

Evolución del **sistema de salud colombiano,**
del privilegio al derecho:

¿Sabías que hace algunas décadas **solo el 20% de los colombianos tenía acceso a servicios de salud?**



Hagamos un **recorrido por la historia:**

Los orígenes y el modelo de beneficencia		La gran transformación con la Ley 100 de 1993		Consolidación y retos actuales		
1920 - 1949	1950 - 1980	1991	1993	2008	2015	2020 Actualidad
Creación del Instituto de Seguros Sociales (ISS) en 1946	Aparición de las Cajas de Previsión Social para funcionarios públicos	Promulgación de la nueva Constitución Política de Colombia	Aprobación de la ley 100	Liquidación del ISS y creación de Nueva EPS	Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751)	
Se buscaba proteger a los trabajadores formales del sector privado. Sin embargo, su alcance era limitado y solo cubría a una pequeña parte de la población económicamente activa.	Los hospitales públicos ofrecían servicios básicos financiados por subsidios estatales. Las personas sin capacidad de pago dependían de estos hospitales o de la caridad de organizaciones religiosas.	Se introduce el concepto de Estado Social de Derecho, sentando las bases para entender la salud como un servicio público obligatorio, el cual posteriormente se definirá como derecho fundamental.	La Ley 100 de 1993 es una ley colombiana que creó el Sistema de Seguridad Social Integral y dentro de este, el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su objetivo principal fue garantizar el acceso a servicios de salud y seguridad social a todos los habitantes, con un enfoque en la universalidad, la solidaridad eficiencia	El ISS se dividió en varias entidades. La Nueva EPS asumió los temas de salud.	Reconocimiento legal de la salud como un derecho fundamental autónomo, exigible judicialmente.	Si bien se ha logrado una cobertura cercana al 98%, actualmente persisten importantes retos debido a la crisis financiera del sistema.



Te preguntarás, **¿Cuáles son las principales diferencias** entre el **anterior sistema de salud y el actual?**

	Antes	Ahora
 Modelo de financiamiento	Antes de 1993, los hospitales públicos recibían un presupuesto fijo anual, lo que generaba listas de espera y acceso limitado.	Los recursos se asignan a las EPS según el número de afiliados, gestionando sus necesidades mediante prestadores.
 Cobertura	Solo el 20% de la población tenía acceso.	Cobertura cercana al 98%.
 Acceso a servicios	Fragmentado y dependiente del tipo de entidad.	Plan de beneficios unificado, con igualdad en cobertura y menor gasto de bolsillo.
 Participación de actores	Predominio de entidades públicas sin coordinación.	Participación organizada de públicos y privados.
 Concepción de la salud	Servicio condicionado a la capacidad de pago o caridad.	Derecho fundamental autónomo reconocido desde el 2015.
 Protección financiera	Los altos costos por enfermedades graves eran asumidos por las personas.	El sistema asumió los altos costos por enfermedades graves.
 Planificación y regulación	No existía un marco normativo unificado.	Se establecieron reglas claras y un marco jurídico básico que garantiza la operación del sistema.
 Gasto público vs gasto de bolsillo	Gasto público limitado. Alta carga en el gasto de bolsillo: en 1993 representaba el 50.5% del gasto total en salud.	Mayor participación del gasto público. Menor gasto de bolsillo: en el 2024 se redujo al 16.8%.
 Necesidades de salud no satisfechas	En 1993 el 33.2% de los encuestados tenía necesidades de salud no satisfechas.	En 2013 solo el 2% manifestó tener necesidades de salud no satisfechas.

El sistema de salud **es de todos,**
cuidarlo está en cada uno.

Ingresa **a saludysistema.com**



Línea de atención nacional
01 8000 519 519