SPAN 4180

Segundo borrador

Un Análisis Crítico del Sistema de Salud Colombiano y su Evolución: Una revisión de la literatura

Sierra Rosado

Dra. Moore

SPAN 4180

19 de noviembre

**Resumen**

Pendiente

**Introducción**

Colombia, un país situado en la parte norte de América del Sur, es conocido por su cultura única, sus paisajes diversos y su economía en crecimiento. El país se independizó de España en 1810 y ha pasado por etapas de crecimiento, conflicto y cambio institucional. Su independencia de España fue crucial para establecer sus propias políticas nacionales en áreas como la salud pública y la educación (Kalmanovitz, 2008). Además, Colombia experimentó hitos históricos clave que impactaron directamente su sistema de salud, como la Guerra de los Mil Días (1899-1902). Este conflicto civil entre los partidos conservador y liberal destruyó la infraestructura del país y sus recursos sanitarios. Esta guerra provocó brotes de enfermedades y falta de servicios médicos, lo que influyó en el deseo del país de construir un mejor sistema de salud (Kalmanovitz, 2008). Además, Colombia también ha experimentado largos períodos de problemas políticos, incluida la violencia de larga data de grupos guerrilleros como las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). Sin embargo, en 2016 se firmó un acuerdo de paz con las FARC que buscaba promover la estabilidad política y económica (Molano, 2018). Estos cambios no solo impulsaron al país a emprender reformas en la política y la economía, sino también en el sector de la salud (Molano, 2018).

Originalmente, el sistema de salud colombiano era un modelo centralizado con acceso y cobertura limitados, especialmente en las zonas rurales. El sistema de salud estaba controlado por el Estado, lo que significa que el gobierno era responsable de financiar y administrar los servicios de atención médica. Esto estaba causando niveles extremos de desigualdad e ineficiencia dentro del sistema de salud, lo que llevó al gobierno a buscar un nuevo modelo de sistema de salud (Rodríguez-Monguió, 2003). Sin embargo, la implementación de la Ley 100 en 1993 fue la reforma más significativa, ya que cambió el sistema de salud colombiano de un sistema estatal a un modelo mixto que combina tanto el sector público como el privado con el objetivo de lograr la cobertura universal de salud y mejorar los resultados generales de salud (Rodríguez-Monguió, 2003). Esta reforma se debió a las crecientes demandas sociales y económicas para crear un sistema de salud más inclusivo que satisfaga las necesidades de toda la población.

Con una población de aproximadamente 50 millones de personas, Colombia es una nación diversa. Alrededor del 76% de la población vive en zonas urbanas y el 24% en zonas rurales (Bossert, 2000). La población sigue siendo relativamente joven, ya que tiene una edad media de 31,7 años. Además, se sabe que Colombia tiene una distribución de género de 51% mujeres y 49% hombres (Bossert, 2000). Colombia también tiene una importante población indígena y afrocolombiana, especialmente en la región del Pacífico, representa alrededor del 3,4% de la población total, donde las disparidades en la atención médica son más comunes (Bossert, 2000). En los últimos años, Colombia ha visto un aumento significativo de inmigrantes de otros países de América Latina, lo que también agrega más complejidades al sistema de salud (Bossert, 2000).

En términos de nivel socioeconómico, el PIB per cápita de Colombia es actualmente de 6.600 dólares (Bossert, 2000**)**. El país destina aproximadamente el 10,1% de su PIB a la sanidad, ya que es necesario mejorar el propio sistema sanitario. Además, el 4,6% de su PIB se destina a la educación, lo que refleja el deseo del país de mejorar también la educación pública (**citación**). Sin embargo, la desigualdad de ingresos sigue siendo un problema importante, ya que se sabe que Colombia es uno de los países más desiguales de América Latina, con un índice de Gini de 50,4 (Bossert, 2000). El acceso a servicios básicos como la atención sanitaria, el agua potable y la educación está mejorando, pero sigue siendo desigual en las zonas rurales y desatendidas. Por instancia, 94% de la población en áreas urbanas tiene acceso a agua potable, mientras que las zonas rurales solo el 60% del agua es potable (González, 2015). También, hay disparidades en el nivel del acceso a atención sanitaria como las áreas urbanas tiene 78.9% en comparación de las áreas rurales que tienen un menos porcentaje de 62.8% (Diaz, 2023). Finalmente, se realizó un estudio en 2023 que midió los puntajes del Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes de estudiantes en áreas rurales y urbanas para determinar el nivel académico general de los estudiantes. Los resultados concluyeron que los estudiantes de las regiones rurales estaban por detrás de los estudiantes urbanos por 30,7 puntos en matemáticas, 36,9 puntos en lectura y 29,6 puntos en ciencias, más específicamente un 40% por detrás en el nivel educativo (Rodriguez Gomez, 2024). Estos factores socioeconómicos desempeñan un papel crucial en los resultados generales de salud, ya que las poblaciones urbanas tienden a tener un mejor acceso a servicios de salud de calidad en comparación con las zonas rurales u otras zonas desfavorecidas.

En este artículo se analizarán los cambios estructurales y los componentes del sistema de salud colombiano que le han permitido evolucionar hasta su forma actual. Además, este artículo científico responderá a dos preguntas centrales de investigación que son: (1) ¿Cuáles son los componentes y la estructura del sistema de salud en Colombia? (2) ¿Qué desafíos y logros caracterizan el actual sistema de salud en Colombia? ¿Y (3) Cual es el nivel de desempeño del sistema de salud colombiano incluyendo su eficacia, eficiencia y niveles de equidad alcanzados? La metodología utilizada para este trabajo implica una revisión exhaustiva de la literatura a partir de fuentes académicas revisadas por pares y artículos con información actualizada sobre el sistema de salud colombiano, publicados entre 2000 y 2024. Los criterios de inclusión se basarán en información relevante sobre las reformas estructurales del sistema de salud de Colombia y el impacto general que tuvo en la atención médica, incluyendo artículos revisados por pares y documentos técnicos de organismos de cooperación internacional y las instituciones administradoras del sistema de salud. Por otro lado, los criterios de exclusión incluyen materiales que no proporcionaron más información sobre el desempeño general o los cambios del sistema de atención de salud.

Este artículo tiene como objetivo proporcionar un análisis en profundidad del sistema de salud de Colombia y las reformas importantes. Además, este artículo explorará a los cambios clave que han moldeado el sistema de salud colombiano, con un enfoque en la equidad, la eficiencia y el acceso a los servicios de salud, proporcionando un marco para futuras investigaciones. A través de las dos preguntas centrales, se explorarán varias secciones clave: el modelo actual del sistema sanitario, los cambios introducidos por las reformas, el desempeño y condición del sistema de salud, y el proceso de descentralización que ha redefinido los servicios de salud en el país.

**El Modelo de Organización del Sistema de Salud Colombiano**

El modelo de organización del sistema de salud colombiano se basa en un Modelo de la Seguridad Social, o Seguros Sociales, también llamado Modelo Bismarck, un sistema que incorpora tanto los sectores públicos y privados (Figura 1). Este modelo de organización garantiza que todos los ciudadanos tengan acceso a los servicios de salud, independientemente del nivel socioeconómico al que pertenezcan, con el objetivo final de alcanzar la cobertura universal (Vargas-Zea, 2012). Este modelo se implementó a partir de la Ley 100 de 1993, marcando un cambio significativo en su sistema de salud, ya que pasó de un sistema centralizado a un modelo de salud seguridad social. El anterior sistema centralizado de salud de Colombia estaba fuertemente controlado por el Estado, ya que la participación de los sectores público y privado era limitada y el acceso restringido. Sin embargo, la Ley 100 presentó la idea de un modelo es un sistema dual que incorpora dos regímenes principales: el régimen contributivo para trabajadores asalariados e independientes, y el régimen subsidiado para quienes no pueden pagar. (Vargas-Zea, 2012). El sistema dual es ideal para el objetivo de mejorar el acceso y la distribución de los servicios de salud en función de la capacidad de contribución de cada uno.

Figura 1: Modelo de la Organización del Sistema de Salud en Colombia (Research Gate, 2011)



Las fuentes de financiamiento del sistema de salud de Colombia son únicas, ya que provienen de diversas fuentes. La principal fuente de financiación proviene de las contribuciones obligatorias que se recaudan tanto de los empleadores como de los empleados. Las cotizaciones obligatorias se acumulan en el régimen contributivo, en el que los empleadores y los empleados están obligados a aportar un porcentaje de sus ingresos a la asistencia sanitaria. Sin embargo, los empleadores hacen contribuciones patronales, lo que significa que aportan un porcentaje mucho mayor de sus salarios en comparación con los empleados (Pinto, 2008). Además, este sistema de salud se financia con los impuestos generales recaudados por el gobierno, que luego se agrupan en el régimen subsidiado. El papel del gobierno en la obtención de estos impuestos es importante, ya que asegura que las poblaciones pobres y vulnerables en Colombia aún tengan garantizado el acceso a los servicios de salud (Alvarez, 2011).

Los fondos especiales, como los de la industria petrolera y el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) también ayudan a cubrir servicios específicos de atención médica como los de accidentes de tránsito. Las cuotas de recuperación del régimen subsidiado contribuyen aún más a financiar este sistema y apoyan los servicios de salud a través de copagos y tarifas que pagan quienes usan este régimen (Pinto, 2008). Por último, los copagos y las cuotas moderadoras se financian con cargo a quienes utilizan el régimen contributivo para soportar el costo de los servicios de salud en el sistema. En conjunto, la estructura única de financiación de este sistema ayuda a garantizar los servicios de salud a todos los ciudadanos.

Los fondos de salud son administrados y gestionados por las dos principales instituciones del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS). La institución de FOSYGA tiene la función central de administrar y recaudar las finanzas que son para los regímenes contributivos y subsidiados (Pinto, 2008) FOSYGA recauda estos fondos de los impuestos generales, contribuciones y otros recursos públicos, para luego distribuir el dinero para que los ciudadanos tengan acceso a los servicios de salud (Pinto, 2008). En general, FOSYGA tiene la responsabilidad de apoyar financieramente a las poblaciones de altos y bajos ingresos en Colombia (Pinto, 2008).

Por otro lado, la institución de EPS actúa como intermediario entre el gobierno y los proveedores de salud. La EPS es responsable de la gestión de los seguros de salud tanto de los regímenes contributivos como de los subsidiados. Además, la EPS asume el papel de cobrar primas, garantizar que los ciudadanos reciban atención médica adecuada y mantener un nivel eficiente de prestación de servicios de salud (Pinto, 2008). La EPS también tiene la tarea de colaborar con los proveedores de salud, también conocidos como Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), para brindar servicios de salud a la población. En general, la función principal del EPS es gestionar las finanzas que contribuyen a la prestación de servicios de salud y que todos los ciudadanos también puedan acceder a los servicios de salud (Pinto, 2008). En conjunto, tanto FOSYGA como EPS trabajan juntos para ayudar a establecer la eficiencia en el sistema de salud de Colombia.

En Colombia, los servicios de salud se brindan a través de proveedores públicos y privados para garantizar que los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud especializados y generales. El IPS tiene un papel importante dentro del sistema de salud de Colombia, ya que incluye una amplia variedad de instalaciones médicas como clínicas, hospitales y centros de salud comunitarios. Además, el IPS tiene la responsabilidad de garantizar la prestación de servicios de salud en el marco de los regímenes contributivos y subsidiados (Pinto, 2008Los proveedores de salud pública, como Empresas Sociales del Estado (ESE), son vitales para este sistema de salud, ya que ayudan a las personas en áreas rurales y desatendidas. La ESE tiene la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a las poblaciones vulnerables, específicamente a las que están en régimen subsidiado (Pinto, 2008). Esto es esencial, ya que mantiene los servicios básicos de atención médica en áreas donde los proveedores de atención médica privados pueden no ser accesibles. Finalmente, Colombia cuenta con proveedores de regímenes especiales que ofrecen servicios a los militares, la policía y cualquier otro empleado del gobierno que esté bajo los regímenes especiales (Alvarez, 2011). Este tipo de proveedor se enfoca en proporcionar atención médica especializada a estas poblaciones (Alvarez, 2011).

Si bien el sistema de salud colombiano proporciona una población tan diversa, se centra en dos grupos: El régimen contributivo y el régimen subsidiado. El régimen contributivo incluye a los empleados asalariados y a los trabajadores independientes que ganan por encima del salario mínimo. Estas personas contribuyen a través de impuestos y tienen acceso a una gama más amplia de servicios, en particular proveedores privados (Bossert, 2000**)**. Por otro lado, el régimen subsidiado incluye a los desempleados, los trabajadores informales y los pobres, ya que no pueden permitirse el lujo de contribuir al sistema de salud. Estas personas tienen acceso a servicios básicos de salud pública, ya que este régimen se financia principalmente con subsidios gubernamentales (Bossert, 2000). Por último, los regímenes especiales abarcan grupos específicos de militares, policías y trabajadores del gobierno (Bossert, 2000). La implementación de estos regímenes permite a Colombia prestar servicios a todos los ciudadanos. En general, el sistema de salud colombiano opera a través de un modelo de seguridad social que incluye tanto al sector público como al privado para lograr la cobertura universal de atención médica

**El Proceso de Descentralización de la Gestión del Sector Salud en Colombia**

La descentralización ha jugado un papel clave en el sistema de salud colombiano, ya que ha contribuido a la transición de un sistema altamente centralizado a uno que incorpora tanto al sector público como al privado. El proceso de descentralización se implementó a través de la Ley 100 de 1993, al introducir el modelo mixto de los sectores público y privado. Esto marcó un cambio significativo en el sistema de salud de Colombia, ya que permitió un mayor control en gestión de la salud del gobierno local con la supervisión del gobierno central (Faguet, 2014). Las formas de descentralización que se discutirán y que están presentes en Colombia son la desconcentración y la delegación.

La desconcentración se refiere a la transferencia de responsabilidades administrativas específicas del gobierno central a los gobiernos regionales y locales, o en este caso a los municipios (Vargas, 2010). En Colombia, el uso de la desconcentración permite a los municipios gestionar las responsabilidades involucradas en los servicios de salud, como la dotación de personal o la administración de recursos, manteniendo al mismo tiempo el control del gobierno central sobre las políticas nacionales y la gestión financiera (Bossert, 2000). Un ejemplo de ello se muestra en las funciones fiscales que se descentralizan a nivel municipal. Los municipios tienen la responsabilidad de administrar los fondos proporcionados por el Ministerio de Salud a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). FOSYGA actúa como el fondo central que está diseñado para ayudar a proporcionar finanzas para los sistemas de salud contributivos y subsidiados (Bossert, 2000). Además, esto permite a los gobiernos locales proporcionar recursos y fondos a necesidades locales específicas. Esto indica que las funciones fiscales se gestionan a nivel municipal, ya que los municipios son responsables de la asignación de los fondos de salud (Bossert, 2000**)**

Los aspectos de desconcentración también se demuestran en las funciones programáticas, refiriéndose a la planificación e implementación de iniciativas de salud pública. Los gobiernos locales tienen la autoridad para gestionar la ejecución de programas de atención de la salud, pero se basan en las directrices nacionales (Vargas, 2010). Además, el Ministerio de Salud establece las normas nacionales para estos programas, pero los gobiernos locales planifican la aplicación de esos planes en función de las necesidades locales de salud (Vargas, 2010). Esto indica que las funciones de programación también se administran a nivel local. Finalmente, se observa la desconcentración en la función de gestión de recursos humanos a nivel municipal. Los gobiernos locales tienen la responsabilidad de manejar la contratación, capacitación y supervisión de los trabajadores de la salud (Vargas, 2010). Sin embargo, el Ministerio de Salud establece normas nacionales para garantizar que los trabajadores sanitarios respondan eficazmente a las necesidades locales de salud (Vargas, 2010).

La delegación dentro del sistema de salud colombiano se puede ver en la transferencia de responsabilidades a entidades semiautónomas como EPS e IPS (OECD, 2015). EPS se encarga de la administración de los regímenes de salud, mientras que el IPS gestiona el estado de los servicios de salud. Sin embargo, las instituciones coordinan las estrategias de gestión de la salud para garantizar la mejor calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, las funciones de mantenimiento desempeñan una parte importante de las responsabilidades delegadas a EPS y IPS. Para garantizar que haya instalaciones e infraestructura médica adecuadas en Colombia, el EPS está encargado de proporcionar fondos para esta función, mientras que el IPS administra las normas y regulaciones requeridas para la prestación de servicios seguros en los centros de salud (OCED, 2015). La delegación manejada por EPS e IPS también se demuestra a través de las funciones de compra de insumos. Ambas entidades son responsables de la obtención de suministros médicos esenciales y medicamentos (OCED, 2015). EPS maneja los aspectos financieros de esta tarea e IPS se centra en la gestión de los suministros específicos necesarios para las instalaciones de salud (OCED, 2015). A pesar de su autonomía, EPS e IPS operan bajo las regulaciones establecidas por el Ministerio de Salud. Esto permite que el sistema de salud sea más flexible a nivel local, al tiempo que garantiza la supervisión central de las normas sanitarias y la coherencia de los servicios de salud (OCED, 2015).

Además, en Colombia se han utilizado varios modelos de transferencia de responsabilidades y recursos. En un principio, el proceso de descentralización implicó la transferencia de responsabilidades sin los recursos correspondientes después de que se iniciara la Ley 100. Sin embargo, la falta de apoyo financiero causó estrés a los gobiernos locales y dificultó enormemente la gestión de las funciones sanitarias (Faguet, 2014). Esto dio lugar a una prestación de asistencia sanitaria incoherente, ya que no se disponía de los recursos financieros necesarios (Faguet, 2014). Sin embargo, el gobierno colombiano inició reformas en este tema en 2001, que permitieron la transferencia de responsabilidades con los recursos correspondientes (Faguet, 2014). Un ejemplo de esta reforma puede verse en la implementación del sistema fiscal situado, que se convirtió en un mecanismo clave para proporcionar a los municipios ingresos fiscales basados en el tamaño de su población y las necesidades de salud. Este sistema permite una mejor distribución de recursos y finanzas para que los gobiernos locales administren los servicios de salud (Faguet, 2014).

Además, la introducción de FOSYGA también mejoró la distribución de recursos y finanzas. FOSYGA mantiene un papel clave en el mantenimiento de los fondos para las necesidades de atención médica, especialmente en las poblaciones de bajos ingresos (Faguet, 2014). En contraste, la relación entre el Ministerio de Salud, EPS e IPS demuestra que los recursos se transfieren sin responsabilidades. Por ejemplo, estas entidades reciben recursos financieros de FOSYGA, pero siguen bajo la supervisión del gobierno central. Esto asegura que el EPS y el IPS tengan finanzas para administrar la atención médica, pero también deben seguir las normas y políticas nacionales (Faguet, 2014). En conjunto, la descentralización de la salud en Colombia ha ocupado principalmente a nivel municipal, ya que los gobiernos locales tienen la responsabilidad de administrar los servicios de salud. Si bien el proceso de descentralización ha sido gradual en Colombia, se permite a los municipios tener un papel significativo en la prestación de servicios de salud (Faguet, 2014). En general, la descentralización de Colombia ha permitido que los municipios y las instituciones semiautónomas administren los servicios de salud de manera más eficiente.

**La reforma del sistema de salud de Colombia**

El sistema de salud de Colombia tuvo una transformación significativa con la implementación de la Ley 100 en 1993, ya que cambió el sistema de salud del país de un sistema fuertemente centralizado a un sistema mixto público-privado con el objetivo de lograr la cobertura universal de salud. (Rodríguez-Monguió, 2003). Antes de esta ley, el sistema de salud de Colombia estaba controlado por el Estado a través del Ministerio de Salud, lo que significa que toda la responsabilidad de las finanzas de la salud y la asignación de servicios era asignada al Estado. Además, el sistema de salud tuvo que depender de los presupuestos gubernamentales, lo que provocó la limitación de los recursos, la falta de atención preventiva y la deficiente infraestructura de atención primaria. La Ley 100 pretendía abordar estas disparidades mediante la creación de un sistema que combinara los sectores público y privado, al tiempo que descentralizaba el sistema e implementaba un modelo financiero**.** En general, esta reforma se mantiene hoy en día en Colombia, ya que el propio sistema opera bajo el modelo de doble régimen de atención médica contributiva y subsidiada.

La Ley 100 fue creada con varios objetivos que trabajaron para aumentar la accesibilidad, equidad y eficiencia de la atención médica en Colombia. El objetivo principal de esta reforma fue brindar atención médica a todos los colombianos. Antes de esta reforma, el acceso a la atención médica era un gran obstáculo, ya que la mayoría de los ciudadanos de bajos ingresos no podían obtener servicios de salud. Para ayudar a este problema, la Ley 100 llevó a cabo cambios en las leyes y regulaciones a través de la creación de los regímenes contributivos y subsidiados que tenían como objetivo brindar cobertura tanto a los ciudadanos asalariados como a los de bajos ingresos. Este objetivo mejoró tanto la accesibilidad como la equidad en el sistema de salud de Colombia. Otro objetivo importante era mejorar la eficiencia en el sistema de salud. La Ley 100 estableció las EPS y el IPS en un esfuerzo por mejorar la eficiencia. En la creación de EPS e IPS, ya que estos elementos trabajaron juntos para mejorar los servicios de salud, considerando los costos involucrados. Las EPS y las IPS lograron instituir un sistema de salud más colaborativo entre los sectores público y privado. Este cambio ilustra el desarrollo de una estructura organizativa alternativa para los servicios de atención médica y, al mismo tiempo, la reasignación de recursos.

Además, la reforma reconoció la necesidad de contar con una estructura financiera confiable para proporcionar apoyo a las poblaciones de bajos ingresos. Para abordar esta preocupación, la Ley 100 introdujo el FOSYGA, que recaudó recursos de diversas fuentes de financiación para proporcionar apoyo financiero. La creación del FOSYGA demostró un cambio importante en la recaudación de ingresos y la reasignación de recursos en el sistema de salud colombiano. Por último, la Ley 100 tuvo el objetivo de descentralizar las responsabilidades en la gestión de la salud de los niveles nacional a los regionales y municipales. Tanto el presupuesto como la asignación de recursos prevalecen en este objetivo, ya que a los niveles municipal y local se les asignaron más responsabilidades en relación con las funciones físicas, programáticas y de recursos humanos. La descentralización mejoró aún más la accesibilidad y la eficiencia al garantizar que los recursos y servicios se acercaran más a las necesidades de las poblaciones locales.

La implementación de la Ley 100 en 1993 se pretendía que fuera un proceso continuo y no que tuviera un tiempo establecido para completarse. Esto se debe a los cambios en el acceso, la organización y la financiación de la atención médica que requirieron un seguimiento continuo.

**La Dimensión Económica del Sistema de Salud Colombiano**

La dimensión económica del sistema de salud colombiano se basa en diversas fuentes de financiamiento para asegurar que tanto el régimen contributivo como el subsidiado cuenten con apoyo financiero. La principal institución responsable de la gestión de los fondos es el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), ya que reúne recursos de diversas fuentes para apoyar la financiación de la salud (Arrivillaga, 2021). Además, las entidades promotoras de la salud (EPS) desempeñan un papel crucial en la administración de fondos para los regímenes contributivos y subsidiados, ya que la organización dirige las finanzas a las instituciones prestadoras de Salud (IPS) para prestar servicios de salud (Arrivillaga, 2021).

**Evaluación de las Condiciones y el Desempeño del Sistema de Salud Colombiano**

Dentro de la evaluación de las condiciones y el desempeño del sistema de salud colombiano, se analizarán los datos estadísticos para comparar los valores existentes con los valores ideales para los indicadores clave de desempeño de la esperanza de vida, el acceso a los servicios primarios de salud y el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB). Al comparar el desempeño de Colombia con estos valores, la evaluación general proporcionará una mejor comprensión de los éxitos y los desafíos actuales dentro de este sistema de salud.

**Las Condiciones del Sistema de Salud Colombiano**

Las condiciones del sistema de salud colombiano pueden analizarse a través de la evaluación de su calidad y su cobertura. Tres indicadores primarios utilizados para evaluar estos aspectos son las tasas de mortalidad infantil, la cobertura de vacunación y la prevalencia de enfermedades transmisibles. Al comparar estos indicadores, proporcionará una mejor comprensión de los esfuerzos en curso y los avances realizados en Colombia.

**El Desempeño del Sistema Sanitario Colombiano**

Dentro de la evaluación del desempeño del sistema de salud de Colombia, se discutirán varios indicadores clave que destacan la eficiencia, eficiencia técnica, efectividad y equidad del sistema. Al comparar las métricas de desempeño del sistema de salud de Colombia con modelos similares de salud en América Latina, se puede determinar una visión más completa de cómo este sistema de salud se destaca y necesita más progreso.

**Análisis**

El análisis del sistema de salud colombiano revela una narrativa de avances y desafíos persistentes. Uno de los aspectos más positivos de su sistema de salud incluye la adopción de un sistema de seguridad social y las iniciativas de descentralización en la década de 1990 (Vargas-Zea, 2012). Por otro lado, la descentralización también ha dado lugar a disparidades en la calidad y el acceso a la atención de la salud, ya que hay problemas de que los gobiernos locales tengan los recursos para administrar los servicios de salud de manera eficaz (Arrivillaga, 2021).

**Conclusión y Recomendaciones**

En conclusión, el análisis del sistema de salud colombiano destaca varios componentes clave, incluyendo su estructura mixta público-privada, el impacto de reformas significativas como la Ley 100 de 1993, y los desafíos actuales de la descentralización. Si bien el sistema ha logrado éxitos notables, como una mayor cobertura de seguros y un mejor acceso a los servicios de salud, sigue luchando con problemas de desigualdad, disparidades regionales e ineficiencias en la gestión de los recursos (Arrivillaga, 2021). Además, las investigaciones futuras deben centrarse en el impacto de las intervenciones políticas en los resultados de salud con el fin de ampliar la cobertura y mejorar aún más el acceso

**Referencias**

Arrivillaga, M. (2021). Assessing Health Services in Colombia: Development of a Conceptual Framework and Measurement tools based on primary data. *Sage Open*, 11(2). <https://doi.org/10.1177/21582440211016844>

Alvarez, L., Salmon, W., Swartzman, D. (2011). The Colombian Health Insurance System and its Effect on Access to Health Care. *International Journal of Health Services*, *41*(2), 355-370. https://doi.org/10.2190/HS.41.2.i

Bossert, T.J., Chawla, M., Bowser, D., Beauvais, J., Giedion, U., Arbelaez, J. J., & Villan, A. L. (2000). Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Colombia Case Study*. Harvard School of Public Health.* https://www.hsph.harvard.edu/international-health-systems-program/wp-content/uploads/sites/1989/2020/01/colombia-dec.pdf

Diaz, J., Taboada, I., Abreu, A., Vargas, L., Polanco, Y., Zorrilla, A., & Beatty, N. (2023). Evaluating Rural Health Disparities in Colombia: Identifying Barriers and Strategies to Advancing Refugee Health. *International journal of environmental research and public health*, *20*(20), 6948. https://doi.org/10.3390/ijerph20206948

Fauguet, JP., Sánchez, F. (2014). Decentralization and Access to Social Services in Colombia. *Public Choice, 160*(2), 227-249. https://doi.org/10.1007/s11127-013-0077-7

González, R., Carlos, S. (2015). Participation in Potable Water Supply in Colombia Social Infrastructure Development: The Case for Private Participation in Potable Water Supply in Colombia. *Research Gate, 4(10), 3-15*. https://www.researchgate.net/publication/282704822\_Participation\_in\_Potable\_Water\_Supply\_in\_Colombia\_Social\_Infrastructure\_Development\_The\_Case\_for\_Private\_Participation\_in\_Potable\_Water\_Supply\_in\_Colombia

Kalk, A., & Fleischer, K. (2004). The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. *Leprosy review*, *75*(1), 67–78. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15072128/

Kalmanovitz, S. (2008). Economic Consequences of Independence in Colombia. *Revista de Economía Institucional*, *19* (10), 1-27. https://ssrn.com/abstract=1316903

Molano, A. (2018). The Evolution of The FARC: A Guerrilla Group’s Long History: VOLUME 34, ISSUE 2, 2000. *NACLA Report on the Americas*, *50*(3), 279–283. https://doi.org/10.1080/10714839.2018.1525054

OECD. (2015). OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016. *OECD Publishing.* https://doi.org/10.1787/9789264248908-en

Rodriguez Gomez, W. F., Rodríguez Gómez, E. Y., & Gomez-Gonzalez, J. E. (2024). Brecha del rendimiento académico entre estudiantes rurales y urbanos en Colombia. *Revista Desarrollo Y Sociedad*, *97*(97), 59-75. https://doi.org/10.13043/DYS.97.3

Rodríguez-Monguió, R. (2003). Universal Health Care for Colombians 10 years after Law 100: Challenges and Opportunities. *ScienceDirect*. *68*(2), 129-142. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851003002033

Pinto, D. (2008). Colombia: Good Practices in Expanding Health Care Coverage. *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low-and Middle- Income Countries, 1*(7), 137-179. https://books.google.com/books?id=o\_vHPjPIN08C&lpg=PA137&ots=O-dLYEqnIG&dq=sources%20of%20funding%20in%20colombia%20health%20care&lr&pp=PA179#v=onepage&q&f=false

Vargas, I., Vázquez, M.L., Mogollón-Pérez, A.S. (2010). Barriers of Access to Care in a Managed Competition Model: Lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res, 10*(4), 297. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-297

Vargas-Zea, N., Castro, H., Rodríguez-Páez, F. (2012). Colombian Health System on its way to Improve Allocation Efficiency – Transition from a Health Sector Reform to the Settlement of an HTA Agency. *ScienceDirect, 1*(2), 218-222. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221210991200057X>