

Reforma a la salud en Colombia: ¿gradualidad o ruptura?

Jairo Humberto Restrepo-Zea^{††}
Universidad de Antioquia

*Recibido: 25 de julio de 2023
Aceptado: 31 de agosto de 2023*

Resumen

En Colombia se creó el sistema de seguridad social en salud a partir de la Ley 100 de 1993. Desde entonces, el país ha avanzado de manera significativa hacia la cobertura universal en salud. Cerca del 100% de la población está asegurada, los servicios cubiertos representan 95% de los medicamentos y procedimientos disponibles en el país, y la protección financiera se hace efectiva con un gasto de bolsillo bajo. Los avances del sistema han estado acompañados o impulsados por cambios graduales y unos ciclos de discusión sobre reforma a la Ley 100, buscando resolver debilidades que también se presentan, de manera especial barreras al acceso y dificultades para la sostenibilidad financiera. En 2023, como parte de las propuestas de cambio del gobierno 2022-2026, en el país se discute una propuesta de reforma estructural. La tradición gradualista y la falta de rigor técnico y de consenso político indican que será muy poco probable que se presente una ruptura para dar paso a un sistema diferente y a resolver problemas de fondo.

Palabras clave: sistema de salud, reforma, Colombia

Abstract

In Colombia, the social security health system was created by Law 100 of 1993. Since then, the country has made significant progress towards universal health coverage. Nearly 100% of the population is insured, the services covered represent 95% of the drugs and procedures available in the country, and financial protection is effective with low out-of-pocket spending. The progress of the system has been accompanied or driven by gradual changes and a few cycles of discussion on the reform of Law 100, seeking to resolve weaknesses that are also present, especially barriers to access and difficulties for financial sustainability. In 2023, as part of the proposals for change of the 2022-2026 government, a structural reform proposal is being discussed in the country. The gradualist tradition and the lack of technical rigor and political consensus indicate that it will be very unlikely that there will be a break to make way for a different system and solve fundamental problems.

Keywords: health system, reform, Colombia

^{††} Profesor titular de la Facultad de Ciencias Económicas en la Universidad de Antioquia.
Contacto: jairo.restrepo@udea.edu.co

Introducción

El sistema de salud vigente en Colombia fue adoptado mediante la Ley 100 de 1993 y comenzó a operar en enero de 1995. La reforma contenida en esta Ley se dio en medio de la euforia nacional que siguió a la promulgación de la Constitución de 1991, con grandes expectativas en torno a la consagración del Estado Social de Derecho (ESD) (Garay, 2002). Las aspiraciones por un Estado más grande y garantista incluían a la salud, y fue así como la reforma de 1993 se diferenciaba en varios aspectos de las recomendaciones que dominaban la agenda internacional (Restrepo, 2022). Especialmente, la reforma colombiana se produjo en un escenario de buen crecimiento económico y no de crisis como en otros países, la misma estuvo acompañada de un aumento sustancial de recursos públicos, y con ella se adoptó una meta ambiciosa de cobertura universal que no seguía la recomendación dominante en el momento, acerca de los paquetes básicos o esenciales para la atención de la salud (Banco Mundial, 1993).

Durante este tiempo, el sistema ha presentado avances y procesos de maduración, pero también ha sufrido incumplimientos y puntos débiles que el país debe superar. Entre los logros se destacan la cobertura y la protección financiera. La población cubierta por el seguro de salud pasó de un 22% en 1993 al 99% en 2022 (MSPS, 2023); por su parte, como una medida de protección financiera, los pagos de bolsillo pasaron de representar el 38% al 14% del gasto total en salud en uno y otro año (Maldonado et al, 2023). A la par con estos logros, los indicadores de salud en general también han presentado un comportamiento positivo. Es el caso de la mortalidad infantil, que pasó de 29 defunciones en menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1990 a 11 en 2021, y la esperanza de vida al nacer, que pasó de 65 a 72 años, respectivamente (Banco Mundial, 2023). No obstante, se discute el alcance de estos resultados en el marco de los determinantes de la salud y teniendo en cuenta que se presentan desarrollos desiguales en el territorio nacional (Agudelo et al, 2011).

Es importante resaltar también que el sistema ha evolucionado en términos institucionales y normativos (Restrepo, 2022a), de manera que a lo largo de estas tres décadas se han promulgado varias leyes con ajustes al sistema y con propuestas de reforma que no han prosperado, particularmente en 2013 y 2021 (GES, 2013; Jaimes, 2021). Un momento crucial en el desarrollo del sistema, como parte de las aspiraciones por la materialización del ESD, lo constituyó la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud en 2015, mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud (GES, 2015).

En cuanto a las debilidades y los problemas por resolver se destaca que, a pesar de los avances en cobertura, el acceso efectivo no se realiza de manera universal y equitativa, así que se presentan barreras que afectan principalmente a población pobre y a comunidades ubicadas en territorios en donde la oferta de servicios resulta menor (Restrepo et al, 2014). Como parte de una gobernanza débil (Restrepo y Zapata, 2021), el sistema exhibe fallas en la coordinación entre actores y la articulación con otros sectores que resultan claves en cuanto están a cargo de determinantes sociales de la salud. La falla más sobresaliente descansa en una baja provisión de la salud pública, lo cual resulta contradictorio con los avances en cobertura y significa que el sistema puede ser efectivo para atender enfermedades pero hacen falta esfuerzos más contundentes en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto se puso en evidencia en medio de la pandemia del covid-19, cuando el país se destacó por garantizar cobertura y protección financiera (Restrepo, Palacios y Espinal, 2022), al tiempo que se develaron debilidades en materia de salud pública (Franco, 2022).

En este contexto, el gobierno del período constitucional 2022-2026 propuso una reforma estructural al sistema de salud bajo la consideración de que como está estructurado, el sistema no permite el goce efectivo del derecho a la salud y, por tanto, es necesario eliminar a las aseguradoras y fortalecer la provisión de servicios con un mayor predominio de los centros de atención primaria, los cuales constituirían un agente fundamental del nuevo sistema (MSPS, 2023a). En la práctica, con esta propuesta se evidencia que si bien la Ley 100 que aprobó el Congreso recogió acuerdos políticos y tuvo en cuenta diferentes alternativas planteadas en el debate, el consenso no resultó muy fuerte y de allí que han existido voces críticas opuestas a su implementación y quienes señalaban especialmente su inconformidad con la participación privada en la provisión de servicios y en la administración de los recursos de la seguridad social (Restrepo, 2007). Esta discusión se mantiene y habrá de resolverse nuevamente mediante ajustes adicionales al sistema, conservando la vocación gradualista, o bien, mediante una ruptura con el actual sistema y la adopción de uno estructuralmente diferente.

En este artículo se presenta una visión panorámica sobre el sistema de salud colombiano y los puntos sobre los cuales se concentra la discusión de reforma, destacando los avances y desafíos del sistema a lo largo de su historia y la propuesta gubernamental de 2023. A partir de esta introducción se ilustran las bases del sistema de salud colombiano (segunda sección), se hace un breve recorrido por los avances y cambios graduales del sistema (tercera sección), se presentan las debilidades del sistema y la propuesta de cambio estructural (cuarta sección), y se hace una discusión final en torno a las alternativas de reforma (quinta sección).

Las bases del sistema de salud colombiano

Siguiendo los artículos constitucionales 48 y 49, como parte de una reforma a la seguridad social integral (pensiones, salud, riesgos laborales y servicios sociales complementarios), la Ley 100 creó el sistema general de seguridad social en salud, al cual le asignó dos objetivos: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Buscando superar la fragmentación y la segmentación, características de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (Maceira, 2022), con la Ley 100 se pretendía integrar recursos y organizaciones para que toda la población estuviera cubierta por un seguro público, solidario y obligatorio, con un plan de beneficios igual para todos. Esta fue la principal ambición de la reforma de 1993, cuando la cobertura de salud a través de seguridad social apenas ascendía a un 22% de la población, y el resto de la población buscaba acceder a los servicios de salud mediante la red de hospitales públicos y privados que conformaban el sistema nacional de salud, regido por la asistencia pública o la caridad, o bien, mediante la cobertura de seguros privados o el pago directo de servicios particulares.

En el nuevo sistema, la función de dirección y regulación la ejercería el Ministerio de Salud, con participación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Este consejo, conformado por catorce representantes de los actores del sistema, estaba encargado de definir las reglas de operación, especialmente el contenido del plan de beneficios (el POS) y su pago mediante la denominada unidad de pago per cápita (UPC). Para la financiación, coherente con el seguro público, se contaría con el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), encargado de reunir los recursos y asignarlos mediante la UPC a las entidades promotoras de salud (EPS) para garantizar la atención de los

afiliados. Los recursos provendrían de las cotizaciones de empleados y empleadores, que pasaron del 7% al 12% del ingreso de los cotizantes, del presupuesto de la nación y de las transferencias nacionales a los departamentos y municipios.

Para financiar la cobertura del seguro de salud se establecieron mecanismos diferentes, según el régimen de afiliación. En el régimen contributivo se esperaba cubrir entre un 60% - 70% de la población, y para su financiación se contaría con las cotizaciones; además, el 8,33% del recaudo proveniente de este régimen sería un aporte para financiar el régimen subsidiado, el cual recibiría además un aporte igual del gobierno nacional (*pari passu* o mecanismo peso a peso), una asignación del 25% de las transferencias territoriales, y una transformación progresiva de recursos que antes se dirigían directamente a los hospitales (subsidios a la oferta) para destinarlos a contratar el aseguramiento con las nuevas EPS (subsidios a la demanda). La labor de afiliación en el régimen subsidiado correría por cuenta de los municipios, quienes estarían encargados de clasificar y seleccionar a la población objeto del subsidio mediante la encuesta SISBEN y contratar la cobertura con las EPS de ese régimen.

La prestación de servicios estaría a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Justo en esta transformación, y si bien ha predominado una oferta privada, el hospital público dejaría atrás su dependencia del sistema nacional de salud, en cabeza del Ministerio de Salud, y se convertiría en un ente autónomo (Empresa Social del Estado — ESE—) con presupuesto propio y cuyos gastos serían financiados mediante la contratación de servicios con las EPS. Este proceso haría parte de la descentralización territorial, que también se derivó de la nueva Constitución y que implicaría para los municipios asumir competencias en salud, acorde a la Ley 60 de 1993 (Guerrero, Prada y Chernichovsky, 2014).

Las EPS constituyeron una innovación en el contexto latinoamericano y de los países de ingreso medio, con antecedentes de figuras similares (aseguradoras) en varios países europeos como Alemania y Holanda. En este agente se delegó la afiliación de la población y la gestión de riesgos, entre otras funciones del aseguramiento, en el marco de un mercado de competencia regulada o administrada (GES, 2023).

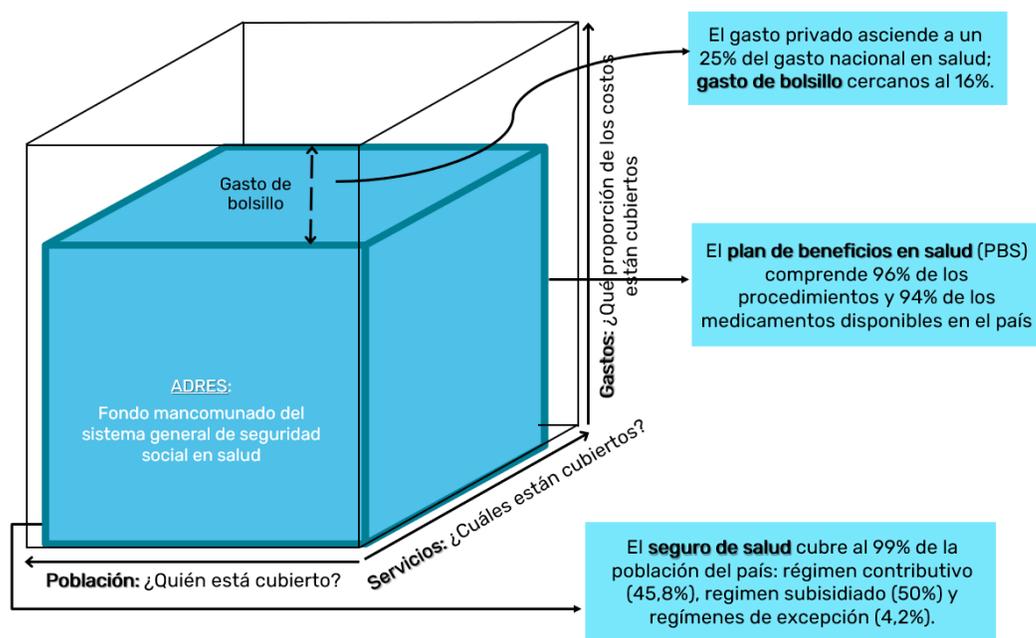
Es así como, teniendo presente las funciones primordiales de los sistemas de salud, el sistema colombiano representa un buen ejemplo de las recomendaciones que han sido recogidas en la literatura (OMS, 2000; Mills, 2011) y en varios informes de alcance mundial (OMS, 2010). Se destaca, como parte de la función de financiación, el predominio de la recaudación de fuentes públicas (cotizaciones e impuestos), la mancomunación de los recursos en un fondo único nacional, la asignación mediante una variable *proxi* de la prima del seguro (la UPC), y la compra de servicios vía los contratos entre EPS e IPS, lo cual significa la existencia de pagadores múltiples (GES, 2023).

Avances y cambios graduales

La evolución del sistema de salud durante tres décadas enseña, en primer lugar, que el aseguramiento se ha mantenido como estrategia para garantizar el acceso a los servicios de salud, uno de los dos objetivos esenciales en la Ley 100. Aunque durante este tiempo se han tenido períodos de estancamiento, especialmente durante la década de 2000, dicha estrategia se ha fortalecido y el país prácticamente alcanzó la cobertura universal en la afiliación a partir de 2012 (ver Figura 1). Se destaca el impulso logrado a partir de la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 (Restrepo, Casas y Espinal, 2018),

sobre el carácter autónomo del derecho fundamental a la salud, la Ley 1438 de 2011, los recursos asignados mediante varias leyes y el cumplimiento de los gobiernos para mantener los costos del aseguramiento, a lo que se suman logros importantes para garantizar el derecho a la salud, como son el haber alcanzado el mismo plan de beneficios en ambos regímenes, garantizar la atención en todo el territorio nacional y permitir que las personas puedan permanecer en la misma EPS independientemente de cuál sea su régimen de afiliación. Un punto culminante, sobre el desarrollo de la salud como derecho, se dio con ocasión de la expedición de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015).

Figura 1: Tres dimensiones de la cobertura universal en salud (CUS) de Colombia para el año 2022



Fuente: Adaptación de OMS (2010).

Nota: Este esquema, adaptado de OMS (2010), permite ilustrar los retos de la política sobre cobertura y la manera como Colombia ha planteado y avanzado en el asunto a partir de 1995. La dimensión horizontal del cubo muestra la población cubierta por el seguro obligatorio, que pasó de cerca del 22% en 1993 al 99% en 2022. La anchura enseña el conjunto de beneficios cubiertos, representados por el plan de beneficios en salud (PBS), en donde se han dado avances significativos, al punto de representar un 95% de los medicamentos y procedimientos disponibles en el país. Por último, la altura se refiere al porcentaje de financiación a cargo del sistema, que en el país pasó de un poco más del 50% en 1993 al 75% en 2022.

Coherente con los avances del aseguramiento, la financiación pública se ha fortalecido y ha presentado importantes modificaciones, destacándose el caso colombiano en el contexto latinoamericano y de los países de ingreso medio alto (ver tabla 1). Se cuenta con una menor participación de las cotizaciones y un mayor aporte de los impuestos. El gasto en salud ha crecido como proporción del producto interno bruto (PIB) desde niveles inferiores al 6% antes de la reforma, hasta cerca del 8% en 2021. Se destaca la nueva composición del gasto, un 75% público y 25% privado, y el menor gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (menos del 20%). En cuanto a la composición de fuentes, la cotización significaba algo más del 50% de los recursos en 2010 y ha descendido por debajo del 40%, mientras los impuestos generales habrían pasado del 2% al 36%. Esto

constituye una modificación sustancial al sistema, basada especialmente en reformas tributarias de 2012 y 2019 que redujeron los aportes de empresas privadas y de los pensionados de menores ingresos, en una proporción cercana a una tercera parte del recaudo, a cambio de financiación a cargo del presupuesto de la nación.

En cuanto al diseño institucional, el sistema ha tenido varias modificaciones (ver cuadro anexo). Se destacan: la creación de la Cuenta de Alto Costo (CAC), del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), que reemplazó al Fosyga. También se cuenta la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la adopción de instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública y el fortalecimiento de la regulación, en particular, de precios de medicamentos. También se cuenta la desaparición de la Comisión de Regulación y del Consejo Nacional, lo que ha implicado pérdidas para el sistema con un debilitamiento de la gobernanza.

**Tabla 1: Gasto en salud como % del PIB, 1995, 2014, 2030 y 2040
(Grupos de países por nivel de ingresos y Colombia)**

Países por nivel de ingresos	1995	2014	2030	2040
Alto	9,2	11,7	12,5	13.1
Medio alto	4,9	5,9	6,4	6.9
Medio bajo	3,5	4,3	4,7	5.0
Bajo	4,1	5,9	6,6	6.7
Colombia	6,8	7,2	7,8	8.5

Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM. Tomado de: GES (2017).

Debilidades y puntos en discusión para una reforma

En una encuesta a líderes del sistema de salud, realizada en noviembre de 2020 por el Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia, se preguntó por la capacidad para enfrentar una situación contingente como la que significó la pandemia del covid-19. Los aspectos más negativos fueron la participación ciudadana, la transparencia y la coordinación entre el gobierno nacional y los gobiernos territoriales. Con una calificación regular estuvieron las estrategias de promoción y prevención, así como los recursos para financiar la salud, y el aspecto que recibió la mejor calificación, con tan solo una nota de 3,3 sobre 5,0, fue gestión y divulgación de la información (Restrepo y Zapata, 2021). En la misma encuesta se consultó por los principales problemas que afronta el sistema, ante lo cual los líderes mencionaron en orden de urgencia: corrupción, falencia en la articulación entre actores, desfinanciamiento, ausencia o inoperancia de controles y vigilancia, y deficiencias en la atención. De manera similar, en una encuesta realizada tres años atrás (GES, 2017), los principales problemas mencionados por líderes del sistema de salud habían sido: corrupción, sostenibilidad financiera, barreras al acceso, y supervisión y regulación.

Lo anterior pone en evidencia algunas de las principales debilidades del sistema de salud, las cuales son tratadas en varios trabajos y hacen parte de la discusión nacional (Restrepo et al, 2023; Morad, Vecino y López, 2023), y las mismas contrastan con los logros que también se reconocen, de manera especial en cuanto a cobertura y protección financiera. A continuación, un esbozo de los principales asuntos que hacen parte de la discusión sobre el futuro de la salud en Colombia, y al final la propuesta de cambio estructural presentada por el gobierno colombiano en febrero de 2023:

- 1) **Gobernanza.** Un foco fundamental, de cara al futuro, se refiere a la necesidad de fortalecer la rectoría y la gobernanza del sistema, ante lo cual parece apropiado la creación de una instancia nacional, como un consejo o comisión de salud, en el que tengan participación los distintos actores del sistema y se ponga en práctica la toma de decisiones a partir de la deliberación y la búsqueda de consensos. Además, es necesario establecer espacios formales de coordinación entre los distintos niveles de gobierno y fortalecer las entidades territoriales (Restrepo y Zapata, 2021).
- 2) **Salud pública.** Indudablemente, de la mano con la búsqueda de una mejor gobernanza, este debe ser el principal capítulo para orientar una reforma seria, sobre todo para no relegarla y darle el lugar que le corresponde. La salud pública, de la que deben ser parte la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, deben ser la base del sistema y claramente ser parte de la rectoría a cargo del ministerio y de las direcciones territoriales, lo cual significa revisar la composición del plan de beneficios en salud, en cuanto a las atenciones asociadas al riesgo individual y otras vinculadas con el interés en la salud pública; de tal modo, es importante propiciar un mayor protagonismo de los territorios.
- 3) **Depuración del aseguramiento.** Es necesario reducir el número de aseguradoras y procurar que cada una cuente con grandes números de afiliados en los territorios como condición para garantizar accesibilidad. Si todas las personas son parte del sistema, este debe actuar y garantizar derechos y resultados sin importar a qué EPS esté afiliada la persona ni en qué territorio se encuentre. Además, es importante resolver el rol que a futuro sigan jugando las aseguradoras (EPS), si se mantienen con las mismas funciones o se genera una nueva distribución en la que tengan mayor protagonismo la ADRES y los territorios, y además se generalice el giro directo de la ADRES a las IPS.
- 4) **Acceso integral, oportuno y de calidad: vigilancia y control de la oferta hospitalaria.** La distribución desigual de la oferta hospitalaria en las diferentes regiones, de manera especial en los niveles de mayor complejidad y específicamente las unidades de cuidado intensivo (UCI), sumado a los incentivos que puedan tener los prestadores para ofrecer disponibilidad de camas, exige una profunda reflexión sobre la lógica que deben seguir estos servicios y la remuneración del talento humano. Es necesario contar con un modelo de vigilancia a cargo del Estado, en el marco de lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud sobre el goce del derecho a la salud, incluyendo la financiación pública de cierta disponibilidad.
- 5) **Talento humano en salud.** La pandemia ha develado precarias situaciones laborales de los profesionales de la salud, especialmente de quienes están al frente de la atención básica. De manera que, como parte de una reforma al sistema de salud o mediante una ley especial, es necesario regular las condiciones de

contratación coherente con los propósitos del trabajo decente. Además, es necesario emprender campañas por el respeto y el trato digno para el personal de salud.

- 6) **Cobertura y la sostenibilidad financiera.** La situación actual, con un mayor desempleo y una reducción del ingreso, constituye una prueba sobre las ventajas de la seguridad social, del seguro público, pues sin importar las condiciones de las personas la cobertura deberá mantenerse. Eso sí, se agranda el reto de la sostenibilidad financiera, de manera que es necesario continuar diversificando e incrementando fuentes de recursos, especialmente los impuestos generales, insistir en impuestos específicos como los propuestos para las bebidas azucaradas, y concebir estrategias audaces para mejorar la eficiencia.

La discusión sobre reforma a la salud ha tenido varios momentos álgidos, sin lograr la adopción de cambios concretos, más allá de los que en forma gradual se han alcanzado en el marco de leyes (ver cuadro anexo). Así sucedió en 2013 y en 2021, y últimamente, en febrero de 2023 el gobierno nacional presentó al Congreso de la República una propuesta de reforma estructural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a). Bajo el lema “salud para la vida”, si bien en el texto presentado por el gobierno se plantea el propósito de mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantizar la prestación de servicios como un derecho universal, realmente se propone un cambio estructural, apuntando a la adopción de un sistema estructuralmente diferente.

Entre los cambios fundamentales que propone el gobierno se encuentran: la creación de los centros de atención primaria en salud (CAPS) como sitios de adscripción de la población, la eliminación o el cambio de rol de las EPS, con el giro directo del fondo público (ADRES) a los proveedores (IPS); la conformación de redes integrales e integradas de servicios de salud, la formalización y mejoras en las condiciones laborales del talento humano en salud, y el fortalecimiento de la rectoría y la creación el Consejo Nacional de Salud. Si bien varios de los temas propuestos por el gobierno recogen las soluciones que se han expuesto discutido de tiempo atrás para atender la problemática del sistema, de manera especial lo que respecta a la atención primaria en salud, la gobernanza, la oferta de servicios en zonas rurales, y el talento humano en salud, no se presenta claridad sobre la implementación y los mecanismos de financiación, y si bien el gobierno cuenta con respaldo entre organizaciones sociales y sindicales, un amplio margen de la población no está de acuerdo con la transformación propuesta, especialmente sobre la eliminación de las EPS y la mayor participación de entidades estatales en la provisión de servicios (ANDI, 2023).

Conclusión

Una reforma a la salud es necesaria para Colombia y ella debe recoger de manera especial las lecciones de la pandemia del covid-19. Al mismo tiempo, una reforma debe consultar a los actores del sistema de salud, abordar problemas estructurales y definir con claridad los aportes de una nueva norma con el propósito de mejorar la salud de la población y garantizar el goce del derecho a la salud.

Aunque se reconoce el interés y la necesidad para el país de fortalecer la rectoría y superar barreras de acceso y desigualdades en salud, la propuesta gubernamental resultó ser muy polémica, con costos políticos bastante altos para el gobierno y para el país, y difícilmente podrá convertirse en una nueva ley, al menos como la propuso el gobierno.

Además de la falta de rigor técnico en su presentación, no se contó con discusión previa con actores del sistema y la academia, lo que le restó credibilidad y legitimidad al momento de iniciar su trámite en el legislativo. Varios de los temas resultan inconvenientes o inviables, y preocupa que no se tengan consideraciones sobre la sostenibilidad financiera y se desarticulen procesos e interacciones como lo relativo a las atenciones de alto costo, la gestión del riesgo en salud y los riesgos financieros.

En esta discusión están en juego dos puntos fundamentales que recuerdan la necesidad de un consenso en torno al sistema de salud que la población colombiana quiere y puede tener. Por un parte, el rol del sector público y del sector privado, y por otra parte, el carácter del aseguramiento. En el primer caso, la postura más radical del gobierno y congresistas de su bancada quisieran que el sistema sea más estatal y no confían en la participación del sector privado, aunque no pueden desconocer que cerca del 80% de la oferta de servicios es privada. En el segundo caso, que se relaciona también con la visión sobre la mezcla público-privado, la discusión se mueve entre mantener el esquema de pagadores múltiples, con participación de las EPS como aseguradores, entre las cuales hay privadas y públicas, o se da paso a un pagador único en cabeza de ADRES como asegurador público.

Referencias

- Agudelo, C.A., Cardona, J., Ortega, J., Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. saúde coletiva* 16 (6), pp. 2817-2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>.
- ANDI. Asociación Nacional de Empresarios (2023). La gran encuesta del sistema de salud em Colombia. <https://www.andi.com.co/Home/Noticia/17388-gran-encuesta-de-salud-andi--invamer-7>
- Banco Mundial (2023). Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida desde 1990. Recuperado de la base de datos del Banco Mundial: <https://datos.bancomundial.org/>.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Banco Mundial.
- Franco, A. (2022). La salud pública en Colombia (1991-2021). Promoción de la salud y prevención: una revisión. *Revista de Salud Pública*, 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103378>.
- Garay, L.J. (2002). Estrategias, dilemas y desafíos en la transición al Estado Social de Derecho en Colombia. En: Luis Jorge Garay (Ed.), *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo* (pp. xiii-lxxxix). Contraloría General de la República de Colombia.
- GES, Grupo de Economía de la Salud (2013). Aspectos económicos de la reforma a la salud. *Observatorio de la Seguridad Social*. No. 26. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/3436/1/Observatorio-seguridad-social-26.pdf>.
- (2015). Transición en el sistema de salud colombiano. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 30. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/3622/1/Observatorio-seguridad-social-30.pdf>
- (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: alternativas y lecciones para Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 35.

- https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9352/1/GrupoEconomiaSaludGES_2017_ObservatorioSeguridadSocial.pdf.
- (2023). El rol de las EPS de Colombia en una perspectiva comparada. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 41. <https://gesudea.co/wp-content/uploads/2022/12/Observatorio-de-la-Seguridad-Social-No-41.pdf>.
- Guerrero R., Prada, S. y Chernichovsky, D. (2014). La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. *Informes de Investigación 12659*, Fedesarrollo.
- Jaimes, M.C. (2021). Panorama de la salud en Colombia: el impasse de la Ley 100 de 1993 y su último intento de reforma (Proyecto de Ley 010 de 2020). Universidad de los Andes, <https://una.uniandes.edu.co/blog/227-panorama-de-la-salud-en-colombia-el-impasse-de-la-ley-100-de-1993-y-su-ultimo-intento-de-reforma-proyecto-de-ley-010-de-2020>
- Maceira, D. (2022). América Latina y el Caribe. Equidad y calidad frente al desafío de la segmentación. *Revista de Salud Pública*, 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103173>.
- Maldonado, N., Martínez, A.F., Restrepo, J.H. y Prada, S. (2023). Gasto de Bolsillo en Salud. En: Norman Maldonado y Victoria Soto. *MESA 2022: el origen*, Universidad Icesi y PROESA.
- Mills, A., 2011. Health systems in low -and middle- income countries. En: *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press, pp. 30-57.
- Morad, J., Vecino, A. y López, Daniel (2023). Aportes para una Reforma al Sistema de Salud de Colombia. *Observatorio Laboral, Documento de Trabajo No. 10*, <https://cej.org.co/wp-content/uploads/2021/09/Aportes-para-una-reforma-al-Sistema-de-Salud.pdf>
- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Informe al Congreso 2022-2023: sector salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-sector-salud-ago-2023.pdf>
- (2023a). Cartilla pedagógica. Reforma estructural al sistema de salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/cartilla-reforma-estructural-salud-msps-2023.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*.
- (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*.
- Restrepo, J.H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 82-89. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011&lng=en&tlng=es.
- (2022). Financiación de la seguridad social en salud: Colombia 1991-2021. En: Gabriel Jaime Otálvaro Castro y Juan Eduardo Guerrero Espinel (Eds.), *El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991: retos y aprendizajes* (pp. 304-329). Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia.
- (2022a). Restrepo-Zea, Jairo Humberto. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*, 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103013>

- Restrepo, J.H., Agudelo, C., Peñaloza, E., García, J. C. y Arias, N. (2023). ¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita? Resumen del seminario permanente 2022, *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas*, núm. 11, https://gesudea.co/wp-content/uploads/2023/02/La-reforma-en-salud-que-Colombia-necesita_Resumen.pdf.
- Restrepo, J.H., Silva, C., Andrade, F., Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps13-27.assa>.
- Restrepo, J.H., Casas, L., Espinal, J.J. (2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista de Salud Pública*, 20(6), 670-676. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.78585>.
- Restrepo, J.H., Zapata, O. (2021). Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud. *Documento de Trabajo del GES*.
- Restrepo, J.H., Palacios, D., Espinal, J.J. (2022). Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina. *Documento de Trabajo del GES*.

**Anexo: Evolución normativa del sistema de salud colombiano
(leyes sobre el diseño y operación del sistema)**

Norma	Contenido fundamental
Constitución Política (artículos 48 y 49)	<ul style="list-style-type: none"> – La seguridad social como derecho irrenunciable y servicio público. – La atención de la salud y el saneamiento ambiental, servicios públicos a cargo del Estado. La ley define atención básica gratuita y obligatoria para todos.
Ley 100 de 1993	<ul style="list-style-type: none"> – Creó el sistema general de seguridad social en salud con los objetivos: regular el servicio de salud y crear condiciones de acceso a toda la población a todos los niveles de atención.
Ley 60 de 1993	<ul style="list-style-type: none"> – Descentralización: competencias en salud de nación, departamentos y municipios; destinación de 25% de las transferencias municipales para el sector salud.
Ley 344 de 1996	<ul style="list-style-type: none"> – Ajuste fiscal: limitó aportes del presupuesto nacional para contribuir a financiar el régimen subsidiado de salud.
Ley 1122 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> – Creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), asumiendo las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud creado en la Ley 100. – Creó el sistema de vigilancia y control (jurisdicción especial a la Superintendencia). – Límites a la integración vertical EPS-IPS (30% del gasto en salud). – Obligó a las EPS del régimen subsidiado contratar con hospitales públicos 60% de la UPC. – Estableció el plan nacional de salud pública. – Aumentó cotización, de 12% a 12,5%, para contribuir al régimen subsidiado. – Preciso el carácter de aseguradoras de las EPS.
Ley 1393 de 2010	<ul style="list-style-type: none"> – Aumento de impuestos a cervezas, juegos de suerte y azar, cigarrillos y licores, para contribuir a financiar el régimen subsidiado.
Ley 1438 de 2011	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminó el Consejo Nacional. – Extensión el plan de salud pública para un período de diez años (plan decenal). – Creó la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el Observatorio Nacional de Salud. – Autorizó la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). – Sentó las bases para la política farmacéutica y amplió el alcance a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. – Medidas para la cobertura universal: portabilidad nacional del aseguramiento, movilidad entre regímenes y actualización y unificación del plan de beneficios. – Fortaleció el giro directo que estableció la Ley 1122, para que el Fosyga pague directamente a prestadores y descuenta los pagos de la UPC que debía girar a las EPS.
Ley 1607 de 2012	<ul style="list-style-type: none"> – Sustitución parcial de la cotización por impuestos generales: empresas no pagarían más el 8,5% de cotización para trabajadores de menos de 10 salarios mínimos, a cambio de contribuir con el impuesto sobre la renta para la equidad (CREE).
Ley 1751 de 2015	<ul style="list-style-type: none"> – Regula el derecho fundamental a la salud: redefine el plan beneficios, como plan integral de salud, transformándolo en plan implícito (basado en exclusiones).

	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación de precios de medicamentos, una política de Estado. - Ejercicio de la autonomía profesional basado en cuatro criterios: autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica.
Ley 1753 de 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Creó la entidad administradora de los recursos del sistema (ADRES), en reemplazo del FOSYGA. Se fortalece el financiamiento con la estrategia del fondo único nacional. - Política de atención integral en salud (rutas de atención). - Refuerza negociación centralizada en medicamentos, equipos y dispositivos.
Ley 1819 de 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Otorgó al sistema 0,5 puntos porcentuales del recaudo del IVA y aumentó impuesto al consumo de cigarrillo y tabaco.
Ley 1955 de 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Obligó a la ADRES la financiación de las las prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen subsidiado. - Financiar prestaciones no cubiertas en plan de beneficios con presupuestos máximos.
Ley 1966 de 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud
Ley 2010 de 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Modificó aportes de los pensionados para salud, que desde la Ley 100 eran del 12%: 4% a partir de 2022 para pensiones de un salario mínimo, 10% para uno a dos salarios.
Ley 2294 de 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Giro directo: ADRES podrá girar directamente recursos de la UPC a las IPS. - El IETS estará adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. - Redujo aportes para salud, del 12% al 10% para pensiones de dos a tres salarios mínimos.

Elaboración: propia a partir de la lectura de las normas citadas.