

PERFIL DE PROYECTO

COLOMBIA

I. DATOS BÁSICOS

Nombre del proyecto:	Apoyo a la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Número del proyecto:	CO-L1127
Equipo de proyecto:	Frederico Guanais (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Ana Lucía Muñoz (SPH/CCO); Diana Pinto (SCL/SPH); Carolina González (SCL/SPH); Claudia Cárdenas (FMP/CCO); Francesca Castellani (CAN/CCO); Mónica Lugo (LEG/SGO); Ursula Giedion (SPH/CCO); y Sheyla Silveira (SCL/SPH).
Prestatario:	República de Colombia
Organismo ejecutor:	Departamento Nacional de Planeación (DNP)
Financiamiento:	BID: US\$150 millones Local: US\$0 Total: US\$150 millones
Salvaguardias:	Políticas identificadas: B.01, B.02, B.03, B.07, B.13 y B.17. Clasificación: No aplicable a préstamos basados en políticas (PBL).

II. JUSTIFICACIÓN GENERAL

- 2.1 En los últimos años, Colombia se ha caracterizado por su buen desempeño económico pese a una desaceleración asociada con la crisis global. En 2011, la economía creció un 6,6%, y en 2012 un 4%. Este desempeño, aunado a una consolidación de las cuentas fiscales y el cumplimiento de las metas de inflación, ha permeado al mercado laboral que, en el último año, registra tasas de desempleo de un dígito (9,8%) a finales de 2012. Gracias a estos resultados, se produjo una disminución de la pobreza y la indigencia del 49% en 2002 al 34% en 2011, y del 18% al 11%, respectivamente. El Índice de Gini se mantiene elevado en 54,8.
- 2.2 Desde la expedición de la Ley No. 100 de 1993, Colombia transformó su Sistema Nacional de Salud Pública para el 75% de la población, a un sistema de aseguramiento conocido como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el que participan aseguradores privados quienes conforman su red de prestación de servicios con oferentes públicos y privados. Los aseguradores, llamados Empresas Promotoras de Salud (EPS), compiten por la afiliación y administración del aseguramiento de la población y también son responsables por el recaudo de las contribuciones financieras de los usuarios. Los prestadores de servicios llamados Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), compiten por la

venta de servicios de salud. El SGSSS se separó en dos regímenes, el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS), con poblaciones objeto y fuentes de financiación diferentes. El RC sirve a poblaciones con capacidad económica de pago y los usuarios contribuyen con una prima que cubre un plan de beneficios explícitos, el Plan Obligatorio de Salud (POS). El RS sirve a poblaciones que no tienen la capacidad económica de pago y es financiado por una combinación de impuestos y subsidios cruzados del RC. Originalmente, el plan de beneficios para el RS tenía una cartera de servicios más restricta, pero fue unificado al POS el 1° de julio de 2012.

- 2.3 En las dos últimas décadas, el SGSSS ha logrado importantes avances en la cobertura del aseguramiento, acceso a los servicios, equidad y protección financiera de los hogares. La cobertura existente antes de la Ley No. 100 se ha triplicado y Colombia está cercana a alcanzar la cobertura universal en aseguramiento en salud. A noviembre de 2010, 39,8 millones de colombianos o 91,4% de la población total estaban bajo la protección del SGSSS. Los logros en aseguramiento han sido más marcados en la población más pobre, el subsidio neto que recibió una persona del quintil de ingresos más bajo en el país, representó en 1997, cerca del 40% de su ingreso y este porcentaje se incrementó al 50% en el 2003¹. En términos de acceso, estudios cuasi-experimentales comparando 1997 y 2003 indicaron que la probabilidad de tener consulta ambulatoria cuando se necesita, es 40% mayor en los afiliados comparada con los no asegurados². Los niveles de protección financiera son extremadamente altos: en 2013, un 95% de la población urbana reporta tener gastos de bolsillo inferiores a US\$200³ y en 2010 los gastos privados representaron 27,3% del total de gastos en salud, comparable al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (28,2%) y bastante inferior al promedio de América Latina y Caribe (42,5%)⁴.
- 2.4 A pesar de los importantes logros del SGSSS, su sostenibilidad financiera y su legitimidad ante la población están en riesgo. Los gastos totales en salud en Colombia, alrededor de 8% del Producto Interno Bruto (PIB), son comparables a los países desarrollados de la OCDE, pero con resultados en salud muy inferiores⁵. Los pagos a los que se ve obligado el sistema por medicamentos que no están cubiertos por el POS, han venido creciendo dramáticamente, principalmente por la vía judicial, argumentando la protección a la vida y con ello el derecho a la salud. Las EPS son frecuentemente obligadas por jueces a

¹ Flórez, C.E., and O.L. Acosta. 2007. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. *Working Document* No. 15. Bogotá: Fundación Corona.

² Giedion U, Yadira Díaz B, Andrés Alfonso E, and Savedoff W. 2009. *The Impact of Subsidized Health Insurance on Health Status and on Access to and Use of Health Services*. In Glassman AL, Escobar M-L, Giuffrida A, Gideon U. *From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia*. Washington, DC: Inter-American Development Bank and The Brookings Institution; 2009. p. 47-74.

³ Datos de la Encuesta de Percepción de los Usuarios de los Servicios de Salud en Colombia (2013), contratada por el BID en el marco del ESW RG-K1250.

⁴ http://www.who.int/gho/health_financing/out_pocket_expenditure/en/index.html

⁵ Chernichovsky D, Guerrero R, Martínez G. La sinfonía incompleta: La reforma al Sistema de Salud de Colombia. Bogotá; 2012. p. 1-59.

proporcionar tratamientos no cubiertos por el POS, y luego reclaman al fondo público de salud por los costos incurridos, un mecanismo llamado de recobro. Mientras en 2002 se pagaron recobros por 20.000 millones de pesos colombianos, en 2010 la cifra ascendió a 2,35 billones de pesos colombianos, llegando a representar el 20% del gasto del régimen contributivo⁶.

- 2.5 A su vez, el tipo de atención asociado al diseño actual del sistema tampoco contribuye para su sostenibilidad y debilita su legitimidad ante la población. El modelo actual no logró crear incentivos para que las EPS inviertan en las actividades de prevención y promoción de salud, un tema fundamental para prevenir la agudización de enfermedades, controlar costos y generar confianza en los usuarios. La tarea de recaudación y gestión de las contribuciones de los usuarios, asignada a las EPS, genera importantes oportunidades de ganancias puramente financieras y disminuye los incentivos en la búsqueda de eficiencia con actividades de prevención en salud. En paralelo, el acceso a la atención primaria de calidad resulta difícil, el 40% de la población urbana espera más de seis días para una consulta con un médico general (excluyendo urgencias), mientras que en un grupo de 11 países de la OCDE, solamente el 15,6% de la población espera tanto tiempo⁷. En función de las dificultades de acceso en el primer nivel de atención, el 47% de la población en Colombia reporta la utilización de la sala de emergencia en los últimos dos años⁸, lo que resulta en peores resultados en salud y es más costoso que las actividades preventivas⁹. El acceso frecuente a los servicios de salud por urgencias genera saturación de los servicios y una percepción de una atención de mala calidad. El 44% de la población urbana en Colombia carece de confianza de que si se enferman podrán recibir el tratamiento más efectivo¹⁰.
- 2.6 Por lo anterior, el Gobierno de Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) viene trabajando en una reforma al SGSSS con el objetivo de introducir un esquema de prestación de servicios con incentivos a la prevención y promoción y que sea más eficiente en la administración de los recursos. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) está apoyando a las autoridades nacionales en la reorganización del sector y en la discusión de temas relevantes al proceso de reforma. Desde julio de 2012, el Minsalud está trabajando en la unificación del plan de beneficios, con una ampliación de la cartera del RS. Una reforma tributaria aprobada en diciembre 2012 implicó que haya muchos más recursos netos para el sector salud.

⁶ BID, GN-2648-1, Nota Sectorial Salud, 2011.

⁷ Comparación de datos de la Encuesta de Percepción 2013 (RG-K1250) con los resultados Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. *How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. Health affairs (Project Hope). 2010 Dec; 29(12):2323–34.*

⁸ Datos de la Encuesta de Percepción 2013 (RG-K1250).

⁹ Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. *Preventable hospitalizations and access to health care. JAMA: the journal of the American Medical Association. 1995 Jul 26;274(4):305–11.; Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank quarterly. 2005 Jan; 83(3):457–502.*

¹⁰ Datos de la Encuesta de Percepción 2013 (RG-K1250).

- 2.7 A partir de 2013, se prevén importantes cambios para el modelo de organización del sector, incluyendo los siguientes temas: incentivos para el fortalecimiento de actividades de prevención y promoción, aumento de la eficiencia de la recaudación de las contribuciones, mayor sostenibilidad y la eficiencia de la administración de los planes de beneficios de salud, y mayores responsabilidades para los entes territoriales en el sector salud asociado a mecanismos de soporte técnico. El Gobierno de Colombia ha solicitado apoyo al Banco a través de una serie programática, para asegurar que el diseño de la reforma del SGSSS contemple esos temas y que su implementación sea exitosa. La operación ha sido estructurada como un préstamo de apoyo a reforma de políticas, bajo la modalidad programática (PBP), y constituye la primera de dos operaciones vinculadas técnicamente pero financiadas en forma independiente. El monto correspondiente a la siguiente operación será establecido con las autoridades del prestatario durante el ejercicio de programación del Banco.
- 2.8 La presente operación se enmarca en la Estrategia Institucional del BID, incluida en el Informe sobre el Noveno Aumento General de Recursos (AB-2764) que apoya el alcance de las metas regionales de desarrollo para la expansión de protocolos de salud preventiva, y las medidas tomadas frente a la transición epidemiológica. De igual forma, se encuentra alineada con la actual Estrategia del Banco en Colombia GN-2648-1 y con las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Promover el bienestar y una vida saludable, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad” y “Brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios del SGSSS”, en las cuales el gobierno nacional sitúa el abordaje de los factores y determinantes que contribuyan a la prevención y control de las enfermedades, y a la atención oportuna de las mismas.

III. ASPECTOS DE DISEÑO Y CONOCIMIENTO DEL SECTOR

- 3.1 **Objetivo y resultados esperados.** El objetivo de esta serie programática es apoyar el diseño y la implementación de la reforma del SGSSS en Colombia, como mecanismo para generar una continua mejoría de los resultados en salud, protección financiera para los usuarios, y sostenibilidad del sistema en el largo plazo. Se espera que las reformas introducidas puedan fortalecer el sistema de salud con el establecimiento de un modelo que privilegie la prevención de enfermedades, el acceso a los servicios de calidad y la satisfacción de los usuarios. En la primera operación, el BID apoyará el diseño y presentación de la reforma, y en la segunda operación, apoyará su implementación. La [Matriz de Políticas preliminar](#) muestra las condiciones específicas a ser cumplidas en forma previa al desembolso de la primera operación. Los mecanismos activadores para la segunda operación serán negociadas durante la Misión de Orientación.
- 3.2 **Componente 1. Marco macroeconómico.** El objetivo de este componente es asegurar que el entorno macroeconómico del prestatario sea consistente con los objetivos del programa y con la carta de política sectorial.

- 3.3 **Componente 2. Reorganización del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Se apoyará el diseño e introducción de un nuevo esquema organizativo y de prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS, buscando mejorar los incentivos para la promoción y prevención en salud, así como fortalecer la calidad y continuidad en los servicios.
- 3.4 **Componente 3. Sostenibilidad financiera del SGSSS y mejora en la eficiencia en la administración de los recursos de salud.** Se apoyará la identificación y desarrollo de mecanismos que permitan garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS y aumentar la eficiencia de la administración de los recursos en salud por intermedio de: i) el establecimiento de un fondo único de administración de los recursos de salud que centralice la afiliación de los usuarios, el recaudo de las contribuciones de los usuarios y los pagos a gestores de los servicios de salud, para que se reduzca la intermediación financiera y costos de transacción; ii) la definición de procesos para la actualización de un plan de beneficios/ plan integral de salud orientado al equilibrio entre la viabilidad financiera al sistema y la reducción de barreras de acceso a servicios, medicamentos y tecnologías de salud; iii) la definición del rol de los administradores de los servicios de salud; incluyendo sus responsabilidades, los incentivos y la gestión de riesgos en salud; y iv) establecimiento de mecanismos eficaces de auditorías y vigilancia sobre la prestación de los servicios de salud por niveles de atención.
- 3.5 **Componente 4. Establecimiento de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud orientado a la prevención y los resultados en salud.** Se apoyará el diseño y establecimiento de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud, a través de la conformación de Redes Integradas de Salud, centrado en el usuario, que priorice la prevención sobre lo asistencial, que tenga capacidad resolutoria en el primer nivel de atención y que, éste nivel, oriente la atención en los niveles de mayor complejidad y se introduzcan mecanismos especiales para regiones con población dispersa.

IV. SALVAGUARDIAS AMBIENTALES Y SOCIALES

- 4.1 De acuerdo con la directiva B.13 de la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (GN-2208-20 y OP-703) y por ser un préstamo sectorial de políticas no se requiere una clasificación de impacto.

V. RECURSOS Y CRONOGRAMA DE PREPARACIÓN

- 5.1 Se espera distribuir la Propuesta para la Revisión de Calidad y Riesgo (QRR) el 29 de abril de 2013. El cronograma y la ruta crítica de preparación de la operación están detallados en el Anexo V, con una fecha prevista para la aprobación de Directorio del 26 de junio de 2013. Los recursos para el diseño de la operación serían de US\$46.000 para consultorías y US\$17.632 para misiones. Para apoyar la ejecución de la serie programática, se está gestionando la preparación de la cooperación técnica CO-T1318.

Confidential

SAFEGUARD POLICY FILTER REPORT

This Report provides guidance for project teams on safeguard policy triggers and should be attached as an annex to the PP (or equivalent) together with the Safeguard Screening Form, and sent to ESR.

1. Save as a Word document. 2. Enter additional information in the spaces provided, where applicable. 3. Save new changes.

PROJECT DETAILS	IDB Sector	HEALTH-HEALTH SYSTEM STRENGTHENING
	Type of Operation	Policy Based Loan (PBL)
	Additional Operation Details	
	Investment Checklist	Generic Checklist
	Team Leader	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (FREDERICO@iadb.org)
	Project Title	Support the reform to the Health Social Security System
	Project Number	CO-L1127
	Safeguard Screening Assessor(s)	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (FREDERICO@iadb.org)
	Assessment Date	2013-03-05
	Additional Comments	

SAFEGUARD POLICY FILTER RESULTS	Type of Operation	Loan Operation	
	Safeguard Policy Items Identified (Yes)	Does this project offer opportunities for indigenous peoples through its project components?	(B.01) Indigenous People Policy– OP-765
		The Bank will make available to the public the relevant Project documents.	(B.01) Access to Information Policy– OP-102
		The operation is in compliance with environmental, specific women’s rights, gender, and indigenous laws and regulations of the country where the operation is being implemented (including national obligations established under ratified Multilateral Environmental Agreements).	(B.02)
		The operation (including associated facilities) is screened and classified according to their potential environmental impacts.	(B.03)
	The Bank will monitor the executing agency/borrower’s compliance with all safeguard requirements stipulated in the loan agreement and project operating or credit regulations.	(B.07)	

		Operation for which ex-ante impact classification may not be feasible. These loans are: Policy-based loans, Financial Intermediaries (FIs) or loans that are based on performance criteria, sector-based approaches, or conditional credit lines for investment projects.	(B.13)
		Suitable safeguard provisions for procurement of goods and services in Bank financed projects may be incorporated into project-specific loan agreements, operating regulations and bidding documents, as appropriate, to ensure environmentally responsible procurement.	(B.17)
	Potential Safeguard Policy Items(?)	No potential issues identified	
	Recommended Action:	Operation has triggered 1 or more Policy Directives; please refer to appropriate Directive(s), including B13, for guidance. No project classification required. Submit Report and PP (or equivalent) to ESR.	
	Additional Comments:		

ASSESSOR DETAILS	Name of person who completed screening:	Guanais de Aguiar, Frederico Campos (FREDERICOG@iadb.org)
	Title:	
	Date:	2013-03-05

ESTRATEGIA AMBIENTAL Y SOCIAL

A. Medio Ambiente

- 1.1 El programa no financiará inversiones físicas, por lo que no se prevé tener un impacto negativo directo en el medio ambiente. De acuerdo con la directiva B.13 de la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (GN-2208-20 y OP-703) y por ser un préstamo sectorial de políticas, no se requiere una clasificación de impacto sobre el medio ambiente.

B. Impactos Sociales

- 1.2 Se prevé que esta operación tendrá efectos favorables a la equidad y productividad; en particular, tendrá los siguientes impactos positivos.
- 1.3 Mediante el fortalecimiento del sistema de salud con el establecimiento de un modelo que privilegie la prevención de enfermedades, la población colombiana tendrá mejor acceso a los servicios de calidad, con énfasis en la prevención de enfermedades, lo que mejorará las condiciones de salud, disminuirá la carga global de enfermedades, y mejorará el nivel de la satisfacción de los usuarios.

ÍNDICE DE TRABAJO SECTORIAL TERMINADO

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Trabajos finalizados			
Morbilidad y Carga de Enfermedad	<p><i>Global Burden of Disease Country Report – Colombia</i></p> <p>Los estudios de Carga Global de Enfermedad 2010 (GBD 2010) son un proyecto de colaboración de cerca de 500 investigadores de 50 países, encabezados por el Instituto para la Métrica de Salud y Evaluación (IHME) de la Universidad de Washington. Es el mayor esfuerzo científico sistemático de la historia en cuantificar los niveles y tendencias de la pérdida de salud por enfermedades, lesiones y factores de riesgo. GBD sirve como un bien público mundial para información basada en la evidencia de formulación de políticas y el diseño de los sistemas de salud. En cuanto al número de años de vida perdidos (AVP), debido a muerte prematura en Colombia, la violencia interpersonal, isquémicos enfermedades del corazón y el VIH/SIDA, fueron las causas más altas en 2010. De las 25 causas más importantes de la carga, medido por años de vida ajustados por discapacidad (DALY), las enfermedades diarreicas mostraron el mayor descenso, cayendo en un 61% entre 1990 y 2010. El factor de riesgo principal en Colombia es el riesgo alimentario.</p>	Terminado 2013	http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20Colombia.pdf
Encuestas	<p>Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010.</p> <p>Esta encuesta tiene representatividad nacional y fue realizada a colombianos entre 5 y 64 años. Con respecto a los hábitos alimenticios, considerados como determinantes de las condiciones de salud, se encontró que 1 de cada 3 colombianos no consume frutas diariamente. El 71,9% consume verduras y hortalizas diariamente, a la vez que el consumo de dulces, comidas rápidas y fritas se ha incrementado, especialmente en la población joven. En cuanto al peso, encontró que el exceso de peso aumentó de 45,9% en el 2005 al 51,2% en el 2010, con una mayor prevalencia en los niveles altos del SISBEN, y que el 62% de las mujeres y el 39,8% de los hombres tienen obesidad abdominal.</p> <p>En cuanto a las prácticas alimentarias, el 22,1% de los colombianos consume gaseosas diariamente, el 24,5% consume comidas rápidas una vez a la semana y el 71,9% no consume frutas y verduras diariamente.</p>	Terminado Agosto de 2011	<p>Ministerio de la Protección Social, Instituto colombiano de Bienestar Familiar, USAID</p> <p>https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/php/03.03081103.html</p>
Encuestas	<p>Encuesta de demografía y salud, 2011</p> <p>La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 (ENDS 2010), al igual que las encuestas de 1990, 1995, 2000 y 2005 se ha institucionalizado como la fuente principal de información para monitorear los programas de salud sexual reproductiva y de población, y como proveedor de información demográfica y de estado de salud. Muestra un acelerado envejecimiento de la población colombiana, el índice de envejecimiento del país es de 20,5 adultos mayor por cada 100 menores de 15 años evidenciando una estructura poblacional envejecida, con el impacto que esto tiene sobre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).</p>	Terminado 2011	<p>Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 PROFAMILIA, Ministerio de la Protección Social, Instituto colombiano de Bienestar Familiar, USAID</p> <p>http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/</p>

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Encuestas	<p>Encuesta Nacional de Salud, 2007</p> <p>La ENS 2007 fue diseñada como un estudio de corte transversal y de alcance nacional en todos sus componentes, con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, que se aplicaron en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. Los eventos de salud estudiados fueron aquellos problemas de salud pública definidos como grupos de eventos de enfermedad, lesión, trastorno o muerte, que tienen causas comunes y se impactan a través de intervenciones comunes, que fueron priorizados como resultado de la exploración y análisis preliminar de las fuentes de información disponible en el país y que no habían sido abordados en encuestas recientes. Algunas de las conclusiones del estudio dicen:</p> <p>El 9% de la población entre 18 y 69 años refiere haber sido diagnosticada como hipertensa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este porcentaje baja hasta el 7% cuando se indaga sobre hipertensos que consumen medicamentos para controlar la hipertensión. - Se reduce el porcentaje hasta el 3% en aquellas personas hipertensas que han asistido a consulta de nutrición como parte de su atención como hipertensas. - Sólo el 1% de la población refiere ser hipertensa y haber asistido a consulta de psicología alguna vez como parte de su atención. <p>El 3% de la población entre 18 y 69 años ha sido diagnosticada como diabética por un médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 2% de la población fue diagnosticada como diabética y consume medicamentos para el control de su enfermedad. - El 2% de la población ha sido diagnosticada como diabética y ha recibido instrucción sobre ejercicios para mejorar su salud. <p>Acerca del consumo de cigarrillos entre la población de 18 a 69 años, se encontró que el 13% refirió haber fumado en su vida más de cien cigarrillos y que continúa fumando.</p>	Terminada Enero de 2009	<p>Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. 1ra. edición Bogotá, enero de 2009</p> <p>http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf</p>
Documentos de Planeación y Política	<p>Evaluación del componente de reorganización institucional del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud de los hospitales públicos 2004-2010</p> <p>El objetivo del programa es mejorar el acceso de la población a los servicios con calidad, en Instituciones de Prestación de Servicios -IPS eficientes y auto sostenibles. Se hicieron tres ejercicios de evaluación. Por un lado, se analizaron los hospitales del programa (o grupo con convenio) en términos de prestación de servicios, equilibrio presupuestal y eficiencia, desde diez dimensiones que están relacionadas con el mercado, y se compara con los resultados de los demás hospitales (o grupo sin convenio). Por otro lado, se identificaron los hospitales del programa y sin convenio, que han mejorado en eficiencia y aumentado su nivel de producción inicial. Finalmente, se calculó la rentabilidad de la inversión (del programa). El periodo de análisis es 2004 a 2010.</p>	Terminado 2011	<p>Ministerio de la Protección Social</p> <p>Héctor Riveros Reyes</p>

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Documentos de Planeación y Política	<p>Documento Conpes Social 140. Modificaciones al Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio</p> <p>A menos de 5 años de que se cumpla el plazo establecido para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hay avances que vale la pena destacar. Colombia ha logrado anticipadamente cumplir las metas de cobertura bruta en educación básica, de vacunación de triple viral, la atención institucional del parto, la eliminación del consumo de sustancias que agotan la capa de ozono (SAO), entre otras. Por otra parte, se cuenta con un importante avance (porcentaje de logro de la meta prevista) en el cumplimiento de otros indicadores, como porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (73%); prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años (87%); la reducción de los casos de mortalidad por malaria (90%); y cobertura en saneamiento básico rural (86%), que permitirán alcanzar la meta establecida para el 2015. Sin embargo, el grado de cumplimiento en el avance de indicadores como: cobertura bruta en educación media (65%), años promedio de estudio (población entre 15-24 años) (57%), mortalidad materna (68%), adolescentes que han sido madres o están en embarazadas (0%), mortalidad de cáncer de cuello uterino (57%), porcentaje de personas en pobreza (33%), porcentaje de personas en pobreza extrema (34%) y reducción de hogares urbanos en asentamientos precarios - con respecto a la meta fijada a 2020- (30%), probablemente no alcancen la meta prevista, pero imponen un reto al país para realizar más esfuerzos en dicho propósito. La modificación al documento CONPES Social 91 de 2005, tiene el propósito de formalizar por parte del CONPES Social, conforme a lo previsto en la Declaración del Milenio, los compromisos del gobierno que derivan de la actualización, para algunos indicadores, de sus líneas de base y las metas correspondientes.</p>	Terminado 2011	<p>República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política.</p> <p>http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=rSQAQZqBj0Y%3D&tabid=1235</p>
Documentos de Planeación y Política	<p>Evaluación y Propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano y Acuerdo 415 de 2009</p> <p>Este documento es un diagnóstico riguroso, exhaustivo y participativo de la problemática y de los éxitos que ha tenido la operación del Régimen Subsidiado en Colombia. Uno de los objetivos inmediatos de este estudio era la construcción de un acto administrativo que recogiera los elementos diagnosticados y los convirtiera en decisiones para mejorar la operación. El Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) es el acto administrativo resultado de este proceso y el presente libro es el documento técnico que permitió su construcción.</p> <p>La evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado colombiano fue un proceso en el que participaron diferentes actores. Producto de este trabajo conjunto se identificaron siete procesos fundamentales objeto de intervención: selección de beneficiarios, afiliación, contratación, gestión y flujo financiero, gestión y flujo de información, regionalización y estructura de mercado, capacidad de respuesta de las entidades territoriales.</p>	Terminado 2009	<p>Ministerio de la Protección Social</p> <p>Liz Garavito, Jose Soto</p> <p>http://www.assosalud.com/docs/2010/Evaluacion%20y%20propuesta%20de%20ajuste%20a%20la%20operacion%20del%20Régimen%20Subsidiado.pdf</p>

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Documentos de Planeación y Política	<p>Plan Nacional de Salud Pública 2007</p> <p>El Plan Nacional de Salud Pública establece las estrategias y metas que deberán ser cumplidas por la Nación, entidades territoriales e instituciones promotoras y prestadoras de los servicios de salud. Esta política busca definir la política pública que mejore las condiciones de salud de los colombianos para lo cual ha propuesto los siguientes objetivos: (i) mejorar la salud de los colombianos; (ii) evitar los factores adversos a la enfermedad; (iii) hacer frente a los retos del envejecimiento de la transición poblacional; y (iv) disminuir la inequidad en salud en Colombia.</p>	Terminado 2007	<p>Ministerio de la Protección Social Decreto número 3039 de 2007 (Agosto de 2007) Plan Nacional de Salud Pública Decreto número 3039 de 2007</p>
Análisis del sistema de Salud Colombiano	<p><i>Understanding Consumer Preferences in the Context of Managed Competition: Evidence from a Choice Experiment in Colombia</i></p> <p>Este es una investigación que consistió en indagar las preferencias de los consumidores de seguros de salud en Colombia, de acuerdo a características demográficas y situaciones de salud. Sobre una muestra de 109 individuos no asegurados y 133 asegurados de bajos ingresos, se realizó la investigación sobre seis características de los seguros de salud: calidad, gastos de bolsillo, cobertura de enfermedad crónica, calidad de la atención, cobertura de la familia e incapacidades. Los consumidores valoraron la cobertura de la familia como el atributo más importante.</p> <p>Como conclusión, el estudio señala que los hacedores de políticas podrían aumentar el aseguramiento por medio de inscripciones al régimen subsidiado, ofreciendo cobertura familiar y ampliando los beneficios sobre las condiciones crónicas.</p>	Terminado 2012	<p>Antonio Trujillo, Fernando Ruiz, John Bridges, Jeannette Amaya, Christein</p> <p>Applied Health Economics & Health Policy: 1 March 2012 - Volume 10 - Issue 2 - pp 99-111 Original Research Articles</p>
Análisis del sistema de Salud Colombiano	<p>La salud en Colombia: Logros, Retos y Recomendaciones– Universidad de los Andes</p> <p>Capítulo 3. Avances y Retrocesos en la Salud de los Colombianos en las Últimas Décadas</p> <p>En este capítulo se presentan algunos indicadores y su evolución para acercarnos hacia la mirada de lo que puede ser el estado de salud de la población colombiana y las diferencias existentes por departamentos, porque si bien el país en su consolidado se encuentra, en general, con tendencia positiva hacia un mejor estado de salud, las diferencias por departamento son gigantescas y denotan las inequidades que pueden existir entre los habitantes de una u otra región.</p> <p>Capítulo 7. La Arquitectura Institucional del Sistema de Salud Colombiano: una mirada a la Ley 100 y normas posteriores</p> <p>Este capítulo tiene dos objetivos: 1) identificar e ilustrar la arquitectura institucional del sistema de salud planteada por la Ley 100 y analizar su evolución con base en desarrollos normativos posteriores. Para poder realizar esta lectura presentamos un marco analítico y una propuesta metodológica que nos permite integrar los diferentes elementos constitutivos del sistema de salud, analizar las relaciones entre ellos, ubicar y organizar las propuestas provenientes de los desarrollos normativos. 2) ilustrar a través de un problema particular de salud como es la diabetes, la trayectoria particular a lo largo de esta arquitectura institucional para mostrar la importancia de plantear los problemas de forma integral por condiciones de salud y no de forma fragmentada por problemas de política pública. Este capítulo no pretende hacer un balance de las</p>	Terminado 2012	<p>María Luisa Latorre Castro, Samuel David Barbosa Ardila</p> <p>Tatiana Andia Rey, Juan Manuel González Scobie</p>

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
	información desarrollados por otros países. Finalmente, con los resultados obtenidos en los puntos anteriores se formularán recomendaciones para el desarrollo futuro de los sistemas de información de salud en el país.		
Análisis del sistema de Salud Colombiano	<p>Luces y Sombras de las Reforma de la Salud en Colombia: Ley 100 de 1993.</p> <p>Es una presentación de los hallazgos de una revisión sistemática de la literatura sobre el desempeño de la reforma colombiana de la salud realizado conjuntamente por la Asociación Colombiana de la Salud (Assalud) y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario, entre 2004 y 2008. Dada la complejidad del tema objeto de revisión y la multiplicidad de metodologías empleadas en los diversos estudios, se adoptó la “síntesis narrativa” como la metodología a ser utilizada. El panorama que se presenta a partir de los 101 estudios revisados muestra una situación en la cual se manifiestan problemas en el acceso a los servicios de salud de la población asegurada, existencia de inequidades en el acceso entre los diferentes regímenes de aseguramiento y serios problemas en la equidad de los resultados y la calidad de los servicios.</p>	Terminado 2010	<p>Universidad del Rosario, IDRC</p> <p>Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I</p>
Análisis del sistema de Salud Colombiano	<p><i>Providing Health Insurance For All: The Colombian Experience</i></p> <p>El caso de Colombia, ofrece una oportunidad única para reunir pruebas sobre uno de los temas más debatidos del sector salud, la cobertura Universal. Los resultados de tres estudios de evaluación del impacto de seguro universal de salud en Colombia (Giedion, Díaz y Alonso, 2007a y 2007b; Flórez, Giedion y Pardo, 2007), muestran que ha aumentado significativamente el acceso y la utilización de los servicios de salud, incluso aquellos que son gratuitos, y redujo la incidencia de gasto catastrófico en los hogares. El impacto ha sido más notorio entre los más vulnerables, las personas que viven en el área rural, los más pobres y los trabajadores independientes-</p>	Terminado 2009	<p><i>Health Affairs</i></p> <p><i>Manuscript ID: 2008-0375.R1</i></p>
Análisis del sistema de Salud Colombiano	<p><i>How much health can subsidized health insurance buy for the poor? The case of Colombia</i></p> <p>El estudio realiza estimaciones sobre el impacto del seguro de salud en las mejoras en el acceso a los servicios, bajo un método para analizar el impacto indirecto de los seguros en el estado de salud en Colombia. Este estudio utiliza la información de la Encuesta Nacional de Salud de 2007 (NHS2007) y la Encuesta Demográfica de Salud 2005 (DHS2005) y estima el número de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) ganado por el seguro medido por la mejora en el acceso al tratamiento para la inmunización en los niños y el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) en adultos.</p>	Terminado 2009	<p>María Luisa Escobar Ursula Giedion Diana Pinto Yadira Díaz</p>
Análisis del sistema de Salud Colombiano	<p><i>From Few to Many Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia</i></p> <p>En este libro se encuentran análisis desde un punto de vista empírico de los logros de Colombia. También identifica los desafíos para el futuro en las áreas de financiamiento, salud pública, paquetes de beneficios y dirección de hospitales, reconociendo que la reforma del sistema de salud es un proceso permanente que requiere de una evaluación continua, aprendizaje y ajuste.</p>	Terminado 2009	<p>Amanda Glassman, María-Luisa Escobar, Antonia Giuffrida, Ursula Giedion.</p> <p><i>BID- Brookings Institution</i></p> <p>http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35026183</p>

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Morbilidad y Carga de Enfermedad	<p>Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia</p> <p>Objetivo. Caracterizar la morbilidad de la población colombiana según causas diagnósticas, género, edad, región y régimen de cobertura en salud, evaluando al mismo tiempo la disponibilidad y la calidad de la información sobre enfermedades en el país. Estudio de tipo descriptivo, transversal, que analiza la morbilidad atendida en consulta externa, hospitalización y urgencias en Colombia durante el quinquenio 2004–2008. Se utilizaron los “Registros individuales de prestación de servicios” (RIPS) de Colombia, clasificándose los diagnósticos según los grupos de causas definidos por la Organización Mundial de la Salud. Cada grupo de causas para utilización de servicios se discriminó por región geográfica, género y régimen de afiliación al sistema de salud.</p> <p>Resultados. Los diagnósticos de enfermedades transmisibles se encontraron más concentrados en los grupos de edades inferiores, mientras que las no transmisibles fueron más frecuentes en los grupos etarios superiores. Las externalidades (accidentes, lesiones autoinfligidas y violencia) fueron una causa importante de morbilidad y afectaron con más fuerza a la población de entre 5 y 44 años de edad. Las patologías transmisibles fueron más prevalentes en mujeres (39,98%) que en hombres (28%), en tanto que los hombres se vieron más afectados por las externalidades que las mujeres (18,5% y 7,3%, respectivamente).</p> <p>Conclusiones. Si bien en Colombia han aumentado las enfermedades no transmisibles, las infecciones siguen teniendo una presencia relevante en todos los grupos de edad y escenarios de prestación de servicios de salud. Tal situación exige revisar las políticas sanitarias para orientarla no solo a mejorar la salud de la población, sino también a reducir la brecha de servicios que existe entre las diferentes regiones del país. Por otro lado, aun cuando los RIPS constituyen una valiosa fuente de datos sanitarios, es preciso fortalecerlos con el propósito de lograr una cobertura de información que abarque a toda o, por lo menos, a la gran mayoría de la población colombiana.</p>	Terminado 2012	<p>Bernal O; Forero JC; Villamil MP; Pinto R</p> <p>Rev Panam Salud Pública. 2012; 31(3):181–7.</p>
Morbilidad y Carga de Enfermedad	<p><i>Comprehensive evaluation of cervical screening programs: the case of Colombia.</i></p> <p>Objetivo. Identificar factores críticos para reducir la mortalidad por cáncer cervical en Colombia. Material y métodos. Se evaluó cobertura, calidad y seguimiento del tamizaje en cuatro departamentos con tasas de mortalidad diferenciales. Conclusiones. Reducir visitas entre tamizaje y tratamiento es prioritario ante el bajo acceso a los servicios. Incrementar calidad es prioritario si hay adecuado acceso al tamizaje. Intervenciones y tecnologías apropiadas a cada contexto son indispensables para obtener mejores resultados. Vigilar integralmente el cáncer invasor contribuye a la evaluación de los programas por ser un desenlace más temprano que la mortalidad.</p>	Terminado 2011	<p>Murillo R, Wiesner C, Cendales R, Piñeros M, Tovar S.</p> <p>Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(6):469-477</p> <p>http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002664</p>

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Morbilidad y Carga de Enfermedad	<p>Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de la Protección Social. 2011</p> <p>Compilación de estadísticas e indicadores del sector salud que cada año publica el Ministerio de Protección Social.</p>	Terminado 2011	<p>Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud</p> <p>http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx</p>
Morbilidad y Carga de Enfermedad	<p>Carga de la Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados</p> <p>El estudio fue realizado tomando como base los años de vida ajustados por discapacidad AVISA, que permite estimar la carga de la enfermedad por las diferentes enfermedades, en los años vividos con discapacidad y años perdidos por muerte. El estudio realizado identificó que la carga global de la enfermedad en Colombia, para el 2005 fue de 280 AVISAS por cada mil habitantes, de las cuales 207 por mil personas corresponden a AVISAS por discapacidad y 73 a AVISAS de mortalidad. Entre otros de los datos del estudio se encontró que el 76% de la carga de la enfermedad según AVISA corresponde a enfermedades crónicas no transmisibles, en el caso de las mujeres representan el 81 % y en el caso de los hombres el 72%.</p> <p>Entre las primeras causas según AVISAS por cada 1.000 personas para hombres y mujeres de todas las edades se encuentran: cardiopatía hipertensiva, depresión mayor unipolar, caries dental, asfixia y trauma al cáncer, agresiones, bajo peso al nacer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, glaucoma, y cardiopatía isquémica.</p>	Terminado Agosto 2008	<p>Carga de la Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados</p> <p>Documento Técnico ASS/1502-08</p> <p>Bogotá, octubre de 2008</p> <p>http://www.cendex.org.co/GPE/S/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf</p>

Confidential