

LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS) Y EL ROL DE LAS EPS

BERNARDO USECHE ALDANA

PhD

*A la memoria de
Rosa Elvira Cely,
Camila Abuabara y
Rubiela Chivará*

*A pesar de lo que afirma el gobierno, la nueva política de salud, mantiene y refuerza las falencias de la anterior en la cual las EPS son las entidades rectoras en un sistema de aseguramiento que busca ganancias más que salud. **DESLINDE***

Con la Resolución 0429 del 17 de febrero de 2016 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud” (PAIS), Juan Manuel Santos y su Ministro de Salud Alejandro Gaviria culminaron, sin ser debatido en el congreso, un proceso de reforma que mantiene intacto el sistema de aseguramiento introducido con la Ley 100 de 1993 y consolida el papel de las com-

pañías aseguradoras (EPS) ahora denominadas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Según el gobierno, la PAIS complementa la Ley Estatutaria de Salud (la cual en concepto del Ministerio de Salud es compatible con el sistema de aseguramiento) y desarrolla los artículos sobre salud consignados en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD A LA MEDIDA DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS

En primera instancia, el propósito central del Ministerio de Salud con la Resolución 0429 que estableció la nueva política y su Modelo Integrado de Atención en Salud (MIAS) fue dar piso jurídico al reordenamiento del sistema de salud convenido con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) mediante el Proyecto: “Apoyo a la Reforma del Sistema General de Seguridad” (BID-2013_Proyecto CO-L1127). Ésta estrategia de sancionar mediante una Resolución lo que debió ser una ley, fue adoptada al no lograr el gobierno que se aprobara el proyecto de ley ordinaria de la salud presentado al Congreso de la República en el año 2013. La PAIS busca además reposicionar las desprestigiadas EPS y “recuperar la confianza pública en el sistema de salud...” deteriorada por la profunda crisis en que se encuentra y que ha llevado a que,

según la encuesta mensual de Gallup, más del 80% de los colombianos considere que el acceso y la calidad de la atención en salud empeoran cada día.

Pero sobretodo, aunque el ministerio soslaya el presentarlo de ésta manera, la PAIS y el MIAS son la estrategia central de los inversionistas del mundo financiero y las grandes compañías aseguradoras para reordenar en su beneficio el mercado de seguros de salud en Colombia. Todas las dimensiones y componentes de la política y de su modelo operativo apuntan a ese objetivo. Teniendo siempre en mente de qué manera el asegurador se beneficia en la PAIS y el MIAS: 1) se adapta el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) al modelo de aseguramiento; 2) se define el prestador primario como la puerta de entrada al sistema de salud; 3) se diferencian los terri-

torios del aseguramiento según áreas de población dispersa, rural o urbana; 4) se amplía y fortalece el concepto y los mecanismos de la gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS); 5) se definen las Rutas integrales de Atención en salud (RIAS) y 6) se prevé la coordinación y contratación de la prestación de servicios de salud en todos los niveles a través de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS para mencionar algunos de los principales componentes de la nueva política. Es también con ese criterio de mantener el predominio y beneficio de las compañías aseguradoras sobre los demás sectores del sistema de salud que el gobierno definió el Plan de Beneficios que debe complementar la PAIS/MIAS (Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016) y que ha iniciado la reglamentación de las exclusiones a dicho plan de beneficios.

LA NEGACIÓN DE LA CRISIS DE LA SALUD

El MIAS se formula como uno de los mecanismos para garantizar el equilibrio y el funcionamiento del sistema de aseguramiento dentro de la concepción del ministro de que no existe una crisis de la salud sino una crisis finan-

ciera cuya causa se reduce a que: “el sistema ha gastado más de lo que tiene y sigue gastando más de lo que tiene” (Gaviria, 11 de octubre 2016). A partir de noticias sobre el inminente colapso de los sistemas de salud en Canadá, Mé-

xico, Brasil, Puerto Rico, Chile e Inglaterra el Dr. Gaviria argumenta que esa crisis financiera tiene una dimensión global y dos causas fundamentales: “la presión tecnológica” y el hecho que “los sistemas de salud han desli-

gado el acceso de la capacidad de pago”.

En primer lugar, el ministro lo único que hace es partir de la política del Banco mundial y del viejo anhelo de economistas como Stan Liebowitz (1994) para quienes la única solución al incremento de los costos en los sistemas de salud es aumentar los gastos de bolsillo y ofrecer atención de acuerdo a la capacidad de pago de los ciudadanos. En segundo lugar, esta visión economicista de la crisis de la salud en Colombia que simplemente impone planes escritos por una “mano escondida” como denominara Albert Hirschman a las recetas económicas que ignoran los problemas reales, deja de lado que una rectoría autónoma del sistema de salud que privilegie los intereses de la nación sobre las ganancias de las compañías de seguros puede diseñar e implementar planes estratégicos para manejar la presión tecnológica y racionalizar su uso. De la misma manera, que un gobierno independiente puede desarrollar una política efectiva de control de precios de los medicamentos que vaya por razones de salud pública más allá de lo concertado con la gran industria farmacéutica.

Esta obstinación ideológica neoliberal en defender el modelo de aseguramiento y los



Camila Abuabara

intereses de las EPS conlleva una negación del fracaso de la Ley 100 en lo que debiera ser su misión de prevenir, promover y atender la salud y el bienestar físico y mental de la población. Ese fracaso está categóricamente demostrado, en primer lugar por los incontables testimonios de sufrimiento diario de miles de personas que no tienen acceso ni atención oportuna y apropiada a los servicios y por el cual los altos funcionarios del gobierno no han expresado la menor empatía. Casos tan dramáticos como los de Rosa Elvira Cely, Camila Abuabara y Rubiela Chivará, en Colombia no son una excepción.

La crisis del modelo de la Ley 100 se demuestra también con los indicadores de salud, los resulta-

dos de la investigación en distintas áreas de la salud pública, y la evidencia que proporcionan los mismos institutos del gobierno encargados de la vigilancia epidemiológica en el país. Según el Observatorio Nacional de Salud “Durante el periodo 1998-2011” el 53% de las muertes reportadas “... correspondieron a causas clasificadas como evitables”. “La muerte evitable se define como aquella muerte que dado los conocimientos médicos actuales y la tecnología, podría evitarse por el sistema de salud a través de prevención y/o tratamiento (sn)”. El que una de cada dos muertes se hubiera podido evitar es evidencia contundente del fracaso del actual sistema de aseguramiento en salud, realidad sobre la cual el gobierno nacional evade dar explicaciones.

El logro de la cobertura universal del sistema de aseguramiento que con frecuencia se cita para intentar demostrar las bondades de la Ley 100 contrasta abiertamente con la evidencia sobre que “El acceso a los servicios de salud diferentes a hospitalizaciones se redujo entre 1997 y 2012, a pesar

de los esfuerzos realizados para aumentar la cobertura del SGSSS colombiano”, y que “existe una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia que impide un acceso equitativo a la atención médica” (Ayala, 2014). De igual manera, se ha documentado con

estudios serios del Observatorio Nacional de Salud (ONS, 2015) que las inequidades (desigualdades injustas y evitables) en salud lejos de ser situaciones aisladas están estructuralmente asociadas con la inequidad socioeconómica en uno de los países con mayor desigualdad social del mundo.

EL NEGOCIO DE LA SALUD SE EXTIENDE A LA ATENCIÓN PRIMARIA

La Resolución 0429, en su artículo 2° establece que la Atención Primaria en Salud (APS) “con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones” es el fundamento y el marco estratégico de la PAIS. Este componente de APS que algunos interpretan como un gran avance en la política de salud gubernamental, devela su verdadero contenido a renglón seguido cuando en el documento se afirma que este enfoque: “permite la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública.” Es decir, el objetivo real es subordinar ahora la atención primaria al igual que ya lo están los demás niveles de atención y los servicios prestados por clínicas y hospitales al negocio de las EPS. En este sentido, la nueva política debe considerarse

un complemento del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en el que de forma precisa se le asigna a las EPS una función de rectoría e intermediación de los programas de prevención y promoción de la salud.

Como se enunciara en la Declaración de Alma Ata en 1978 y lo confirmara en el 2008, el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, no puede haber “salud para todos” si no se reducen las inequidades sociales y no se cuenta con la infraestructura sanitaria básica, agua potable, seguridad alimentaria, condiciones saludables de las viviendas, y demás condiciones sin las cuales la prevención y promoción de la salud de la población no dejarían de ser una ilusión, o en el peor de los casos simple demagogia. La atención primaria requiere también de la más amplia participación comu-

nitaria en el diseño e implementación de los programas de salud de tal manera que la elaboración de estrategias y programas de carácter nacional y local respeten y se nutran de los recursos y la cultura de los distintos grupos poblacionales y que las campañas masivas de prevención y promoción de la salud correspondan a las necesidades y armonicen con el sentir de los habitantes a quienes va dirigido. Al respecto, uno de los líderes mundiales con más experiencia en atención primaria, El Dr. Halfdan Mahler, afirmó: “pero esta participación comunitaria sólo funcionará si se tiene el apoyo del sistema de salud”. Ejemplos en este sentido son las políticas de atención primaria desarrolladas por decenas de años en países tan disímiles como Inglaterra y Cuba.

Por contraste, la APS que propuso y ha empezado a implementar el gobierno con el MIAS niega

todo lo anterior; es a lo sumo, una atención primaria del tipo que se ha denominado: “selectiva” cuyo propósito es mejorar algunos indicadores de salud mediante intervenciones evaluadas por su “costo-efectividad” o por la implementación de programas verticales. Esta modalidad de atención primaria se implementa manteniendo la fragmentación del sistema de salud; no contribuye de manera importante a mejorar los niveles generales de salud de la población del país, ni tiene en cuenta que se deben al mismo tiempo mejorar las condiciones socioeconómicas, ambientales y demás determinantes sociales de la salud (Magnusson, Ehiri,

and Jolly, 2004). Este modelo recortado de APS que se incluye en la PAIS es un verdadero contrasentido pues está diseñado para servir a un número reducido de compañías aseguradoras a las que se les allana el camino para convertirse en un oligopolio y a unas cuantas corporaciones que empiezan a invertir en grandes hospitales y clínicas con las que se pretende suplir la maltrecha red pública hospitalaria y cuyo “mercado emergente” lo constituye la clase media que horrorizada por las pésimas condiciones en que se atienden los enfermos, sacrifica las pocas comodidades que podría brindarle sus ingreso en aras de contar con medicina

prepagada o con una póliza de seguros de salud.

En la práctica, la nueva PAIS y el MIAS renuncian a planear e implementar programas reales y de impacto en atención primaria basados en acciones intersectoriales: vivienda, nutrición, empleo, y otros sectores fundamentales en la salud de las poblaciones; y en la amplia y democrática participación comunitaria. Por el contrario, el nuevo modelo entrega a las EPS la puerta de entrada a los demás niveles de atención del sistema, el cual queda ahora bajo el control casi total de las aseguradoras y demás agentes de la intermediación financiera.



Rosa Elvira Cely

LA GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO EL VERDADERO NÚCLEO DE LA PAIS

Tal como Campbell y sus colegas (2014) lo precisan: “Los esquemas de aseguramiento social en salud... tienen riesgos financieros y riesgos en salud. Estos dos tipos de riesgo en última instancia se reducen a los riesgos financieros”. En este sentido, en la PAIS el gobierno redefinió o mejor, repotenció “el rol del asegurador” y renovó para las compañías de seguros (EPS) su papel predominante en el conjunto del sistema de salud a través del fortalecimiento de la gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). En otras palabras, la atención y prestación de servicios en salud quedaron supeditadas a la gestión del riesgo financiero que calculan los actuarios de las EPS con el propósito de garantizar el máximo de ganancia por la vía de disminuir lo que tengan que pagar por servicios de salud de sus afiliados. En este contexto de procurar altas tasas de ganancia para las EPS se explica la preocupación del ministro Gaviria respecto al continuo aumento en los costos de la salud y su reclamo porque haya mayor gasto de bolsillo por parte de los pacientes.

Que la PAIS y el MIAS se focalizan en la gestión del riesgo financiero lo confirma ACEMI (2016),

la organización que representa a las EPS del contributivo: “El diseño de la política en su conjunto obedece en si misma a una concepción misma de gestión de riesgo ... En este sentido cada uno de los elementos de la PAIS obedecen a esa lógica: plantea un continuo desde el análisis de los riesgos que pueden afectar la salud individuales y colectivos, sectoriales y extrasectoriales...” (sn).

El aseguramiento y la gestión integral del riesgo son entonces el eje de los distintos componentes de la nueva política de atención en salud. Esto se puede observar en primer lugar en la forma como se ha abordado la implementación piloto del MIAS en un área de población dispersa como el Departamento del Guanía. Allí el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con el respaldo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha empezado a desarrollar un modelo en el que de antemano se elimina la competencia entre distintas EPS y se establece: “un único asegurador articulado e integrado con un prestador de servicios de salud de alta complejidad u hospital Universitario...” para atender una población de algo más de 40.000 habitantes (MSPS, 2015). En este modelo, al

estilo de las “Health Maintenance Organizations – HMO” en los Estados Unidos, se observa que la integración de una EPS con una IPS no solo facilita al asegurador único su gestión del riesgo financiero sino que valida la integración vertical que tantos problemas de corrupción ha generado en el pasado reciente, en casos por ejemplo como el de Saludcoop. De otra parte, al proponer esta modalidad del MIAS en el Guanía el ministerio de salud reconoce que: “El esquema también permite reducir costos al evitar multiplicar los costos administrativos que se generan cuando existen varias EPS compitiendo por una misma población”. Precisamente, éste ahorro por disminución de los enormes gastos en administración en que incurren las aseguradoras es uno de los argumentos de peso para eliminar su intermediación. En suma, el experimento de Guanía tiene como objeto determinar qué tan bueno es el negocio asegurador en extensos territorios poco densamente poblados, situación en la que existe evidencia en países como Nigeria (Campbell, 2014) donde se presentan problemas para la afiliación al sistema y obtener reaseguramiento, entre otros, por lo que se hacen necesarios continuos ajustes en la gestión del riesgo.

RUTAS Y REDES AL SERVICIO DEL ASEGURAMIENTO, NO DE LA POBLACIÓN

No hay duda sobre que el sistema de salud colombiano adolece de una gran fragmentación como tampoco existe duda que crear Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS es en principio la solución a ese problema. Sin embargo, y como se observa en la resolución del Ministerio de Salud correspondiente (MinSalud, 2016) con la PAIS y el MIAS se le otorgan a las EPS funciones de diseño, organización, gestión, operación, seguimiento y evaluación de las redes; mientras que a las IPS se les asigna como función: “Suscribir acuerdos de voluntades con EPS, según corresponda en cada caso” y “Desarrollar las acciones necesarias y suficientes para garantizar el cumplimiento de los compromisos contractuales establecidos con las EPS...” Es decir, el gobierno concibe las RIPSS como entes administrativos en los cuales predominan los intereses de las EPS sobre las IPS con todo lo que esto implica en lo que respecta a “Planeación y gestión de la prestación de los servicios de salud”, “Mecanismos de contratación” y demás aspectos que se definen en el “Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud” (MinSalud, 2017).

La función de las Entidades Territoriales de Salud queda limitada a la verificación de los requisitos y trámites establecidos para que las EPS habiliten las RIPSS ante cada Dirección Departamental o Distrital y así las redes puedan operar. Lo más grave en este sentido es que según la PAIS: “El asegurador debe actuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud...” O lo que es lo mismo, los planes territoriales terminarán por ajustarse a los intereses de las EPS y el papel del Estado, cumpliendo con el viejo propósito de la Ley 100, queda reducido al de facilitador del modelo de negocios con la salud de las compañías aseguradoras en el territorio donde operan.

La PAIS establece también las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS las cuales se definen en el correspondiente Manual Metodológico y se reglamentan en la Resolución 3202 de 2016. En teoría, las rutas de atención son la estrategia perfecta para atender las necesidades de la población pues deben implementarse teniendo en cuenta los análisis de la situación de salud y los grupos de riesgo previamente identificados por las EPS. En la práctica, y como lo aclara el Ministerio

de Salud, de lo que se trata con la implementación de las RIAS es de lograr una “...modulación de la demanda a través de la gestión del riesgo en salud” mediante programas de manejo de enfermedad o “disease management”.

La modalidad predominante en países como Estados Unidos de estos programas de manejo de la enfermedad es aquella en que se asocian con componentes de atención primaria y se implementan a través de redes en las que se integran el asegurador y el prestador de servicios, tal como se presenta en HMOs como “Kaiser Permanente” por ejemplo, de donde bien habría podido haberse tomado el modelo. En suma, las rutas de atención propuestas por el gobierno tanto para la prevención o la promoción de la salud como para el manejo de enfermedades transmisibles y crónicas son un mecanismo empleado por las aseguradoras para “...la resolución del riesgo financiero a partir de la intervención del riesgo en salud de acuerdo con procesos regulados...” En este sentido, las rutas que deben ser adoptadas, adaptadas e implementadas por las EPS facilitan la estandarización de las fases de tratamiento, los procedimientos y las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales. Todo lo

cual facilita a las EPS implementar estrategias de negocio de acuerdo

con sus intereses de lucro y justificar la solicitud de aumentos en el

monto anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

PLAN DE BENEFICIOS, ¿PARA QUIÉN?

En los sistemas de aseguramiento, un plan de beneficios claramente delimitado y restringido es fundamental. De una parte, permite calcular el riesgo financiero y maximizar las ganancias que obtienen las EPS por la intermediación entre la financiación y la prestación de servicios; de otra parte, las exclusiones al plan crean distintos segmentos de mercado para las aseguradoras pues aunque la cobertura del aseguramiento es universal, la cobertura de la atención no lo es y el sistema de aseguramiento está diseñado para pagar los servicios que no se incluyan en el plan con gasto del bolsillo del paciente. El gobierno ha insistido en que este gasto debe aumentar pues actualmente solo corresponde alrededor del 15% del gasto en salud y es uno de los más bajos del continente. Igualmente, para J.M. Santos y su Ministro de Salud no es aceptable que sea de fondos públicos que se estén pagando las nuevas tecnologías de salud a través de lo que se denominó el NO-POS.

La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) declaró la salud como un derecho fundamental y definió varios criterios para

las exclusiones al nuevo plan de beneficios. El gobierno a su vez incluyó en el Plan de Desarrollo 2014-2018 en su artículo 72 una norma que le otorga al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) la función de evaluar medicamentos y tecnologías de la salud. El ministerio de salud ha empezado a aplicar ese artículo para decidir “qué se cubre y qué no se cubre y de qué manera se paga (diferencialmente) por lo cubierto” (Alejandro Gaviria, 2017). Las nuevas normas simplemente reemplazan, bajo nuevos conceptos, la diferenciación entre Plan Obligatorio de Salud (POS) y el No-POS por “Protección Colectiva” y “Protección Individual”. Las prestaciones de salud consideradas Protección Individual en la que se incluyen las tecnologías y los medicamentos más nuevos y costosos se tramitan a través de un software diseñado por el Ministerio de Salud denominado “Mi Prescripción” o Mipres que debe ser diligenciado por el médico en el momento de la consulta y que debe surtir un trámite para su aprobación. Si a esto se suma que uno de los criterios de exclusión de prestaciones de salud definidos por la Ley Estatutaria es

el de los productos que no hayan sido aprobados por la autoridad sanitaria competente, en este caso el INVIMA, se puede concluir que, no obstante haber desarrollado el ministerio una mayor racionalización para justificarla, se mantiene la diferenciación entre un plan de beneficios básico o restringido cubierto por el aseguramiento y otro plan de beneficios que deberá ser cubierto con gasto de bolsillo. En la vida real, el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley Estatutaria se reduce a las prestaciones incluidas en el plan básico. En un análisis del Banco Interamericano de Desarrollo sobre los planes de beneficios en América Latina (IDB, 2014) en que se estudia en particular el caso de Colombia se recomienda descartar “La ilusión de que cualquier cosa clínicamente eficaz tiene el potencial de ser financiada, y la idea de que la autonomía médica no está restringida”. Este criterio se ve bien reflejado en las palabras del Ministro Alejandro Gaviria cuando advierte que: “El sistema no puede pagar por todo lo nuevo” y que “el médico tiene una doble responsabilidad, a saber, con su paciente y con los recursos del sistema”

CONCLUSIÓN

La nueva Política de Atención Integral en Salud – PAIS reorganiza el mercado de los seguros de salud en el país y refuerza el papel dominante de las compañías aseguradoras o EPS en el sistema. Todos y cada uno de los componentes del Modelo Integrado de Atención en Salud (MIAS) se organizan en torno a la optimización de la gestión del riesgo financiero con el objetivo de maximizar las ganancias en el negocio con la salud de los colombianos y acelerar el proceso de inversión extranjera en el sector, la monopolización de la aseguradoras y de integración vertical con instituciones prestadoras de servicios. En consecuencia, se afectarán aún más los intereses de la inmensa mayoría de clínicas y hospitales públicos y privados, los médicos y demás personal de salud y sobre todo de la población. La adopción y adaptación de modelos avanzados de gestión en salud como la atención primaria, las rutas de atención y las redes

de prestación de servicios terminarán por favorecer los intereses de los grandes inversionistas y de las compañías aseguradoras. Se requiere de una transformación de fondo del sistema de salud en varias fases para superar la crisis de la salud y el fracaso de la Ley 100. La primera fase de transición podría orientarse a establecer un pagador único (sin aseguramiento) para la red pública hospitalaria que atiende actualmente a los afiliados al régimen subsidiado y a convertir a las actuales EPS en administradoras del régimen contributivo (es diferente la administración del aseguramiento) y en IPS privadas que presten atención de calidad. Podría haber espacio para el aseguramiento privado en algunos sectores y explícitamente se apoyaría el crecimiento de clínicas y hospitales privados. La atención primaria se enfocaría en el espíritu de Alma Ata y se eliminaría la tercerización para los empleados y trabajadores de la salud. La evidencia más contundente de que un

modelo sin aseguramiento es posible en Colombia y de los enormes resultados positivos sobre la salud de sus afiliados es el sistema de salud vigente en Ecopetrol. Con base en datos epidemiológicos aportados por la empresa, los trabajadores pudieron demostrar que su sistema de salud sin EPS evita las muertes evitables que ocurren en el sistema general de salud basado en la ley 100 y que la expectativa de vida de los trabajadores es mucho mayor a la de la población colombiana (USO, 2016). Finalmente, hay consenso en los distintos sectores interesados en solucionar la crisis de la salud en que el análisis y la discusión sobre la naturaleza y las características de esta reforma de la salud deben hacer parte de los debates electorales para elegir Presidente de la República en el año 2018. Esta reforma únicamente es posible en un gobierno que rompa radicalmente con la trayectoria de los presidentes de la Ley 100 y el modelo de aseguramiento en salud. **D**

REFERENCIAS

- ACEMI OPINA. La política de atención integral en salud. Position paper. Acemi, 4 de Marzo de 2016. <http://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/10-actualidad/comunicados/743-la-politica-de-atencion-integral-en-salud>
- Ayala, J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. No 204. Banco de la República – CEER – Cartagena: Julio 2014 http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
- Campbell PC, Korie PC, Nnaji FC. Risk management assessment of Health Maintenance Organisations participating in the National Health Insurance Scheme. Nigerian Medical Journal : Journal of the Nigeria Medical Association. 2014;55(5):399-405. doi:10.4103/0300-1652.140380. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4178337/>

- Corzo, A., Gómez, D. Presentación Propuesta para mantener, mejorar y fortalecer el sistema de salud actual de Ecopetrol. USO Bogotá 6 de septiembre 2016.
http://usofrenteobrero.org/pdf/varios/2016/propuesta_uso_salud_ecopetrol_29septiembre2016.pdf
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/6to-informe-ons.pdf>
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Pagina. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>
- Inter-American Development Bank. Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Ignez Tristao, Editors. Health Benefit Plans in Latin America. IDB, May 2014. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Health-Benefit-Plans.pdf>
- Magnusson, L., Ehiri J., and Jolly P. Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy. *Health Affairs*, 23, no.3 (2004):167-176.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas. Departamento de Guainía. MinSalud, Noviembre de 2015. http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/Modelo_de_Atencion_Integral.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud Para las Entidades Departamentales y Distritales de salud”. MinSalud, Bogotá D.C. – Enero de 2017. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-habilitacion-redes-dts.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. MinSalud 21 abril 2016. <http://achc.org.co/documentos/prensa/res-1441-16%20habilitacion%20redes%20integradas%20ips.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. MinSalud. 25 de julio 2016. <http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/resolucion-3202-de-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. MinSalud. 17 febrero 2016. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. MinSalud. Bogotá D.C., Enero de 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 de 2016. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). MinSalud. 26 de diciembre de 2016. <http://achc.org.co/documentos/prensa/resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf>