



**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,  
Volumen 8, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1)

## **DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO DESDE 1950 HASTA EL AÑO 2021**

**EVOLUTION OF THE COLOMBIAN HEALTHCARE  
SYSTEM FROM 1950 TO 2021**

**Billy Salazar Villegas**

Institución Universitaria Antonio José Camacho, Colombia

**Yulieth Alexandra Quintero Caicedo**

Institución Universitaria Antonio José Camacho, Colombia

**Karina Balanta Cano**

Institución Universitaria Antonio José Camacho, Colombia

**Oscar Marino Lopez Mallama**

Institución Universitaria Antonio José Camacho, Colombia

**Karla Viviana Andrade Díaz**

Institución Universitaria Antonio José Camacho, Colombia

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1.9759](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9759)

## Desarrollo del Sistema de Salud Colombiano desde 1950 Hasta el Año 2021

**Billy Salazar Villegas<sup>1</sup>**

[bsalazarv@admon.uniajc.edu.co](mailto:bsalazarv@admon.uniajc.edu.co)

<https://orcid.org/0000-0003-4839-5649>

Institución Universitaria Antonio José Camacho  
Colombia

**Yulieth Alexandra Quintero Caicedo**

[yalexandraquintero@estudiante.uniajc.edu.co](mailto:yalexandraquintero@estudiante.uniajc.edu.co)

<https://orcid.org/0009-0009-3349-133X>

Institución Universitaria Antonio José Camacho  
Colombia

**Karina Balanta Cano**

[kbalantac@estudiante.uniajc.edu.co](mailto:kbalantac@estudiante.uniajc.edu.co)

<https://orcid.org/0009-0009-3386-6437>

Institución Universitaria Antonio José Camacho  
Colombia

**Oscar Marino Lopez Mallama**

[omarinolopez@admon.uniajc.edu.co](mailto:omarinolopez@admon.uniajc.edu.co)

<https://orcid.org/0000-0002-3543-9123>

Institución Universitaria Antonio José Camacho  
Colombia

**Karla Viviana Andrade Díaz**

[kvandrade@admon.uniajc.edu.co](mailto:kvandrade@admon.uniajc.edu.co)

<https://orcid.org/0000-0001-8192-0228>

Institución Universitaria Antonio José Camacho  
Colombia

### RESUMEN

La evolución del sistema de salud colombiano desde la década de 1950 hasta el 2021 ha sido un proceso complejo y continuo. Comprender la historia del funcionamiento del sistema sanitario se vuelve crucial, ya que permite aprender de los errores pasados e identificar acciones acertadas para replicarlas y mejorarlas en la actualidad. El objetivo principal de este artículo se centra en contextualizar la evolución y los cambios fundamentales del sistema de salud colombiano desde 1950 hasta el año 2021. A pesar de la escasa bibliografía indexada anterior a 1993 (fecha de implementación de la ley 100), se llevó a cabo una revisión documental, en bases de datos y registros estatales. Además, se utilizaron buscadores booleanos para realizar exploraciones específicas. Con la información recopilada, se realizó un análisis de los principales cambios y actos legislativos durante un periodo de estudio de 71 años, dividido en tres etapas: Ministerio de Salud Pública (1946-1970), Sistema Nacional de Salud (1970-1992) y Sistema de Seguridad Social Integral (1993-2021). Como resultado de la investigación, se construyeron cuadros comparativos que describen la cobertura, accesibilidad y financiamiento de la salud en Colombia desde 1950 hasta el 2021.

**Palabras clave:** sistema de salud, salud pública, evolución de la salud en Colombia

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [bsalazarv@admon.uniajc.edu.co](mailto:bsalazarv@admon.uniajc.edu.co)

# Evolution of the Colombian Healthcare System from 1950 to 2021

## ABSTRACT

The evolution of the Colombian health system from the 1950s to 2021 has been a complex and continuous process. Understanding the history of the functioning of the health system becomes crucial, as it allows us to learn from past mistakes and identify successful actions to replicate and improve them today. The main objective of this article focuses on contextualizing the evolution and fundamental changes of the Colombian health system from 1950 to 2021. Despite the scarce indexed bibliography prior to 1993 (date of implementation of Law 100), carried out a documentary review, in databases and state records. Additionally, Boolean search engines will be used to perform specific explorations. With the information collected, an analysis was carried out of the main changes and legislative acts during a study period of 71 years, divided into three stages: Ministry of Public Health (1946-1970), National Health System (1970-1992) and Comprehensive Social Security System (1993-2021). As a result of the research, comparative tables were built that describe health coverage, accessibility and financing in Colombia from 1950 to 2021.

**Keywords:** healthcare system, public health, evolution of health in Colombia

*Artículo recibido 27 diciembre 2023  
Aceptado para publicación: 30 enero 2024*



## INTRODUCCIÓN

El propósito de este artículo es llevar a cabo un análisis comparativo y contextual de la evolución del sistema de salud colombiano desde el final del período higienista en 1950 hasta el año 2021. (Salazar, 2023). Se examinarán los cambios implementados en términos de financiación, accesibilidad y cobertura, en cada uno de los periodos determinados.

El período higienista en Colombia se inició en 1886 con la creación de la Junta Central de Higiene, una institución establecida con el propósito de fomentar prácticas higiénicas de salud pública y enfoques para promover la salud en la nación. Posteriormente, en 1945 , se creó La Caja Nacional de Previsión de Colombia, una entidad encargada de proporcionar servicios de seguridad social y atención en salud, con el objetivo principal de garantizar la protección social a los trabajadores del sector público y sus familias.

En 1946 se fundó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), posteriormente evoluciono al Instituto de Seguros Sociales (ISS), para atender temas relacionados con enfermedades y riesgos laborales asociados a la discapacidad, la vejez y la muerte, principalmente para los empleados del sector privado.

Durante el período higienista, Colombia enfrentó grandes desafíos, como el "Bogotazo" en 1948 (Muerte de Jorge Eliecer Gaitán), y el golpe de estado en 1953 liderado por Gustavo Rojas Pinilla, evento que influyó en la estabilidad política y la prestación de servicios de salud en el país. Sin embargo, con la creación del Ministerio de Salud en 1950, se dio un giro hacia una ideología más centrada a la atención en salud pública, lo que estableció las bases para el futuro desarrollo del actual sistema de salud (Serrano, 2011).

Más adelante, con la implementación de la Ley 100 de 1993, se marca un hito en la evolución del sistema de salud colombiano. Se introdujo la competencia entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y se estableció de manera obligatoria la afiliación al régimen contributivo para los ciudadanos empleados o con ingresos para aportar al sistema, así como el régimen subsidiado para aquellos sin capacidad de pago.

Entre 1993 y 2021, se llevaron a cabo diversas reformas y ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Estas reformas se enfocaron en enfrentar desafíos como la

sostenibilidad financiera del sistema, la calidad de la atención en salud y la equidad en el acceso a los servicios.

Para concluir, se tratará de orientar al lector sobre los hechos más importantes que influyeron en el desarrollo del sistema de salud colombiano en un periodo de 71 años, con el fin de entender las diferentes transformaciones ocurridas en el transcurso del tiempo.

## **METODOLOGÍA**

Se optó por el método cualitativo, ya que se llevó a cabo una revisión documental exhaustiva de la legislación más relevante relacionada con la evolución del sistema de salud colombiano desde 1.950 hasta el 2.021.

El tipo de estudio, se clasifica como observacional descriptivo, dado que implica una investigación bibliográfica, la recopilación de información, la asociación de conceptos y su interpretación.

El método de estudio se define como transversal retrospectivo, ya que la búsqueda de información se realizó en un momento específico sin seguimientos adicionales, y se basa en eventos ya ocurridos, de los cuales se recopiló la bibliografía existente.

Los criterios de elegibilidad de la investigación se centraron principalmente en la compilación de relatos estatales, proyectos de grado, artículos y actos legislativos promulgados en Colombia en idioma español (no se encontró información en otros idiomas) relacionados con evolución del sistema de salud colombiano desde 1.940, una década antes con el fin de contextualizar la transición del periodo Higienista al Ministerio de Salud Pública.

Las estrategias de búsqueda incluyeron las siguientes palabras clave (Sistema de salud; Salud pública; Evolución de la salud en Colombia) y se consultaron bases de datos, como Leyexinfo, Latindex, Dialnet y Google Académico.

La organización de la información se llevó a cabo principalmente mediante la creación de tablas, con el objetivo de establecer un orden cronológico y facilitar su comprensión del lector.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **Contextualización evolutiva**

Para iniciar el análisis, es importante destacar que el sistema de salud colombiano no siempre tuvo la denominación y funcionamiento actual, retrocediendo a la década de 1950, durante la gestión del doctor

Alejandro Jiménez Arango en el Ministerio de Higiene, se produjo un cambio de nombre y pasó a llamarse Ministerio de Salud Pública, según lo establecido en el decreto 984 del 16 de abril de 1953.

Posteriormente, en 1970, se implementó otro cambio significativo denominándolo Sistema Nacional de Salud, y esta designación se mantuvo hasta 1992. Este periodo se rigió bajo un mecanismo de financiación basado en subsidios a la oferta. Se realizaron ajustes administrativos y organizativos con la intención de desarrollar un servicio unificado y universal, sin embargo, se evidenció la dificultad de articular instituciones tan diversas y fuentes de financiación tan distintas, considerando los tres subsectores existentes: el sector oficial, privado y de seguridad social.

Los decretos 356 y 695 de 1975 establecieron dos condiciones o tipos de afiliación al Sistema Nacional de Salud (SNS): el régimen de "adscripción", que englobaba a todas las instituciones del sector público, independientemente que recibían financiamiento gubernamental, estableciendo así una relación de dependencia con el sistema; y el régimen de "vinculados" para incluir a las personas del sector privado, ya sea con o sin fines de lucro. No obstante, no se tuvo en cuenta a la población de bajos recursos, lo que implicaba que no tenían garantizado el acceso a los servicios de salud, y la demanda superaba los recursos transferidos directamente a la red de hospitales.

En 1990, con la implementación de la ley 10, solo el 31% de los 33.156.000 millones de habitantes con los que contaba el país para aquel entonces, según el (DANE 1990), tenían cobertura en salud. Esta ley buscaba promover la igualdad, universalidad y eficiencia en los servicios de salud en Colombia, centrándose en la modernización de las estructuras políticas con un nuevo modelo de salud que enfatizara en la promoción y prevención centrada en los sistemas locales. Estos sistemas locales serían responsabilidad de los alcaldes municipales, impulsando de manera progresiva la descentralización en salud, donde el primer nivel de atención sería competencia municipal y los niveles dos y tres dependerían de los departamentos, distritos y, en última instancia, la nación. Se formuló un reordenamiento financiero entre la nación y las entidades territoriales, distribuyendo los recursos financieros considerando criterios demográficos, la priorización de necesidades básicas y la eficiencia técnica financiera y social en la prestación de los servicios. Esto aseguró que los más necesitados recibieran mayores recursos, y la ley también integró funcionalmente los servicios de salud, facilitando recursos humanos, materiales, tecnológicos y financiamiento provenientes de entidades oficiales,

mixtas descentralizadas y privadas.

En 1991 se realizó una reforma a la Constitución Política de Colombia, definiendo al país como un “Estado Social de Derecho”. La introducción de la palabra “Social” implicó profundas implicaciones en la responsabilidad del estado hacia los habitantes del territorio nacional. Los servicios de salud, que anteriormente se brindaban bajo un esquema de beneficencia, se convirtieron en un derecho de las personas. Esto trajo consigo implicaciones legales y económicas para el estado, que ahora debía garantizar que las instituciones, ya sean públicas o privadas, fueran dotadas con recursos físicos o financieros dentro de un marco jurídico que permitiera acceder a los servicios de salud a través de un aseguramiento.

Desde la ley 100 de 1993 hasta el 2021, se han realizado varias reformas con el objetivo de aumentar continuamente el porcentaje de cobertura, que actualmente es del 99.6% según el Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Sin embargo, persisten algunas deficiencias en cuanto a la accesibilidad a la prestación de los servicios de salud. Se siguen evidenciando barreras de acceso al Plan Básico de Salud (PBS) que obligan el uso de tutelas y en otros casos al gasto de bolsillo de los afiliados, generando dificultades en términos de oportunidad y calidad en el servicio. Asimismo, la inequidad persiste, especialmente en las regiones de población rural y entre las minorías. La falta de rectoría por parte de los entes de control, las enormes deudas y los gastos exorbitantes a lo largo del tiempo, sin la debida vigilancia y transparencia, son algunos de los problemas que hasta la fecha no han encontrado solución y que afectan de manera transversal la prestación de los servicios de salud y a su vez empezar a realizar estudios estadísticos que servirían para el análisis situacional y la implementación de políticas públicas focalizadas para la atención de las poblaciones.

### **Periodo del Ministerio de Salud Pública (1946-1970)**

Durante este periodo se llevaron a cabo varios cambios de políticas y la creación de instituciones que se encargarían de recopilación de datos estadísticos y la prestación de los servicios de salud en Colombia, esta etapa se caracterizaría por dejar atrás los viejos conceptos higienistas y empezar a crear entidades responsables de la prestación de los servicios de salud y el análisis del comportamiento social de la población, se crean entes con responsabilidades y funciones específicas para la prestación de los servicios, durante este lapso de la evolución del sistema de salud, la cobertura de los servicios se

prestaba a los trabajadores del sector público y privado afiliado a las entidades estipuladas.

### **Fundación de la Caja Nacional de Previsión Social**

Establecido por medio de la Ley 6 de 1945, este ente, fue un Establecimiento Público con sede en Bogotá, tenía la posibilidad de ampliar su alcance a todas las regiones del país mediante la creación de seccionales, sub seccionales y agencias, cuya jurisdicción no necesariamente coincidiría con la división general del territorio.

Entre sus responsabilidades, se encontraban la organización, dirección y administración del reconocimiento y pago de las prestaciones sociales de los empleados públicos, la atención de las prestaciones correspondientes a sus afiliados, con la aprobación del gobierno, de reglamentos generales para la gestión de las prestaciones a su cargo. Además, tenía la tarea de determinar la estructura y los sistemas de atención médico asistencial adecuados para los propósitos de la medicina social, en conformidad con sus principios y normativas.

La financiación de esta entidad se llevaba a cabo mediante cuotas patronales a cargo de los Ministerios, Departamentos Administrativos, Superintendencias, Establecimientos Públicos, Empresas Industriales o Comerciales del Estado y Sociedades de Economía Mixta a nivel nacional, cuyos empleados o trabajadores estuvieran afiliados a la Caja. La transformación de esta entidad fue regulada por la Ley 490 de 1998, que la convirtió en una Empresa Industrial y Comercial del Estado, finalmente, su figura jurídica fue disuelta el 12 de junio de 2013, integrándose a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP).

### **Fundación del Instituto Colombiano de Seguridad Social (ICSS)**

En 1946 marcó un hito significativo en el sistema de salud. Esta entidad, de carácter estatal, fue establecida con la responsabilidad principal de gestionar la seguridad social, especialmente para los empleados del sector privado. Su creación representó un cambio notable, ya que el ICSS proporcionó servicios de atención médica y bienestar a los trabajadores asalariados y sus familias. Posteriormente, en 1977, se llevó a cabo una transformación que resultó en la creación del Instituto de Seguros Sociales (ISS), y su liquidación se estableció mediante el decreto 2013 de 28 de septiembre de 2009, bajo el mandato del presidente Álvaro Uribe Vélez, según lo señalado por Castaño Castrillón en 2013.

### **Creación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)**

Se remonta a la promulgación de la Ley 65 de 1963. Esta entidad desempeñó y en la actualidad representa un papel fundamental en la recolección, análisis y divulgación de información estadística para el país. A lo largo de las décadas, ha desempeñado un papel crucial en el análisis de la evolución del sistema de salud colombiano. Desde su establecimiento, el DANE ha iniciado la recopilación de datos con el propósito de proporcionar una visión detallada de la situación sanitaria y social de la nación.

### **Ampliación de la cobertura sanitaria**

En la década de 1970 se hicieron esfuerzos para ampliar la cobertura de salud y aumentar el acceso a los servicios médicos en todo el país. Se establecieron hospitales y centros de salud en zonas rurales y urbanas, lo que contribuyó a mejorar la atención médica en zonas que antes estaban desatendidas. (Jaramillo, 2000).

### **Sistema Nacional de Salud (1970-1992)**

Entre 1970 y 1992, la instauración del Sistema Nacional de Salud (SNS), se ejecutó bajo el modelo de financiación de “subsidio a la oferta”, el cual consistía en que los recursos destinados a la salud a nivel nacional se transferían directamente a la red de hospitales públicos del país. No obstante, este sistema demostró no ser adecuado para proporcionar servicios de salud completos a individuos con bajos ingresos (Otálvaro et al., 2019).

Este sistema, tenía como objetivo atender las enfermedades y proporcionar pensiones a los trabajadores, principalmente aquellos pertenecientes al sector formal de la economía en los ámbitos privado y público. El ámbito privado, estaba representado por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), mientras que en el ámbito público estaba representado por las Cajas de Previsión (CAJANAL). Estas entidades actuaban como monopolios, brindando coberturas parciales y diversas a las familias de los trabajadores afiliados. Aunque se creó con la intención de abarcar a toda la población colombiana a fines de la década de 1940, después de 40 años, la cobertura del ISS y las Cajas de Previsión no superaba el 22% de la población colombiana.

Antes de la implementación de la ley 100 de 1993, en el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), los trabajadores contribuían con el 7% de sus ingresos laborales para la salud, cubriendo de manera total los servicios de salud para el afiliado, su cónyuge e hijos menores de un año, de manera parcial. En

algunas regiones con pocos afiliados al ISS, la cobertura total se extendía a la familia del trabajador con una cotización del 12%. A finales de 1994, el ISS tenía aproximadamente 4.2 millones de trabajadores afiliados.

En las Cajas de Previsión, diseñadas para cubrir las necesidades en salud y pensiones de los trabajadores del sector público, la contribución del trabajador era del 5% de sus ingresos laborales. El Estado asumía el resto de los costos, financiando los presupuestos de estas Cajas. En algunas entidades del Estado, mediante acuerdos sindicales, ni siquiera se realizaban descuentos del 5%. Aunque las coberturas para los trabajadores eran completas, existían variaciones significativas en los servicios ofrecidos a sus familias, con algunos trabajadores teniendo que hacer aportes adicionales para cubrir a sus familiares. Las Cajas de Previsión incluían programas para ciertos servidores públicos, como miembros de las Fuerzas Armadas, maestros y empleados de la empresa estatal de petróleos, que tradicionalmente operaban de manera independiente (Actual los regímenes de excepción). En 1993, los trabajadores del Estado representaban aproximadamente 900.000 personas. Conjuntamente, el ISS y las Cajas de Previsión cubrían alrededor del 22% de la población total del país y aproximadamente el 50% de la población laboral, con un empleador obligado a afiliarse a estas instituciones. En Colombia, alrededor de la mitad de los empleos se encontraban en el sector informal de la economía, que en gran parte no estaba cubierto por estas instituciones, y los trabajadores recurrían al subsistema público, y en menor medida al privado, para recibir atención médica, según (Sanchez, 1997)

### **La Seguridad Social en Crisis**

A finales de los años 1980 y principios de los 1990, el Instituto Seguros Sociales (ISS) experimentó serios problemas financieros y administrativos. Esto provocó una crisis en el sistema de seguridad social y la reorganización del sistema, transformando al ISS en la Nueva EPS (Actualmente), a la vez se crea Colpensiones (Administradora Colombiana de Pensiones)

### **Ley 15 de 1989, Superintendencia Nacional de Salud**

Aunque esta institución data desde 1977 donde surge con el nombre de "Superintendencia de Seguros de Salud" es solo para 1989 cuando el Congreso de la República aprobó la Ley 15 de 1989, a través de la cual se expidieron normas sobre la organización, financiamiento y control de los servicios de salud y la asistencia pública, reorganizando las funciones de la Superintendencia y cambiando su denominación

al de Superintendencia Nacional de Salud, figura que se ha mantenido con diversos cambios a través del tiempo hasta la actualidad.

### **Ley 10 de 1990**

En 1990 se expide la ley 10 con la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se propone la descentralización política, administrativa y fiscal, trayendo un reordenamiento y distribución de responsabilidades, iniciando así un proceso de planificación regional participativa. En esta misma ley se establecieron los niveles de complejidad hospitalaria y su clasificación, en la actualidad se continúa implementando con algunas reformas.

### **La Constitución Política de 1991**

Conocida también como Carta Magna o Carta Fundamental, representa la normativa legal supremamente relevante para un país o estado. En este documento se detallan los derechos y obligaciones fundamentales de sus ciudadanos y establece la configuración y estructura del Estado.

En la nombrada Constitución se incluyeron artículos que se encuentran directamente relacionados con la Salud, entre estos se pueden mencionar:

**Artículo 48.** Se plantea a la Seguridad Social como un servicio público de obligatoriedad, gestionado y supervisado por el Estado, de acuerdo con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, según lo estipulado por la legislación correspondiente. (Const.,1991, art.48)

**Artículo 49.** La prestación de servicios de atención médica y saneamiento ambiental son responsabilidades del Estado como servicios públicos. Se asegura que todas las personas tengan acceso a servicios que promuevan, protejan y restablezcan la salud. (Const.,1991, art.49)

Este nuevo enfoque que se le da a la salud facilitaría la transición a La Ley 100 de 1993.

### **Sistema de Seguridad Social Integral (1993-2021...)**

Es el conjunto de instituciones, normas y procesos dispuestas para que tanto las personas como la comunidad puedan disfrutar de una calidad de vida. Esto se logrará a través de la implementación progresiva de planes y programas desarrollados por el Estado y la sociedad. Estos tienen como objetivo proporcionar una cobertura completa para situaciones imprevistas, especialmente aquellas que afectan la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional. (Ley 100, 1993), se compone por 4 libros:

1. Sistema General de Pensiones.
2. Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Sistema General de Riesgos Laborales.
4. Servicios Sociales Complementarios.

La presente ley, en su capítulo I, artículo 4, decreta: “La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas”. En el actual artículo se tendrá en cuenta el libro 2, correspondiente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En virtud de la reciente legislación implementada de Seguridad Social, se experimentó un cambio significativo, de manera administrativa y financiera, de los servicios de salud proporcionados directamente por el Estado a nivel territorial. Se modificó el enfoque tradicional de asignación de recursos a los hospitales públicos, que anteriormente se llevaba a cabo mediante presupuestos históricos conocidos como "subsidijs a la oferta". Estos subsidijs no estaban vinculados a la complejidad y cantidad de pacientes atendidos ni al volumen y calidad de los servicios prestados.

A partir de 1993, los hospitales públicos, se transformarían en entidades autónomas llamadas Empresas Sociales del Estado (ESE), evidenciando la eliminación gradual de los "subsidijs a la oferta" a través de un proceso de transición. Este cambio se ajustaría a las condiciones de gestión interna, al mercado en el que operaban y al tipo de servicios que ofrecían estas entidades estatales. En su lugar, se designaron recursos destinados a contratos con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para las personas con capacidad económica de aporte al sistema y a su vez surgieron las Aseguradoras del Régimen Subsidiado (Antiguas ARS) para la población sin capacidad de pago, quienes serían las encargadas de contratar los servicios de salud a los que tendrían acceso los colombianos, con las actuales Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) privadas y con las ya mencionadas (ESE) públicas.

Las EPS y ARS recibirían un monto de dinero estipulado, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC) o una prima ajustada al riesgo por cada afiliado, destinada a financiar la contratación de la prestación de servicios, con periodicidad anual, este mecanismo se conoce como los “subsidijs a la demanda” (Sanchez, 1997). Así, la nueva función del Estado ya no consistía en financiar la operación de los hospitales públicos, sino en contratar los servicios de salud para la población y regular los

mercados del aseguramiento y su prestación. (Álvarez, 2007)

Con el transcurrir del tiempo, la instauración del nuevo sistema, el aumento poblacional, las necesidades territoriales y los avances tecnológicos en salud, el estado colombiano debió implementar nuevas medidas para mitigar los nuevos requerimientos poblacionales en salud, es así como se describen los principales actos legislativos que se han desarrollado para complementar el bienestar social hasta el año 2021.

### **Creación del INVIMA artículo 245 de la Ley 100 de 1993**

Control y vigilancia para la salud pública, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) es una entidad pública con un enfoque científico y tecnológico que opera a nivel nacional en Colombia. Aunque está vinculado al Ministerio de Salud, posee autonomía administrativa y cuenta con un patrimonio independiente para su funcionamiento, según lo establecido en el Decreto 2078 de 2012.

De acuerdo con este decreto, el INVIMA tiene como objetivo ser una institución de referencia nacional en temas de salud y ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de Salud para llevar a cabo la vigilancia sanitaria y control a nivel nacional en diversas áreas, tales como: medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, dispositivos y elementos odontológicos, productos naturales homeopáticos, productos naturales generados por biotecnología y reactivos de diagnóstico. El INVIMA desempeña funciones clave que incluyen la inspección, vigilancia y control de los establecimientos que producen y comercializan estos productos. (Decreto 2078 de 2012)

### **Decreto 3518 de 2006 SIVIGILA (Sistema de Vigilancia de Salud Pública)**

El sistema de salud comienza a tener ojos, mediante la normatividad que establece y regula el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y dicta otras normas, en su Capítulo I de Disposiciones generales y en su Artículo 1. Establecer las reglas para el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, conocido como SIVIGILA, con el objetivo de recopilar de manera sistemática y oportuna información sobre la dinámica de eventos que puedan afectar la salud de la población, con la finalidad de dirigir las políticas y la planificación en el ámbito de la salud pública.

## **Ley 1122 DE 2007 Ajustes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y establece otras disposiciones**

Se realizan modificaciones en el SGSSS, centrándose especialmente en la mejora de la prestación de servicios a los usuarios. Con este propósito, se implementan reformas en aspectos como dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejora en la prestación de servicios de salud. También se aborda el fortalecimiento de los programas de salud pública, así como de las funciones de inspección, vigilancia y control, junto con la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. En el Capítulo VI, el cual se refiere a la salud pública, se puede destacar el artículo 32, el cual comprende el conjunto de políticas destinadas a asegurar de manera integral la salud de la población mediante acciones de salubridad dirigidas tanto de forma individual como colectiva. Los resultados de estas acciones se convierten en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país.

### **Sentencia T760 de 2008 de la Corte Constitucional:**

Con la meta de asegurar la igualdad en el acceso a los servicios de salud, el Gobierno nacional puso en marcha, en el año 2009, un plan progresivo para consolidar el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS). Dentro de esta estrategia, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) promulgó cuatro Acuerdos vinculados con la unificación según su orden cronológico:

Acuerdo 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010: unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 años y más, Acuerdo 032 de 2012: unifica el POS de los adultos entre 18 y 59 años.

En línea con estos esfuerzos, se unificó el Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado, convirtiéndose en el actual Plan de Beneficio de Salud (PBS).

### **Ley 1438 enero de 2011**

Se enfatiza en un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país, usando como mecanismo la Promoción de la Salud y la Prevención de la

Enfermedad (PyP) (Ministerio de salud y protección social, 2011).

También establece algunos cambios, como la prevalencia e incidencia en mortalidad y morbilidad en materia perinatal e infantil, incidencia de enfermedades de interés en salud pública, de la misma forma decreta un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y se crea el Observatorio Nacional de Salud (ONS), entre sus disposiciones más importantes (salazar, 2023. Evolución Normativa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en Colombia 1993 a 2021)

### **Ley Estatutaria 1751 de 2015**

A través de esta norma se regula a la salud como un derecho fundamental y se introducen otras disposiciones, vale la pena resaltar que las leyes ordinarias, emitidas por el Congreso en ejercicio de su capacidad legislativa regular, son aquellas que se establecen en cumplimiento de sus funciones habituales. Por otro lado, las leyes Estatutarias se enfocan en regular los derechos fundamentales de las personas y los mecanismos para su protección, en este sentido este tipo de acto legislativo puede modificar Constitución Política, y eleva a la salud como un derecho fundamental a nivel individual como colectivo, equiparable al derecho a la vida, la presente ley ha sido unos de los grandes cambios que se le han realizado en materia de salud a la Constitución Política colombiana de 1991, la cual la consideraba como un servicio público a cargo del estado.

### **Decreto 2265 de 2017**

Estableció la creación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), como una entidad vinculada al Ministerio de Salud y Protección Social. Esta entidad posee personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, así como patrimonio independiente, con el propósito de asegurar la correcta gestión y control de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Asimismo, se dispuso que una vez que la ADRES entre en funcionamiento, se eliminará gradualmente el antiguo Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

### **Resolución 532 de 2017, Mi Prescripción (MIPRES)**

Por medio de este acto legislativo se crea un aplicativo que pretende el Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) por parte de los facultativos médicos, con cargo a la Unidad de pago por Capitación (UPC), remplazando el antiguo Comité Técnico Científico (CTC). Con el cual se pretendió brindar mayor autonomía en la prescripción

médica para garantizar las necesidades clínicas de los pacientes.

### Plan Decenal de Salud Pública (PDSP, 2012-2021)

Decreto en la ley 1438, de enero de 2011, su implementación inició en el año 2012 con duración de 10 años hasta el 2021, fue una guía estratégica que delineó la dirección a seguir para abordar los desafíos contemporáneos en salud pública para fortalecerla dentro del marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas a nivel nacional y territorial. Este plan orientó las acciones relacionadas con la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de intervenciones, alineadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000). Estaba compuesto básicamente por ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, cada una de ellas incluyó componentes transectoriales y sectoriales. Además, propuso actividades que involucraban no solo al sector salud, sino también a otros actores implicados en el desarrollo nacional, en la actualidad se encuentra en desarrollo el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

### Tablas comparativas del sistema de salud colombiano a desde 1950 hasta el actual 2021.

**Cobertura:** en la siguiente tabla se pueden observar las diferencias de cobertura en los periodos estudiados durante la evolución del Sistema de salud colombiano, discriminado por periodos: Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud, describiendo las diferencias entre cada uno.

**Tabla 1: Diferencias en cobertura de la población**

COBERTURA		
Ministerio de salud Pública (1946 – 1970)	Sistema Nacional de Salud (1970 - 1992)	Sistema General de Seguridad Social en Salud (1993-2021)
La cobertura era mínima, ya que se limitó solo a atender aspectos de carácter sanitario, la atención preventiva era financiada por los mismos usuarios (gastos de bolsillo) o por las instituciones religiosas de caridad, con la creación de la Caja Nacional de Previsión y del Instituto Colombiano de Seguros Sociales actualmente la NUEVA EPS, se pretendía aumentar la cobertura, pero no se tuvo en cuenta a las personas pobres que no podían acceder a los servicios de salud las cuales no cumplían con ninguna de las características mencionadas.	La cobertura en los servicios de salud de los colombianos era del 31%, se encontraba conformada por tres clases sociales, la población de estratos altos la cual contaba con capacidad de pago que contrataba con privados la prestación de los servicios de salud, la población de estrato medio afiliada al Seguro Social y la población de estratos bajo a través de los hospitales públicos, financiada por el estado y en algunos casos por caridad, pero los recursos no eran insuficientes debido a la demanda del servicio de salud.	La cobertura en salud con la creación del régimen (Contributivo y Subsidiado) llegó hasta un 97% siendo los estratos 1 y 2 los más beneficiados, pero desafortunadamente la ampliación de la cobertura generó un caos en la atención de los pacientes, según la Encuesta Nacional Demográfica y Salud en el 2010 el 88% de los colombianos estaban afiliados al sistema que hasta el 2021 ese indicador había aumentado cerca del 97%.

Fuente: elaboración propia

## Accesibilidad

Aunque las cifras de cobertura de salud en todo el territorio nacional son alentadoras, contar con una afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), del régimen Contributivo o Subsidiado, no garantiza la disponibilidad y oportunidad de los servicios cuando las personas los necesitan para preservar su salud o dar continuidad a sus tratamientos. Surge la interrogante ¿Cuál es la utilidad de la cobertura si no se garantiza un acceso oportuno a la atención médica? La siguiente tabla proporciona una representación visual de la accesibilidad a los servicios de salud en cada uno de los periodos estudiados.

**Tabla 2:** Diferencias en la accesibilidad a los servicios de salud de la población

<b>Accesibilidad</b>		
<b>Ministerio de salud Pública (1946 – 1970)</b>	<b>Sistema Nacional de Salud (1970 - 1992)</b>	<b>Sistema General de Seguridad Social en Salud (1993 -2021)</b>
La accesibilidad a los servicios de salud era fortuita, ya que los únicos que prestaban la atención en salud a la población pobre eran los hospitales y las entidades de caridad, se estimaba que un 25% de la población del país no tenía ningún acceso a los servicios.	En este lapso se realizó una reorganización del Sistema de Salud, para la atención de los afiliados al sector privado y al ámbito público, la ley 10 promovió y estimulo la creación de Sistemas locales de Salud, cubriendo las necesidades básicas de las personas, por otro lado, en la constitución del 1991 se estableció el artículo 49, con el cual se determinó que la atención en salud es responsabilidad del estado, garantizando el derecho a la salud.	Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se introdujeron principios fundamentales en la prestación de los servicios, por ejemplo, la Solidaridad que constituyo en la financiación del régimen subsidiado con recursos de la población con capacidad de pago y otros recursos estatales, de esta manera se benefició a la población más pobre y se mejoró el acceso a la salud. En la actualidad la accesibilidad a los servicios se ha visto deteriorada por barreras geográficas, como los sectores rurales con población dispersa de difícil acceso, aspectos financieros que han llevado a las EPS a retardar la atención de los usuarios y el déficit de profesionales especializados que garanticen el acceso necesario a los servicios requeridos por la población (Restrepo, 2017) Con la aprobación de ley 1751 del 2015 (Ley estatutaria) se declaró a la salud como derecho fundamental y uno de sus principios más importantes consistió en la accesibilidad a los servicios, buscando la atención oportuna, en condiciones de igualdad para todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o condición económica.

Fuenhte: elaboracion propia

## Financiamiento

El financiamiento del sistema de salud ha cambiado notoriamente a través del tiempo, desde 1946 hasta 1970, por altos niveles de inequidad para el financiamiento de la salud en el país, caracterizándose por el acceso a los servicios de personas con poder adquisitivo, determinado por el gasto de bolsillo y la caridad de instituciones religiosas, ya que los aportes del estado resultaron insuficientes para la demanda de la población. De 1970 a 1992, se crean dos instituciones: las Cajas de Previsión social para atender a los empleados públicos y el ISS encargado de la atención de los trabajadores privados, para la población no incluida en estos sectores, el financiamiento de la salud se realizó por medio del subsidio a la oferta, pero los recursos destinados por el estado se tornaron insuficientes. De 1993 a 2021 se reestructura el SGSSS, creando básicamente 2 regímenes, el subsidiado (población sin capacidad de pago) y el contributivo (población con capacidad de aporte), como se evidencia en la tabla 3.

**Tabla 3:** Diferencias en la financiación del sistema de salud colombiano

Financiamiento		
Ministerio de salud Pública (1946 – 1970)	Sistema Nacional de Salud (1970 - 1992)	Sistema General de Seguridad Social en Salud (1993-2021)
El financiamiento se basó principalmente con aportes realizados por las instituciones religiosas de caridad y el gasto de bolsillo realizados por los usuarios, las personas con capacidad de pago que se hacían cargo de los gastos generados por la prestación de los servicios de salud, también lo continuaron haciendo durante el intervalo posterior «Sistema Nacional de Salud». En síntesis, el periodo del Ministerio de Salud Públicas se caracterizó por el escaso desarrollo financiero, con altos grados de inequidad e ineficiencia, ya que los aportes entregados por el estado fueron insuficientes para atender la demanda de los servicios de salud de la población pobre.	El Sistema Nacional de salud en Colombia estaba constituido por tres pilares: <b>a)</b> el sistema de seguridad social, <b>b)</b> el sector público, ligado a la Caja de Previsión Social y <b>c)</b> el sistema privado, atendido por el Instituto de Seguros Sociales (Gaviria et al., 2006). Cada uno de estos Pilares era financiado de manera diferente, los trabajadores contribuían con el 7% en el caso del Instituto de Seguros Sociales (ISS) y 5% en el caso de las Cajas de Previsión Social (CPS) y con los aportes realizados por el Estado se financiaba a la población sin cobertura (subsidio a la oferta), recursos insuficientes para la demanda de atención de esta población, por otro lado, las personas con recursos económicos abundantes compraban pólizas de seguros particulares.	Después de la implementación de la ley 100 de 1993, el financiamiento se realizaría por medio del (Subsidio a la demanda) crenado instituciones responsables para contratar la atención de sus afiliados: en sus inicios, las Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS en la actualidad desaparecidas), eran las encargadas de contratar los servicios de salud para las personas sin capacidad de pago. Por otro lado se crearon la Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes contrataban los servicios para la población empleada y con capacidad de pago, (en la actualidad contratan los servicios para las personas pertenecientes al sector contributivo y subsidiado). Se creó la Unidad de Pago Por capitación (UPC) la cual hace referencia al monto que reciben anualmente las EPS por cada afiliado. Actualmente para la población del régimen contributivo el empleador paga el 8.5% y trabajador el 4%, un total del 12,5% sobre el ingreso mensual, el trabajador independiente aporta el 12.5% del salario declarado. La ADRES dispone entre otras fuentes, de las cotizaciones y aportes de las empresas y los empleados al sistema general de salud, de los aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN), incluido el Sistema General de Participaciones (SGP), transferencias de las cajas de compensación familiar y los rendimientos financieros obtenidos por la administración de los recursos. los recursos han demostrado una tendencia creciente, de 4,4 % del PIB en 2011 a 5,2% del PIB en 2022, con un máximo de 6,3% del PIB en 2020 (Granger, 2023)

Fuente: elaboración propia

## CONCLUSIONES

El desarrollo del sistema de salud colombiano ha tenido cambios significativos a lo largo del tiempo, De 1946 a 2021, ha funcionado con diferentes modelos y enfoques de atención, dependiendo de los recursos, conocimientos de la salud y las tecnologías existentes para cada época, pasando de la baja responsabilidad del estado en la prestación de la salud, transitando a ser un servicio público de responsabilidad del estado, hasta convertirse en un derecho fundamental equiparable a la Vida misma, esto demuestra que al menos en el papel, el estado ha creado estrategias para mejorar la calidad de vida de los colombianos.

Aunque la cobertura del sistema de salud según (Minsalud, 2021) se encuentra superior al 96% de la población, contar con una afiliación al SGSSS no garantiza la accesibilidad y oportunidad a los servicios, un indicador de incumplimiento es el incremento en la cantidad de tutelas generadas por el quebrantamiento de lo contenido en el PBS, según la Defensoría del Pueblo en el 2019, afirmó que “cada 34 segundos en Colombia se presenta una tutela por violación al derecho a la salud”. Bajo la presente premisa vale la pena preguntarse si la cobertura corresponde al acceso a los servicios de salud. La ley 100 de 1993 le ofreció mayor estructura al sistema de salud, creando instituciones con funciones específicas dentro de él, y como ya se mencionó anteriormente la ampliación de la cobertura, al incrementarse esta última, también crecería el uso de los servicios, lo cual conllevaría a un incremento consecutivo de la inversión del Producto Interno Bruto (PIB) del país en salud.

Uno de los aspectos que se heredaron del anterior Sistema Nacional de Salud fue, los malos manejos administrativos, que en la actualidad mantiene un déficit económico del SGSSS, Según el estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), alrededor de 210 IPS del país, con corte a diciembre 31 de 2021 la cartera que le adeudan es de \$12.8 billones, con esta cifra valdría la pena preguntarse si después de 28 años de implementación de la ley 100 de 1993, el SGSSS ha ofrecido los resultados esperados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Castaño Castrillón, J. J. (2013). El sistema de salud colombiano. Archivos de Medicina (Col). El sistema de salud colombiano. Archivos de Medicina (Col), 115-117.

- Salazar-Villegas, B., Lopez- Mallama, O. M., & Mantilla-Mejía, H. (2023). Historia de la Salud en Colombia: del Periodo Precolombino a el Periodo Higienista 1953. *Journal of Economic and Social Science Research*, 3(3), 1–12. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v3/n3/ 69>
- Galan, R. (1990). Reorganización del Sistema Nacional de Salud, una gran transformación Ley 10 de 1990. *Escuela de administración de negocios*, 13-18.
- García, C. (2018). El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 135-167.
- Jaramillo, I. (2000). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma. *Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma*, 6.
- Mantilla, B. P. (2011). Evolución conceptual y normativa de. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*.
- María, M. S. (2011). Efectos de la ley 100 en salud propuestas de reforma. *Fedesarrollo*, 1-550.
- Ministerio de protección social . (1993). LEY 100 DE 1993. n Santafé de Bogotá, D. C: Ministerio de protección social .
- Ministerio de salud. (18 de 07 de 1977, 18 de julio). Decreto 1650 de 1977. colombia: Diario Oficial. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65489>
- Ministerio de salud y protección social . (2019). LEY 1949 DE 2019. Funcion publica.
- Ministerio de salud y protección social. (1991). Constitución política de Colombia 1991. ministerio de salud. Obtenido de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- Ministerio de salud y protección social. (2007). LEY NÚMERO 1122 DE 2007. Diario Oficia, 1-18.
- Ministerio de salud y protección social. (2011). LEY 1438 DE 2011. Diario Oficial.
- Ministerio de salud y protección social. (Abril de 2013). Exposición de motivos del proyecto de ley "por el cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones". ministerio de protección social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20p df.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2017). DECRETO 417 DE 2020. Funcion publica.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %. Bogota.

MinSalud. (2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. Ministerio de salud y proteccion social.

Pérez Cárdenas, J. E. (2018). LA ELIMINACIÓN DE LAS EPS EN COLOMBIA, UNA UTOPIA SIN PERSPECTIVA DE CAMBIO. SciELO - Scientific Electronic Library Online.

Serrano, C. G. (2011). Tres escuelas una historia La formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957. bogota: Universidad Nacional de Colombia.

Social, M. d. (2020). Los retos del sistema de salud que dejó la pandemia por covid-19. Boletín de Prensa No 848 de 2020, 1.

Uribe, A. G. (2015). Ley Estatutaria. Misnisterio de Salud y de la Porteccion Social.

Salazar Villegas , B., López-Mallama, O. M., & Mantilla Mejía , H. (2023). Evolución Normativa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en Colombia 1993 a 2021. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(3), 6375-6393.

Mora (Sanchez, 1997)les Sánchez, L. G. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. CEPAL.

Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

Régimen de la Seguridad Social. Ley 100 de 1993 [Poder Público - Rama Legislativa], Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (Diario Oficial 41148, Diciembre 23 de 1993) 23 Dic, 1993 (Colombia)

García Álvarez, Claudia María. (2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. Universitas Psychologica, 6(1),143-154. Recuperado em 18 de janeiro de 2024 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672007000100014&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000100014&lng=pt&tlng=es).

Decreto 2078 de 2012 [Ministerio de Salud y Protección Social ], Por el cual se establece la estructura del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), y se determinan las

funciones de sus dependencias. 08 Oct, 2012 (Colombia)

Restrepo Miranda, Ortiz Monsalve. (2017). Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Observatorio de Talento Humano en Salu.

Gaviria, A., Medina, C., & Mejía, C. (2006). Evaluation the Impact on Health Care Reform in Colombia, From Theory to Practice. Documento CEDE 2006-6 .

Granger, C., Becerra Melo, & Samudio Silva. (2023). Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. Banco de la Republica Núm. 1233, 2023 (Colombia)

