

# SISTEMAS DE SALUD Y SU IMPLEMENTACIÓN DENTRO DE COLOMBIA

## HEALTH SYSTEMS AND THEIR IMPLEMENTATION WITHIN COLOMBIA

*Andrés Felipe Ortiz López<sup>12</sup>, Tania Lizveth Orjuela Lara<sup>13</sup>*

**Fecha recibida:** 23/09/2023

**Fecha aprobada:** 15/10/2023

**Derivado del proyecto:** Proyecto de grado- Reforma al Sistema de Salud Colombiano

**Institución financiadora:** Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS

**Pares evaluadores:** Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.

---

<sup>12</sup> Profesional en ciencias de la Información y Bibliotecología, UNINPAHU, Estudiante de la Especialización Gerencia de Organizaciones del Sector Salud- Semillero Valor en Salud (Bogotá- Colombia), Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS, [af.ortizlo@unisanitas.edu.co](mailto:af.ortizlo@unisanitas.edu.co).

<sup>13</sup>Odontología, Universidad el Bosque, Esp. Gerencia en Salud, Escuela de Medicina Juan N Corpas, Esp. Auditoria en Salud, Universidad Santo Tomas, MSc. Gestión y metodología de la Calidad Asistencia, Universidad Autónoma de Barcelona/Institut Universitari Avedis Donabedia. MSc. Economía de la Salud y del medicamento, Universitat Pompeu Fabra- School of management. PhD SALUD PÚBLICA con énfasis en Calidad y Seguridad del Paciente y Doctoranda Ciencias de la Educación, Universidad del Magdalena, PosDoctorando candidata en Metodología de la Investigación, Socioformación y Desarrollo Humano- CIFE Centro Universitario- México, Ocupación docente facilitador Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS- Especialización en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud – EGOSS- Semillero de Calidad y Auditoria en Salud (Colombia) correo electrónico: [taniaorjuela.L@gmail.com](mailto:taniaorjuela.L@gmail.com); [tlorjuelala@unisanitas.edu.co](mailto:tlorjuelala@unisanitas.edu.co).

## **RESUMEN**

Se investiga la evolución y retos del sistema de salud en Colombia, en concordancia con la definición global de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se justifica por la conexión entre el derecho a la salud y otros derechos humanos, y la importancia de entender la historia de los sistemas de salud, desde el Seguro Social hasta la Ley 100 y sus modificaciones, así como el impacto previsto del proyecto de Ley 339 de 2023 del presidente Gustavo Petro.

Los objetivos están destinados a analizar la evolución del sistema de salud colombiano, desde su inicio hasta las reformas actuales, evaluando críticamente su funcionamiento, incluyendo sistemas públicos y privados. Metodología un enfoque cualitativo con revisión bibliográfica y análisis de fuentes primarias y secundarias, para mostrar el estado del arte de la reforma.

Los resultados resaltan la complejidad y desafíos persistentes del sistema de salud colombiano, destacando logros y falencias de las reformas. Identifican tendencias y áreas de mejora, considerando la viabilidad e implicaciones de la ley actual. Se percibe la urgencia de una reforma integral y sostenibles para un acceso equitativo a la atención médica en Colombia. Destacan la necesidad de abordar desafíos para mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud. Además, señalan la oportunidad para gerentes en salud de desarrollar habilidades de negociación ante crisis económicas.

**PALABRAS CLAVE:** Sistema de Salud de Colombia, Ley 100 de 1993, Ley Estatutaria, Proyecto de Ley Reforma a la Salud, Acceso a la Salud.

## **ABSTRACT**

The evolution and challenges of the health system in Colombia are investigated, in accordance with the global definition of health of the World Health Organization (WHO). It is justified by the connection between the right to health and other human rights, and the importance of understanding the history of health systems, from Social Security to Law 100 and its amendments, as well as the expected impact of the bill. . 339 of 2023 of President Gustavo Petro.

The objectives are intended to analyze the evolution of the Colombian health system, from its beginning to the current reforms, critically evaluating its operation, including public and private systems. Methodology: a qualitative approach with bibliographic review and analysis of primary and secondary sources, to show the state of the art of the reform.

The results highlight the complexity and persistent challenges of the Colombian health system, highlighting achievements and shortcomings of the reforms. Identify trends and areas for improvement, considering the viability and implications of the current law. The urgency of a comprehensive and sustainable reform is perceived for equitable access to medical care in Colombia. They highlight the need to address challenges to improve the quality and coverage of health services. In addition, they point out the opportunity for health managers to develop negotiation skills in the face of economic crises.

**KEYWORDS:** Colombian Health System, Law 100 of 1993, Statutory Law, Health Reform Law Project, Access to Health.

## INTRODUCCIÓN

La Salud es un tema de alta importancia social, económica y cultural dentro de cada sociedad, desde el inicio de las civilizaciones siempre se ha trabajado en pro de mejorar la salud y atender los temas de salud de los integrantes de cada comunidad, a raíz de todo esto en el transcurso de la historia han ido evolucionando los sistemas de Salud y el acceso a ellos, el objetivo del presente trabajo de investigación se centra en recopilar información sobre generalidades básicas de los sistemas de salud a nivel mundial y profundizar en la investigación de su trascendencia dentro del territorio colombiano, abarcando el funcionamiento del antiguo Seguro Social, la implementación y funciones de la Ley 100, los cambios que trajo la Ley Estatutaria y terminar con el proyecto de ley 339 de Reforma a la Salud.

El presente estudio pretende embarcar una investigación bibliografía de fuentes primarias y secundarias que nos lleve a poder identificar claramente ¿Qué es un sistema de Salud? y ¿Qué tipos de Sistemas existes?, con el objetivo de poder utilizar estas bases para enfocarnos en el análisis más amplio del funcionamiento y el recorriendo histórico que han tenido los Sistemas de Salud dentro de Colombia.

Arrancando por el Seguro Social, empleado en el país antes del año 1993 y que tenía características muy diferentes a las que se encontraron posteriormente en la ley 100 con la implementación del SGSSS, en la cual se les da cavidad a empresas del sector privado para participar en el aseguramiento en Salud, encontrando dificultades y puntos por mejorar en el transcurso de los años; cambios que se fueron formalizando bajo la ley estatutaria del año 2015.

Finalmente, la investigación finalizara con el análisis del proyecto de ley 339 de 2023, presentado por el presidente actual y por el cual se pretende descentralizar los recursos administrados por las EPS y generar cambios considerables que traerán consigo retos y desafíos para las IPS y los entes de prestación de servicios de salud del país.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para realizar este análisis, se utilizará una metodología cualitativa que incluirá la revisión de literatura especializada, el análisis de documentos oficiales y la consulta a expertos en el tema. Se revisarán artículos científicos publicados en revistas indexadas, informes de organismos internacionales, leyes y decretos relacionados con el sistema de salud en Colombia, y estudios realizados por entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales.

## **RESULTADOS**

La OMS define un sistema de Salud como una estructura social que está constituida por un conjunto de personas y acciones; destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud. Dentro de la misma definición la OMS indica que los sistemas de Salud deben caracterizarse mínimamente por:

- Ser universal, entendiendo por universalidad la cobertura total de la población.
- Prestar una atención integral que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Ser equitativo en la distribución de los recursos.
- Ser eficiente.
- Ser flexible para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- Ser participativo: toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

Bajo estas circunstancias y antecedentes, a lo largo de la historia se fueron consolidando diferentes modelos y/o estructuras de sistemas de salud, dentro los cuales es muy importante resaltar la clasificación de los sistemas de salud de acuerdo con el tipo de protección social:

- **Sistemas públicos:** La asistencia sanitaria se considera un derecho. Las contribuciones al sistema sanitario, ya sea como impuestos o como cuotas, son obligatorias. La contribución no está relacionada con el riesgo individual.
- **Sistemas privados:** La asistencia sanitaria se considera un bien individual, las contribuciones al sistema no son obligatorias, la cuantía de las contribuciones está relacionada directamente con el riesgo de enfermar y el potencial uso de servicios del sujeto.

Adicional a estos tipos de sistemas, dentro de la taxonomía de los Sistemas de Salud, es importante destacar las siguientes clasificaciones de los Sistemas de Salud:

1. **Modelo universalista:** El Modelo universalista se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia, en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros, este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.
2. **Modelo del seguro social:** El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer, es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son, por lo general, obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con

proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar, aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Todas las obras sociales de la Argentina son exponentes de este modelo. En comparación con los otros modelos, éste privilegia la función del Estado como financiador y regulador.

3. **Modelo de seguros privados:** En el modelo de seguros privados hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. La situación real más aproximada a este modelo es la de los Estados Unidos, donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación. En comparación con los otros modelos, este modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación.
4. **Modelo asistencialista:** El modelo asistencialista se centra en la concepción liberal que plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que, en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. El denominado “Estado Mínimo” sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

Cuadro comparativo: Sistemas de salud en el mundo y su comparación con el sistema de Colombia

<b>Aspecto</b>	<b>Sistema de salud universal financiado con impuestos (Reino Unido, Canadá)</b>	<b>Sistema de salud basado en seguros privados (Estados Unidos)</b>	<b>Sistema de salud mixto (Colombia, Alemania)</b>	<b>Sistema de salud basado en atención primaria (Cuba)</b>
<b>Financiamiento</b>	Público total	Principalmente privado a través de seguros	Público y privado	Público
<b>Cobertura</b>	Universal (National Health Service, 2024)	Variable, depende del plan de seguro (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024)	Universal o casi universal (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024)	Universal (Ministry of Public Health of Cuba, 2024)
<b>Acceso</b>	Gratuito en todos los niveles (National Health Service, 2024)	Depende del plan de seguro y la capacidad de pago (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024)	Barreras de acceso para algunos grupos (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024)	Bajos costos de atención primaria, barreras para atención especializada (Ministry of Public Health of Cuba, 2024)
<b>Calidad</b>	Alta, con tiempos de espera más largos (National Health Service, 2024)	Variable, depende del plan de seguro y el proveedor (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024)	Variable, depende del tipo de proveedor (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024)	Alta en atención primaria, variable en atención especializada (Ministry of Public Health of Cuba, 2024)
<b>Costo</b>	Alto, financiado con impuestos (National Health Service, 2024)	Alto, financiado por primas de seguros y copagos (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024)	Moderado, financiado con impuestos y copagos (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024)	Bajo, financiado con impuestos (Ministry of Public Health of Cuba, 2024)



<b>Aspecto</b>	<b>Sistema de salud universal financiado con impuestos (Reino Unido, Canadá)</b>	<b>Sistema de salud basado en seguros privados (Estados Unidos)</b>	<b>Sistema de salud mixto (Colombia, Alemania)</b>	<b>Sistema de salud basado en atención primaria (Cuba)</b>
<b>Equidad</b>	Alta, acceso igualitario para todos (National Health Service, 2024)	Baja, favorece a los más adinerados (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024)	Moderada, depende del tipo de proveedor (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024)	Alta en atención primaria, variable en atención especializada (Ministry of Public Health of Cuba, 2024)
<b>Eficiencia</b>	Puede ser menos eficiente debido a listas de espera (National Health Service, 2024)	Puede ser más eficiente, pero con mayor riesgo de sobreutilización (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024)	Puede ser eficiente, pero requiere un equilibrio entre el sector público y el privado (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024)	Puede ser eficiente en atención primaria, pero menos en atención especializada (Ministry of Public Health of Cuba, 2024)
<b>Libertad de elección</b>	Baja, los pacientes deben utilizar los proveedores del sistema (National Health Service, 2024)	Alta, los pacientes pueden elegir entre una amplia gama de proveedores (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024)	Moderada, depende del tipo de proveedor (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024)	Baja en atención especializada (Ministry of Public Health of Cuba, 2024)
<b>Ventajas para Colombia</b>	Eliminaría las barreras de acceso por falta de recursos financieros, garantizaría la atención en salud para toda la población, reduciría la fragmentación	Podría estimular la innovación y la eficiencia en la prestación de servicios, permitir a los pacientes elegir entre una amplia gama de proveedores y planes de salud, y reducir el papel	Permite combinar las ventajas de los sistemas públicos y privados, puede ofrecer mayor flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades del país, y puede ser más sostenible financieramente	Podría mejorar el acceso a la atención preventiva y de baja complejidad, reducir la carga sobre los hospitales y otros servicios especializados, y

<b>Aspecto</b>	<b>Sistema de salud universal financiado con impuestos (Reino Unido, Canadá)</b>	<b>Sistema de salud basado en seguros privados (Estados Unidos)</b>	<b>Sistema de salud mixto (Colombia, Alemania)</b>	<b>Sistema de salud basado en atención primaria (Cuba)</b>
	del sistema y mejoraría la eficiencia y la calidad de la atención	del Estado en la prestación de servicios	que un sistema totalmente público o privado	promover la participación de la comunidad en la gestión de la salud
<b>Desventajas para Colombia</b>	Requeriría un aumento significativo de los ingresos fiscales, podría generar listas de espera y tiempos de espera más largos, y podría			

Elaboración propia

Ante la alusión y la historia de los diferentes modelos de salud anteriormente descritos, es importante destacar que dentro del territorio Colombiano también se ha dado una transición entre diferentes Sistemas de Salud que se han implementado, teniendo sus primeros antecedentes con el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, el cual fue implementado bajo la ley 90 de 1946, con el objetivo de brindar los servicios de seguridad social en salud a los trabajadores del sector privado, en la primera década el ISS se centró en su consolidación y expansión geográfica. En la década de los sesenta se amplió la cobertura de los riesgos amparados: seguro obligatorio de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (1964) y vejez, invalidez y muerte (1967). La década de los setenta fue de reglamentación y modificaciones importantes, entre las que cabe destacar el decreto 770 de abril 30 de 1975 que reglamentó el Seguro de Enfermedad General y Maternidad y estableció un primer sistema de ampliación de cobertura familiar para la prestación médico asistencial para la familia del afiliado y el Decreto 1650 de 1977 que determinó el régimen y la administración de los seguros sociales obligatorios.

La década del 80 se caracterizó por una situación de crisis: en lo externo, deficiencia en la prestación de servicios de salud; desabastecimiento de suministros; desconfianza en el

manejo de los recursos económicos y decaimiento financiero de la entidad. En lo interno, exceso de reglamentación, pero con problemas de operación y falta de instrumentos uniformes de desarrollo administrativo.

Con el panorama anterior, se llegó a la Constitución Política de 1991 (Art 48) y a la Ley 100 de 1993. La Constitución Política define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que debe ser garantizado a todos los ciudadanos y prestado por entidades públicas o privadas. Por su lado, la Ley 100 de 1993 crea un sistema solidario de seguridad social integral que permite ampliar la cobertura tanto en pensiones como en salud a la población pobre del país y, adicionalmente, crea el sistema privado de pensiones y la garantía de pensión mínima. Hasta la Ley 100 de 1993 el ISS tenía 3'425.000 afiliados a los tres regímenes: pensiones, salud y riesgos profesionales, lo que equivalía a un cubrimiento de 26% de la población nacional. Adicionalmente, tenía una cobertura familiar para salud que ascendía a 2'090.000 personas.

La cotización para el sistema de salud era del 7% y solamente existía una solidaridad entre afiliados con diferentes ingresos en el ISS o en las Cajas de previsión y no con el resto de la población. El sistema pensional se había constituido prácticamente en un sistema de reparto simple con incumplimiento de los planes establecidos inicialmente y con serios riesgos financieros: los aportes públicos fueron derogados y el reajuste quinquenal de las cuotas de los afiliados no se produjo. Esto generó un fuerte desbalance entre los aportes y los beneficios pensionales, traduciéndose en altas transferencias a favor de las primeras generaciones de pensionados y en grandes desequilibrios financieros, que no habían hecho crisis debido a que el número de pensionados era relativamente reducido (representaban el 12% de los afiliados en 1994).

Fue ésta la situación que la Ley 100 de 1993 entró a corregir, al ordenar la separación del Instituto en negocios completamente independientes, administrativa y contablemente:

- la Administradora del sistema de pensiones.
- la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP)
- Salud.

Dentro de salud se ordenó la independencia de la actividad de atención directa de salud al usuario, realizada por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del ISS, y el aseguramiento a cargo de la Entidad Promotora de Salud (EPS).

Es importante destacar que, en Colombia, antes de la creación e implementación de la ley 100 de 1993 el sistema de salud funcionaba de tres maneras para atender a usuarios.

Primero estaba el sistema de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos.

Mediante la participación del sistema de subsidio familiar a través de las Cajas de Compensación, atendían a las familias de los trabajadores del sector privado inicial y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud. En segundo lugar, estaba el sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada. Y finalmente los colombianos podían acudir al sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud con accesibilidad restringida, de acuerdo con Luis Alberto Tafur en la publicación *El sistema de Salud en Colombia*. Por ello, la población pobre y vulnerable sólo era atendida en hospitales públicos cuando llegaban en malas condiciones de salud, no podían acceder a citas médicas de prevención, control y consulta. Además, en los territorios con difícil acceso por las condiciones demográficas no había un sistema de salud formal que garantizara acceso a medicamentos, médicos 24/7 especializados en diversas áreas y, en caso de emergencia, transporte a una ciudad con capacidad de auxiliar.

En esa época las filas en hospitales públicos eran un dolor de cabeza, se aplazaban las citas para atender usuarios y la población pobre no podía exigir que se le cumpliera un derecho como tal.

En 1992 el 33,2 % de la población más pobre no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3 % de ciudadanos con mayores ingresos.

El actual sistema de salud fue creado por la Ley 100 de 1993, una de las reformas más profundas de la historia del país, que modificó totalmente el funcionamiento de la seguridad

social, incluyendo la salud. Se estableció un sistema de prestación de servicios y financiación que introdujo la solidaridad, la eficiencia y la competencia como elementos centrales para lograr los objetivos centrales: equidad, calidad y cobertura. El aseguramiento es el principal instrumento, privilegiando el financiamiento a la “demanda”. El sistema tiene dos tipos de regímenes de aseguramiento: el contributivo (RC), para las personas con capacidad de pago, y el subsidiado (RS), dirigido a los individuos pobres.

Para prestar los servicios se crearon, por el lado del aseguramiento, las EPS (para el contributivo) y las Administradoras del RS (ARS). Y por el lado de la oferta, las IPS. El sistema se financia con contribuciones de los beneficiarios del RC, impuestos generales y rentas territoriales. Los recursos públicos destinados al sector representan más de 5% del PIB y van en alza.

Después de más de veinte años, es claro que esta reforma tiene impactos importantes sobre la salud y la calidad de vida, por los cambios en cobertura y demanda de los servicios. Este hecho, sumado al monto de los recursos, es suficiente para evaluar qué ha sido bueno y dónde se debe corregir el rumbo.

El nuevo sistema generó impactos positivos en el bienestar de los más pobres. En la población infantil se redujo la incidencia de enfermedades, aumentó la cobertura de vacunación y se mejoró su estado de salud al nacer. También hubo impactos positivos sobre el uso de servicios esenciales, como las citas de prevención y los controles pre y post-natales.

De manera importante, se redujo el “gasto de bolsillo” entre la población pobre en casos de hospitalización y compra de medicamentos. Finalmente, el RS incrementó el acceso a tratamientos para enfermedades costosas (afecciones cardíacas, cáncer, diabetes). Sin embargo, no se han identificado impactos sobre la calidad de los servicios entre los más pobres.

Cuadro comparativo: Propuestas de reforma a la salud en Colombia vs. Norma actual

Aspecto	Norma actual	Propuestas de reforma
<b>Financiamiento</b>	Sistema mixto: público y privado	- Sistema de aseguramiento único - Sistema de financiamiento basado en presupuestos - Combinación de ambos
<b>Intermediación</b>	Entidades Promotoras de Salud (EPS)	- Eliminación de las EPS - Reducción del papel de las EPS - Fortalecimiento de las EPS
<b>Niveles de atención</b>	Atención primaria básica y especializada	- Fortalecimiento de la atención primaria - Integración de los niveles de atención - Enfoque en la atención preventiva
<b>Control de costos</b>	Mecanismos de control de costos y calidad limitados	- Negociación de precios de medicamentos - Implementación de mecanismos de control de costos más robustos - Mayor transparencia en el uso de recursos
<b>Rectoría y regulación</b>	Papel limitado del Estado en la rectoría y regulación del sistema	- Mayor participación del Estado en la rectoría y regulación del sistema - Creación de una agencia única para la regulación del sistema - Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>Acceso y cobertura</b>	Barreras de acceso para algunos grupos poblacionales	- Ampliación de la cobertura a toda la población - Eliminación de barreras de acceso - Garantía de acceso a servicios de calidad
<b>Calidad de la atención</b>	Variaciones en la calidad de la atención	- Mejora de la calidad de la atención en todos los niveles del sistema - Implementación de estándares de calidad más estrictos - Mayor capacitación del personal de salud
<b>Eficiencia</b>	Sistema considerado como ineficiente	- Reducción de costos innecesarios - Mejora de la eficiencia en la prestación de servicios - Mayor transparencia en el uso de recursos
<b>Equidad</b>	Desigualdades en el acceso a la atención	- Reducción de las desigualdades en el acceso a la atención - Promoción de la equidad en salud - Garantizar el acceso a servicios de calidad para todos, independientemente de su condición socioeconómica

Elaboración propia

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En Colombia, de acuerdo con la Ley 100, emitida el 23 de diciembre de 1993, la salud se rige por dos regímenes: el subsidiado (gratuito) y el contributivo (privado); a esto se le conoce como sistema de financiación mixto, lo que significa que se sostiene tanto de recursos públicos como de recursos privados. En ese sentido, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), es la única encargada de distribuir los recursos en ambos regímenes. La manera en que se define a qué régimen pertenece cada ciudadano es a través del Sisbén, el cual se creó, según lo dice su página oficial, para poder identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de programas sociales. El Sisbén clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos, asegurándose de que las ayudas y subsidios sean destinadas a quienes más las necesitan. En el Contributivo, se abarca a todas aquellas personas con capacidad de pago, puesto que se encuentran trabajando y por ello aportan una parte de su sueldo mensual para tener cobertura en salud para ellos y su círculo familiar; es decir, cualquier persona que tenga en la actualidad una vinculación laboral, ya sea formal o independiente, debe afiliarse al régimen contributivo.

Esto también aplica para pensionados y sus familias. Además de lo mencionado anteriormente, existen otros ámbitos que contempla el sistema de salud vigente, como el régimen de excepción o el régimen militar, el cual brinda servicios de salud de manera exclusiva a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía, a los servidores públicos de Ecopetrol, a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del magisterio y a los servidores públicos de universidades públicas.

Para concluir cual es la importancia para los Egresados del programa de Especialización en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud de Unisanitas: Las propuestas de reforma a la salud en Colombia tienen una gran importancia ya que estos profesionales tendrán que comprender las diferentes propuestas de reforma, sus implicaciones y cómo se comparan con la norma actual y los sistemas de salud de otros países. Esta información les permitirá tomar decisiones informadas sobre su futuro profesional y contribuir al desarrollo de un sistema de salud más eficiente, equitativo y sostenible en Colombia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, S. G. (1998). Programa nacional de investigación en salud pública y sistemas de salud. Avances en capacitación. Redalyc.org.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28329007>
- Buitrago-Mejía, A. (2020). Características subyacentes de las entidades que conforman el Sistema de salud colombiano. <https://www.redalyc.org/journal/290/29065286030/>
- BUSS, Paulo - LABRA, María Eliana (Org.) (1995). Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): <https://www.cms.gov/>.
- E, I. F. M. (2009c). La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Redalyc.org.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791005>
- ELOLA, Javier; DAPONTE, Antonio; NAVARRO, Vicente (octubre 1995). Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe. En American Journal of public Health (Vol. 85), N° 10:1397-1401.
- Franco-Giraldo, Á. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. Redalyc.org.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42229127013>
- Federal Ministry of Health (Germany): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/>
- FRENK, Julio (1997). Las dimensiones de la reforma del sistema de salud. En RUIZ DURAN, Clemente. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI (pp. 361-382). México D.F.: Editorial Diana - Fundación Luis Donaldo Colosio A. C.
- GONZÁLEZ GARCIA, Ginés - TOBAR, Federico (1997). Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano - Ediciones Isalud.
- Health Canada: <https://www.canada.ca/en/health-canada.html>
- HOMEDES, Núria - UGALDE Antonio. ¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina? VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 octubre 2002.
- MÉDICI, André Cezar (1994). Economía e financiamento do Setor Saúde no Brasil. Sao Paulo: USP.



MEDICI, André Cezar (octubre 1997). A Economía Política das Reformas em Saúde. Porto Alegre: IAHCs.

Ministry of Public Health of Cuba: <https://salud.msp.gob.cu/>

Pan American Health Organization (PAHO): <https://www.paho.org/en>

Proyecto de ley de reforma a la salud – ministra de Salud y Protección Social -MSPS (2023):

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf>

Reforma a la salud 2023: todo lo que deberías saber | Poliverso. (n.d.).

<https://www.poli.edu.co/blog/poliverso/reforma-salud2023#:~:text=Se%20plantea%20que%20el%20Estado,las%20necesidades%20territoriales%20y%20poblacionales>

Sistema mixto de financiamiento: Público y privado (**Ley 1122 de 2007:**

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>).

The National Health Service (NHS) in the United Kingdom: <https://www.england.nhs.uk/>

The Health Insurance Marketplace: <https://www.healthcare.gov/>