

# EL MERCADO DE LA SALUD EN COLOMBIA Y LA PROBLEMÁTICA DEL ALTO COSTO

Liliana Chicaiza \*

## *Resumen*

*El sistema colombiano de salud, implementado en 1993, se basa en el modelo anglosajón de privatización y regulación de servicios públicos y 'simula' un mercado competitivo, donde el regulador establece un precio y un producto que las organizaciones, tanto públicas como privadas, deben brindar a los consumidores existentes. El buen funcionamiento del sistema depende del adecuado desempeño de variables económicas como el empleo y la calidad del mismo. En este sistema, el reaseguro ha sido el mecanismo para manejar el alto costo pero, a pesar de ofrecer ventajas, se ha basado en la transferencia de riesgo, donde las sumas pagadas por primas son mayores que los recobros obtenidos; esto ha llevado a proponer un sistema de reaseguro universal que presenta ventajas por su capacidad para distribuir el riesgo y permitir que las firmas manejen aquellos incidentes que se encuentren por debajo del valor esperado, por medio del autoseguro.*

**Palabras clave:** *sistema de salud colombiano, reaseguro, alto costo, aseguramiento.*

\* Doctora en Economía y Gestión de la Salud por la Universidad Politécnica de Valencia, España.  
Profesora de cátedra de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia.

## HEALTH MARKET IN COLOMBIA AND THE PROBLEMATIC OF HIGH COST \*

### *Abstract*

*Colombian health system, implemented in 1993, is based on the Anglo-Saxon privatisation model and public service regulation, and “simulates” a competitive market, where the regulator establishes a price and a product that public and private organisations should offer to the existing consumers. The system’s good operation depends on the adequate performance of economic variables, such as employment and its quality. In this system, the reinsurance has been the mechanism to handle the high cost; however, in spite of offering advantages, it has been based on the risk transference, where the sums paid for insurance premiums are higher than the obtained recoveries. This has carried to propose an universal reinsurance system that presents advantages by its capacity to distribute risk and let companies handle those events that are found below the expected value, through self-insurance.*

**Key words:** *Colombian health system, reinsurance, high cost, insurance.*

\*Trad.: RCSDT

## LE MARCHÉ DE LA SANTÉ EN COLOMBIE ET LA PROBLÉMATIQUE DES SURCOÛTS

### *Résumé*

*Le système de santé colombien mis en place en 1993 s’inspire du modèle anglo-saxon de privatisation et de régulation des services publics qui « simule » un marché de libre concurrence, dans le cadre duquel le régulateur établit un prix et un produit que les entreprises, qu’elles soient publiques ou privées, doivent fournir aux consommateurs. Le bon fonctionnement du système dépend des niveaux atteints par certaines variables économiques telles que*

*l'emploi et la qualité de ce dernier. Dans un tel système, le mécanisme employé afin de gérer au mieux les surcoûts est celui de la réassurance, qui, en dépit de ses avantages, repose sur un transfert de risque par lequel les sommes versées à titre de primes d'assurance sont supérieures aux recouvrements obtenus ; suite à ce constat, il a été proposé d'instaurer un système de réassurance universel qui présente l'avantage de redistribuer le risque et qui permet aux assureurs de gérer les événements qui se trouvent en-dessous de la valeur escomptée, grâce au recours à l'auto-assurance.*

**Mots-clefs:** *système de santé colombien, réassurance, coût élevé, assurance.*

## O MERCADO DA SAÚDE NA COLÔMBIA E A PROBLEMÁTICA DOS CUSTOS ALTOS

### Resumo

*O sistema colombiano de saúde, implementado em 1993, baseia-se no modelo anglosaxón de privatização e regulação dos serviços públicos e “simula” um mercado competitivo, onde o regulador estabelece um preço e um produto que as empresas, tanto as públicas como as particulares, tem de oferecer aos consumidores existentes. O bom funcionamento do sistema depende do apropriado desempenho de variáveis econômicas como o emprego e a qualidade do mesmo. Neste sistema, o reaseguramento tem sido o mecanismo para manejar os altos custos, porém, mesmo oferecendo vantagens, tem se baseado na transferência do risco, onde as quantias pagas por conceito de taxas são maiores que os retornos obtidos; isto tem conduzido a proposta de um reaseguramento universal, que oferece vantagens pela sua capacidade de distribuição do risco e por permitir que as empresas trabalhem com os eventos que estão por debaixo do valor esperado, por meio do autoseguro.*

**Palavras chave:** *sistema de saúde colombiano, reaseguro, alto custo, aseguro.*

### I. Estructura del mercado

Las características fundamentales del sistema de salud colombiano no se diferencian de las adoptadas en otros sectores que han seguido el ejemplo anglosajón de privatización y regulación de servicios públicos (Vickers y Yarrow, 1991). En este sistema, se simula un mercado competitivo mediante la fijación de un precio, por parte del regulador, que las firmas deben tomar. El Estado fija el precio, llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC), de acuerdo con los costos de producción y una ganancia que se considera razonable, y se ajusta por la inflación; asimismo, fija la unidad de producto como una canasta mínima de servicios que debe cubrir el sistema que, para el caso de la salud, es difícil de definir (Plan Obligatorio de Salud (POS)).

La regulación, dirección, coordinación, vigilancia y control del Sistema de Salud en Colombia, así como los criterios para evitar la selección adversa y la distribución inequitativa de los recursos, están a cargo del Estado; en tanto que la prestación del servicio la llevan a cabo entidades públicas y privadas (Ley 100, de 1993. Art. 154).

#### El precio: Unidad de Pago por Capitación

La competencia por los afiliados se encuentra regulada por medio del establecimiento de un único precio: la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es el valor que el sistema reconoce por persona afiliada o beneficiaria. Este valor debe cubrir el costo promedio del POS y los costos de administración. La UPC se calcula tomando en cuenta los riesgos que afectan la salud de las personas en cada sector de la población y los costos de atención médica, y varía en función de la edad, el sexo del afiliado y la ubicación geográfica<sup>1</sup> (ver cuadro 1).

Los afiliados al régimen subsidiado tienen una UPC que equivale a 55% de la UPC del régimen contributivo (en consecuencia, el POS del régimen subsidiado incluye menos beneficios que el del régimen contributivo, excepto para enfermedades de alto costo). La diferencia entre los valores de la UPC contributiva y subsidiada se debe a la escasez de recursos del sistema. Pero éste prevé que se aumenten los recursos para el régimen subsidiado, hasta lograr igualar los valores y los planes de beneficios de ambos regímenes, con el incremento progresivo de la cobertura en el

---

<sup>1</sup> En los municipios pobres el valor de la UPC es 33% más alto por afiliado.

régimen contributivo, el aumento en la eficiencia de las firmas del sector y los efectos por las acciones de prevención y promoción.

Cuadro 1. Valor de la UPC por grupos de edad, 2002  
(En dólares)

Grupos por edades	Estructura de costo	Valor mensual
Menores de 1 año	2.47	\$27.07
De 1 a 4 años	1.28	\$14.03
De 5 a 14 años	0.68	\$7.45
De 15 a 44 años (hombres)	0.60	\$6.58
De 15 a 44 años (mujeres)	1.24	\$13.59
De 45 a 59 años	0.81	\$8.88
Mayores de 60 años	2.28	\$24.99
UPC promedio del Sistema		\$10.96

Fuente: Cálculos propios a partir del Acuerdo 218, de 2002. Para la conversión a dólares se utilizó la tasa representativa del mercado, vigente en el 2002, de \$2.286 pesos colombianos por dólar.

Para racionalizar el uso del servicio y complementar el financiamiento del sistema, se establecen las cuotas moderadoras que son recaudadas directamente por las firmas aseguradoras. Dichas aportaciones son pagos que deben realizar todos los afiliados al sistema para tener acceso al servicio.<sup>2</sup> También se tienen pagos compartidos<sup>3</sup> (copagos), que están únicamente a cargo de los beneficiarios.

2 Dependiendo de los ingresos del afiliado, la cuota moderadora puede ser equivalente a 10%, 40% y hasta 105% de un día de salario mínimo. (El salario mínimo en Colombia para el 2002 es de 135 dólares mensuales, aproximadamente). Las firmas de aseguramiento tienen libertad para establecer el valor de la cuota moderadora a sus afiliados, siempre que este valor se encuentre dentro de estos parámetros.

3 Los copagos se establecen con base en el estrato socioeconómico del afiliado. Este valor no puede exceder 10%, 15% o 20% del valor del tratamiento ni superar dos salarios mínimos mensuales. Para el caso del subsidiado, si el afiliado pertenece al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisben), no está obligado a pagar más de 5% o 10% del valor del servicio ni pagar por encima de la mitad de un salario mínimo mensual.

#### El producto: Plan Obligatorio de Salud

El POS es un plan de protección integral de salud en maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad definidos por la ley. El sistema reconoce, además del POS, algunos beneficios cuyo financiamiento no está a cargo de los aportes de los trabajadores, como el Plan de Atención Básica (PAB), que incluye actividades de control del medio ambiente y las individuales que tienen alta externalidad (vacunas, educación y prevención de la drogadicción, etc.); y la atención de accidentes de tránsito e incidentes catastróficos (desastres naturales, actos terroristas).

#### Organización de la oferta

Las firmas involucradas en la oferta de servicios son las de aseguramiento, que también ejercen labores administrativas y de financiamiento; y las instituciones prestadoras de servicios de salud, que se encargan de la prestación del servicio propiamente dicho.

Dentro de las firmas de aseguramiento están las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), cuyas funciones principales son la afiliación, administración de recursos financieros, contratación de servicios, promoción de la salud, organización de la prestación de los servicios de salud, manejo del riesgo de sus afiliados y el reaseguro de enfermedades catastróficas (Ley 100, de 1993. Art. 178). Estas entidades disminuyen la incertidumbre financiera del afiliado, asociada con la ocurrencia de enfermedades futuras, mediante instrumentos financieros y de agrupamiento de riesgo. Los servicios que prestan están sujetos a un sistema de facturación que permite un registro y control de los costos; la organización de los servicios se hace con base en un sistema de referencia y contrarreferencia, que garantiza la entrada del paciente por el I nivel y evita el uso innecesario de recursos especializados y costosos.

Las EPS son las firmas encargadas de coordinar la prestación de los servicios de los afiliados al régimen contributivo. No pueden rechazar afiliados, siempre que éstos cumplan con los requisitos de ley, y deben garantizar la libertad de elección del usuario en un ambiente de competencia. Además, pueden ofrecerles planes adicionales de salud a sus afiliados, que incluyan intervenciones no contenidas en

el POS o el uso de tecnología u hotelería por encima de las condiciones medias; el costo de estos planes complementarios corre por cuenta del usuario.

Las ARS son entidades encargadas de manejar los recursos destinados a la atención de los beneficiarios del régimen subsidiado, para lo cual realizan un contrato con el Estado, en el que se comprometen a ofrecer servicios de salud a un sector de beneficiarios definido por el gobierno. Las ARS reciben el valor de la UPC correspondiente, según el número de personas que afilien, y pueden recaudar la parte de la cotización que sus afiliados están en capacidad de pagar.<sup>4</sup>

Por otra parte, se encuentran las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que son clínicas y hospitales privados o públicos, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios mediante las EPS. Las IPS gozan de autonomía técnica y financiera, y deben contar con sistemas de costos y de calidad.

El financiamiento de las IPS públicas cambió a partir de la Ley 100. Se pasó de un régimen de subsidios a la oferta, a uno de subsidios a la demanda.

#### Mecanismos de contratación entre firmas

En el sistema colombiano, las principales modalidades de contratación entre firmas de aseguramiento (EPS, ARS) y firmas prestadoras de servicios (IPS) (Fedesarrollo, 1996a) son:

**Por capitación:** Se basa en el concepto de enfermo potencial. Bajo esta modalidad, cada IPS tiene a su cargo la atención de una población determinada y de una canasta de servicios específicos para dicha población. Por cada persona, la IPS recibe una suma mensual independientemente del número de atenciones demandadas. En este sistema, las firmas de aseguramiento transfieren el riesgo a los prestadores de los servicios con la consiguiente pérdida de control sobre los asegurados.

**Por servicio prestado:** En este caso, el pago corresponde al valor del servicio prestado, es decir, honorarios, medicamentos, suministros, etc. En esta modali-

---

<sup>4</sup> Los beneficiarios del régimen subsidiado, aunque se los denomine 'sin capacidad de pago', son clasificados en tres categorías de acuerdo con sus condiciones económicas y, dependiendo de la categoría, deben cancelar copagos y cuotas moderadoras por la atención.

dad, las IPS no tienen incentivos para contener costos y, por el contrario, existe un fuerte incentivo para aumentar la oferta.

**Por caso:** Aquí el pago se realiza por tratamiento global de una dolencia específica. Es una forma de contratación intermedia entre la capitación y el pago por servicios, que sólo se aplica a tratamientos estandarizados (parto normal, apendicitis) y requiere de un buen sistema de información que permita determinar los costos con exactitud; bajo esta modalidad, el riesgo recae sobre la IPS y los prestadores pueden inducir tratamientos de mayor complejidad o disminuir la calidad del servicio, con el fin de mejorar sus excedentes.

#### Organización de la demanda

El sistema presenta una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, que se integran en su funcionamiento por medio de una coordinación nacional y canales financieros, que realizan subsidios cruzados entre los dos tipos de consumidores.

El régimen contributivo cubre a la población con capacidad de pago y a los asalariados que se vinculan al sistema mediante el pago de la cotización (12% mensual del salario devengado, para trabajadores dependientes). Para los independientes, el sistema hace una presunción de ingresos, según variables como educación, edad y patrimonio, y de ahí establece el ingreso base de cotización. El 1% de la cotización de los afiliados al régimen contributivo se traslada al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que administra los recursos para contribuir al financiamiento del régimen subsidiado.

El régimen subsidiado cubre a quienes no tienen capacidad de pago. La selección de estas personas la hace el gobierno por medio del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisben); asimismo, el financiamiento de la protección de esta población cuenta con dos recursos principales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios; y 1% del aporte de los afiliados al régimen contributivo.

Los vinculados son aquellos individuos que, por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a ser atendidos por urgencias en las instituciones públicas (Ley 100, de 1993. Art. 157).

Los subsidios cruzados se producen en dos direcciones: de los aportantes cuya cotización es superavitaria en relación con el valor de la UPC correspondiente,

hacia aquéllos que cuentan con una cotización deficitaria, mediante un mecanismo nivelador, donde el Fosyga, que actúa como una cámara de compensación, gira las diferencias positivas en favor de quienes aportan una cotización insuficiente en relación con el valor de la UPC. Y la segunda, que se produce de los afiliados al régimen contributivo hacia los del régimen subsidiado, mediante el Fosyga, que traslada 1% de la cotización de los primeros en favor de los segundos.

## II. Funcionamiento del sistema

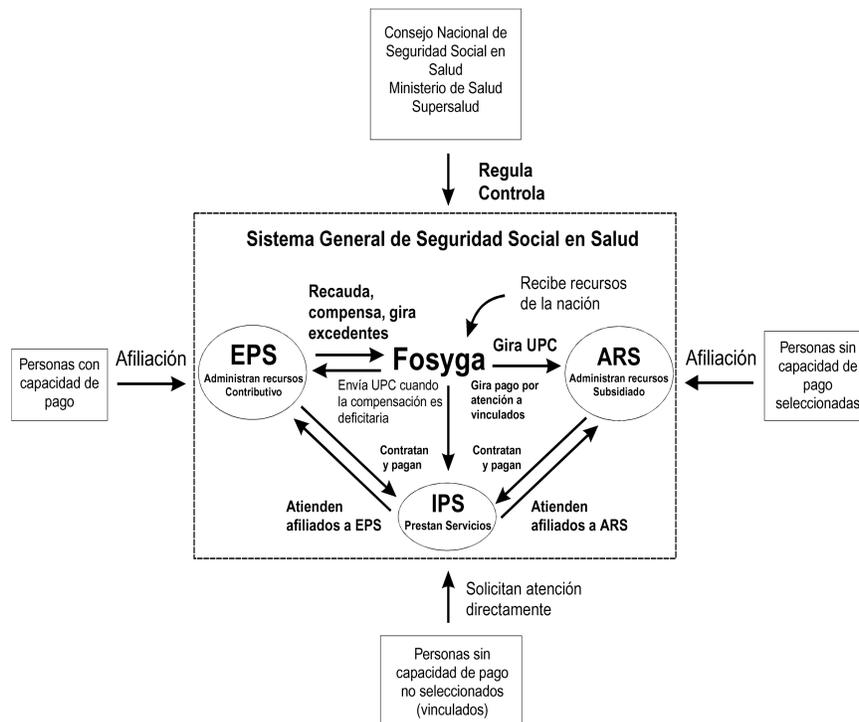
Los agentes mencionados anteriormente actúan de manera coordinada y especializada, delineando la estructura del mercado de la salud en Colombia. Es así como se pueden distinguir cuatro funciones básicas para los actores: la regulación, la afiliación, la administración de recursos y la prestación de servicios. La figura 1 muestra la interacción de los actores: la población ingresa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de la afiliación al régimen contributivo o subsidiado y cuando requieren atención, pero no se encuentran asegurados por algún régimen, la solicitan directamente a una IPS sólo en caso de urgencias. Las EPS afilian a personas con capacidad de pago al régimen contributivo; y a las ARS se incorporan las personas sin capacidad de pago, pero seleccionadas por el gobierno como población objeto de subsidio. Las EPS recaudan las cotizaciones de los empleadores y de los independientes, deducen las UPC que les tocan, descuentan el porcentaje de cotización relacionado con las licencias de maternidad e incapacidades, y programas de promoción y prevención; asimismo, giran los excedentes al Fosyga mediante el proceso de compensación.

Por su parte, las ARS reciben del Fosyga las UPC que les corresponden por la afiliación de la población objeto del subsidio.

Mientras tanto, el Fosyga recibe los excedentes del proceso de compensación de los afiliados al contributivo; percibe 1% de las cotizaciones del régimen contributivo; y recibe los recursos de la nación para distribuir las UPC contributivas —para las EPS, cuyo proceso de compensación sea deficitario— y subsidiadas para las ARS. Con los recursos obtenidos, las EPS y ARS contratan las IPS que serán las encargadas de prestar los servicios de salud a sus afiliados y, dependiendo del contrato, realizan el pago por los servicios que las IPS presten. Las IPS cobran a las EPS por la atención de sus afiliados y, adicionalmente, atienden a las personas que no pertenecen al régimen contributivo ni al subsidiado, es decir, a los vincula-

dos, por lo cual cobran el valor de la atención al Fosyga. Todos los procesos y las funciones de los actores del sistema se encuentran regulados mediante numerosas resoluciones, circulares, decretos reglamentarios, etcétera.

**Figura 1. Funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud**



Fuente: Elaboración propia.

El equilibrio financiero del sistema exige que, en el régimen contributivo, los beneficios sean iguales a los gastos; en tanto que en el subsidiado hay mayor flexibilidad, debido a que la mayoría de sus recursos son de origen fiscal. Los ingresos del régimen contributivo provienen de la recaudación de las cotizaciones de las personas que tienen capacidad de pago, los copagos y las cuotas moderadoras (cp); y los gastos son las UPC por afiliado que deben entregarse a las firmas de aseguramiento, el punto de solidaridad para el régimen subsidiado (j), el importe por incapacidades y licencias de maternidad (0.3 %\* (c\*s)), y promoción y prevención

( $0.5\% \cdot (c \cdot s)$ ). Es así como el equilibrio del régimen contributivo se da mediante la siguiente ecuación (Fedesarrollo, 1996b: 30):

$$\begin{aligned} \text{Ingresos (I)} &= \text{Gastos (G)} & (1) \\ (c \cdot s \cdot T) + cp &= (c \cdot d \cdot \text{UPC}) + (j \cdot c \cdot s) + 0.3\% \cdot (c \cdot s) + 0.5\% \cdot (c \cdot s) \end{aligned}$$

donde,

c: número de cotizantes

s: salario promedio de cotización

T: tasa de cotización

d: tamaño promedio de la familia

UPC: valor de la UPC

Los ingresos del sistema dependen del número de cotizantes y el salario promedio de cotización. Las dos variables tienen una estrecha relación con la situación económica del país: si el nivel de desempleo es elevado o la mayoría de la población devenga bajos ingresos, los recursos del sistema serán reducidos.

### III. Las enfermedades catastróficas o ruinosas y el alto costo

El artículo 16 de la Resolución 5261, de 1994, define las enfermedades catastróficas o ruinosas como aquéllas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, escasa ocurrencia y un mínimo costo-efectividad; y el artículo 17 define su tratamiento como aquél caracterizado por tener un bajo costo-efectividad en la modificación del diagnóstico y un alto costo. Además enumera las actividades de alto costo incluidas en el POS para el régimen contributivo; en tanto que el Acuerdo 72, de 1997, señala las correspondientes al régimen subsidiado.

El cuadro 2 muestra los tratamientos de alto costo cubiertos por ambos regímenes y sus principales diferencias, los cuales deben ser cubiertos mediante el aseguramiento y están sujetos a periodos mínimos de cotización<sup>5</sup>, exceptuando la atención inicial y estabilización del paciente. Cabe destacar que lo que ordena la ley en estos casos, efectivamente, se ha venido cumpliendo debido a que, con el cambio

---

<sup>5</sup> El artículo 164 de la Ley 100, de 1993, determina que el acceso a los servicios de alto costo puede estar sujeto a periodos mínimos de cotización, que no pueden exceder las 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año. Para periodos inferiores de cotización, el acceso requiere de un pago de acuerdo con las condiciones socioeconómicas del afiliado.

de la Constitución en 1991, los ciudadanos pueden interponer acciones de tutela para exigir derechos fundamentales de manera rápida.

El alto costo y la baja frecuencia de las actividades señaladas han hecho del sistema de aseguramiento el mecanismo de financiación más adecuado por su capacidad de distribuir el riesgo. Como se observa en el cuadro 2, el régimen subsidiado cubre más beneficios que el contributivo, debido a las características de la población pero, en general, aseguradoras y reaseguradoras consideran que las definiciones de las coberturas son muy ambiguas y presentan ambivalencias conceptuales.

Cuadro 2. Tratamientos de alto costo cubiertos por los regímenes contributivo y subsidiado

Contributivo	Subsidiado
Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para cáncer	Tratamiento con radioterapia y quimioterapia, diagnóstico y tratamiento médico para cáncer
Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón	Tratamiento quirúrgico, diagnóstico médico, medicina física y rehabilitación, para enfermedades del corazón. Lo anterior se amplía a aorta, vena cava y vasos
Terapia en unidad de cuidados intensivos	Atención en unidad de cuidados intensivos. Neonatos
Tratamiento quirúrgico para enfermedades congénitas	Tratamiento quirúrgico limitado a patologías cardíacas, de aorta, vena cava y vasos, y a lesiones neurológicas
Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético	No se incluyen enfermedades de origen genético
Reemplazos articulares	Reemplazos articulares de cadera y rodilla solamente. Medicina física y rehabilitación
Diálisis para insuficiencia renal crónica	Diálisis para insuficiencia renal crónica, hemodíalisis y ambas para la insuficiencia renal aguda
Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones	Tratamiento para el SIDA, atención para el portador asintomático del virus del VIH y suministro de antirretrovirales e inhibidores de la proteasa.
Tratamiento quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central	Tratamiento quirúrgico, diagnóstico, tratamiento médico, medicina física y rehabilitación para enfermedades del SNC
Trasplantes de riñón, corazón, médula ósea y córnea	Riñón y corazón solamente
Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor	No se incluye
Manejo del gran quemado	Cirugía plástica, tratamiento médico, medicina física y rehabilitación para el gran quemado

Fuente: Elaboración propia a partir de la Resolución 5261, de 1994, y el Acuerdo 72, de 1997.

La evolución en el manejo de enfermedades de alto costo  
Antes de la Ley 100, la cobertura de las enfermedades de alto costo se restringía únicamente a los afiliados a la seguridad social, que apenas cubrían 20% del total de la población; el resto no estaba cubierto. Y la medicina prepagada con sus mecanismos de selección adversa, exclusiones contractuales, periodos de carencia y preexistencias eludía su cubrimiento. El sistema público de salud atendía hasta el III nivel de complejidad y no consideraba como responsabilidad explícita del Estado el IV nivel de atención o de las enfermedades catastróficas (Jaramillo, 2001). A partir del artículo 49 de la Constitución Nacional de Colombia de 1991, que establece la seguridad social como un derecho universal e irrenunciable, y del artículo 162 de la Ley 100, de 1993, que establece la obligatoriedad del reaseguro, se orientó la política de manejo de las enfermedades de alto costo. Este artículo exige el reaseguro de los riesgos derivados de la atención de enfermedades consideradas por el Estado como de alto costo, garantizando así el cumplimiento integral del POS y evitando la selección adversa de los riesgos costosos por parte de EPS y ARS.<sup>6</sup> Los beneficios contenidos en el POS corresponden a las intervenciones que producen los mayores años de vida saludable por peso invertido, pero también incluyen los más vulnerables a la capacidad financiera de las familias. Es así como el POS cubre acciones de promoción y prevención, a la vez que enfermedades de alto costo, tanto para el régimen contributivo como subsidiado; privilegia el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención de mayor costo-efectividad (Decreto 1938 de 1994); y, al mismo tiempo, establece el

---

6 La cobertura de las enfermedades de alto costo en el POS fue objeto de un amplio debate “[...] debido a las posiciones cerradas de las empresas de medicina prepagada que, hasta el último momento, trataron de transplantar a la seguridad social el sistema de preexistencias, exclusiones y carencias que filtraban los casos de alto costo, tal como en su momento lo impuso el sector privado con las Isapres chilenas o las HMO estadounidenses [...] adicionalmente, se contó con la influencia negativa del Banco Mundial y su célebre informe de 1993: *Invertir en Salud*, el cual recomendaba proscribir del gasto público la atención de las enfermedades de alto costo, limitándolo a las coberturas de los programas de salud pública masiva e incluyendo sólo la atención individual de la maternidad y los servicios clínicos esenciales. Para demostrar la validez de sus afirmaciones financiaron importantes estudios —ésos sí de alto costo— sobre la carga de la enfermedad y la aplicación del método de costo-eficiencia para evaluar el gasto en salud en sus diversos tipos de intervenciones, actividades y procedimientos”. (Jaramillo, 2000)

acceso a la prestación de servicios de alto costo sin preexistencias y sólo sujetas a periodos mínimos de cotización (Ley 100, de 1993. Art. 164). Dentro de este contexto, apareció la idea de establecer el reaseguro colectivo y obligatorio para enfermedades de alto costo, sin símil en el mundo y sólo comparable al seguro holandés de tipo estatal. De esta manera, surgieron los mercados de reaseguro que también aplican mecanismos de cobertura de riesgos, como el no pago oportuno de siniestros y reembolsos a tarifas no remunerativas; además, estimulan la selección adversa en las EPS y las ARS, lo cual ha hecho pensar que quizá lo mejor, en el mediano plazo, sea que el Fosyga maneje este reaseguro con una cuenta especial (Jaramillo, 2000).

Los estudios económicos que determinaron el valor de la UPC consideraron las enfermedades de alto costo como el rubro de mayor impacto, estimándose su financiamiento en, aproximadamente, 10% de lo recaudado por la UPC (Ministerio de Salud, 1994:191). La idea era adecuar el valor de la UPC en función del perfil epidemiológico de la población, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación de servicio, en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería (Ley 100, de 1993. Art. 182). Sin embargo, hasta la fecha, el valor de la UPC no se ha ajustado, ya que no se tomaron en cuenta las frecuencias de utilización ni los costos reales, es decir, no se han aplicado para su ajuste las técnicas de análisis de riesgo de un sistema de aseguramiento debido, principalmente, a los problemas de información del sector. En la actualidad, las pólizas de reaseguro de enfermedades de alto costo son contratadas por las firmas de aseguramiento; no obstante, algunas de éstas han instituido fondos de reserva para manejar sus riesgos hasta un cierto tope, que coincide con el valor deducible del reaseguro. A esta práctica se la denomina autoseguro (Ministerio de Salud, 2001).

#### IV. Funcionamiento del reaseguro

El reaseguro se utiliza para distribuir el riesgo y eliminar parte de la pérdida individual ocasionada por incidentes costosos y de baja frecuencia. Se pueden establecer contratos de reaseguro para cubrir el exceso de costo ocasionado por casos imprevistos o no esperados de una patología específica; o se pueden establecer contratos de reaseguro que cubran cualquier suceso que sobrepase una suma específica por paciente.

Ante la obligación de reasegurar patologías catastróficas en el sistema de salud colombiano, las firmas de aseguramiento contactan compañías aseguradoras que, a su vez, se reaseguran con firmas internacionales. Una vez que la compañía aseguradora realiza estudios sobre la población que cubrirá, sobre las frecuencias y los costos de las firmas en particular, procede a establecer una prima de seguro que se negocia hasta llegar a un acuerdo.

Cuando el contrato de reaseguro se establece por la cobertura estricta de las patologías catastróficas, el reasegurador únicamente cubre el siniestro definido por la ley, estableciendo un deducible y un tope, lo que genera problemas a la hora de recobrar los gastos debido, principalmente, a la disparidad de criterios sobre lo que incluye un tratamiento y por la ambigüedad de sus alcances. Un ejemplo de esto es el tratamiento para el VIH, que incluye los antirretrovirales, pero no el examen de carga viral que es importante para conocer la evolución del paciente; o, bien, se cubre la quimioterapia y radioterapia para cáncer, pero no los medicamentos que se deben aplicar a la par, para garantizar la calidad de vida del paciente. Estas dificultades surgen debido a que en la definición legal de alto costo se incluyen tanto patologías como síndromes, procedimientos, intervenciones y servicios. En general, por esa vía es fácil encontrarse con un sinnúmero de dificultades debidas a la diferencia de criterios técnicos asistenciales y a la concepción de lo que es un tratamiento integral para el paciente y, más aún, por la dificultad de determinar cuándo la probabilidad de un hecho específico ha superado una frecuencia esperada, ya que esto último es lo que debe ser reasegurado.

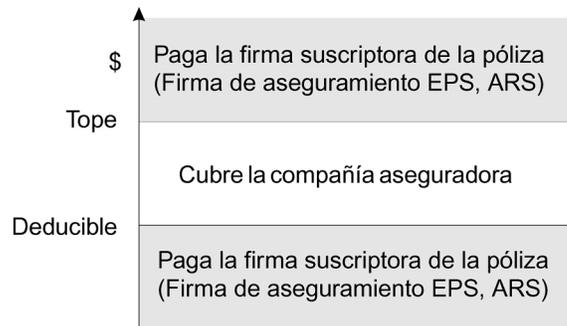
Cuando el contrato de reaseguro se suscribe tomando como base el valor de la cuenta médica por paciente, sin considerar el procedimiento realizado, se establece un tope a partir del cual el reasegurador le paga a la EPS por paciente, independientemente del tratamiento o de la patología cubierta, es decir, lo que supere un valor definido en el contrato, de modo escueto. Desde el punto de vista financiero, es más práctico establecer pólizas de reaseguro tomando como base el valor de la cuenta. Esta manera de abordar el reaseguro evita profundizar en cuestiones eminentemente médicas, para permitir la concentración en aspectos financieros.

Para el caso colombiano, la modalidad de reaseguro ha consistido en la transferencia del riesgo de firmas de aseguramiento hacia compañías de seguros que, a su vez, transfieren el riesgo a otras firmas reaseguradoras. El valor establecido en las pólizas de reaseguro en salud de Colombia han tenido deducibles que pueden osci-

lar entre 435 y 43 500 dólares; y topes que pueden ser acotados o infinitos, dependiendo de lo que las firmas desean cubrir. El deducible es el valor límite que la firma de aseguramiento se compromete a pagar y a partir del cual el costo corre por cuenta del reasegurador, o sea, a cargo de la compañía de seguros hasta un tope (cuando ha sido definido en la negociación). A partir de ese tope, el valor excedente debe ser cubierto por la firma de aseguramiento que suscribió la póliza (figura 2). Entre menor sea el deducible, la prima será más costosa; este valor también depende del tamaño de la población: con mayor número de personas la prima tiende a disminuir.

Las primas, por lo general, se suscriben por un periodo de un año, después del cual se puede renovar el contrato y ajustar la prima con el reasegurador o negociar con otro. Para el establecimiento de la prima, tanto las firmas de aseguramiento como las compañías aseguradoras buscan un punto en el cual ambas obtengan una ganancia razonable.

Figura 2. Funcionamiento de las primas de reaseguro



Fuente: Elaboración propia.

Esta ganancia para la compañía aseguradora se mide en términos del superávit que alcanza en un periodo determinado. Esto es, si los ingresos que obtuvo por primas son superiores que los costos en los que incurrió para cubrir las patologías presentadas.

Ganancia de la compañía aseguradora:

$$I_p - (C_s + G_a) > 0 \quad (2)$$

donde,

$I_p$ : ingresos por primas

$C_s$ : costo de los siniestros

$G_a$ : gastos administrativos

En tanto que la ganancia para la entidad de aseguramiento se da cuando el costo que tuvo que pagar a la compañía aseguradora, por primas, iguala el costo de los siniestros, más un margen que no debe ser excesivo. Si el margen supera ampliamente el costo de los siniestros, la entidad de aseguramiento percibirá pérdidas por el costo de oportunidad de los recursos, es decir, si el costo de la prima que tuvo que pagar en un periodo fue superior al esperado, comparado con los costos en que incurrió la compañía aseguradora (en este caso la firma de aseguramiento posee información completa sobre los costos en los que incurrió el asegurador por siniestros), entonces la firma de aseguramiento habrá perdido recursos que, de haber manejado autónomamente, le habrían generado excedentes.

Ganancia de la firma de aseguramiento:

$$C_s + G_a - C_p > 0 \quad (3)$$

donde,

$C_s$ : costo de los siniestros pagados por la compañía aseguradora

$G_a$ : gastos administrativos de la compañía aseguradora

$C_p$ : costos de las primas pagadas a la compañía aseguradora

Los costos de las primas que paga la firma de aseguramiento equivalen a los ingresos de la compañía aseguradora, por lo tanto:

$$I_p = C_p \quad (4)$$

Cada año las firmas de aseguramiento y las compañías aseguradoras evalúan la información histórica de sus costos y frecuencias, para determinar el valor de sus primas y ajustarlas según su comportamiento particular. Sin embargo, es frecuente que cuando se establece una prima y el asegurador empieza a perder y, por ende, sus costos son mayores que sus ingresos, éste decida ajustar, de manera deliberada, el valor de la prima, frente a lo cual la firma de aseguramiento no tiene mucho qué hacer debido a que, por un lado, no puede quedarse sin el reaseguro ante la posibilidad de una sanción estatal; y, por otro, no puede establecer un nuevo contrato de reaseguro en poco tiempo, porque ninguna compañía aseguradora estaría en disposición de aceptarlo. Esto muestra la asimetría del poder de negociación entre firmas. Es así como la condición de equilibrio está dada por:

$$I_p - C_s - G_a - \pi = 0, \quad (5)$$

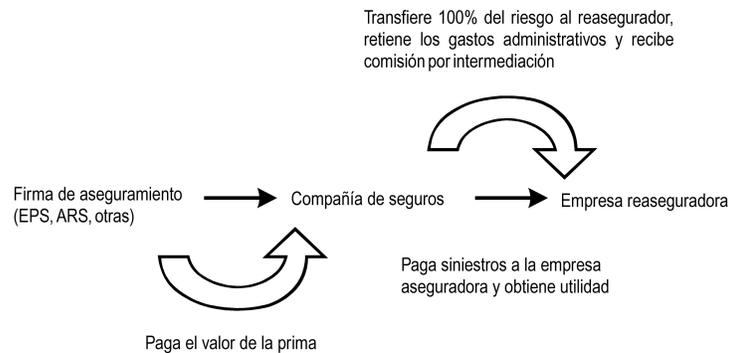
donde,

p: ganancia de las compañías aseguradoras y depende del poder de mercado de estas compañías.

Adicionalmente, en el sistema de salud colombiano los contratos entre compañías de seguro y firmas de aseguramiento se realizan de manera individual. Como estas últimas operan sobre un porcentaje pequeño de la población afiliada al sistema, la prima resultante puede ser alta por la dificultad de dispersar el riesgo.

El estudio realizado por el Ministerio de Salud (2001) muestra la transferencia del riesgo que se hace de las firmas de aseguramiento hacia las compañías aseguradoras y de éstas hacia los reaseguradores (figura 3) y también las ganancias de estos intermediarios.

Figura 3. Intermediación y transferencia de riesgo



Fuente: Elaboración propia.

Según el Ministerio de Salud, los nueve primeros meses del año 2000, las entidades de aseguramiento pagaron primas por, aproximadamente, 6.5 millones de dólares (sin incluir las cancelaciones, anulaciones y primas retenidas) a las compañías aseguradoras, suma correspondiente a un valor per cápita mensual de 0.67 dólares (población: 1.066.206 afiliados).

El 20% de dicho valor fue retenido por las compañías aseguradoras, es decir, 1.2 millones de dólares, de los cuales utilizaron 23% para cubrir los gastos administrativos, 40% para pagar comisiones de intermediación y el restante 37% fueron utilidades para estas compañías. En tanto las reaseguradoras internacionales (con las

cuales se reaseguran las aseguradoras, esto se convierte en una cadena de reaseguros) obtuvieron ingresos cercanos a los 5.2 millones de dólares, pagaron siniestros por 1.7 millones de dólares y generaron 3.4 millones de dólares de utilidad.

De lo anterior, se concluye que de los 6.5 millones de dólares que las firmas de aseguramiento pagaron en primas a las aseguradoras, sólo 28% fueron retornadas para el pago de siniestros, 5% correspondió a gastos de administración y 67% fueron utilidades.

#### V. Problemática actual

Las anteriores cifras constituyen uno de los argumentos que el Ministerio de Salud presentó con el fin de establecer el reaseguro universal para las patologías catastróficas, consagrado en el Proyecto de Ley 089, de 2000, puesto que demuestra que una gran cantidad de dinero queda en manos de intermediarios, mientras que el sector tiene una importante escasez de recursos. En dicho Proyecto se proponía la creación de una subcuenta en el Fosyga, para asegurar y reasegurar el valor de los tratamientos de dichas enfermedades a todos los habitantes de Colombia. Esta cuenta se nutriría del porcentaje de la UPC estimada para este fin por el Estado y se descontaría a todas las EPS en el momento de la compensación y a las ARS al girar los recursos; de esta manera se centralizaría el manejo de las enfermedades catastróficas. El Estado abriría una licitación nacional e internacional para definir el costo de cada uno de los tratamientos, que es lo máximo que se le reconocería a las EPS, a las ARS y a los municipios por la atención de cada paciente. Este Proyecto de ley fue rechazado por algunos actores del sector, como las cajas de compensación, las compañías aseguradoras, las cooperativas y el gremio de las EPS privadas (Acemi); incluso el Ministerio de Hacienda se mostró en contra de la medida. Las razones en contra del reaseguro universal consideraban que el Fondo se convertiría en un monopolio estatal con total autonomía para direccionar los recursos, que se desarticularía el plan de servicios de salud de las firmas de aseguramiento, ya que estarían obligadas a atender a sus afiliados con patologías catastróficas únicamente en los hospitales autorizados por el Fondo, lo que fragmentaría la atención de los pacientes y, además, según esta posición, el Fondo se constituiría en un estímulo para la no afiliación de la población, debido a que todas

las personas estarían protegidas contra las enfermedades catastróficas (*El Tiempo*, julio 5 de 2001).

De otro lado, el principal promotor de la medida fue el Instituto de Seguro Social (ISS)<sup>7</sup> que, en su carta del 16 de mayo de 2001, enviada al Ministerio de Salud, expuso la situación del ISS dentro del sistema y propuso adelantar el reaseguro universal. El ISS ha sido una de las entidades más importantes del sector debido a que, antes de la reforma, concentraba el mayor número de afiliados a la seguridad social (90% del total de la población). En la actualidad, concentra cerca de 30% de los afiliados al sistema en el régimen contributivo, en tanto que las demás EPS no concentran individualmente más de 17% de la afiliación. Por varios motivos, entre ellos la experiencia en el manejo de enfermedades de alto costo, la confianza de la población en el tratamiento de estas enfermedades y la selección de riesgo de otras EPS que transfirieron al ISS los afiliados con patologías catastróficas, se desencadenó en esta institución un desequilibrio financiero de grandes proporciones. Según la carta enviada al Ministerio, el ISS registró 31 291 pacientes con patologías catastróficas, en el año 2000, con un costo de atención en ese año de 141.5 millones de dólares, lo que equivale a 26% de la UPC neta: más del doble de lo que teóricamente se debe destinar al IV nivel. Véase figura 4 (ISS, 2000).

Figura 4. Distribución UPC ISS vs. UPC teórica

Estructura teórica		Estructura real ISS	
I, II, III Nivel	75%	I, II, III Nivel	59%
IV Nivel	10%	IV Nivel	26%
Gastos de administración	15%	Gastos de administración	15%
<b>Total:</b>	<b>100%</b>	<b>Total:</b>	<b>100%</b>

Fuente: ISS (1999), "Antiselección de enfermedades de alto costo", (datos actualizados), mimeo.

7 El Instituto de Seguro Social (ISS) se creó hacia el año de 1945. Por su experiencia y antigüedad, las tarifas, protocolos, costos, frecuencias, etc., del sistema, se han basado en la información de dicha entidad y de esto se han beneficiado todas las firmas que, en la actualidad, conforman el sector.

Lo anterior refleja un problema estructural del sistema, puesto que el ISS, a diciembre del año 2000, concentró 30% de los afiliados al régimen contributivo (Superintendencia Nacional de Salud, 2001), pero atendió, aproximadamente, 80% de los casos de enfermedades de alto costo<sup>8</sup>, mientras que el restante 70% de afiliados se distribuyó en más de 27 EPS y en distintas empresas adaptadas que atendieron 20% de las restantes patologías catastróficas. Si a lo anterior se agrega que los afiliados jóvenes y sanos son los que se retiran del ISS, los gastos en alto costo como proporción de la UPC seguirán aumentando. Ésta es otra de las razones por las cuales se discutió en el Congreso de la República la creación de un reaseguro universal con un fondo nacional de aseguramiento de enfermedades de alto costo ya que, en general, todo el sistema es vulnerable a estas enfermedades debido a que existen dos aspectos que no pueden ser controlables por ninguna firma de aseguramiento y que generan diferencias fundamentales respecto de las funciones de una empresa aseguradora normal. En primer lugar está la imposibilidad de hacer selección de riesgos, puesto que las firmas de aseguramiento no pueden negar la afiliación a persona alguna; y, en segundo lugar, tampoco pueden 'depurar los riesgos malos', cancelando afiliaciones por mala experiencia. Es por ello que el estudio realizado por el ISS considera que, en la actualidad, todas las firmas de aseguramiento del sistema están indefensas cuando la frecuencia de utilización en algún servicio o nivel de atención se dispara por el agravamiento de la morbilidad; y señalan que es importante observar que, además del mecanismo de aseguramiento por desviaciones en los costos, el sistema debe contar con mecanismos de aseguramiento por desviaciones en frecuencias, lo cual se lograría sólo mediante un mecanismo de constitución del fondo, refiriéndose al estudio técnico de la Universidad de Harvard que, en 1996, recomendó el denominado *community-rated Prospective Risk Pooling*, al cual debería pertenecer la totalidad de las EPS para mitigar, entre todas, el problema de la selección de los riesgos (ISS, 1999).

En la actualidad, se carece de información confiable sobre el número de pacientes con patologías catastróficas pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado y vinculados. Se habla de que cerca de 80% de los pacientes que registran enfer-

---

<sup>8</sup> Debido a los problemas de información del sector no se puede establecer con exactitud la concentración de atenciones de patologías catastróficas en el ISS respecto del total.

medades catastróficas en el país se concentran en el ISS, mientras que el restante 20% se distribuye entre las demás firmas de aseguramiento. Sin embargo, el ISS, en su carta al Ministerio, habla de una cobertura de 94% de las patologías catastróficas en esa organización, en tanto que Acemi considera que 65% de las patologías catastróficas del contributivo se concentran en el ISS; y el restante 35%, en las demás EPS. En cualquier caso, la proporción de afiliados con patologías catastróficas comparada con el número de afiliados es mayor en el ISS que en el resto del sistema.

La ponencia para el segundo debate del Proyecto de Ley 089, de 2000 (Congreso de Colombia, 2000b), señaló que cada año aumentarían en 50 000 los pacientes con enfermedades de alto costo y su atención costaría alrededor de 400 millones de dólares, lo que justifica la regulación legal que permita el aseguramiento de dichas enfermedades, junto con el financiamiento y sostenibilidad requeridos para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las EPS y distribuir los recursos de atención. Es así como en esta ponencia se considera el reaseguro universal como el mecanismo para evitar distorsiones y permitir el acceso equitativo a toda la población. Asimismo, son tomados en cuenta los datos existentes en el sistema y se establece que el régimen contributivo requiere de 7.29% de la UPC para cubrir sus patologías catastróficas en el 2001; y el subsidiado, de 14.66% de su UPC. Es por ello que se ratifica la propuesta de unificar las coberturas para los regímenes y de cubrir a toda la población colombiana, incluyendo los vinculados que equivalen a 48% de la población.

Finalmente, el Ministerio definió, en diciembre de 2001, por medio del Acuerdo 217, la manera como se tratará el alto costo al establecer un mecanismo de reconocimiento de la UPC diferencial, en función de la desviación del perfil epidemiológico de patologías catastróficas. A partir de febrero de 2002, las EPS comenzaron a reportar mensualmente los pacientes que han recibido tratamientos de alto costo al Ministerio de Salud. Éste recopila la información de todas las EPS y se espera que realice una distribución de frecuencias y costos, con el establecimiento de promedios y la definición de las EPS que presentan desviaciones en las frecuencias de estas patologías respecto del promedio y su participación. Según el mencionado acuerdo, en función de la siniestralidad global presentada se establece el porcentaje de la UPC con el cual cada una de las EPS debe contribuir al fondo de enfermedades catastróficas (para cubrir los costos de tratamientos) y, posteriormente, el

fondo distribuye los recursos en concordancia con la participación de cada EPS, asignándole un porcentaje de la UPC compensada. Con esto, cada EPS hace un aporte en relación con la siniestralidad global, pero sólo recibe recursos en función de las desviaciones que tenga de patologías respecto del promedio.

Las EPS que tienen mayor frecuencia de patologías catastróficas son las que reciben más recursos; en tanto que las que tienen una frecuencia inferior al promedio aportan al fondo, pero no reciben recursos de éste. De todas formas, aún no se ha empezado a hacer el reconocimiento de la UPC diferencial por EPS, ya que únicamente se han recopilado los datos de enfermedades catastróficas reportadas por las firmas de aseguramiento.

#### VI. Conclusiones

Los recursos de un sistema de aseguramiento, como el que funciona en Colombia para el sector salud, dependen de las cotizaciones que ingresen en el sistema, las que, a su vez, están subordinadas a la formalidad y calidad en el empleo que, consecuentemente, están determinadas por la economía del país, en general. A junio de 2001, la tasa de desempleo en Colombia fue de 18.6 % (Dane, 2001) y el salario promedio de la población no llegó a los dos salarios mínimos; más de 50% de la población ocupada lo está en trabajos de carácter informal y existen problemas de evasión que reducen los ingresos del sistema (DNP, 1999).

La escasez de recursos del sector salud impide el aumento de la cobertura que, para abril de 2001, era de 52% de la población del país (Supersalud, 2001). De ese 52%, 31% está afiliado al régimen contributivo; y 21%, al subsidiado. De los afiliados al régimen contributivo sólo 36% cotiza, en tanto que 48% no tiene ningún tipo de cobertura.

Esto hace que el sistema sea vulnerable frente a las enfermedades de alto costo y de ahí se plantea el problema de cuáles deberían ser los mecanismos de financiamiento que permitieran cubrir el riesgo financiero derivado de estas enfermedades y garantizar una asignación razonable de recursos para obtener dicho cubrimiento.

En Colombia, el reaseguro es el mecanismo de cobertura frente al riesgo del alto costo en salud, en tanto ésta no sólo queda garantizada en términos nominales, sino también en términos reales, dado que la protección que ofrece el reaseguro se convierte en un incentivo para que las firmas de aseguramiento eviten la selección

de riesgos; y, adicionalmente, porque en el país existen mecanismos jurídicos que le dan la posibilidad a los ciudadanos de exigir la cobertura de enfermedades de alto costo mediante la acción de tutela.

El esquema colombiano de reaseguro que ha prevalecido es el de transferencia del riesgo: la compañía de seguros se reasegura, a su vez, con otro reasegurador internacional cediendo, generalmente, 100% del riesgo, lo que impide una verdadera dispersión de éste, lo que puede traer como resultado la ganancia de una firma a costa de la pérdida de otra (a la relación entre firma de aseguramiento y compañía de seguros, se la puede interpretar como un juego de suma cero).

Algunas aseguradoras han percibido ganancias debido al cobro de primas altas, pero también pudieron haber percibido pérdidas significativas por un aumento en la frecuencia de siniestros, a consecuencia de que la negociación individual entre firmas de aseguramiento y compañías de seguros hacen que sea difícil dispersar el riesgo. Adicionalmente, este tipo de contratos individuales privilegian prácticas como la selección de riesgos, la imposición de barreras a la entrada para las personas con riesgos altos, el retraso en los recobros, etcétera.

A pesar de las ventajas que ofrece el reaseguro, es claro que las sumas que han pagado las firmas de aseguramiento en Colombia por la cobertura de las patologías de alto costo son, desproporcionadamente, mayores que los reembolsos que han obtenido por recobros cuando el siniestro ocurre. Lo anterior se puede atribuir a la juventud del sistema y consiguiente falta de experiencia, que han hecho que las firmas del sector reaseguren el costo de los incidentes y no el exceso de frecuencia de los mismos, dando como resultado primas altas y trámites de recobro onerosos. De ahí que lo importante sea tratar de reasegurar la probabilidad de que un suceso sobrepase una frecuencia esperada; en tanto que los siniestros esperados se pueden cubrir mediante el autoseguro.

Estas circunstancias dejan entrever las ventajas de contar con sistemas de reaseguro universal regulados por el Estado que pueden dispersar el riesgo, puesto que la población del sistema es mayor que la población afiliada a una EPS en particular; disminuir el valor de las primas, dado que un seguro colectivo es menos costoso que uno individual; y mejorar la asignación de recursos, reasegurando sólo los incidentes que verdaderamente superen un valor esperado, de modo que las firmas tengan la posibilidad de manejar, mediante el autoseguro, aquéllos que se encuentren por debajo del valor esperado.

Aunque el Ministerio de Salud ha definido para el financiamiento de enfermedades catastróficas una especie de autoseguro, aún no es clara la manera cómo operará realmente dentro del sector.

## REFERENCIAS

- ACEMI, *Estadísticas de pacientes y patologías catastróficas por EPS año 2000*, Bogotá, 2001.
- Congreso de Colombia, *Ley 100 de 1993*, República de Colombia, 1993.
- \_\_\_\_\_, *Proyecto de Ley No. 089*, Santafé de Bogotá, 2000a.
- \_\_\_\_\_, *Ponencia para Segundo Debate al Proyecto de Ley 089 de 2000*, Santafé de Bogotá, 2000b.
- Colombia, *Constitución Política de la República de Colombia*, La Prensa, Santafé de Bogotá, 1991.
- \_\_\_\_\_, "Decreto 1938", en *Diario Oficial*, núm. 41478, Santafé de Bogotá, agosto 5 de 1994.
- \_\_\_\_\_, *Código de Comercio*, Legis, Santafé de Bogotá, 2000.
- Departamento Nacional de Estadística DANE, *Indicadores del Mercado Laboral Enero a Junio del 2001*, Santafé de Bogotá, 2001.
- Departamento Nacional de Planeación DNP, "El Mercado Laboral Urbano y la Informalidad en Colombia: Evolución Reciente", Documento de Trabajo de la Unidad de Desarrollo Social, núm. 5, Bogotá, septiembre 1999.
- "Nuevo Choque en el Gabinete", en *El Tiempo*, julio 5 de 2001.
- Fedesarrollo, *Coyuntura Social*, núm. 7, Bogotá, noviembre 1992.
- \_\_\_\_\_, *Las Formas de Contratación entre Prestadoras y Administradoras de Salud*, FES, Santafé de Bogotá, 1996a.
- \_\_\_\_\_, *La Unidad de Pago por Capitación y el Equilibrio Financiero del Sistema de Salud*, FES, Santafé de Bogotá, 1996b.
- Instituto de Seguro Social ISS, *Carta 000985*, mayo 16 de 2001.
- \_\_\_\_\_, *Antiselección de Enfermedades de Alto Costo*, Bogotá, 1999.
- Jaramillo, I., *El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 199 de 1993 Cinco años después*, Fescol, Santafé de Bogotá, 1999.
- \_\_\_\_\_, "La Protección Constitucional y Legal en Colombia sobre las Enfermedades Catastróficas" en *Memorias del Primer Congreso Internacional de Enfermedades Catastróficas*, Solinsa, Santafé de Bogotá, 2000.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público, *Estatuto Orgánico del Sistema Financiero*, Santafé de Bogotá, 2000.
- Ministerio de Salud, *La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Tomo 1: Antecedentes y Resultados*, Editorial Carrera Séptima Ltda., Santafé de Bogotá, 1994.
- \_\_\_\_\_, *Acuerdo Número 186*, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Santafé de Bogotá, 2000.
- \_\_\_\_\_, *Acuerdo Número 72*, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Santafé de Bogotá, 1997.
- \_\_\_\_\_, *Resolución 5261 de 1994*, Santafé de Bogotá, 1994.
- \_\_\_\_\_, Programa de Apoyo a la Reforma, "Proyecto de Enfermedades de Alto Costo", Santafé de Bogotá, marzo 27 de 2001.
- Superintendencia Nacional de Salud, *Boletín Estadístico núm. 5. Afiliados al Régimen Contributivo de Salud. Abril 2001*, Santafé de Bogotá, junio 2001.
- Vickers J, Yarrow G, *Privatization: An Economic Analysis*, The MIT Press, Cambridge, 1991.