

## La Comisión de Regulación en Salud: crónica de un final anunciado

### The Commission of Health Regulation: chronicle of an end foretold

Alberto Martínez

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. [amartinez@unal.edu.co](mailto:amartinez@unal.edu.co)

Recibido 14 Noviembre 2013/Enviado para Modificación 26 Agosto 2014/Aceptado 9 Febrero 2015

#### RESUMEN

El presente artículo se propone establecer algunas dificultades presentadas en la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en su corto periodo de funcionamiento y la necesidad de un organismo regulador diferente al Ministerio de Salud y Protección Social de carácter más plural, participativo e incluyente. Se menciona que las situaciones problemáticas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) se pretendieron corregir, entre otras cosas, al dar origen a la CRES, pero esta última evidenció la intención del gobierno nacional de liquidarla conforme ya se insinuaba en la Ley 1438 de 2012. Se concluye que pese a las dificultades en la función de regulación que finalmente pudieron llevar a la liquidación de la CRES, se hace necesario la creación de un organismo como el CNSSS, que, como se puede deducir del Proyecto de Ley Estatutaria No. 105 de 2012 del Senado de la República presentado por diversas fuerzas sociales, su conformación sea más amplia y equitativa que incluya a todos los actores sociales, así como al gubernamental y al privado.

**Palabras Clave:** Reforma de la atención en salud, regulación gubernamental, conflicto de intereses (*fuentes: DeCS, BIREME*).

#### ABSTRACT

This article aims to establish some difficulties presented in the Commission of Health Regulation (CRES, Comisión de Regulación en Salud) during its short period of operation and the need for a regulatory body separate from the Ministry of Health and Social Protection that has a more pluralistic, participatory and inclusive character. We mention that the National Council of Social Security in Health (CNSSS —Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) sought to correct certain problematic situations, among other things, by creating the CRES. However, the national government intended to liquidate the newly formed body as already hinted in Law 1438 of 2012. We conclude that despite difficulties in the regulatory function, the CRES was eventually liquidated. The creation of a body such as the CNSSS that has a wider and more equitable base and that includes all social, governmental, and private stakeholders is necessary. This can be deduced

from the proposed Statutory Law No. 105 of 2012 of the Senate of the Republic, which was presented by various social forces.

**Key Words:** Health care reform, government regulation, conflict of interest (*source: MeSH, NLM*).

El presente trabajo tiene como objetivo establecer algunas dificultades que presentó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en sus escasos años de operación y la necesidad de un ente regulador diferente al Ministerio de Salud y Protección Social en el cumplimiento de la función de regulación. El documento está dividido en tres partes, la primera de las cuales aborda el papel desempeñado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) desde 1994 hasta su reforma en 2007 con la expedición de la Ley 1122/07. Se resaltan las críticas hacia este organismo como espacio de concertación de los diversos actores sociales allí representados. La segunda, se adentra en las dificultades de la CRES tanto en el aspecto normativo como operativo que impidieron el efectivo cumplimiento de la función de regulación y la decisión de su desaparición. La tercera parte presenta las conclusiones con base en el tema tratado.

Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a la Comisión de Regulación en Salud

El esquema de seguridad social en salud en Colombia retoma algunos elementos de la teoría de la competencia regulada desarrollada por Enthoven cuyo diseño fue propuesto hacia finales de la década de los 70 para la realidad de los Estados Unidos (1-2). De un autor como Restrepo (3), entre las diferentes condiciones con las cuales cumple el caso colombiano es el establecimiento de la protección financiera con carácter universal mediante un seguro de salud obligatorio y la creación de diferentes actores como las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), el Fosyga, y desde luego, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), entre otros.

El CNSSS quedó establecido en el artículo 171 de la Ley 100/93, que le asignó como funciones, entre otras, la definición de variables de regulación como el Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC). De la misma manera, este ente debía actuar como consejo administrador del Fosyga (Acuerdo 31/96, Artículo 3º, Numeral 27), elaborar medidas para evitar la selección adversa y presentar informes anuales al Congreso de la República sobre la evolución del sistema de salud.

En general, este organismo debería servir como foro para hacer legítimas las decisiones de política de la reforma y la concertación entre los diferentes actores del sistema, el cual tenía teóricamente amplios poderes en materia de regulación y caracterizado como una especie de agencia legislativa con facultades para definir la estructura y forma de funcionamiento de la seguridad social en salud (4-5). La concertación en el CNSSS tenía lugar con base en la interacción de tres grupos que representaban los sectores gubernamental, empresarial y los trabajadores (incluido los usuarios). No obstante, a pesar de su variada composición, la representación de cada sector y su permanencia generaba problemas que influenciaban su desempeño. Puede verse por ejemplo, que de un total de 14 miembros con voz y voto, el gobierno tenía una representación mayoritaria de 6 personas, seguido por los empresarios con 5, y por último los trabajadores (incluido un usuario) con 3 (6-12).

Muchos eran los actores sociales opositores de la reforma que coincidían en que el CNSSS como espacio de concertación no había logrado articular las demandas de los usuarios y trabajadores, entre otras cosas, porque su participación continuaba siendo marginal. Sus decisiones seguían en poder de los grupos hegemónicos, que incluía al gobierno y al sector privado, con mayor ventaja respecto al manejo de la información. En el año 2006, en el contexto de las iniciativas de reforma presentadas tanto por el gobierno nacional como por los congresistas que representaban los diferentes partidos políticos, se llevó a cabo el debate sobre las dificultades de este organismo. No obstante, se abandonó la idea de producir cambios en el mismo, y se propuso más bien, la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Este aspecto, unido al largo proceso de discusión iniciado en 2003 con motivo de cumplirse los primeros diez años de la aprobación de la Ley 100/93, se concretó en la expedición de la Ley 1122/07. Esta última, como expresión de los conflictos presentes desde la aprobación de la reforma en el sistema de salud, no ofreció soluciones de fondo, y estableció más bien, algunos ajustes sobre el funcionamiento y la operación del sistema en materia de financiamiento, aseguramiento, acceso, salud pública y, también a nivel institucional. En este último caso, se destaca el intento normativo por resolver la multiplicidad de funciones que cumplía el CNSSS como regulador, organismo de concertación y administrador del FOSYGA. Para la primera función se creó la CRES, para la segunda, se mantuvo el Consejo y se estableció que éste sería consultor de la Comisión, así como

del Ministerio de la Protección Social y, en el caso de la tercera, ésta se trasladó al Ministerio en mención. Al parecer se buscó con estas medidas, depurar o especializar al organismo en torno a la regulación. Con respecto a la definición del POS y la UPC, éstos pasaron a ser competencia de la CRES, entre otras funciones, como el establecimiento de un manual de tarifas mínimo que debería ser revisado cada año y que incluyera honorarios profesionales (13-14).

#### Algunas dificultades de la CRES en su corta duración

La CRES se definió entonces como un organismo estatal para la toma de decisiones con soporte en un sistema de información a su servicio, contrario al sistema de información privatizado que existía hasta el momento. Estaba conformada por cinco expertos de tiempo completo y dos ministros o viceministros, al tiempo que contaba con una secretaría técnica y presupuesto propio. Según sus voceros, en los tres años de funcionamiento de esta entidad, se realizaron las únicas actualizaciones integrales del POS en más de 18 años de existencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de los Acuerdos 008/2009 y 029 de 2011. Igualmente llevó a cabo la unificación de los planes de beneficios en 4 etapas: de 0 a 12 años en 2009, de 12 años a menores de 18 años en 2010, de 60 años y más en 2011 y, finalmente de 18 a 59 años a partir del 1º de julio de 2012, en el que todos los afiliados al régimen subsidiado tuvieran los mismos beneficios del POS del régimen contributivo (15). Sin embargo, aunque mediante el Acuerdo 032 de 2012 la CRES unificó el POS (16), para autores como Useche (17), continuaron algunas diferencias en la forma de calcularlo y en el monto de la financiación de la atención para los regímenes contributivo y subsidiado. Este aspecto pudo revelarse en el valor fijado de la UPC para el año 2013, pues mientras la UPC-Contributivo se fijó en \$ 568 944, la UPC-Subsidiado quedó en \$ 508 933, como lo establecía la Resolución 0004480 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social (18). Para Useche, esta diferencia, aunque parecía no muy grande, al tener en cuenta la población afiliada, representaba más de dos billones de pesos y necesariamente repercutía en la atención que se ofrecía a los pacientes pertenecientes a uno u otro de los regímenes. De la misma manera, la unificación del POS no resolvió los problemas de los servicios no contemplados en el plan de beneficios o No POS que seguían ordenándose por tutelas y pagándose a través de recobros.

Muchas fueron las dificultades que enfrentó la CRES, incluso desde su creación, pues empezó a funcionar bastante tarde, el 26 de mayo de 2009,

lo que generó dudas respecto a la verdadera intención del gobierno por concederle autonomía y capacidad técnica para alcanzar un mejoramiento en la dirección del sistema (19). Igualmente fue dotada de una serie de funciones que no le permitieron actuar directamente sobre los principales males del sistema de salud. Algunas de sus funciones eran la definición y actualización permanente del POS, el cálculo del valor de la UPC, la definición de los criterios para determinar los pagos moderadores, establecer y actualizar los sistemas de tarifas y, presentar informes a las comisiones séptimas de Cámara y Senado, entre otras.

Aunque llevaba el título de “regulación”, que implicaría la activación de herramientas para corregir las fallas del mercado, la norma las dotó tan solo de funciones técnicas. Ta vez la única función como reguladora que pudo haber cumplido la CRES fue la del establecimiento y actualización del sistema de tarifas (20).

Al parecer, el bajo perfil de sus comisionados no lograron hacerle contrapeso a los ministros de la Protección Social y de Hacienda que hacían parte de sus directivas, los cuales terminaron influyendo en su actuar y sus decisiones (21). Así por ejemplo, en la intervención del senador Jorge Enrique Robledo del 03 de mayo de 2011 en la Plenaria del Senado (22) resaltaba cómo el entonces ministro de la Protección Social Mauricio Santa María realizó unos aumentos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2011 superiores a los recomendados por sus técnicos. Éstos habían propuesto subir la UPC del Régimen Contributivo en 1,91 %, pero él la aumentó al 4,24 %; y la del Régimen Subsidiado propuesta en 1,07 %, la CRES la subió en el 4,20 %. Este aspecto quedó plasmado en el Acuerdo 19 del 29 de diciembre de 2010 del mismo organismo. En este último, la CRES reconocía que los estudios técnicos para determinar la suficiencia de la UPC para la definición del POS y la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud presentaba “inconsistencia en la información que reportaron las EPS sobre frecuencias de uso y gasto médico, especialmente en lo referente a medicamentos, que afectan la confiabilidad de las cifras y, por lo tanto, no permiten tomar una decisión definitiva con base en ellos” (23). De esta forma la CRES fijó de manera transitoria el valor de la UPC esperando que en el periodo de los tres primeros meses de 2011 con la estrategia del Ministerio de la Protección Social se resolvieran las inconsistencias en mención. Ello a pesar de los problemas de los sobrepagos y la falta de información de las EPS, pues de 49 pertenecientes al Régimen Subsidiado, solo 4 dieron información válida.

Varios estudios ya mostraban las falencias en la formación del precio del servicio, pues tan solo en el caso de la UPC del Régimen Contributivo (UPC-C), la fuente principal de información era provista a la CRES por parte de la EPS para la generación de las tarifas reguladas. De esta manera, las EPS tenían otro incentivo legal para coordinar una estrategia de provisión de información a las autoridades con el fin de inducir el valor de la UPC-C (24).

Así mismo, las decisiones de la CRES quedaron atadas a algunas nociones bastante confusas como son el equilibrio financiero del sistema para el régimen contributivo de acuerdo a las proyecciones de la sostenibilidad de mediano y largo plazo y, el marco fiscal de mediano plazo para el Régimen Subsidiado. Caso este último, en el que la CRES quedó supeditada a las decisiones del Ministerio de Hacienda. La autonomía de la CRES igualmente quedaba en entredicho, ya que en la definición de su composición, no resultaba clara la forma como las distintas organizaciones presentaban sus ternas, y el compromiso con cada uno de sus representados, reducía la independencia de los comisionados (25). Predominaba la potestad del Presidente de la República para designar a los comisionados, de forma tal que, su conformación y control quedaba condicionada a los ciclos políticos; y el ministro de la Protección Social quien presidía la CRES, era quien autorizaba la contratación de estudios técnicos requeridos para el cumplimiento de su misión (26). Algunos estudios sin embargo, mostraban que con relación al CNSSS, la CRES ganó autonomía para ejercer la función regulatoria del sistema al propiciar un espacio de discusión en la que se tenían cinco expertos dedicados al análisis permanente del desempeño del mismo y la toma de decisiones a partir de información de carácter público. Este mismo estudio establecía que, si bien la CRES ganó independencia respecto a los regulados, no ocurrió lo mismo frente al gobierno (27).

Otros problemas de la CRES se generaron a partir de la expedición de los Acuerdos 003 y 008 de 2009 en los que, según algunas entidades, la actualización del POS no permitía superar el conflicto de interpretación de los contenidos de los planes de beneficios. A su turno la Defensoría de Pueblo indicaba el 22 de junio de 2010 que la consulta ciudadana llevada a cabo para tal fin no fue representativa, en la medida en que no se convocó con suficiente anterioridad y el único medio adoptado (página web) no era accesible a toda la población (28).

A este hecho se le suma el aspecto normativo, que con la expedición de la Ley 1438 de 2011 parecía quitarle protagonismo a la CRES. Así se puede deducir de su Artículo 17 el cual, al referirse a la atención preferente, establece que “La Comisión de Regulación o quien haga sus veces definirá y actualizará esta parte especial y diferenciada cada dos años...”. De la misma manera el parágrafo del Artículo 140 al hablar sobre las enfermedades huérfanas establece que “...el Ministerio de la Protección Social emitirá y actualizará esta lista cada dos años a través de acuerdos con la Comisión de Regulación en Salud (CRES), o el organismo competente” (29). Las frases “o quien haga sus veces” y “o el organismo competente” estarían indicando la intencionalidad de la norma para acabar con este organismo, como efectivamente ocurrió mediante la expedición del Decreto 2560 del 10 de diciembre de 2012 por el Gobierno Nacional.

En el Proyecto de Ley Ordinaria radicado en el Congreso de la República el 19 de marzo de 2013 no se hacía alusión a la creación de algún organismo regulador que cumpliera las funciones que venía llevando a cabo la CRES quedando por ejemplo, la actualización de Mi Plan (nuevo nombre del POS) en manos del Ministerio de Salud y Protección Social (30). Consciente de la necesidad de un ente regulador diferente al Ministerio de Salud y Protección Social, podría pensarse en un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), tal como lo plantea el Proyecto de Ley Estatutaria No. 105 de 2012 presentado ante el Senado de la República por diversas voces que llaman la atención al gobierno para que se tomen las medidas necesarias que permitan superar la grave situación que ha puesto en riesgo el derecho fundamental a la salud. Este CNSSS, en la versión del Proyecto en mención, se constituiría en instancia rectora del orden nacional adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social y estaría conformado por un número amplio de 28 miembros. En él tendrían lugar entidades públicas como los ministerios de Salud y Protección Social, Hacienda, el Departamento Nacional de Planeación, así como representantes de las entidades territoriales. Igualmente estaría el sector empresarial, las organizaciones de usuarios, asociaciones de prestadores de servicios, asociaciones gremiales, trabajadores de la salud, pensionados facultados del área de la salud, entre otras.

Una revisión a la función de regulación desempeñada tanto por el CNSSS como por la CRES, muestra las grandes dificultades que presentan este tipo de organismos, pues sus decisiones, a pesar de lo técnicas que puedan parecer, finalmente terminan influenciadas por aspectos políticos

y relaciones de poder. Estos aspectos se evidenciaron en el caso de la actualización del POS y la definición de la UPC, cuyos problemas fueron objeto de atención y debate tanto en el congreso de la república como en los organismos judiciales y de control, así como motivo de preocupación por los diversos actores sociales. No obstante, la solución no se remite a concentrar en el Ministerio de Protección Social y Salud esta función de regulación ya que sería juez y parte, sino que se debería pensar nuevamente en un CNSSS más amplio y plural con una representación más equitativa de todos los actores sociales interesados, incluyendo, desde luego, al estatal y al privado. Esta es precisamente la propuesta que se puede deducir del Proyecto de Ley Estatutaria N.º 105 de 2012 presentado al Senado de la República por diversas fuerzas sociales ♣

**Agradecimientos:** El presente trabajo ha recibido el apoyo académico y administrativo del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, sin que ello comprometa a este programa en el contenido y conclusiones del escrito, los cuales son enteramente responsabilidad del autor.

## REFERENCIAS

1. Enthoven A. Managed competition: an agenda for action. *Health affairs* 1988; 7(3): 25-47.
2. Enthoven A. The history and principle of managed competition. *Health Affairs* 1993; 12: 24-48.
3. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthof, A. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Santiago: Cepal, FCE; 2001. p. 657-726.
4. Restrepo J, Rodríguez S, Velandia D. Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades. En: *Borradores del CIEE*. No.1. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
5. Grupo de Economía de la Salud. Resultados económicos de la reforma a la salud en Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/observatorio7.pdf>. Consultado septiembre de 2010.
6. Gómez C, Sánchez L. Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia. Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones. Bogotá: Fepasde, Scare; 2001.
7. Hernández M, Vega M, Eslava J, Arrubla D. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2012; 11 (23): 58-84.
8. Restrepo JH, Rodríguez S. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia [Internet]. Disponible en: [http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/biblioteca/Sedes/Dependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/Elementos/Diseño/Documentos/BorradoresEconomía/BorradorCIE\\_11.pdf](http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/biblioteca/Sedes/Dependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/Elementos/Diseño/Documentos/BorradoresEconomía/BorradorCIE_11.pdf). Consultado junio de 2013.
9. Rodríguez SM. Relaciones de agencia y relaciones de poder en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en Colombia: un análisis del poder de voto a priori basado en la teoría de juegos simple. [Internet]. Disponible en <http://www.economiainstitucional.com/pdf/No16/srodriguez16.pdf>. Consultado agosto de 2015.



10. Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de vigilancia y control del sistema de salud. Programa de apoyo a la reforma. Informe final. [Internet]. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Procesos%20Especiales.%20CAP%2010%20Y%2011.pdf>. Consultado junio de 2013.
11. Rodríguez SM. El poder de voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. REI 2007; 16: 223-253.
12. El Pulso periódico para el sector de la salud. Regulación en salud: lo que hemos aprendido de Colombia. [Internet]. Disponible en <http://www.periodicoelpulso.com/html/oct04/observa/monitoreo.htm>. Consultado agosto de 2015.
13. Grupo de Economía de la Salud. Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993-2007. [Internet]. Disponible en: <http://www.acoes.org.co/pdf/Observatorio%2015.pdf>. Consultado agosto de 2015.
14. Grupo de Economía de la Salud. Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación. [Internet]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/ElementosDiseno/Documentos/GrupoEconomiaSalud/Observatorios/observatorio16.pdf>. Consultado septiembre de 2010.
15. El Pulso periódico para el sector de la salud. La CRES no es parte de la crisis, dicen sus voceros [Internet]. Disponible en <http://www.periodicoelpulso.com/html/1209sep/debate/debate-17.htm>. Consultado abril de 2013. Consultado agosto de 2015.
16. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 032 de 2012. [Internet]. Disponible en: [http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/a032\\_12.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/a032_12.pdf). Consultado junio de 2013. Consultado agosto de 2015.
17. Useche B. La Reforma de salud de Juan Manuel Santos: Reingeniería neoliberal. Deslinde. 2013; (52): 4-13.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0004480 de 2012. [Internet]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/politicas-publicas/proyectosdeley.ver/31>. Consultado junio de 2013.
19. Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá, D.C: ASSALUD; 2010.
20. La efímera CRES: corre la suerte de la cahipolla. [Internet]. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/noticias/Asinosven/Laef%C3%ADmmeraCRESCorrelasuertedelacahipolla.aspx>. Consultado agosto de 2015.
21. El Tiempo.com. La muerte de tercera de la CRES [Internet]. Disponible en: [http://www.eltiempo.com/opinion/editoriales/ARTICULO-WEB-EW\\_NOTA\\_INTERIOR-12463711.html](http://www.eltiempo.com/opinion/editoriales/ARTICULO-WEB-EW_NOTA_INTERIOR-12463711.html). Consultado agosto de 2015.
22. Robledo JE. La Ley 100 no es para la salud, sino para el negocio. [Internet]. Disponible en: <http://beta.congresovisible.org/agora/post/la-ley-100-no-es-para-la-salud-sino-para-el-negocio/1499/>. Consultado agosto de 2015.
23. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 19 de 2010 [Internet]. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2010/ACUERDO1910.pdf>. Consultado agosto de 2015.
24. Superintendencia de Industria y Comercio. Informe motivado. Radicación No. 09-021413. [Internet]. Disponible en: [http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/INFORME\\_%20ACEMI%20SUPERINTENDENCIA%20I&C.pdf](http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/INFORME_%20ACEMI%20SUPERINTENDENCIA%20I&C.pdf). Consultado agosto de 2015.
25. González JI. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. [Internet]. Disponible en: [www.acoes.org.co/pdf/jorge%20Ivan%20Gonzalez.pdf](http://www.acoes.org.co/pdf/jorge%20Ivan%20Gonzalez.pdf). Consultado agosto de 2015.
26. El Pulso periódico para el sector de la salud. Evolución seguridad social en salud en Colombia: avances, limitaciones y retos. [Internet]. Disponible en: [www.periodico%20EL%20pulso%20-%20Generales.htm-deDic-2011.htm](http://www.periodico%20EL%20pulso%20-%20Generales.htm-deDic-2011.htm). Consultado agosto de 2015.

27. El Pulso periódico para el sector de la salud. Ventajas y limitaciones de la Comisión de Regulación en Salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0805may/observa/monitoreo.htm>. Consultado marzo de 2012.
28. Corte Constitucional de Colombia. Auto110/11 [Internet]. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2011/a110-11.htm>. Consultado agosto de 2015.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Disponible en: [http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home\\_54/recursos/01general/04122012/ley\\_1438\\_2011.pdf](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_54/recursos/01general/04122012/ley_1438_2011.pdf). Consultado junio de 2013.
30. Ministerio de Protección Social y Salud. Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/EscuelaMicrobiologia/BibliotecaDiseno/Archivos/ReformaSalud/130419%20Proyecto%20210%20de%20Ley%20ordinaria%20Redefinicion%20del%20S%20de%20salud.pdf>. Consultado agosto de 2015.