

La influencia política en el ecosistema de salud colombiano

Political Influence in the Colombian Health Ecosystem

Oscar Marino López-Mallama¹ , Ismael Orlando Chaux-Zambrano²  y Alexander Almeida-Espinosa³ 

Artículo de revisión

Recibido: 02/07/2025

Aprobado: 13/04/2026

Publicado: 16/07/2026

Cómo citar este artículo:

López-Mallama, O. M.,
Chaux-Zambrano, I. O.,
y Almeida-Espinosa, A.
(2026). La influencia
política en el ecosistema
de salud colombiano.
Administración & Desarrollo,
56(2), e-1155. <https://doi.org/10.22431/25005227.1155>



ISSN: 0120-3754

e-ISSN: 2500-5227

Resumen

Problemática: en las últimas tres décadas, el sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones asociadas a cambios políticos, económicos y sociales. Un factor en este proceso fue la Ley 100 de 1993, que introdujo un modelo de competencia regulada con participación del sector privado y la coexistencia de regímenes contributivo y subsidiado. Aunque este esquema amplió la cobertura, persisten desafíos en equidad territorial y acceso. **Objetivo:** analizar el papel de la influencia política en la configuración y el funcionamiento del ecosistema de salud colombiano. **Metodología:** se desarrolló una revisión bibliográfica con enfoque cualitativo y carácter descriptivo, basada en el análisis de normativas, estudios académicos e informes institucionales publicados entre 1993 y 2022. **Resultados:** los hallazgos muestran que la intervención política ha orientado la evolución del sistema, condicionando su financiamiento, descentralización y calidad de la atención. **Conclusión:** el sistema de salud colombiano permanece en constante adaptación y condicionado por políticas, lo que evidencia la necesidad de reformas estructurales orientadas a garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad y calidad. **Contribución/originalidad:** el estudio interpreta las reformas del sistema no solo desde su dimensión normativa, sino también desde las dinámicas de poder que han influido en su configuración y desempeño.

Palabras clave: economía de la salud, política de la salud, servicio de salud, sistemas de salud, reforma de la atención de salud.

Clasificación JEL: P46; I1; A12.

- 1 Doctor en administración, mención gobierno y políticas públicas. Institución Universitaria Antonio José Camacho y Universidad del Valle, Colombia.. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3543-9123>. Google Scholar: https://scholar.google.es/citations?user=7n_8RPYAAAAJ&hl=es. Correo electrónico: omarinolopez@admon.uniajc.edu.co
Roles CRediT: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, investigación, validación, redacción – borrador original.
- 2 Administrador en salud. Institución Universitaria Antonio José Camacho, Colombia.. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3961-444X>. Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=67EHsxMAAAAJ>. Correo electrónico: ichaux@estudiante.uniajc.edu.co.
Roles CRediT: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, visualización, redacción – borrador original.
- 3 Doctor en ciencias económicas administrativas. Institución Universitaria Antonio José Camacho y Universidad del Valle, Colombia.. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5597-0405>. Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=Orl-RdsAAAAJ&hl=es>. Correo electrónico: alexander.almeida@correounivalle.edu.co
Roles CRediT: conceptualización, supervisión, validación y redacción – revisión y edición.

Abstract

Problem statement: Over the past three decades, the Colombian healthcare system has undergone transformations associated with political, economic, and social changes. One factor in this process was Law 100 of 1993, which introduced a regulated competition model with private sector participation and the coexistence of contributory and subsidized systems. Although this scheme expanded coverage, challenges persist in territorial equity and access. **Objective:** To analyze the role of political influence in the configuration and functioning of the Colombian healthcare ecosystem. **Methodology:** A qualitative and descriptive literature review was conducted, based on the analysis of regulations, academic studies, and institutional reports published between 1993 and 2022. **Results:** The findings show that political intervention has guided the evolution of the system, conditioning its financing, decentralization, and quality of care. **Conclusion:** The Colombian healthcare system remains in constant adaptation and is conditioned by policies, which highlights the need for structural reforms aimed at guaranteeing the right to health under conditions of equity and quality. **Contribution/originality:** The study interprets the system's reforms not only from its normative dimension, but also from the power dynamics that have influenced its configuration and performance.

Keywords: Health economics, Health policy, Health services, Health Systems, Health Care Reform.

JEL Classification: P46; I1; A12.

Introducción

Colombia, a lo largo de su historia, ha atravesado profundas transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales que han configurado su desarrollo institucional y la vida de sus ciudadanos (Arenas-Mendoza, 2021; Zapata-Loboa *et al.*, 2024). Estas dinámicas han obligado al Estado a realizar ajustes permanentes en sus políticas públicas, con el fin de mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades y garantizar derechos fundamentales, entre ellos el acceso a la salud (Carabali *et al.*, 2024; Donado y Rincón, 2024; Isajar *et al.*, 2024). Sin embargo, la configuración y el desempeño del sistema de salud no dependen únicamente de factores técnicos o económicos, sino que están fuertemente condicionados por las decisiones políticas, lo cual ha impactado su sostenibilidad, equidad y eficiencia (Briches-Corrales *et al.*, 2024; González-Salas, 2021).

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha evolucionado a partir de reformas estructurales orientadas a ampliar

la cobertura y mejorar la prestación de servicios (Dorado-Zúñiga *et al.*, 2023; Restrepo-Zea, 2022; Tovar-Acosta *et al.*, 2023). La Ley 100 de 1993 representó un punto de inflexión, al introducir un modelo de aseguramiento basado en la competencia regulada entre entidades prestadoras, lo que permitió alcanzar una cobertura cercana al 99 % de la población (García-Hernández y Esquer-Bojorquez, 2023; Salazar-Villegas *et al.*, 2024; Zamora-Gómez *et al.*, 2024). No obstante, una cobertura casi universal no se traduce en acceso efectivo: persisten barreras económicas, geográficas y administrativas que afectan especialmente a comunidades rurales, grupos étnicos y territorios históricamente golpeados por el conflicto armado (López-Mallama, 2023; Ramírez-Cárdenas y Mejía-Argüello, 2024; Salazar-Villegas *et al.*, 2023).

Las inequidades territoriales son uno de los mayores retos. Cerca del 29 % del territorio nacional enfrenta riesgos naturales que limitan la infraestructura en salud, y la deficiente calidad de las vías, calificada en promedio con 3 sobre

7 puntos, dificulta el transporte de pacientes y personal sanitario (Grajales-Rebolledo *et al.*, 2024; Martínez-Gómez y Parraguez-Camus, 2021; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). A ello se suman factores socioculturales, como la diversidad étnica y las secuelas de la violencia, que restringen la pertinencia y la efectividad de los servicios (Bran-Piedrahita *et al.*, 2020; Nieto-Betancurt *et al.*, 2024).

Más allá de estas limitaciones estructurales, el sgsss ha estado sujeto a intereses políticos que han condicionado su gobernanza (Arias-Monsalve y Restrepo-Zea, 2023). La inestabilidad en la formulación de políticas, la fragmentación institucional y la presión de sectores económicos han derivado en un sistema tensionado entre la eficiencia financiera y el derecho fundamental a la salud (Penagos y Arrivillaga, 2021; Sotelo-Daza *et al.*, 2023). En este contexto, y según lo plantean López-Mallama (2023) y Torres-Tovar (2023), el modelo de financiamiento y administración no ha permanecido estático a lo largo del tiempo; al contrario, ha sido objeto recurrentes debates, especialmente relacionados con la equidad en el uso y acceso de los servicios de salud, la legitimidad de la ciudadanía y la sostenibilidad y uso eficiente de los recursos.

Comprender estas tensiones, como lo plantean Álvarez-Dardet *et al.* (2008) y Girón-Restrepo *et al.* (2026), requiere situarlas en un marco teórico que permita interpretar cómo se organizan los sistemas de salud. En este sentido, el modelo Bismarck, originado en Alemania a finales del siglo XIX, como lo indican Vilaseca y Howe, (2022) y Girón-Restrepo *et al.* (2026), se basa en contribuciones obligatorias de trabajadores y empleadores, con lo que se intenta asegurar la cobertura para los afiliados, aunque no esté libre de problemas en términos de equidad. Por su parte, el modelo Beveridge, desarrollado en el Reino Unido, y como lo sustentan Cenedesi-Júnior y Vouillat (2022) y Girón-Restrepo *et al.* (2026), se financia a través de impuestos generales e

intenta garantizar el acceso universal, aunque enfrenta retos relacionados con la sostenibilidad financiera y la gestión de los factores productivos del sistema. Entre estos referentes, han surgido también esquemas mixtos que, como los afirman Castañeda-Meneses y Cazorla-Becerra (2022), López-Mallama *et al.* (2025) y Girón-Restrepo *et al.* (2026), combinan financiamiento público y privado, con el propósito de equilibrar criterios de eficiencia y solidaridad. En América Latina, y particularmente en Colombia, se ha optado por este tipo de arreglo híbrido como una forma de responder a condiciones sociales, económicas y políticas específicas (Granger *et al.*, 2023).

Aun con los avances normativos y las distintas estrategias impulsadas desde el gobierno, persisten dificultades que atraviesan aspectos clave como la eficiencia financiera (Almeida *et al.*, 2025), la capacidad de gestión (Mesa-Melgarejo *et al.*, 2023) y la equidad en la prestación de los servicios (Lemos-Muñoz *et al.*, 2023). Estas limitaciones no solo evidencian brechas estructurales, sino que también ponen en el centro la necesidad de fortalecer la red pública de salud, diversificar las fuentes de financiamiento e incrementar la inversión en infraestructura (Vargas-González, 2021). Más allá de lo técnico, según plantean Chávez-Guerrero (2022) y López-Mallama *et al.* (2025), se trata de un desafío que exige una voluntad política sostenida para avanzar hacia un ecosistema de salud que responda de manera más equitativa, sostenible y resiliente a las necesidades de la población.

Frente a las políticas públicas, como lo exponen Howlett y Ramesh (2003, en Valdivieso, 2012) y Sabatier (2019), la influencia política puede explicarse como la capacidad de distintos actores gubernamentales, partidos políticos, *stakeholders*, grupos de interés y asociaciones institucionales para incidir en la forma en que se diseñan, implementan y evalúan las políticas. En el sector salud, según plantean Restrepo-Zea y Zapata-Cortés (2022) y Melo-Becerra *et al.* (2023), esta incidencia

se materializa en decisiones sobre la asignación de recursos, los mecanismos de regulación, la definición de prioridades sanitarias y el rumbo de las reformas institucionales. En consecuencia, el análisis de las reformas normativas y de las transformaciones institucionales del sgsss permite comprender de qué manera las dinámicas políticas han configurado el ecosistema de salud colombiano.

Bajo esta perspectiva, el objetivo de este artículo es analizar cómo la política ha incidido en la estructuración y funcionamiento del ecosistema de salud colombiano, con el fin de aportar a la comprensión de sus retos y a la discusión sobre reformas futuras. En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera la influencia política ha incidido en la estructuración y el funcionamiento del ecosistema de salud colombiano desde la implementación del sgsss hasta la actualidad?

Metodología

Este estudio corresponde a una revisión bibliográfica cualitativa (Niño-Vásquez *et al.*, 2025) de carácter descriptivo (González-Vargas y Torres-Flórez, 2025). Este tipo de revisión permite sintetizar e interpretar la producción académica y documental existente sobre un fenómeno determinado, con el fin de identificar tendencias, debates y vacíos de conocimiento (Blanco-Zúñiga, 2024; Lemos-Muñoz *et al.*, 2023; Montaña-Ramírez *et al.*, 2023; Ospina-Díaz y Zambrano-Ospina, 2023; Torres-Flórez, Hernández-Calderón *et al.*, 2024). Para alcanzar el objetivo de este artículo se adoptó una perspectiva interpretativa de carácter hermenéutico, orientada a comprender las transformaciones normativas e institucionales del sistema en su contexto político e histórico (Giraldo-Jiménez *et al.*, 2022; López-Mallama, 2023; Polanía-Reyes *et al.*, 2020). En la figura 1 se presenta el proceso metodológico de la revisión bibliográfica.

Las fuentes empleadas fueron documentales y secundarias, propias de este tipo de revisiones.

Se consultaron bases de datos de acceso abierto como Dimensions, SciELO y Dialnet, por su amplia cobertura de artículos científicos, libros, tesis y literatura académica de calidad (Andrade-Gon-tijo *et al.*, 2021; Bode *et al.*, 2023; Torres-Flórez, Vidal Sanpedro *et al.*, 2024; Torres-Salinas, 2020). Complementariamente, se exploraron repositorios institucionales del Banco de la República de Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el Departamento Nacional de Planeación y, de manera prioritaria, los documentos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social (López-Mallama, 2023; Mantilla-Mejía *et al.*, 2023; Rodríguez-Hernández y Almanza Sánchez, 2024).

La estrategia de búsqueda se desarrolló a partir de términos derivados del Tesauro de la Unesco y de descriptores utilizados en literatura de políticas públicas y sistemas de salud. Entre los principales términos utilizados se incluyeron: health system, health policy, health reform, political influence, health governance y Colombia. Estos términos se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR para ampliar o restringir los resultados según la pertinencia temática (Andrade-Díaz *et al.*, 2024; Cifuentes-Martínez y Duarte-Vega, 2023).

Los criterios de inclusión consideraron documentos académicos y técnicos relacionados con el sistema de salud colombiano, tales como artículos científicos, libros, informes institucionales y documentos normativos publicados entre 1993 y 2022. Se excluyeron documentos que no abordaran directamente el sistema de salud colombiano o su dimensión política, así como aquellos que no contaran con suficiente información metodológica o relevancia temática para los objetivos de la investigación (Da Silva *et al.*, 2021).

El proceso de selección de documentos se realizó en tres etapas: identificación, revisión preliminar y selección final. En la fase de identificación, se recopilaban los documentos disponibles en las

bases de datos y repositorios institucionales consultados. Posteriormente, se realizó una revisión de títulos y resúmenes para verificar su pertinencia temática. Finalmente, los documentos seleccionados fueron analizados de manera integral para su inclusión en el estudio.

Como resultado del proceso de búsqueda y de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó un corpus documental compuesto por 38 documentos, entre artículos científicos, informes institucionales y documentos normativos publicados entre 1993 y 2022, los cuales constituyeron la base para el análisis interpretativo de la relación entre política y salud en Colombia.

La información seleccionada fue organizada en tablas de Excel, que permitieron clasificar los documentos de acuerdo con su cronología, categoría temática y nivel de pertinencia. Posteriormente, se aplicó un análisis de contenido con enfoque interpretativo, que favoreció la identificación de tendencias y tensiones en la relación entre política y salud en Colombia (Carrillo-Vera *et al.*, 2024; Cifuentes-Martínez y Duarte-Vega, 2023; Malek y Desai, 2020; Saldías-Fernández y Luengo-Martínez, 2022).

Dado que la investigación se sustentó exclusivamente en fuentes secundarias de acceso abierto y no involucró la participación de seres humanos, no fue necesario el aval de un comité de ética (Toro-Huamanchumo *et al.*, 2022).

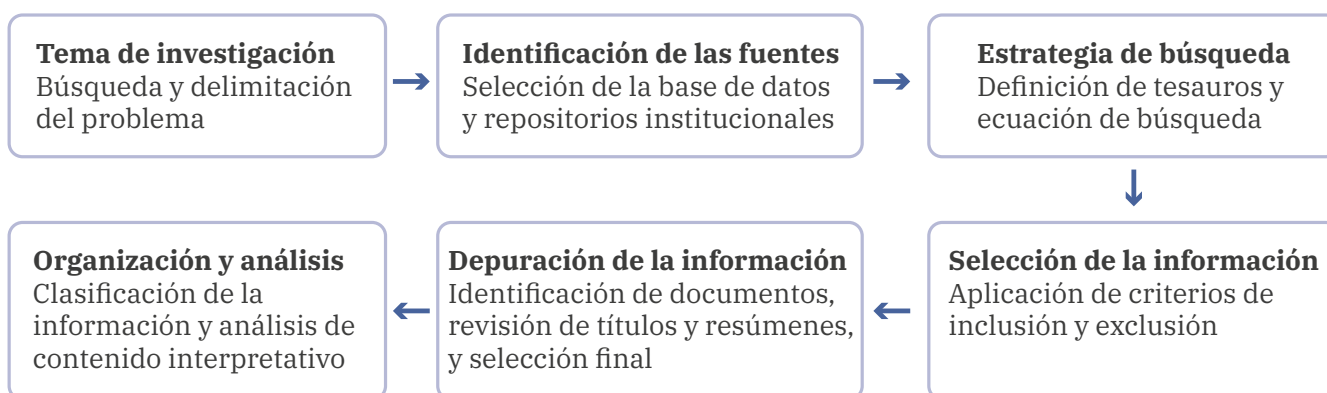


Figura 1. Proceso metodológico de la revisión bibliográfica

Fuente: elaboración propia

Resultados

Evolución del sistema de salud colombiano

Los resultados sobre la evolución del sistema de salud colombiano en los últimos treinta años reflejan una transformación profunda, que tiene su punto de inflexión en la Constitución Política de 1991 (Chávez-Guerrero, 2022). Este documento consagró la salud como un servicio público a cargo del Estado, lo cual significó un cambio

radical en la forma en que el país entendía y organizaba su sistema de salud (Congreso de Colombia, 1991). Con la promulgación de la Ley 100 de 1993, se estableció el sgsss, que incluye cuatro componentes: pensiones, salud, riesgos laborales y sistemas sociales complementarios (Congreso de la República de Colombia, 1993). Esta ley sentó las bases de un modelo mixto de aseguramiento y financiamiento, donde el papel del Estado pasó de ser un proveedor directo de servicios a un actor regulador y financiador

mediante el aseguramiento a través de las entidades promotoras de salud (EPS) (Ávila-Montealegre *et al.*, 2025).

En el ámbito de la salud, según Vargas-González (2021) y Girón *et al.* (2025), la Ley 100 introdujo un cambio sustancial al reemplazar el esquema de subsidio a la oferta por uno orientado al subsidio a la demanda. Este giro transformó la lógica de acceso, que dejó de depender de la provisión directa por parte del Estado y pasó a estar mediada por el aseguramiento (Arias-Cipagauta *et al.*, 2023). En este nuevo esquema, los recursos provienen tanto de las contribuciones de empleadores y trabajadores en el régimen contributivo como de fondos fiscales destinados al régimen subsidiado (Melo-Becerra *et al.*, 2023). Bajo esta configuración, como lo plantean Gutiérrez-Ossa y Restrepo-Avendaño (2012) y Rodríguez-Páez *et al.* (2022), el sistema promueve una competencia regulada entre actores públicos y privados, lo que ha contribuido de manera significativa a la expansión de la cobertura en los servicios de salud.

Con el paso de los años, y como lo afirman Alvarado (2023) y Zapata-Loboa *et al.* (2024), el sistema ha sido objeto de múltiples ajustes orientados a ampliar su alcance y fortalecer su regulación. Un ejemplo de ello es la Ley 1122 de 2007, que unificó los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado bajo el denominado Plan de Beneficios en Salud, anteriormente denominado Plan Obligatorio de Salud, con el propósito de simplificar el esquema y avanzar en condiciones de mayor equidad en la atención (Congreso de la República de Colombia, 2007). De manera simultánea, la descentralización promovida por la Ley 715 de 2001 trasladó a las entidades territoriales la responsabilidad de la prestación de servicios (Congreso de la República de Colombia, 2001). Si bien este proceso abrió espacios para una gestión más cercana a las realidades locales, también ha evidenciado limitaciones asociadas a la capacidad institucional y a la coordinación entre niveles de gobierno (Restrepo-Zea, 2022).

Entre las reformas más significativas se encuentra la implementación del Sistema de Información en Salud, incorporado en la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007), el cual ha contribuido a mejorar los procesos de toma de decisiones y a la planificación del sector a nivel nacional (Añasco-Noguera *et al.*, 2021). En esta misma línea, la Ley 1438 de 2011 reforzó el enfoque en la atención primaria y promovió la puesta en marcha del Plan Decenal de Salud (Congreso de la República de Colombia, 2011), orientado a fortalecer las acciones de prevención y a consolidar la salud pública en el país (Zapata-Loboa *et al.*, 2024).

En materia de financiamiento, distintas reformas legislativas y normativas han buscado promover la disponibilidad de recursos necesarios para sostener la cobertura universal. La Ley 1393 de 2010 destinó más recursos al régimen subsidiado a través de impuestos específicos (Congreso de la República de Colombia, 2010), mientras que la Ley 1607 de 2012 introdujo reformas fiscales para sustituir parcialmente las cotizaciones por impuestos generales (Congreso de la República de Colombia, 2012). Más recientemente, la Ley 1819 de 2016 garantizó recursos adicionales mediante una reforma tributaria que favoreció la sostenibilidad del sistema (Congreso de la República de Colombia, 2016) y la Ley 2010 de 2019 implementó medidas para reducir los aportes de los pensionados con el fin de ampliar la cobertura (Congreso de la República de Colombia, 2019b).

En el ámbito institucional, se destacan reformas como la creación de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), establecida por la Ley 1753 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015b), que sustituyó al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Además, la Ley 1955 de 2019 introdujo modificaciones clave en la responsabilidad de asegurar prestaciones no contempladas en el plan de beneficios para el régimen subsidiado, reflejando un enfoque más flexible ante las

necesidades emergentes del sistema ([Congreso de la República de Colombia, 2019a](#)).

Un punto de inflexión en la trayectoria del sistema lo marcó la Sentencia T-760 de 2008, que reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo y redefinió su alcance dentro del ordenamiento jurídico colombiano ([Corte Constitucional, 2008](#)). Esta decisión impulsó la promulgación de la Ley 1751 de 2015, que regula el derecho a la salud y establece el Plan Integral de Salud, reafirmando el compromiso del Estado con la cobertura universal y la calidad en la atención ([Congreso de la República de Colombia, 2015a](#)).

Este conjunto de reformas normativas refleja no solo ajustes técnicos del sistema, sino también la influencia de agendas políticas y económicas que han orientado las decisiones del sector salud en distintos momentos históricos. En este sentido, la evolución del sgsss puede entenderse como el resultado de procesos políticos en los que intervienen múltiples actores institucionales, intereses económicos y prioridades gubernamentales.

Actores del ecosistema de salud colombiano

[Chávez-Guerrero \(2022\)](#) y [Salazar-Villegas et al. \(2023\)](#) indican que el sistema de salud colombiano se configura a partir de una diversidad de actores, tanto públicos como privados, que intervienen en su gestión, regulación y operación. Entre ellos, el Ministerio de Salud y Protección Social ocupa un lugar central, al encargarse de la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas del sector ([López-Mallama, 2021](#)). Como entidad del orden nacional, según [Crispin-Fory et al. \(2023\)](#), dispone de un presupuesto orientado a garantizar el funcionamiento del sistema y a fortalecer las acciones de salud pública. Asimismo, le corresponde coordinar estrategias de promoción y prevención, tanto como facilitar el acceso a los servicios de salud, especialmente para las poblaciones en condición de vulnerabilidad ([Galvis-Bedoya et al., 2022](#)).

En la gestión de los recursos, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud cumple un papel determinante ([ADRES, 2023](#)). Esta entidad, creada mediante la Ley 1753 de 2015, asumió la función de centralizar la administración y distribución de los recursos financieros del sistema, en reemplazo del FOSYGA. Su carácter autónomo, tanto en lo administrativo como en lo financiero, le permite incidir de manera directa en la eficiencia del uso de los recursos y en la sostenibilidad del sistema en su conjunto ([Congreso de la República de Colombia, 2015b](#)).

La Superintendencia Nacional de Salud cumple una función clave en el sistema, al ejercer labores de vigilancia, control y regulación del sgsss. Su actuación se orienta a verificar que tanto las EPS como las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) operen conforme a la normativa vigente, garantizando condiciones adecuadas de calidad y accesibilidad en la prestación de los servicios ([Superintendencia Nacional de Salud, 2023](#)). Adicionalmente, el Decreto 1280 de 2002 le otorga la facultad de identificar y sancionar irregularidades que puedan afectar los derechos de los usuarios ([Congreso de la República de Colombia, 2002](#)).

En la cadena de supervisión, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos desempeña un papel fundamental al garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos relacionados con la salud ([Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y Ministerio de Salud y Protección Social, 2023](#)). En el marco del Decreto 334 de 2022, su labor resulta clave para la protección de la salud pública, en la medida en que verifica que los productos disponibles en el mercado como medicamentos y alimentos cumplan con los estándares exigidos para su uso y consumo ([Ministerio de Salud, 2022](#)).

Además de los actores mencionados, intervienen otras instancias e instituciones que también

cumplen funciones relevantes en la supervisión y gestión del funcionamiento y de los recursos del sistema de salud colombiano (Restrepo-Zea y Zapata-Cortés, 2022). El Instituto Nacional de Salud se ocupa de las investigaciones científicas y la vigilancia epidemiológica, mientras que las entidades territoriales asumen la responsabilidad de la prestación de servicios de salud a nivel local, conforme a las normativas del Gobierno central (Congreso de la República de Colombia, 2002). Las IPS y las EPS son las encargadas directas de prestar los servicios médicos a los afiliados, siendo estas últimas las que gestionan el aseguramiento, en tanto que las IPS son encargadas de la atención directa (Añasco-Noguera *et al.*, 2021).

Además de estas entidades, otros actores del ámbito jurídico y fiscal, como la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la Nación, supervisan y protegen los derechos de los usuarios y velan por la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos del sistema (Ministerio de Salud, 2025).

Avances del sistema de salud

El SGSSS ha sido un pilar fundamental en Colombia para garantizar el acceso a la atención médica y la protección social de la población desde su creación en 1993 con la Ley 100 (Arias-Monsalve y Restrepo-Zea, 2023). Desde su configuración, el sistema ha buscado garantizar condiciones que contribuyan a la calidad de vida de la población, al tiempo que responde a contingencias que afectan tanto la salud como la estabilidad económica de las personas (Restrepo-Zea y Zapata-Cortés, 2022).

Uno de los cambios más relevantes en la evolución del sistema se observa en la relación entre los ciudadanos y las instituciones encargadas de la provisión de los servicios de salud (Restrepo-Zea, 2022). En particular, la influencia de corrientes como el neoliberalismo ha favorecido una mayor participación del sector privado, lo

que ha introducido tensiones en torno al carácter público del sistema (Fernández, 2021). En este escenario, la salud tiende a percibirse, en algunos casos, más como un bien transable que como un derecho fundamental garantizado por el Estado, situación que incide en la forma en que ciertos grupos poblacionales acceden y valoran la calidad de los servicios (Arrivillaga y Salcedo-García, 2020).

Pese a los avances logrados, el sistema de salud continúa enfrentando desafíos persistentes, especialmente en lo relacionado con su financiamiento y sostenibilidad (Herrera-Saavedra *et al.*, 2022). Aunque el incremento del gasto público ha sido determinante para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, también ha evidenciado la necesidad de avanzar hacia una gestión más eficiente de los recursos y una distribución más equitativa de las cargas financieras entre los distintos actores del sistema (Granger *et al.*, 2023).

En términos de cobertura, Colombia ha registrado avances significativos, al alcanzar un 99,6 % de aseguramiento para el año 2022 (Departamento Nacional de Planeación, 2024), en contraste con el 29,21 % reportado en 1995. No obstante, este crecimiento sostenido no se traduce de manera automática en acceso efectivo ni en condiciones homogéneas de calidad. Persisten brechas importantes, especialmente en zonas rurales y en poblaciones en situación de vulnerabilidad, donde el acceso oportuno y la calidad de los servicios siguen siendo limitados (Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, 2022).

A lo largo de su desarrollo, el sistema ha atravesado distintas etapas de transformación, que van desde la descentralización de la atención hasta la expedición de normas orientadas a reorganizar la distribución de los recursos entre el nivel central y los territorios (Almeida-Espinosa *et al.*, 2024). Estos cambios han favorecido mayores márgenes de gestión y autonomía a nivel local;

sin embargo, también han puesto en evidencia dificultades de coordinación entre los distintos niveles de gobierno, lo que en algunos casos ha incidido en la eficiencia del sistema en el ámbito regional (Sotelo-Daza *et al.*, 2023).

Desde la perspectiva de la salud pública, Colombia ha registrado avances en indicadores relevantes, como la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad infantil (Cortés *et al.*, 2022). No obstante, estas mejoras coexisten con brechas persistentes en materia de desigualdad en salud y en el acceso inequitativo a servicios de calidad (Bran-Piedrahita *et al.*, 2020). En este contexto, la incorporación de la calidad como criterio de evaluación dentro del sistema adquiere especial relevancia, en tanto permite identificar áreas críticas de intervención y orientar el fortalecimiento de las políticas públicas hacia un desempeño más equitativo y eficiente en la prestación de los servicios (Atehortúa *et al.*, 2013; Zamora-Gómez *et al.*, 2024).

Discusión

Desde el enfoque de las políticas públicas, las reformas del sistema de salud difícilmente pueden leerse solo como decisiones de carácter técnico o administrativo (López-Mallama, 2021). En la práctica, responden a procesos de negociación en los que confluyen actores institucionales, intereses económicos y diversas coaliciones de poder que terminan orientando las políticas sanitarias (Restrepo-Zea y Zapata-Cortés, 2022). En el contexto colombiano, la trayectoria del sgsss muestra cómo las decisiones legislativas y regulatorias han estado atravesadas por debates de orden ideológico en torno al papel del Estado, el mercado y las formas de provisión de los servicios de salud (Girón *et al.*, 2025).

En las últimas tres décadas, la configuración y el funcionamiento del sistema de salud

colombiano han estado estrechamente vinculados a decisiones de carácter político. Desde la Constitución de 1991, que estableció la salud como un servicio público bajo responsabilidad del Estado, hasta la expedición de sucesivas reformas, la orientación del sector ha estado mediada por definiciones políticas sobre su organización y alcance (Salazar-Villegas *et al.*, 2024). En este proceso, la Ley 100 de 1993 marcó un punto de quiebre al dar origen al sgsss y redefinir la lógica de prestación de los servicios (Restrepo-Zea, 2022). El modelo de aseguramiento basado en competencia regulada, con una participación relevante del sector privado, implicó el tránsito del subsidio a la oferta hacia un esquema centrado en la demanda (Gómez-Franco *et al.*, 2020). No obstante, esta transformación ha sido objeto de controversia, particularmente por sus efectos en la equidad del acceso y en la calidad de los servicios para los grupos más vulnerables (Arrivillaga y Salcedo-García, 2020).

Un rasgo estructural del sistema de salud colombiano es la coexistencia de los regímenes contributivo y subsidiado (Gutiérrez-Ossa y Restrepo-Avendaño, 2012). Esta configuración no solo evidencia las desigualdades socioeconómicas del país, sino que también ha sido objeto de ajustes y reformas a lo largo del tiempo, como lo mencionan Mesa-Melgarejo *et al.* (2023). En este marco, la descentralización impulsada por la Ley 715 de 2001 trasladó a las entidades territoriales la responsabilidad en la prestación de los servicios, lo que representó un avance en términos de autonomía y enfoque local (Congreso de la República de Colombia, 2001). No obstante, como lo plantean Rodríguez-Páez *et al.* (2022), este proceso también ha puesto en evidencia limitaciones relacionadas con la gestión de los recursos y la coordinación entre niveles de gobierno, aspectos que continúan siendo un desafío para la implementación efectiva de las políticas de salud.

En el ámbito de la promoción y la prevención, se han impulsado instrumentos normativos como la Ley 1438 de 2011 y el Plan Decenal de Salud, orientados a fortalecer la atención primaria y ampliar las acciones preventivas. Sin embargo, sus resultados no han sido homogéneos en el territorio (Congreso de la República de Colombia, 2011; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Agudelo-Hernández *et al.* (2023) y Vilaseca y Howe (2022) mencionan que persisten dificultades para materializar estos enfoques a nivel local, en buena medida por problemas de articulación entre las entidades responsables de la salud pública, lo que ha limitado el alcance y la eficacia de las políticas implementadas.

El financiamiento se mantiene como uno de los ejes más críticos en el debate sobre el sistema de salud colombiano (Granger *et al.*, 2023). Aunque se han adoptado distintas reformas fiscales orientadas a sostener el sistema, como las leyes 1393 de 2010, 1607 de 2012 y 1819 de 2016, persisten dificultades importantes en la distribución equitativa de los recursos (Congreso de la República de Colombia, 2010, 2012, 2016). El esquema mixto, basado en aportes del Estado y de los empleadores, no ha logrado cerrar las brechas estructurales, particularmente en un contexto marcado por el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades no transmisibles (Arrivillaga y Salcedo-García, 2020). En este escenario, resulta prioritario avanzar tanto en la diversificación de las fuentes de financiamiento como en una asignación más eficiente de los recursos, como condiciones necesarias para la sostenibilidad del sistema (Vargas-González, 2021).

En términos de calidad de los servicios, los avances en cobertura son indiscutibles, al alcanzar un 99,6 % de aseguramiento en 2022, frente al 29,21 % registrado en 1995. Sin embargo, este progreso no se refleja de manera uniforme en la experiencia de atención (Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, 2022). Persisten dificultades

asociadas a la oportunidad en la asignación de citas y a las diferencias en la calidad del servicio entre contextos urbanos y rurales (Bran-Piedrahita *et al.*, 2020). A ello se suma la limitada disponibilidad de infraestructura y personal en zonas apartadas, lo que continúa restringiendo el acceso efectivo a servicios adecuados (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2020).

Desde la perspectiva de la salud pública, los avances en indicadores como la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad infantil evidencian los esfuerzos desarrollados en promoción y prevención (Asociación Colombiana de Salud Pública, 2022). Sin embargo, estos logros coexisten con desigualdades persistentes, particularmente en territorios afectados por el conflicto armado y en comunidades rurales y étnicas (Melo-Becerra *et al.*, 2023). En este contexto, la adopción de políticas de salud con enfoque inclusivo se mantiene como un desafío central para cerrar brechas y avanzar hacia una mayor equidad en los resultados en salud (Restrepo-Zea, 2022).

En conjunto, la influencia política se consolida como un elemento clave en el diseño y funcionamiento del sistema de salud colombiano (Ávila-Montealegre *et al.*, 2025). Si bien las reformas legislativas han impulsado avances importantes, también han puesto en evidencia desafíos persistentes relacionados con la equidad, la sostenibilidad financiera y la eficiencia en la gestión (Melo-Becerra *et al.*, 2023). Afrontar estas tensiones exige un enfoque integral que trascienda el ámbito gubernamental e incorpore una participación más activa de la sociedad civil, junto con un compromiso efectivo con la equidad en la asignación de los recursos (Arrivillaga y Salcedo-García, 2020). En esta línea, las políticas de salud deben orientarse a garantizar condiciones de acceso equitativo y calidad en la atención para toda la población, sin distinción territorial ni socioeconómica (Rodrigues-Gomide-Souza-Pinto y Beck-Ckagnazaroff, 2025).

Conclusiones

La evolución del ecosistema de salud colombiano ha estado marcada por un conjunto de reformas estructurales que, desde la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993, han orientado la ampliación de la cobertura, el mejoramiento de la calidad y la búsqueda de mayor equidad en el acceso a los servicios. Este proceso ha dado lugar a la consolidación de un modelo mixto, en el que convergen la regulación estatal y la participación del sector privado, lo que permite comprender, en buena medida, los avances alcanzados en materia de cobertura universal.

Pese a los avances y logros alcanzados, continúan los desafíos estructurales que dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud. Entre ellos, destacan las limitaciones en el financiamiento, la fragmentación institucional asociada a la descentralización y la distancia entre lo establecido en la normativa y su implementación efectiva. En este escenario, el ecosistema de salud, conformado por una diversidad de actores estatales, privados y de control, da cuenta de la complejidad de la gestión sanitaria en el país. Si bien se han fortalecido mecanismos de regulación y vigilancia, las dificultades en la coordinación interinstitucional y en la eficiencia en la asignación de recursos continúan siendo obstáculos para responder de manera integral a las necesidades de la población, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.

El sgsss constituye, sin duda, uno de los avances más significativos en la historia reciente de la política social en Colombia. No obstante, los logros alcanzados en cobertura y organización del sistema no han sido suficientes para superar las desigualdades históricas en salud. Este panorama pone en evidencia la necesidad de avanzar hacia enfoques más integrales y participativos, que fortalezcan la articulación entre actores políticos, institucionales y sociales, y que estén respaldados por una voluntad política sostenida en el tiempo. Solo bajo estas condiciones será posible consolidar un sistema más justo,

equitativo y sostenible, capaz de garantizar el derecho a la salud sin distinciones territoriales ni socioeconómicas.

En esta línea, analizar la influencia política en el ecosistema de salud colombiano resulta clave no solo para comprender las reformas del sector, sino también para orientar futuras transformaciones institucionales. Las decisiones relacionadas con el financiamiento, la regulación y la organización del sistema trascienden el ámbito técnico, al estar atravesadas por dinámicas políticas que definen las prioridades del Estado y la forma en que se distribuyen los recursos en salud.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Declaración de uso de IA

Ninguna.

Referencias

- ADRES. (2023). *Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/acerca-de-adres/que-es-la-adres>
- Agudelo-Hernández, F., García Cano, J. F., Salazar Vieira, L. M., Vergara Palacios, W., Padilla, M., y Moreno Mayorga, B. (2023). Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: Barreras y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.138>
- Almeida, A., Robledo-Mejía, D. A., González-Torres, J. C., y Rodríguez-Garavito, C. H. (2025).

- Desarrollo de un modelo de *deep learning* para diagnóstico de hipertensión arterial en adultos mayores, caso Armenia, Antioquia. *Administración & Desarrollo*, 55(2). <https://doi.org/10.22431/25005227.1253>
- Almeida-Espinosa, A., Lopez-Mallama, O. M., y Salazar-Villegas, B. (2024). Una aproximación a los gastos de bolsillo en salud en Colombia. *IPSA Scientia, revista científica multidisciplinaria*, 8(4), 9-16. <https://www.book-sandjournals.org/ojs/index.php/ipsa/article/view/art1vol8nro4>
- Alvarado, L. (2023). *Reforma a la salud 2023: Todo lo que deberías saber*. Poliverso. <https://www.poli.edu.co/blog/poliverso/reforma-salud-2023>
- Álvarez-Dardet, C., Ronda, E., Aranaz, J., y Aibar, C. (2008). *Modelos de Sistemas Sanitarios* (11.^a ed.). Elsevier Masson.
- Andrade-Díaz, K. V., Cabezas Angulo, A. G., Osuna, J. V., Lopez Mallama, O. M., y Salazar Villegas, B. (2024). El Marketing en las Empresas de Salud en Colombia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 4137-4152. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9760
- Andrade-Gontijo, M. C., Ferreira De Araújo, R., y Travieso Rodríguez, C. (2021). Impacto académico y social de la investigación sobre Inteligencia Artificial: Análisis basado en la base de datos Dimensions. *Revista General de Información y Documentación*, 31(2), 719-734. <https://doi.org/10.5209/rigid.79465>
- Añasco-Noguera, J., Cobo Larrahondo, Y. F., Martínez Caicedo, A. E., Osorio Cuellar, G. V., y Granada Aguirre, L. F. (2021). Sistemas de información de salud en Colombia. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 4(1). <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.7906>
- Arenas-Mendoza, H. A. (2021). 200 años de Constituciones nacionales colombianas (1821-2021). *Cuestiones Constitucionales*, 47-76. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2021.45.16657>
- Arias-Cipagauta, L. A., Torres Urrego, A. X., y Ruiz García, L. A. (2023). Sistema de Aseguramiento en Salud en Chile, México y Colombia; Revisión Documental. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 8426-8444. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8420
- Arias-Monsalve, N., y Restrepo-Zea, J. H. (2023). Desafíos de la gobernanza del sistema de salud y lecciones del covid-19 para Colombia. *Revista de Salud Pública*, 25(5), 1-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n5.111796>
- Arrivillaga, M., y Salcedo-García, J. (2020). Globalización, inequidades sociales y financiación de la salud, debate a partir del caso Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(3), e1598. <https://www.scielo.org/article/rscsp/2020.v46n3/e1598/#>
- Asociación Colombiana de Salud Pública. (2022). *Propuesta de Reforma al Sistema de Salud desde la perspectiva de la Salud Pública: "La salud que soñamos, la salud que merecemos"*. <https://www.saludpublicacolombia.org/wp-content/uploads/2022/07/PropuestaReformaSistema-deSaludLaSaludqueSonamoslaSaludqueMerecemosACSP10-07-2022-1.pdf>
- Atehortúa, S., Ceballos, M., Gaviria, C. F., y Mejía, A. (2013). Quality assessment of economic evaluations in health care in Colombia: A systematic review. *Biomedica*, 33(4), 615-630. Scopus. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i4.1464>
- Ávila-Montealegre, O., Bauhoff, S., Botero-García, J., Giles-Álvarez, L., León-Moncada, S., Larrahondo, C., Lozano-Espitia, L., Melo-Becerra, L., Ortiz-Hoyos, J., y Rodríguez-Ávila, J. (2025). *Macroeconomic and Fiscal Effects of Increased Efficiency in Medicine Procurement: A General Equilibrium Analysis of the Colombian Health System*. Banco de la República de Colombia. <https://repositorio.banrep.gov.co/items/abdfabee-a21b-4b08-b528-58cb3bec8e4e>
- Basso, M. A., y Gulli, I. D. V. (2023). El enfoque de capacidades y determinantes del gasto de bolsillo en salud de los hogares de Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*. <https://doi.org/10.15517/psm.v21i2.54384>
- Blanco-Zúñiga, A. (2024). Administración pública y gobernanza en Colombia: Aportes para una gestión transparente en clave dialéctica. *Administración & Desarrollo*, 54(1), e903. <https://doi.org/10.22431/25005227.vol54n1.903>

- Blandón-Lotero, L. C., y Jaramillo-Mejía, M. C. (2020). Communities on the move: Community participation in health in rural territories of Buenaventura District in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01239-8>
- Bode, C., Herzog, C., Hook, D., McGrath, R., y Wade, A. (2023). *A Guide to the Dimensions Data Approach* (p. 2805341 Bytes). Dimensions. <https://doi.org/10.6084/M9.FIGSHARE.5783094>
- Bran-Piedrahita, L., Valencia Arias, A., Palacios Moya, L., Gómez Molina, S., Acevedo Correa, Y., Arias Arciniegas, C., Instituto Tecnológico Metropolitano, Instituto Tecnológico Metropolitano, Institución Universitaria Escolme, Fundación Universitaria Católica del Norte, Fundación Universitaria Católica del Norte, y Fundación Universitaria Católica del Norte. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: Percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>
- Briches-Corrales, G. Y., Medina-González, M. D., López-Mallama, O. M., Trujillo-Perdomo, J. F., y Millán-Hernández, E. M. (2024). Análisis de la Prestación de Servicios de Salud en el Archipiélago de San Andrés. *IPSA Scientia, Revista Científica Multidisciplinaria*, 9, ev9r6. <https://doi.org/10.62580/ipsc.2024.9.184>
- Carabali, O., Zapata, I., López-Mallama, O. M., Almeida, A., y Vallejo, L. (2024). Access to Medium and High Complexity Health Services in the City of Armenia, Colombia 2021. *Multidisciplinary & Health Education Journal*, 6(2), 1205-1212. <https://journalmhe.org/ojs3/index.php/jmhe/article/view/145>
- Carrillo-Vera, Y.-A., Llanos Redondo, A., y Rivera Porras, D. (2024). Smoking as Cause of Organic Dysphonia Secondary to Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *Salud Uninorte*, 40(03), 991-1023. <https://doi.org/10.14482/sun.40.03.412.336>
- Castañeda-Meneses, P., y Cazorla-Becerra, K. (2022). Concepciones de salud, Sistema de salud público/privado, Trabajo Social y Pandemia covid-19 en Chile. *Trabajo Social*, 24(1), 145-167. <https://doi.org/10.15446/ts.v24n1.94179>
- Cenedesi-Júnior, M. A., y Vouillat, S. E. (2022). El sistema de salud español: historia, contextos y retos. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinaria*, 3(2), e321119. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i2.1119>
- Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud. (2022). *Índice de Salud Rural*. https://www.asivamosen-salud.org/sites/default/files/19.10.2022._indice_de_salud_rural_con_ajustes_1.pdf
- Chávez-Guerrero, B. M. (2022). Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 41(1), e348269. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348269>
- Cifuentes-Martínez, W. E., y Duarte-Vega, C. (2023). Creación de valor público desde la perspectiva de los stakeholders. Una revisión semisistemática de literatura. *Administración & Desarrollo*, 53(1), 1-39. <https://doi.org/10.22431/25005227.vol53n1.10>
- Congreso de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Gaceta Constitucional. <https://www.constitucioncolombia.com/>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6537>
- Congreso de la República de Colombia. (2002). *Decreto 1280*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5355#:~:text=Art%C3%ADculo%20%C2%B0.,de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud>
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007*. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Congreso de la República de Colombia. (2010). *Ley 1393*. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1393_2010.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

- Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1607*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51040>
- Congreso de la República de Colombia. (2015a). *Ley 1751 de 2015*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2015b). *Ley 1753*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>
- Congreso de la República de Colombia. (2016). *Ley 1819*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=79140>
- Congreso de la República de Colombia. (2019a). *Ley 1955*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970>
- Congreso de la República de Colombia. (2019b). *Ley 2010*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=159687>
- Corte Constitucional. (2008). *Sentencia C-260/08*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-260-08.htm>
- Cortés, A., Realpe, O., Fuerte, M. I., Tello, P. A., y Becerra, C. (2022). Contraceptives, chronic illness, pregnancy and health care costs in one health insurance in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 24(2). Scopus. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.89316>
- Crispin-Fory, C., Melo-Becerra, L. A., Restrepo-Tobón, D. A., y Vásquez-Escobar, D. (2023). *Eficiencia y solidez financiera de las Instituciones prestadoras de Servicio de Salud (IPS) en Colombia*. Banco de la República. <https://doi.org/10.32468/be.1248>
- Da Silva, T. C. L., Fernandes, Á. K. D. M. P., Do O', C. B., Xavier, S. S. D. M., y Bezerra De Macedo, E. A. (2021). O impacto da pandemia no papel da enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Enfermería Global*, 20(3), 502-543. <https://doi.org/10.6018/eglobal.454061>
- Departamento Nacional de Planeación. (2024). *Aseguramiento de Población*. https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/aseguramiento-de-poblacion.aspx#:~:text=Resultados%20destacables,frente%20a%20riesgos%20en%20salud.&text=Los%20esfuerzos%20mencionados%20han%20incidido,99%2C12%25%20en%202022.&text=Fuente:%20Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protecci%C3%B3n%20Social
- Donado, M., y Rincón, M. (2024). Formulation of public equity policies in Colombia: Approach to the Ten-Year Public Health Plans. *SUMMA. Revista disciplinaria en ciencias económicas y sociales*, 6(2), 1-17. <https://doi.org/10.47666/summa.6.2.3>
- Dorado-Zúñiga, M. Á., Martínez Hidalgo, D., y López-Mallama, O. M. (2023). Aplicabilidad de los sistemas de información en una EAPB de la ciudad de Cali 2021. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 7786-7801. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6758
- Fernández, C. A. P. (2021). Reflexión del discurso del bienestar y el desarrollo en el neoliberalismo. El caso en el sistema de salud colombiano. *Saúde em Debate*, 45(129), 275-286. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112902>
- Galvis-Bedoya, L. F., Ordóñez Arteaga, D. M., y López Mallama, O. M. (2022). Factores económicos en la prevención y promoción dentro del SGSSS en Colombia 2010 a 2020. *Revista Sapiencia*, 14(27), 18-27. <https://doi.org/10.54278/sapiencia.v14i27.116>
- García-Hernández, H., y Esquer-Bojorquez, D. (2023). Análisis comparativo de los sistemas de salud de México y Colombia. *Población y Salud en Mesoamérica*. <https://doi.org/10.15517/psm.v21i2.54151>
- Giraldo-Jiménez, E. A., Sanmartín Sanmartín, A. F., y Valencia-Arias, A. (2022). Posibilidades de aplicación de la Democracia Digital en Colombia. *Administración & Desarrollo*, 52(2), 78-95. <https://doi.org/10.22431/25005227.vol52n2.5>
- Girón, G. A., Fandos Roig, J. C., y Tena Monferrer, S. (2025). Retos y tendencias del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: Una revisión de la literatura. *Gerencia y Políticas de Salud*, 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.rtss>
- Girón-Restrepo, G. A., Sánchez-González, M., Sarmiento, V., Fandos-Roig, J. C., y Tena-

- Monferrer, S. (2026). Una Revisión Sistemática sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Revista Sapientia*, 18(35), 10-25. <https://doi.org/10.54278/sapientia.v18i35.233>
- Gómez-Franco, T., Matarín-Rodríguez-Peral, E., y García-García, F. (2020). La sostenibilidad del sistema de salud y el mercado farmacéutico: Una interacción permanente entre el costo de los medicamentos, el sistema de patentes y la atención a las enfermedades. *Salud Colectiva*, 16, e2897. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2897>
- González-Salas, E. A. (2021). La salud global y el gobierno, primer reto de la humanidad. *Administración & Desarrollo*, 51(2), 25-90. <https://doi.org/10.22431/25005227.vol51n2.2>
- González-Vargas, D. K., y Torres-Flórez, D. (2025). El entrenamiento del personal y la humanización en hospitales públicos en Colombia. *Administración & Desarrollo*, 55(2). <https://doi.org/10.22431/25005227.1234>
- Grajales-Rebolledo, I., León-Echeverry, L., y López-Mallama, O. M. (2024). Panorama de las Pruebas Point of Care (POCT) en el Ecosistema de Salud Colombiano. *Revista Social Fronteriza*, 4(2), e42207. [https://doi.org/10.59814/reso-fro.2024.4\(2\)207](https://doi.org/10.59814/reso-fro.2024.4(2)207)
- Granger, C., Melo-Becerra, L. A., Ramos-Forero, J. E., y Silva-Samudio, G. T. (2023). *Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos*. Banco de la República de Colombia. <https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/1b2e76dc-e3e7-4ef7-bc31-516ad2027d2b/content>
- Gutiérrez-Ossa, J. A., y Restrepo-Avendaño, R. D. (2012). El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. *Sociedad y Economía*, 23, 183-204. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-63572012000200010
- Herrera-Saavedra, J. P., Pérez Herrán, A. M., y Henao Correa, C. (2022). La libre competencia y la agenda económica del actual gobierno colombiano. *Revista de Economía Institucional*, 25(48), 177-191. <https://doi.org/10.18601/01245996.v25n48.10>
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, y Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Informe institucional: realidad sobre el desabastecimiento o la escasez de medicamentos en Colombia*. <https://www.min-salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/informe-desabastecimiento-medicamentos-colombia-22032023.pdf>
- Isajar, L., Lozano, Y., Giron, G., González, R., Afanador, M., y López-Mallama, O. M. (2024). Accesibilidad a Servicios de Salud: Cómo Influyen los Determinantes Sociales en Niños en Condición de Vulnerabilidad de Santiago de Cali. *Revista Médica De La Universidad De Costa Rica*, 18(2). <https://doi.org/10.15517/rmucr.v18i2.60225>
- Lemos-Muñoz, A. J., Córdova-Ardila, Y. P., y López-Mallama, O. M. (2023). Protección Social en la Región Caribe de Colombia: Una Mirada desde la Equidad en 2021. *Journal of Economic and Social Science Research*, 3(3), 13-24. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v3/n3/70>
- López-Mallama, O. M. (2021). Política de calidad en salud: Requisitos de habilitación y su efecto en la situación financiera de una IPS en Cali, 2018. *Revista Sapientia*, 10(19), 65-74. <https://doi.org/10.54278/sapientia.v10i19.64>
- López-Mallama, O. M. (2023). ¿Una Nueva Gestión Pública para el Sistema de Salud Colombiano? *Repertorio Científico*, 25(3), 116-125. <https://doi.org/10.22458/rc.v25i3.4761>
- López-Mallama, Ó. M., Almeida Espinosa, A., y Uribe Jiménez, M. (2025). Impacto global de la nueva gestión pública en salud: Un análisis bibliométrico desde Scopus. *Opera*, (37), 73-92. <https://doi.org/10.18601/16578651.n37.05>
- Malek, J., y Desai, T. N. (2020). A systematic literature review to map literature focus of sustainable manufacturing. *Journal of Cleaner Production*, 256, 120345. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2020.120345>
- Mantilla-Mejía, H., López Mallama, O. M., y Salazar Villegas, B. (2023). Turismo de Salud en Colombia: Un enfoque estratégico: Health

- Tourism in Colombia: A Strategic Approach. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.919>
- Martínez-Gómez, C., y Parraguez-Camus, C. (2021). Daño social, neoliberalismo y la pandemia del Covid-19 en América latina. *Papeles de Población*, 27(107), 103-140. <https://doi.org/10.22185/24487147.2021.107.05>
- Melo-Becerra, L. A., Arango-Thomas, L. E., Ávila-Montealegre, Ó., Ayala-García, J., Bonilla-Mejía, L., Botero-García, J. A., Cardona-Badillo, M., Crispin-Fory, C., Gallo-Montaña, D. D. P., Granger-Castaño, C. J., Guzmán-Finol, K., Iregui-Bohórquez, A. M., Ospina-Tejeiro, J. J., Pinilla-Alarcón, D., Posso-Suárez, C., Ramírez-Giraldo, M. T., Ramos-Forero, J. E., Ramos-Veloz, M., Restrepo-Tobón, D. A., ... Vásquez-Escobar, D. M. (2023). Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ensayos sobre Política Económica*, (106), 1-92. <https://doi.org/10.32468/espe106>
- Mesa-Melgarejo, L., Espinosa Acuña, O. A., Estrada Orozco, K. P., Ramírez Moreno, J., y Robayo García, A. (2023). Determinantes de la gestión del riesgo en salud en el Régimen Subsidiado en Colombia: Estudio cualitativo. *Salud UIS*, 55(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23035>
- Ministerio de Salud. (2022). *Decreto 334*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20334%20de%202022.pdf
- Ministerio de Salud. (2025). *Entes y autoridades que vigilan al MinSaud*. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/Entidades-que-regulan.aspx#:~:text=La%20Procuradur%C3%ADa%20General%20de%20la,quejas@procuraduria.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan decenal de salud pública pdsp 2022–2031*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Montaña-Ramírez, L. Y., Estrada-Valencia, M. A., Mantilla-Mejía, H., Salazar-Villegas, B., y López-Mallama, O. M. (2023). Estrategias exitosas en el turismo de salud: Un análisis del suroccidente de Colombia entre 2015 y 2019. *Journal of Economic and Social Science Research*, 3(4), 48-67. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v3/n4/80>
- Nieto-Betancurt, L., Mosquera-Becerra, J., Fandiño-Losada, A., y Suárez Guava, L. A. (2024). Suicidio y prácticas médicas: La valoración del modo de vida de hombres campesinos caficultores colombianos en la atención de la salud mental. *Salud Colectiva*, 20, e4663. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4663>
- Niño-Vásquez, J. A., Anaconda Muñoz, A., y Sánchez Ríos, H. (2025). Masculinidades en políticas públicas para afrontar violencias de género: Una revisión sistemática integradora (2019-2023). *Administración & Desarrollo*, 55(2). <https://doi.org/10.22431/25005227.1140>
- Ospina-Díaz, M. R., y Zambrano-Ospina, K. J. (2023). Gobierno digital e inteligencia artificial, una mirada al caso colombiano. *Administración & Desarrollo*, 53(1), 1-34. <https://doi.org/10.22431/25005227.vol53n1.2>
- Penagos, Y., y Arrivillaga, M. (2021). Programa intercultural de promotores de salud comunitaria: Sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló, Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 20, 1-22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pips>
- Polanía-Reyes, C. L., Cardona Olaya, F. A., Castañeda Gamboa, G. I., Vargas, I. A., Calvache Salazar, O. A., y Abanto Vélez, W. I. (2020). *Metodología de Investigación Cuantitativa y Cualitativa Aspectos conceptuales y prácticos para la aplicación en niveles de educación superior*. Institución Universitaria Antonio José Camacho y Universidad César Vallejo.
- Ramírez-Cárdenas, J. A., y Mejía-Argüello, J. E. (2024). Modelo de costos basados en actividades. Herramienta de gestión en atención domiciliaria del sector salud. *Administración & Desarrollo*, 54(2), e926. <https://doi.org/10.22431/25005227.926>
- Restrepo-Zea, J. H. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.15446/rsap.V24n1.103013>

- Restrepo-Zea, J. H., y Zapata-Cortés, O. L. (2022). La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (83), 241-272. <https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n83.a277>
- Rodrigues-Gomide-Souza-Pinto, T., y Beck-Ckagnazaroff, I. (2025). A governança e procedimentos de *accountability* na política municipal de saúde. *Administração & Desenvolvimento*, 55(1), e1217. <https://doi.org/10.22431/25005227.1217>
- Rodríguez-Hernández, J. E., y Almanza Sánchez, D. L. (2024). De la praxis a la doxa: La asesoría y consultoría en la gestión pública. Una revisión conceptual. *Administración & Desarrollo*, 54(1), e829. <https://doi.org/10.22431/25005227.vol54n1.829>
- Rodríguez-Páez, F. G., Marulanda Restrepo, J. A., Pineda Céspedes, J. H., Pineda Ospina, H. S., y González Borrero, J. I. (2022). La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. *Gerencia y Políticas de Salud*, 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep>
- Sabatier, P. (2019). *Theories of the Policy Process* (P. A. Sabatier, Ed.; 1.^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367274689>
- Salazar-Villegas, B., López-Mallama, O. M., y Mantilla Mejía, H. (2023). Evolución Normativa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en Colombia 1993 a 2021. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 6375-6393. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6638
- Salazar-Villegas, B., Quintero Caicedo, Y. A., Balanta Cano, K., López Mallama, O. M., y Andrade Díaz, K. V. (2024). Desarrollo del Sistema de Salud Colombiano desde 1950 Hasta el Año 2021. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 4116-4136. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9759
- Saldías-Fernández, M. A., y Luengo-Martínez, C. (2022). Influence of Nursing in Health Economics: An Integrative Review of Literature. *Salud Uninorte*, 38(01), 254-277. <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.610.73>
- Sotelo-Daza, J., Ramos-Valencia, O. A., y Galarza-Iglesias, A. M. (2023). Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo. *Salud UIS*, 55(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23053>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Supersalud*. Superintendencia Nacional de Salud. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Oficina%20de%20Comunicaciones/campa%C3%B1as/que-es-la-supersalud/index.html>
- Toro-Huamanchumo, C. J., Benites-Meza, J. K., Mamani-García, C. S., Bustamante-Paytan, D., Gracia-Ramos, A. E., Diaz-Vélez, C., y Barboza, J. J. (2022). Efficacy of Colchicine in the Treatment of COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2615. <https://doi.org/10.3390/jcm11092615>
- Torres-Flórez, D., HernándezCalderón, L. J., y Medina-Moreno, L. R. (2024). La relación entre el bienestar laboral y la gestión del cambio en una entidad financiera en el Departamento del Meta, Colombia, *revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, 38, 1-19. <https://doi.org/10.46661/revmetodos-cuanteconempresa.7844>
- Torres-Flórez, D., Vidal Sanpedro, M. A., y Méndez Baquero, L. G. (2024). Factores que inciden en el desempeño de la competitividad en el departamento del Meta—Colombia. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, 20(38). <https://doi.org/10.18270/cuaderlam.4254>
- Torres-Salinas, D. (2020). Ritmo de crecimiento diario de la producción científica sobre Covid-19. Análisis en bases de datos y repositorios en acceso abierto. *El Profesional de la Información*, 29(2). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.15>
- Torres-Tovar, M. (2023). ¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 41(3). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354685>
- Tovar-Acosta, L. F., Mantilla Mejía, H., y López Mallama, Ó. M. (2023). Análisis del proceso

- de preadmisiones en una IPS de alta complejidad de Cali 2019 a 2021. *Revista Sapientia*, 15(29). <https://doi.org/10.54278/sapientia.v15i29.134>
- Valdivieso, G. (2012). Michael Howlett, Designing Public Policies: Principles and Instruments. Abingdon, Routledge, 2011. *Revista Opera*, 241-245. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67530270012>
- Vargas-González, V. (2021). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Aspectos normativos y de gestión. *SUMMA. Revista disciplina-ria en ciencias económicas y sociales*, 3(1). <https://doi.org/10.47666/summa.3.1.18>
- Vilaseca, J. M., y Howe, A. (2022). La atención primaria del futuro: ¿qué puede aprender la atención primaria europea de las innovaciones y retos de la pandemia de COVID-19? *Atención Primaria Práctica*, 4, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100163>
- Zamora-Gómez, A. M., Salazar-Villegas, B., y López-Mallama, O. M. (2024). Beneficios de la Certificación ISO 9001:2015 en Instituciones Prestadoras de Salud en Medellín, Cúcuta y Armenia 2016-2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(5), 9879-9896. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14365
- Zapata-Loboa, Y. A., Banguero Mejía, K. Y., Andrade Diaz, K. V., Salazar Villegas, B., y López-Mallama, O. M. (2024). Análisis de la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2022 – 2026: Una Mirada desde el Plan Decenal de Salud Pública. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 1650-1664. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9560