

# Retos y tendencias del sistema de seguridad social en salud de Colombia: una revisión de la literatura\*

## Challenges and Trends in Colombia's General System of Social Security in Health (SGSSS): A Literature Review

### Desafios e tendências do sistema geral de segurança social em saúde (SGSSS) da Colômbia: uma revisão da literatura

Recibido: 05 de julio de 2024. Aceptado: 18 de marzo de 2025. Publicado: 20 de noviembre de 2025.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.rtss>

Gustavo Adolfo Girón Restrepo<sup>a</sup>

Universitat Jaume I, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3812-0537>

Juan Carlos Fandos Roig

Universitat Jaume I, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7570-6732>

Sandra Tena Monferrer

Universitat Jaume I, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3153-8271>

**Cómo citar** Girón Restrepo, 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>

<sup>a</sup>Autor de correspondencia. Correo electrónico: [gagiron@admon.uniajc.edu.co](mailto:gagiron@admon.uniajc.edu.co)



## Resumen

**Introducción:** el sistema de salud en Colombia ha experimentado una notable evolución desde sus inicios, pasando por diversas etapas y transformaciones que han buscado adaptarse a las necesidades cambiantes de la población. El objetivo de este artículo es analizar los retos y tendencias del modelo de salud colombiano a partir de una revisión de la literatura científica publicada.

**Metodología:** el estudio es de enfoque cualitativo, bibliográfico, no experimental, con revisión descriptiva y transversal, siguiendo la metodología propuesta por Guevara. La obtención de la información se realizó mediante cuatro etapas: i) obtención de la base de datos primaria; ii) obtención de la base de datos secundaria; iii) identificación de categorías y análisis bibliométrico; e iv) interpretación y análisis. Se seleccionaron 50 artículos, organizados con la ayuda de gestores bibliográficos y una ecuación de búsqueda que facilitó su disposición en la matriz de análisis construida por el equipo investigador. Posteriormente, se realizaron 20 exclusiones por tipo de metodología y variables no relacionadas directamente con la investigación. Finalmente, se incluyeron 30 investigaciones que cumplían con los criterios de inclusión.

**Resultados:** se logró identificar el panorama actual del sistema de salud y las posibles opciones de mejora que podrían generar una mejor prestación de servicios de salud a todos los ciudadanos.

**Conclusiones:** el sistema de salud actual presenta aspectos positivos; sin embargo, es necesario buscar mecanismos que permitan mejorar la aplicación de la atención primaria, el control fiscal de los recursos públicos, la contratación del personal de salud, el ajuste de la UPC y, además, reducir o eliminar las barreras para la prestación de servicios.

**Palabras clave:** barreras de acceso a los servicios de salud, economía y organizaciones para la atención de la salud, atención en salud, sistemas de salud, seguridad social.

## Abstract

**Introduction:** The Colombian health system has undergone a remarkable evolution since its inception, moving through various stages and transformations aimed at adapting to the changing needs of the population. The objective of this article is to analyze the challenges and trends of the Colombian health model based on a review of the published scientific literature.

**Methods:** This study employed a qualitative, bibliographic, non-experimental, descriptive, and cross-sectional review approach, following the methodology proposed by Guevara. Information was obtained through four stages: (i) collection of the primary database; (ii) collection of the secondary database; (iii) identification of categories and bibliometric analysis; and (iv) interpretation and analysis. A total of 50 articles were initially selected, organized using reference managers and a search equation that facilitated their arrangement in the analysis matrix constructed by the research team. Subsequently, 20 articles were excluded due to methodological type and variables not directly related to the study. Finally, 30 investigations that met the inclusion criteria were analyzed.

**Results:** The review identified the current landscape of the Colombian health system and possible improvement options that could contribute to better delivery of health services for all citizens.

**Conclusions:** The current health system presents positive aspects; however, it is necessary to seek mechanisms to improve the implementation of primary care, the fiscal oversight of public resources, the hiring of health personnel, and the adjustment of the capitation payment unit (UPC). Additionally, efforts should focus on reducing or eliminating barriers to service delivery.

**Keywords:** Barriers to Access to Health Services, Health Care Economics and Organizations, Health Care Delivery, Health Systems, Social Security.



### Resumo

**Introdução:** o sistema de saúde na Colômbia passou por uma notável evolução desde sua criação, atravessando diferentes etapas e transformações com o objetivo de se adaptar às necessidades em constante mudança da população. O objetivo deste artigo é analisar os desafios e as tendências do modelo de saúde colombiano a partir de uma revisão da literatura científica publicada.

**Metodologia:** o estudo teve um enfoque qualitativo, bibliográfico, não experimental, com revisão descritiva e transversal, seguindo a metodologia proposta por Guevara. A obtenção das informações foi realizada em quatro etapas: (i) coleta da base de dados primária; (ii) coleta da base de dados secundária; (iii) identificação de categorias e análise bibliométrica; e (iv) interpretação e análise. Foram inicialmente selecionados 50 artigos, organizados com o auxílio de gestores bibliográficos e de uma equação de busca que facilitou sua disposição na matriz de análise construída pela equipe de pesquisa. Posteriormente, foram realizadas 20 exclusões por tipo de metodologia e variáveis não diretamente relacionadas à investigação. Finalmente, foram incluídas 30 pesquisas que atenderam aos critérios de inclusão.

**Resultados:** foi possível identificar o panorama atual do sistema de saúde e as possíveis opções de melhoria que poderiam contribuir para uma melhor prestação de serviços de saúde a todos os cidadãos.

**Conclusões:** o sistema de saúde atual apresenta aspectos positivos; entretanto, é necessário buscar mecanismos que permitam melhorar a aplicação da atenção primária, o controle fiscal dos recursos públicos, a contratação de profissionais de saúde, o ajuste da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC) e, além disso, reduzir ou eliminar as barreiras para a prestação dos serviços.

**Palavras-chave:** barreiras de acesso aos serviços de saúde, economia e organizações para a atenção à saúde, atenção em saúde, sistemas de saúde, seguridade social.

## Introducción

El sistema de salud en Colombia ha experimentado una notable evolución desde sus inicios, pasando por diversas etapas y transformaciones que han buscado adaptarse a las necesidades cambiantes de la población. En sus primeras etapas, el sistema se caracterizó por un modelo de caridad, en el cual la atención médica era proporcionada principalmente por instituciones religiosas y organizaciones benéficas. Este modelo predominó hasta mediados del siglo XX, cuando comenzaron a surgir las primeras iniciativas estatales para organizar y regular los servicios de salud (1).

Con la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) en 1946, se dio un primer paso hacia la formalización del sistema, aunque la cobertura seguía siendo limitada y fragmentada (2). Durante las décadas siguientes, el sistema se mantuvo en constante desarrollo, con esfuerzos por expandir la cobertura y mejorar la infraestructura sanitaria. Sin embargo, dichos esfuerzos no fueron suficientes para alcanzar una cobertura universal ni para reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Un hito crucial fue la promulgación de la Ley 100 de 1993 (3), que introdujo un modelo de aseguramiento basado en la competencia regulada, cuyo objetivo principal era universalizar la cobertura y promover la equidad en el acceso a los servicios. La Ley 100 creó dos regímenes de afiliación: el contributivo, financiado por aportes de trabajadores y empleadores, y el subsidiado, destinado a personas sin capacidad de pago, financiado por el Estado. Este modelo permitió una expansión significativa de la cobertura, aunque también generó desafíos en términos de sostenibilidad financiera y calidad de los servicios (4).

La Ley 100, que crea el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, constituye un sistema de orientación neoliberal al permitir la creación de empresas privadas que actúan como intermediarias entre los pacientes (o usuarios del sistema de salud) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS). Estas empresas, denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), son responsables de contratar con los prestadores del servicio, manejar los recursos públicos, gestionar el riesgo de enfermedad y pagar por la adecuada prestación de los servicios (5)(4).

Es importante resaltar que el aseguramiento en Colombia es casi universal. En junio de 2022, el Ministerio de Salud (6) informó que el 99,6 % de la población colombiana contaba con un seguro de EPS, con una distribución de 24 399 839 personas en el régimen contributivo y 24 745 934 en el subsidiado (6). Sin embargo, Restrepo y otros investigadores explican que, pese a la cobertura, las barreras de acceso a los servicios persisten, lo cual se evidencia en el aumento de tutelas, particularmente desde 2014, manteniendo una tasa creciente por cada 10 000 afiliados (7).

Entre 2000 y 2015, el sistema continuó enfrentando diversos retos, como la fragmentación en la prestación de servicios, las inequidades regionales y los problemas de financiación.

En respuesta, se implementaron reformas y ajustes normativos para mejorar la eficiencia y garantizar la sostenibilidad del sistema. No obstante, persistieron problemas estructurales que afectaron la calidad y el acceso, especialmente en zonas rurales y entre las poblaciones más vulnerables (8).

Las principales reformas fueron: la Ley 1122 de 2007 (9), conocida como la “ley del financiamiento”, que elevó el monto de cotización del régimen contributivo del 12 % al 12,5 %; la Ley 1438 de 2011 (10), llamada “ley de la APS”, que sentó las bases para la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud en Colombia; y la Ley 1751 de 2015 (11), conocida como la “ley de la salud como derecho fundamental”, por haber elevado la salud a ese estatus, lo cual representa un logro significativo.

Sin embargo, los retos del sistema se deben a múltiples factores señalados por diversos investigadores. Entre los más frecuentes se encuentran el conflicto armado y su impacto en la prestación del servicio, la falta de una política efectiva de atención primaria, dificultades de accesibilidad, deficiente vigilancia de los recursos públicos, intermediación en la atención, falta de redes integradas e integrales, ausencia de un sistema de información interoperable, mercantilización de la salud e integración vertical (12-14, 4).

La reforma propuesta al sistema de salud en 2024 representó un intento por mejorar la estructura sanitaria y abordar los desafíos históricos del sector. No obstante, su fracaso debido a factores políticos ha generado un escenario de incertidumbre institucional que compromete su sostenibilidad (15)

Para comprender esta problemática, es fundamental analizar los modelos sanitarios desde una perspectiva global. La Organización Mundial de la Salud conceptualiza los sistemas de salud como estructuras sociales complejas que integran actores, instituciones y procesos orientados a garantizar el bienestar poblacional mediante acciones de promoción, prevención y atención (15). Sin embargo, como política de Estado, su configuración depende directamente del enfoque ideológico-político del gobierno en ejercicio, lo cual determina su orientación técnica y operativa (16). Esta interdependencia entre lo sanitario y lo político explica en parte las dificultades en la implementación de reformas estructurales en el sector.

Estos enfoques ideológicos surgen en distintos momentos de la historia y con diversas concepciones, como se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Modelos de salud

Modelo	Característica principal	Tipo de modelo
Modelo Beveridge	La salud es atendida por el gobierno, por medio del financiamiento sustentado en impuestos.	Salud planificada y administrada por el estado, sus características son gratuidad, equidad y universalidad.
Modelo Bismarck	Los trabajadores deben pagar una cuota que va directamente a las instituciones responsables de prestar los servicios.	Se fundamenta en que el sistema sanitario debe ser atendido por instituciones privadas. Las personas en condición de pobreza reciben servicios limitados.
Sistema de Salud Nacional	El gobierno garantiza la atención y el pago de los servicios, la salud pública la maneja el estado.	Se financia por medio de los impuestos, la salud es un derecho humano, por tal motivo es universal y no necesita ningún tipo de afiliación, es gratuito, con pagos en muy pocos casos.
Modelo Liberal	La salud es un bien de consumo. La responsabilidad del estado es con algunos grupos en condición de vulnerabilidad.	Este sistema ve la salud como parte del libre mercado, oferta-demanda, quien administra la salud por lo general son compañías de seguros.

Fuente: elaboración propia, adaptada de (16).

Ahora bien, cabe resaltar que el sistema colombiano no se ajusta completamente a ninguno de estos modelos. No puede considerarse un sistema nacional de salud puro, ya que existe la figura del administrador que funge como intermediario (EPS), cuyas funciones incluyen la afiliación al sistema y la gestión del riesgo. En un sistema nacional puro, el Estado paga directamente al prestador del servicio (hospital, clínica o centro de salud).

Por esta razón, algunos autores han acuñado el término *modelo de salud mixto neoliberal* para referirse a aquellos sistemas en los que actores privados administran recursos públicos. Se considera mixto porque combina dos modelos: el de Beveridge, que correspondería al régimen subsidiado, y el de Bismarck, que representa al régimen contributivo. El calificativo *neoliberal* hace referencia al modelo económico dominante en América Latina y el mundo occidental (17-19).

## Metodología

Se llevó a cabo una revisión de enfoque cualitativo, con un diseño bibliográfico no experimental, siguiendo la metodología propuesta por Guevara para garantizar rigurosidad en el proceso investigativo. Este estudio, de tipo descriptivo, se fundamentó en un estado del arte exhaustivo que permitió analizar en profundidad las variables más relevantes asociadas al sistema de salud, abarcando un período de dos décadas (2004-2024).

El enfoque metodológico adoptado incluyó una evaluación crítica del sesgo mediante el análisis de la consistencia teórica de las fuentes, la representatividad temporal de la literatura consultada y la triangulación de hallazgos entre diferentes tipos de estudios (primarios, secundarios y documentos normativos). Este proceso sistemático de revisión y síntesis permitió identificar no solo los principales desafíos estructurales que enfrenta actualmente el sistema de salud, sino también las tendencias emergentes que podrían orientar su fortalecimiento futuro, proporcionando así una base empírica sólida para la formulación de recomendaciones en política sanitaria.

El proceso se desarrolló en cuatro fases que, como lo menciona Salazar Blanco (20), citando a Guevara (21), permiten un análisis crítico de la producción investigativa para definir qué falta por explorar. Se profundizó en la comprensión, motivación y el aporte que esta investigación puede generar. Las fases fueron las siguientes:

**1. Construcción de la base de datos primaria:** definición de los criterios de búsqueda:

- i) Descriptores DeCS y MeSH: “Sistema de salud colombiano”, de acuerdo con la ecuación de búsqueda propuesta.
- ii) Tipo de investigaciones: estudios clínicos, metaanálisis, revisiones sistemáticas, artículos de todo tipo, tesis, ponencias, normas, noticias y legislación vigente.
- iii) Idioma: inglés, portugués o español.

iv) Exclusión: estudios heterogéneos o incompletos, posturas personales, estudios que no tuvieran como premisa los sistemas de salud o que se centraran exclusivamente en países distintos a Colombia.

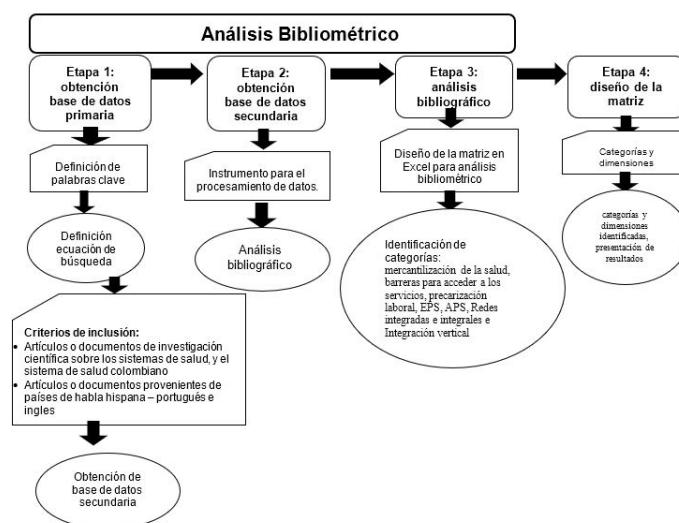
v) La búsqueda de información se realizó en once bases de datos: PubMed, EBSCO, Scopus, Google Académico, E-Libro, SciELO, Health and Medical Collection, Education Collection, International Bibliography of the Social Sciences, Social Science Database y Sociology Collection.

**2. Construcción de la base de datos secundaria:** obtención de las categorías y dimensiones mediante la clasificación y sistematización de la información, así como la construcción del instrumento para el procesamiento de los datos.

**3. Interpretación (análisis bibliográfico):** diseño de la matriz para el análisis bibliométrico, integración de los datos y organización en núcleos temáticos que permitieron la profundización y el análisis de la información obtenida.

**4. Análisis y presentación de resultados:** las categorías y dimensiones identificadas posibilitaron el desarrollo del análisis y la presentación de los resultados finales. Las categorías fueron: mercantilización de la salud, barreras de acceso a los servicios, precarización laboral, EPS, APS, redes integradas e integrales e integración vertical.

Todas las fases están representadas en la figura 1.



**Figura 1.** Análisis bibliométrico

Fuente: elaboración propia.

## Resultados

### *Análisis bibliométrico*

Se obtuvo una base de datos primaria con 50 documentos relacionados con la temática de estudio y sus respectivas variables. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 30 investigaciones que cumplían con las características de esta investigación. Con esta base de datos secundaria, se realizó un análisis bibliométrico que permitió identificar el año de publicación y la producción científica.

En cuanto a la publicación de artículos por año, el análisis bibliométrico evidenció la producción de artículos, informes e investigaciones entre los años 2004 y 2024. Cabe resaltar que no se aplicó filtro por año. A partir de esta base, se identificaron los retos y tendencias a los que se enfrenta el sistema de salud colombiano. Entre las características encontradas se destacan conceptos recurrentes como mercantilización de la salud, intermediarios, derecho fundamental, barreras de acceso, precarización laboral, atención primaria en salud, redes integradas e integrales, integración vertical, UPC diferencial, sistemas de información, corrupción y salud pública, entre otros.

Estos procedimientos permitieron organizar la matriz bibliográfica con los 30 artículos, páginas web, informes, normas y leyes citados en esta investigación, así como los 20 documentos excluidos. Los datos recopilados se encuentran disponibles para libre acceso y consulta en Mendeley Data (22).

### *Semejanzas y diferencias entre los componentes*

Los conceptos más utilizados por los autores consultados fueron: i) mercantilización de la salud, ii) barreras de acceso a los servicios, iii) precarización laboral, iv) EPS, v) APS, vi) redes integradas e integrales y vii) integración vertical. Por tal motivo, estos conceptos se asumieron como dimensiones para definir los retos del sistema.

### *Identificación de las dimensiones*

De la depuración de la base de datos primaria se evidenció que el 60 % de los artículos cumplían con los criterios de selección definidos en el gráfico 1. Es decir, 30 de los 50 artículos revisados inicialmente, los cuales se encuentran citados en el presente documento.

### *Retos del sistema de salud colombiano*

Según Agudelo y otros (23), “el avance del Sistema General de Seguridad Social en Salud es positivo, pero no ha logrado alcanzar la universalidad y se ha estancado en acceso a los servicios y equidad”. No se comparte esta afirmación en cuanto a la universalidad, ya que un porcentaje tan alto de cobertura sitúa al sistema colombiano entre los de mejor alcance a nivel global. Sin embargo, la accesibilidad a los servicios de salud y la equidad sí representan problemas que encienden alertas sobre el sistema.

A continuación, se presenta una conceptualización de las dimensiones identificadas en este estudio.

#### *La mercantilización de la salud*

La mercantilización de la salud implica transformar la atención médica en un bien transable, sujeto a las dinámicas del mercado. Esto condiciona el acceso y la calidad del servicio a criterios de rentabilidad económica, en lugar de garantizar su provisión como un derecho. Este enfoque genera inequidades al subordinar las necesidades sanitarias a las lógicas de oferta y demanda, lo cual contradice los principios de universalidad y equidad reconocidos constitucionalmente en diversos ordenamientos jurídicos, incluido el colombiano.

Esta situación vulnera el derecho fundamental a la salud, consagrado por la Corte Constitucional y por la Ley 1751 de 2015, que establece que el factor económico no puede ser una justificación para negar servicios de salud (11). Además, la inclusión de la salud en una lógica de mercado desnaturaliza su esencia y fomenta la discriminación por condiciones económicas (24).

Es importante aclarar que la gestión estatal de la salud no implica necesariamente una ideología socialista, comunista o progresista. De hecho, potencias capitalistas y países alineados con la “tercera vía” han priorizado la salud como un derecho fundamental, excluyéndola de las dinámicas de mercado centradas en la rentabilidad y el costo-beneficio. La salud no debe considerarse un privilegio ni una mercancía, sino un derecho inherente que debe garantizarse bajo principios de humanización y equidad (25,26), sin que esto implique restringir la práctica privada, la venta de servicios o la libre competencia.

#### *Barreras para acceder a los servicios*

##### *Falta de capacidad de pago de algunos usuarios*

Según Restrepo (27), pese a estar asegurados, algunos usuarios/pacientes no tienen capacidad de pago. Esto ocurre porque, para acceder a ciertos servicios o medicamentos, deben asumir pagos adicionales o costos indirectos, especialmente en el caso de medicamentos de alto costo o enfermedades denominadas catastróficas. Como consecuencia, esta falta de capacidad de

pago retrasa la atención, ya que cubrir los costos de exámenes diagnósticos, desplazamientos o tratamientos se vuelve imposible.

### *Barreras geográficas*

Estas dependen de múltiples factores, pueden ser urbanas o rurales, y están directamente influenciadas por el fraccionamiento de la red con la que cuenta la entidad promotora de salud (EPS) (27). Esta situación obliga a los usuarios a realizar desplazamientos, en algunos casos excesivos, dentro de la ciudad, en zonas rurales e incluso entre municipios. Esto ocurre sin considerar factores relevantes como las grandes distancias, las dificultades de transporte en ciudades, veredas o municipios, las condiciones de salud del paciente y la falta de recursos económicos. Aquí se evidencia un problema estructural del sistema: el mejor recurso humano y tecnológico se concentra en las grandes capitales. Esta situación complica el acceso a la salud en las zonas rurales, especialmente cuando se trata de enfermedades terminales o de alto costo (28).

### *Barrera laboral*

En Colombia, la informalidad es un problema creciente. Para marzo de 2023, la proporción de ocupados informales fue del 58,2 %, según el Departamento Nacional de Estadística (29). La falta de empleo formal se ha convertido, de una u otra manera, en una barrera para acceder a los servicios de salud. Las cifras del DANE sobre pobreza monetaria alcanzan el 39,3 % (30), una cifra elocuente. Además, el 22,6 % de los colombianos solo pudo hacer dos comidas al día (31). En un país biodiverso, con tierras fértiles y condiciones para alcanzar la soberanía alimentaria, más de 10 millones de personas sufren este flagelo. Estamos lejos de lograr la seguridad alimentaria. Cabe resaltar que el régimen subsidiado suple en parte esta necesidad, al brindar acceso a la salud a la población socioeconómicamente vulnerable.

### *Barreras administrativas*

Estas barreras se originan en el asegurador, el prestador, el contrato vigente y el plan de servicios. Incluyen aspectos como la contratación insuficiente de personal, proveedores y prestadores; los trámites para acceder a los servicios; y la cancelación de contratos con instituciones prestadoras sin una solución inmediata. En este último caso, los usuarios resultan gravemente afectados al no recibir tratamientos debido a la falta de contrato con una IPS, un laboratorio clínico, un centro de ayudas diagnósticas o un proveedor de medicamentos (27). El sistema debería prohibir que los problemas administrativos entre los actores del sistema recaigan sobre los pacientes o usuarios (32).

### *Precarización laboral*

Otro aspecto que debe analizarse es la precarización laboral en el sector salud. La mayoría de los trabajadores desconocen el acceso real a las prestaciones sociales. El 71,3 % del personal de salud está tercerizado bajo formas de contratación “precarias”, según datos del Ministerio de Salud y la Procuraduría General, recopilados por el diario *El Tiempo* en 2021 (33). Predominan los contratos tercerizados, vínculos indirectos, por agremiación, por evento e incluso verbales. El grupo ocupacional más amplio en el sector salud es el de enfermería, compuesto fundamentalmente por mujeres, contratadas por prestación de servicios. Sus salarios oscilan entre \$1.400.000 y \$2.500.000, dependiendo del nivel técnico o profesional, según el portal Computrabajo, que consultó una base de datos de 3.911.984 fuentes de empresas, usuarios y empleados en los últimos 12 meses de 2023 (34).

### *Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) o entidades promotoras de salud (EPS)*

En Colombia, las EPS han sido objeto de gran polémica. Estas empresas manejan recursos públicos, contratan con los prestadores de servicios, pagan por la adecuada atención en salud a las IPS y gestionan el riesgo de enfermedad. Sin embargo, existen numerosas quejas por la negación de servicios, demoras en autorizaciones de procedimientos de tercer y cuarto nivel, y entrega de medicamentos de alto costo. Ante esta situación, una propuesta reiterada ha sido instaurar el giro directo, es decir, que el Estado transfiera los recursos de manera directa a las IPS, asegurando que los fondos lleguen a quienes prestan la atención y al personal de salud, el verdadero capital humano del sistema. Entre las propuestas para resolver este problema se encuentran:

1. mantener únicamente las EPS que funcionen bien y tengan menor número de quejas;
2. dejar una sola EPS que administre todos los recursos públicos;
3. transferir el manejo de los recursos a los entes territoriales (municipales o departamentales);
4. transformar las EPS en gestoras de salud que compitan en el mercado sin recibir recursos del Estado;
5. incluso, se ha planteado su eliminación definitiva.

### *Falta de implementación de una real política de Atención Primaria en Salud*

La Atención Primaria en Salud (APS) ha sido promovida desde 1978, tras la Declaración de Alma-Ata (35), como la principal estrategia mundial para alcanzar la salud para todos. Desde entonces, gobiernos, organizaciones civiles, entidades de salud y entes territoriales han intentado su implementación para enfrentar situaciones políticas, sociales y económicas inaceptables en términos sanitarios. Por ello, se impulsa la “justicia social y el derecho a una mejor salud para todos” (36).

### *Redes integradas e integrales*

La implementación de redes integradas e integrales de servicios de salud requiere considerar seis dimensiones clave:

1. perfil sociocultural de la población;
2. perfil económico y financiero;
3. perfil de morbimortalidad y frecuencias de uso de servicios;
4. prestación de servicios y capacidad instalada;
5. aseguramiento;
6. eventos e indicadores relevantes en salud pública.

Implementar un modelo de RISS basado en la estrategia de APS implica grandes desafíos relacionados con la transición demográfica, el conflicto armado, las necesidades básicas insatisfechas y la concentración de servicios y profesionales en las capitales del país (37).

### *Integración vertical*

Según Restrepo (38), “la integración vertical en el sector de la salud es una estructura de gobierno que coordina y controla los servicios de atención, y facilita la colaboración y comunicación entre los oferentes. Mediante la integración vertical, los aseguradores (EPS) prestan servicios de salud de forma directa, a través de centros de atención propios o redes de servicios (IPS) y otras modalidades de integración o control vertical”. Esta modalidad responde a problemas relacionados con el mantenimiento de relaciones contractuales, el gasto médico y la falta de información. Así, la integración vertical entre EPS e IPS se convierte en un modelo de negocio que reemplaza el intercambio de mercado por intercambios internos en la misma EPS (38).

Esto ha llevado a la quiebra de múltiples IPS públicas y privadas, ya que las EPS priorizan la contratación con sus propias redes para maximizar ingresos. Esta situación se vuelve especialmente crítica en zonas rurales, donde el número de actores del sistema es limitado, como señala Bardey (39).

## **Discusión**

La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia integral orientada a garantizar el mayor nivel de salud posible para toda la sociedad. Se centra en las necesidades reales de las personas y busca acercar los servicios a la comunidad. Su implementación debe ser territorial, con énfasis en las zonas de mayor riesgo, especialmente en áreas rurales, donde el enfoque diferencial cobra especial relevancia. Para lograr un impacto significativo, es fundamental integrar eficazmente la prestación de servicios (acciones individuales y colectivas), la gestión del riesgo por parte de las EPS, las intervenciones colectivas lideradas por las autoridades sanitarias (políticas públicas)

y la coordinación con la supraestructura nacional. Aunque históricamente se ha intentado esta articulación, su materialización sigue siendo limitada, particularmente en comunidades alejadas de los centros urbanos, donde el acceso real —y no solo potencial— continúa siendo un reto (40).

Un elemento clave para la adecuada aplicación de la APS es su comprensión conceptual, ya que persisten confusiones que dificultan su ejecución. La APS no se limita al primer nivel de atención, sino que debe ser implementada en todos los niveles del sistema de salud para mejorar la calidad de vida de la población. Tampoco debe confundirse con la prevención primaria, que forma parte del periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, orientada al fomento de la salud y a la protección específica contra enfermedades. La APS, por su parte, debe consolidarse como la columna vertebral de un sistema de salud robusto y equitativo, sin descuidar los demás niveles de atención.

En cuanto a las redes de servicios de salud, existe una demanda generalizada por su fortalecimiento. Las redes integradas e integrales deben entenderse como conjuntos de organizaciones que prestan servicios de forma coordinada, eficiente, y con enfoque familiar y comunitario, generando resultados clínicos acordes con las necesidades de la población. Sin embargo, persiste una confusión conceptual entre redes integradas y redes integrales, términos definidos por la OMS, la Ley 1438 y la Resolución 1344 de 2019 (41). Según el Ministerio de Salud de Colombia, las redes integrales son “el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en un ámbito territorial definido, que operan bajo principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, con el fin de garantizar una atención oportuna, continua e integral” (42). Por su parte, las redes integradas buscan la articulación funcional entre IPS, aseguradoras y proveedores, con énfasis en la equidad, integralidad y en la adaptación de portafolios a las necesidades poblacionales (43). No obstante, en Colombia persiste una distribución desigual de estas redes, con mayor concentración en zonas urbanas y un marcado abandono en regiones rurales.

Para avanzar en la organización efectiva de estas redes, es necesario considerar una serie de elementos, resumidos en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Elementos para la implementación de redes integradas e integrales

<i>Tipo de elemento</i>	<i>Explicación del elemento</i>
<i>Elementos técnicos</i>	
<i>Asistencialidad</i>	Los criterios determinantes de las redes que tiene que ver con la asistencialidad, gobernanza, gestión del riesgo, gestión del conocimiento <i>Gestión del riesgo, gestión del conocimiento</i>
<i>Organización y gestión</i>	Confianza mediante acuerdos entre todos los actores involucrados (ecosistema de la salud)
<i>Asignación de incentivos</i>	Para los miembros de las redes que cumplen metas globales
<i>Personal y logística</i>	Dejar bien establecido la conformación de equipos extramurales y opciones de transporte
<i>Reglamentación técnica y operativa</i>	La telemedicina como una gran ayuda dentro del sector
<i>Tecnologías de la información</i>	<i>Sistema público único de información en salud</i>
<i>Capacidad resolutiva</i>	Reubicación de personal, estrategias de capacitación continua, acorde al modelo de salud y las necesidades de la población

Fuente: elaboración propia.

Otro componente fundamental para consolidar un sistema de salud orientado a las necesidades reales de la población es el desarrollo de un sistema único integral de información en línea. Este surge como una necesidad urgente del sistema, aunque plantea interrogantes esenciales: ¿cuál es su propósito real? ¿Existen condiciones técnicas e infraestructura adecuadas para su implementación? La tecnología debe ser un medio, no un fin, y las bases de datos deben diseñarse para ser integrables e interoperables dentro de una verdadera transformación digital. Esto implica garantizar acceso universal a internet para que las instituciones puedan operar con redes de apoyo que cuenten con información actualizada y completa, permitiendo un monitoreo preciso del estado de salud de la población. Este proceso debe, además, resguardar la privacidad del paciente, lo cual demanda un enfoque ético y responsable en la gestión de la información.

Desde una perspectiva más amplia, la salud pública, en la concepción de Héctor Abad Gómez (44), trasciende el enfoque tradicional centrado en la prevención y tratamiento de enfermedades colectivas, y adopta una visión más comprehensiva y social, conocida como *poliatria* (del griego *polis*: ‘ciudad’ e *iatría*: ‘curación’). En este enfoque, la salud pública se convierte en una disciplina transdisciplinaria que integra medicina, epidemiología, antropología, sociología, psicología social, economía y política. En ese contexto, el salubrista emerge como un actor político comprometido con la reivindicación de los grupos más vulnerables.

Finalmente, se plantea que la unidad de pago por capitación (UPC) debe ser diferencial. Como indica Gutiérrez (45), debe asegurar la sostenibilidad financiera del sistema, vinculando una parte del pago a los resultados en salud e incentivando la promoción y la APS. Asimismo, se requiere un ajuste en el esquema actual de la UPC que considere, además de la localización geográfica, edad y género, el costo elevado de la atención a pacientes con enfermedades de alto costo o múltiples comorbilidades. Aunque la cuenta de alto costo ha implementado algunas modificaciones, aún persisten brechas significativas que exigen reformas estructurales más profundas (45).

En síntesis, el fortalecimiento de la APS, la consolidación de redes integradas e integrales, la implementación de sistemas de información eficientes y la reformulación de mecanismos financieros como la UPC diferencial constituyen pilares fundamentales para construir un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en las necesidades reales de la población.

## Conclusiones

La construcción de un sistema de salud robusto y equitativo debe ser el pilar central de toda política social orientada al bienestar colectivo, trascendiendo ideologías políticas y modelos económicos. Tanto gobiernos de corte capitalista como progresista deben reconocer que la salud no puede ser tratada como una mercancía sometida a las leyes del mercado. Debe entenderse como un derecho humano fundamental y una herramienta para garantizar condiciones de vida digna para toda la población. Esta concepción requiere no solo voluntad política, sino también la asignación efectiva de recursos financieros que permitan hacer realidad las políticas públicas en salud. De lo contrario, el discurso de “salud para todos” corre el riesgo de convertirse en una promesa vacía, especialmente para los sectores más vulnerables, lo que puede generar descontento social y debilitar la legitimidad institucional.

Un enfoque integral en política sanitaria debe abordar los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva biopsicosocial, reconociendo la interacción compleja entre factores económicos, sociales y ambientales. Esto implica diseñar e implementar intervenciones que ataquen tanto los determinantes estructurales como los intermedios de la salud, prestando especial atención a los fenómenos de pobreza y exclusión social. Solo con un enfoque holístico será posible avanzar hacia la garantía efectiva de los derechos fundamentales y la reducción de las profundas inequidades que caracterizan a las distintas regiones del país.

Colombia representa una paradoja en el contexto latinoamericano: es la segunda nación más desigual de la región —después de Brasil— y la más inequitativa dentro de la OCDE; sin embargo, cuenta con uno de los sistemas de salud mejor valorados de América Latina, gracias a la reforma de la Ley 100 de 1993. Esta contradicción pone en evidencia las complejidades de un sistema que, a pesar de sus avances estructurales y reconocimientos, presenta fallas importantes en su aplicación práctica. Las inequidades se hacen especialmente evidentes en zonas rurales, donde persisten barreras sistemáticas incluso para acceder a servicios básicos de salud.

El sistema también presenta una marcada asimetría geográfica en la distribución de recursos: las principales ciudades concentran la mayor parte de la infraestructura hospitalaria, así como la casi totalidad de las unidades de cuidados intensivos y servicios de alta complejidad. Regiones como la Amazonía, el Vaupés o el Caribe colombiano carecen de recursos mínimos para ofrecer una atención digna, relegando a sus habitantes a una atención fragmentada y de baja calidad.

Superar estos desafíos implica encontrar un equilibrio entre lo humano y lo económico. Por un lado, se necesita contar con personal de salud bien remunerado, con estabilidad laboral y formación orientada a una atención humanizada. Por otro, es imprescindible garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Sin claridad en los recursos, cualquier reforma solo profundizará los problemas existentes. A esto se suma la evidencia de un sistema con déficit fiscal, sin soluciones estructurales claras a la vista.

Esta investigación demuestra que la transformación estructural del sistema de salud colombiano requiere abordar simultáneamente siete dimensiones interrelacionadas:

1. Superar la lógica de mercantilización de la salud, sin desconocer la necesidad de garantizar recursos.
2. Eliminar las barreras de acceso geográficas, económicas y administrativas, especialmente en poblaciones rurales.
3. Resolver la precarización laboral del talento humano en salud, condición esencial para la calidad y sostenibilidad del sistema.
4. Redefinir el rol de las EPS, superando su función financiera hacia una gestión real del riesgo con resultados sanitarios.
5. Implementar la APS como estrategia articuladora de los niveles de atención con enfoque territorial y comunitario.
6. Consolidar redes integradas e integrales que garanticen continuidad en la atención bajo modelos de gestión colaborativa.
7. Controlar la integración vertical para articular promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, bajo principios de eficiencia y equidad.

Estos elementos, analizados de forma sistémica, constituyen una hoja de ruta para avanzar hacia un modelo sanitario integrado, preventivo y centrado en las necesidades reales de la población. Un modelo donde la salud sea reconocida como un derecho fundamental y un bien público no transable, con acceso universal, atención de calidad y oportunidad, una fuerza laboral estable y un sistema financieramente sostenible y socialmente justo.

## Referencias

1. Castro B. Los inicios de la asistencia social en Colombia. Revista CS [Internet]. 2007 [cited 2024 Jun 12];1. Available from: [https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista\\_cs/article/view/405](https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/405)

2. Rocha A. Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Revista CES odontología* [Internet]. 2010 [cited 2024 Jun 12];3(1):67–70. Available from: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/649/755>
3. Congreso de la República de Colombia. Alcaldía de Bogotá. 1993 [cited 2024 Jul 2]. Ley 100. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
4. Vélez M. La salud en Colombia, pasado, presente y futuro de un Sistema en crisis [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 12]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/299485396\\_La\\_salud\\_en\\_Colombia\\_Pasado\\_presente\\_y\\_futuro\\_de\\_un\\_sistema\\_en\\_crisis](https://www.researchgate.net/publication/299485396_La_salud_en_Colombia_Pasado_presente_y_futuro_de_un_sistema_en_crisis)
5. Girón G, Tena S, Fandos J. A Review of the Colombian Healthcare System: Challenges and Opportunities. *Igi-global* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 31];150–63. Available from: <https://www.igi-global.com/chapter/a-review-of-the-colombian-healthcare-system/335058>
6. Minsalud. Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %. Minsalud [Internet]. 2022 [cited 2023 May 11]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx#:~:text=Seguidamente%2C%20la%20viceministra%20de%20Protecci%C3%B3n,839%20personas%20en%20el%20R%C3%A9gimen>
7. Restrepo J, Casas L, Espinal J. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 12];20(6). Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/670-676/>
8. Piedrahita L, Valencia A, Palacios L, Gómez S, Acevedo Y, Arias C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 12];25(2). Available from: [http://www.scielo.o.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772020000200029](http://www.scielo.o.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029)
9. Minsalud. Ley 1122 [Internet]. Congreso de Colombia 2007. Available from: <https://www.artsura.com/index.php/leyes-y-normas/752-ley-1122-de-2007>
10. Minsalud. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Congreso de Colombia 2011. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/comunicadosprensa/lists/ley%201438/allitems.aspx>
11. Colombia. Ley estatutaria 1751 [Internet]. 2015 [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://www.fecober.org/ley-1751-de-2015-ley-estatutaria-en-salud/>
12. Rosero D. Reflexiones en torno a los retos del sistema de salud colombiano. *TESELA LIDERAZGO Y GESTIÓN* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 12]; Available from: [https://www.researchgate.net/publication/377621568\\_Reflexiones\\_en\\_torno\\_a\\_los\\_retos\\_del\\_sistema\\_de\\_salud\\_colombiano](https://www.researchgate.net/publication/377621568_Reflexiones_en_torno_a_los_retos_del_sistema_de_salud_colombiano)
13. Vélez A. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? *Colomb Med* [Internet]. 2005 [cited 2024 Apr 23];36. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1657-95342005000300011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-95342005000300011)
14. Reina C. El sistema de salud colombiano, reflexiones sobre su influencia en la salud de la población. *Revista Ocupación Humana* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 12];21(2). Available from: <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/911>

15. OMS. OMS. 2000 [cited 2024 Jun 12]. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Available from: [https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2000-health-systems-improving-performance?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjw7ZO0BhDYARIsAFttkCgHjEmNJBiEQoRKZcVlkzTgdOgKWN4ZWEtO8bTHNYs6whMsZlOFo6MaArOoEALw\\_wCB](https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2000-health-systems-improving-performance?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw7ZO0BhDYARIsAFttkCgHjEmNJBiEQoRKZcVlkzTgdOgKWN4ZWEtO8bTHNYs6whMsZlOFo6MaArOoEALw_wCB)
16. Seguí M, Toledo E, Jiménez J. Sistemas de salud. Modelos. In: Elsevier, editor. CONCEPTOS DE SALUD PÚBLICA Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS [Internet]. Elsevier. 2013 [cited 2025 Jul 16]. Available from: [https://www.unsis.edu.mx/ciisspp/gestionYdesarrollo/desarrollos\\_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf](https://www.unsis.edu.mx/ciisspp/gestionYdesarrollo/desarrollos_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf)
17. Selva E. Sistema de salud mixto neoliberal quizás abuso, engaño o torpeza, pero siempre privatización. ECA Estudios Centroamericanos [Internet]. 2004 [cited 2024 Jun 12];59(668):549–79. Available from: <https://revistas.uca.edu.sv/index.php/eca/article/view/5350>
18. Fair H. Perspectivas sobre el neoliberalismo: un estado de la cuestión. Ciencia, Docencia y Tecnología [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 13];3(68). Available from: <https://www.redalyc.org/journal/145/14575856002/html/>
19. Guerra D. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2006 [cited 2024 Jun 12];24(2). Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2006000200014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200014)
20. Salazar-Blanco OF, Valdés-Fernández AL. Motivation, learning and the curriculum in medical education: state of the art [Internet]. Vol. 17, Magis. Pontificia Universidad Javeriana; 2024 [cited 2024 Jun 26]. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/MAGIS/article/view/34622/30263>
21. Guevara R. El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? Folios [Internet]. 2015 [cited 2024 Jun 11]; 44:165–79. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-48702016000200011&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-48702016000200011&script=sci_abstract&tlng=es)
22. Girón G, Fandos J, Tena S. Matriz Sistema de salud [Internet]. Mendeley Data. Cali; 2025 [cited 2025 Jul 16]. Available from: <https://data.mendeley.com/drafts/n9r2ctkggb>
23. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Jun [cited 2024 Jul 2];16(6). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxD3vNTGZqz7qnZ6GcSfFt/>
24. Bohórquez A, Gutiérrez P. Modelos de humanización en salud: viabilidad e implementación en Colombia [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 26]. Available from: <https://hdl.handle.net/10946/5884>
25. Echeverry O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2008 [cited 2024 Jun 27];24(3):210–6. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9930>
26. Araujo J. La salud ¿cómo derecho o como mercancía? mercantilización de la relación médico-paciente y su correlación ética-bioética profesional. Gaceta internacional de ciencias forenses [Internet]. 2023

- [cited 2024 Jun 27];(46):20–33. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8759630>
27. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2014 [cited 2024 Jul 2];13(27):236–59. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolosal/article/view/11970>
28. Beltrán M, Estrada J, Durán C. Recurso humano y distancia geográfica como barreras de acceso a los servicios de salud, Caquetá, Colombia, 2020: análisis cuantitativo y desde la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Médicas UIS* [Internet]. 2023 Nov 23 [cited 2024 Jul 2];6(3). Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/14860>
29. DANE. Empleo informal y seguridad social [Internet]. 2023 [cited 2023 May 11]. Available from: [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social#:~:text=Informaci%C3%B3n%20agosto%20%2D%20octubre%202022&text=Finalmente%20para%20el%20total%20de,anterior%20\(47%C1%25\)](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social#:~:text=Informaci%C3%B3n%20agosto%20%2D%20octubre%202022&text=Finalmente%20para%20el%20total%20de,anterior%20(47%C1%25)).
30. DANE. DANE. 2022 [cited 2023 May 21]. Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
31. Portafolio. Portafolio. 2022 [cited 2023 May 21]. Panorama de seguridad alimentaria en el país mejoró en junio de 2022. Available from: <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/alimentos-cuantas-comidas-al-dia-consumen-los-colombianos-segun-el-dane-568760>
32. Diana A, Magda M. Factores asociados a barreras administrativas para acceder a los servicios de salud que enfrentan pacientes con cáncer, en una clínica oncológica de Bogotá, D.C. Colombia [Internet]. Universidad del Rosario; 2023 [cited 2024 Jul 2]. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/items/49c266c8-7656-44ae-ad55-ec3e98090aa3>
33. El tiempo. El tiempo. 2021 [cited 2023 May 21]. El 71 % del personal de salud tiene un contrato tercerizado. Available from: <https://www.eltiempo.com/justicia/servicios/procuraduria-advierte-tercerizacion-laboral-de-medicos-y-personal-de-salud-en-hospitales-559693>
34. Computrabajo. Computrabajo. 2023 [cited 2024 Jun 27]. Volver al listado Salario de Enfermería en Colombia. Available from: <https://co.computrabajo.com/salarios/enfermeria>
35. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. 2018 [cited 2024 Jun 26]. Declaración de Alma Ata, realizada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Available from: <https://medicina.uchile.cl/vinculacion/extencion/declaracion-de-alma-ata>
36. Sánchez P, Zuliani O. Así Vamos en Salud. 2014 [cited 2024 Jun 26]. Atención Primaria en Salud. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/atencion-primaria-en-salud>
37. Quintero J, Cardona H, Rodríguez Y, Rolong J, Salas M. Diagnóstico situacional de las condiciones más importantes y necesarias para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en Atención Primaria en Salud (APS) en el departamento del Huila. *Entornos* [Internet]. 2014 [cited 2024 Jul 2]; 27:66–88. Available from: <https://journalusco.edu.co/index.php/entornos/article/view/511>

38. Restrepo J, Lopera J, Rodríguez S. LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO. *Revista de Economía Institucional* [Internet]. 2007 [cited 2024 Jun 26];9(17). Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-59962007000200011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962007000200011)
39. Bardey D, Buitrago G. Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Desarrollo y Sociedad* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 26];231–62. Available from: <https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/dys/article/view/6691/6897>
40. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074/>
41. Minsalud. Resolución 1344 DE 2019 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá ; 2019. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad/resoluciones/resolucion-1344-de-2019#:~:text=Por%20la%20cual%20se%20modifica,de%20Servicios%20de%20Salud%20%2D%20RIPSS.>
42. Minsalud. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación [Internet]. Bogotá; 2016 Nov [cited 2024 Jun 27]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/habilitacion-de-redes-integrales.aspx>
43. Guerrero L. Las Redes Integradas de Servicios de Salud y su impacto en las finanzas de los Hospitales Públicos de Bogotá [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nueva Granada; 2014 [cited 2024 Jun 27]. Available from: <https://repository.umng.edu.co/server/api/core/bitstreams/ee467c88-b2b8-41a6-86aa-e634534f78fc/content>
44. Abad H. Fundamentos éticos de la salud pública [Internet]. Medellín; 2012 [cited 2023 Jul 13]. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13108>
45. Gutiérrez C, Gómez N, Bardey D. El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención [Internet]. Fedesarrollo. Cuadernos de Fedesarrollo, editor. Vol. 60. Bogotá; 2018 [cited 2024 Jun 30]. Available from: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/3556>

## Notas

\* Artículo de investigación