

**LA CRISIS FINANCIERA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA DESDE EL AÑO
2009 HASTA EL AÑO 2021**

CRISIS IN THE HEALTH SECTOR IN COLOMBIA 2009 FROM THE YEAR 2009 TO THE
YEAR 2021

Henry Andrés Potes Mosquera.*
Anyi Yesenia Portocarrero Granja. †
David Esteban Jaramillo Guerrero. ‡

Artículo de Revisión Bibliográfica para Optar el Título de Especialista en Gerencia Financiera

Director
Vladimir Nova Rodríguez

Fundación Universitaria del Área Andina
Especialización en Gerencia Financiera
Bogotá D.C., octubre de 2022

* Administrador de Empresas, Universidad Tecnológica Del Chocó “Diego Luis Córdoba, Quibdó - Colombia, hpotes@estudiantes.areandina.edu.co

† Contador Público, Fundación Universitaria San Martín, Bogotá - Colombia, aportocarrero2@estudiante.areandina

‡ Contador Público, Corporación Universitaria Autónoma de Nariño, Pasto - Colombia, djaramillo32@estudiantes.areandina.edu.co

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo identificar las causas e impactos que ha generado la crisis financiera del sector salud en Colombia durante los años 2009 a 2021, lo anterior con el fin de ofrecer una perspectiva amplia y objetiva en base a las investigaciones realizadas de diferentes expositores que opinan sobre la situación actual que atraviesa nuestro país. Se realiza un análisis desde años anteriores de las causas que dieron origen a la crisis financiera, se examina el contexto financiero, las condiciones de salud establecidas por el Estado Colombiano, se realiza una comparación de los sistemas de salud de España y Chile, y se identifican los aciertos o desaciertos de las medidas implementadas por el gobierno en pro de mejorar la situación de insolvencia del sistema. Finalmente se presenta una opinión de sus autores en referente a lo que se debería hacer por el Gobierno para mejorar la situación financiera del sistema de salud.

Palabras Claves Empresas Promotoras de Salud (EPS), No Pos, Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), Techos Presupuestales, Giro Directo.

Abstract

The objective of this article is to identify the causes and impacts generated by the financial crisis in the health sector in Colombia during the years 2009 to 2021, in order to offer a broad and objective perspective based on the research carried out by different exhibitors. who think about the current situation that our country is going through. An analysis is carried out from previous years of the causes that gave rise to the financial crisis, the financial context is examined, the health conditions established by the Colombian State, a comparison of the health systems in Spain and Chile, and the successes or failures of the measures implemented by the government in favor of improving the system's insolvency situation are identified. Finally, an opinion of its authors is presented regarding what should be done by the Government to improve the financial situation of the health system.

Key words Health Promoting Companies, no mandatory health plan, contributory regime, Subsidized regime, Solidarity and Guarantee Fund, Administrator of the Resources of the General System of Social Security in Health, Budget Ceilings, Direct turn.

Introducción

Actualmente Colombia atraviesa una crisis financiera en su sistema de salud, debido al insolvencia que están mostrando en sus estados financieros la gran mayoría de los actores que participan en los procedimientos que tienen por objetivo el aseguramiento y la atención en salud de la población humana.

En este sentido, se están presentado consecuencias como lo es el desmejoramiento de la atención a los usuarios, lo que ha conllevado a las personas a efectuar largos y traumáticos tiempos de espera, para que sean atendidas sus dolencias. Debido a esto, la población colombiana se visto obligada a exigir a que se reconozca su derecho a la salud a través de la radicación de tutelas ante los organismos judiciales.

Esta situación ha llevado a agudizar la crisis financiera debido a la pasividad que ha tenido el gobierno colombiano en la ejecución de planes de acción que coadyuven al mejoramiento de esta situación.

Dado lo anterior, el presente artículo de revisión bibliográfica es elaborado con el objetivo de identificar las posibles causas que han conllevado a la evolución e incremento de la crisis financiera por la cual está atravesando Colombia y así mismo se plantea una serie de posibles soluciones para enfrentar esta situación.

Descripción del Problema

El estado colombiano a partir del año 1993 modifico a través de la ley 100 su régimen de seguridad social en salud, en cual, paso la responsabilidad del aseguramiento de la población civil a las entidades promotoras de salud (EPS). Así mismo se crearon dos regímenes para la atención de los servicios, uno de ellos el régimen contributivo centrado en la población con capacidad de pago y el régimen subsidiado para la población vulnerable.

Este modelo ha venido presenciando una crisis financiera desde el año 2009 cuando el gobierno estimo un déficit en cerca de \$885 mil millones, debido al aumento considerable del número de tutelas y de comités técnicos científicos por la negación en la prestación de servicios no incluidos en el POS. El mayor impacto de la crisis financiera se presentó en el año 2010 cuando la corte constitucional mediante sentencia C-463 obligo al FOSYGA a cancelar la totalidad de la cartera por cobros de eventos No POS pertenecientes al régimen contributivo. Para el caso del régimen subsidiado, esta sentencia determino que la cartera debía ser canceladas por las administraciones departamentales, lo cual afecto considerablemente las finanzas públicas territoriales dado que estos pasivos no contaban con un respaldo presupuestal y por ende se convirtieron en un déficit constante en estas instituciones.

Para el año 2011 los departamentos cerraron con unos estados financieros con déficit en los rubros de prestación de servicios de salud, los cuales ascendían aproximadamente a \$591 mil millones. De este valor el 84% correspondía al pago de cartera de facturación de prestación de servicios de salud sin respaldo presupuestal y el 16% restante correspondía a la cartera de cobros corrientes.

Con la sentencia de la corte constitucional T-760 se ordena la homologación de los planes de beneficios de salud y en este escenario se presentaron situaciones de fraude debido a los incentivos que estaban dando a los usuarios del régimen contributivo para que pasen al régimen subsidiado y así obtener ahorros salariales con la misma prestación de los servicios de salud. Esta situación genero un desfinanciamiento del régimen subsidiado teniendo en cuenta que las contribuciones del régimen contributivo disminuyeron y por ende los recursos provenientes de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Concluyendo así la definición del problema

Causas

Se puede inferir que la principal causa de la crisis financiera del sector salud en Colombia es el incremento acelerado de tutelas, generado por las negaciones de los servicios no incluidos en el POS y los cuales no contaban con una partida presupuestal. Esto afectó sosteniblemente los recursos del FOSYGA y de las entidades territoriales.

En segundo lugar, se determina que otro factor determinante en esta crisis es la no homologación del valor de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, ya que, dada la sentencia T-760 el Estado comenzó a homologar los servicios y medicamentos entre regímenes, mas no su valor reconocido a las EPS.

Finalmente, otro factor causante de la crisis financiera del sistema es la ausencia de políticas claras con relación a los precios, es decir como Colombia compra los medicamentos a las farmacéuticas internacionales, causa que genera incertidumbre e interrogante porque no se ha justificado que el precio de un medicamento facturado para Colombia cueste cinco veces más, que a lo que se factura a otros países cercanos.

Efectos

Debido al cambio en el modelo de la prestación de servicios de salud en Colombia reglamentada por la ley 100 de 1993, en donde se pasa la responsabilidad del aseguramiento de la población civil a las EPS, se han presentado una serie de acontecimientos y de causas que han desenfrenado una crisis financiera del sector salud. Esto a consecuencia de las grandes deudas del FOSYGA con las EPS y con los prestadores, así como también de la EPS con los hospitales e IPS.

Por lo anterior, se hace necesario que el Estado Colombiano opte por crear algún tipo de copago para la prestación de servicios de evento no POS o que presupueste nuevos recursos, que pueden financiarse de los impuestos existentes o de nuevos impuestos, aumentar los montos de las cotizaciones, o que se disminuya el valor presupuestado a otro sector y se lo aumente al de salud. Es claro que si queremos cumplir lo que dice la Ley Estatutaria y lo que han venido indicando en la Corte Constitucional y en las tutelas de los jueces, no hay recursos disponibles suficientes y de alguna parte tendrán que aparecer nuevos recursos.

La falta de recurso por parte del gobierno, ha desencadenado una serie de efectos como es la insolvencia en la parte financiera de todos los actores del sistema, lo que ha llevado a la quiebra de múltiples hospitales, instituciones prestadoras de salud y a la intervención y posterior liquidación de varias EPS.

En consecuencia, esto ha repercutido en la negación de los servicios de salud y por ende al desmejoramiento del estado de salud de la población colombiana.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las principales variables que agudizan la crisis financiera del sector salud en Colombia durante el año 2009 hasta el año 2021.

Objetivos Específicos

Analizar el impacto que genera la crisis financiera del sector salud de Colombia durante los años 2009 a 2021.

Describir de las condiciones de salud establecidas en Colombia desde el año 2009 hasta el 2021.

Comparar los sistemas de salud de España y Chile con el fin de identificar el modelo de financiación en estos países con Colombia.

Identificar las ventajas y desventajas de las decisiones que ha establecido el Estado para la preservación y recuperación financiera del sector salud durante los años 2009 a 2021.

Justificación

El primer acercamiento que nos llevó a adelantar la indagación de la causa sobre la crisis financiera en el sector salud, corresponde a que observamos un incremento significativo en el número de demandas presentadas ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, por parte de las EPS en Colombia desde el año 2009, las cuales pretenden por vía del medio de control de reparación directa que se declare a la Nación – Ministerio de Salud responsable patrimonialmente, por el no reconocimiento de los gastos médicos y hospitalarios en que incurren esas entidades en cumplimiento de fallos de acciones de tutela o bien en recobros por medicamentos no incluidos en el POS y actas de comité técnico científico.

Se reflexiona que la verdadera crisis está por llegar. ¿para qué es importante conocer sobre los antecedentes de las dificultades del sector salud. Es significativo estar al tanto para saber que pasara y que nos depara el destino, lo que hay en el momento son muchas dificultades, principalmente de los llamados actores, los hospitales y las EPS que son los que han tenido que soportarlas, más que todo de tipo económico. También hay una falta de reglas claras. Como efecto, la población, los pacientes, terminan afectados. Primero con unas dificultades en el acceso, que no es oportuno, integral ni continuo. Segundo, con unos servicios que no son de óptima calidad.

El presente artículo se realiza con el fin de demostrar una línea de tiempo, identificando los acontecimientos importantes que generaron la crisis del sector salud y que nos afecta en el momento, planteando como la Corte Constitucional reconoció que la salud es un derecho fundamental y de carácter autónomo, a partir de la sentencia T-760/2008 y desde entonces se viene realizando un seguimiento periódico de las órdenes impartidas en esta trascendental decisión.

El Estado Colombiano ha incrementado continuamente los recursos para atender los costos del servicio de salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, sin que la mayor cantidad de recursos invertidos se refleje en la superación de la grave situación estructural que afecta al SGSSS, donde cada vez más Hospitales y Centros de Salud están más débiles financieramente.

Antecedentes

En 1945 nace la Caja Nacional de Previsión Social, cuyo objetivo era proteger la salud y la pensión de los trabajadores públicos. En 1960 se crea el Ministerio de Salud Pública como ente regulador del sector salud y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, dirigido a la cobertura de trabajadores privados. Se configuraba así un sistema nacional de salud en el que participaban la red pública de servicios de salud, las fundaciones y las entidades de beneficencia de origen privado y eclesiástico.

Este sistema nacional de salud comenzó a presentar situaciones de problemas financieros en su modelo de seguridad social, por lo cual se realizaron importantes cambios en el mismo, basados en los estudios económicos que reflejaban la magnitud de la crisis. Debido a esto se expidió la Ley 12 de 1977 y el Decreto Ley 1650 del mismo año, la cual transformó el Instituto, cambiando el nombre a instituto de Seguros Sociales, separando los seguros asistenciales de los seguros económicos.

A partir de 1984 se introducen cambios en el sistema de seguridad social para hacer más efectivo el derecho pensional y la protección del sistema para todos los trabajadores, de manera que con el Decreto 1138 de 1984 se garantizó el acceso a los trabajadores independientes y con la Ley 11 de 1988 se permitió a los trabajadores del servicio doméstico cotizar al sistema aun cuando devengaran menos del salario mínimo.

Con la Ley 33 de 1985 y la Ley 71 de 1988 se decidió unificar las normas para acceder al derecho a la pensión y se dispuso reglas benéficas para los reajustes pensionales y el derecho a la sustitución, aunque también se ocupó del fortalecimiento financiero de las cajas de previsión y de la proporcionalidad entre los aportes al sistema y la base de liquidación de la pensión.

Este sistema de salud organizado trajo como consecuencia una mayor injerencia del Estado y la transferencia de recursos públicos para ampliar la cobertura; sin embargo, el sistema no se desempeñó de acuerdo con las expectativas. En sus primeros estadios se dio un manejo monopólico a la prestación del servicio, que solo cubría un 23 % de la población y el Instituto de los Seguros Sociales era la entidad con mayor participación.

A pesar de que el Gobierno destinaba los recursos necesarios y monopolizaba la prestación, el nivel de cobertura era bajo y la disponibilidad de ingresos condicionaba el acceso a la salud. Esta situación llega a su punto más álgido en el preciso momento en que se reglamenta el Estado social de derecho y coincide con la constituyente de 1991. La salud se constituye en un derecho humano y así se consagra en la Carta Magna, con lo cual se da la oportunidad para los cambios estructurales en la atención de la salud, reglamentados en la Ley 100 de 1993. (Andrés Felipe Triviño, 106)

A partir de la Ley 100 de 1993 existe la petición de la atención integral y universal de la población colombiana, a través de dos regímenes, el Contributivo para quienes tienen recursos para realizar aportes económicos periódicos y el subsidiado para las personas de escasos recursos, garantizando unos servicios médicos, medicamentos y procedimientos señalados en el Plan Obligatorio de Salud.

Sumado a lo anterior, la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 había ordenado la homologación de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo, cuyo modelo financiero obligó a las entidades territoriales a concentrar su capacidad institucional para controlar los problemas de selección adversa y riesgo moral, pues dada la unificación de los planes de aseguramiento existían incentivos para que contribuyentes del régimen contributivo pasaran al subsidiado y con ello obtener ahorros salariales bajo un nivel equivalente de atención en salud. Una situación como esta podía generar problemas en la financiación del régimen subsidiado, toda vez que al disminuir las contribuciones del régimen contributivo se reducirían simultáneamente los recursos provenientes de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

En este contexto, la crisis del sector hacía evidentes fallas estructurales, cuyas causas se atribuían principalmente a un problema de carácter financiero, pero con notables repercusiones sobre los principios de eficiencia, calidad y equidad en la prestación de los servicios de salud.

Marco Teórico

En el presente artículo bibliográfico, se analizan los impactos económicos generados en el sector salud desde año 2009 hasta el año 2021. Resaltando los diferentes conceptos desde el ámbito jurídico, financiero y social como se muestra a continuación.

Desde hace unas dos décadas se impulsaron reformas en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, cuya característica central ha sido la de tratar los servicios de salud como una mercancía bajo diversos esquemas de financiamiento y entrega. Estas reformas constituyen parte del enfoque del desarrollo de la región. En el caso de Colombia, al cual se hará referencia especial, el cambio en la forma de financiar y entregar los servicios de salud como una mercancía ha conducido a un mayor grado de exclusión e inequidad para la población y a un deterioro marcado de la salud pública. (Echeverry, 2008, pág. 24).

Esta ley dispuso la creación de dos regímenes para la cobertura universal de la población, el régimen contributivo, integrado por los trabajadores y sus beneficiarios que tienen capacidad económica para contribuir periódicamente al financiamiento del sistema general de salud y por otra parte, el régimen subsidiado que beneficia a quienes presentan condiciones de pobreza y marginalidad social atendiéndolos en forma descentralizada, siendo asumidos los costos de este régimen por parte del Estado a través de la cuenta del Fosyga, recursos del sistema general de participaciones, recursos de las regalías y del presupuesto general de la Nación, entre otras fuentes que se han ido incrementando en la medida en que se aumenta la cobertura para la población más vulnerable. (Ley 100 de 1993, Art. 211, 212, 214).

Para el año 2009 la economía en Colombia se encontraba en condiciones óptimas, pero era contrario a la situación financiera del sistema de salud como lo describe Rodríguez, J (2003) “La economía colombiana era envidiable desde algunos puntos de vista, a pesar de ello, el sector de la salud estaba en decadencia y fue reportado al gobierno un déficit total corriente estimado en 885.236.880.076 de pesos al 31 de Diciembre de 2009, referente sólo al déficit generado por prestación de servicios no incluidos en el POS subsidiado y en la prestación de servicios para la población pobre no atendida –PPNA- (Sentencia C-252, 2010, págs. 271-273).^{5,6} Lo que genera incertidumbre y un incómodo sinsabor, es el contrasentido que durante esta misma “crisis

financiera” las seis EPS más importantes del país subieron 27 puestos en el ranking de las 100 empresas más grandes de Colombia.

Por lo anterior, se intuye que la crisis del sector salud inicio a ser una preocupación del gobierno desde el año 2009, en donde ya se inician a tomar medidas para poder contrarrestar esta situación.

En el Decreto 4975 se enuncia que una de las principales razones para haber declarado el EES es por el “cierre de hospitales públicos, quiebra de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud, inviabilidad financiera de entidades territoriales, cesación de pagos al talento humano en salud y demás proveedores.” (Decreto, 2009) Esta era una preocupación parcial dado que era poco probable la quiebra de las EPS, pero efectivamente se evidenció en el cierre de hospitales. (Rodríguez, J. 2013)

A la hora del balance si hay algo que resulte evidente es que la Ley 100 ha sido un poderoso instrumento de enriquecimiento para el capital financiero dedicado a la intermediación. Ningún negocio parece haber sido más productivo en el país durante este periodo que ser asegurador en salud, lo que ha ubicado rápidamente a estas empresas en el “top” de la “productividad” y el enriquecimiento. En la revista Semana número 1147/ 2004 se registran a SaludCoop, Coomeva, Colsánitas Medicina Prepagada, Susalud y SaludTotal en las 100 empresas más grandes de Colombia. (Villar C., 2004).

Los análisis realizados hasta la fecha y consultados para esta investigación, indican que el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA ha sido el encargado de financiar el pago de los recobros por parte de las EPS y EPSS, tanto de aquellos que corresponde a servicios prestados por las aseguradoras del Régimen Contributivo como del Subsidiado

Luego, la Corte en sentencia T-760 de 2008, acumuló algunas tutelas que reflejaban los principales temas objeto de reclamos ciudadanos por vía del recurso de amparo y en ese sentido indicó:

El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del

servicio. En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las instituciones prestadoras de salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera, además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios no contemplados en el POS.

Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios. Con relación al cumplimiento oportuno de los fallos de tutela y al derecho al recobro de servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios ante el Fosyga, se plantean, a su vez, tres conjuntos de órdenes. (Sentencia, 2008, pág. 4).

La Defensoría del Pueblo a través del Equipo Investigativo del Programa de Salud, en el marco de sus funciones frente a los Derechos Humanos hizo un seguimiento del tema de las tutelas por el derecho a la Salud, en varias entregas.

En la correspondiente al año 2010, se lee: En el año 2010 se encontró que las solicitudes más frecuentes en las tutelas son los tratamientos, los cuales se encuentran en el 43,3% de las mismas, seguido de los medicamentos (24,2%) y las cirugías (21,7%), los medicamentos más requeridos estuvieron relacionados con las especialidades de neurología, oncología, medicina interna, reumatología y oftalmología... las solicitudes de procedimientos más frecuentes se presentaron en las especialidades de gastroenterología, gineco-obstetricia, dermatología, odontología y nefrología. La entidad encontró que, para el mismo año, las solicitudes No POS tuvieron una participación total del 34,6%, del cual, los reclamos para el suministro de medicamentos, representa un 64,6% de los mismos no se encuentran dentro del POS. Correspondió al régimen contributivo el 56,6% y al subsidiado el 43,4%. (Defensoría del Pueblo, 2011, p. 56.).

Es decir, el mercado de medicamentos en Colombia está estable, para decirlo de manera positiva, y lo único que crece es el No-POS. El No-POS es el cáncer del sistema de salud colombiano. Como consecuencia de lo anterior, las unidades disponibles para la atención en salud se mantienen iguales, mientras las ganancias de los laboratorios farmacéuticos aumentan, por el aumento de precios y el incremento de venta de productos más costosos. (Andía, OI. 2019)

La sentencia T-760 ha sido señalada como una de las causas principales de la crisis. Se debe hacer énfasis en que esta no fue expedida por problemas en el sistema ideado sino por negligencia humana en la implementación. (Rodríguez, J. 2013).

Esta sentencia emitida por la Corte Suprema de Justicia, también decreto que el Estado debía realizar los pagos a las EPS y la red hospitalaria de manera prioritaria de la cartera generada por eventos no incluidos en el POS. Así mismo que debía unificar los beneficios de los planes de los regímenes subsidiado y contributivo.

De acuerdo con la regulación del Sistema de Salud colombiano, los recursos de las cotizaciones son del sistema, no de los aseguradores, y es el Fondo de Solidaridad y Garantía de Salud (FOSYGA) el que le paga al asegurador por cada afiliado un valor anual preestablecido, con el cual se cubren los costos de aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud. En la medida en que el valor de dicha unidad se determina por el regulador (Comisión de Regulación de Salud - CRES) entre otros, con datos de la misma industria, al negarse más servicios por supuesta exclusión del plan de beneficios, el regulador estará incentivado a incrementar el valor de la UPC para incluirlos; adicionalmente los agentes pueden coludir para sobrevalorar los precios de procedimientos y medicamentos y así no solo lograr mejores ingresos por recobros sino inflar los su valor real, que luego el regulador tomará como datos de la industria para incrementar el valor de la UPC. (Piedrahita, 2012, p. 7) Advierte que, para la Corte Constitucional, ésta práctica (la integración vertical), al igual que la posición de dominio, resultan social y constitucionalmente indeseables, más aún tratándose del servicio de salud. (Piedrahita, 2012, p. 8).

La quiebra de muchos hospitales se debió a la falta del pago oportuno que debía ser hecho desde la cuenta FOSYGA por parte del Estado para responder por los servicios prestados por los hospitales. Si se hubiera hecho un pago oportuno de los recobros que se tenían acumulados por parte del FOSYGA, probablemente muchos de los hospitales públicos que quebraron antes del 2008 hubieran logrado mantenerse abiertos. (Rodríguez, J. 2013).

La abismal diferencia de precios presentada por este estudio muestra que Colombia es el segundo país con precios más altos en la compra de los medicamentos más costosos. (Rodríguez, J. 2013).

De acuerdo con el autor, Colombia es de los países que más costoso adquiere los medicamentos.

Con los recursos actuales, ni el FOSYGA, ni las entidades territoriales están en condiciones de asumir estos montos. Máxime cuando en el segundo semestre del 2009 se hizo evidente un déficit de \$ 600.000 millones de pesos en las finanzas de los entes territoriales, lo que a su vez acentuó los problemas de flujos y pagos a las EPS e IPS públicas y privadas. (Calderón, C., Botero, J., Bolaños, J., & Martínez, R. 2011).

“Para ubicar procesos de reforma de los sistemas de salud se consideran los factores sectoriales y extra sectoriales que les dieron origen. La política del Banco Mundial operó como un factor determinante y se puso en práctica en medio de procesos que acrecentaron la inequidad en América Latina”. (Granados Toraño & Gómez Montoya, 2000). La nueva concepción de los derechos sociales exige profundas reflexiones en los medios académicos, amplias consultas con todas las organizaciones populares, decisión política para innovar y diseño de medidas audaces que vayan al fondo del asunto para plantear soluciones a largo plazo que tengan en cuenta una filosofía clara del proceso de la salud y la enfermedad ante los derechos sociales. (Yepes Parra, 1999, pág. 112).

Conforme al estudio en el campo del manejo de los recursos del FOSYGA, advertimos la amplia discusión que se ha dado por las limitaciones de recursos y la distribución de éstos, a partir del sistema de salud introducido en el país con la Ley 100 de 1993, mediante la cual se privatizó la prestación del servicio de salud.

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (Art. 1° L. 100). Son principios del sistema de seguridad social, la Universalidad, Eficiencia, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación.

A pesar de lo anterior, el principio de la universalidad se enfrenta al problema de la escasez de los recursos con los que cuenta el sistema de salud. En este punto, nos parece útil el concepto de la asignación prioritaria que: Se refiere a la manera como los recursos disponibles son distribuidos entre las necesidades o deseos. En salud, significa la identificación de reglas sistemáticas para decidir cuáles pacientes acceden de manera privilegiada (Goddard et al., 2006).

En el caso de la salud es difícil garantizar a todas las personas el suministro de todos los servicios o medicamentos disponibles en el medio, así que es inevitable adoptar algún mecanismo para asignar los recursos buscando priorizar la atención de las necesidades. (Observatorio de la Seguridad Social, 2008, p. 2)

La financiación del Sistema de Salud, resulta ser parte de los problemas estructurales que afronta el sistema, a raíz de lo cual se han tomado medidas por parte del Gobierno Nacional que ha terminado por involucrar buena parte del presupuesto nacional, pero estos esfuerzos han resultado insuficientes por lo cual se ha visto en apuros para sostener la estabilidad financiera del sistema.

Dentro de la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS- de Colombia, existen las firmas de aseguramiento conformadas por: Las EPS y las ARS las cuales tienen a su cargo la prestación del servicio de salud, afiliación, administración de recursos financieros, manejo del riesgo de los afiliados y reaseguramiento de las enfermedades catastróficas. Por otra parte, están las IPS que son las clínicas, hospitales públicos o privados, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y profesionales que ofrecen sus servicios mediante las EPS y gozan de autonomía técnica y financiera. (Chicaiza L.2008, pág. 7)

Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos. Parágrafo. La conformación de los Comités Técnico-Científicos debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. (Ley 1438 de 2011).

De acuerdo con un estudio adelantado frente al Sistema de Salud de Colombia, en un período de veinte años, el balance respecto a procesos claves y resultados del Sistema General de

Seguridad Social en Salud en Colombia, con valoración de la calidad de la evidencia, demuestra que los recursos financieros del sistema de salud, se han incrementado de manera sostenida, mientras el gasto en salud se ha situado alrededor del 8% del PIB; que la cobertura estudiada a 53 partir de la afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado, se encuentra alrededor del 92% de la población total y el Plan Obligatorio de Salud, se ha mantenido a pesar de definir las prestaciones que son reconocidas y por ello, ha sido rebasado por mecanismos de reclamo jurídico (tutelas), generándose déficits financieros.

Expresan que el sistema de salud sirvió para el mejoramiento del ingreso de los más pobres, lo que no obsta, para que continúen las deficiencias en la prestación del servicio, por cuanto provienen de la falta de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud, y en el gasto del sistema según ingresos de la población. Destacan que el avance del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene aspectos positivos, pero no ha logrado alcanzar la universalidad lo que impide que muestre resultados en acceso a los servicios y equidad. (Agudelo et al., 2011).

Guerrero et al., (2011), describen las condiciones de salud de Colombia y del sistema colombiano de salud. Adelantan una caracterización de la estructura, cobertura, las fuentes de financiamiento, el gasto en salud, los recursos con los que cuenta, quién vigila y evalúa al sector salud y qué herramientas de participación tienen los usuarios. Encontraron en dicha investigación, avances en las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud y a los montos de la Unidad de Pago por Capitación, la integración vertical entre empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, así como el establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre los distintos regímenes.

Estos autores advierten que: “los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales”. (Guerrero et al., 2011).

En el estudio señalan que el SGSSS, por medio del régimen subsidiado, consiguió afiliar y dar cobertura a los sectores con menores ingresos. A pesar de ello, todavía hay una parte de la población de clase media que no tiene cobertura, por una parte, debido a la inestabilidad en el

desempleo o en otros casos, los trabajadores independientes, no alcanzan el monto para cancelar regularmente el 12.5% de los ingresos como cotización al SGSSS. Concluyen, que esta población aún se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos que agregan costos a su presupuesto de gastos.

En la sentencia del 29 de abril de 2010, se demandó la nulidad de los apartes subrayados del artículo 25 de la Resolución número 002933 de 15 de agosto de 2006, “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela”. El Alto Tribunal señaló, que si bien, en relación con la actividad de las E.P.S., la Corte Constitucional efectivamente le ha reconocido el derecho al equilibrio económico, partiendo de la subsunción de su relación con el Estado en una relación contractual, que la Sala considera no apropiada, puesto que entre cada una de ellas y el Estado no hay tal contrato. Lo que hay, como atrás quedó precisado, es una relación legal y reglamentaria, que la Corte Constitucional, con fundamento en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, ha caracterizado como de “delegación”, en la cual se inserta cada E.P.S. particular o pública, cuando voluntariamente decide dedicarse a explotar esa actividad, con sus propios recursos y asumiendo sus propios riesgos, debidamente autorizada por el Estado mediante acto administrativo individual y concreto.

Otra cosa es que, al optar por explotar económicamente la correspondiente actividad, prestación de servicio de salud, busca y espera una utilidad, un lucro, suficiente para considerarla rentable y atractiva económicamente, atendiendo las condiciones de desarrollo de la misma, señaladas de modo general, abstracto e impersonal en la normatividad que la regula, por cierto, de orden público, de allí que la situación jurídica en que se inserta es legal y reglamentaria.

Análisis del Reino de España y la República de Chile para contextualizar el presente artículo.

Modelo de Salud Chileno: Entre las décadas de los ochenta y noventa, se observan importantes transformaciones en el sistema de salud de la República de Chile, teniendo en cuenta una notable irrupción del sector privado, que iba creciendo y sumando cada vez un mayor número de afiliados a las Instituciones de Salud Previsional (En adelante ISAPRE), mientras que el subsistema público decaía en afiliaciones, lo cual produjo un impacto directo a nivel administrativo y tecnológico.	El modelo de salud español: Algunos de los problemas detectados en el Sistema de Salud Español son: Listas de espera, falta de atención personalizada, carencias de medios materiales, el sistema de producción pública es ineficiente y desperdicia, una cantidad considerable de recursos: exceso de burocratización, gran preocupación por el control del crecimiento del gasto en sanidad, para evitar aumentos de impuestos o reducciones en otros gastos. Preocupación que se extiende a otros países como Reino Unido y Suecia.	Semejanzas y Diferencias con el Sistema de Salud Colombiano. En el caso de España, observamos que también se surtieron reformas que empezaron a darse a mediados de los años 80, cuando se expidió la Ley General de Salud, la que se fue consolidando durante la década de los noventa y los primeros años de este siglo. Aunque existe cobertura universal del sistema público de salud, los ciudadanos tienen la posibilidad de elegir tomar un seguro privado de salud, que le da acceso, como vimos en el caso de Chile y Colombia, al acceso a servicios complementarios. Durante los años ochenta y noventa el SNS sufrió grandes reformas con la extensión de la cobertura universal; se promulgo la LGS en el 1986; la Ley de Nuevas Formas de Gestión en el 2001; y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS en el 2003.
---	---	---

Sistema de Financiación del Modelo de Salud Chileno: Chile venia de una tradición marcada por el Estado Benefactor y paternalista, en el cual, el Estado asumía un papel protector frente a sus ciudadanos, ofreciendo directamente los servicios financiados con recursos propios, lo cual podía verse con claridad en el caso de la	Sistema de Financiación del Modelo de Salud Español: Durante el 2010 España invirtió casi 75 mil millones de euros en salud, lo que supone un 74,2% del gasto sanitario total del país, que asciende a casi 101 mil millones de euros. Esto equivale al 9,6% del PIB. De este porcentaje el 7,1 % en el sector público, lo cual representa un gasto por	En Colombia, el Ministerio de Salud es quien dicta la política pública en salud y gira los recursos, al igual que ocurre en España; mientras que son las entidades territoriales quienes se encargan de la administración y prestación de los servicios. Sin embargo, surge una diferencia, toda vez que, si bien la atención primaria es atendida por las comunidades autónomas, no
--	--	--

salud, que era una función del ámbito estatal, aunque con algún margen que se dejaba a entidades de caridad que coadyuvaban, pero en una medida mínima, frente al papel estatal. No obstante, un cambio abrupto e inminente se produjo, teniendo como marco las metas del milenio que marcará el Fondo Monetario Internacional, para garantizar los préstamos que les otorgaba a nuestras naciones, condicionados a unas reformas estructurales de corte neoliberal que debían implementarse, con el fin de demostrarles la viabilidad de nuestros Estados.

Siendo las cosas de este modo, se crearon reformas legislativas, para el caso concreto, en materia de salud, donde se daba la entrada a la participación del sector privado en la mercantilización de la salud, sin dejar un porcentaje importante de financiación por parte del Estado con los recursos propios, y con unos aseguramientos ofrecidos por los particulares, para que la población escogiera en cuál quería participar. Es así, como Chile y Colombia se asemejan al implementar un modelo de participación mixta, en el cual convergen actores públicos y privados en la financiación, administración y prestación del servicio de salud.

habitante de 1.622 Euros. Los países de Unión Europea gastan en promedio el 9,0 % del PIB. De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Sanidad: Desde una dimensión funcional del gasto sanitario público, los servicios hospitalarios y especializados son los que representan algo más de la mitad del gasto (56,0% y 38.588 millones de euros), seguidos por la prestación farmacéutica, 19,4% (13.380 millones de euros) y los servicios de atención primaria de salud con 15,5% (10.651 millones de euros). Los servicios de salud pública suponen el 1,1% del gasto, aparentando un pequeño peso relativo debido a la definición y clasificación de los sistemas contables. En Atención Primaria se desarrollan actividades de salud pública, prevención y promoción que no se contabilizan de manera específica. (Ministerio de Sanidad, Seguros Sociales e Igualdad, 2012),

ocurre lo mismo frente a servicios de mayor complejidad, que son asumidos por el nivel central directamente.

Identificar las ventajas y desventajas de las decisiones que ha establecido el Estado para la preservación y recuperación financiera del sector salud durante los años 2009 a 2021: Entre las principales medidas adoptadas por el Gobierno se destacan arreglar problemas como el de liquidez, fortalecer la vigilancia y el control, y hacer los ajustes institucionales necesarios para fortalecer el sistema.

Es así que el Gobierno Nacional a través de la Ley 1438 de 2011 reglamento el procedimiento denominado “Giro Directo” el cual tiene por objetivo proporcionar un flujo ágil de los recursos de la salud para garantizar la atención oportuna de la población pobre y vulnerable del país. Es procedimiento consistió en que la cartera del régimen subsidiado que se encuentre en mora por parte de las EPS con las IPS, este último actor tenga el derecho de solicitar al Fosyga el cumplimiento y pago de esta obligación, sin tener que estar supeditado a la decisión de la Entidad Promotora de Salud.

Conscientes de que sin liquidez no hay operación normal de los servicios médicos, en los próximos dos meses los hospitales y clínicas contarán con recursos para regularizar su situación de cartera por el orden de 1.2 billones de pesos. Estos recursos provienen de: (a) Revisión de los recobros del Fosyga y pago de 700 mil millones con giro directo a hospitales y clínicas, y (b) el pago de aproximadamente 400 mil millones que los municipios y los departamentos deben girar como resultado de liquidación de contratos del pasado con EPS del Régimen Subsidiado (Ministerio de Salud y Protección social, 2012).

A través del Decreto 2702 de 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social actualiza y unifica las condiciones financieras de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Con este decreto el Estado determino los indicadores financieros mínimos con los que debe contar cada EPS, con el objetivo de salvaguardar el derecho a la salud de los colombianos. Entre ellos deben de contar con un capital mínimo, un patrimonio adecuado y unas reservas técnicas.

Ley 1955 de 2019 por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad. En la subsección 4 se adiciona el numeral 42.24 Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La

verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud - ADRES, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En esta subsección se dan los lineamientos para el mejoramiento de las condiciones financieras del sistema y de la prestación de los servicios. Entre los cuales encontramos, pago de servicios y tecnologías de usuarios no afiliados, sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud, saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales, cambios en giro directo régimen subsidiado y adopción para el régimen contributivo, acuerdos de pago de servicios y tecnologías en salud, entre otros.

Con el ánimo de resolver la situación, el gobierno incluyó en la Ley 1955 de 2019 (Plan de Desarrollo 2018-2022) el artículo 240, en el cual estableció que los servicios y tecnologías no financiados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS, antes POS) serán gestionados por las EPS mediante unos techos o presupuestos máximos que les serán transferidos desde la ADRES. Para reglamentar el mencionado artículo fueron expedidas las Resoluciones 205 y 206 de 2020 (neuroeconomía, 2019).

Entre la reglamentación de los techos presupuestales se tiene, las EPS recibirán mensualmente un monto determinado para gestionar los servicios y tecnologías no incluidos en el PBS y serán las encargadas del trámite de los servicios o tecnologías no PBS, desde la formulación u ordenación de estas hasta su entrega, el monto definido para cada EPS será girado dentro de los primeros diez días de cada mes, exceptuando el primer mes después de expedida la resolución que fije los techos, que será girado en los diez últimos días y las EPS son las encargadas de garantizar que no se sobrepasen los presupuestos máximos

Resultados

Una vez revisada la literatura de diferentes autores y entidades gubernamentales se establece que el impacto con mayor afectación al sistema de salud colombiano, es la progresividad en la liquidación de sus actores fundamentales en el proceso. Por un lado, se tiene a las entidades promotoras de salud de la red pública y por el otro a la red privada.

Estas liquidaciones han repercutido en la calidad, oportunidad y accesibilidad de la población a los servicios de salud y al deterioro de sus condiciones fisiológicas.

En otro sentido, se determina que la crisis financiera se debió a una mala ejecución de la ley 100, dado que no fue implementado el procedimiento de la unificación de los regímenes subsidiado y contributivo, por ende, no se presupuestó los costos y gastos de estos servicios, lo cual se tradujo en aumento considerable de tutelas y comités técnicos científicos, que debieron ser atendidos con prontitud, desfinanciando a los actores del sistema.

Con respecto a las medidas adoptadas por el Gobierno Colombiano, se estipula que se han implementado procedimientos favorables en mejora de la liquidez del sistema, como lo son, el giro directo que tiene como finalidad pagar las cuentas en mora de las EPS, directamente a los hospitales o IPS.

Así mismo la creación de los techos presupuestales que tienen por objetivo determinar el valor máximo que cada EPS puede prestar servicios No Pos al mes, de acuerdo al número de afiliados y condiciones de las regiones de Colombia.

Finalmente, cada uno de los autores que identifican cuales son las causas de la crisis financiera del sector salud, desde épocas anteriores a la fecha del año 2021, recalcan que no se trata de invertir grandes cantidades de recursos en un sistema, porque ese es un rubro que necesariamente aumenta en la misma proporción, sino que, se trata de realizar un proceso de planificación y priorización en el gasto, para contribuir a un manejo eficiente de los recursos en pro del bienestar de la población, quienes son los perjudicados.

Discusión de Resultados

Desde la perspectiva del presente documento no se trata de acabar el sistema actual y volver al régimen anterior, sino centrar todos los esfuerzos en que los colombianos tengan mejor servicio y ser eficientes y transparentes en el manejo de los recursos públicos.

Parte de esos esfuerzos deben ser centrados en bajar los niveles de desempleo que tiene Colombia, dado que, el sistema de salud desde sus inicios está planteado en que, del total de la población, el 70% pertenezca al régimen contributivo y parte de los aportes realizados en este segmento, se redistribuyan a la población del 30%, ósea las personas sin capacidad de pago.

En el mismo sentido y a pesar de las medidas implementadas por el Estado para corregir la situación financiera, se necesita aumentar el presupuesto a este sistema con el objetivo de apalancar a las entidades promotoras de salud en pro de la mejora de sus indicadores financieros, para que por un lado puedan prestar un servicio con calidad y por otro lado, se mire más atractivo la inversión de capital privado en estas entidades, que es uno de beneficios que le otorgo el gobierno a las EPS de naturaleza mutualistas o sin ánimo de lucro para que mejoren su situación financiera.

Así mismo, se requiere que se implemente normativamente y se regule el precio de los medicamentos, que como ya se revisó, en Colombia cuestan 5 veces más que caros que países como Chile.

A la par de la financiación del sistema por parte del Estado, se requiere de una supervisión continua de los dineros entregados a las EPS y la forma de utilización que estos tienen, con el fin de inspeccionar, vigilar y controlar que estos recursos no estén siendo destinados a intereses particulares.

Dado el caso en que se presenten temas de corrupción y/o fraude, la rama legislativa debería optar por implementar sanciones más agresivas con el objetivo de minimizar los riesgos de materialización de estas conductas delictivas.

Conclusiones

La revisión bibliográfica aquí realizada sobre la crisis financiera del sector salud en Colombia, muestra que gran parte de este suceso se debe a la falta de planeación y de ejecución de lo contenido en la ley 100 por parte del Gobierno Nacional.

Es así que, a consecuencia de la no homologación de los planes de beneficios del régimen subsidiado con el régimen contributivo, se generaron gran parte de las tutelas y comités técnicos científicos que desbordaron los costos financieros del sistema.

Igualmente, debido a que no existe una regulación en los precios de los medicamentos, Colombia los está comprando a precios exorbitantes que no se comparan con los que se manejan en países como Chile y Ecuador.

Por otro lado, se observa que los planes de auditoria llevados a cabo por las autoridades colombianas como lo son la Superintendencia de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la Nación, no han actuado de forma de prevenir o gestionar el riesgo de corrupción o fraude por partes de las EPS, IPS y hospitales, si no han actuado desde un enfoque represivo que solo busca sancionar cuando ya se materializaron los riesgos.

El desempleo y el informalismo laboral ha ayudado al incremento de la crisis del sector salud, debido a que este sistema se base en la solidaridad que se espera de los usuarios del régimen contributivo con los usuarios del régimen subsidiado y teniendo que el sistema fue planeado en que del 70% de la población realice sus aportes a la salud y solamente el 30% reciba la colaboración tanto del Estado con de los aportantes.

Finalmente, los efectos de esta crisis se miran reflejados en la quiebra financiera y cierre de EPS, IPS y hospitales que, en conclusión, afectan la prestación de los servicios de salud de los colombianos.

Referencias

- Barber Pérez , P., & González López-Va, B. (2010). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. *Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, Vol. 24(N°. Extra 1), págs. 12-18.
- Beltran, C. A. (Diciembre de 2002). La Penuria de la salud pública en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Javeriana. Berdejo, L. G. (2010). Análisis comparado de los sistemas de salud de Colombia, Perú, Cuba y Chile. (R. d. Colombia, Editor) Recuperado el Marzo de 2015.
<http://www.monografias.com/trabajos99/analisis-comparado-sistemas-salud-colombiaperu-cuba-y-chile/analisis-comparado-sistemas-salud-colombia-peru-cuba-y-chile2.shtml#ixzz3UyTF89U>
- Chicaiza, L. (2002). El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Chicaiza, L. (2008). Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano. *Revista Innovar*. Vol. 18, N° 31., 10-15.
- Hernández, Á. M. (2000). La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946. *Anuario Colombiano de Historia*.
- Pelaez Quintero, J. A. (2008). El negocio de la salud una ecuación desigual. Bogotá: Contraloría General de la República.
- Rodríguez, J. (2013). Algunas causas de la crisis financiera en el sistema de salud en Colombia en el 2009 (Some Causes of the Financial Crisis in the Colombian Health System in 2009). Available at SSRN 2597390.
- Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2817-2828.
- Andia OI. Las causas de la crisis financiera del sistema de salud colombiano desde los medicamentos. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 51(4): 277-278. doi:
- Rodríguez, J. (2013). Algunas causas de la crisis financiera en el sistema de salud en Colombia en el 2009 (Some Causes of the Financial Crisis in the Colombian Health System in 2009).
- Figueroa, A. M. C., & Zapata, W. A. M. (2021). Factores determinantes en la crisis de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, un acercamiento desde la perspectiva financiera. *Criterio Libre*, 19(34), 84-94.

LW, V., & FULVLV, Q. R. D. P. (2016). ¿Crisis financiera o de gestión? Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales.

Vélez, M. (2012). La crisis del sistema de salud colombiano ¡No hay cama! Revista Deslinde.

Grupo de Economía de la Salud. (2008). “Aciertos e insuficiencias de la sentencia T-760 de 2008: implicaciones para el derecho a la salud en Colombia”. En: Observatorio de la seguridad social, pp. 12,16.

Soler, J. J. (2012). cómo el método del “recobro”, fue empleado al interior del FOSYGA para desfalcocar al sistema de salud. Santa Fe de Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Comportamientos variables del proceso de compensación 2002-2013.

Núñez, J., & Zapata, J. G. (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Bogotá D.C.: Fedesarrollo.

Leguizamon, G. B. (2007). Gasto Nacional en salud de Colombia 1993- 2003: Composición y tendencias. Revista de salud pública, 167-179.

Fedesarrollo. (2010). Efectos de la Ley 100 en salud Propuestas de reforma. Bogota: Mauricio Santa María.

Gómez, F. R. (19 de julio de 2012). Los tres males del sistema de salud. Obtenido de El espectador: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/lostres-males-del-sistema-de-salud-articulo-36140>.

Ministerio de Salud (2012). Decreto 2560 de 2012, “por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES) se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República.

Dinero, R. (2011). EPS crearon empresas de papel para hacer "recobros". Revista Dinero.

El Tiempo. (19 de mayo de 2016). Sigue el fraude con plata de la salud de los colombianos. El Tiempo, pág. 8

Revista Dinero. (2012). La plata de las EPS está embolada. Revista Dinero.

W Radio. (7 de noviembre de 2013). SaludCoop usó \$3 billones de la salud para negocios privados. págs. <http://www.wradio.com.co/noticias/actualidad/saludcoop-uso-3-billonesde-la-salud-para-negocios-privados/20131107/nota/2010015.aspx>.

Superintendente de Salud. (agosto de 2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Chile: Supersalud Gobierno de Chile.