

En el debate sobre la reforma a la salud no ha habido mayor claridad sobre si las EPS son compañías aseguradoras y sobre si la Ley 100 creó un sistema de salud basado en el aseguramiento. A tal punto, que muchos críticos de la reforma plantean que las EPS deben reemplazarse por un sistema de "aseguramiento social". Al gobierno obviamente le ha convenido esta confusión toda vez que refuerza el dogma promovido por la banca internacional según el cual, el aseguramiento híbrido privado y social es imprescindible. En este artículo de manera fundamentada se despejan estas dudas y se propone que la verdadera reforma que requiere la salud de los colombianos debe tener como objetivo principal eliminar las EPS y con ellas el sistema de aseguramiento que representan. Deslinde

En Colombia es factible y necesario un modelo de salud sin aseguramiento

Bernardo Useche Aldana, PhD

PhD en Salud Pública de la Universidad de Texas, Houston.

Director, Centro de Investigaciones Biomédicas. Universidad Autónoma de Bucaramanga*¹

Twitter: @BernardoUseche

" (el nuevo sistema de salud) le proporcionará todo el cuidado médico, dental y de enfermería que usted necesite. Todo el mundo, rico o pobre, hombre, mujer o niño puede acceder a la totalidad de los servicios de salud o a cualquiera de ellos en particular. No hay pagos con algunas muy pocas excepciones. No hay preexistencias, ni otros requisitos de aseguramiento. Pero no es una "obra de caridad". Todos ustedes están pagando por el sistema de salud, [...] al contribuir con sus impuestos, lo que los va a eximir de preocupaciones de dinero en el momento en que se enfermen. "

Mensaje del Gobierno inglés al anunciar la entrada en vigencia del Sistema Nacional de Salud (NHS) sin aseguramiento el 5 de julio de 1948

1. El sistema de salud actual y la reforma del gobierno

El sistema vigente en Colombia - originado en la Ley 100 de 1993 - es un sistema de aseguramiento en el que se combina el pago del seguro con cuotas de contribuyentes y el "aseguramiento social", en el que el Estado paga las primas del seguro de los estratos

¹ *Las tesis y puntos de vista expresados en este artículo por el autor no comprometen de ninguna manera a la institución.

más pobres a través de un régimen de subsidios. Es un sistema en el que la población accede a los servicios de salud de acuerdo con su capacidad de pago y en el que el aseguramiento ofrece un plan de beneficios básico restringido (POS) que debe complementarse con gastos de bolsillo a través de pagos y copagos, de seguros privados y de medicina prepagada.

En el sistema de salud colombiano (Sistema General de Seguridad Social en Salud / SGSSS) las compañías aseguradoras se denominan “Empresas Promotoras de Salud” o EPS (1) La Ley 100 tuvo como objetivo introducir a las EPS como intermediarias entre la financiación del sistema de salud (Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA) y las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS (clínicas, hospitales y demás) y entre las propias IPS y sus pacientes. Este objetivo fue alcanzado y las EPS se constituyeron en el eje central del sistema tal como lo muestra la Figura 1 en la cual los recursos y la prestación de servicios giran en torno a estas todopoderosas empresas. La Figura 2 presenta las diversas modalidades de intermediación y aseguramiento adoptadas por las EPS para cubrir la totalidad del sistema de salud. Ambas figuras son tomadas de la presentación de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI -, organización gremial de las EPS del régimen contributivo titulada: “Sistema de Aseguramiento en Colombia Participación del Sector Privado” que tuvo lugar el 22 de mayo de 2009 y de libre acceso en internet (2).

Insertar aquí Figuras 1 y 2

Figura 1. Esquema del sistema de salud establecido por la Ley 100 y papel de intermediación de las EPS. Fuente: ACEMI, 22 de mayo 2009.

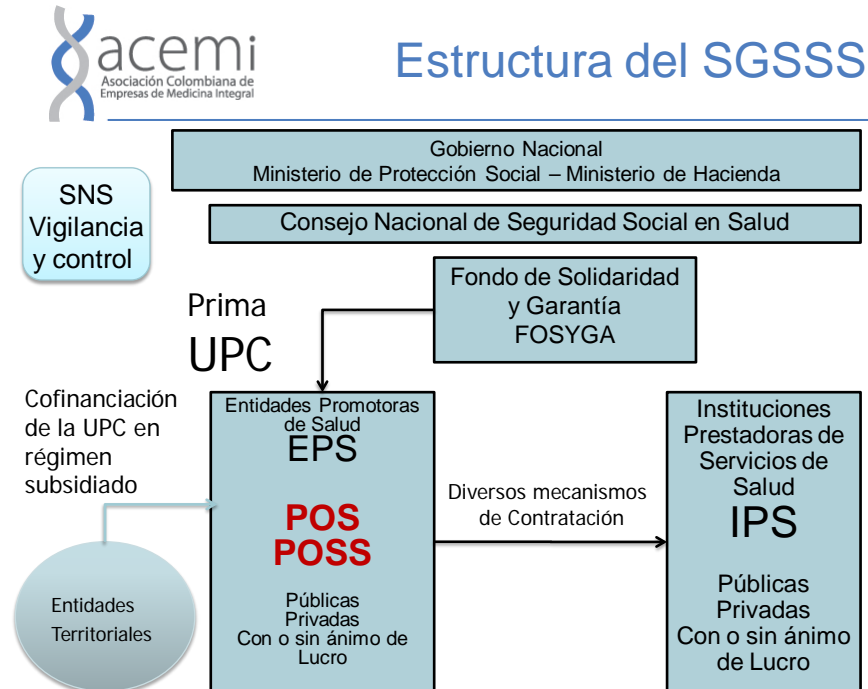
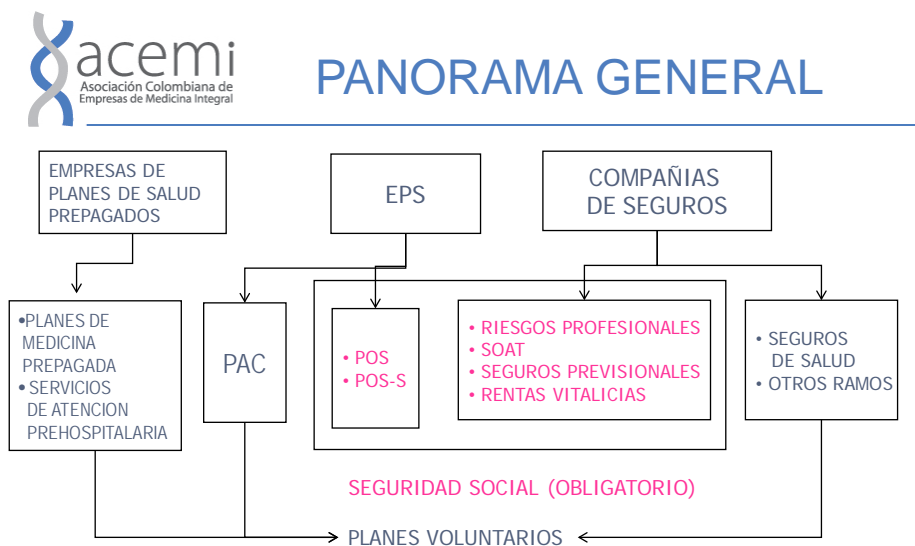


Figura 2. Modalidades del aseguramiento en el SGSSS luego de la Ley 100. Fuente: ACEMI, 22 de mayo 2009.



NOTA: Según las normas y los conceptos de las autoridades de supervisión la Medicina Prepagada no es un seguro
PAC: Planes de Atención Complementaria

La reforma actual de Juan Manuel Santos y su ministro de salud Alejandro Gaviria, en la que se rebautizan las EPS con el nombre de “Gestores de Servicios de Salud” – GSS – tiene como propósito principal consolidar el negocio del aseguramiento en todos los niveles de atención en salud mediante los siguientes mecanismos: centralización de los recursos financieros en un fondo de gestión al servicio de los GSS (“Salud Mía”); concentración del aseguramiento en unas pocas EPS; garantía del lucro creciente de las aseguradoras a través de “incentivos a la gestión del riesgo”; ampliación de la “integración vertical” que permite a las aseguradoras entre otras ventajas, contar con sus propias clínicas, y formar sus propios médicos; establecimiento de redes horizontales de prestación de servicios bajo el control de las compañías aseguradoras; mantenimiento de un plan de beneficios restringido (“Mi Plan”) cuya administración permita altas tasas de ganancia en la intermediación y crecimiento del segmento del mercado para los seguros privados y la medicina prepagada; y creación de áreas especiales de gestión en territorios con población dispersa en los que se optimiza la rentabilidad de las EPS al eliminar la competencia entre aseguradoras.

2. Cobertura universal del aseguramiento

Los primeros 20 años de la Ley 100 (1993-2014) se caracterizaron por un crecimiento rápido, desordenado y sin mayor control ni vigilancia de las EPS que irrumpieron para posicionarse en el mercado. Para describirlo en las palabras condescendientes con las EPS del ministro Alejandro Gaviria, en estos años simplemente: “La contabilidad no pegó en el sector salud”.

En este período se extendió la cobertura del aseguramiento al 96 % de los habitantes, a costa de dejar sin protección real y sin atención oportuna las necesidades de salud de la población: Así lo demostró el llamado a declarar la emergencia en salud que hicieron al presidente Santos más de 38.000 médicos especialistas agrupados en la Asociación Colombiana de Asociaciones Científicas en junio del año 2011. Los médicos afirmaron que aunque a nivel nacional se carece todavía de suficientes sistemas de registro y de información de salud consolidados, existe evidencia del aumento durante la vigencia de la Ley 100 de muertes evitables por dengue, diarreas, malaria, tos ferina y desnutrición entre otras enfermedades, y del deterioro en indicadores de salud claves como el de mortalidad materna (3) La situación que mejor ilustra la diferencia entre cobertura universal de aseguramiento y el cubrimiento real de las necesidades de salud es el uso generalizado en Colombia de la expresión “paseo de la muerte”, empleada para describir el frecuente y letal itinerario burocrático y de hospital en hospital a que son sometidos los pacientes graves a quienes “su EPS” no les cubre, o no les autoriza la atención de urgencia que requieren. Los paseos de la muerte siguen presentándose después de la unificación de los planes de beneficios (POS) de los regímenes subsidiado y contributivo y después de expedida la resolución 5521 de 2013 que actualiza el POS y reglamenta la atención de urgencias. Pero además, es imposible cuantificar el sufrimiento diario de los miles de pacientes afiliados a una EPS que aun cuando son admitidos en los servicios de urgencias pasan días sentados en un corredor escuchando “no hay cama”, mientras ven pasar delante de ellos a quienes pueden pagar de su propio bolsillo o tienen un seguro privado de salud o medicina prepagada.

Este tipo de cobertura universal profundamente inequitativa en la que las aseguradoras protegen cada vez menos a la población que más lo necesita, cumple con todas los postulados de la *Ley Inversa de la Salud* de los sistemas neoliberales de aseguramiento y solo puede ser reivindicada como un logro “extraordinario” de la Ley 100 por un gobierno que represente exclusivamente los intereses de las EPS. Pírrico logro que, por lo demás, revela la incompetencia de los tecnócratas responsables pues estaba previsto en la Ley

100 que la cobertura universal se alcanzaría en el año 2001 junto con la unificación del plan de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

3. ¿Crisis financiera o crisis del modelo de aseguramiento?

Estas dos décadas de aseguramiento en salud sumieron el sistema en una crisis estructural innegable que se hizo visible en los medios de comunicación en primer lugar por la inmensa corrupción que rodea a las EPS, corruptela sin fin de la cual es un caso emblemático la EPS *Saludcoop* (4). Pero la corrupción no es sino un reflejo de la profunda crisis del modelo económico de aseguramiento implantado en el país, que en aras de dar rienda suelta a la libre competencia de aseguradoras y prestadores de salud, lo primero que hizo fue debilitar a un extremo la regulación, la vigilancia y el control del sistema; redujo a escombros el Ministerio de Salud y lo convirtió en un mero “modulador” de las fuerzas del mercado en la prestación de salud.

Hay consenso en que existe una profunda crisis económica del sistema de salud con diferentes componentes pero cuya más evidente manifestación es la incapacidad para garantizar a mediano y largo plazo la viabilidad financiera de la red nacional de prestación de servicios. No obstante haber el país incrementado en gran proporción los gastos en salud, alrededor de 40 millones de millones de pesos en el año 2013, recursos que en su mayoría fueron administrados por las EPS, persiste sin solución estructural el pago de las multimillonarias sumas que las EPS adeudan a las IPS públicas y privadas con las que contrataron en su papel de intermediarias. Problema de mayor gravedad aún, si se tiene en cuenta que según la Superintendencia de Salud, en enero de 2014, por lo menos la mitad de las EPS presentan serios problemas patrimoniales que las ponen en riesgo y afectan su capacidad de respuesta a las obligaciones financieras contraídas.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) ha documentado rigurosa y sistemáticamente durante 15 años el envejecimiento intencional de carteras por parte de EPS que, habiendo recibido los recursos del Estado y teniendo liquidez deciden no pagar a las IPS y usar, en el mejor de los casos, los dineros adeudados en operaciones de apalancamiento financiero (5). Muchas son también las alertas de la ACHC, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI) y otras organizaciones del sector salud sobre el riesgo de colapso del sistema hospitalario en el país por causa del no pago de estas deudas. Mientras el gobierno anuncia que con base en la Ley 1608 o Ley de Cuentas Maestras liberó recursos que han permitido girar directamente a las IPS cientos de miles de millones de pesos para pago de la deuda, la ACHC responde que a las clínicas y hospitales se le adeudan billones y por lo tanto no se ha resuelto el problema. Mientras la ACESI y otras agremiaciones advirtieron el año pasado que hay 540 hospitales públicos sometidos a liquidación (6), en contraste, el

ministro Gaviria se atrevió a afirmar en la Audición de Rendición de Cuentas - 2013 que “la única variable” (sic) asociada con el riesgo fiscal y financiero medio y alto de los hospitales públicos es la gestión de los gerentes (7). En el fondo de la crisis de la salud en Colombia se encuentra la intermediación innecesaria del aseguramiento. Por supuesto que todo sistema de salud necesita administración pero como muy bien lo ha precisado el doctor Juan Ahumada: “Mucha distancia hay entre la función de administrar y la función de asegurar. Administrar, como función contratada, consiste en que a una persona se le encomienda manejar unos bienes, hacer gastos, recaudar recursos y demás funciones relacionadas, para que, al final del ejercicio, devuelva íntegramente lo administrado, al propietario, y pueda cobrar por su función una cifra previamente pactada. En cambio, si se trata de aseguramiento, el empresario cobra por correr el riesgo de que suceda un evento catastrófico y de no darse este se quedará con la totalidad de lo pagado por el tomador” (8. Página 6). En el caso del aseguramiento en salud, las EPS en su papel de aseguradoras multiplican sus ganancias negando el evento o cubriendo solo parcialmente su atención, a través del “control de frecuencias y tarifas”, y de lo que los economistas neoliberales denominan Gestión del Riesgo.

El modelo de aseguramiento es la concreción en el área de la salud de las políticas neoliberales implantadas en el país. La Ley 100 corre paralela con la apertura económica del gobierno de César Gaviria y la firma de los Tratados de Libre Comercio de las administraciones siguientes, de las cuales la reforma de Santos no es sino su continuación. Colombia por supuesto no es única en este sentido. Actualmente, se adelanta una nueva estrategia global de reformas neoliberales de los sistemas de salud. Desde Inglaterra y los Estados Unidos hasta Ghana, desde España hasta Kirguistán, desde Tanzania hasta Grecia, la banca internacional formula modelos de aseguramiento en salud confeccionados a la medida de cada país. Es la política de las instituciones financieras internacionales para el sector salud orientada a captar los “mercados emergentes” luego de la gran crisis económica de 2008 (9). En todos estos países, los nuevos modelos de aseguramiento han causado un nuevo desastre en la salud de la población, o lo presagian. En Inglaterra, desde que entró en vigencia la reforma neoliberal que tiene como objetivo desmontar el excelente Sistema Nacional de Salud sin intermediación que existió por más de 60 años ha empezado a acumularse la evidencia de demoras en la atención a los pacientes, despidos especialmente de personal de enfermería, y cierre de servicios de urgencias en hospitales con el consecuente aumento en las tasas de mortalidad (10). En Ghana, uno de los casos de reforma considerados por el Banco Mundial como de los más exitosos, el plan de beneficios excluye entre otros: prótesis, antirretrovirales (¡en un país en donde 236.000 personas incluyendo 28.000 niños menores de 4 años viven con VIH!) y otros productos farmacéuticos; tratamiento para cáncer excepto cáncer cervical y de mama; ecocardiografías, angiografías, diálisis, transplantes, y la mayoría de las neurocirugías y las

cirugías cardíacas (11). La gravedad de la situación de salud en Grecia, una de las mejor documentadas (12) se ilustra claramente con el encabezamiento a una nota suicida dejada por una mujer: "Puedes tomar los 600 euros que encontrarás en mi bolsillo para pagar nuestro seguro de salud".

4. Aseguramiento en salud "con o sin reforma"

El año 2013 terminó con una gran derrota para el gobierno al quedar sin aprobación en el Congreso de la República el proyecto de reforma ordinaria de la salud presentado el 19 de marzo anterior. Las masivas protestas de profesionales, estudiantes y trabajadores de la salud lo impidieron. Y previendo que las dificultades para la aprobación en el Congreso continuarán en 2014, el Ministerio de Salud cambió su estrategia: de pretender que se apruebe un articulado detallado con cada uno de los puntos acordados con la banca internacional sobre la forma como debe operar el aseguramiento tal como fueron consignados en el Proyecto inicial de Ley Ordinaria radicado en marzo, el ministro pasó a plantear que en la actual legislatura se deben aprobar solo unos "pocos artículos sustanciales". El gobierno propondrá entonces que tengan fuerza de ley: la creación del fondo o tesorería nacional que sustituirá al Fosyga y la forma como de allí se les pagará a las EPS o Gestores; el carácter del aseguramiento, los incentivos a la gestión del riesgo, un fondo de garantías; elementos de política farmacéutica y de sistemas de información en salud, aspectos todos que según el ministro Gaviria requieren de "artículos legales".

Entre tanto, por la vía de decretos y resoluciones, con la asesoría del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y sin tener que preocuparse de discutir estos puntos de cara a la opinión pública, el Ministerio de Salud ha avanzado en la reforma sin esperar a que se apruebe la reforma ordinaria en el Congreso ni a que la Corte Constitucional se pronuncie sobre la Ley Estatutaria. Actualización del POS, control del precio de medicamentos, movilidad de régimen subsidiado a contributivo y portabilidad del aseguramiento son áreas ya definidas por esta vía. Están anunciadas entre otras, normas para la habilitación de las EPS existentes en Gestores, lo que de paso, es una manera de afianzar el aseguramiento sin necesidad de debatir sobre su conveniencia en el nuevo sistema de salud. Igualmente, el ministro se presta a definir por vía no legislativa la forma que asumirá el aseguramiento en las llamadas áreas de gestión sanitaria para los territorios que tienen una población dispersa. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) lanzado el año anterior hace parte de esta estrategia de reformar sin que la reforma pase por el Congreso, pues allí se establecen el rol y las funciones de las EPS tanto en Atención Primaria en Salud (APS) como en los programas de salud pública. El PDSP proyecta a las EPS "o a quien haga sus veces" hasta el año 2021 y les asigna nada menos que 25 funciones importantes de formulación y ejecución de planes de salud pública (13).

Parte integral de la nueva estrategia del Ministerio de Salud fue la realización en Medellín el pasado mes de febrero de la “Cumbre Nacional por la Salud” convocada en asocio con el BID. Esta reunión, además de dejar constancia pública de que el BID ha orientado y financiado con sus préstamos la implementación de la Ley 100 desde el primer día, pretendió retomar para el gobierno la iniciativa en el trámite de la reforma y dejar en claro ante el país que para el gobierno nunca ha estado en cuestión el modelo de aseguramiento, toda vez que con el trámite de la reforma se busca simplemente negociar las modalidades de aseguramiento que tendrán lugar. Otro objetivo principal fue el de controvertir la tesis de la salud como un derecho fundamental que se arraigó a nivel nacional en el personal de salud durante las protestas del año anterior y sustentar la eliminación de las tutelas con el argumento que todo derecho tiene sus limitaciones.

5. Un sistema nacional de salud sin aseguramiento

Una audiencia celebrada el pasado 11 de marzo en el Senado de los Estados Unidos citada por el senador Bernard Sanders analizó la experiencia de los sistemas nacionales de salud de Canadá, Francia, Taiwán y Dinamarca, los cuales tienen un pagador único, o lo que es lo mismo, no tienen intermediación financiera ni predominio del aseguramiento. La audiencia tuvo como objetivo comparar con los sistemas de pagador único, el reformado sistema neoliberal en salud conocido como “Obamacare” y extraer las lecciones pertinentes (14).

El debate demostró que con numerosas particularidades en cada país, los modelos sin aseguramiento son superiores a los modelos de mercado de seguros al lograr cobertura universal con planes de beneficios integrales que son los mismos para toda la población sin discriminación por capacidad de pago, edad o situación laboral, calidad en la atención y por lo tanto niveles muy altos de satisfacción con el sistema entre la población. Una característica general en los sistemas sin aseguramiento es la inversión directa en atención y programas de salud gracias a los grandes ahorros en gastos generales y en administración de salud.

Como es imposible resumir aquí la información presentada en la audiencia, baste con señalar que mientras en Estados Unidos los costos administrativos corresponden al 31% de lo gastado anualmente en salud debido a la burocracia e intermediación de las aseguradoras, en Canadá los gastos en administración que corresponden estrictamente al sistema sin aseguramiento son de apenas el 1.3%. Y mientras en 2011, los Estados Unidos gastaron en salud el 17.9 % del PBI, los países con sistemas de salud sin predominio del aseguramiento, cobertura universal y alta calidad en la atención gastaron mucho menos: Canadá: 11.2%; Francia: 11.6%; Alemania: 11%; Inglaterra: 9.4%; Dinamarca: 10.9% y

Taiwán: 6.5% (15, 16, 17). Nada similar a los paseos de la muerte se reporta en estos países.

En Colombia, la crítica a la Ley 100 y las propuestas de un nuevo modelo de salud sin EPS ha sido una constante, especialmente desde la academia, en donde médicos investigadores en salud pública como los doctores Mario Hernández y Saúl Franco en la Universidad Nacional, Rubén Darío Gómez en la Universidad de Antioquia y Román Vega en la Universidad Javeriana, entre muchos otros, han liderado ese movimiento. Una de sus contribuciones fundamentales ha sido la elaboración de un proyecto de Ley Estatutaria y un proyecto de Ley Ordinaria de la Salud que fueron radicados en el Congreso y que recientemente fueron recopiladas en una publicación con el título: “Salud: Iniciativas legislativas desde la sociedad civil” (18) Organizaciones gremiales de la salud, la federación Médica Colombiana, la Asociación Nacional de médicos Internos y Residentes (ANIR), y las asociaciones científicas de los médicos especialistas han contribuido también a revelar la responsabilidad de las aseguradoras en la crisis de la salud. Resultado de las movilizaciones pacíficas en contra de la reforma a la salud de Juan Manuel Santos y por una “salud digna” de 2013, se conformó la **Mesa Nacional por el Derecho a la Salud**, la cual participó el 3 de abril en la audiencia sobre salud realizada en el Congreso de la República y organización que ha venido adelantando un proceso de definición de los criterios, políticas públicas y componentes estructurales que deben guiar una propuesta alternativa de sistema de salud.

El senador Jorge Enrique Robledo ha denunciado una y otra vez la inaceptable y prevenible tragedia que ha significado la Ley 100, la que califica no como una ley para la salud de los colombianos, sino una ley para el negocio de las EPS con la salud de los colombianos. Al igual que el senador Sanders en el congreso norteamericano, Robledo hace parte de una minoría que a diario confronta a la mayoría parlamentaria del gobierno comprometida con las compañías aseguradoras y las EPS. Al igual que con las manifestaciones de protesta civilista se frenó la aprobación de la reforma del gobierno el año pasado, con el apoyo mayoritario de la población se crearán en el futuro las condiciones para establecer un sistema de salud sin aseguramiento en Colombia.

La Figura 3 presenta para el análisis y el debate un nuevo modelo de salud sin aseguramiento que reorganiza los tres pilares básicos de todo sistema de salud: la rectoría o dirección, la financiación y la prestación de servicios. Parte de la necesidad de un Ministerio de Salud fuerte y sin injerencia en sus decisiones de las instituciones financieras internacionales, que se apoye para su labor de generación de políticas de salud y de dirección del día a día del fomento y protección de la salud de los colombianos en una *Comisión de Economía y Salud*. De esta comisión saldrán los lineamientos y pautas para el

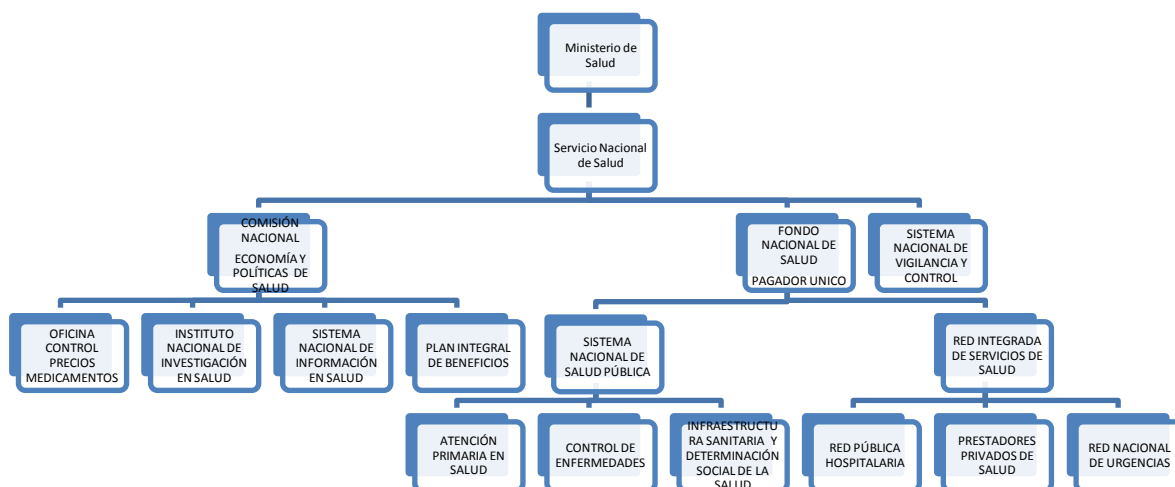
trabajo del *Instituto Nacional de Investigación en Salud*, el *Sistema Nacional de Información en Salud* y la *Oficina de Control de Precios de Medicamentos*, y para la comisión encargada de regular la continua evolución del *Plan Integral de Beneficios*.

La financiación del sistema se haría a través del *Fondo Nacional de Salud* con carácter de recaudador y pagador único, lo cual lo diferencia en lo fundamental de “Salud Mía”, el fondo diseñado en la propuesta de Santos para servir a los intereses de las compañías de seguros.

La prestación de servicios interconecta *el Sistema Nacional de Salud Pública* con las *Redes Integradas de Servicios* de manera tal, que sea posible integrar el acceso a programas de prevención y promoción de la salud, con la consulta médica general, la consulta especializada y la atención hospitalaria cuando sea necesaria. Del sistema de salud pública dependen los organismos especializados en implementar la *atención primaria*, los *programas nacionales de control de enfermedades comunicables y no comunicables* y los *programas de infraestructura sanitaria y demás programas intersectoriales* con su enfoque de determinación social de la salud. La prestación de servicios se organiza en redes horizontales en las cuales convergen para la atención de la población de un mismo territorio y sin intermediación del aseguramiento: una recuperada y fortalecida *red pública hospitalaria*, los *prestadores privados de salud* y una *Red Nacional de Atención de Urgencias* que habría que crear para erradicar del país los “paseos de la muerte”.

Insertar aquí Figura 3

Figura 3. Un nuevo modelo de salud sin aseguramiento, ni EPS, ni Gestores.



En primer lugar, un nuevo sistema de salud sin EPS requerirá de un organismo de dirección independiente de las instituciones financieras internacionales. Un organismo que conciba la salud como bien público y responsabilidad del Estado; como un derecho y no como una mercancía cuya distribución es intermediada por compañías aseguradoras. Un nuevo Ministerio de Salud.

Referencias

1. Banco Interamericano de Desarrollo BID, 2013 Colombia. Apoyo a la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Documento CO – L1157. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37834608>
2. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI. Sistema de Aseguramiento en Colombia. Participación del Sector Privado. 22 de mayo 2009 <http://www.docstoc.com/docs/107698855/SISTEMA-DE-ASEGURAMIENTO-EN-COLOMBIA-Participaci%EF%BF%BDn-del-sector>

3. El tiempo.com Redacción Justicia. Médicos piden a Santos que declare emergencia en el sector de la salud. 6 junio 2011 http://www.eltiempo.com/justicia/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9553170.html

4. Beltran, U. 2014. La verdadera historia de SaludCoop EPS: pasado, presente y futuro (12/mayo/2011 a 15/febrero/2014). <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com/2014/01/la-verdadera-historia-de-saludcoop-eps.html>

5. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas . 2013. Debate: Las deudas de las EPS a los hospitales y clínicas. Intervención ACHC Juan Carlos Giraldo . Nov 2013 <http://www.achc.org.co/contenidosxid.php?id=1442>

6. CM&La noticia. 2013. 540 hospitales públicos en riesgo de liquidación. 27 de agosto 2013. <http://www.cmi.com.co/?n=114088>

7. Minsalud 2013. Respuestas a ciudadanos Rendicuentas 2013 <http://www.youtube.com/watch?v=cSvLoFclkg&feature=youtu.be>

8. Ahumada, J. 2013. Reforma Santista al sistema de salud: que todo cambie para que todo siga igual. Revista Deslinde 53 4-7 Agosto-Septiembre 2013

9. Useche, B. 2014. La reforma de la salud golpea a la clase media. Vanguardia Liberal. 11 de enero 2014. <http://www.vanguardia.com/opinion/columnistas/bernardo-useche/241806-la-reforma-de-salud-golpea-a-la-clase-media>

10. Singh, G. 2013. Asleep on the job - England's young doctors and the NHS reforms. 4 de septiembre 2013 <http://www.opendemocracy.net/ournhs/guddi-singh/asleep-on-job-englands-young-doctors-and-nhs-reforms>

11. The World Bank. 2012. Health Insurance Handbook: How to Make It Work. World Bank Working Papers 219. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5913/662340PUB0EPI00ndbook09780821389829.pdf?sequence=1>

12. Kondilis, E., et al. 2013. Crisis and Opportunities Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. American Journal of Public Health: June 2013, Vol. 103, No. 6, pp. 973-979.

13. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud 2013. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. La salud la construyes tú. http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf

14. Physicians for a National Health Program PNHP. 2014. Senate hearing: Learning from other nations' health systems. 14 de marzo 2014.

<http://www.pnhp.org/news/2014/march/senate-hearing-learning-from-other-nations-health-systems>

15. U.S. Senate Committee on Health, Labor, Education & Pensions. Subcommittee on Primary Health and Aging. 2014. Hearing on “*Access and Cost: What the US Health Care System Can Learn from Other Countries*”. Statement by Tsung-Mei Cheng. March 11 2014. <http://www.help.senate.gov/imo/media/doc/Cheng.pdf>
16. U.S. Senate Committee on Health, Labor, Education & Pensions. Subcommittee on Primary Health and Aging. 2014. Hearing on “*Access and Cost: What the US Health Care System Can Learn from Other Countries*”. Statement by Danielle Martin. March 11 2014. <http://www.help.senate.gov/imo/media/doc/Martin.pdf>
17. U.S. Senate Committee on Health, Labor, Education & Pensions. Subcommittee on Primary Health and Aging. 2014. Hearing on “*Access and Cost: What the US Health Care System Can Learn from Other Countries*”. Statement by Jacob Kjellberg. March 11 2014. <http://www.help.senate.gov/imo/media/doc/Kjellberg.pdf>
18. Comisión de Seguimiento a la Sentencia T - 760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social CSR; Alianza nacional por un nuevo sistema de salud ANSA; Viva la ciudadanía. 2014. Salud: Iniciativas legislativas desde la Sociedad civil. <https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=7EC29E8AE58A0F0E!1953&ithint=file%2c.pdf&app=WordPdf&wdo=2&authkey=!ABJK2NVk6B9hN3k>