficamente. Esto representa una diferencia fundamental frente a los casos de Chile y México, donde los esquemas nuevos que se crearon (AUGE y SP) se apoyaron en los modelos de provisión de servicios pre-existentes y fueron plenamente compatibles con ellos.

El POS también adquirió una serie de connotaciones adicionales en el contexto de las modalidades de pago a los prestadores de servicios, ya que Colombia habilitó la participación privada en la prestación en mucho mayor medida que en Chile y que en México.

Así, en el contexto Colombiano el POS tuvo el efecto de delimitar las obligaciones contractuales de prestadores y pagadores privados (muchas veces con fines de lucro). Está en el interés de los primeros (y del gobierno) interpretar los contenidos del plan de una forma más amplia, y de los segundos de una manera más restringida. Esto, sumado a que el lenguaje del MAPIPOS no era lo suficientemente preciso, ha dado lugar a largas controversias.

El POS es exigible legalmente, y si bien existen mecanismos administrativos mediante los cuales la población puede exigir los servicios cobijados, la población ha acudido de manera creciente a la vía judicial mediante la acción de tutela.

Las estadísticas publicadas por la Defensoría del Pueblo sobre el grado en que los usuarios han acudido a la acción de tutela para solicitar servicios incluidos en el POS han puesto en evidencia defectos de cumplimiento de la ley por parte de las entidades responsables de garantizar su provisión (EPS).

Los usuarios también han acudido masivamente a la tutela para solicitar servicios no incluidos en el POS.

La ley y la reglamentación también han previsto unos comités técnico-científicos (CTC) habilitados para ordenar con cargo al erario servicios no POS por una vía diferente a la judicial. En principio estos comités podrían conciliar la necesidad de hacer explícitos límites de los planes con la necesidad de preservar flexibilidad para el manejo de casos



atípicos. Sin embargo, los mecanismos de financiación y pago de los servicios no POS han interferido con el funcionamiento de estos comités.

Solía ser el caso de que, si un medicamento era autorizado por un CTC la EPS asumía el 50% del costo y el restante 50% le era reembolsado. Si el CTC negaba el medicamento y luego éste era ordenado por un juez la EPS recibía un reembolso por el 100% del valor del servicio. Había una especie penalidad por autorizar en CTC y un incentivo a la tutela. La ley 1122 invirtió la situación: si el CTC autoriza hay reembolso del 100% y si no tramita la solicitud oportunamente y luego hay tutela, sólo del 50%<sup>20</sup>. La reglamentación previa y posterior a la ley 1122 es igualmente disfuncional en el sentido en que supedita al CTC a incentivos económicos que interfieren con su pretendida independencia científica<sup>21</sup>.

En este contexto, el CTC en conjunción con la latente posibilidad de la tutela no POS, han tenido el efecto de borrar de facto los límites del plan obligatorio de salud.

En la sentencia T-760 de 2008 la Corte reiteró la jurisprudencia que conduce a que, en las condiciones actuales vigentes en el sistema, los usuarios tienen derecho a aquellos servicios requeridos con necesidad de acuerdo al criterio de su respectivo médico tratante. La jurisprudencia ha previsto entonces la prestación de los servicios por fuera del plan bien sea por disposición de un comité técnico científico o de un juez. Ha definido, desde finales de los años noventa, que la provisión de los servicios no POS esté a cargo de prestadores del sistema (casi siempre privados) bajo la modalidad de pago por evento (fee for service)<sup>22</sup>. La combinación de provisión privada con pago por evento se asocia con un crecimiento descontrolado de los costos, lo cual se ha documentado ampliamente en la literatura internacional de la economía de la salud (Langenbrunner, Orosz, Kutzin, & Wiley, 2005).

En 2010 el monto de recursos solicitado a la tesorería del sistema (FOSYGA) para reembolsar servicios y medicamentos no POS es del orden de los \$300.000 millones al

---

<sup>20</sup> La sentencia T760 extiende esta regla a los servicios distintos de los medicamentos.

<sup>21</sup> La ley 1438 de 2011 deroga lo dispuesto al respecto por la ley 1122.

<sup>22</sup> En virtud de la orden de recobro, el FOSYGA paga la prestación a posteriori por evento.

mes, lo cual equivale a la tercera parte de lo que valen los servicios del POS. El grueso de las tutelas y los servicios no POS se concentra en el régimen contributivo, lo cual ha tenido el efecto paradójico de generar una mayor inequidad en la asignación de recursos per cápita entre regímenes. Es decir, la diferencia en el gasto per cápita en servicios de salud entre el régimen contributivo y el subsidiado se ha ampliado.

Los recursos para pagar los recobros se agotaron, y en la actualidad la tesorería del sistema los está pagando mediante un préstamo interno del gobierno. El gobierno y el congreso han adoptado medidas con el objetivo de restaurar el equilibrio financiero del sistema. Muchas han fracasado y las que han prevalecido, como los nuevos impuestos, han sido insuficientes. Independiente del monto recaudado y apropiado en el presupuesto público, subsiste un desequilibrio estructural por el lado de los gastos<sup>23</sup>. El sistema de salud, en síntesis, está en situación de insolvencia e iliquidez, y su sostenibilidad en entredicho.

## **7. Lecciones pertinentes para la actual reforma del POS**

La adopción de planes de beneficios explícitos y los mecanismos asociados para financiarlos y garantizar su provisión, han permitido reducir las inequidades en la asignación de recursos públicos para los servicios de salud. En México el gasto público per cápita para los asegurados equivalía a 3.9 veces el de los no asegurados en 1995, y la diferencia se redujo a 1.5 veces en 2008 (Chertorivski, 2010). En Colombia a principios de los noventa la diferencia en el mismo indicador entre el departamento que más invertía y el que menos era de 5 a 1. Después de la reforma, pese no haberse logrado aún la igualación de los planes, la relación entre el valor de la unidad de pago por capitación de los regímenes contributivo y subsidiado es del orden de 2 a 1. En años recientes, sin embargo, el volumen y valor de recobros por CTC y tutelas en el régimen contributivo ha

---

<sup>23</sup> La jurisprudencia permite la ordenación de gasto público sin sujeción al presupuesto (artículo 345 de la Constitución). De otra parte, la ley 100 había delegado en el regulador la ordenación de gasto (decidir en qué invertir recursos públicos). La jurisprudencia ha tenido también el efecto de otorgarles a los médicos tratantes la facultad de ordenar gasto público (sin sujeción a los principios que normalmente gobiernan la materia).

sido tal que ha revertido parcialmente el progreso hacia la equidad en el financiamiento entre regímenes.

Esta trayectoria apunta a las razones fundamentales para que los planes de beneficios sean universales e iguales (la equidad); y para que su contenido y sus límites sean explícitos (la equidad, la transparencia y la exigibilidad).

La comparación internacional de los contenidos de los planes se dificulta por el hecho de que los lenguajes en que estos se definen, así como las nomenclaturas utilizadas, no son las mismas. El grado de exigibilidad de los mismos también varía. Se pueden obtener sin embargo algunas conclusiones interesantes al considerar enfermedades específicas (Knaul & Guerrero).

Por ejemplo, en cáncer, el POS incluye servicios quirúrgicos, de radiología, y una amplia gama de medicamentos oncológicos con tres ausencias importantes: Ritximab, Imantinib y Trastuzumab. Se trata de medicamentos monopólicos de muy alto costo en el mundo entero. República Dominicana, que tiene un sistema de seguridad social en salud de diseño casi idéntico al colombiano, tiene una lista similar de servicios y excluye los tres mencionados medicamentos. Sin embargo, incluye una limitación adicional: La hospitalización y los medicamentos hospitalarios están cubiertos hasta por US\$27.000 al año, quedando a cargo del paciente los pagos que superen dicho umbral. México, en cambio, tiene un enfoque por patología en el contexto del Seguro Popular. Los cánceres cubiertos (los infantiles, cérvix y mama) tienen cobertura integral. El FPCG cubre incluso el trastuzumab para el cáncer de mama en los casos en que está indicado<sup>24</sup>. Sin embargo, para los cánceres no incluidos en el paquete del SP, como el testicular, el sistema no cubre la quimioterapia (ninguna droga oncológica).

El AUGE de Chile garantiza servicios para patologías que corresponden aproximadamente al 60% de la carga de enfermedad. Los ajustes de su contenido han sido graduales. Por ejemplo, inicialmente la epilepsia estaba garantizada únicamente para la población infantil y luego se garantizó la del adulto. Artritis reumatoide estaba

---

<sup>24</sup> La droga está indicada sólo un subconjunto de las pacientes con cáncer de mamá. El sistema de salud tiene una red certificada de laboratorios que realiza las pruebas para establecer en qué casos se necesita.

garantizada la del adulto, y se garantizó la infantil. Asma estaba garantizada la infantil y se garantizó la del adulto. La enfermedad de Gaucher estuvo garantizada en un principio y dejó de estarlo.

Una observación fundamental es que la totalidad de los países considerados contienen exclusiones y límites explícitos al contenido de sus planes, bien sea por patología, por tecnología o por las indicaciones de la misma (e.g. se autoriza determinado medicamento para un uso muy específico, no para todos los usos). De lo contrario resultaría imposible garantizar lo que queda incluido, en condiciones de equidad, para toda la población.

Al hacer explícitos los límites a la cobertura los países enfrentan el reto de lograr una mayor legitimidad de parte de los organismos regulatorios y respecto del proceso de decisión. La experiencia europea parece sugerir que aún en ese continente, que es un referente en la materia, subsiste una fragilidad institucional en ese punto. Ahora bien, el logro de la legitimidad en los procesos y las instituciones es gradual, y el hecho de que en otras partes haya debilidades en este punto no quiere decir que este no deba ser un objetivo primordial y permanente.

Dados unos límites, existen diversas maneras de garantizar lo incluido, y en este punto hay lecciones y reflexiones pertinentes para el actual proceso de reforma al plan obligatorio de salud.

El AUGE en Chile puede entenderse como un instrumento de priorización mediante el cual se garantiza la provisión oportuna de un conjunto de servicios y, sin embargo, lo no contemplado en el AUGE se sigue ofreciendo mediante los mecanismos tradicionales en los cuales prevalece el racionamiento implícito.

En Colombia el modelo de prestación de servicios que trajo la ley 100 (múltiples redes) se sobrepuso y reemplazó gradualmente al anterior (red pública) a medida que la población se afilió al nuevo sistema. En ese contexto el POS se convirtió no sólo en un instrumento de priorización sino también de racionamiento explícito: para lo no cubierto en la lista del POS contributivo la única opción remanente para el usuario el pago de bolsillo. Esto implica un modelo de racionamiento binario en el que los servicios están o no están, pero no hay puntos medios.

La forma como se ha concebido el plan de beneficios en Chile combina las características del racionamiento explícito (equidad, transparencia, exigibilidad, rendición de cuentas) para los servicios AUGE, y al mismo tiempo preserva, con los servicios no AUGE, la estabilidad política de las formas más implícitas de racionamiento.

Cabría entonces la posibilidad de considerar en Colombia un plan con tres niveles: un conjunto básico de servicios garantizados, que sea exigible; un segundo conjunto de servicios que tienden a prestarse pero no se garantizan; y un tercer conjunto de servicios definitivamente excluidos.

Lo anterior exige que cualesquiera que sean los límites a la cobertura, estos tiendan a prevalecer en los procesos legales y judiciales. Lo anterior se puede ilustrar con la siguiente analogía: El plan AUGE es asimilable a la caja rápida de los supermercados. Para las patologías prioritarias y de alto impacto el paciente pasa rápido por el sistema. Para las no prioritarias no se le niegan los servicios. Se le dice que haga cola en “las cajas” normales. Ante esta situación, un juez o autoridad preocupada por el acceso oportuno a todos los servicios podría decretar que todas las cajas sean “rápidas”. El sistema revertiría, evidentemente, a la situación original.

En la comparación entre países es pertinente considerar dos diferencias fundamentales entre Chile y Colombia. Una es el punto de partida. Cuando se introdujo el AUGE en Chile no había plan de beneficios y había una experiencia de racionamiento implícito con largas listas de espera, por lo tanto las garantías se presentaron a la población como un paso adelante. Colombia en cambio, ya tiene un POS, mucho más amplio que las 69 patologías AUGE, que se le ha presentado a la población como un conjunto garantizado de servicios al cual ya tiene derecho. Cualquier modificación para quitarle el carácter de exigible a un subconjunto de servicios se percibiría como una pérdida. De otra parte, ampliar la cobertura para ofrecer nuevos servicios adicionales al POS (así no sean garantizados) demandaría recursos que no existen, puesto que el país aún no ha cumplido con la igualación de los planes de beneficios entre regímenes.

La otra diferencia está en el modelo de provisión de servicios. Los mecanismos implícitos de racionamiento y la ambigüedad en la definición de los servicios han mostrado ser

viabiles en sistemas, como el inglés y el chileno, que se apoyan en la provisión pública. A priori no resulta tan fácil permitir parcialmente tal ambigüedad cuando hay participación privada en la prestación, puesto que los agentes privados comprensiblemente reclaman la delimitación precisa de sus obligaciones.

De lo anterior se puede concluir que los planes no se pueden analizar aisladamente. El papel que cumplen como instrumentos de priorización (o incluso de racionamiento) depende crucialmente de los modelos de provisión de los servicios, las modalidades de pago a los prestadores y los recursos financieros y de recursos humanos. Debe haber coherencia entre los cuatro componentes de la política pública (diseño de los planes, mecanismos de provisión, recursos financieros y humanos y modalidades de pago) a efectos de lograr los objetivos sanitarios y sociales deseados (mayor y mejor salud con equidad).

En el mundo también se observan otras maneras de establecer “puntos medios” para que las decisiones de cubrir tecnologías y medicamentos no sean binarias. El resultado de las evaluaciones de tecnología con frecuencia da como resultado coberturas parciales.

Algunos medicamentos sólo han mostrado ser efectivos para ciertos tipos de cáncer, por ejemplo, o para pacientes con características muy particulares. En esos casos se autoriza la cobertura con unas indicaciones muy precisas. La decisión de qué indicaciones cubrir la toman centralmente las autoridades de salud con base en la evidencia científica. En Colombia, sin embargo, en buena medida por la forma como han operado los CTC y las tutelas no POS, no ha habido un control de las indicaciones y puede darse el caso de que se autoricen medicamentos para usos no avalados por la autoridad sanitaria.

El punto anterior también resalta la importancia de cambiar el diseño del plan de beneficios de forma que no sea una “lista de mercado” sino un conjunto de problemas de salud e indicaciones respecto de en qué casos específicos es adecuado utilizar determinadas tecnologías y medicamentos. Tal conjunto de de indicaciones debe consultar, naturalmente, la evidencia científica.

El AUGE de Chile introdujo el concepto de garantía de oportunidad. Esta innovación resulta particularmente importante para aquellas patologías donde el paso del tiempo hace

una diferencia importante en los resultados en salud. En esencia introduce una cuarta dimensión al cubo de la cobertura: la dimensión temporal. Controla y hace transparente y explícita una de las modalidades del racionamiento, que es la dilación. Es pertinente considerarla en el rediseño de los planes en Colombia.

México y Chile consultaron sistemáticamente la capacidad instalada en todo el país al decidir los contenidos de los planes. Esto es fundamental en aras de la equidad, puesto hay tecnologías que sólo están disponibles en los grandes centros urbanos, y su cubrimiento implicaría de facto una inequidad frente a la población rural.

El diseño del CAUSES del Seguro Popular y del AUGE ilustran la importancia de definir los contenidos de los planes con una óptica integral que considere los diversos problemas de salud en todas las etapas de su curso natural y establezca, de manera coherente, los puntos de intervención más importantes. La concepción integral es importante para evitar que haya omisiones importantes que dificulten la atención.

En Colombia se dio un paso importante con la guía metodológica para el desarrollo de guías de atención integral (Carrasquilla, et al., 2010). Esta establece una base para el diseño de guías con el criterio de integralidad. Su aplicación, sin embargo, aún es incipiente.

Considerar todas las etapas de la historia natural de la enfermedad es crucial para el rediseño del plan de beneficios y sus mecanismos de exigibilidad. Hay dolencias, como por ejemplo algunos tipos de cáncer, en los que la posibilidad de que el paciente sobreviva depende de la detección temprana. Uno de ellos es el cáncer de seno. En 2009 Colombia invirtió, por la vía de los recobros, \$45.800 millones en trastuzumab, un medicamento para cáncer de seno<sup>25</sup>. Dado que la mayoría (el 78%<sup>26</sup>) de los casos se detecta tardíamente, éste tiende a aplicarse cuando ya no hay posibilidades de lograr un impacto en la supervivencia. Con ese monto de recursos se podrían financiar millones de exámenes de tamizaje o incluso mamografías, lo cual permitiría detectar casos en etapas

---

<sup>25</sup> (Ministerio-de-la-Protección-Social, 2010) Clasificación de los gastos por CTC y fallos de tutela del régimen contributivo: periodos 2009 - 2010.

<sup>26</sup> (Velásquez-De Charry, Carrasquilla, & Roca-Garavito, 2009). "Equidad en el acceso al tratamiento para cáncer de mama en Colombia." *Salud Pública Mex* 51(Suplemento 2): 246-253.

tempranas, tratables a un menor costo y con mejores resultados en salud. Para ello sería necesario que la autoridad sanitaria tuviera control de presupuesto.

Lo anterior está relacionado con el concepto de exigibilidad de los servicios que es central en la definición de los planes.

En las experiencias internacionales estudiadas, se observa que puede haber mecanismos administrativos para hacer efectiva la promesa de servicios. Es deseable que la exigibilidad de los planes se logre en primera instancia mediante mecanismos diseñados específicamente para el efecto y en armonía con el diseño y contenido de los planes por las siguientes razones.

En los procesos judiciales es difícil incluir los derechos de los que no son parte en el proceso, los cuales también están protegidos por los planes, y no son visibles las consecuencias para los más débiles de asignar recursos en beneficio de unos individuos que tienen mejor capacidad de promover sus intereses.

Los pacientes y los prestadores tienden a acudir a las acciones judiciales cuando se ven en presencia de casos de necesidad individual, la cual sólo se hace patente cuando sobreviene la enfermedad. El concepto colectivo de la necesidad, en cambio, es anterior y se materializa fundamentalmente a través de la prevención.

No suele haber tutelas que ordenen actividades de prevención o tamizaje<sup>27</sup>. Entre los medicamentos de mayor valor recobrado en Colombia hay muchos contra el cáncer, y ninguna vacuna, pese a que se han desarrollado recientemente vacunas, por ejemplo, contra el cáncer de cérvix<sup>28</sup>. Si bien es concebible que esté en el interés del fabricante de una tal vacuna realizar actividades de cabildeo para su inclusión en el plan de beneficios, es poco probable que haya tal cabildeo a favor de intervenciones preventivas de gran impacto en salud pública, como la lactancia materna o el saneamiento básico, en las cuales no media un interés comercial.

---

<sup>27</sup> La primera tutela importante en salud fue sobre vacunación. La dicto la Sala Plena a mediados de los noventas. Pero después llegaron pocas de prevención.

<sup>28</sup> Estas son aún de alto costo y muy pocos países en desarrollo han logrado introducirlas en sus esquemas públicos de vacunación.



Así, el diseño de los planes debe contemplar mecanismos eficientes y efectivos para lograr la exigibilidad de aquello que está cubierto incluyendo, si es pertinente, garantías de acceso a actividades preventivas y de detección temprana.

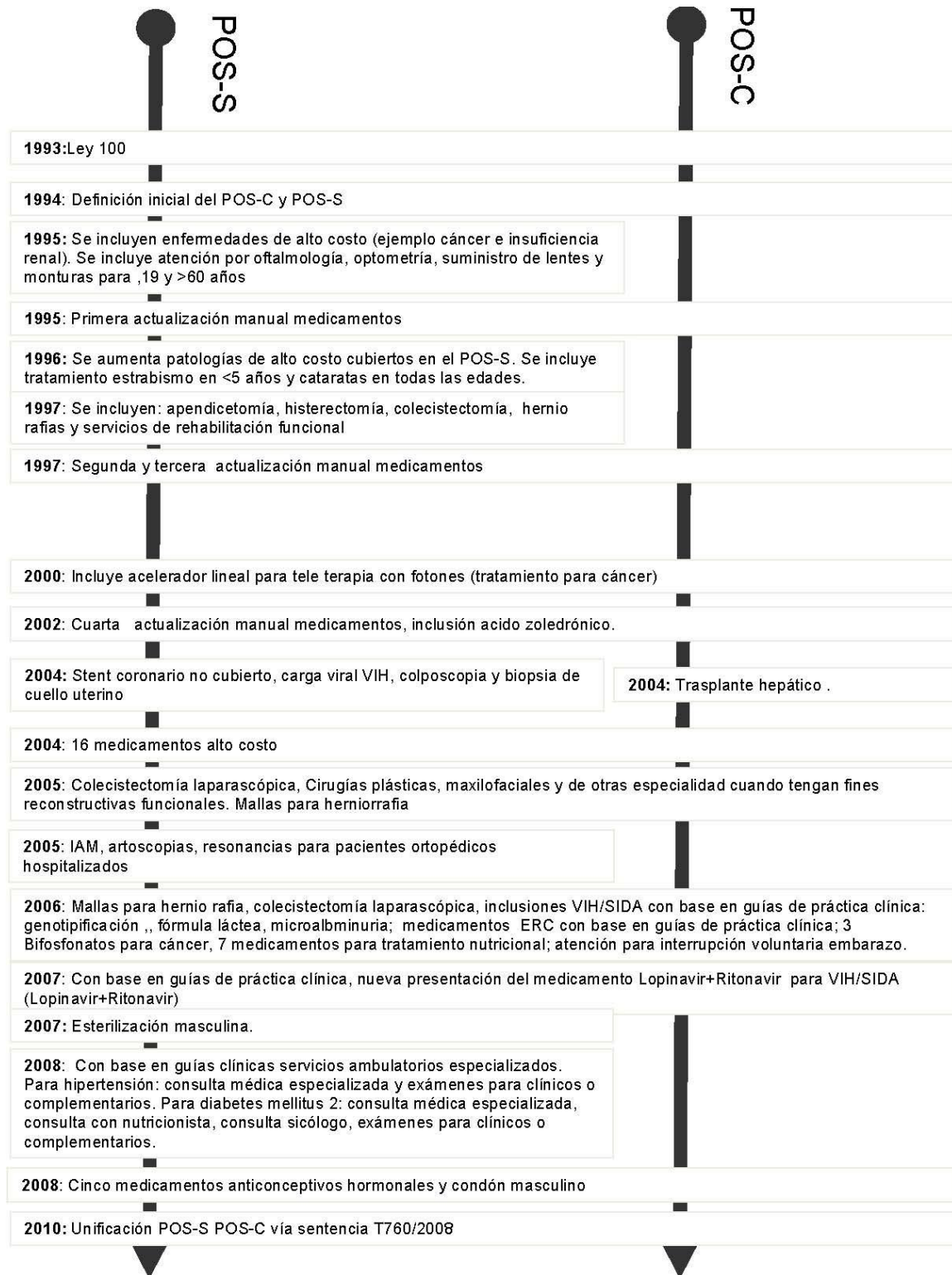
Finalmente, resulta necesario para el logro de los objetivos de los planes de beneficios, siendo el primero de ellos la equidad, mejorar su diseño de acuerdo a lo reseñado en el presente artículo. Es igualmente necesario que los mecanismos de exigibilidad se circunscriban a lo cubierto en el plan. Si estos se aplican de manera generalizada a prestaciones no cubiertas por el plan puede ocurrir que, de facto, se borren los límites del mismo y el sistema revierta a los mecanismos más inequitativos y poco transparentes del racionamiento de los recursos. La razón de ser de los planes, y de sus límites, es evitar que ello ocurra.

## 8. Referencias

- Barón, G. (2007). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento*: Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma.
- Bitrán, R., & Muñoz, R. *Financiamiento y gasto de los hogares en salud análisis de la encuesta nacional de satisfacción y gasto en salud, 2005, Chile*. Fundación Interamericana de Economía de la Salud.
- Bossert, T., & González Rossetti, A. (2000). Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: A Comparative Analysis of Chile, Colombia and Mexico." 36, June 2000. In L. A. a. C. R. H. S. R. Initiative (Ed.): Harvard School of Public Health.
- Carrasquilla, G., Bossert, T., Mieth, K., Guerrero, R., Quintero, J., Misas, J. D., & Sánchez, R. (2010). *Guía metodológica para la elaboración de guías de atención intergral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano*: Ministerio de la Protección Social-Colciencias.
- Castrillón, J. (2006). Estudio sobre el ajuste y costeo de la oferta anticonceptiva en el Plan Obligatorio de Salud: Ministerio de la Protección Social.
- Castrillón, J. (2008). *Estudio de ajuste de la UPC-S por la inclusión en el POS-S de actividades para el manejo de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años y más*. Ministerio de la Protección Social.
- Coast, J. (1997). Rationing within the NHS should be explicit: the case against.(National Health Service). *British Medical Journal*.
- Cubillos, L. (2006). *Impacto financiero en la UPC 2006 de cada inclusión de tecnología sugerida por la GPC VIH-SIDA, a los planes obligatorios de salud*. Ministerio de la Protección Social.
- Chertorivski, S. (2010). El Seguro Popular: La versión mexicana del régimen subsidiado. *Boletín Polis*, 5(8), 9-10.
- Daniels, N. (2008). *Just health : meeting health needs fairly*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Daniels, N., & Sabin, J. E. (2008). *Setting limits fairly : learning to share resources for health* (2nd ed.). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Doyal, L. C., Joanna. (1997). The Rationing Debate: Rationing within the NHS Should Be Explicit. *British Medical Journal*, Vol. 314.
- Evans, J. G. (1997). The rationing debate: Rationing health care by age: The case against. *BMJ*, 314(7083), 822.
- Gakidou, E., Lozano, R., Gonzalez-Pier, E., Abbott-Klafter, J., Barofsky, J. T., Bryson-Cahn, C., . . . Murray, C. J. (2006). Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 368(9550), 1920-1935.
- Getzen, T. (2000). Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures. *Journal Of Health Economics*.
- Giedion, U., Florez, C. E., & Pardo, R. (2009). *Factores de riesgo del gasto catastrófico en salud en Colombia*. Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe.
- Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2009). Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. In CEPAL (Ed.), *Financiamiento del Desarrollo*. Santiago de Chile.

- Guerrero, R., Carrasquilla, G., & Gómez Dantés, H. (Eds.). (2010). *Informe regional de cobertura efectiva*. México D.F.
- Klein, R., Day, P., & Redmayne, S. (1996). *Managing scarcity : priority setting and rationing in the National Health Service*. Buckingham ; Philadelphia: Open University Press.
- Knaul, F., & Guerrero, R. *Comparacion internacional de la cobertura nominal de servicios para cáncer*.
- Langenbrunner, J., Orosz, E., Kutzin, J., & Wiley, M. (2005). *Purchasing to Improve Health Systems Performance*: European Observatory-World Health Organization.
- Le Grand, J. (1987). Equity, health, and health care. *Social justice research*, 1.
- Mechanic, D. (1997). Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing. *Health Aff (Millwood)*, 16(5), 83-92.
- Ministerio-de-la-Protección-Social. (2010). Clasificación de los gastos por CTC y fallos de tutela del régimen contributivo: periodos 2009 - 2010.
- MinSalud. (1996). Report on Colombian Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan. In C. H. S. R. Project (Ed.). Boston: Harvard School of Public Health.
- Newhouse, J. (1977). Medical Care Expenditure: a Cross-National Survey. *Journal of Resources*.
- Newhouse, J. (1992). Medical Care Costs: How much welfare loss? *Journal Of Economic Perspectives*.
- OECD. (2005). OECD Health Database 2005.
- OECD. (2006). Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the main drivers?
- Redwood, H. (2000). Why Ration Health Care?: An international study of the United Kingdom, France, Germany and public sector health care in the USA. *CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society*.
- Schreyogg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., & Busse, R. (2005). Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ, Suppl*, 2-10.
- Sen, A. (2009). *The Idea of Justice*. Cambridge: Allen Lane & Harvard University Press.
- Sorenson C, Drummond M, & Kanavos P. (2008). Ensuring Value for money in health care: The role of health technology assessment in the European Union *Observatory Studies Series No 11*. London: The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Syrett, K. (2007). *Law, legitimacy, and the rationing of healthcare : a contextual and comparative perspective*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Velásquez-De Charry, L., Carrasquilla, G., & Roca-Garavito, S. (2009). Equidad en el acceso al tratamiento para cáncer de mama en Colombia. *Salud Publica Mex*, 51(Suplmento 2), 246-253.
- Yamin, A., & Norheim, O. (2010). Health care priority-setting: The definition of a new benefits scheme; public deliberation; and the Constitutional Court's follow-up role with respect to its orders concerning prioritization. *Mimeo*.

**Anexo 1. Actualizaciones del POS 1994-2010, tomado de (Giedion, Panopoulou, et al., 2009)**



## Acerca de PROESA

PROESA es un centro de estudios en economía de la salud fundado por la Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



Calle 18 No - 122-135, Universidad Icesi - Oficina B 102  
Teléfono: +57(2) 321-20-92  
Cali - Colombia  
[www.proesa.org.co](http://www.proesa.org.co)

