

**Análisis Comparativo del Proceso de Financiamiento entre los Sistemas de Gestión de la
Salud Pública de Colombia y Brasil en la Última Década.**

Néstor Javier Correa Guarín

Álvaro Erik Cala Pulido

Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Santo Tomás

Especialización en Auditoría de Servicios de Salud

Claudia Bernal

31 de Enero de 2022

Contenido

Resumen	3
1. Introducción	4
2. Objetivos	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. Metodología	6
4. Estado del Arte	8
5. Discusión	26
6. Conclusiones	28
Bibliografía	31

Resumen

La financiación del Sistema de Salud, así como de otros contextos de los que depende el establecimiento de condiciones dignas de subsistencia para los seres humanos es sin duda uno de los aspectos coyunturales y de mayor trascendencia en las sociedades contemporáneas, un gran reto para las naciones en vía de desarrollo, y uno de los álgidos asuntos de los que depende la prestación de un servicio de calidad en las diferentes instituciones encargadas de velar por el Bienestar y la Salud de los Ciudadanos.

El trabajo que se presenta a continuación constituye un esfuerzo de los autores por alcanzar una comprensión profunda de este fenómeno a partir de las categorías de lo legal y burocrático, el marco de información especializada con la que se cuenta en los dos países de referencia, países que han sido seleccionados de acuerdo a sus reconocidos esfuerzos por mejorar las condiciones de salud de su población, particularmente en los últimos diez años, con muy diferentes niveles de logro y de impacto, así como por razones asociadas a su tradición y pensamiento aplicado al terreno de la salud pública (Merlano y Gorbanev 2013).

Los contenidos aquí expuestos hacen parte de la información recabada en el Seminario Internacional Misión Académica en Brasil y en un proceso de identificación y análisis de información derivada de fuentes de uso libre disponibles en diferentes bases de datos y fuentes de información accesibles gracias a Internet, y mediadas como es natural, por un riguroso proceso de selección acorde a criterios como el de la pertinencia, idoneidad, y tratamiento riguroso de la información.

1. Introducción

El escrito que se presenta a continuación es el resultado de una serie de análisis y estudios respecto a la gestión de los sistemas de salud de Colombia y Brasil respectivamente, a los que se hizo alusión gracias al Seminario Internacional Misión Académica en Brasil, perteneciente a las actividades inherentes a la Especialización en Auditoría de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás de Tunja, en la que se tuvo la oportunidad de acceder a importantes conocimientos relacionados con la gestión del sistema de salud del país vecino, y que desde luego ha generado importantes interrogantes en los asistentes, quienes como es natural, encontraron serias diferencias con el funcionamiento y resultados del Sistema colombiano, razón que motivó un análisis más profundo de parte de los autores, y que se pretende plasmar en las páginas siguientes.

No se trata en modo alguno, de una denuncia respecto a limitaciones o bondades de alguno de estos sistemas, sino de la exposición meticulosa de los aspectos más relevantes de los mismos en las categorías seleccionadas, según la literatura consultada en diferentes fuentes de información que se detallarán en los apartados siguientes, con los que se espera informar y documentar a los lectores, esto con la finalidad de ampliar el panorama de juicio con el que se comprende la naturaleza del proceso de gestión de nuestro país, y posibles alternativas de manejo y organización en las instituciones públicas y privadas, las que continuamente se ven abocadas a la solución improvisada y extraordinaria de situaciones y problemas propios de este contexto, las que en últimas limitan la vida misma de las instituciones así como la calidad de vida de los pacientes y usuarios del sistema de salud.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Realizar un análisis comparativo del sistema de salud colombiano respecto a su similar brasileño en el aspecto particular de las fuentes de financiación, tomando como referentes los aspectos teóricos y legales que los regulan, esto con el fin de profundizar en el conocimiento de los diferentes modelos de gestión Administrativa y Financiera en salud y desde luego basado en la literatura especializada de la última década.

2.2. Objetivos Específicos

Seleccionar y reseñar documentos legales y de carácter descriptivo en los que se haga explícito el proceso de financiación con el que se sostiene el sistema de salud en cada uno de los países que hacen parte de este estudio.

Establecer desde las categorías de lo legal y burocrático, el marco normativo y de gestión que sustenta la prestación del servicio de salud en los países objeto de este estudio, identificando relaciones de semejanza y disparidad entre los mismos.

3. Metodología

Puesto que el interés superior de este estudio consistía en la generación de un análisis descriptivo, en el sentido en que lo entiende Guevara, Gladys et al. (2020) es decir como un estudio que “se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales, una realidad” en este caso dirigido hacia la profundización del conocimiento de los Procesos de Financiación y Gestión de los Sistemas de Salud referidos, identificando sus particularidades, puntos de encuentro y diferencias, se procedió a la identificación de Bases de Datos, Catálogos en línea, y Repositorios digitales oficiales y de diverso índole, de uso libre en los cuales basar el estudio.

El análisis se basa igualmente en la consideración de que los métodos descriptivos, son también definidos también como el tipo de estudio que tiene como propósito fundamental describir las características más relevantes de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando para ello criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los temas estudiados, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes (Sabino, C. 1992)

En consonancia con lo anterior, la realización del trabajo precisó el establecimiento de categorías de análisis desde las cuales clasificar esta información, y facilitar la comprensión de la

gestión y el funcionamiento de los mismos, para lo que fue imprescindible una basta documentación y la identificación de los puntos de encuentro y divergencia que permitieran profundizar el conocimiento en esta materia, como es natural desde criterios como el de la pertinencia, idoneidad; el de tratamiento riguroso de la información; y como es natural el de actualización para el que solamente se tuvo en cuenta documentos de la última década.

4. Estado del Arte

La salud pública es, en definitiva, uno de los temas más espinosos, complejos y controversiales de los que actualmente puede hablarse especialmente en naciones en vía de desarrollo; la gestión de la misma varía considerablemente en cada país de acuerdo a múltiples circunstancias; según la Comisión Económica para América Latina (2021):

La mayoría de los países evidencian las dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud. La desigualdad en la atención de salud está dada no sólo por carencias de accesibilidad sociocultural y geográfica, sino principalmente por desigualdades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de la población de salud.

Colombia y Brasil aparecen en este panorama como dos de las naciones que mayores avances han presentado en esta materia, sobre todo en la última década, razón por la que resulta particularmente valioso fijar la atención sobre sus respectivos sistemas de salud, y más específicamente sobre sus políticas, y el andamiaje de gestión a partir del que se configura la prestación de dicho servicio (Merlano y Gorbanev 2013).

En adelante se esbozará con cierto detalle, a partir de las categorías jurídicas y de gestión algunos de los elementos característicos de estos sistemas, no obstante, dada la intencionalidad de este estudio no sobrára introducirse al mismo recordando que el actual sistema de salud colombiano, creado por la Ley 100 de 1993 bajo el nombre de Sistema General de Seguridad

Social en Salud (SGSSS), cuyo objeto particular consiste en la regulación del servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención para todos los ciudadanos. Y que en función de estos objetivos, define un conjunto de servicios, Plan Obligatorio de Salud (POS), que se han de garantizar a la población, la cual se encuentra asegurada bajo el régimen contributivo (personas con capacidad de pago) y el régimen subsidiado (personas pobres y vulnerables sin capacidad de pago).

Por su parte, es necesario conceder que la Salud en el Sistema Brasileño es concebida como un Derecho de todos y Deber del Estado, garantizado por las políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros riesgos, el acceso universal y equitativo mediante acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Otro aspecto de relevancia singular que es necesario concebir antes de entrar en el detalle particular de las fuentes de financiación, objeto de este estudio, es que también en el caso brasileño, tal como sucede en el sistema colombiano, este está compuesto, por una simbiosis entre sector público que cubre alrededor de 75% de la población y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno el federal, el estatal y el municipal (Sobral de Carvalho, Bruno y Schubert Baldur 2013).

Figura 1*Comparativo del Financiamiento de los Sistemas de Salud de Colombia y Brasil*

	Colombia	Brasil
Normatividad Vigente	<i>Congreso de la República de Colombia (1993).</i> Ley 100 de 1993. Constituye el Marco Jurídico desde el que se regula el Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia. Se configura como el fundamento y núcleo integrador que coordina el conjunto de entidades, normas y procedimientos por medio de los cuales las personas pueden hacer uso efectivo de su Derecho a la Salud, así como el acceso a las condiciones a partir de las cuales ha de garantizarse un nivel aceptable de calidad de vida acorde con su dignidad humana. Este cuerpo normativo e Institucional configura el Sistema Nacional de Protección Social, el que además se conforma de todo el conjunto políticas,	<i>Congreso de la República del Brasil (1990)</i> Ley 8080 de 1990 La Política Nacional de Salud se basa en la Constitución de 1988, que establece los principios y directrices de la atención para la salud en el país, la cual es gestionada y garantizada por medio Sistema Único de Salud (SUS); regulada por la Ley Orgánica del Sistema Único de Salud, Ley 8080 de 1990. El Sistema Único de Salud (SUS) es un sistema público, universal y gratuito, financiado por los impuestos, hoy tiene 190 millones de personas aseguradas, el gasto anual es de 54 billones de dólares, su marco legal se rige mediante la Ley

	normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. Según el Ministerio de Salud (2016), “se trata de un sistema complejo que incluye, entre otras cosas, las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios asociados al cuidado, promoción y recuperación de la salud”. A partir de los supuestos implícitos a esta ley, es necesario comprender la Seguridad Social como un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y cuya prestación es mediada por entidades públicas y privadas (Ley 100 de 1993). Lo anterior con el propósito de evitar desequilibrios económicos y sociales que, de no resolverse, significarían la reducción o la pérdida de los ingresos a causa de contingencias como la enfermedad, los accidentes, la maternidad o el desempleo, entre otras. Dicho sistema, incluye además, los sistemas de pensiones, de salud, de riesgos laborales, y de servicios sociales complementarios.	8080 de 1990, el sistema de salud está integrado por el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud estatales y locales, la provisión de los servicios se realiza mediante hospitales públicos y hospitales privados; por otro lado, el sistema cuenta con planes o seguros de salud médicos y hospitalarios privados manejados por aseguradoras, cuentan con 48 millones de afiliados, ingresos anuales de 44 billones de dólares. El SUS tiene las orientaciones prácticas: Descentralización de la gestión Atención integral y Participación de la comunidad. Así como Principios constitucionales tendentes a la Universalidad; Integralidad de acciones y servicios públicos de salud; Descentralización de los servicios con dirección única en cada esfera de gobierno; y Participación social (Franco-Giraldo AJ 2020).
--	--	---

Fuentes de Financiación	Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS	Becerril Montekio, et al. (2012). El Sistema de Salud de Brasil. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil.
	El texto al que se hace alusión, producto de la literatura oficial, reconoce que, la Constitución Política de Colombia, consagra la atención en salud como un servicio público que el Estado debe garantizar conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, por lo que le compete también la organización, dirección y reglamentación, estableciendo para ello políticas que orienten la prestación de los servicios de salud, las competencias de la Nación, las Entidades Territoriales y los particulares, así como el ejercicio, la vigilancia y control sobre el mismo (<i>Ministerio de Salud y Protección Social 2016</i>). El documento está dividido en cinco capítulos en los que se abordan los componentes generales del financiamiento del Sistema de Salud. El Primer Capítulo se orienta al Análisis y Exposición del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, el marco conceptual de las Subcuentas del Fondo que lo integran, así como sus fuentes y	El financiamiento del sistema de salud brasileño es mixto, ya que en él coexisten fuentes de recursos públicas y privadas. Según <i>Becerril Montekio, et al. (2012)</i>. “El financiamiento público representa cerca del 48% del gasto total en salud, y los recursos provienen de los impuestos generales de las tres instancias del gobierno y las contribuciones sociales (federales)”. Cerca de la mitad de esos recursos se transfieren a los estados y municipios. La otra mitad cubre los gastos del Ministerio, incluidas las entidades vinculadas a éste y los hospitales que el ministerio administra directamente. El financiamiento privado proviene de las empresas y las familias. El gasto de las empresas se destina, casi en su totalidad, al pago, generalmente parcial, de los seguros o planes de salud para sus empleados dependientes (fringe benefits). El gasto de las familias se concentra en las franjas de ingresos

	usos señaladas detalladamente dentro de su contexto legal. Por su parte, el Segundo Capítulo se encarga de ilustrar de manera meticulosa las fuentes y usos de los recursos que financian el Régimen Contributivo, conformado como se ha enunciado previamente por los usuarios del sistema de salud que están en capacidad de hacer un aporte económico para acceder a los beneficios del sistema de salud. No menos importante resulta la exposición del Capítulo Tres en el que se documenta la financiación del Régimen Subsidiado con sus respectivas fuentes y usos. El capítulo cuarto del documento de referencia contiene la explicación de otros recursos del sector salud como son el Fondo de Salvamento y Garantía –FONSAET- y los recursos correspondientes a los excedentes consagrados en la Ley 1608 de 2013. Por último, destaca el capítulo quinto, la metodología para la formulación de los Planes Financieros Territoriales por parte de los Departamentos y Distritos, así como las fuentes y usos de los recursos que deben incorporarse en los mismos.	más elevadas: en 2006, el 30% más rico era responsable del 68% del gasto familiar en salud, mientras que el 30% más pobre respondía por apenas 7% del gasto familiar en salud. El financiamiento para la asistencia farmacéutica del esquema de Atención Básica del SUS tiene un origen tripartito: gobierno federal, gobiernos estatales y gobiernos municipales. El programa Farmacia Popular del Brasil tiene como objetivo ampliar el acceso a medicamentos básicos y esenciales a bajo costo para quienes utilizan los servicios privados y tienen dificultades para adquirirlos debido a su alto costo en las farmacias comerciales. Funciona con base en la colaboración entre el Ministerio de Salud Federal, los Gobiernos Estatales y Municipales e Instituciones privadas autorizadas para instalar este tipo de farmacia.
--	--	--

Criterios de Financiación.	Vargas González, Vilma. (2021). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Aspectos normativos y de gestión. SUMMA. Revista disciplinaria en ciencias económicas y sociales.	Tribunal de Cuentas de la Unión (2016) Gestión de Atención Básica de la Salud en Brasil. Secretaria de Controle Externo da Saúde.
	El Artículo en mención basa su análisis respecto al Financiamiento del Sistema de Salud en el Marco Jurídico que lo envuelve, plantea que a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, se evidencia un cambio de paradigma respecto a la Gestión de dicho Sistema dado que la adopción de técnicas presupuestarias de carácter burocrático facilita el control en el manejo de los recursos y la destinación eficiente de los mismos hacia las necesidades reales de los ciudadanos. El financiamiento a la demanda de servicios de salud, sobre el que se sustenta el sistema de Salud del País, se realiza tomando como unidad de valoración para la asignación de recursos, la unidad de pago per cápita, con la cual se financia para cada ciudadano un plan obligatorio de salud, en relación a cada régimen, ya sea el contributivo o el subsidiado (Vargas, V. 2021); esto, a pesar de que la prestación de servicios de salud sea considerada obligatoria y garantizada por el Estado, trae consigo limitaciones, fuertes desigualdades e inequidades,	La financiación de la atención básica es tripartita cuyos recursos son destinados por la Unión, Estados, Distrito Federal y Municipios. No existe definición en las normas que establezcan la proporción de participación de cada entidad federada. Sin embargo, hay criterios específicos en relación al financiamiento bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (Límite para la Atención Básica Fija y el Límite para la Atención Básica Variable). Ni existe un criterio común para los estados y, en general, ocurre un complemento municipal para ejecutar acciones de atención básica de salud municipal. (Tribunal de Cuentas de la Unión 2016). Los gestores municipales, en la encuesta nacional, mostraron que la contribución de la Unión y los estados no es suficiente para financiar acciones de atención básica, dada la

	que se intentan corregir con la Ley Estatutaria de Salud de 2015. Entre los postulados más importantes a los que se llega en este documento es necesario resaltar que el sistema de salud en Colombia se financia principalmente con los aportes que realizan los afiliados al régimen contributivo, los impuestos generales que se giran a las regiones a través del Sistema General de Participaciones, las rentas territoriales, los esfuerzos fiscales propios de las entidades territoriales, la conversión de recursos parafiscales en impuestos según lo dispuesto en la Ley 1819 de 2016. (Vargas, V. 2021).	complejidad de los servicios para satisfacer las demandas de la población La planificación de las acciones de salud del SUS debe guiarse por las necesidades de la población, pero ante el volumen de recursos transferidos a los municipios, por parte de los Estados y la Unión, las acciones son planeadas, en la práctica, a partir de la capacidad de oferta del sistema que se revelan insuficientes para hacer frente a las necesidades de los usuarios, en gran parte de los municipios. Monteiro, María (2016).
Mecanismos de Financiación y Operación	Titelman, Daniel y Uthoff Andras. (2012) Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile – Colombia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.	Organización Panamericana de la Salud (2017). Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS.
	El texto al que aquí se hace referencia hace un estudio detallado de las fuentes de financiación del Sistema de Salud Colombiano, uno de los más importantes aspectos, según el autor, de los que depende el funcionamiento y puesta en marcha de	La destinación de los recursos financieros permanecía, en parte, vinculada a la lógica de la oferta, a la capacidad instalada existente y a las necesidades del ingreso de los prestadores de servicios de salud, lo que mantenía la

	todo el andamiaje del que depende el correcto y asertivo funcionamiento de cualquier sistema institucional, especialmente de aquellos referentes a las dinámicas internas de las Instituciones Promotoras y Prestadoras de los Servicios de Salud Entre las diferentes reflexiones esbozadas llama la atención los señalamientos respecto a la naturaleza del Sistema de Salud colombiano previo a la Reforma de la Ley 100, y las profundas transformaciones que en dicha materia son introducidas por el nuevo modelo, especialmente es aspectos relacionados con la gestión del mismo en asuntos financieros. (Titelman, Daniel y Uthoff Andras. 2012). Es importante tener en cuenta que, como se relacionó anteriormente, según lo reseña Vargas, V. (2021) con la ley 100 “...desaparece el papel monopólico del Estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, al crearse las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deberán competir entre sí para conseguir afiliados y subsistir”.	concentración de recursos en las áreas más desarrolladas y en acciones no siempre compatibles con las necesidades de la población. En el ámbito de los estados, los criterios adoptados para la distribución de los recursos entre los municipios eran, en general, como explícitos. El financiamiento del SUS siendo una responsabilidad común de los tres niveles de gobierno ha sufrido tradicionalmente una serie de limitaciones que dificultan el acceso de buena parte de la población, especialmente por la ineficiencia de recurso razón por la que en septiembre de 2000, se aprobó la Enmienda Constitucional 29 (EC-29), que determina la vinculación de ingresos de los tres niveles para el sistema. Los recursos federales, que corresponden a más del 70% del total, vienen siendo distribuidos progresiva y proporcionalmente a estados y municipios, a través de transferencias directas del Fondo Nacional de Salud a los fondos de los estados y municipios, conforme el mecanismo instituido por el decreto 1.232, del 30 de agosto de 1994. (Tribunal de Cuentas de la Unión 2016)
--	---	--

	Ello al mismo tiempo que, se introduce un cambio radical respecto al fortalecimiento de la dirección del sistema mediante la creación de un organismo colegiado con funciones decisorias, que suple desde entonces, las dificultades derivadas de la alta rotación en el Ministerio de Salud, ente denominado Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud con sus homólogos a nivel territorial — las Direcciones Territoriales—, se especializan en las funciones de dirección, vigilancia y control, eliminando gradualmente de ellas la financiación y prestación directa de servicios. Se crea el Fondo de Solidaridad y Garantía, ente encargado de la administración de los recursos del sistema, que encarna la responsabilidad del Estado en su financiación y organización, y que además delega en las EPS el recaudo y manejo de los recursos que, por ley, son de propiedad del sistema. Este se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: la de Compensación; la de Solidaridad; la de Promoción y Prevención; y la de Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes	La intensa capacitación de municipios y estados generó un expreso aumento de las transferencias de recursos del Fondo Nacional de Salud para los fondos de los municipios y de los estados, haciendo que en diciembre de 2001, la mayor parte de los recursos de la asistencia ya fuese transferida de esa forma, en contraposición a la predominancia del pago federal directo a los prestadores de servicios
--	---	---

	Naturales, encargadas del manejo de los recursos específicos en cada uno de los rubros señalados.	
Regulación del Gasto	<i>Ministerio de Salud y Protección Social, (2018).</i> Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia. Papeles en Salud N. 17.	<i>Franco-Giraldo AJ (2020).</i> Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI.
	De acuerdo a la Institucionalidad, y la Información suministrada por la Entidades del Estado Colombiano, en este caso del Ministerio de Salud, ente administrativo superior en materia de Políticas Nacionales en relación con la regulación, prestación y garantía del Derecho Constitucional de la Salud, la mayor parte de los servicios de salud son prestados y reconocidos a través del Plan de Beneficios en Salud, cuya financiación deriva de los recursos fiscales y parafiscales que son administrados por una entidad del orden nacional denominada Administradora de Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud (ADRES). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). De acuerdo a lo anterior, para financiar los servicios reconocidos en el Plan de beneficios, el Estado	Corresponde al gasto que se financia y se ejecuta en las tres esferas de administración pública (federal, estadual y municipal). El gasto federal corresponde a las erogaciones de los hospitales especializados del Ministerio de salud, los Hospitales Universitarios del Ministerio de Educación, los Programas especiales de Salud Pública (vigilancia sanitaria, inmunización, promoción y prevención), la investigación y enseñanza en salud, el pago de servicios a terceros, y la reglamentación y administración del sector. En los últimos años ha aumentado la importancia de las transferencias de recursos a estados y municipios en la composición de los gastos en salud. Los gastos estaduales en salud son aquellos realizados en el marco de los programas de

	reconoce una prima de aseguramiento denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que actúan como aseguradoras del riesgo de salud dentro del sistema. Los recursos también pueden girarse de manera directa a Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) e incluso a algunos proveedores de tecnologías de salud haciendo uso del mecanismo del giro directo. Desde el punto de vista de la recolección de recursos, la principal fuente para salud pública en Colombia la constituyen las transferencias nacionales a las Entidades Territoriales conocidas como el Sistema General de Participaciones; estas son transferencias que realiza el Gobierno Nacional Central (GNC) a las Entidades Territoriales (ET) en el marco de los Artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia (Bonet, Pérez, & Ayala, 2014). Estos recursos, según la Ley 715 de 2001 deben estar dirigidos, en lo que respecta a salud pública, a financiar las intervenciones colectivas, los laboratorios de salud pública, vigilancia y control de medicamentos y alimentos, control de factores de riesgo derivados del ambiente, entre otras. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).	salud pública, promoción y prevención propios o compartidos con el gobierno federal, además de incluir gastos de prestación de servicios en sus unidades, pago de servicios proporcionados por terceros (como establecimientos privados) y eventuales transferencias de fondos a los municipios. Los gastos municipales en salud se realizan en las unidades propias o contratadas por el poder público municipal. El gobierno brasileño ha impulsado, desde los años ochenta, un fuerte proceso de descentralización, traspasando a los municipios la principal responsabilidad por la atención de la salud y proveyendo recursos para que dichas esferas puedan funcionar con autonomía en la gestión de sus servicios de salud.
--	---	--

Competencias y Actores	<i>Orozco Gallo, Antonio (2015).</i> Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. Centro de Estudios Económicos Regionales del Banco de la República.	<i>Montekio, Víctor; Medina, Guadalupe; y Aquino, Rosana (2012).</i> El Sistema de Salud de Brasil. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil.
	El actual sistema de salud colombiano, creado por la Ley 100 de 1993 bajo el nombre de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención para todos los ciudadanos. Con ese fin, define un conjunto de servicios, Plan Obligatorio de Salud (POS), que está garantizado a la población, la cual se encuentra asegurada bajo el régimen contributivo (personas con capacidad de pago) y el régimen subsidiado (personas pobres y vulnerables sin capacidad de pago). (Orozco, A. 2015). Según los planteamientos esbozados por Orozco, A. (2015). En el sistema de salud colombiano se consideran, desde el marco legislativo actual, seis competencias, las cuales son: “rectoría, modulación, financiamiento, aseguramiento, salud pública y prestación de servicios”. La rectoría del sistema, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, que a su vez integra la	Como se mencionó anteriormente, el Sistema Único de Salud es por definición constitucional, un sistema público de salud, de carácter universal, basado en la concepción de la salud como un Derecho de la ciudadanía, dentro de la noción de unicidad y al mismo tiempo dentro de las directrices organizadoras de: descentralización, con comando único en cada esfera de gobierno; integralidad de atendimento y participación de la comunidad. (Montekio, Víctor. et al. 2012). La participación de la comunidad se concretiza a través de Conferencias de Salud y de los Consejos de Salud. Las Conferencias de Salud se realizan a cada cuatrienio, con representantes de los diferentes segmentos sociales, con el objetivo de evaluar la situación de la salud y proponer las directrices para la formulación de las políticas de la salud en los niveles correspondientes. Dichas Conferencias se realizan en un proceso

	dirección, orientación y conducción del sistema, mediante el diseño de un marco normativo que promueve y garantiza el acceso de la población a una provisión equitativa de servicios de salud. La modulación, que, como función estructural del Proceso incluye la dirección del sistema por parte de los departamentos y municipios en el territorio de su jurisdicción, incorpora, por un lado, la inspección, vigilancia y control del sector, llevada a cabo de manera conjunta por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y las entidades territoriales. Por otro lado, contiene la regulación del sistema, en cuanto a la habilitación de aseguradores y prestadores. Asimismo, contempla la aprobación, desde el nivel nacional, de los planes bienales de inversiones públicas de los entes territoriales, cuyo componente municipal es avalado por los departamentos para el territorio de su jurisdicción. El Gobierno Nacional tiene el control del proceso de recaudación de recursos desde sus distintas fuentes; y los entes territoriales, de forma marginal, recaudan algunas rentas destinadas a la salud. Estos dineros son movilizados al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), donde se mancomunan y, de acuerdo con criterios de compensación y distribución preestablecidos, se asignan para	ascendente, desde Conferencias Municipales de Salud, pasando por una Conferencia Estadual de Salud en cada estado y culminando con una Conferencia Nacional de Salud. (Monteiro, María 2016) Los Consejos de Salud, a su vez, son organismos colegiados compuestos por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios, estos últimos, detentan el 50% de los miembros los mencionados Consejos. Dichas instituciones colegiadas tienen un carácter permanente y deliberativo y actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de la salud en la esfera correspondiente. Los Consejos constituyen una red ascendente, con Consejos Municipales de Salud, un Consejo Estadual de Salud en cada Estado y un Consejo Nacional de Salud. (Monteiro, María 2016) La puesta en marcha del mencionado sistema, particularmente en lo que se refiere al proceso de descentralización y definición del papel de cada esfera de gobierno, está condicionada por lo menos por tres cuestiones generales ya abordadas y debe considerar el enfrentamiento de las mismas; las acentuadas desigualdades
--	---	--

	financiar el aseguramiento de la población mediante la Unidad de pago por capitación (UPC), y las acciones de salud pública, con recursos de la Nación y territoriales de destinación específica. El aseguramiento está dirigido principalmente a la salud individual. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas del aseguramiento de los individuos en el régimen contributivo y subsidiado. Para ello administran el proceso de afiliación de los ciudadanos al sistema, asumen la gestión del riesgo financiero y garantizan el acceso efectivo de los afiliados a los servicios de salud a que tienen derecho. Los municipios deben identificar y seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado y promover la afiliación de las personas con capacidad de pago al régimen contributivo. La salud pública incorpora las acciones orientadas a la promoción y cuidado de la salud de la población, por lo tanto, es una responsabilidad conjunta de las EPS y los entes territoriales, principalmente los municipios. Lo anterior porque las EPS son responsables de los servicios médicos individuales, incluyendo los preventivos, de sus afiliados (POS); mientras que las entidades territoriales están encargadas de emprender las acciones de salud pública colectiva	existentes en el país; las especificidades de los problemas y desafíos en el área de la salud; las características del federalismo brasileño. Podemos decir que, de cierta forma, hubo en la implementación de las políticas de salud en los años 90, un esfuerzo para construir un modelo federativo en la salud, ya sea a través de las tentativas de definición del papel de cada esfera en el sistema, o a través de la creación de estructuras y mecanismos institucionales específicas de relación entre los gestores del SUS y de estos con la sociedad. Para que se pueda discutir el papel de cada esfera de gobierno dentro del SUS, es importante intentar conceptuar quiénes son los gestores del SUS en cada nivel y cuáles son las funciones gestoras en el SUS. Los gestores del SUS son los representantes de cada esfera de gobierno designados para el desarrollo de las funciones del Ejecutivo dentro de la salud, es decir: en el ámbito nacional, el Ministro de la Salud; en el ámbito de los estados, el Secretario de Estado de Salud y en el municipal, el Secretario Municipal de Salud. (Montekio, Víctor. et al. 2012).
--	---	--

	dirigidas a la población de su territorio (Plan de Intervenciones Colectivas). Por último, la provisión de servicios de salud es una atribución de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), definidas como hospitales y prestadores autorizados para funcionar como tales. Estos operan en un mercado de competencia regulada por el Estado. Son contratados por las EPS para la prestación de servicios incluidos en el POS, por compradores de servicios particulares y, por las entidades territoriales en el desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la provisión de servicios a la población pobre no asegurada. (Orozco, A. 2015).	
Estructura del Financiamiento	Orozco Gallo, Antonio (2015). Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. Centro de Estudios Económicos Regionales del Banco de la República.	Monteiro, María (2016). Trayectoria y cambios de dirección en las políticas públicas: Análisis de la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015) [tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
	Según el Ministerio de Salud y Protección Social, (2012): “El modelo de financiamiento del sistema de salud colombiano es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los más solidarios del mundo”.	El estudio de esta autora se destina, en buena medida, al señalamiento de las responsabilidades implícitas a cada uno de los actores y protagonistas del sistema de salud de Brasil, esto teniendo en cuenta que el mandato constitucional respecto a la salud es muy claro

	Este se financia básicamente con rentas fiscales y parafiscales. Los ingresos fiscales provienen del SGP, del Presupuesto General de la Nación (PGN), de las rentas cedidas, de los recursos territoriales y de las regalías. Las rentas parafiscales, que son administradas por las subcuentas del Fosyga, proceden en su mayoría de las cotizaciones que realizan los individuos con capacidad de pago (Melo y Ramos, 2010) Los aportes del Fosyga y del SGP constituyen el mecanismo esencial de financiamiento de los recursos del sector salud. Precisamente, ambas fuentes financiaron, en promedio entre 2010 y 2013, el 90,0% del gasto público en salud, el cual ascendió de 4,4% del PIB en 2010 a 4,6% del PIB en 2013 (Cuadro 2). Dicho incremento está asociado a la tendencia creciente que han mantenido las cotizaciones, a los nuevos recursos generados por la Ley 1393 de 2010 y a los aportes de la Nación a la subcuenta de solidaridad, para financiar la igualación del POS del régimen subsidiado con el del contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a). El régimen contributivo es el que más recursos demanda del sector (44,7% en promedio entre 2010 y 2013), seguido del subsidiado, con 33,1%. La participación	en relación con la función del Estado, ya que se asigna al mismo el Deber de garantizar la salud de manera universal a todos los ciudadanos; y el tamaño de los costes que esto implica para el País, los Estados y los Municipios. (Franco-Giraldo AJ 2020). Es necesario ratificar, por lo tanto, que el sistema de salud brasileño es financiado por medio de impuestos generales, contribuciones sociales del presupuesto federal, estadual y municipal gastos de bolsillo y seguros privados; las dos primeras fuentes son de la financiación del SUS (sector público) y las demás son fuentes privadas. La teoría del federalismo fiscal establece el principio de la suficiencia como un principio esencial cuando se trata de analizar el grado de cobertura de los servicios de bienestar que se transfieren a los entes subcentrales. Sin embargo, lo que se observa en el caso brasileño es una financiación de SUS que no es suficiente para asegurar recursos financieros adecuados o estables para el sistema público universal. El financiamiento del SUS está garantizado por una reforma a la Constitución, aprobada en el
--	--	---

	del subsidiado aumentó en diez puntos porcentuales entre 2010 y 2013, a raíz de los recursos destinados para mantener la cobertura alcanzada de 22,6 millones de personas, que a partir del 1 de julio de 2012 empezaron al recibir el mismo POS del régimen contributivo. Por otro lado, los recursos para financiar la prestación de servicios para la población pobre no asegurada fueron los únicos en registrar descenso, lo cual es consistente con la tendencia de ampliación y cobertura total del aseguramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Es importante señalar que la estructura de financiamiento del sistema puede verse modificada de manera sustancial por la Ley Estatutaria de Salud, puesto que se centralizaría en un único ente el recaudo de los recursos y el pago de los servicios de salud. Como afirma Fedesarrollo (2013), este hecho contrasta con los beneficios que implica realizar los pagos en un esquema descentralizado, además, significaría un retroceso dados los avances alcanzados en materia de descentralización, al tiempo que agravaría los problemas que hoy en día presenta el Fosyga, entidad centralizada, en cuanto al pago de obligaciones causada por fuera del POS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).	año 2000, que aseguró las fuentes de asignación de recursos para la salud. Hasta 2007 las cuatro principales fuentes de financiamiento de los recursos federales eran la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas. La principal fuente de financiamiento de los estados y municipios son los presupuestos fiscales respectivos. (Monteiro, María 2016). Los recursos presupuestales del SUS deben depositarse en los Fondos de Salud. Una parte de los recursos federales se transfieren a los estados y los municipios. De igual manera, parte de los recursos de los estados se transfieren a los municipios. El sector privado se financia con recursos de las empresas que contratan planes y seguros privados para sus empleados y con los recursos de las familias que compran esquemas prepagados de salud o que realizan pagos de bolsillo por los servicios.
--	---	---

5. Discusión

Como se enunció al inicio del presente estudio, el objetivo primordial del mismo no estribaba en el enjuiciamiento de alguno de estos sistemas de salud, a partir de las “bondades” del otro, sino ampliar el conocimiento de los mismos específicamente en asuntos relacionados con la Gestión Administrativa, particularmente Financiera, esto a la luz de una revisión rigurosa de Bibliografía especializada como la que fue reseñada en el apartado anterior.

Realizada esta labor, resulta casi imperioso hablar de los hallazgos más importantes en relación con el financiamiento y gestión de estos sistemas de salud, y resaltar algunos aspectos que en particular despiertan el interés y la curiosidad, por ejemplo que en ambos sistemas se halla presente el deseo de descentralización de la salud, relegando esta función a entidades mayoritariamente de carácter privado, y mixto, pero sin una participación directa del Estado, quien empieza a jugar un papel meramente regulador del servicio que se presta a los ciudadanos. Aspecto que, sin lugar a dudas, aunque en el fondo busca favorecer y garantizar el servicio de salud en condiciones dignas, ha demostrado serias dificultades de gestión por los complejos trámites burocráticos, y por la falta de claridad respecto a algunos servicios y tratamientos requeridos por los pacientes, así como en relación con el tipo de responsabilidades y costos asumidos por las aseguradoras.

Aunque, en apariencia, pueda parecer un aspecto irrisorio o minúsculo, es importante conceder al Sistema de Salud brasileño, un avance significativo dado que desde la Constitución de 1988 la comprensión de la Salud como un Derecho de Todos y un Deber del Estado, mejoró considerablemente las Políticas de dicho país en materia de Salud, brindando a los ciudadanos, mejores posibilidades de acceso, y una atención mucho más completa, lo que ha significado para los ciudadanos un incremento en su calidad de vida, una disminución significativa en los índices de mortalidad y morbilidad. Colombia, en este sentido parece tener una deuda con sus ciudadanos ya que, según la Ley 100 de 1993, regente del sistema de salud, esta es apenas considerada como un Servicio Público en relación con el Derecho a la Vida, lo que ha dificultado reformas sustanciales y la configuración de Políticas Públicas de impacto, que en realidad garanticen a los ciudadanos el acceso a los servicios de salud, a menos que éste sea mediado por Derechos de Petición y Tutelas, y otros recursos jurídicos interpuestos ante los diferentes juzgados del País.

Dentro de las políticas de descentralización que orientan la gestión de los sistemas de salud en los dos países, llama la atención la participación activa que en materia económica juegan en el caso colombiano los Entes territoriales, los departamentos y los municipios; así como la participación que en el caso brasileño asume la nación, los Estados y los Municipios.

6. Conclusiones

En Colombia, la ley 100 de 1993 constituye el fundamento y núcleo integrador que coordina el conjunto de entidades, normas y procedimientos por medio de los cuales las personas pueden hacer uso efectivo de su Derecho a la Salud, así como el acceso a las condiciones a partir de las cuales ha de garantizarse un nivel aceptable de calidad de vida acorde con su dignidad humana.

Para el caso de Brasil, la Política Nacional de Salud se basa en la Constitución de 1988, y la ley 8080 de 1990 que establece los principios y directrices de la atención para la salud en el país, entregado a través del Sistema Único de Salud (SUS). que establece los principios y directrices de la atención para la salud en el país, la cual es gestionada y garantizada por medio Sistema Único de Salud (SUS); regulada por la Ley Orgánica del Sistema Único de Salud.

En materia de Financiación, el Sistema de Salud Colombiano ha establecido que es el Estado quien debe garantizar, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, la organización, dirección y reglamentación del Sistema de Salud, estableciendo para ello políticas que orienten la prestación de dichos servicios. La Nación, y las Entidades Territoriales están directamente encargados de la Financiación y Gestión del Sistema de Salud.

La financiación del Sistema de Salud en Brasil se basa en un sistema tripartito cuyos recursos son destinados por la Unión, los Estados, El Distrito Federal y Municipios. A pesar de ello no existe definición en las normas que establezcan la proporción de participación de cada entidad federada. Sin embargo, hay criterios específicos en relación al financiamiento bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (Límite para la Atención Básica Fija y el Límite para la Atención Básica Variable). Ni existe un criterio común para los estados y, en general, ocurre un complemento municipal para ejecutar acciones de atención básica de salud municipal.

Respecto a los mecanismos y figuras de operación hay que resaltar que, con la ley 100 de 1993 desaparece en Colombia el papel monopólico del Estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, y se crean bajo la figura de la descentralización las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deberán competir entre sí para conseguir afiliados y subsistir.

La operación de los servicios de salud en el Brasil, está mediada por la participación de la comunidad y se concretiza a través de Conferencias de Salud y de los Consejos de Salud. Las Conferencias de Salud se realizan cada cuatrienio, con representantes de los diferentes segmentos sociales, con el objetivo de evaluar la situación de la salud y proponer las directrices para la formulación de las políticas de la salud en los niveles correspondientes. Dichas Conferencias se realizan en un proceso ascendente, desde Conferencias Municipales de Salud,

pasando por una Conferencia Estadual de Salud en cada estado y culminando con una Conferencia Nacional de Salud; los Consejos de Salud, a su vez, son organismos colegiados compuestos por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios, estos últimos, detentan el 50% de los miembros los mencionados Consejos. Dichas instituciones colegiadas tienen un carácter permanente y deliberativo y actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de la salud en la esfera correspondiente

La financiación del Sistema de Salud Colombiano se basa en el uso de rentas fiscales y parafiscales. Los ingresos fiscales provienen del Sistema General de Participaciones (SGP), del Presupuesto General de la Nación (PGN), de las rentas cedidas, de los recursos territoriales y de las regalías. Las rentas parafiscales, que son administradas por las subcuentas del Fosyga, proceden en su mayoría de las cotizaciones que realizan los individuos con capacidad de pago (Melo y Ramos, 2010). Los aportes del Fosyga y del SGP constituyen el mecanismo esencial de financiamiento de los recursos del sector salud.

El financiamiento del SUS está garantizado por una reforma a la Constitución, aprobada en el año 2000, que aseguró las fuentes de asignación de recursos para la salud. Hasta 2007 las cuatro principales fuentes de financiamiento de los recursos federales eran la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas. La principal fuente de financiamiento de los estados y municipios son los presupuestos fiscales respectivos.

Bibliografía

- Becerril Montekio, Víctor; Medina, Guadalupe; y Aquino, Rosana (2012). El Sistema de Salud de Brasil. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil. <https://www.scielo.org/article/spm/2011.v53suppl2/s120-s131/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, (2021). Panorama Social de América Latina, 2021 (LC/PUB.2021/17-P), Santiago, 2022.
<http://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>
- Franco-Giraldo AJ. (2020) Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. Rev Gerenc Polit Salud. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
- Guevara Alban, G., Verdesoto Arguello, A., & Castro Molina, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). RECIMUNDO, 4(3), 163-173. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173.
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
- Ley 100 de 1993 (1993, 23 de Diciembre). Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial No. 41.148.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ley 8080 de 1990 (1990, 19 de Septiembre) Congreso de la República del Brasil. Diario Oficial, 1990-09-20, núm. 182, págs. 18055-18059.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Merlano, Carlos y Gorbanev, (2013) Iouri. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (24).

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272013000100005&script=sci_abstract&tlng=es

Ministerio de Salud. Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Documento técnico elaborado en cumplimiento de lo dispuesto en la Res. 518 de 2015. Diciembre de 2016. Bogotá D.C. [chrome-](#)

<extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FPP%2FENT%2Fdirectrices-gsp-v.pdf&clen=2604658>

Monteiro, María (2016). Trayectoria y cambios de dirección en las políticas públicas: Análisis de la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

<https://www.tesisenred.net/handle/10803/400574>

Organización Panamericana de la Salud (2017). Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS. [chrome-](#)

<extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.paho.org/hq/dmdocuments/201705/panorama-regional-y-perfiles-de-pais.pdf>

[F%2Fwww.paho.org%2Fsalud-en-las-americas-2017%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F09%2FPrint-Version-Spanish.pdf&clen=25369553&chunk=true](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf&clen=25369553&chunk=true)

Sabino, C. (1992). Planteamiento de la investigación. Quehacer Científico Ii, 23.

https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=4mcE3vALYAQC&oi=fnd&pg=PA23&dq=sabino+1992&ots=P_n1uL-zRR&sig=fAABSE9-PhfyQ_h5MwVo89bmlg#v=onepage&q&f=false

Sobral de Carvalho, Bruno y Schuber, Baldur (2013). El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/El-sistema-unico-de-salud-de-Brasil.pdf>

Titelman, Daniel y Uthoff Andras. (2012) Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile – Colombia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1591/S614794T572V1_es.pdf?sequence=1

Tribunal de Cuentas de la Unión (2016) Gestión de Atención Básica de la Salud en Brasil. Secretaria de Controle Externo da Saúde.

<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A1602335590160FB2A08467B1A>

Vargas González, V. (2021). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Aspectos normativos y de gestión. SUMMA. Revista disciplinaria en ciencias económicas y sociales, 3(1), 1-34. DOI: www.doi.org/10.47666/summa.3.1.18.