



**DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE
SALUD DE COLOMBIA: PARA NO
ARRASAR, SINO ¡FORTALECER!**

2023



Cesar Gaviria Trujillo

Presidente del Partido Liberal Colombiano

Ex Presidente de la República de Colombia

Germán Escobar Morales

Ex Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

República de Colombia

Febrero de 2023

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO DE ANÁLISIS.....	8
ANÁLISIS POR OBJETIVOS FUNDAMENTALES.....	9
OBJETIVO 1: MEJORAR Y MANTENER LA SALUD.....	10
SALUD PÚBLICA.....	11
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.....	16
COMPARACIÓN INTERNACIONAL.....	28
REFLEXIONES HACIA UN OBJETIVO DE FORTALECER EL SISTEMA EN ARAS DE LA IGUALDAD, LA LIBERTAD DE ESCOGER Y EVITAR ABUSOS Y CORRUPCIÓN.....	32
REFLEXIONES SOBRE MEJORAS Y REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	40

INTRODUCCIÓN

Colombia es un caso particular en la conformación de su sistema de protección social y, específicamente, el sistema de salud. Esto se debe a la construcción de un arreglo institucional en salud que, aunque complejo, ha sido innovador y ha permitido la incorporación de recursos tanto públicos como privados para atender las necesidades crecientes de la población con una visión de eficiencia y procurando la estabilidad sostenible de todo el sistema de salud. Desde el punto de vista legal, lo anterior ha sido consignado por la Ley 100 de 1993, la cual establece **el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el sistema pensional. De igual forma, ha sido innovador en el desarrollo del derecho a la salud, protegido por la Constitución de 1991 y calificado de derecho social fundamental por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, ratificado posteriormente por la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Cabe decir que la jurisprudencia de la Corte ha avalado en lo esencial el sistema creado por la Ley 100 de 1993.**

Así las cosas, vale la pena situarse en el contexto histórico sobre el cual se diseñó e implementó el SGSSS. Para ese momento, Colombia se encontraba en un proceso marcado de reforma institucional y social, como respuesta los años anteriores de decadencia, debilidad del Estado y ruptura del tejido social, en el entorno de violencia producto de la expansión de los grupos terroristas asociados al tráfico de narcóticos. Este proceso fue catalizado por la promulgación de una nueva Constitución Política en 1991 y una serie de reformas sistemáticas en los diferentes sectores económicos, de iniciativa del Ejecutivo. **El propósito de tales reformas era el de generar un aparato del Estado más eficiente y menos expansivo; eliminar progresivamente las rentas públicas excesivas en favor de sectores económicos vigorosos y diversos; conectar la economía y mercado colombiano con otros mercados internacionales, en un razonamiento expansivo que produjera prosperidad y bienestar [Echavarría J, 2001]; de igual forma, “las propuestas fundamentales de reforma, emanadas por lo regular del Poder Ejecutivo (al menos formalmente), han tenido los trámites de rigor en el Congreso de la República y han sido sometidas a los controles correspondientes (de constitucionalidad) por parte del Poder Judicial” [Estrata A, 2006]. Desde el punto de vista social, la construcción de un nuevo contrato social plural que fortaleciera una democracia más participativa y pluralista donde los derechos fundamentales fueran garantizados de manera efectiva.**

En específico y en este ambiente de reformas profundas, **el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS nace de un marco conceptual disruptivo para su**

momento histórico, pues combina principios y elementos tanto de los Estados de Bienestar, como de los mercados económicos con mayor independencia, esto es, el Pluralismo Estructurado [Londoño J & Frenk J, 1997]. En resumen, el Pluralismo Estructurado configura un sistema con un pagador final público —el Estado—, unos agentes encargados de la gestión del riesgo en salud —las Empresas Promotoras de Salud (EPS)— y unos prestadores de servicios de salud públicos y privados, encargados de la gestión clínica de los individuos. Para generar eficiencias y evitar un sobre costo transaccional de contar con varios tipos de agentes a lo largo de la cadena de valor, este modelo establece varios niveles y direcciones de competencia entre los actores, algo tomado de los modelos de mercado. El primer nivel de competencia se asienta entre las EPS, las cuales compiten por obtener una mayor cantidad de usuarios —y, por tanto, prima o recursos per cápita que el Estado les gira—; esta competencia se alimenta del logro de eficiencias producidas por una adecuada gestión del riesgo en salud, la cual genera ahorros financieros futuros y la calidad de la atención —estrechamente vinculada a lo anterior—, la cual además es un incentivo para atraer más usuarios en un esquema de mercado informado. El segundo nivel de competencia se da entre los prestadores de servicios de salud, los cuales compiten bajo los mismos principios de eficiencia y calidad, pero no por usuarios individuales sino por hacer parte de las redes de atención de las EPS [Londoño J & Frenk J, 1997]. Al mismo tiempo, esta competencia, así como las demás características del sistema, está sujeta a la regulación continua de Estado, para asegurar que el sistema cumpla sus objetivos dentro de los cuales se destaca lograr de manera progresiva y sostenible el goce efectivo del derecho social fundamental a la salud, como lo dicen Londoño y Frenk, el Pluralismo Estructurado “ha propuesto que las organizaciones públicas dejen de ser productoras de bienes y servicios. En lugar de ello, los gobiernos deben canalizar su energía al cuidado del interés público proponiendo direcciones estratégicas, proporcionando una seguridad integral, movilizand o recursos, estableciendo normas, catalizando la actividad privada, confiriendo transparencia a los mercados, protegiendo al consumidor, evaluando desempeños y asegurando justicia” [Londoño J & Frenk J, 1997].

Tanto el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como su modelo conceptual de Pluralismo Estructurado tenían como principales propósitos la superación de las profundas limitaciones que el precario sistema de salud anterior presentaba, por ejemplo, antes de la Ley 100 de 1993, tan solo el 33% de la población tenía algún tipo de aseguramiento —dado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), las Cajas de Compensación Familiar y los seguros privados— y el 90% de los subsidios en salud terminaban destinados a los quintiles de mayores ingresos [Nuñez J. et al., 2012], entre otros. Como se verá más adelante, en los años siguientes, el Sistema

General de Seguridad Social en Salud ha logrado dichos objetivos, algunos de ellos con sobresaliente desempeño.

Por otro lado, a lo largo de sus tres décadas, se han venido introduciendo reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, algunas de ellas como desarrollo de la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional —cabe destacar la Sentencia T-760 de 2008—, otras como reglamentación de marcos legales, como la Ley 1438 de 2011 o la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015 y otras, bajo la lógica de la rectoría del propio Ministerio de Salud y Protección Social y sus administraciones. Cabe aquí, el análisis de cómo estas nuevas regulaciones, si bien en lo que respecta a la protección del derecho fundamental a la salud han logrado importantes avances, han modificado los elementos constitutivos del Pluralismo Estructurado y, por tanto, deteriorado la competencia entre los actores y la aparición de incentivos distintos a los originalmente previstos [Escobar G, 2023].

En consecuencia, la implementación del sistema de salud colombiano no ha sido estable desde 1993 y, a pesar de ello, ha aportado de forma muy considerable a la generación de mayor equidad, salud y bienestar social a la población del país. Actualmente, en un contexto político de debate de una nueva reforma al sistema, es más importante que nunca la deliberación ponderada e informada, pues peligra la continuación y consolidación de grandes avances sociales en salud y en la garantía de un derecho constitucional fundamental.

En efecto, el derecho fundamental a la salud ha sido protegido y garantizado gracias al sistema creado por la Ley 100, con algunas reformas normativas y novedosos parámetros jurisprudenciales. Con el anterior sistema habría sido casi imposible el logro de estos resultados, por la insuficiencia de recursos financieros frescos, humanos y las limitaciones propias de la función pública. Los grandes avances de las tres últimas décadas en cobertura, acceso, equidad, administración del riesgo, indicadores de salud pública, gasto social, entre otros presentados en este documento, han conducido a un resultado innegable: ha mejorado de manera progresiva y muy significativa el servicio de salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. El paso siguiente debe ser diseñar políticas para mejorar aún más el sistema, no para destruirlo. No se deben anteponer prejuicios ni consideraciones meramente ideológicas, a los hechos evidentes y a la seguridad en la protección del derecho a la salud de todos los colombianos en un Estado Social de Derecho..

Este documento es, pues, una mirada general al desempeño del sistema de salud colombiano, basada en evidencia disponible e indexada, la cual hace énfasis en los logros que éste ha conseguido sin desconocer sus limitaciones, escenarios de pobre

desempeño y oportunidades de mejoras. A partir de esta visión general, reflexiona sobre aspectos susceptibles de mejoras o reforma, de tal forma que sirva como insumo para una discusión informada y objetiva sobre la materia.

Por último y, de forma complementaria, es necesario aclarar que este documento no pretende ser un estudio exhaustivo, con el mayor grado de profundidad académica sobre el sistema de salud colombiano, sino un texto de consulta, aunque rápida, basada en datos validados y bajo un marco conceptual sólido, de tal forma que le permita entender a un lector no especializado, de manera global, las distintas dimensiones del desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el alcance de importantes logros, a lo largo de sus treinta años de implementación.

MARCO DE ANÁLISIS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los sistemas de salud —desde la perspectiva de su desempeño— como “los recursos, actores e instituciones relacionadas con la financiación, regulación y provisión de acciones de salud, en donde estas acciones son un conjunto de actividades cuya intencionalidad primaria es promover o mantener la salud” [OMS, 2022].

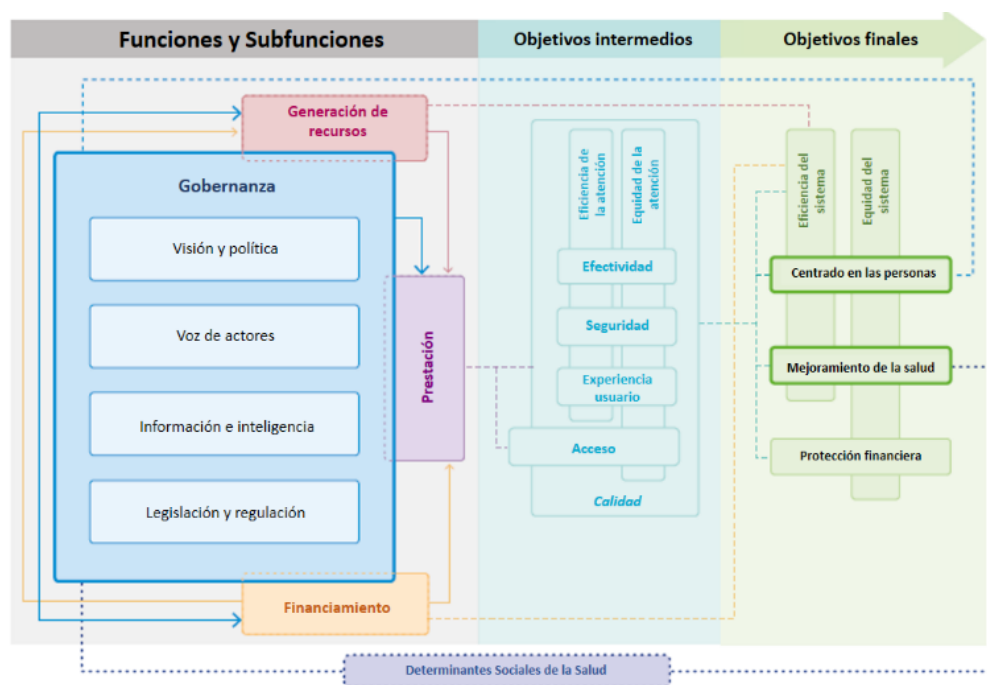
En este sentido, ha establecido un marco de análisis de su desempeño, el cual es útil para evaluar de forma, objetiva, estandarizada y comparable al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Este documento utiliza, principalmente, dicho marco analítico, para identificar los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en tres dimensiones compatibles con los objetivos fundamentales (ver más abajo). Seguidamente, aborda de forma somera algunos indicadores en un ejercicio de comparación internacional y, por último, identifica puntos de mejora para el sistema de salud. Esto se resume así:

Tabla 1. Dimensiones para el análisis.

Dimensión de análisis	Descripción
Marco de desempeño de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	Realiza un análisis descriptivo de indicadores trazadores por cada uno de los objetivos fundamentales del marco de análisis y, a partir de allí, se generan reflexiones inferenciales.
Comparación de indicadores internacionales	Sitúa en perspectiva, algunos indicadores del sistema colombiano, en relación con otros sistemas de salud.
Oportunidades de mejora y o reforma	Reflexiona analíticamente sobre propuestas que le apuntan a abordar los problemas de desempeño del sistema de salud colombiano.

ANÁLISIS POR OBJETIVOS FUNDAMENTALES

El marco de desempeño de los sistemas de salud de la OMS evalúa el alcance de tres (3) objetivos fundamentales, a saber, i. el mejoramiento de la salud, ii. la respuesta a las expectativas de las personas —centrado en las personas— y iii. la protección financiera y la sostenibilidad fiscal del sistema. Estos tres objetivos se nutren de otros intermedios, los cuales están estrechamente relacionados con la calidad de la atención y, por último, estos últimos están apalancados por unas funciones y sub-funciones — vinculadas al ciclo de políticas públicas—. Esquemáticamente, esto se plasma así:



Esquema 1. Interacción de las funciones y objetivos fundamentales de los sistemas de salud

Fuente: Traducido de Health system performance assessment: a framework for policy analysis, OMS. 2022.

Es importante indicar que, tanto los objetivos intermedios, como los objetivos fundamentales se deben alcanzar bajo la lógica de equidad en toda la población y eficiencia de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros disponibles. Esta arista del análisis hace aún más relevante los logros del SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues, no solo han sido parte de principios que han

direccionado el mismo, sino que se han materializado a lo largo de todo el país, a pesar de las brechas históricas, sociales y económicas que dificultan esta tarea.

Por otro lado, y de manera muy importante, todo el marco de desempeño tiene una relación e interacción con factores externos pero determinantes para el mismo: los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Esto es relevante, por ejemplo, al examinar los indicadores de salud pública, pues muchos de ellos están modulados e impactados en su causalidad y resultado por estos DSS.

OBJETIVO 1

Mejorar y Mantener la Salud

Los sistemas de salud inciden en los resultados en salud de toda la población, a través de intervenciones en el continuo de la atención: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, buen morir.

En este orden de ideas y bajo la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la establece como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” [OMS, 1946], queda de manifiesto que los sistemas de salud son solo un componente para lograr dicho estado de bienestar —salud—, entre otros.



Por lo anterior, el análisis del alcance de este objetivo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se hace diferenciando los indicadores que mayormente están vinculados a los Determinantes Sociales de la Salud —Salud Pública— y otros, más directamente relacionados con la gestión clínica dentro de una red de servicios de salud.

SALUD PÚBLICA

Uno de los instrumentos de política más poderosos que contiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para movilizar a la salud pública, en un enfoque intersectorial, es el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP). La evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 evidencia que su implementación general alcanzó un grado de avance "bueno y muy bueno" del 48,1% en sus metas. Considerando que se trata de un trabajo de múltiples sectores y que, en su etapa final, donde la institucionalidad estaba más consolidada y pudo acelerarse gran parte del progreso, se interpuso la Pandemia por Covid-19, se puede destacar este desempeño.

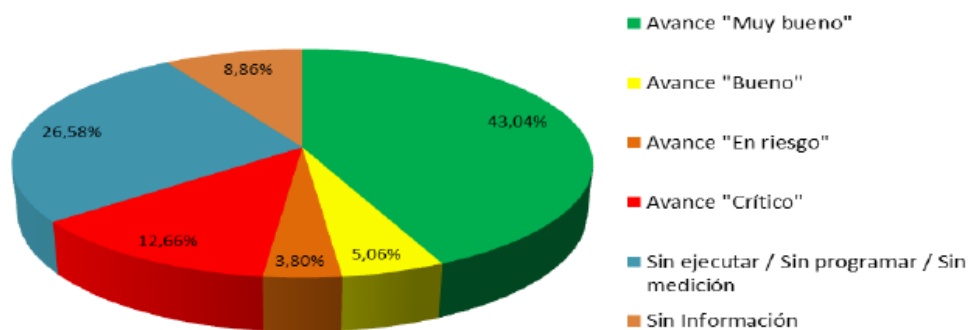


Figura 1. Rango de Avance Metas de Resultado del PDSP 2021-2021
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

En cuanto a eventos específicos y, de acuerdo con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), además de su impacto en materia de carga de la enfermedad para una sociedad, es imperativo analizar los indicadores de mortalidad materna e infantil. Estos, son un signo del nivel de Desarrollo de los países y, aunque se debe aclarar, una vez más, que son eventos que están relacionados con los Determinantes Sociales de la Salud y los sistemas de salud son solo un elemento más dentro de un cúmulo de intervenciones de diferentes sectores, hacen parte del espectro de medición del desempeño de los primeros.

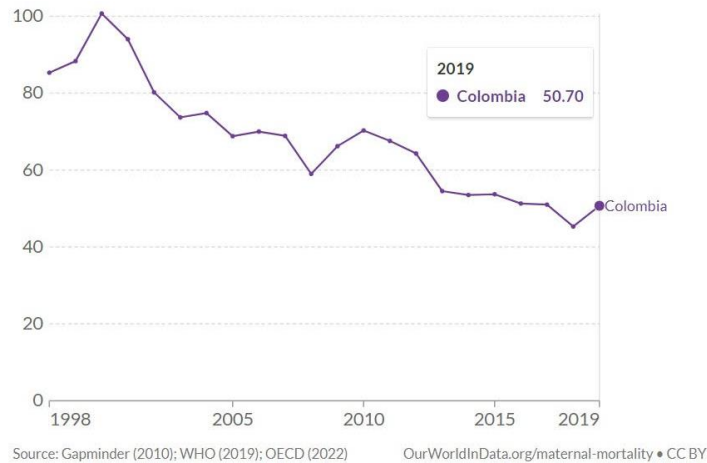


Figura 2. Mortalidad Materna entre 1998 y 2019 (Periodo pre Pandémico).
 Fuente: Our World in Data. Consultado: Ene. 2023

Colombia ha registrado un descenso y constante y significativa de la mortalidad materna en las últimas décadas pasando de 100 a 50 por cada 100.000 nacimientos, entre 2000 y 2019 —periodo pre-pandémico—.

Otro evento que es necesario revisar y hace parte de la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es la mortalidad infantil. Ésta presenta un descenso incluso más pronunciado que el de la mortalidad materna, pasando de 744 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en 1990 a 268 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en el año 2019, es decir, una reducción de casi 300% (ver figura 3, abajo).

De igual forma, la tasa de mortalidad neonatal muestra una reducción sostenida de 2005 a 2017, pasando de 9,9 por cada 1.000 nacidos vivos a 6,9 por cada 1.000 nacidos vivos, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud, 2020].

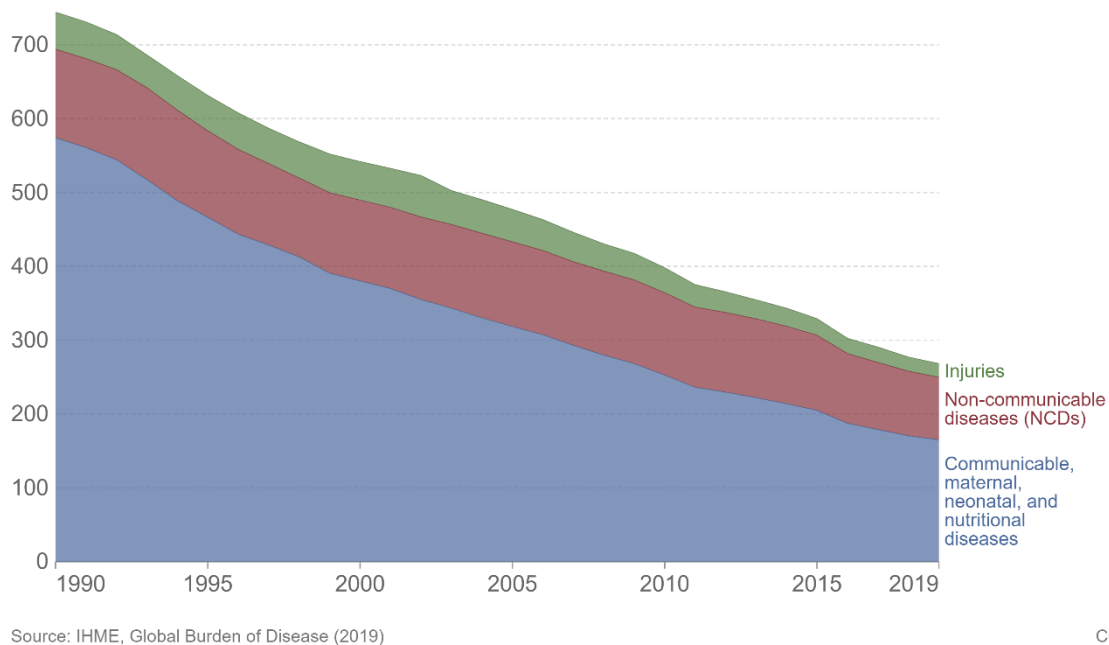


Figura 3. Mortalidad infantil entre 1990 y 2019 (periodo Pre Pandémico)
Fuente: Our World in Data. Consultado: Ene. 2023

En cuanto a la **desnutrición infantil**, fuertemente relacionada con los indicadores anteriores, la mejor medición se obtiene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Esta muestra una franca reducción de la Prevalencia de **desnutrición crónica**. Colombia entre 2005 y 2015 (ver figura 4, abajo), sin embargo, desafortunadamente, el país no cuenta con una nueva evaluación en el presente quinquenio.

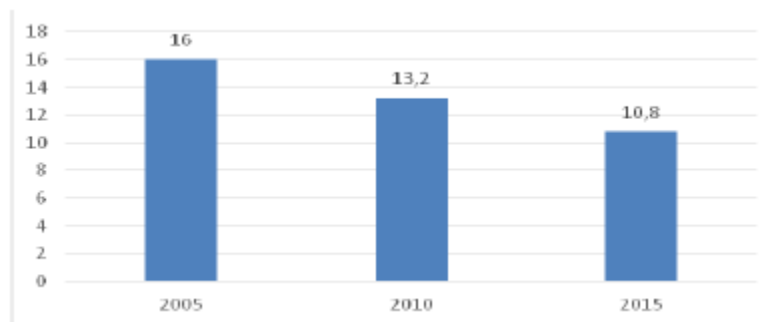


Figura 4. Tasa de Desnutrición Infantil Crónica en Colombia, entre 2005 - 2015.
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Ahora, pasando al espectro de las enfermedades infecciosas y, debido a nuestra geografía y condiciones climáticas, un evento que representa una gran carga de la enfermedad por su incidencia y prevalencia, sobre todo en comunidades vulnerables socio-económicamente, por ejemplo, aquellas acentuadas en el litoral Pacífico, es la Malaria. “En los últimos años el evento malarial ha mantenido una tendencia al descenso, pasando de 171.960 casos en el 2000 a 50.301 casos en el 2017 y en las primeras 48 semanas de 2018 se han notificado 54.545 casos, lo que demuestra una reducción cercana al 70% en el número de casos.”¹ Además, es significativa la reducción de su tasa de mortalidad como se observa en la figura 5:

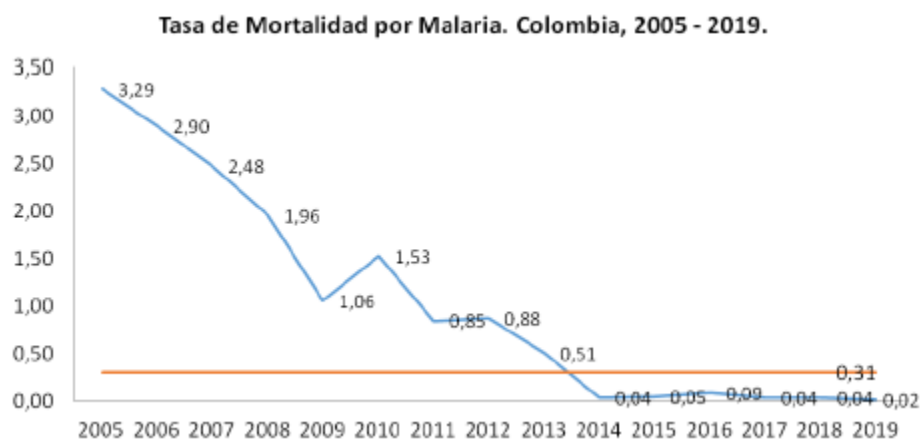


Figura 5. Tasa de mortalidad por Malaria en Colombia, 2005-2019.
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

De otra parte, la Enfermedad de Chagas, un evento que está vinculado con poblaciones rurales y condiciones de vivienda, muestra una reducción sostenida de su incidencia entre 2012 y 2018 (ver figura 5, abajo). Esto se debe a un esfuerzo conjunto con las EPS, las Entidades Territoriales, las IPS y Empresas Sociales del Estado (ESE), el Instituto Nacional de Salud (INS) y la cooperación técnica internacional.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado el 30/ene/2023 de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/malaria.aspx>

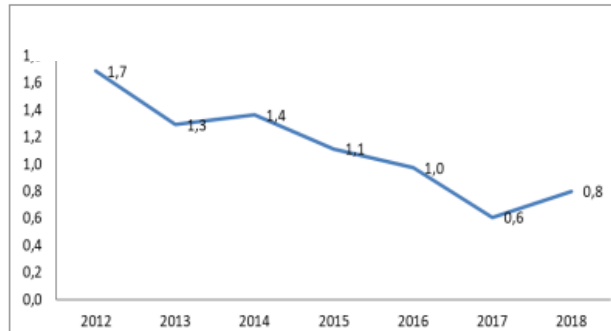


Figura 6. Incidencia de Chagas en Colombia, 2012-2018.

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Es importante resaltar que, previo a la Pandemia por Covid-19, el programa de vacunación regular del país, el Plan Ampliado de Inmunización, presentó tendencias sostenidas de coberturas por encima del 90% en su población objeto y uno de los esquemas más completos de toda la región de las Américas.

Ahora, en aras de la transparencia del análisis, es importante mencionar que existen otros indicadores que no muestran un comportamiento igualmente positivo, por ejemplo, la tasa de incidencia y mortalidad por Dengue, la Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales, el Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población, la Prevalencia de Anemia en Mujeres de 13 a 49 años, entre otros.

Por último y, de forma categórica, se debe enunciar que gran parte de estos indicadores, con muy pocas excepciones, sufrieron un deterioro en el periodo comprendido durante el 2020 y 2022, debido al impacto de la Pandemia y emergencia sanitaria por Covid-19, por lo cual, sus lecturas atípicas —y, en los casos de mortalidad, preliminares por el retraso de la fuente: Estadísticas Vitales— deben ser evaluadas en una línea de tiempo post-pandemia en los próximos años, razón por la cual, no hacen parte de este documento, si bien, se reconoce explícitamente su esta situación.

El sistema de salud de Colombia ha contribuido con la mejora sustancial de indicadores de salud pública como la mortalidad materna, infantil, la desnutrición infantil, la mortalidad por Malaria, entre otros.



GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Aunque desde el punto de vista conceptual, la salud pública hace parte integral de la gestión del riesgo en salud, no obstante, para efectos de subdivisión de los indicadores que hacen parte de este análisis, esta sección contempla indicadores que están más directamente relacionados a la administración de dicho riesgo, a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y sus redes de prestación de servicios de salud.

Por otro lado, esta sección se enfoca en la gestión del componente de "salud" o "técnico" de la gestión del riesgo, postergando para el análisis del objetivo 2, "la protección financiera," parte del componente financiero del mismo.

Ahora, esta sección resalta algunos indicadores trazadores, sin embargo, existe una variedad significativa de los mismos, por lo cual se realiza una breve reflexión al final de la misma.

Uno de los ejercicios de gestión del riesgo donde intervienen mayormente las EPS desde la prevención secundaria y terciaria y tratamiento, es la Enfermedad Renal Crónica. Su adecuada gestión requiere del seguimiento de cohortes, prestación de servicios y monitoreo estrecho de la condición clínica, calidad y estilo de vida de los pacientes. Su comportamiento en el país en los últimos años es el siguiente:

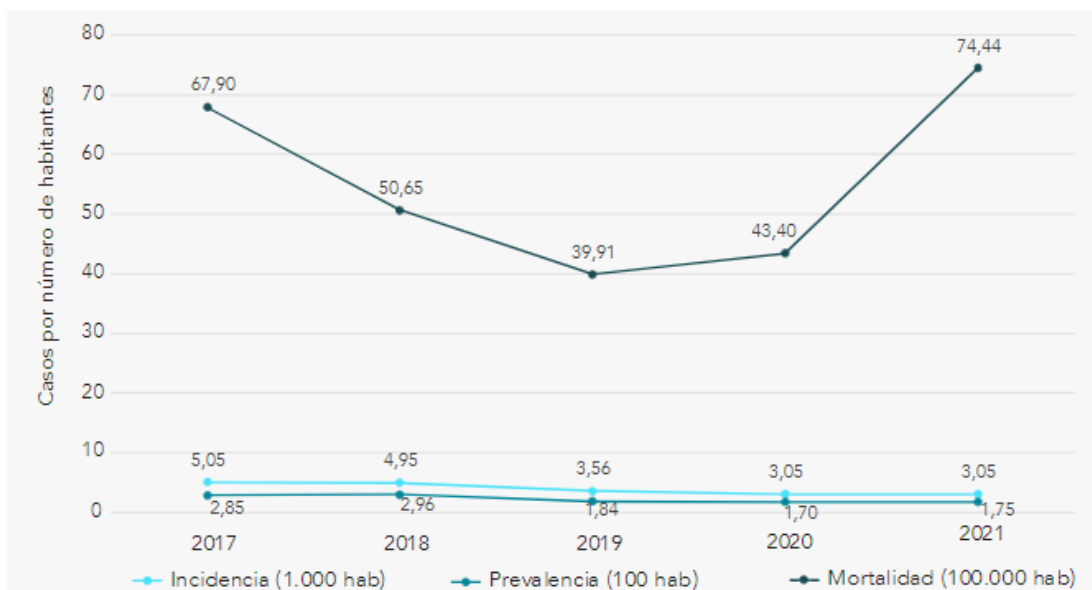


Figura 7. Incidencia, Prevalencia y Mortalidad de ERC en Colombia, 2017-2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Como se observa en la figura 7, la mortalidad por Enfermedad Renal Crónica venía presentando una franca reducción con una pendiente muy pronunciada antes de la Pandemia por Covid-19, siendo innegable el impacto de esta última.

Un comportamiento más positivo se observa en el indicador de Oportunidad en el Tratamiento de Cáncer de Mama, la cual, a pesar de la mencionada Pandemia, mantiene cierta estabilidad en su decrecimiento, como se puede observar en la figura 8, abajo.

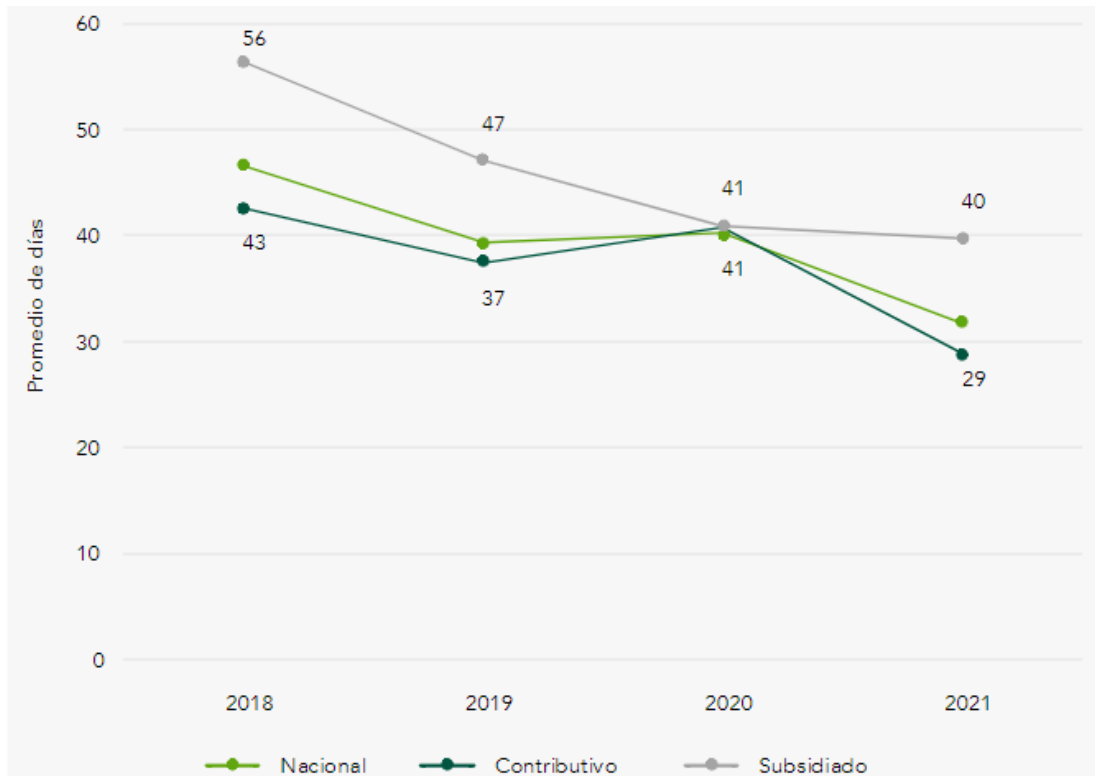


Figure 8. Oportunidad del tratamiento del cáncer de Mama en Colombia, 2018-2021.
Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Es transparente mencionar que, a pesar de este indicador trazador, la Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama de la Mujer ha presentado un ascenso, igualmente sostenido, desde 2005.

De otra parte, el indicador de Mortalidad por Cáncer de Próstata entre 2005 y 2018, tampoco muestra un comportamiento positivo.

Otros dos indicadores que muestran un comportamiento positivo son los de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino y Estómago. Para el primero, se presenta una reducción de un punto porcentual entre 2005 y 2018 y para el de Estómago, el indicador pasa de una tasa de 14,3 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2005 a 13,0 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2018 (ver figuras 9 y 10, abajo):

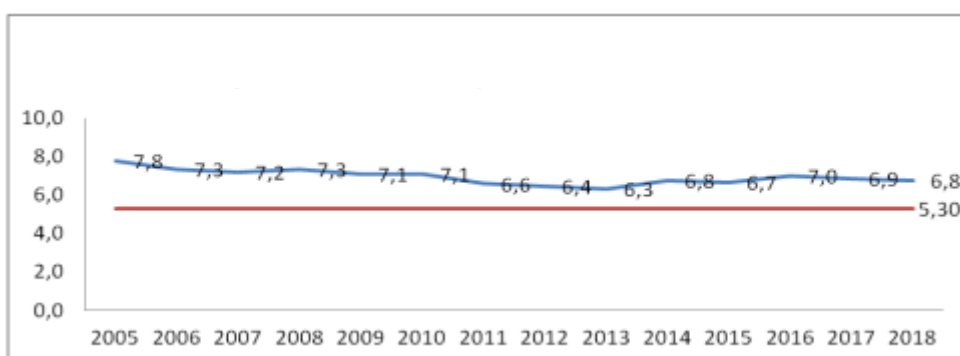


Figura 9. Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 mujeres entre 30-70 años).

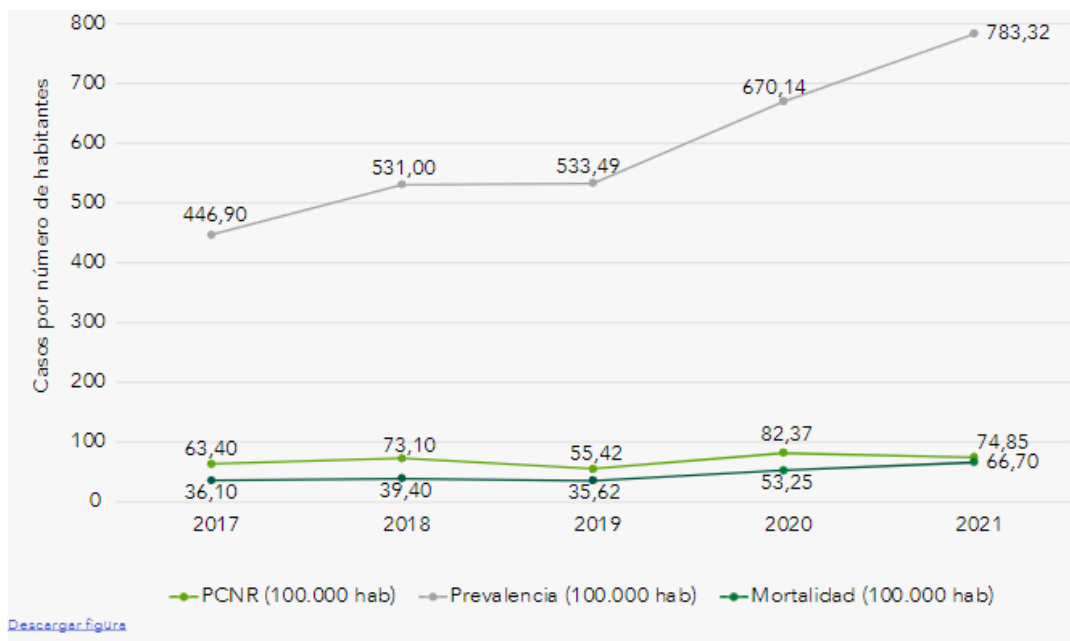
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.



Figura 10. Tasa de mortalidad por Cáncer de Estómago en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 personas entre 30-70 años)

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Ahora, al observar el comportamiento agregado del cáncer (todos los tipos En el periodo 2021, “la prevalencia del cáncer invasivo tuvo un incremento estadísticamente significativo del 17% en comparación con el 2020. Consistente con lo anterior, la mortalidad registró una tendencia similar” [CAC, 2021]. El análisis en perspectiva de esto, permite inferir que el manejo de los pacientes por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha contribuido al movimiento de esta enfermedad hacia la cronicidad (aumento de la prevalencia), no obstante, se requieren aun esfuerzos mayores para impactar de mejor manera la mortalidad.



Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2021.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

Figura 11. Morbimortalidad del Cáncer en Colombia, 2017 - 2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

De otra parte, luego de haber analizado el bloque de cáncer, otro evento que reviste de importancia en la agenda de salud es el VIH-SIDA. De acuerdo a ONUSIDA, “40,1 millones [33,6 millones–48,6 millones] de personas han muerto de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia”, más aún, “38,4 millones [33,9 millones–43,8 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2021 y 1,5 millones [1,1 millones–2,0 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en 2021”².

² <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> Consultado el 02-02-2023.

De acuerdo con dicho contexto, la agenda mundial de lucha contra esta enfermedad incluye como una de sus metas a 2030 que el Porcentaje de personas que conocen su estado serológico y tienen acceso a tratamiento antirretrovírico sea del 95% [OMS, 2022]. De ahí la importancia de contar con una gestión integral del riesgo en salud, que conduzca a los pacientes a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud, por ejemplo, desde los médicos hasta la dispensación de medicamentos, pasando por los proveedores de exámenes de laboratorio, de forma coordinada y oportuna.

En Colombia, se han hechos enormes progresos en la gestión de los pacientes con VIH, por ejemplo, en el acceso a medicamentos de última generación y con protección financiera de un tratamiento que, por su costo, generaría empobrecimiento de no contarse con ella.

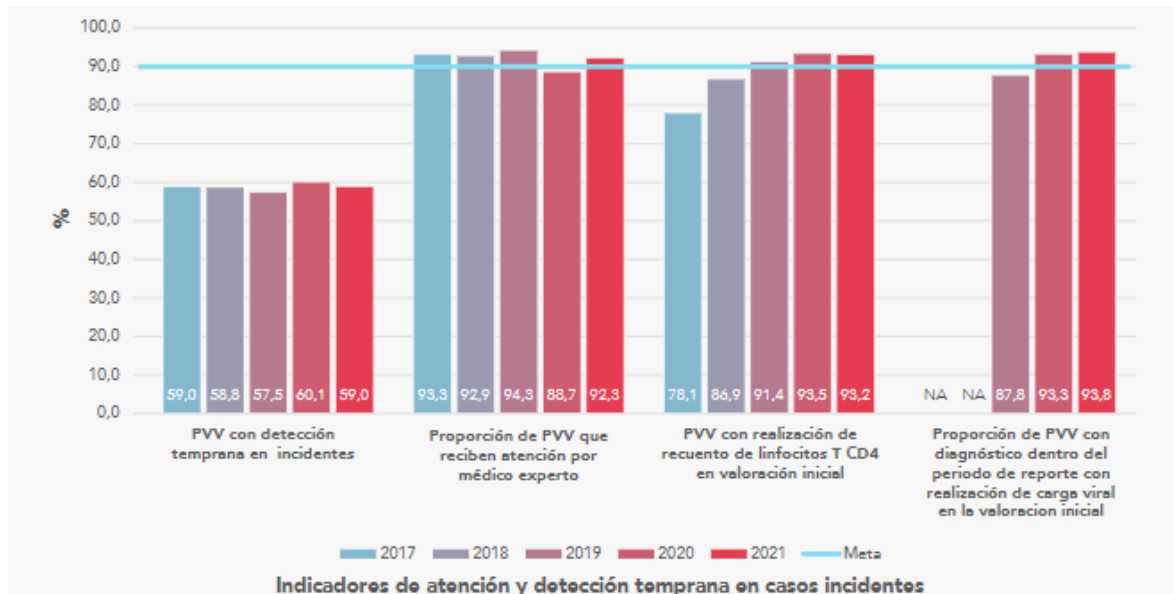


Figura 12. Atención y la detección temprana en los casos incidentes, Colombia 2017 – 2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Como se observa en la figura 12, Colombia se encuentra a poco más de 2 puntos porcentuales de alcanzar el componente de acceso a terapia antirretroviral de la meta al 2030 de la estrategia mundial de lucha contra el VIH arriba mencionada. Dicho lo anterior, existe aún un trabajo importante para la detección temprana, algo que no solo corresponde al sistema de salud, sino que requiere de un trabajo intersectorial con otras instituciones del sector y de otros sectores, por ejemplo, los centros de educación superior.

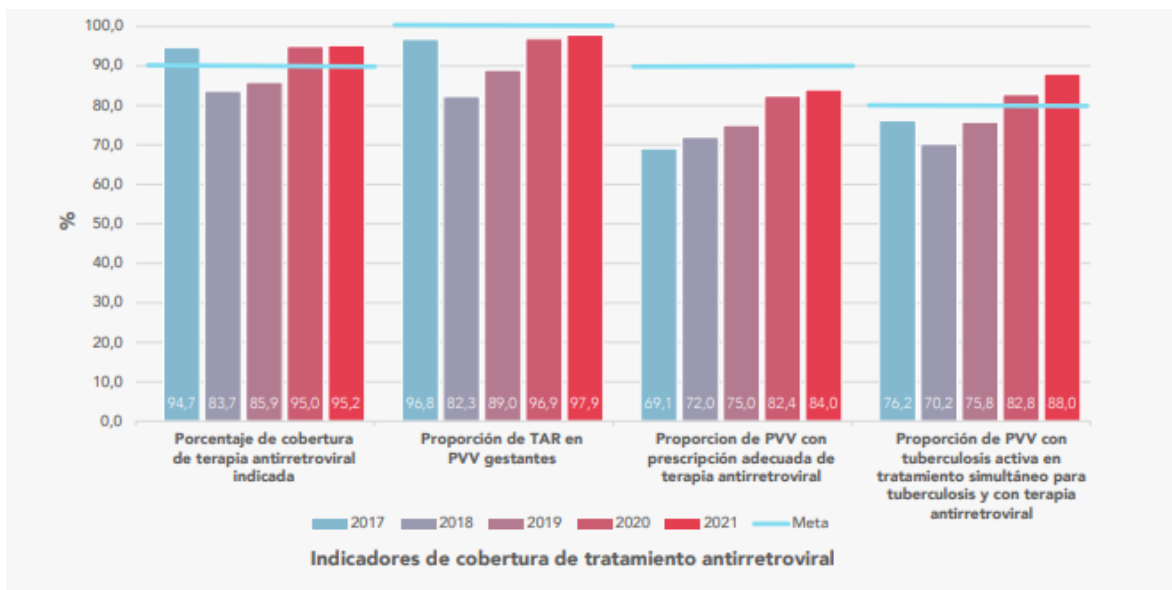


Figura 13. cobertura del tratamiento antirretroviral, Colombia 2017 – 2021

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Complementando la descripción de los indicadores anteriores, en la figura 13 se evidencia que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha conseguido un nivel de cobertura de terapia antirretroviral indicada del 95,5%, por encima de la meta mundial a 2030 y del 97,9% en las gestantes, muy cerca de la meta del 100%. Una capa de análisis oculta, denota un alto grado de equidad, pues estos niveles de cobertura no serían posibles si existiese un “descreme” de poblaciones vulnerables, u otras.

Por último, otro evento que requiere de la colaboración coordinada de distintas especialidades médicas, es la Hemofilia. En Colombia, su manejo ha venido mostrando la conformación creciente de programas multidisciplinarios que se concentran en la gestión integral del riesgo y complicaciones de los pacientes, como se observa en la figura 14, abajo:

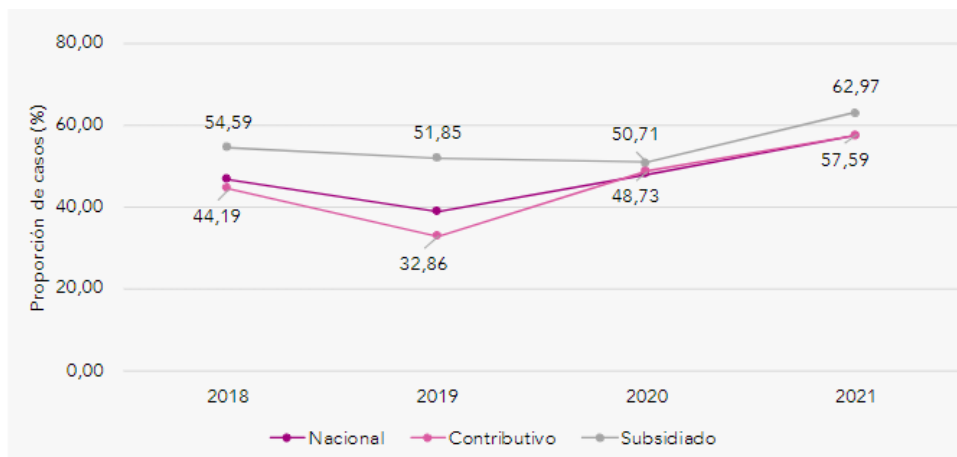


Figure 14. Proporción de personas con Hemofilia evaluadas por equipo interdisciplinario.
Fuente: Cuenta de Alto Costo.

REFLEXIONES



El sistema de salud de Colombia muestra ejemplos interesantes y eficientes de la gestión del riesgo en salud de los pacientes, por ejemplo, en eventos como la Enfermedad Renal Crónica, en la cual, antes de la Pandemia se observaba una disminución muy pronunciada de la mortalidad o la Hemofilia. De igual forma, los resultados en acceso a terapias antirretrovirales indicadas de la población con VIH, por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), supera el 95%, consiguiendo anticipadamente la meta a 2030 de la agenda global en esta materia.

Por su parte, la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer muestra resultados mixtos, con una mejora en la oportunidad para el inicio del tratamiento para cáncer de mama y de la tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino, no así en la mortalidad del primero y otros. De manera agregada, esta gestión para todos los tipos de cáncer muestra un movimiento hacia la cronicidad (aumento de la prevalencia), aunque no se observa una caída en la mortalidad según la expectativa que se tiene.

En definitiva, los resultados de algunos de estos indicadores trazadores evidencian que existen condiciones institucionales, regulatorias, técnicas y científicas para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) realice una adecuada gestión del riesgo de los pacientes, mediante la coordinación de distintos actores y la eficiencia en el uso de los recursos; se debe, entonces, aprender de las experiencias positivas y masificarlas al grueso de los demás grupos de riesgo e intensificar los esfuerzos en los grupos, como el cáncer de mama, en donde no se ha logrado los objetivos propuestos.

OBJETIVO 2

Equidad con protección financiera y sostenibilidad

Sin duda, este es uno de los objetivos que el SGSSS ha alcanzado en menor tiempo y con mejor desempeño. Colombia es un país de ingresos medios-altos, que ha afrontado varias crisis económicas desde 1993, lo que ha afectado los recursos, tanto por impuestos generales y rentas, como por contribuciones de los afiliados al Régimen Contributivo, destinados a financiar el sistema de salud. Sin embargo, a pesar de ello, el gasto total en salud supera el 7,7 % del PIB según el Banco Mundial [Banco Mundial, 2022], con una clara distribución con principio de equidad.

Ahora, debido a que el país presenta un PIB modesto, en comparación con otros países, y por tanto la proporción destinada al gasto en salud lo es igualmente, **resulta muy relevante que la protección al gasto de bolsillo del Sistema General de Seguridad Social en Salud sea una de las más elevadas del mundo, debido a que aproximadamente el 85% del gasto total en salud sea gasto público gubernamental. Es decir, que la proporción del gasto total en salud que las personas deben financiar con sus recursos propios es de menos del 15%, como se observa en la figura 13, a continuación.**

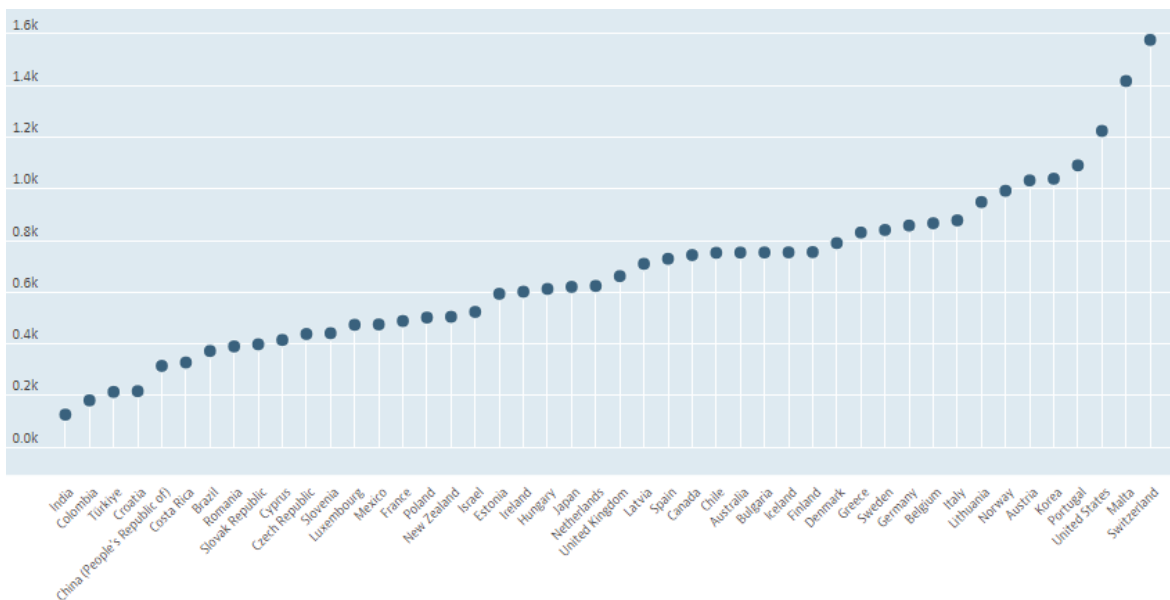


Figura 15. Gasto de bolsillo en salud comparativo por países.
Fuente: OECD (2022), Health Spending Indicators. Doi: 10.1987/8643de7e-en

Esta protección financiera se apalanca en la existencia de una cobertura universal en salud —más del 98% de la población— y ha permitido, además, ser uno de los aportes más importantes para la generación de la equidad en el país, como lo expone la Organización para el Desarrollo Económico de los Países, “Colombia tiene una alta tasa de inequidad (con un coeficiente Gini de 53,5 en 2012, comparado con un promedio de la OCDE de 32,2), el acceso a servicios de salud es mucho más equitativo” [OECD, 2015].

En este último sentido, existe evidencia indexada que resalta muy especialmente la equidad dentro del sistema de salud, por ejemplo, Camacho & Flórez observan que es “evidente el avance en nivel de incidencia, pero espacialmente marcado es el descenso en las inequidades durante las dos décadas. Por región, prácticamente se eliminaron las inequidades” [Camacho & Flórez, 2012], tal y como lo visualiza la Figura 14, abajo:

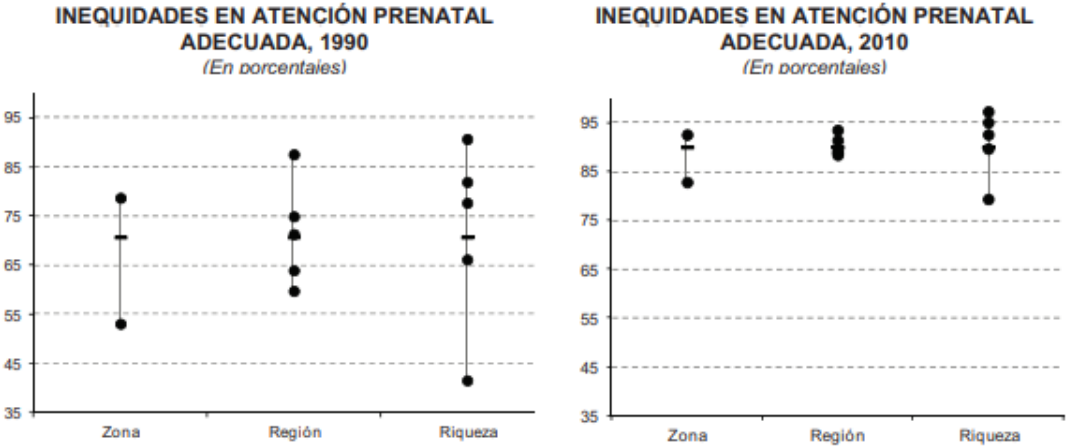


Figure 16. Reducción de inequidades en atención prenatal adecuada entre 1990 y 2010 en el SGSSS.

Fuente: Tomado de Camacho, A., & Flórez Nieto, C. E. Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010. 2012

OBJETIVO 3

Respuesta a las expectativas de los usuarios-centrado en las personas y su derecho fundamental

La Encuesta de Satisfacción de Usuarios de las EPS, la cual cuenta con una serie de más de 6 años y es representativa estadísticamente a nivel nacional, departamental y por EPS, muestra que la satisfacción global de los usuarios sobre su atención “buena y muy buena” que se ha mantenido por encima del 70%, excepto en su última medición. De igual manera, el acceso a servicios percibido como “bueno y muy bueno,” presenta una tendencia de mejora desde 2014.

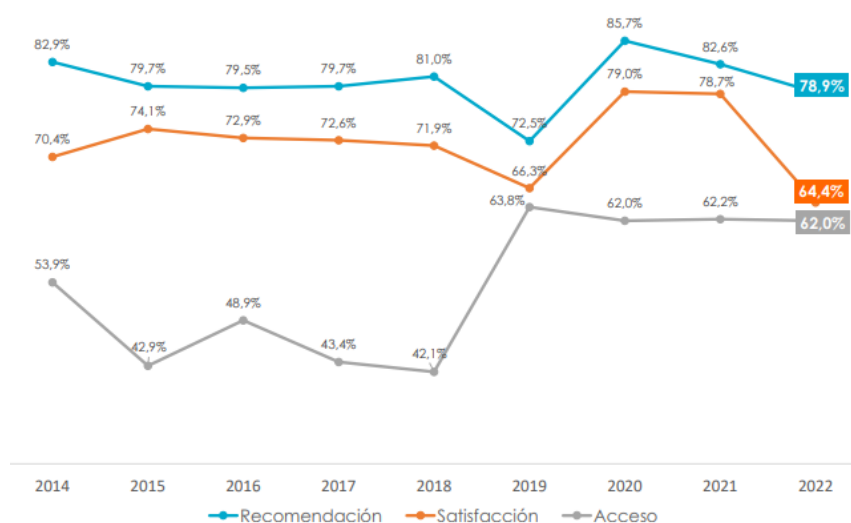


Figura 17. Percepción de la satisfacción global y acceso por parte de los usuarios del SGSSS entre 2014 -2022.

Fuente: Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS-Régimen Contributivo y Subsidiado. Minsalud.

De otra parte, en el marco de la accesibilidad de los usuarios a servicios de salud mediante el uso de la acción judicial de Tutela, aunque se observa un ascenso en su número absoluto en los cinco (5) años pre-pandémicos, al analizarlas por la proporción de pacientes atendidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se evidencia un decrecimiento muy importante (ver figuras 18 y 19, abajo).

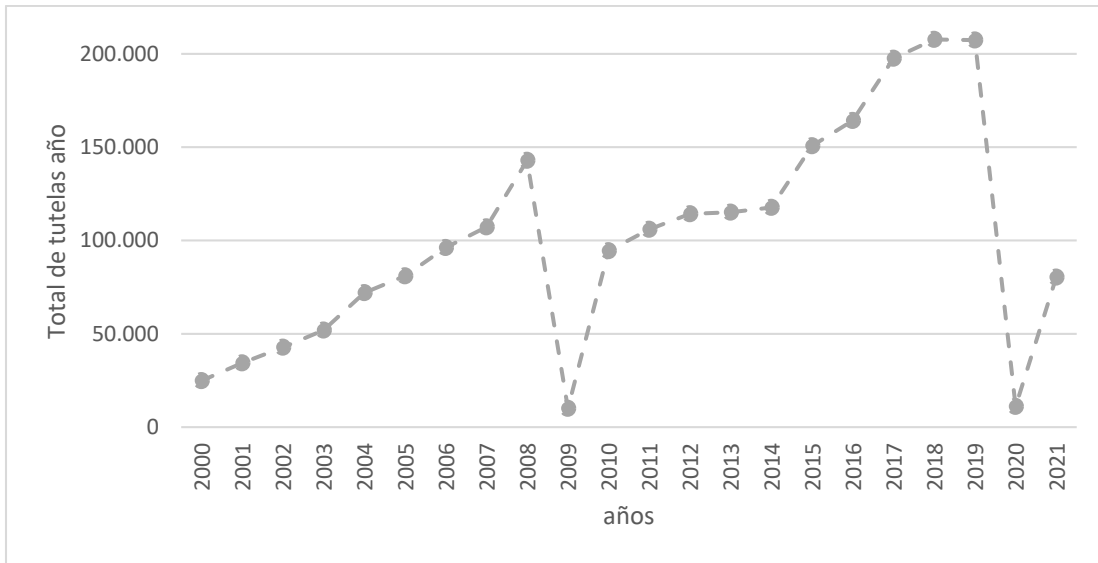


Figura 18. Comportamiento de tutelas en salud totales en Colombia, 2000-2020
 Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Minsalud. 2022

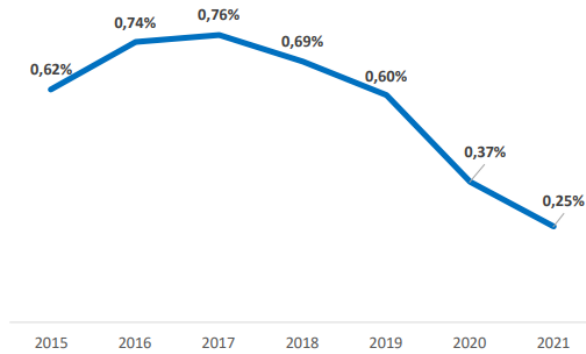


Figura 19. Tutelas como proporción del número total de personas atendidas por el SGSSS, 2015-2021.
 Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Minsalud. 2022

COMPARACIÓN INTERNACIONAL

la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el marco de evaluación del desempeño utilizado en este documento y con un cálculo exhaustivo y cuantitativo del alcance de los tres objetivos fundamentales, los objetivos intermedios y las funciones de los sistemas de salud, en su Reporte Mundial del año 2000, **posicionó al sistema de salud de Colombia en el puesto 22 dentro de sus más de 190 Estados Miembros [OMS, 2000].**



En la sección de gestión del riesgo, en el Objetivo 1 de mejorar la salud, se analizaron indicadores de cáncer, lo cuales muestran resultados mixtos. No obstante, de forma agregada (todos los cánceres), el comportamiento de **Colombia respecto a la región y el mundo** denota que la prevalencia del país (765,05 por 100.000) es más elevada que en la región y el mundo, **sin embargo, la mortalidad es menor, siendo éstas de 65,70 por 100.000 para el país, 86,50 por 100.000 y 100,70 por 100.000 para la región y el mundo, respectivamente [CAC, 2021] (ver figura 20 abajo).**

Sin duda, el estudio en detalle de este comportamiento requiere de la evaluación de múltiples variables, alguna de ella de resorte inherente a los sistemas sanitarios, como el acceso a tecnologías y la capacidad técnico científica y otras, con mayor relación a los mencionados Determinantes Sociales de Salud. No obstante, estos resultados comparativos permiten reaccionar con discreto positivismo sobre la atención en salud en el país. Claro está, esto no quiere decir que no haya grupos de riesgo, como el cáncer de mama o próstata, donde es necesario un ajuste importante en el sistema para cambiar las tendencias negativas en su mortalidad, entre otros indicadores.

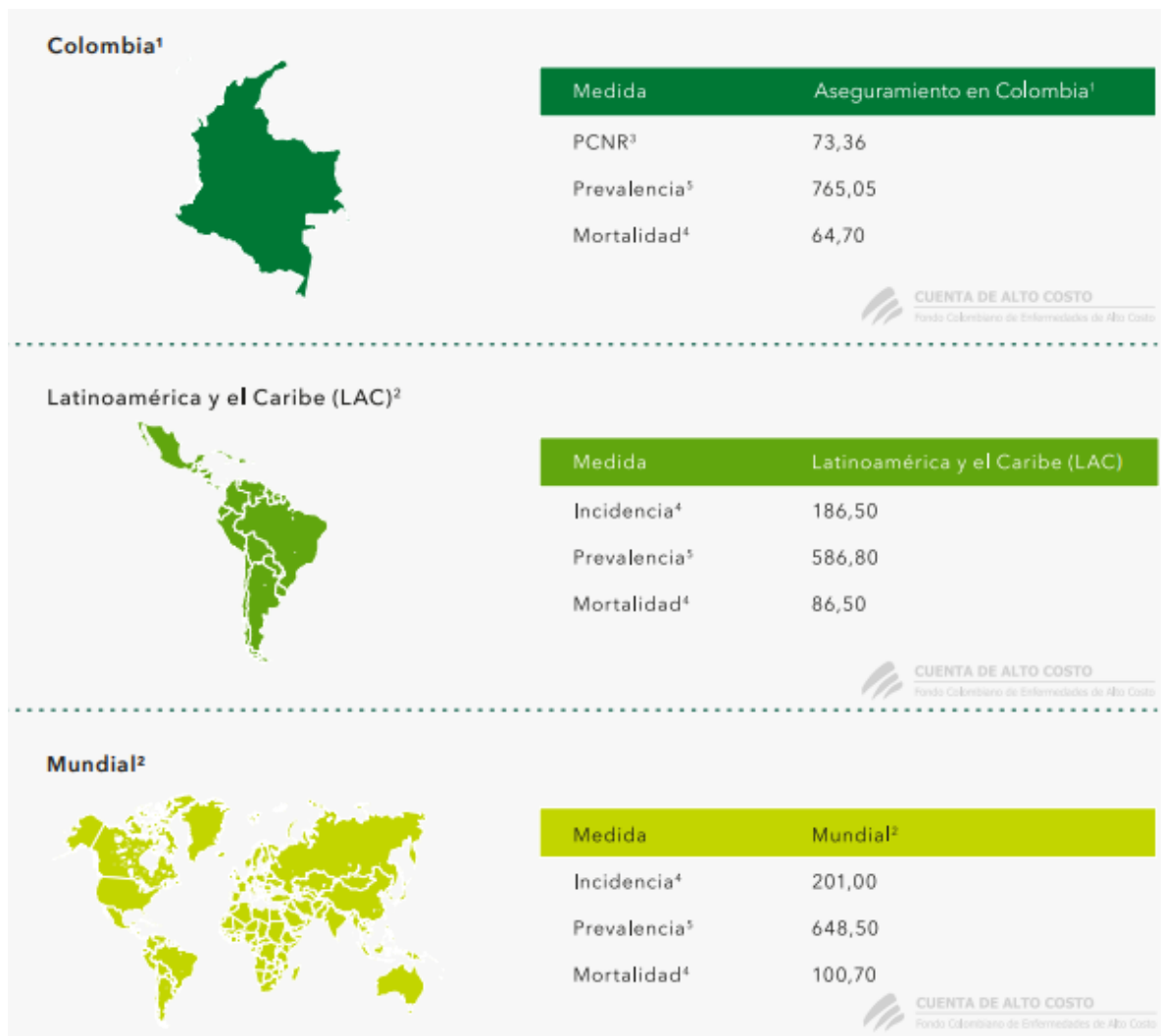


Figure 20. Comparativo de la magnitud del cáncer en el aseguramiento en Colombia, la región y el mundo
 Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Vale la pena mirar un indicador muy sensible para los usuarios de cualquier sistema de salud, desde la perspectiva de la experiencia de la atención, en la dimensión de calidad; se trata de la oportunidad de la atención (listas de espera).

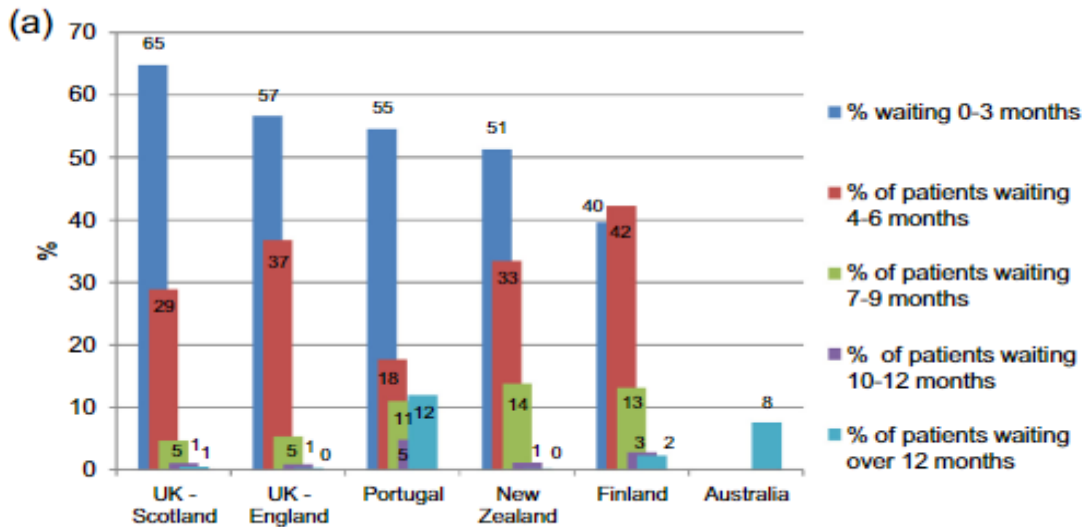


Figura 21. Tiempo de espera (listas de espera) para reemplazo de cadera en países de estudio.
Fuente: Siciliani L et al. 2014

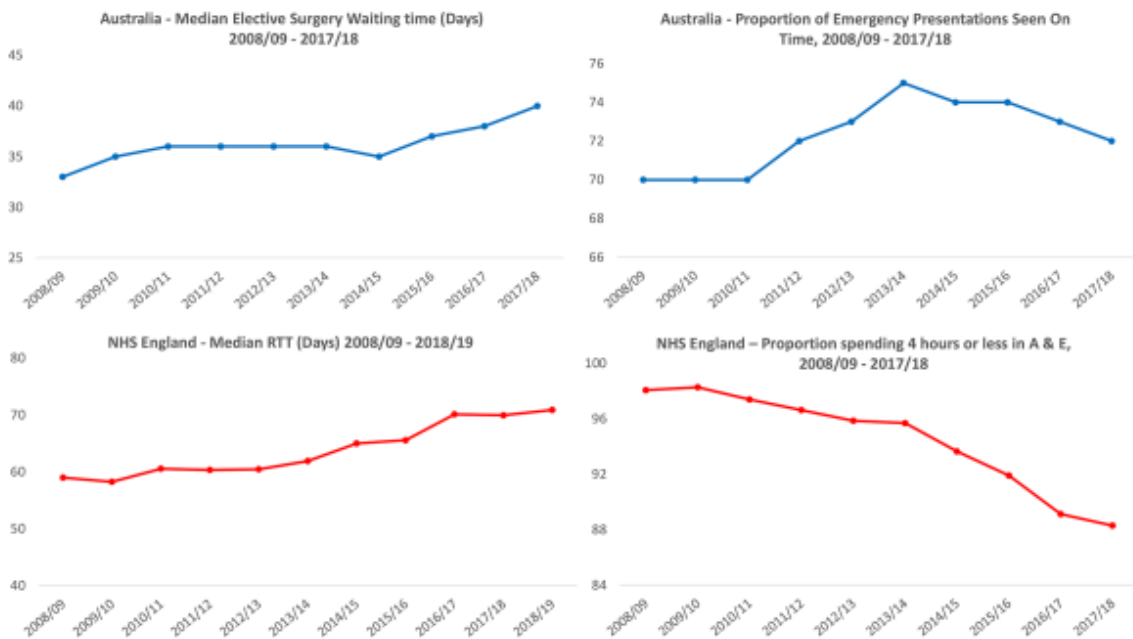


Figura 22. Tendencia en tiempos de espera para cirugía electiva y Urgencias en Australia e Inglaterra.
Fuente: McIntyre D & Chow C, 2020.

Como se evidencia en las figuras 21 y 22 arriba, el 65% de los pacientes en Inglaterra esperan un periodo de entre cero (0) hasta tres (3) para un reemplazo de cadera en y casi el 30% de entre cuatro (4) a seis (6) meses [Siciliani L et al., 2014]. Adicionalmente, en cuanto a cirugía electiva, la mediana para el tiempo de espera en Inglaterra para el 2018 fue hasta de 70 días [McIntyre D & Chow C, 2020]. En Colombia, de acuerdo al Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (SEA) del Ministerio de Salud y Protección Social, el tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera y cirugía general es de 19,38 y 36,6 días, respectivamente, es decir, mucho menos que en Inglaterra, cuyo sistema nacional de salud ha sido ampliamente elogiado.

Médicos por 1.000 personas
(Dato más reciente)

Camas hospitalarias por 1.000 habitantes
(Dato más reciente)

Colombia	3,8
Argentina	4,0
Brasil	2,3
México	4,8

Colombia	1,7
Argentina	5,0
Brasil	2,1
México	1,0

Fuente: Banco Mundial <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>

A pesar de contar con un menor número de camas hospitalarias y médicos, de forma general, Colombia presenta un nivel de provisión de servicios de salud mayor.

REFLEXIONES HACIA UN OBJETIVO DE FORTALECER EL SISTEMA EN ARAS DE LA IGUALDAD, LA LIBERTAD DE ESCOGER Y EVITAR ABUSOS Y CORRUPCIÓN.

La Ley 100 creó un sistema de salud con cuatro actores principales: EPS como aseguradoras, IPS como prestadoras de servicios, un órgano de regulación en coordinación con el Ministerio del ramo y una superintendencia para el sector salud. El plan de salud para el régimen contributivo y para el régimen subsidiado era diferente, pero la ley fijó una fecha para cumplir progresivamente la meta expresa de superar esta desigualdad.

Leyes posteriores derogaron esta meta, mantuvieron las diferencias entre la cobertura del régimen subsidiado y del régimen contributivo, expandieron el Sisbén y crearon EPS especializadas en administrar el régimen subsidiado, respaldando institucionalmente la separación entre los dos regímenes. Esta reforma tuvo el beneficio de aumentar la cobertura, pero generó dos graves problemas.

Primero, convirtió en permanente la desigualdad entre los regímenes subsidiado y contributivo, con lo cual se estaba desconociendo el principio igualdad en el goce del derecho a la salud. Con razón, la Corte Constitucional le puso fin a esta discriminación en la Sentencia C-760 de 2008, y le ordenó al regulador adoptar medidas para lograr la igualdad en el derecho a la salud de manera financieramente sostenible, entre otras medidas que el regulador había descuidado. Desde entonces se ha avanzado significativamente en este objetivo.

No obstante, las EPS del régimen subsidiado continuaron y se han presentado casos en los que las personas han preferido seguir afiliadas a ellas, a pesar de los cambios en su vida laboral, porque obtienen servicios de buena calidad de forma subsidiada. Esto ha perjudicado la formalización laboral y ha limitado las fuentes de financiación del sistema; como se puede apreciar en la figura 23, abajo, para el año 2016 existían 384 mil inconsistencias en la base de datos del SISBEN (fuente de la afiliación al régimen subsidiado), de las cuales más de 135 mil correspondían a personas con altos ingresos. Además, los principales eventos de corrupción se han presentado en las EPS del régimen subsidiado. Este es el segundo gran problema que ha sido atacado

tardíamente solo cuando explota el escándalo, sin que hubiera habido un seguimiento cuidadoso ni una intervención oportuna de la superintendencia de salud y las autoridades judiciales.



Figura 23. Panorama general del Sisben, con corte en 2016.

Fuente: DNP, disponible en <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Aprobada-reforma-al-Sisb%C3%A9n-para-hacer-justicia-social-y-castigar-a-los-tramosos.aspx>

Paralelamente, se fue presentando un fenómeno de integración vertical. Esto le facilitó a las EPS controlar costos, pero llevó a una estructura oligopólica en el sistema con los efectos negativos que esto tiene. Además, restringe el derecho de los usuarios a

escoger médico y hospital. A pesar de que una reforma posterior limitó la integración vertical, esta sigue siendo elevada, la estructura de oligopolio se mantiene y el derecho de los usuarios a escoger entidad prestadora o médico sigue siendo limitado.

Esta situación ha sido estudiada por la literatura indexada y se han encontrado efectos deletéreos, explicado a través del siguiente ejemplo teórico:

“por simplicidad, se considera que las empresas A11 y A12 del renglón de arriba se encuentran verticalmente integradas con las empresas A21 y A22, respectivamente. El supuesto formulado por Salinger (1988) para modelar el funcionamiento de este oligopolio bilateral con firmas verticalmente integradas, es el de suponer que las empresas A21 y A22 pueden adquirir los insumos producidos por las firmas A11 y A12, respectivamente, a un valor que tiende al costo marginal de producción de A21 y A22. Al contrario, las otras firmas del renglón de abajo que conforman este oligopolio bilateral y que no tienen integradas firmas del renglón de arriba compran los insumos a un precio de mercado. Salinger (1988) muestra que la integración vertical entre varias firmas aumenta el precio de mercado al cual se venden los insumos debido al aumento de concentración en el renglón de arriba. En este caso, no solo las empresas integradas obtienen los insumos a un valor que tiende al costo marginal, lo que les da una primera ventaja, sino que también su integración vertical aumenta el precio al cual las empresas no integradas del renglón de abajo adquieren los insumos. Cuando este incremento se vuelve agudo, la integración vertical puede impedir a las otras firmas competir en igualdad de condición” [Bardey, D., & Buitrago, G., 2016]

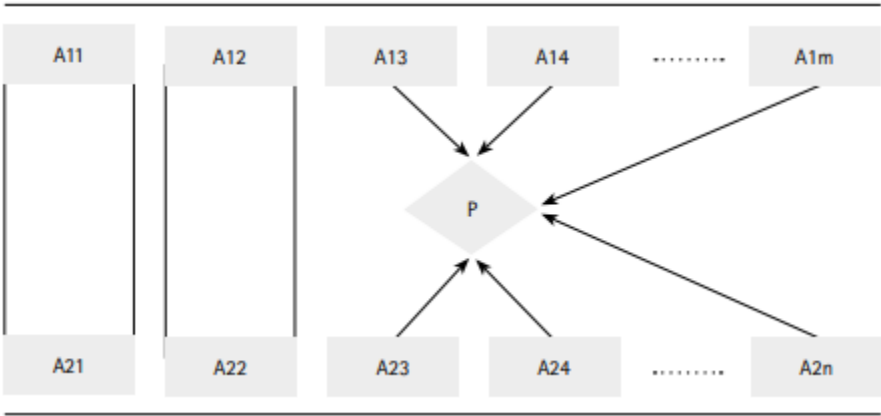


Figure 24. Oligopolio Bilateral con Integración Vertical.
Fuente: tomado de Bardey, D., & Buitrago, G., 2016

En la sección sobre reformas, se propone reducir gradualmente la integración vertical, aumentar las condiciones para el ejercicio de la libertad de escoger y diseñar una política específica para luchar contra la corrupción en salud.

REFLEXIONES SOBRE MEJORAS Y REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Como se puede apreciar en este documento que, aunque general, muestra el comportamiento de distintos indicadores, el desempeño de los sistemas de salud contiene distintas dimensiones, por lo que es esperable que estos presenten mejores resultados en unas u otras. Para el caso del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), existe un desempeño muy superior en el objetivo fundamental de lograr equidad en el goce del derecho fundamental a la salud protegiendo financieramente a las personas y resultados positivos, aunque discretos, en la experiencia de la atención de sus pacientes.



En este último objetivo, existe un componente subjetivo (aunque medible y legítimo) de percepción, no obstante, cuando se analizan datos acerca de la oportunidad de la atención (listas de espera), **el país presenta resultados incluso mejores que países industrializados, por ejemplo, en lo relacionado con listas de espera de cirugía.**

Por otro lado, el análisis del objetivo de la mejora de la salud, reviste de mayor complejidad y la interacción de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales requieren de un abordaje intersectorial. Ahora bien, el sistema de salud colombiano presenta resultados mixtos en esta dimensión, pero se resaltan aquellos relacionados

con la gestión integral del riesgo en grupos como los pacientes con VIH, Hemofilia, Enfermedad Renal Crónica y algunos cánceres.

Esto permite concluir que existen oportunidades de reforma o ajustes de elementos estructurales del sistema, sin embargo, no se evidencia una falla total del mismo que amerite una reforma extrema del modelo. En tal sentido, se plantean las siguientes propuestas:

- i. Desarrollar las diferentes normas de la Ley Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud (Ley 1751 de 2015), ya avalada por la Corte Constitucional, que no han sido implementadas a pesar de que están encaminadas a proteger el goce efectivo del derecho a la salud en condiciones equitativas y sostenibles así como a promover políticas de prevención y promoción de la salud. Ni la Ley Estatutaria ni la Corte Constitucional han exigido un cambio extremo de sistema creado por la Ley 100 de 1993, declarado ajustado a la Constitución en sus elementos esenciales a lo largo de 30 años de jurisprudencia constitucional.
- ii. Fortalecer las capacidades de la Superintendencia de Salud, inclusive en materia de inspección y vigilancia financiera, con el fin de que pueda hacer un seguimiento integral al funcionamiento del sistema de salud y adoptar medidas de manera oportuna cuando identifique fallas o abusos en las EPS o las IPS que requieren correctivos o sanciones, teniendo como norte el funcionamiento eficiente, equitativo y sostenible del sistema para lograr la protección de los usuarios y sus derechos. Se trata de aprovechar mejor algo característico de la justicia administrativa en Colombia que es mucho más eficiente que la justicia judicial
- iii. Generar un instrumento de resolución de conflictos del sector salud que sea más accesible y más rápido que la acción de tutela. Este sería administrado por la Superintendencia Nacional de Salud, o el Ministerio de Salud, y debe ser diseñado de tal forma, que permita el acceso oportuno a la resolución ágil de solicitudes y o conflictos entre los usuarios y el propio sistema, en el marco de la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015, pero con pleno

conocimiento de niveles razonables de cumplimiento eficiente. Por ejemplo, listas de espera de acuerdo a la oferta o terapias o tecnologías en salud con evidencia científica. Se busca con este instrumento, descongestionar la Justicia, promover el buen uso razonable del sistema y generar una cultura de responsabilidad, mejorando las condiciones para un mejor desempeño y la garantía del derecho fundamental. La creación de este instrumento de resolución de conflictos no impide el uso de la acción de tutela. No obstante, como este funcionará de manera más accesible y expedita en la protección del derecho fundamental, el incentivo para acudir a la acción de tutela disminuirá a medida que las personas aprecien la bondad de acudir a este nuevo mecanismo. En la creación de este instrumento se respetaría la jurisprudencia de la Corte Constitucional en cuanto a la resolución de controversias por autoridades administrativas.

- iv. Generar mayores capacidades e instrumentos técnicos para el monitoreo y la coordinación de la gestión integral del riesgo en el Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales, de tal forma que se pueda evidenciar con oportunidad desviaciones en los procesos de atención y mejorar la integralidad y calidad de los servicios prestados.
- v. Eliminar barreras de acceso administrativas innecesarias, en el marco de rutas integrales de atención.
- vi. Enfocar los esfuerzos en la generación de rutas integrales, tanto administrativas como clínicas y de atención, sobre todo en los grupos de riesgo que muestran un deterioro en sus indicadores de resultado.
- vii. Exigir por medio de una reforma legal que la integración vertical se reduzca gradualmente en un porcentaje de 10% cada año según el plan que presente cada EPS con el correspondiente control y vigilancia de la superintendencia de salud fortalecida.
- viii. Desarrollar los componentes del derecho fundamental a la salud establecidos en la Ley Estatutaria y precitados por la jurisprudencia constitucional, en especial la libertad de escoger prestador y estar adecuadamente informado sobre las opciones en materia de prevención, diagnóstico, atención y curación.

- ix. Adoptar políticas específicas para controlar los abusos dentro del sistema y luchar contra la corrupción, con el fin de asegurar que los recursos de la salud se destinan exclusivamente a satisfacer el derecho a la salud y a garantizar condiciones dignas y justas para el personal de salud
- x. Introducir mecanismos de ajuste de riesgo tanto ex ante como ex post en la Unidad de Pago por Capitación por los principales grupos de riesgo, de tal forma que se introduzcan incentivos a resultados y buena gestión.
- xi. Promover la eliminación del pago por evento a lo largo de la cadena de valor, la limitación de la integración vertical, en favor de un sistema más eficiente y transparente.
- xii. Acelerar la interoperatividad de la historia clínica y la consolidación de un sistema integral de información que permita hacer seguimiento administrativo a las transacciones en salud.
- xiii. Diseñar una política de innovación en salud, de largo plazo que fomente el desarrollo de capacidades locales de investigación, desarrollo y producción, la transferencia de tecnología, pero también la introducción de nuevas tecnologías en salud con visión de valor terapéutico y calidad de vida medible y evidenciable.
- xiv. Unificar la gestión de la salud pública en los territorios, mediante un nuevo arreglo institucional que permita la intervención consolidada de las familias y comunidades.
- xv. Diseñar un esquema de subsidio a la oferta, pero condicionado a indicadores de resultado y calidad, para hospitales públicos de centros rurales.
- xvi. Adoptar medidas para dignificar el servicio prestado por los médicos y los trabajadores que apoyan su labor con servicios de enfermería, así como para garantizarles una remuneración justa, .

- xvii. Mientras estas reformas se materializan, adoptar las decisiones necesarias para que los recursos del sistema fluyan de manera oportuna a las EPS e IPS para que financien de manera oportuna, adecuada y sostenible los servicios de salud de los cuales depende el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Desarrollo y Sociedad*, (77), 231-262.

Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH y SIDA en Colombia 2021. CAC. Bogotá. 2021

Cuenta de Alto Costo. Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo. CAC. Bogotá, 2021

Camacho, A., & Flórez Nieto, C. E. Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010. 2012

El Banco Mundial. World Bank Data. 2022

Estrada A. Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires. 2006.

Echavarría, Juan José. "Colombia en la década de los noventa: neoliberalismo y reformas estructurales en el trópico." *Cuadernos de economía* 20.34 (2001): 57-102.

Londoño, Juan Luis, and Julio Frenk. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. No. 353. Working Paper, 1997.

McIntyre D & Chow C. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* Volume 57: 1–15. 2020

Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C. 2020

Tomado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>.

Núñez, Jairo, et al. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano- Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. 2012.

OECD. OECD Reviews of Health Systems: Colombia. OECD Publishing, Paris. 2015. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264248908-en>

Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 1946

Organización Mundial de la Salud. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. OMS. Ginebra, Suiza. 2022

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. 2000 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>

Siciliani L. et al. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. Health Policy 118, 292-303. 2014

World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Papanicolas, Irene, Rajan, Dheepa, Karanikolos, Marina. et al. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. World Health Organization. 2022 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352686>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO