

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

La Influencia Política en el Modelo de Salud Colombiano durante las Últimas Tres Décadas

Political Influence on the Colombian Healthcare Model over the Last Three Decade

Ismael Orlando Chaux Zambrano, Oscar Marino Lopez Mallama
y Alexander Almeida Espinosa

Universidad del Valle, Cali, Colombia

Institución Universitaria Antonio José Camacho, Cali, Colombia

Article history:

Received March 27, 2024

Received in revised from
March 27, 2024

Accepted March 27, 2024

Available online

May 14, 2024

* Corresponding author:

Alexander Almeida Espinosa

Electronic mail address:

alexander.almeida@correounivalle.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5597-0405>

RESUMEN

Introducción: El sistema de salud colombiano ha tenido cambios considerables a lo largo de los años, influenciadas por cambios económicos, sociales y políticos en el país. La introducción de la Ley 100 de 1993 marcó un hito en esta evolución al cambiar el enfoque del sistema de salud de un subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda. Esta transición reflejó un cambio en el papel del Estado en la provisión y regulación de los servicios de salud, dando paso a un modelo basado en la competencia regulada y la participación del sector privado. La estructura dual del sistema de salud, con un régimen contributivo y un régimen subsidiado, ha sido objeto de múltiples reformas destinadas a mejorar la equidad y la accesibilidad de los servicios de salud para toda la población. **Objetivo:** Identificar la influencia política en el sistema de salud colombiano en los últimos 30 años. **Metodología:** Se desarrolló un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, el diseño de la investigación combina el método hermenéutico con el análisis documental. **Conclusiones:** La evolución del sistema de salud colombiano revela una constante necesidad de adaptación y transformación, reflejada en la abundante normativa que lo regula. Sin embargo, esta regulación parece responder más a necesidades inmediatas que a cambios estructurales que aborden las demandas sociales de manera integral. La desconexión entre la normatividad y su aplicación se debe a la dinámica política, económica, social y cultural en constante cambio.

Palabras claves: Sistema de salud, Influencia política, Transformación, Actores del sistema, Dinámicas sociales

ABSTRACT

Introduction: The Colombian healthcare system has undergone considerable changes over the years, influenced by economic, social, and political shifts in the country. The introduction of Law 100 of 1993 marked a milestone in this evolution by shifting the focus of the healthcare system from a subsidy to the supply to a subsidy to demand. This transition reflected a change in the role of the State in the provision and regulation of healthcare services, ushering in a model based on regulated competition and private sector participation. The dual structure of the healthcare system, with a contributory regime and a subsidized regime, has been the subject of multiple reforms aimed at improving equity and accessibility of healthcare services for the entire population. **Objective:** To identify the political influence on the Colombian healthcare system in the last 30 years. **Methodology:** A descriptive study was conducted, with a qualitative approach. The research design combined the hermeneutic method with documentary analysis. **Conclusions:** The evolution of the Colombian healthcare system reveals a constant need for adaptation and transformation, reflected in the abundant regulations governing it. However, this regulation appears to

respond more to immediate needs than to structural changes that address social demands comprehensively. The disconnect between regulation and its application is due to the constantly changing political, economic, social, and cultural dynamics.

Keywords: Healthcare System, Political Influence, Transformation, System Actors, Social Dynamics.

INTRODUCCIÓN

Colombia, en su recorrido como nación, ha experimentado diversos cambios y desafíos en ámbitos como lo social, económico, político y cultural. Esta dinámica constante ha exigido que las políticas gubernamentales se ajusten para reflejar mejoras en la calidad de vida de sus ciudadanos, reduciendo las brechas de desigualdad social y garantizando el acceso a servicios sanitarios y otros factores que inciden directamente en el bienestar de la población.

Uno de los sectores más directamente afectados por estas transformaciones políticas a lo largo del tiempo en Colombia es el sistema de salud, cuyos modelos y estructuras han sido moldeados por las exigencias y necesidades de estas dinámicas cambiantes. A nivel latinoamericano, se busca avanzar hacia sistemas de salud más sólidos que proporcionen una mayor cobertura, integralidad y universalidad en los servicios de salud, abordando las necesidades de América Latina y el Caribe.

Actualmente, Colombia ha logrado alcanzar una cobertura de salud del 98,88% de su población en todo el territorio nacional, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2020. Esta cifra representa un avance significativo en el aseguramiento de sus ciudadanos en los diferentes regímenes del sistema de salud. Sin embargo, es importante destacar que aún persisten barreras en el acceso a los servicios de salud, que van más allá de la mera cobertura. Estas barreras se reflejan en la accesibilidad física, económica e informativa para obtener los servicios, así como en la oportunidad de recibir atención médica sin dilaciones, la pertinencia de los servicios de salud ofrecidos y la equidad en la distribución de estos servicios, especialmente para personas vulnerables y de bajos recursos.

Además, se observa una disparidad en los diferentes territorios del país, enfrentando desafíos geográficos y sociales que afectan el acceso a la salud. Las amenazas naturales, como fenómenos hidrometeorológicos y geológicos, afectan aproximadamente el 29% del territorio colombiano, mientras que las deficiencias en el transporte, con una calificación de 3.0 en calidad de carreteras, también dificultan el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). A esto se suman los desafíos culturales y sociales derivados de la diversidad étnica y el conflicto armado, que limitan la accesibilidad y pertinencia de los servicios en ciertas regiones.

El gobierno, en colaboración con diversos actores y bajo el marco normativo de la Ley 100 de 1993, ha buscado abordar estos desafíos y mejorar la prestación de servicios de salud en el país (Ley 100 de 1993). Sin embargo, aún persisten desafíos en la gestión de riesgos en salud y en la eficiencia financiera del sistema de salud. Es necesario, por lo tanto, replantear acciones y ajustes al sistema mediante políticas públicas que fortalezcan el acceso, la oportunidad, la pertinencia y la eficiencia de los servicios de salud para todos los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Esto implica el fortalecimiento de la red pública de salud, la mejora de las fuentes de financiación, el desarrollo de la infraestructura y la promoción de una mayor voluntad política entre todos los actores del sistema. Es crucial comprender la influencia política en el sistema de salud colombiano para diseñar e implementar políticas efectivas que promuevan el derecho a la salud de manera integral.

Referentes Conceptuales

Desde el ámbito nacional, (Baleño, 2015) destaca en un estudio comparado que la formulación de políticas en Colombia avanza hacia la inclusión de aspectos cruciales como la diversidad, el medio ambiente y la participación, como se evidencia en el Plan Decenal de Salud Pública. Asimismo, subraya que una comunicación efectiva, políticas bien definidas y estrategias pertinentes de promoción de la salud son fundamentales para generar resultados positivos en salud pública.

Abordando el análisis de la crisis en salud, (Álvarez Salazar, 2016) resaltan la crisis en el sistema de salud colombiano desde la perspectiva del derecho fundamental de la población adulta mayor. Identifican problemas en la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud debido a cuestiones institucionales y regulatorias, así como deficiencias en la oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Sumado a lo anterior, (Pozo, 2019) examina la influencia del neoliberalismo en el sistema de salud colombiano, señalando una combinación de sistemas de seguridad social con el modelo Bismarck y el neoliberalismo. Destaca que la Ley 100 de 1993 estableció un sistema de salud basado en principios como la universalidad y la solidaridad, pero también menciona la fragmentación y restricción del servicio de salud mediante el Plan Obligatorio de Salud.

Así mismos, (Gomez D, González A, & Ramirez, 2019) destacan la importancia de comprender el aspecto político como determinante en la salud, enfatizando que las estructuras, procesos y productos políticos influyen en la salud pública. Identifican al Estado, legisladores y agencias ejecutivas como ejemplos de estructuras políticas que impactan en la salud a través de la formulación de leyes, impuestos y servicios públicos.

Por último, (Aguilar Peña, Tobar Blandón, & García Perdonomo, 2020), hacen hincapié en la importancia de considerar la diversidad étnica y

cultural en el diseño de políticas de salud en Colombia, especialmente en relación con la población indígena. Destacan la necesidad de procesos participativos que integren la interculturalidad en salud como principio rector del Sistema General de Seguridad Social Colombiano. Estos estudios subrayan que la política juega un papel significativo en la regulación del sector de la salud, tanto de forma directa como indirecta.

Modelo Bismarck o de Seguridad Social:

Originado en Alemania durante el mandato del canciller Bismarck en 1883, se estableció bajo la premisa de considerar al ser humano como un trabajador comprometido con la sociedad y su producción (Instituto de Estudios Médico Científico (INESME), 2009, pág. 20). Este régimen tenía como objetivo principal proteger a los trabajadores, tanto asalariados como independientes, y garantizar su asistencia en caso de necesidad. Bismarck destacó la importancia de asegurar tanto el presente como el futuro del trabajador, reconociendo que su esfuerzo actual lo protege en el presente, pero el futuro siempre es incierto y debe ser asegurado (Torres Guzman, Diaz Rodriguez, & Morantes Franco, 2014, pág. 23)

La financiación de este modelo se basa en cuotas obligatorias pagadas por empleadores y trabajadores, con opciones adicionales como el sistema impositivo o seguros voluntarios para aquellos sin acceso a estos fondos. Colombia adoptó un seguro social obligatorio en 1946 basado en este modelo (Castañeda Sánchez, 2012, pág. 8). A pesar de sus beneficios, el Modelo Bismarck presenta limitaciones en términos de solidaridad financiera debido a pagos fijos de los trabajadores y la posibilidad de una selección regresiva de asegurados en sistemas de afiliación opcional (págs. 15-16).

Modelo Beveridge:

Su origen data en el Reino Unido, se caracteriza por un enfoque centralizado y regionalizado

respaldado por el Estado a través de fondos públicos (Instituto de Estudios Médico Científico (INESME), 2009, pág. 20). Este modelo garantiza el acceso universal a servicios de salud independientemente de la capacidad económica, financiado mediante impuestos y administrado por el Estado, con énfasis en principios de universalidad y equidad (Elvira & Samprieto, s.f, pág. 16).

Beveridge promovió un sistema nacional de salud durante la Segunda Guerra Mundial, enfatizando el derecho de cada individuo al mejor tratamiento médico disponible sin importar su situación económica y condición social, siendo efectivo en la prestación de los servicios de salud.

Aunque el Modelo Beveridge promueve la igualdad de acceso, su implementación plantea desafíos financieros y administrativos, especialmente en términos de control de servicios y financiación (pág. 16). Ha influido en sistemas de seguridad social en todo el mundo, contribuyendo al surgimiento de sistemas mixtos que combinan elementos de diferentes modelos (Torres Guzman, Diaz Rodriguez, & Morantes Franco, 2014, pág. 16)

Modelo Mixto:

Modelo presente en países occidentales, combina elementos del modelo alemán y británico, con financiación pública y privada, así como participación ciudadana en la demanda de servicios de salud (pág. 26). Este modelo destaca la importancia de la promoción y prevención de la salud, así como la atención primaria (Castañeda Sánchez, 2012, pág. 5).

En la actualidad, ningún país cuenta con un modelo puro, ya que se han realizado ajustes incorporando características de diferentes modelos (Elvira & Samprieto, s.f). En el caso de Colombia, la diversidad y dinámica social requieren modelos flexibles que se ajusten a las necesidades locales, tomando lo mejor de modelos exitosos para avanzar de manera satisfactoria e innovadora en la

atención de las necesidades sociales (Instituto de Estudios Médico Científico (INESME), 2009, pág. 21).

M É T O D O S

Se implementó un estudio descriptivo, cuyo objetivo es proporcionar una descripción detallada y sistemática del fenómeno investigado. Esta elección metodológica es apropiada para abordar el objeto de estudio, ya que permite explorar y documentar en profundidad la evolución y las características del modelo de salud en relación con la influencia política en Colombia (Aguirre & Jaramillo, 2015).

El estudio se fundamenta en un enfoque cualitativo de carácter hermenéutico, que busca interpretar el fenómeno de la influencia política en el modelo de salud colombiano a lo largo de los últimos 30 años. Este enfoque cualitativo se selecciona con el propósito de comprender las diversas percepciones, interpretaciones y significados atribuidos por los actores involucrados en el sistema de salud, lo que permite una comprensión más profunda y contextualizada del objeto de estudio (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 355).

El diseño de la investigación se basa en el método hermenéutico, que implica una interpretación cuidadosa y detallada de la información documental disponible. Este enfoque metodológico es adecuado para analizar textos y documentos con el fin de comprender su significado y contexto dentro del sistema de salud colombiano (Tancara, 1993).

En cuanto a los criterios de selección de fuentes, se priorizan documentos y publicaciones relevantes desde 1993 hasta 2022, con un enfoque retrospectivo en documentos normativos desde 1990. Se seleccionan fuentes de información académicas y gubernamentales oficiales relacionadas con la salud y la política en Colombia, con el fin de garantizar la calidad y la pertinencia de la información recopilada.

Las estrategias de búsqueda incluyen la revisión exhaustiva de repositorios académicos, bases de datos especializadas y páginas web oficiales de instituciones gubernamentales e internacionales. Se emplean herramientas como Google Académico, Scielo, Dialnet, así como páginas oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras.

La organización de la información se realiza de manera sistemática, siguiendo un enfoque cronológico y temático. Se estructuran los documentos y publicaciones de acuerdo con los períodos de tiempo y los aspectos relevantes del modelo de salud colombiano y su relación con la política.

En cuanto a los instrumentos y métodos de análisis, se utilizan herramientas de búsqueda en línea y técnicas de análisis de contenido. Se emplean criterios de segmentación, lectura crítica, clasificación y registro de la información, con el fin de identificar tendencias, patrones y relaciones significativas en la influencia política en el modelo de salud colombiano a lo largo del tiempo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Evolución del sistema de salud colombiano en los últimos 30 años

Los resultados de la evolución del sistema de salud colombiano en los últimos 30 años revelan una transformación significativa, cuyo punto de partida se encuentra en la Constitución Política de 1991, que consagra la salud como un servicio público a cargo del Estado (Asamblea Nacional Constituyente, 1991). A partir de esta disposición, emerge la Ley 100 de 1993, la cual establece el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, compuesto por cuatro componentes: pensiones, salud, riesgos laborales y sistemas sociales complementarios. En lo concerniente al sistema de salud, la Ley 100 de 1993 introduce cambios fundamentales en la prestación de servicios,

pasando de un subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda, lo que modifica el papel del Estado hacia una financiación indirecta a través del aseguramiento a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (Salazar Villegas, Lopez Mallama, & Mantilla Mejía, 2023).

Este sistema de salud busca una competencia regulada, con una combinación de financiamiento público y privado, donde los recursos provienen de aportes de empleadores y empleados para el régimen contributivo, así como de recursos fiscales para el régimen subsidiado (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martinez, 2011). La regulación de este sistema se ha visto reflejada en la creación de planes de beneficios tanto para afiliados contributivos como subsidiados, estableciendo los servicios garantizados para cada grupo (Ministerio de Salud, 1994). Además, la Ley 1122 de 2007 unifica estos planes en el "Plan de Beneficios en Salud", con el fin de simplificar y regular la atención médica de manera equitativa y accesible para todos los usuarios (Congreso de Colombia, 2007).

La descentralización del sistema de salud, impulsada por la Ley 715 de 2001, transfirió la responsabilidad de la prestación de servicios a las entidades territoriales, lo que permitió una mayor autonomía y equidad en la atención (Congreso de Colombia, 2001). Asimismo, se destacan aspectos normativos como la creación del Sistema de Información en Salud (SISPRO) mediante la Ley 1122 de 2007, que tiene como objetivo mejorar la toma de decisiones y la planificación en salud (Congreso de Colombia, 2007). La Ley 1438 de 2011 fortalece el sistema de salud mediante la promoción de la atención primaria y la implementación del Plan Decenal de Salud (Congreso de Colombia, 2011).

En términos de financiamiento, se han implementado diversas normativas para garantizar recursos suficientes para la cobertura universal. La Ley 1393 de 2010 destinó más recursos al régimen

subsidiado a través de impuestos específicos, mientras que la Ley 1607 de 2012 sustituyó parcialmente las cotizaciones por impuestos generales. La Ley 1819 de 2016 garantizó recursos adicionales mediante una reforma tributaria, mientras que la Ley 2010 de 2019 redujo los aportes a los pensionados para ampliar la cobertura (Restrepo Zea, 2022).

En el ámbito institucional, resalta la instauración de organismos como la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES) a través de la Ley 1753 de 2015, la cual sustituyó al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Además, la Ley 1955 de 2019 introdujo modificaciones en la responsabilidad de asegurar prestaciones no contempladas en el plan de beneficios para el régimen subsidiado. La trascendental Sentencia T-260 de 2008, al reconocer la salud como un derecho fundamental e independiente, impulsó la promulgación de la Ley 1751 de 2015, que regula este derecho y establece el Plan Integral de Salud.

Finalmente, la evolución del sistema de salud colombiano ha estado caracterizada por una serie de reformas y normativas dirigidas a mejorar la cobertura, la calidad y la equidad en la prestación de servicios médicos. A pesar de ello, subsisten desafíos en materia de financiamiento, descentralización y garantía de los derechos fundamentales en salud.

Actores vigentes del ecosistema de salud

Al identificar los actores que intervienen en el complejo panorama del sistema de salud colombiano, se vislumbra una variedad de entidades con roles específicos en su gestión y regulación. El Ministerio de Salud y Protección Social, por ejemplo, despliega su labor en la formulación y ejecución de políticas destinadas a asegurar el correcto funcionamiento del sistema de salud y fomentar la salud pública. Esta institución, de carácter público y subordinada al gobierno nacional, opera con un presupuesto anual y establece contratos con diversos actores para

materializar sus directrices (Grupo de Estudios de Economía y Empresa, 2021).

Por otro lado, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) emerge como una entidad crucial, surgida en 2015 a partir de la Ley 1753. Su cometido principal radica en centralizar la administración y distribución de los recursos del sistema de salud, suplantando al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). ADRES, una entidad estatal dotada de autonomía administrativa y financiera desempeña una función esencial en la gestión eficaz de los recursos del sistema de salud. La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), por su parte, asume la responsabilidad de vigilar y controlar el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), asegurando los derechos de los usuarios y detectando posibles irregularidades en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Asimismo, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) se encarga de la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos relacionados con la salud, garantizando su seguridad y eficacia. Este organismo desempeña un papel crucial en la protección de la salud pública al asegurar que los productos disponibles en el mercado cumplan con los estándares necesarios.

Además de estas entidades mencionadas, el Instituto Nacional de Salud (INS), las Entidades Territoriales (ET), las IPS, las EPS, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la Nación son actores destacados en la gestión y regulación del sistema de salud colombiano. Cada uno de ellos asume responsabilidades específicas en la protección de los derechos de los ciudadanos y el control adecuado de los recursos (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011), (Procuraduría General de la Nación, 2020), (Defensoría del Pueblo, 2023), (Contraloría General de la Nación, 2023).

En conjunto, estos actores configuran un entramado institucional destinado a garantizar el acceso equitativo y la calidad de los servicios de salud en el país.

Logros del sistema general de seguridad social en salud

El sistema general de seguridad social en salud en Colombia ha sido un elemento crucial en el acceso a la atención médica y la protección social de la población desde su establecimiento en 1993 mediante la Ley 100. Este sistema se ha centrado en garantizar a las personas y comunidades una calidad de vida adecuada, abordando las contingencias que afectan tanto la salud como la estabilidad económica (Congreso de Colombia, 1993).

Uno de los cambios más notables que ha experimentado el sistema es la relación entre los individuos y las instituciones estatales para acceder a los servicios de salud. Influenciado por corrientes como el neoliberalismo, se ha observado un traslado de la prestación de servicios de salud a entidades privadas, lo que ha generado tensiones en la función pública del sector y ha llevado a una percepción de la salud más como un negocio que como un derecho fundamental (López Mallama, 2023).

A pesar de los avances, persisten desafíos significativos en términos de financiamiento y sostenibilidad del sistema. Si bien el aumento del gasto en salud ha sido necesario para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios, también ha resaltado la necesidad de una gestión más eficiente de los recursos y una distribución equitativa de la carga financiera (Grupo de Estudios de Economía y Empresa, 2021).

En cuanto a la cobertura, Colombia ha logrado avances notables, alcanzando un 99.6% de aseguramiento universal para el año 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Este incremento ha sido constante desde el 29.21% en 1995 (Subdirección de la Operación del

Aseguramiento en Salud, 2023), aunque aún existen desafíos en términos de calidad y acceso equitativo a los servicios de salud.

Es importante destacar que la implementación del sistema ha pasado por diversas etapas, desde la descentralización hasta la promulgación de leyes que reordenaron la distribución de recursos entre la Nación y los municipios. Estos cambios han generado mejoras progresivas en la gestión y dirección de la salud pública a nivel local, aunque también han enfrentado obstáculos en la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011).

En términos de impacto en la salud, Colombia ha experimentado mejoras significativas en indicadores clave como la expectativa de vida y la mortalidad infantil. Sin embargo, persisten desafíos en términos de desigualdades en salud y acceso equitativo a servicios de calidad. La incorporación de la calidad como componente evaluativo es un paso importante hacia la mejora continua del sistema, ya que permite identificar áreas de mejora y dirigir políticas que contribuyan a un mejor desempeño en la prestación de servicios de salud (Grupo de Estudios de Economía y Empresa, 2021).

Por último, el sistema general de seguridad social en salud en Colombia ha representado un avance significativo en el acceso a la atención médica y la protección social de la población. A pesar de los logros obtenidos, persisten desafíos importantes que requieren un enfoque integral y colaborativo para su abordaje efectivo.

Discusión

Durante las últimas tres décadas, la influencia política en el modelo de salud colombiano ha sido un tema central de discusión y análisis. Desde la promulgación de la Constitución Política de 1991, que estableció la salud como un servicio público a cargo del Estado, hasta las múltiples reformas legislativas que han delineado el sistema de

seguridad social en salud, ha quedado patente la intervención política en la configuración y funcionamiento del sistema de salud en el país (Mendieta & Jaramillo, 2019).

Un hito fundamental en este proceso fue la Ley 100 de 1993, la cual marcó un cambio significativo al pasar de un subsidio a la oferta a un subsidio a la demanda en la prestación de servicios de salud. Esta transformación redefinió el papel del Estado en el financiamiento y regulación del sistema, estableciendo un modelo basado en la competencia regulada y la participación del sector privado (Hernández, 2016). Sin embargo, esta transición ha sido objeto de críticas y controversias, especialmente en lo que respecta a la equidad y accesibilidad de los servicios de salud para toda la población (Arboleda & Cardona, (2018).

Una característica distintiva del sistema de salud colombiano es su estructura dual, con un régimen contributivo y un régimen subsidiado, que refleja la compleja realidad socioeconómica del país. A lo largo de los años, esta dualidad ha sido objeto de múltiples reformas, como la descentralización de la prestación de servicios de salud mediante la Ley 715 de 2001 (Agudelo, Cardona, & Robledo, 2011).

Aunque esta descentralización buscaba mejorar la autonomía y la equidad en la atención, también ha planteado desafíos en términos de gestión de recursos y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno (Duque, S., Gómez, N., & Rivera, C. (2013).

Otro aspecto relevante en la evolución del sistema de salud colombiano ha sido el desarrollo de normativas y políticas dirigidas a la promoción y prevención de la salud. A pesar de los esfuerzos realizados, persisten desafíos en la implementación efectiva de estas políticas y en la coordinación entre las diferentes entidades responsables (Barona, 2015).

El financiamiento del sistema de salud ha sido un tema central en la discusión sobre su evolución. A lo largo de los años, se han implementado diversas medidas para garantizar recursos adecuados para su funcionamiento, incluyendo la creación de fuentes de financiamiento como las cotizaciones de empleadores y empleados, los impuestos generales y las transferencias intergubernamentales. Sin embargo, la sostenibilidad financiera del sistema sigue siendo un desafío, especialmente en un contexto de cambios demográficos y epidemiológicos (Jaramillo & Mendieta, 2019).

La calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud son aspectos críticos que han recibido una creciente atención en los últimos años. Aunque se han introducido mecanismos de aseguramiento de la calidad, persisten preocupaciones sobre la oportunidad en la asignación de citas y procedimientos, así como sobre la suficiencia institucional para satisfacer la demanda de servicios de salud. (Lopez Mallama, et al. 2024).

En términos de impacto en la salud pública, el sistema de salud colombiano ha logrado avances significativos en indicadores clave como la expectativa de vida, la mortalidad infantil y materna, y la incidencia de enfermedades transmisibles. Estos logros reflejan los esfuerzos realizados en áreas como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención médica. Sin embargo, persisten desafíos en la reducción de las desigualdades en salud y en la mejora de la accesibilidad y calidad de los servicios para todos los ciudadanos (Rodríguez, 2014).

Finalmente, la influencia política en el modelo de salud colombiano en las últimas tres décadas ha sido significativa y ha dado forma a la estructura y operación del sistema de salud. A pesar de los avances logrados, persisten desafíos importantes en términos de equidad, financiamiento y eficiencia (Luzuriaga, M. J., & Bahía, L. (2016).

Abordar estos desafíos requerirá un enfoque integral que involucre tanto a los actores políticos como a la sociedad en su conjunto, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud para todos los colombianos.

CONCLUSIONES

El sistema de salud en Colombia ha experimentado ajustes a lo largo del tiempo, lo que evidencia una necesidad continua de adaptación. Esta adaptación se refleja en la extensa normativa que regula el sector, lo cual puede interpretarse como una respuesta constante a los desafíos presentes, aunque también sugiere una falta de soluciones estructurales para abordar las necesidades sociales de manera integral.

Al analizar la evolución del sistema, se observa un desfase entre la normativa establecida y su aplicación efectiva. Este desfase se debe a que las necesidades del sector, reflejadas en las leyes, están sujetas a cambios políticos, económicos, sociales y culturales en constante cambio y dinamismo.

Los diversos actores involucrados en el sistema de salud han sido parte activa de esta transformación. La relación entre ellos es fundamental para el adecuado funcionamiento y la sostenibilidad del sistema. Instituciones como la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación desempeñan un papel crucial en el control y la supervisión del sistema, contribuyendo así a su buen funcionamiento.

Esta relación entre los actores del sistema también está influenciada por las dinámicas sociales, ya que la capacidad de respuesta a las necesidades de la población está estrechamente relacionada con la disponibilidad de recursos financieros. Aunque el financiamiento del sistema está teóricamente bien estructurado, su implementación en Colombia ha requerido políticas sociales y económicas sólidas para garantizar su sostenibilidad.

Si bien los cambios en el modelo de salud han llevado a mejoras en aspectos clave del sistema, como la cobertura, algunos indicadores de salud, calidad y organización institucional, es importante reconocer que el sector de la salud no es el único responsable de garantizar el derecho a la salud de la población. Las condiciones de vida, ambientales, sociales, económicas y políticas también desempeñan un papel significativo en el bienestar general de la población.

En última instancia, el concepto global de salud está determinado por la interacción entre el buen funcionamiento político, social, económico y cultural, así como por las transformaciones necesarias para abordar las necesidades cambiantes de salud de la población. Esto subraya la importancia de un enfoque integral que considere no solo los aspectos médicos, sino también las condiciones sociales y estructurales que influyen en la salud de la población.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses, entre ellos y con terceros. Asimismo, es posible declarar la copropiedad de la primera autoría entre dos autores.

REFERENCIAS

1. Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Artículo Article, 2817-2828.
2. Aguilar Peña, M., Tobar Blandón, M. F., & García Perdonomo, H. (2020). Salud Intercultural y el modelo de salud propio indígena. Revista de Salud Pública, 1-5. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n4/0124-0064-rsap-22-04-e187320.pdf>
3. Aguirre, J., & Jaramillo, L. G. (2015). El papel de la descripción de la investigación cualitativa. Cinta Moebio(53), 175-189. doi:ISSN 0717-554X
4. Álvarez Salazar, M. G. (07 de 09 de 2016). Crisis de la Salud en Colombia: limitantes del

- acceso del derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. CES Derecho, 106-125.
5. Arboleda, G., & Cardona, J. (2018). Percepción de la satisfacción con la labor desempeñada y factores de motivación del personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del valle de Aburrá, 2011. *Revista Javeriana*, 35(17), 1-13.
6. Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Colombia.
7. Baleño Martínez, C. (2015). Política y Políticas Públicas en Salud. Aproximación a un estudio comparado. Casos: Chile, Colombia, México y Perú. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
8. Barona, R. (2015). La salud es un derecho fundamental a partir de la Ley Estatutaria. *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, 3(2), 1-26.
9. Castañeda Sánchez, A. (2012). La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización. México: Universidad Nacional Regional de México. doi:9786070234842
10. Congreso de Colombia. (19 de 01 de 2011). Ley 1438. Colombia.
11. Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122. Colombia
12. Congreso de Colombia. (21 de 12 de 2001). Ley 715. Colombia.
13. Congreso de Colombia. (23 de 12 de 1993). Ley 100. Colombia.
14. Contraloría General de la Nación. (2023). Recuperado de <https://www.contraloria.gov.co/la-entidad>
15. Defensoría del Pueblo. (2023). Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensoria.gov.co/web/guest/que-hacemos>
16. Duque, S., Gómez, N., & Rivera, C. (2013). Sobre la materialización del principio de solidaridad en el sistema general de salud colombiano. *CES Derecho*, 4(2), 2.
17. Elvira, D., & Samprieto, L. (s. f.). El Sistema Sanitario. Catalunya: Universitat Oberta de Catalunya. doi:PID_00193889
18. Gómez D, J. E., González A, M. T., & Ramírez, R. F. (30 de 03 de 2019). Determinantes políticos de la salud: un concepto de importancia para el profesional de la salud pública. *Opinión Novel. Avances en Salud*, 3(1), 45-48. doi:10.21897/25394622.1751
19. Grupo de Estudios de Economía y Empresa. (junio de 2021). Evaluación del Sistema de salud colombiano: una revisión en el marco de la Ley estatutaria en salud de 2015. Universidad EAFIT.
20. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. doi:ISBN: 978-1-4562-2396-0
21. Hernández, Á. (2016). El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud. Repositorio Universidad Católica de Colombia.
22. Instituto de Estudios Médico Científico (INESME). (2009). Sistemas Sanitarios en Europa y análisis comparativo de criterios de accesibilidad a diagnósticos y tratamientos innovadores en Oncología. doi:1889-0512
23. Jaramillo, C., & Mendieta, D. (2019). El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Universal, pero Ineficiente: A Propósito de los Veinticinco años de su creación. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (29), 201-218. doi:<https://doi.org/10.22201/ij.24487899e.2019.29.1390>
24. López Mallama, O. M. (abril de 2023). ¿Una Nueva gestión Pública para el Sistema de Salud Colombiano? *Repertorio Científico*, 25(3), 116-125. doi:ISSN2215-5651
25. López Mallama, O. M., Zapata Lobo, Y. A., Banguero Mejía, K. Y., Andrade Díaz, K. V., & Salazar Villegas, B. (2024). Análisis de la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2022-2026: Una Mirada desde el Plan Decenal de Salud Pública. México: *Revista Latina Científica Multidisciplinar*.
26. Luzuriaga, M. J., & Bahía, L. (2016). Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina. *Cadernos*

- de Saúde Coletiva, 55-62. doi:10.1590/1414-462X201600010201
27. Mendieta, D., & Jaramillo, C. (2019). El sistema general de seguridad social en salud de Colombia: universal, pero ineficiente. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 29, 1-12.
 28. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Análisis de la Situación de salud Colombia 2022*. Bogotá.
 29. Ministerio de Salud. (1994, 8 de mayo). Resolución 5261. Colombia.
 30. Pozo Fernández, C. A. (2019). *Neoliberalismo y el sistema de salud en Colombia: discurso de bienestar en las Empresas Promotoras de Salud en Medellín, 2012-2018*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
 31. Procuraduría General de la Nación. (2020). *Manual de Competencias*. Bogotá, D.C., Colombia.
 32. Restrepo Zea, J. H. (2022, febrero). Evolución del Sistema de Salud colombiano: ¿qué queda de la ley 100 de 1993? *Revista Salud Pública*, 24(1), [página inicial-final].
 33. Rodríguez, A. (2014). Indicadores de constitucionalidad de las políticas públicas: enfoque de gestión de derechos. *Revista Via Inveniendi et Iudicandi*, 9(2).
 34. Salazar Villegas, B., López Mallama, O. M., & Mantilla Mejía, H. (2023). Evolución Normativa de Promoción de la Salud y Prevención. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6375-6393.
 35. Tancara, C. (1993). La investigación documental. *Temas Sociales* (17). doi:ISSN 2413-5720
 36. Torres Guzmán, F. M., Díaz Rodríguez, R., & Morantes Franco, C. F. (2014, 18 de diciembre). Modelos de seguridad social en derecho comparado: casos inglés, alemán y mixto. *Innovando en la U*, 6, 19-27. doi:ISSN 2216-1236



Mexican Academy of Health Education A.C. Membership: Our commitment is to keep professionals and students in training updated in this constantly evolving area. If you are interested in being part of our community and accessing exclusive benefits, the first step is to obtain your membership. Join us and stay up to date with advances in health education.

MEMBERSHIP SUBSCRIPTION IS FREE.
Request your membership to the
<https://forms.gle/kVYBYRdRnYZff14y9>

