

Reforma al sistema de salud en Colombia a través de la Ley 100 de 1993, ampliación en la cobertura y reducción en el acceso, un análisis para el periodo 2014-2019.



Héctor Daniel González Vargas

Código 4402176

Universidad Militar Nueva Granada

Facultad de Ciencias Económicas

Dirección de posgrados

Especialización en Finanzas y Administración Pública

Bogotá D.C

2021

Tabla de contenido

Introducción	1
Pregunta problema	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
Marco teórico	4
Conclusiones	27
Bibliografía	31

Tabla de ilustraciones

Ilustración 1. Peticiones, quejas y reclamos interpuestos al sistema de salud.....	12
Ilustración 2. Tutelas interpuestas al sistema de salud.	14
Ilustración 3. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	15
Ilustración 4. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente calificado como Triage 2 en el servicio de urgencias.	16
Ilustración 5. ¿Por qué razón principal no consulta al médico ni al odontólogo?	18
Ilustración 6. ¿Cuál fue la razón principal por la que no recibió atención médica en el servicio de urgencias?	19
Ilustración 7. Si estuvo enfermo y le recetaron medicamentos en su entidad prestadora de salud ¿estos le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado?	20
Ilustración 8. Cobertura y acceso del sistema de salud en Colombia	21
Ilustración 9. Distribución de afiliados al sistema de salud por régimen.	23
Ilustración 10. Tasa de desempleo	25
Ilustración 11. Presupuesto del sector salud	26

Lista de tablas

Tabla 1. Proporción de población ocupada informal.....	24
--	----

Resumen

El sistema de salud en Colombia ha sido objeto de múltiples modificaciones y cambios estructurales que han desembocado en cumplimientos parciales de objetivos de impacto social; parciales porque a pesar de obtener aciertos que son indiscutibles en rubros específicos, los aspectos coyunturales de acceso y prestación de un servicio de salud de calidad no han logrado ser cobijados por el Estado. La Ley 100 de 1993 constituyó el establecimiento de dichas variantes, sin embargo, el aspecto relevante está en la ausencia de métricas y estudios previos que permitiesen anticipar coyunturas críticas de carácter social, económico y demográfico; del mismo modo se generó una evidente distorsión en el papel regulador del Estado, las instituciones fueron insuficiente y el resultado último fue en evidente deterioro en la prestación del servicio, evidenciado a través de los distintos métodos de recolección de información y de medición nacional y territorial.

Palabras clave: Ley 100 de 1993, Regulación, eficiencia, cobertura, acceso, calidad.

Abstract

The health system in Colombia has undergone multiple modifications and structural changes that have resulted in partial fulfillment of social impact objectives; partial because despite obtaining indisputable successes in specific areas, the conjunctural aspects of access and provision of a quality health service have not been protected by the State. Law 100 of 1993 discovers the establishment of variants, however, the relevant aspect is in the absence of metrics and priors that allow anticipating critical situations of a social, economic and demographic nature; In the same way, an evident distortion was generated in the regulatory role of the State, the institutions were insufficient and the final result was in evident deterioration in the provision

of the service, evidenced through the different methods of information collection and national and territorial measurement .

Keywords: Law 100 of 1993, Regulation, efficiency, coverage, access, quality.

Introducción

La Ley 100 de 1993 reestructuró el sistema de salud en Colombia, con el fin de asegurar un servicio de salud de alta calidad para el total de la población, bajo los principios de: universalidad, eficiencia, equidad e integralidad (Ley 100, 1993). El estado delegó, no solo la prestación del servicio a entidades privadas, sino también, el rol de garantizar equidad en el acceso al mismo

De acuerdo con lo anterior y en aras de alcanzar los objetivos anteriormente planteados, la Ley 100 de 1993 estableció metas para el año 2001, enmarcadas en la cobertura y acceso total de la población al sistema de salud. “Dichas metas se basan en prestar un servicio de alta calidad, así como una afiliación distribuida de la siguiente forma: el 70% destinado al régimen contributivo y el 30% al régimen subsidiado” (Zea, 2019, p. 7), sin embargo, los objetivos mencionados no se lograron.

En el periodo abarcado entre los años 1997 a 2019 hubo un aumento notable en la cobertura del sistema, el cual pasó del 56,8% al 94,3%, no obstante, los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de vida indican que el acceso al servicio de salud disminuyó su porcentaje inicial, siendo este del 79,1% pasando al 73,2%. (DANE, 1997-2019)

Las tutelas que se han interpuesto para reclamar algún tipo de servicio muestran como el acceso al sistema ha disminuido, para el año 2012 se presentaron 114.313 tutelas, para el año 2019 fueron interpuestas 236.218 según datos de la Defensoría del Pueblo.

El Ministerio de Salud (2019), expone que en el año 1997 fue registrado el 65% de afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado el 35% restante; para el año 2019 se presentó una disminución referente a la cifra de contribuyentes, resultando en el 50.1%, mientras

que de manera inversamente proporcional el porcentaje de adscritos al régimen subsidiado aumentó al 49.9%.

Por lo tanto, es necesario identificar la injerencia que tuvieron variables sociales, económicas, administrativas y de gestión, en el desarrollo de los objetivos de la Ley 100, para comprender el fracaso de la misma en el sistema de salud en cuanto a cobertura y acceso.

Pregunta problema

¿Cuáles han sido las principales causas de la disminución del acceso al sistema de salud, a pesar del notable aumento en la cobertura durante los años 2014 a 2019, en Colombia?

Objetivo general

Presentar cuáles han sido las principales causas de la disminución del acceso al sistema de salud, a pesar del notable aumento en la cobertura durante los años 2014 a 2019.

Objetivos específicos

- Describir los principales cambios que introdujo la Ley 100 de 1993, respecto a universalidad, cobertura y acceso en el sistema de salud.
- Detallar las principales características del acceso al sistema de salud, en Colombia.
- Describir la relación entre cobertura y acceso en el sistema de salud.

Marco teórico

La reforma al Sistema de Seguridad Social en Colombia trajo consigo enormes cambios pero también desafíos respecto a la reestructuración de la cual fue objeto, y es que, a nivel mundial, es claro que bajo un sistema económico neoliberal de apertura comercial, que privilegia el capital y el fortalecimiento empresarial no hay viabilidad para una total cobertura en salud por parte del Estado, se necesitan cambios de fondo que suponen una combinación y la conformación de una alianza público-privada para lograr dicho objetivo. El sistema de salud en Colombia, antes de la implementación de la Ley 100 y debido a múltiples eventos coyunturales críticos, enmarcados en un desempeño fiscal ineficiente por parte del Estado, el déficit presupuestal cada vez más elevado y un debacle en el mercado minero energético; estaba en medio de una profunda crisis financiera, administrativa y de funcionamiento que impedía la eficiente y eficaz prestación del servicio, es por ello que se vuelve imperativo llegar a un acuerdo en el legislativo para reformar el sistema de la época y generar uno nuevo, sostenible y que respetase los principios bajo los cuales cualquier sistema de seguridad social en salud a nivel mundial se cimenta. Es por ello que surge la Ley 100 de 1993 y como principios fundamentales resalta “las reglas del servicio público en salud, rectoras del Sistema de Seguridad Social en Salud; la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad” (Ley 100, 1993, pp. 62-63).

El estado como ente regulador en Colombia no posee un rol intervencionista como en otras naciones, con lo cual es necesario que cree y delegue funciones, amparado bajo el principio de descentralización y genere el ambiente propicio para que las entidades a cargo de proporcionar el servicio de salud encuentren las condiciones idóneas para el correcto

desarrollo financiero, administrativo y de funcionamiento que en últimas pretende generar bienestar a la población en general. Es importante resaltar el papel de las contribuciones al sistema las cuales están estrechamente ligados con las modalidades de afiliación que la Ley 100 ha definido bajo dos regímenes; subsidiado y contributivo. “Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago” (Ley 100, 1993, p. 68), del mismo modo se establece un mecanismo de subsidio para la población vulnerable definido de la siguiente manera, “los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, será subsidiada la población más pobre y vulnerable del país en las áreas urbanas y rurales” (Ley 100, 1993, pp. 68-69). Esto compone un pilar fundamental en la conformación del Sistema de salud, es previsible que para que exista una estabilidad financiera debe haber un recaudo considerable asociado al régimen contributivo y una proporción menor de personas que gocen del subsidio estatal, pero quizá la Ley en cuestión no tomó en cuenta varios aspectos socio económicos y demográficos que obstaculizan dicho objetivo, y dichas eventualidades van ligadas a varios fenómenos, como el desempleo, la economía informal, la falta de infraestructura, y un aspecto muy relevante, la inversión de la pirámide poblacional, que acrecienta la población demandante de subsidios y apoyo estatal, y disminuye en relación o mantiene constante aquella población joven y que representa aportes en su calidad de contribuyentes.

Del mismo modo es importante profundizar en la dinámica de los subsidios ya que compromete un amplio margen del Presupuesto General de la Nación, vía los distintos instrumentos de canalización de recursos. La localización geográfica constituye uno de los baluartes en un proceso eficiente de identificación de la población vulnerable y susceptible de la

aplicación del subsidio en cuestión. Así como es necesario establecer mecanismos que permitan identificar la población objetivo para la focalización de los recursos y los subsidios a la demanda, es de igual importancia establecer patrones y métodos de identificación individual.

La focalización individual tiene por instrumento al SISBEN, con el fin de identificar y clasificar en seis niveles a la población más pobre y vulnerables, con base en la información relacionada con educación, hacinamiento, calidad de vivienda, su equipamiento y servicios, aspectos demográficos, el ingreso, la ocupación y la seguridad social. (Oliva, 2010, pp. 227-228).

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el SISBEN es necesario destacar que este mecanismo debe parametrizar y hacer expresa diferenciación entre los conceptos de equidad e igualdad y el igualitarismo, debido a que la segmentación de la población y la escogencia con rigurosidad son principios inamovibles. Es pertinente resaltar que el Estado ha tenido, como función natural, ser garante de equidad, y ello con base en la redistribución del ingreso, y a la focalización de los recursos al amparo de, entre otros, los principios anteriormente descritos, es por ello que no debe haber sesgo en la delimitación de la población objetivo y por el contrario deben seguirse juiciosamente los criterios de focalización de recursos y subsidios. Es de vital importancia que aquella población que no goza de facilidades para acceder al Sistema de Seguridad Social en Salud tenga la oportunidad de ingresar con el auspicio estatal. Esta problemática ha desatado fuertes debates en torno a la validez y transparencia con la cual se destinan las transferencias estatales a través de canales como el SISBEN hacia la población vulnerable, y plantea retos de gran importancia.

Resulta imprescindible anotar que, si bien es cierto, existen beneficios sociales que son importantes y el escenario primordial para el otorgamiento de dichas ayudas debe ser, sin

vacilación, la afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS y el suministro de verdaderas prestaciones médico-asistenciales a la población vinculada a este sistema. Además, se debe dar primacía al régimen asistencial en salud y concretarse en los sujetos de especial protección constitucional, como son los niños, discapacitados, adultos mayores, madres cabeza de familia y mujeres en estado de embarazo, entre otros. En conclusión, si no hay salud, no hay ni vivienda, ni educación, ni recreación, ni trabajo, razón por la cual es inminente que los recursos escasos estatales se dirijan a este sector. (Oliva, 2010, pp. 229-230).

Como parte de la alianza público-privada era inminente la necesidad de conformar y coordinar las entidades que se encargarían de la prestación del servicio de salud y que además tendrían otras atribuciones de vital importancia para alcanzar el objetivo planteado de universalidad y cobertura en el territorio nacional.

Los críticos de la Ley 100 basan la mayoría de sus argumentos en esta delegación de responsabilidades que el Estado debería liderar y no trasladar a organizaciones privadas que siempre buscarán prevalecer la maximización de beneficios de sus accionistas, hay funciones que están constitucionalmente establecidas y que van ligadas a garantizar cobertura y acceso al total de la población, a través de distintos mecanismos y canales, muchos de ellos están respaldados financieramente por el FOSYGA y por el Sistema General de Participaciones que a fin de cuentas constituye las transferencias de la nación, subsidios y aportes que son subdivisiones de los de los contribuyentes vía nómina y demás, con lo cual si bien es necesario delegar y acatar el principio de descentralización administrativa, es necesario ejercer control sobre la función pública. No es sensato poner el tela de juicio los aportes de la nación a la salud, dado que son indispensables, se debe poner bajo la mira la utilización de estos recursos por parte de las

Entidades Promotoras de Salud, que en últimas se les ha delegado constitucionalmente muchos de los principios con base en equidad, acceso y universalidad al sistema.

El funcionamiento del régimen contributivo del SGSSS establece que los recursos deben entregarse a la EPS que los trabajadores elijan libremente. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, así como de organizar y garantizar la prestación del POS. Las EPS también remiten las cotizaciones de los trabajadores al FOSYGA, el cual les devuelve una unidad de pago por capitación (UPC) por cada persona de la familia afiliada. La UPC debe ser equivalente al valor actuarial, por grupo de edad y sexo, de los servicios del POS. (Guerrero, Gallego, Montekio, & Vásquez, 2011, p. 150).

Como parte de los principales cambios que se introdujeron a través de la Ley 100, se evidencia que, como vehículo de garantía para la cobertura universal y más aún el acceso se diseñaron estructuras financieras y de captación de recursos que tienen como fin último respaldar a aquellas comunidades vulnerables que no tienen los medios para acceder al sistema, es por ello que la responsabilidad, primeramente presupuestal y fiscal, por parte de las entidades territoriales, así como también el orden y transparencia financiera de las entidades promotoras de salud resulta un factor clave para el correcto desarrollo de los proyectos de cobertura y acceso a nivel nacional, mantener los márgenes de contribución y además demostrar eficiencia y eficacia en el manejo de dichos recursos sintetiza uno de los factores clave hacia generar un ambiente de inclusión propicio para las comunidades vulnerables. La constitución enarbora una función primordial de las EPS; “definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios en su área de influencia, o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado o su familia” (Ley 100, 1993, p. 83).

El sistema de salud colombiano experimenta el fenómeno de la selección adversa, el cuál radica en que las entidades promotoras de salud que brinden un servicio eficiente y de calidad reciben un mayor número de pacientes con condiciones que demandan altos costos. Las EPS e IPS del mismo modo se ven involucradas en fenómenos e imperfecciones del mercado como la anteriormente descrita, la selección adversa genera fuertes desfases presupuestales en el entorno fiscal y financiero de estas entidades y por lo tanto se transmite de forma directa al Estado; si bien los usuarios siempre tenderán a elegir la entidad que goce de mayor prestigio y en donde, se presume, su calidad es mayor, existen otras que también son participes del mercado y están en condiciones de atender dichas patologías, muchos de estos fenómenos económicos están atados a la disponibilidad de información, la asimetría en la distribución de la misma y la ubicación geográfica, estos riesgos de mercado del mismo modo están estrechamente relacionados con el riesgo moral y la asignación ineficiente de recursos, este tipo de problemáticas genera fuertes debates en torno a la eficiencia del nuevo sistema de salud y las políticas que se diseñaron para garantizar equidad, cobertura y acceso, debe realizarse un seguimiento y vigilancia apoyado de la tecnología, en donde se maximice la competitividad de los actores del mercado y se genera un ambiente de inclusión, gran parte de este desafío está ligado con el correcto liderazgo corporativo y las políticas amplias de trazabilidad que generen continuidad en los proyectos de mediano y largo plazo.

Es importante destacar un mecanismo fundamental en los esfuerzos del Estado por garantizar acceso y cobertura universal, el Fondo de Solidaridad y Garantía; “Los recursos de solidaridad se destinarán a cofinanciar los subsidios para los colombianos más vulnerables, los cuales se transferirán a la cuenta especial que deberá establecerse en los fondos seccionales, distritales y locales para el manejo de los subsidios en salud” (Ley 100, 1993, p. 101).

El manejo de los recursos por parte de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud debe estar bajo constante vigilancia y ello por una razón fundamental; el manejo y la destinación de estos recursos, bajo un principio de responsabilidad fiscal y presupuestal, generan viabilidad para proyectos de inclusión que busca aumentar la cobertura del sistema en el territorio nacional, así como también el acceso al mismo.

Algunas entidades sin ánimo de lucro adoptan comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la utilidad de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, y otros servicios generales. (Martínez, 2013).

Si bien, existe discrecionalidad por parte de las entidades prestadoras del servicio, no se pueden desdeñar los esfuerzos por generar control en las entidades adscritas o empresas con las cuales se tienen convenios las cuales generan fuertes incrementos en gastos ociosos o generan gastos que no poseen un fundamento o trasfondo que justifique su empleabilidad. La cobertura y el acceso a los servicios tienden a distorsionarse por el erróneo manejo administrativo de las entidades y se traduce en inequidades en la prestación del mismo. Se requieren políticas que aporten seguimiento y garanticen transparencia en la ejecución presupuestal de las entidades, estos cambios estructurales que implementó la Ley 100 deben ser observados con lupa para que verdaderamente se experimenten los cambios que se plantearon en un inicio y lograr cumplir las metas propuestas.

El Sistema de salud en Colombia ha presentado constantes fallas respecto a la prestación del servicio a nivel nacional, muchos de estos inconvenientes han generado una marcada discrepancia entre el alentador indicador de cobertura y el deficiente resultado que arroja el indicador de acceso; es por ello pertinente analizar los factores determinantes y las principales

áreas en donde las Entidades Prestadoras de Salud e IPS han registrado sus mayores fallas e inferir a partir de estos datos, directamente relacionados con la calidad en la prestación del servicio y la capacidad de las EPS de atender de manera oportuna las necesidades de los usuarios.

El logro de la equidad en el acceso, la calidad de los servicios y el gasto de bolsillo de las familias justifica la inversión de la sociedad y los cambios institucionales radicales puestos en marcha mediante la reforma a la salud. Este logro no se ha medido cronológicamente y no se ha relacionado con la situación socioeconómica y las necesidades de salud de la población. Los avances en la equidad pueden ser una manera efectiva de medir los resultados en el sistema colombiano de salud y de guiar las futuras regulaciones una vez que se logre la cobertura y el acceso universal. (Gómez, Jaramillo, & Beltrán, 2013)

Dentro del periodo de análisis del presente estudio (2014 – 2019) se han evidenciado comportamientos llamativos en los principales indicadores de calidad, eficacia y eficiencia en la prestación del servicio de la salud en un ámbito territorial y nacional. El Ministerio de Salud ejerce control y vigilancia de estas empresas y a través de entidades como el DANE genera reportes que terminan siendo muy dicentes acerca de la situación y coyuntura actual.

Es importante destacar el indicador que muestra las peticiones, quejas y reclamos que se han interpuesto al sistema de salud entre el periodo 2014 y 2019, del mismo modo es pertinente identificar los motivos de estas peticiones, lo cual permite vislumbrar las fallas estructurales del sistema desde un punto de vista específico:

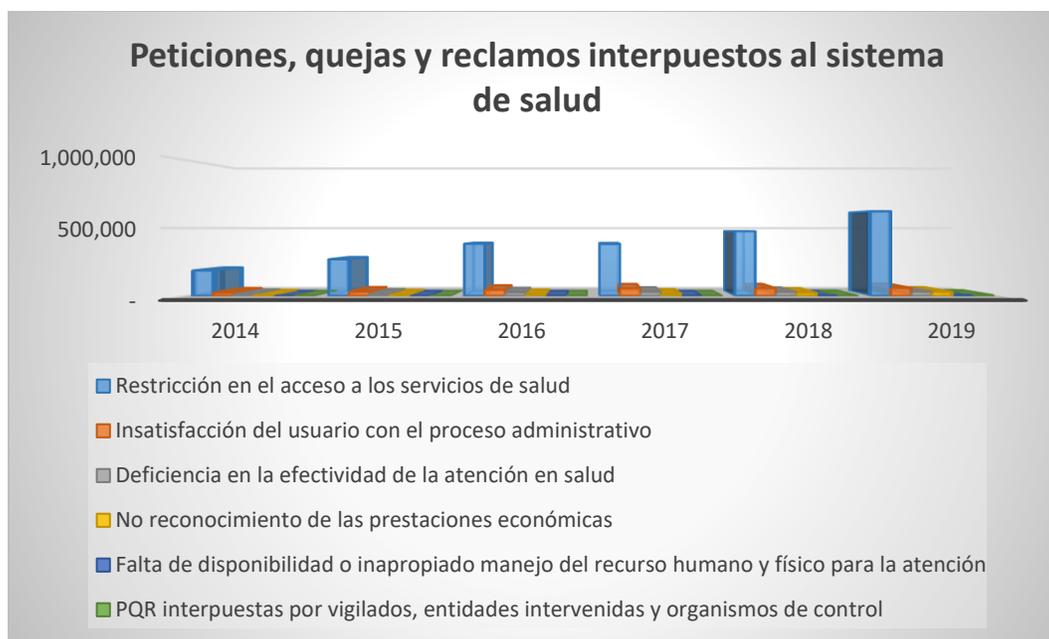


Ilustración 1. Peticiones, quejas y reclamos interpuestos al sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Supersalud, 2019

Como parte de la evolución de las PQR, se observan tres motivos que acaparan la mayor proporción dentro del total. La restricción en el acceso a los servicios de salud es con diferencia el mayor inconveniente al que se enfrentan los usuarios hoy día, pero más allá del título general, es necesario ahondar en los componentes que lo conforman. En el año 2014 se interpusieron 187.625 pqr, para el año 2019 la cifra ascendió a 624.298 pqr, es decir, una variación de 333%, los usuarios manifestaron su inconformidad por: “Falta de oportunidad para la atención, negación en la prestación de servicios, insumos o entrega de medicamentos, demoras en las autorizaciones, negación de las mismas, restricción en el acceso por razones económicas, por capacidad de pago, localización física o geográfica” (Granados, Barona, Arboleda, & Gallardo, 2012, p. 23). Ahora bien, este componente incluye varias áreas que deben ser analizadas con un mayor grado de profundidad. Muchos de los objetivos planteados en la reforma a la salud, tenían como meta principal alcanzar equidad e integralidad en la prestación del servicio, y ello acaparó la atención del legislativo, no solo para la época, sino también para los años siguientes, con lo cual se dictaminaron parámetros de financiación y apoyo presupuestal y fiscal para las empresas

promotoras de salud, con el fin de generar el ambiente financiero y administrativo propicio que generara inclusión para las comunidades vulnerables así como también para los ya afiliados, sin embargo los indicadores no parecen favorecer o dar aval a la gestión, primero gubernamental y pública, y luego empresarial y privada. Es por ello que nos hablaremos de otro referente que quizá dé un panorama más claro, y son los reclamos por concepto de deficiencia la efectividad de la atención en salud, para el año 2014 se interpusieron 11.976 quejas referentes a este aspecto, para el año 2019 las mismas ascendieron a 31.433, un incremento porcentual del 262%, estas quejas y reclamos están fundamentadas en: “La insatisfacción por problemas de salud no resueltos, ineficacia en la atención y limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad” (Granados, Barona, Arboleda, & Gallardo, 2012, p. 23). Dentro los de las estrategias de cooperación y coordinación de las EPS e IPS, se ha intentado promover el trabajo conjunto no solo entre el empresariado sino también con las entidades territoriales, con el fin de generar vínculos y planes de acción que permitan mejorar el servicio y crear nuevas programas de apoyo, no solo para los usuarios, sino también para las entidades que aún no cuentan con la capacidad instalada y el personal suficiente para atender a la comunidad, allí entra en juego la estabilidad presupuestal, los sobre costos en la contratación y demás aspectos que son relevantes en el trabajo interno de las empresas encargadas de promover equidad y garantía en el derecho a la salud.

Es pertinente resaltar el comportamiento de las tutelas interpuestas por concepto de salud, durante el periodo 2012 – 2019.

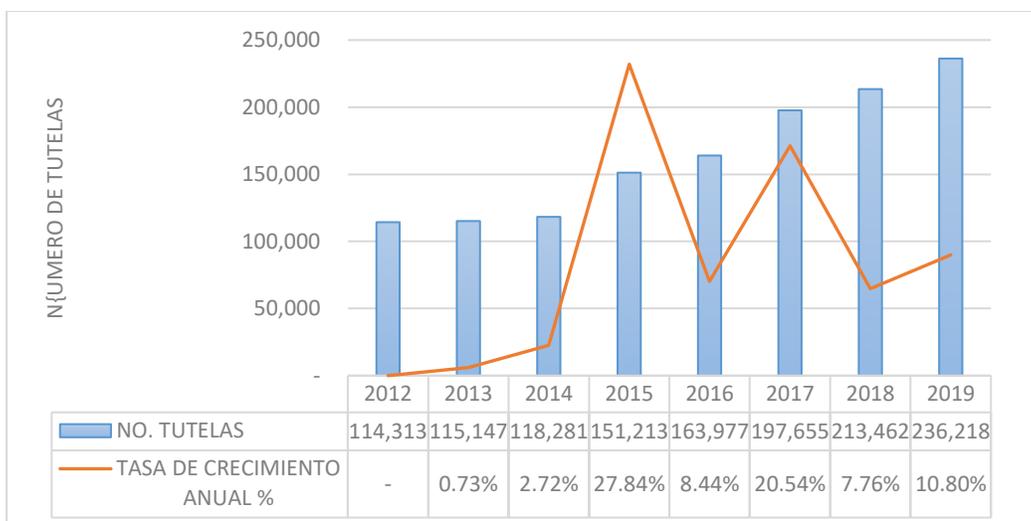


Ilustración 2. Tutelas interpuestas al sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Defensoría del Pueblo, 2012 – 2019.

Es evidente el incremento descomunal que han tenido las tutelas por concepto de salud en el periodo 2012 a 2019, para llevarlo a términos porcentuales, el incremento ha sido del 206%, con variaciones anuales significativas y variadas, la última de ellas del 10.8% (año 2019). Este recurso creado a partir de la constitución de 1991 permite confirmar la gran falla estructural que tienen hoy día las EPS, y esto se traduce en mayores impactos para los estratos 1, 2 y 3, que al final deben asumir costos a los cuales no pueden hacer frente por sus bajos ingresos mensuales y además sacrificar otros gastos que podrían generar bienestar y retornos positivos hacia el futuro, educación, vivienda etc.

Las personas afiliadas a los sistemas de seguridad social son los pacientes con el menor gasto de bolsillo. Estos sistemas proveen en general servicios completos. Sin embargo, sus pacientes se encuentran en la misma situación de aquellos del Sistema Nacional de Salud, ya que sus instituciones no cuentan con inventarios completos de medicamentos y suministros. Como resultado, estos pacientes deben comprarlos de su bolsillo en farmacias del sector privado a tarifas completas. (Tono, 2000, p. 151)

Así como es importante evaluar las fallas del sistema que impiden el acceso, es necesario evaluar las políticas y las normas que se han implementado para generar un cambio en el mismo, ¿son políticas amplias de trazabilidad?, ¿hay control y vigilancia por parte de las autoridades para su cumplimiento?, ¿son normas transitorias de difícil aplicabilidad?, entre otras. Para ello se evaluarán dos normas que establecen toques en el tiempo de respuesta por parte de las EPS e IPS, en casos distintos de atención médica: “De acuerdo con el artículo 123 del Decreto 019 de 2012, las entidades promotoras de salud, EPS, deben dar las citas para medicina general máximo en 3 días hábiles contados desde la fecha de la solicitud” (Decreto 019, 2012).

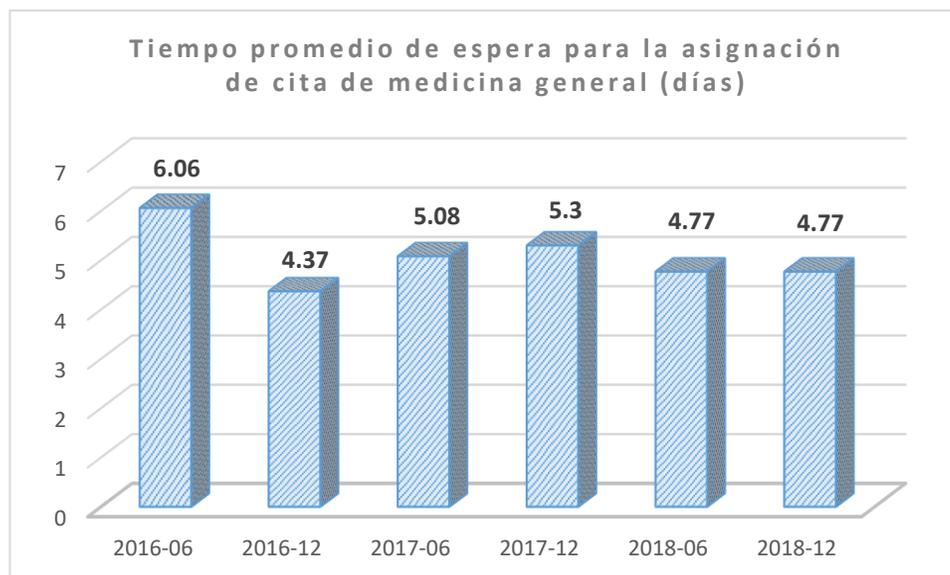


Ilustración 3. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.
Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Salud de Colombia, 2016 – 2018.

Si bien la norma estipula que el tiempo de espera no debe superar los tres días hábiles, según los datos obtenidos, encontramos que, desde junio del año 2016 hasta diciembre del año 2018, los colombianos han tenido que esperar un promedio de 5 días para la asignación de la cita de medicina general, siendo el año de mayor espera, el 2016 y experimentado una precaria reducción entre el año 2017 y 2018 llegando hasta 4.77 días. Y ello tiene fuertes implicaciones,

la primera es que la norma evidentemente no es acatada por las EPS y segundo este retraso en los tiempos de asignación genera consecuencias en los usuarios respecto a su salud y estabilidad.

Encontramos una segunda norma la cual indica que: “Un paciente cuya vida esté en riesgo, debe ser atendido de inmediato y clasificado como Triage 1, si la condición del paciente puede evolucionar y deteriorarse con rapidez, será catalogado como Triage 2, su atención no podrá superar los 30 minutos de espera” (Resolución 5596, 2015, p. 2).

Para evidenciar si efectivamente se dio cumplimiento a esta norma se tiene:

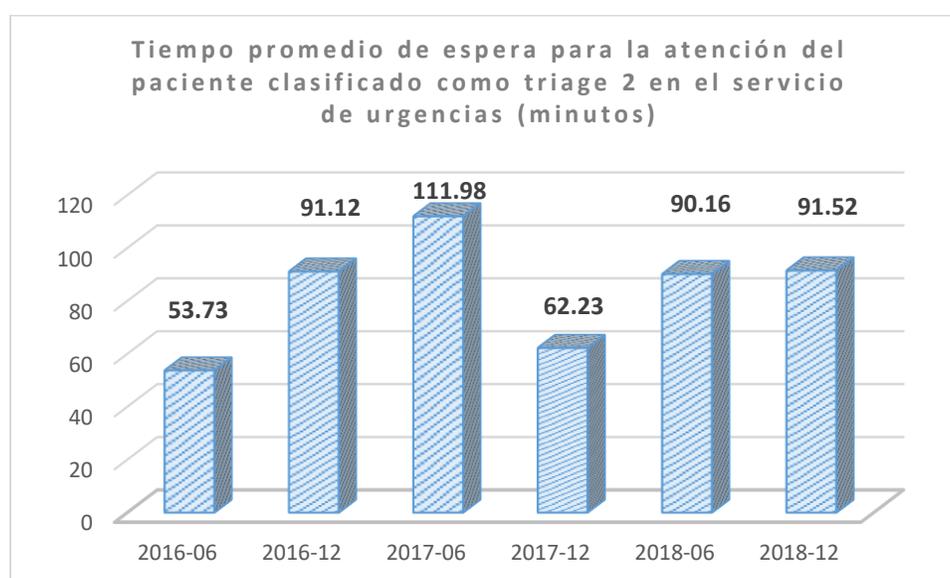


Ilustración 4. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente calificado como Triage 2 en el servicio de urgencias.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Salud de Colombia, 2018

Este resultado plantea serios cuestionamientos respecto a la efectividad de las normas expedidas por el Estado colombiano que buscan mejorar el sistema de salud pero que en definitiva no existe sinergia con las entidades prestadoras del servicio y se termina generando una violación continua a la Ley como lo evidencia el gráfico anterior. Desde junio de 2016 hasta diciembre de 2018 no se ha evidenciado una atención para los pacientes clasificados como Triage 2 que sea inferior o igual a 30 minutos, el tiempo de espera que deben afrontar los usuarios ha llegado a ser de aproximadamente 112 minutos en el año 2017 y el último dato

registrado de 92 minutos en el año 2018, con lo cual, muchos de estos pacientes no tienen acceso de manera oportuna a la atención médica, por lo tanto, un gran porcentaje de ellos finalmente no recibe atención o cuando es recibida ya la emergencia a alcanzado un nivel de gravedad superior. Se evidencia que parte de las normas implementados por el gobierno en conjunto con el Ministerio de Salud, son normas transitorias de aplicabilidad reducida y que no generan un cambio estructural en el sistema, del mismo modo las actividades y programas de control y vigilancia a estas entidades no termina cumpliendo su tarea y todo ello se traduce en consecuencias, en muchos casos, fatales para los usuarios.

Gran parte de los problemas que afronta el Sistema de Salud están asociados al contexto jurídico, económico y social, nacional e internacional, lo que conlleva a que los principios constitucionales y el funcionamiento del sistema de salud no sigan la misma dirección. Se podría decir que el papel del Estado frente a la salud tiene dos caras: la primera es dejar que el mercado module la prestación de los servicios de salud, propiciando la privatización de los servicios; la segunda, es la forma en que el Estado dirige, articula y controla el sistema de salud. Surge una pregunta: ¿a favor de qué intereses se hace esa intervención? (Barrera, 2015, p. 13)

En tanto no se generen cambios apoyados por el orden jurídico y legislativo que apoyen una reforma al sistema de salud, no habrá fin de la eterna problemática que han afrontado por años los colombianos, es importante entonces conocer de primera mano cuales son los principales barreras que impiden el acceso al sistema, con lo cual se encuentra la Encuesta de Calidad de Vida, en donde los colombianos en el 2019 dieron las siguientes respuestas a los interrogantes planteados.

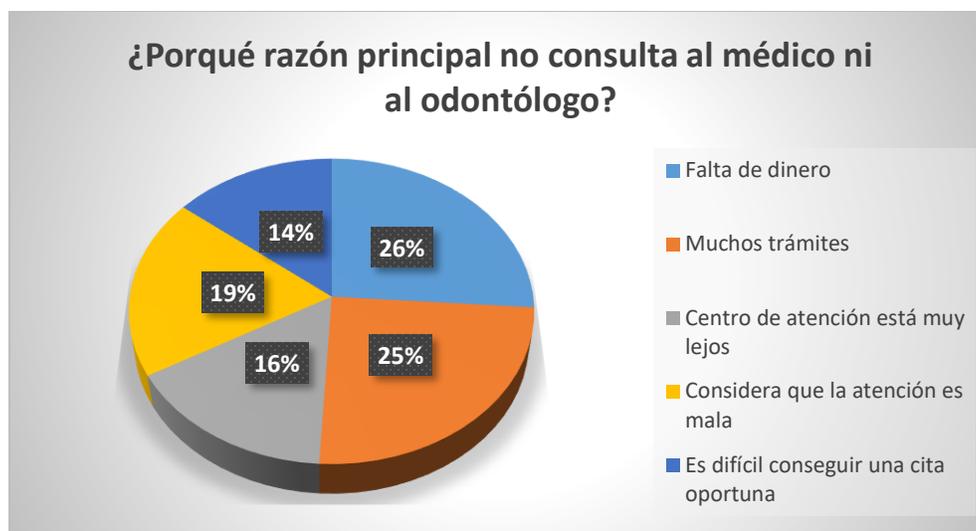


Ilustración 5. ¿Por qué razón principal no consulta al médico ni al odontólogo?

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida-2019

Al analizar esta primera pregunta de la encuesta se evidencia que, en su mayoría, las razones por las cuales los usuarios no consultan al médico ni al odontólogo es porque este proceso conlleva muchos trámites (25%), la capacidad económica es reducida (26%), y porque consideran que la atención es de baja calidad (19%), del mismo modo una parte importante de los encuestados asegura que es difícil conseguir una cita oportuna o el centro de atención se encuentra muy alejado de su zona de residencia (30%), allí encontramos parte de los principales motivos por los cuales aquellas personas que se encuentran afiliadas, ya sea al régimen contributivo o subsidiado, no logran acceder al sistema y tratar de forma oportuna su patología o encontrar atención a su emergencia. Este panorama plantea serios cuestionamientos al direccionamiento de los recursos provenientes de las arcas públicas, al manejo presupuestal que hacen las EPS, no solo con los recursos mencionados sino también con los provenientes de los contribuyentes, el manejo de los mismos debe generar equidad y calidad en el servicio, no obstante, siguen existiendo barreras importantes para el acceso de aquellos que figuran como afiliados pero que no gozan de un servicio con principio de integralidad.

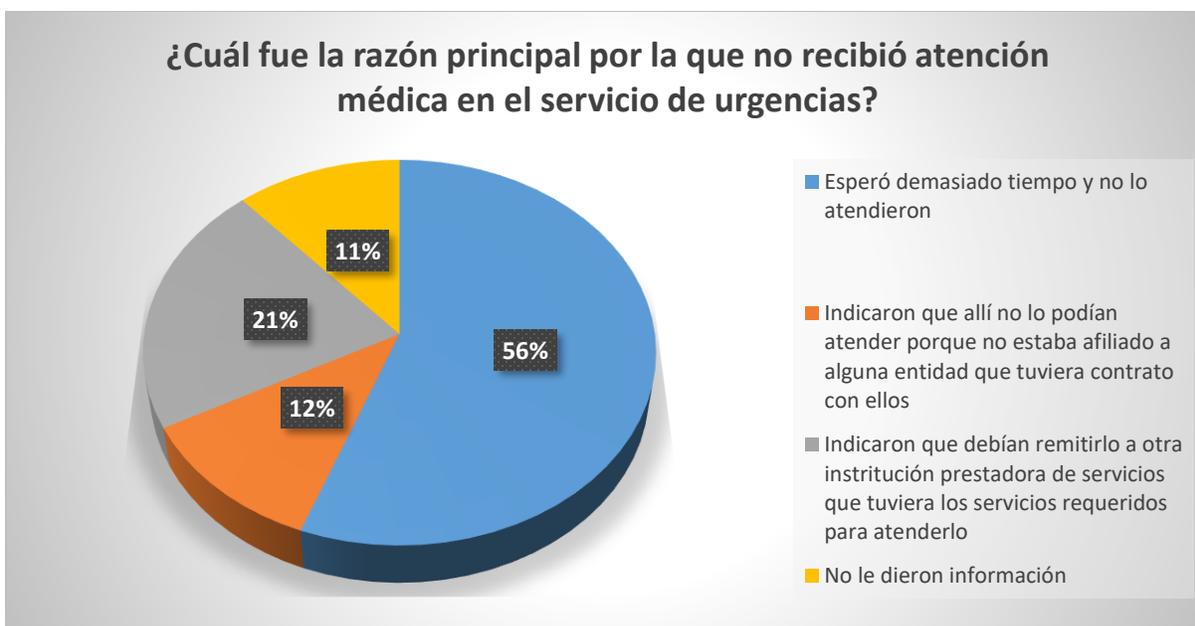


Ilustración 6. ¿Cuál fue la razón principal por la que no recibió atención médica en el servicio de urgencias?
Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida-2019

Respecto a este interrogante que forma parte de la ENCV, encontramos que las principales barreras que deben afrontar los usuarios para lograr acceder al servicio de urgencias, están dictaminadas por los largos tiempos de espera en donde la respuesta a la solicitud de ingreso a urgencias termina siendo negativa (56%), del mismo modo la EPS en cuestión no contaba con la adecuación y equipo para poder dar respuesta a la necesidad del usuario (21%), luego se encuentra una problemática latente en el sistema de salud y es la coordinación entre las Entidades Promotoras de Salud, los agentes con quienes contratan y la supervisión y vigilancia por parte de las entidades territoriales, el 12% de los usuarios manifestó que al recurrir al servicio de urgencias le indicaron que no lo podían atender porque no estaba afiliado alguna entidad que tuviese contrato con ellos, con lo cual se niega el acceso a los usuarios al servicio de salud. El 11% de los usuarios aseveró que la entidades le negaron el acceso porque debían remitirlos a otra institución que tuviese los servicios requeridos para atenderlo, es decir, las entidades a cargo, en una gran proporción, no cuentan con el equipo necesario para dar atención

prioritaria a quienes la demandan, con lo cual existe un uso ineficiente de los recursos y además no se gestiona, ni administrativa, ni presupuestalmente, de forma eficaz la atención médica.

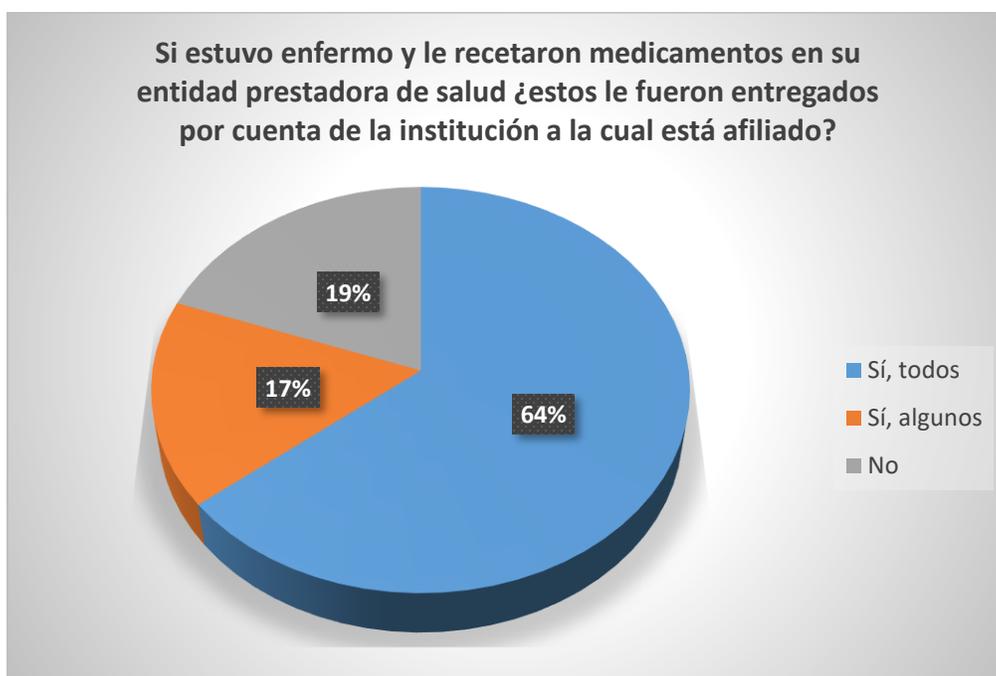


Ilustración 7. Si estuvo enfermo y le recetaron medicamentos en su entidad prestadora de salud ¿estos le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado?

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida-2019

Ahora es momento de evaluar en qué proporción los colombianos deben asumir el costo de sus medicamentos, dado que las EPS no cubren esta necesidad de forma satisfactoria. El 64% de los usuarios manifestó recibir los medicamentos que le recetaron en su totalidad por parte de la entidad a la cual se encuentra afiliado, no obstante a pesar de ser una cifra que representa a poco más de la mitad de los usuarios, existe un grupo importante, el 36%, que manifestó recibir tan solo algunos de los medicamentos o incluso no llegó a recibir ninguno de ellos, con lo cual se evidencia la falta de cobertura en los fármacos que las entidades deben suministrar a sus usuarios en consecución con el tratamiento médico al cual con dificultad lograron acceder, es necesario que se establezcan políticas que regulen la relación entre los contratistas y las EPS, para que en conjunto logren dar solución de manera oportuna a los requerimientos de sus usuarios.

La descripción de las principales características del acceso al sistema de salud en Colombia, a través de datos suministrados por entidades gubernamentales, así como de la opinión ciudadana por medio de encuestas estandarizadas, es posible tener un panorama claro respecto a la condición actual y de los últimos años de la prestación del servicio de salud. En concordancia con los apartados previos del presente estudio descriptivo, es pertinente establecer una relación aún más detallada entre el acceso y la cobertura del sistema de salud en el territorio nacional, para ello es necesario repasar las cifras en las cuales se fundamentó el análisis en cuestión.

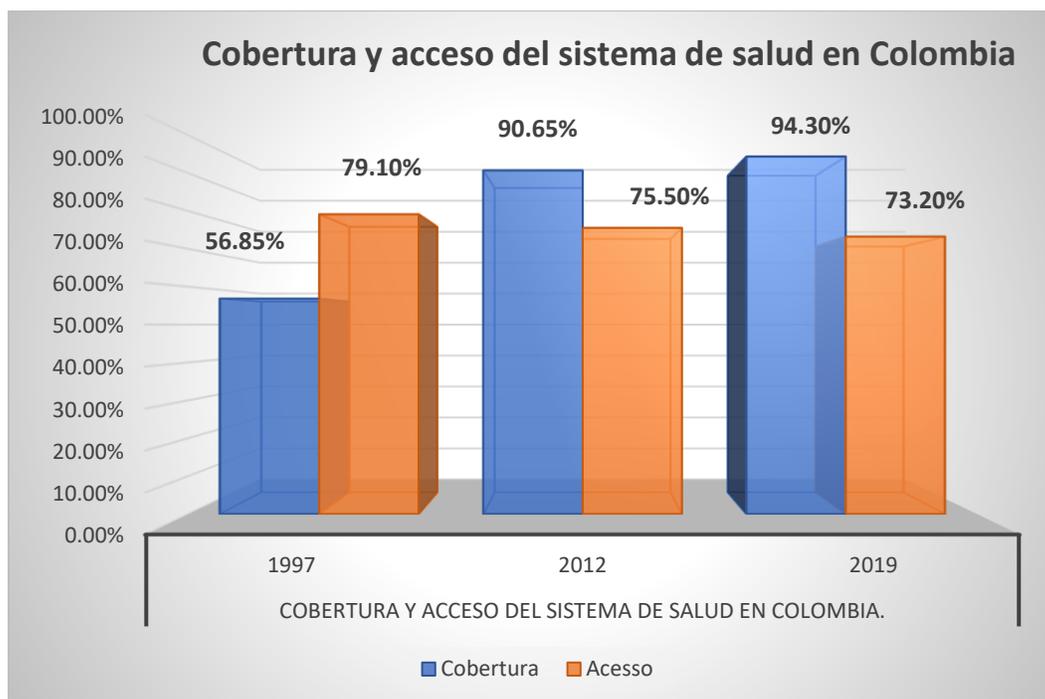


Ilustración 8. Cobertura y acceso del sistema de salud en Colombia
Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del DANE – ENCV, 2019

Como se evidencia en la ilustración, desde el año 1997 hasta el año 2019 la cobertura, entendida como el número de afiliados al sistema de salud, ha pasado de 57% a 94%, no obstante, para el mismo periodo el acceso al sistema de salud ha disminuido, del 79% al 73%, este acceso está dictaminado por diversos factores, si bien la población examinada corresponde a

afiliados al sistema de salud existe un contraste marcado entre ser usuario y efectivamente acceder de manera oportuna y con una atención de calidad a los servicios médicos demandados, hay inconvenientes atados a la complejidad de los trámites, a la dificultad para conseguir una cita, a la lejanía de los centros de atención, y a la escasez de equipo y capacidad instalada por parte de las EPS. De la misma manera, hay inconvenientes atados al ineficiente e ineficaz proceso y selección de contratistas, por parte de las Entidades Promotoras de Salud y los organismos privados, que finalmente desembocan en sobre costos para la nación y una atención de calidad precaria para el usuario. Pero la problemática no termina allí, la desfinanciación del sector salud es una coyuntura relacionada con las expectativas de la Ley 100 de 1993 que no se cumplieron y que cambiaron las reglas de juego.

Con la reforma del sistema de salud se esperaba que los afiliados bajo régimen contributivo y subsidiado fuese de 70% y 30% respectivamente, no obstante, desde el año de su implementación y durante el periodo de análisis (2017-2019) está meta no se ha logrado cumplir.

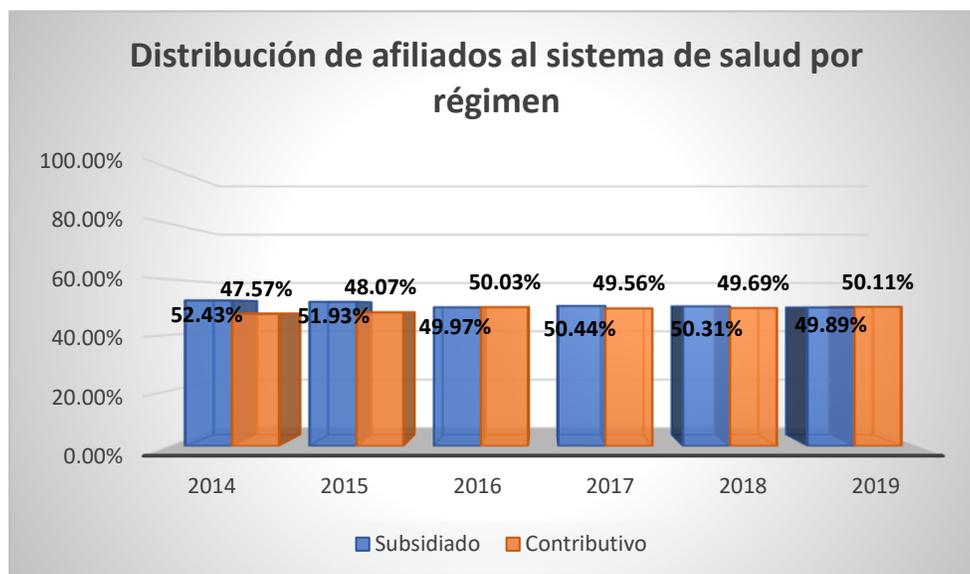


Ilustración 9. Distribución de afiliados al sistema de salud por régimen.
Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del DANE, 2019

Si bien, la proporción de los afiliados al régimen subsidiado ha disminuido esta reducción es poco significativa; como se observa en la ilustración 9 el pico de afiliados al régimen subsidiado se dio en el año 2014 y el valor más alto de afiliados al régimen contributivo se experimentó en el año 2019 con un 50,11% y un 49,89% para su contraparte. Estos datos representan el gran compromiso que adquieren las EPS y el Gobierno Nacional con la población vulnerable que no consigue aportar al sistema, la gran proporción de afiliados al régimen subsidiado plantea retos financieros, administrativos y presupuestales que se materializan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y Sistema General de Participaciones.

Igual a los recursos del régimen contributivo, los recursos del subsidiado dependen de la evolución de la economía, dado que los ingresos provienen de impuestos que soportan las transferencias y al mecanismo de solidaridad de los aportes de empleadores y trabajadores. Gran parte de los recursos del régimen subsidiado confluyen en el mecanismo de recaudo y giro, creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011 que opera en el FOSYGA.

Estos recursos son liquidados según la población afiliada, a nombre de las entidades territoriales con giro directo a las EPS y a las IPS. (Barrera, 2015, p. 316)

El Estado colombiano luego de la implementación de la Constitución de 1991 reafirmó su papel de regulador, es decir, no asumió un rol intervencionista en la tarea de garantizar derechos fundamentales como el de la salud, con lo cual su principal función es ejercer control y vigilancia sobre la administración y ejecución del gasto que hacen las EPS e IPS, hay coyunturas económicas y sociales que no solo afectan el presupuesto para el rubro sanitario sino también a las finanzas estatales en su totalidad, hay variables exógenas que tienen fuertes repercusiones sobre la distribución de los afiliados al sistema una de ellas, de carácter socioeconómico es el amplio margen que ocupa la economía informal en la nación.

Tabla 1.
Proporción de población ocupada informal

Proporción de población ocupada informal	
2014	49,6
2015	49,1
2016	48,8
2017	48,7
2018	48
2019	46,9

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del DANE, 2014-2019.

Como se muestra en la tabla 1, la proporción de población ocupada informal vio su cúspide en el año 2014 con 49,6%, paulatinamente ha descendido pero a tasas muy bajas, siendo estas del 0,61% para el 2015, 0,20% para el 2016 y una reducción significativa para el año 2019 de 2,29%, no obstante, la economía informal sigue representando una significativa proporción de la población ocupada, lo cual genera un desfase presupuestal debido a la reducción de contribuyentes y el mayor esfuerzo por parte del Estado para dar atención en salud a la población.

Ahora es importante hacer referencia a las cifras de desempleo en el periodo 2014-2019.



Ilustración 10. Tasa de desempleo

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del DANE, 2019

El desempleo en Colombia ha experimentado un aumento constante desde el año 2014 hasta el año 2019, con una única reducción en el año 2016 situándose en 8,5%, no obstante, para el año 2019 el desempleo en la nación ascendió a 10,2%, y esto implica menos aportes, no sólo respecto al sistema de salud, sino también a las finanzas del Estado. El régimen subsidiado subsiste gracias a las transferencias que provienen del presupuesto nacional, y este último tiene capacidad presupuestal en tanto el comportamiento de la economía sea favorable, la tasa de desempleo es considerado un termómetro de la productividad nacional y si esta no va bien las arcas del Estado amplían su déficit y se hace más difícil mejorar la calidad y hacer eficiente la prestación del servicio de salud.

Si el sector salud cada vez recauda menos y la mayoría de su gasto está orientada a funcionamiento y una parte reducida es destinada a inversión y prevención el Estado debe respaldar y velar por su estabilidad financiera, es por ello importante observar el comportamiento del presupuesto del sector salud.



Ilustración 11. Presupuesto del sector salud

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Salud de Colombia, 2019

Se observa que en el año 2014 el presupuesto del sector salud se situó en 12,5 billones y mantuvo un crecimiento constante hasta el año 2017, sin embargo, en el año 2018 el incremento en este rubro creció 73%, situándose en 24,6 billones y para 2019, con una reducción moderada se ubicó en 22,36 billones. El gran aumento en gasto en salud es una muestra de las consecuencias que trae una ineficaz administración de los recursos por parte de las EPS e IPS, unas metas de afiliación establecidas por la Ley 100 inalcanzables, condiciones socioeconómicas y de mercado desfavorables, que en conjunto desembocan en un sistema de salud insostenible financieramente y que presta un servicio de baja calidad para sus usuarios.

Conclusiones

La reforma al sistema de salud a través de la Ley 100 de 1993, trajo consigo cambios estructurales que obedecen a una alianza público-privada, en donde el Estado tiene un rol de regulador del mercado y se traslada el principio de equidad, acceso y cobertura a las Entidades Promotoras de Salud, no obstante, se obviaron aspectos de control y supervisión por parte del ejecutivo que se requerían para un eficiente funcionamiento del sistema, que desembocaron en barreras al acceso para los usuarios, ya sea, por la capacidad instalada e infraestructura limitada, la coordinación administrativa y de funcionamiento, la ubicación de los centros de atención y las entidades adscritas o vinculadas, cuyas pautas de contrato con las EPS e IPS generaban retrasos en la atención a los usuarios. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), capta recursos por parte de los contribuyentes y estos se redistribuyen hacia la población vulnerable que hace parte del régimen subsidiado, del mismo modo, el Sistema General de Participaciones genera apropiaciones presupuestales que permiten el funcionamiento del sistema de salud, se evidenció a partir de los datos del Ministerio de Salud, la Supersalud y el DANE, que existen fuertes discrepancias entre la calidad del servicio y el manejo presupuestal de las EPS, tales como, inconvenientes con el tiempo promedio de espera para la asignación de citas médicas, servicios de urgencia, farmacia y medicina especializada. En concordancia con lo anterior, se evaluó la efectividad de políticas y normas que se implementaron con el fin de regular el tiempo máximo de espera que deben asumir los usuarios para recibir atención en diversos servicios médicos. La Resolución 5596 de 2015 y el Decreto 019 de 2012 fueron políticas transitorias de difícil aplicabilidad que no surtieron efecto alguno en la calidad del servicio prestado por parte de las EPS, tiempos incluso 4 veces mayores de lo establecido en la norma. Lo cual se tradujo en resultados negativos por parte de indicadores clave que se analizaron correspondiente a:

peticiones, quejas y reclamos y tutelas interpuestas, que presentaron variaciones anuales de hasta 28% reflejando la inconformidad por parte de los usuarios del sistema.

La reforma a la salud no contempló fallas de mercado y coyunturas socioeconómicas que afectan en gran medida el cumplimiento de las metas propuestas. La primera se encuentra asociada a la selección adversa por parte de los usuarios, esto impulsado por la información asimétrica, que genera un desbalance en los usuarios que demandan un servicio y recurren en su mayoría a una misma EPS cuando hay otras en capacidad de dar atención a dicha patología, por lo cual, ya no solo se evidencia un problema de uso ineficiente de recursos, sino, ahora se incorpora la subutilización de la capacidad operativa de las EPS e IPS.

La estabilidad fiscal del sector salud en Colombia, está atada a metas establecidas por parte de la Ley 100, una de ellas, referente a la distribución de los afiliados por régimen, allí se proyectó una relación 70% - 30% de afiliados al régimen contributivo y subsidiado respectivamente, era imperativo ampliar el margen de contribuyentes para lograr extender la cobertura y el acceso al grueso del territorio nacional y sobre todas las comunidades vulnerables, no obstante, dichas proyecciones no tuvieron en cuenta variables de orden socioeconómico que impactaron el desenvolvimiento de dicho objetivo, para el año 2019 los afiliados estaban distribuidos de la siguiente manera: 50.11% en el régimen contributivo y 49.89% en el régimen subsidiado, y para explicar esta relación se tuvo en cuenta la proporción de población ocupada informal, la cual para el año 2014 era del 49.6% y en el año 2019 tuvo un leve descenso hasta 46.9%, mientras los trabajadores informales sigan representando una amplia proporción de la fuerza laboral, las contribuciones al sistema de salud no experimentarán un incremento importante. Del mismo modo, se evaluó la tasa de desempleo la cual aumentó de manera constante desde el año 2014 con un 8,4% hasta el año 2019 situándose en 10.2%, por lo tanto, al

existir una gran proporción de usuarios afiliados al régimen subsidiado y un estancamiento de los contribuyentes, el Estado se vio obligado a incrementar el presupuesto para el sector salud, con un aumento para 2018 de 73% pasando de 14.2 billones en el 2017 a 24.6 billones en el 2018 y 22.36 billones para el último periodo (2019), pero más importante aún es la destinación que tienen estos recursos, dado que, los gastos de funcionamiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud, superan su capacidad presupuestal y deben ser subsanados con las transferencias nacionales, con lo cual, el rubro de inversión y prevención queda aislado, y esto se ve reflejado en el descenso del acceso al sistema de salud y en la prestación ineficiente y de baja calidad por parte del mismo.

El acceso al sistema de salud en el año 2012 se situó en 75.5%, para el año 2019 tuvo un descenso hasta 73.2%, siendo para este mismo año la cobertura del 94.3%. Entre el año 2014 y 2019 la calidad del sistema de salud no presentó resultados favorables según los datos estimados, la atención para el usuario no fue oportuna y la estructura del sistema que implementó la Ley 100 aún no logra cumplir parte de sus objetivos, lo cual limita el acceso de la población afiliada al sistema. La distribución por régimen de esta última no ha logrado ampliar la base de contribuyentes, provocado por problemáticas socioeconómicas lo cual acrecienta el déficit en el sector salud y no genera un ambiente presupuestal propicio para la prestación de un servicio íntegro, de acceso para todos y de alta calidad. Los resultados permiten aceptar la hipótesis planteada.

Una gran proporción de los usuarios del sistema de salud encuentran barreras para acceder a citas de medicina general, de valoración, así como también a la entrega oportuna de medicamentos. El mayor gasto de las Entidades Promotoras de Salud e IPS en servicios médicos está orientado a usuarios con patologías en estado crítico o avanzado, por lo tanto, una estrategia

efectiva para alivianar el déficit presupuestal de las EPS es priorizar la atención primaria a los usuarios, es decir, crear mecanismos de atención oportuna y prevención.

Si bien se encuentra que el presupuesto para el sector salud viene aumentando a tasas significativas, este debe estar condicionado a los resultados que obtenga la entidad en materia de calidad en atención al usuario, control de precios, efectividad en procesos clínicos y una mayor ampliación de la red de cobertura y acceso para el área en el cual se encuentran, con ello se busca promover procesos de contratación transparentes y políticas amplias de trazabilidad que eliminen la barrera de acceso a los usuarios por irregularidades o contiendas administrativas y de manejos presupuestales.

El proceso de delimitación e identificación de la población vulnerable, que no tiene posibilidad de acceder al sistema de salud es fundamental para garantizar un uso eficaz de los recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía y el Sistema General de Participaciones hacia el régimen subsidiado, por lo tanto, debe identificarse de manera rigurosa la población objetivo, beneficiaria de dicho subsidio, para evitar lo que en economía se denomina el problema del polizón, y garantizar que la focalización de recursos y los subsidios a la demanda lleguen a quienes efectivamente no gozan de condiciones económicas y sociales favorables.

Es necesario incentivar la cualificación de los profesionales de la salud y promover el mejoramiento de aptitudes que conlleven a la prestación de un servicio de alta calidad. Por otra parte, un mecanismo eficaz para aumentar el acceso al sistema es reducir los sobrecostos que este genera, lo cual provoca, entre otras, la limitación de acceso a medicamentos y tratamientos médicos esenciales, como se evidenció en la ENCV, centralizar el proceso de compra de suministros y material médico por parte de las EPS constituye una solución efectiva frente a esta problemática.

Bibliografía

- Arroyo, S., & Tovar, L. M. (2009). *Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-35842009000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ayala, L. B., Rondón, Á. M., & Ardila, C. J. (5 de Junio de 2015). *Acceso, seguridad e integralidad en registros de gestantes colombianas entre los años 2007 al 2009*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n3/v13n3a04.pdf>
- Barrera, E. L. (2015). *La salud en Colombia: Entre el Derecho a a salud y la Racionalidad Económica del Mercado 1993-2015*.
- Bermúdez, E., Santamaría, C., Niño, E., Quintero, J. J., Malaver, N., & Rivera, H. A. (2011). *Turbulencia empresarial: sector EPS en Colombia*. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3335/Fasc%C3%ADculo110.pdf?sequence=1>
- Bernal, O., & Barbosa, S. (Octubre de 2015). *La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000500015
- Bottia, M., Sosa, L. C., & Medina, C. (Diciembre de 2012). *El SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia: ventajas y limitaciones*. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/economia/article/view/2820>
- Castro, A. V. (Febrero de 1998). *Los instrumentos de información para la gestión pública. Principales deficiencias y propuestas de reforma*. Recuperado de <http://webs.ucm.es/BUCM/cee/doc/9819/9819.htm>
- Congreso de la República de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). Sistema de seguridad social integral. [Ley 100 de 1993]. DO: 41.148. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-100-de-1993.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (12 de Julio de 2018). Por el cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan

- otras disposiciones. [Ley 1917 de 2018]. Recuperado de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201917%20DEL%2012%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (11 de Julio de 2019). Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1966 de 2019]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201966%20de%202019.pdf
- Congreso de Colombia. (10 de Enero de 2012). Por el cuál se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. [Decreto 019 de 2012]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-Ley-019-de-2012-Antitramites.PDF>
- DANE. (1997-2019). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv>
- DANE. (2014-2019). *Empleo informal y seguridad social*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social>
- DANE. (2014-2019). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. Recuperado de <http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/544/datafile/F81>
- Daza, J. E., & Losada, D. F. (28 de Septiembre de 2016). *Fallas del mercado de salud colombiano*. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/65123/57454-333242-1-PB.pdf?sequence=1>
- Defensoría del Pueblo. (2012-2019). *Estudio dobre tutelas en salud*. Recuperado de <https://www.defensoria.gov.co/es/public/Informesdefensoriales/919/Defensor%C3%ADa-presenta-estudio-sobre-tutelas-en-salud-Informes-defensoriales---Salud.htm>
- Giraldo, Á. F. (30 de Julio de 2012). *La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877>

- Giraldo, C. V., & Ceballos, G. (2011). *Acostumbrarse a las barreras: estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Acostumbrarse-a-las-barreras%3A-estudio-cualitativo-y-Giraldo-Ceballos/2c76fd0b6986953cdb8f5388548560ff80a04816>
- Gómez, F. R., Jaramillo, T. Z., & Beltrán, L. G. (2013). *Análisis de la equidad en cinco dimensiones del sistema de salud de Colombia, 2003-2008*.
- Granados, F. Y., Barona, J. C., Arboleda, C. A., & Gallardo, B. A. (Diciembre de 2012). *Motivos de los reclamos interpuestos por los usuarios del sistema de salud colombiano ante la Superintendencia Nacional de Salud en el primer semestre del año 2012*.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Montekio, V. B., & Vásquez, J. (Enero de 2011). *Sistema de Salud de Colombia*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010
- Hernández, J. M., Rubiano, D. P., & Barona, J. C. (12 de Diciembre de 2014). *Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013*. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1947.pdf>
- J, O. B. (12 de Marzo de 2016). *La concepción de justicia en la cobertura universal de salud, Colombia 1990-2015*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a04.pdf>
- Londoño, J. E., Pérez, I. J., & Yepes, R. A. (Agosto de 2002). *Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia*. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400008
- Lorenzo, I. V. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>
- Lorenzo, I. V., Navarrete, M. L., & Pérez, A. S. (26 de Diciembre de 2010). *Acceso a la atención en salud en Colombia*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>
- Luján, F. J. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993*. Bogotá.

- Málaga, H., Latorre, M. C., Cárdenas, J., Montiel, H., Sampson, C., Taborda, M. C., . . . Pastor, D. (Octubre de 2000). *Equidad y Reforma en Salud en Colombia*.
- Marín, Y. A., & Chávez, B. M. (8 de Agosto de 2013). *Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a07.pdf>
- Mariño, M. A. (23 de Abril de 2012). *Diagnóstico de instituciones prestadoras de salud con habilitación de servicios oncológicos en Bogotá, Colombia*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n22/v11n22a08.pdf>
- Martínez, F. (Abril de 2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Recuperado de http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf
- Medina, M. M., Escalante, J. M., & Einarson, T. R. (2011). *Acceso de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar, Bogotá, 2010*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272011000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ministerio de Salud. (2014-2019). *Indicadores Monitoreo de la Calidad de la Atención*. Recuperado de <http://rssvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx>
- Ministerio de Salud. (2014-2019). *Seguimiento al presupuesto sector salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/Seguimiento-al-presupuesto-sector-salud.aspx>
- Ministerio de Salud. (2019). *Acceso a servicios de salud en Colombia*. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>
- Ministro de Gobierno de la República de Colombia. (22 de Junio de 1994). Estatuto orgánico del sistema general de seguridad social en salud. [Decreto 1298 de 1994]. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1693221>
- Ojeda, D. M. (2012). *Plata hay, la falla del sistema de Salud en Colombia es estructural*.
- Oliva, J. O. (30 de Abril de 2010). *La última reforma del sistema general de seguridad social en Colombia: Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total*. Recuperado de

- file:///D:/Downloads/Dialnet-LaUltimaReformaDelSistemaGeneralDeSeguridadSocialE-3697051%20(2).pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud Universal*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Páez, F. G., Barbosa, W. G., González, C. A., Córdoba, Á. E., Solano, P. C., & Navas, N. R. (19 de Diciembre de 2014). *Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales*. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11968>
- Palma, H. H., Núñez, W. N., & Cárdenas, M. J. (16 de Diciembre de 2019). *Sistema de salud colombiano: integración para la calidad*. Recuperado de <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/18295>
- Pérez, E. R., & González, L. N. (14 de Agosto de 2012). *Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?* Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000200007
- Presidente de la República de Colombia. (3 de Abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Decreto 1011 de 2006]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Presidente de la República de Colombia. (28 de Noviembre de 1996). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Decreto 2174 de 1996]. Recuperado de <http://www.suinjuriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1761211>
- Resolución 1043 de 2006. (3 de Abril de 2006). Recuperado de <https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%202006.pdf>
- Resolución 1441 de 2013. (6 de Mayo de 2013). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

- Resolución 5596 de 2015. (24 de Diciembre de 2015). Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf
- Rodríguez, J. L. (16 de Julio de 2011). La administración del Sistema de la Salud. *DINERO*.
- Rozo, L. F., García, S. P., Moreno, L. M., & Moreno, J. R. (22 de Marzo de 2017). *La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>
- RTVC. (2013). Sobrecostos en medicamentos disparó gastos de las EPS.
- Sachs, J. D., & Brundtland, G. H. (2001). *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sarmiento, C. F., Camargo, D. R., Arias, J. A., González, G., & González, M. R. (Febrero de 2018). *Abordaje desde la complejidad a las barreras en la prestación de servicios de la salud a consumidores de sustancias psicoactivas: estudio de caso en el modelo de salud colombiano*. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19346>
- Subirats, I. G., Vargas, I., Pérez, A. S., Paepe, P. d., Silva, M. R., Unger, J. P., & Vázquez, M. L. (Abril de 2014). *Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614000951>
- Supersalud. (2014-2019). *Reportes de peticiones, quejas, reclamos o denuncias*. Recuperado de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx#Default=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#61dfb760-a507-4b22-b121-27c17ecef8a4=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#41c23672-b63a-4587-973b-b78be94c0>
- Tono, T. (2000). *Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos*.
- Zea, J. H. (9 de Noviembre de 2019). *Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/6JRestrepoColombia.pdf>