

VARIACIONES DE UN MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EXISTENTES EN
COLOMBIA PARA EL AÑO 2014

MIRYAM ADRIANA GÓMEZ MENESES

ANGÉLICA MARÍA REINOSA RIVEROS

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

ESCUELA DE GOBIERNO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

BOGOTÁ, JULIO DE 2014

VARIACIONES DE UN MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EXISTENTES EN
COLOMBIA PARA EL AÑO 2014

MIRYAM ADRIANA GÓMEZ MENESES
ANGÉLICA MARÍA REINOSA RIVEROS

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

DIRECTOR:

DR. OSCAR BERNAL ACEVEDO

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
ESCUELA DE GOBIERNO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ, JULIO DE 2014

Tabla de contenido

1. Introducción

1.1 Problema de investigación

1.2 Objetivos el estudio

1.2.1 Objetivo General

1.2.2 Objetivos específicos

2. Marco teórico

2.1 Sistemas y modelos de salud en el mundo

2.1.1 Modelo liberal

2.1.2 Modelo socialista

2.1.2.1 Semashko

2.1.2.2 Modelo publico unificado

2.1.3 Modelo mixto

2.1.4 Modelo segmentado

2.1.5 Contrato público

2.1.6 Pluralismo estructurado

2.2 Modelo de análisis de sistemas de salud

3. Metodología

3.1 Definición de variable

3.2 Descripción de los regímenes existentes

3.3 Regímenes exceptuados

3.3.1 Criterios de selección

4. Resultados

4.1 Régimen contributivo

4.1.1 Financiamiento

4.1.2 Prestación

4.1.3 Plan de beneficios

4.1.4 Regulación

4.1.5 Satisfacción

4.2 Régimen subsidiado

4.2.1 Financiamiento

4.2.2 Prestación

4.2.3 Regulación

4.2.4 Satisfacción

4.3 Regímenes exceptuados

4.3.1 Fuerzas Militares Y Policía Nacional

4.3.1.1 Financiamiento

4.3.1.2 Prestación

4.3.1.3 Plan de beneficios

4.3.1.4 Regulación

4.3.1.5 Satisfacción

4.3.2 Magisterio

4.3.2.1 Financiamiento

4.3.2.3 Plan de beneficios

4.3.2.4 Regulación

4.4 Financiamiento

4.5 Plan de beneficios

4.6 Calidad del servicio

4.7 Tutelas

5.Análisis de Resultado

6.Discusión

7.Limitaciones

8.Conclusiones

8.Bibliografía

Lista de tablas

- Tabla 1 Definición de variables incluidas en la descripción de las diferentes variaciones del modelo de aseguramiento en salud existentes en Colombia en el año 2014.
- Tabla 2 Indicadores de Sostenibilidad
- Tabla 3 Cubrimiento en seguridad social para la población colombiana antes del año 1993.
- Tabla 4 División por regiones para la contratación y atención de usuarios del magisterio para el año 2014.
- Tabla 5 Tabla comparativa de los diferentes regímenes de afiliación según financiamiento
- Tabla 6 Indicadores de sostenibilidad
- Tabla 7 Plan de beneficios para el sistema general de salud, magisterio y fuerzas militares y Policía Nacional
- Tabla 8 Desempeño de las EPS del régimen contributivo, según el ordenamiento realizado por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de salud para el año 2012
- Tabla 9 Desempeño de las EPS del régimen subsidiado, según el ordenamiento realizado por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de salud para el año 2012
- Tabla 10 Porcentaje de cumplimiento de 5 parámetros de calidad según evaluación de los servicios de las Entidades prestadoras de salud realizada por el Ministerio de Salud para el año 2012.

Tabla 11 Tabla comparativa de los regímenes de afiliación del modelo de salud en Colombia, según varios indicadores de calidad.

Tabla 12 Ranking de 11 países según calidad del sistema de salud valorado por satisfacción del usuario, año 2014.

Lista de gráficos

Gráfico 1 Comportamiento de tutelas entre el año 2006 y 2011

Gráfico 2 Porcentaje de tutelas en salud desde el año 2006 al 2011

Glosario

Acción de tutela: “Es el mecanismo creado en el artículo 86 de la Constitución de 1991, mediante el cual toda persona puede reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando estos resultan vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos establecidos en la ley” (Personería de Bogotá, 2011)

Aseguramiento¹: Es un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo. (Salud, Pensiones, Riesgos profesionales).

Según el Departamento Nacional de Planeación es una “estrategia” para lograr que todos los ciudadanos puedan gozar de manera efectiva del sistema de seguridad en salud. (Departamento Nacional de Planeación, 2013)

Copago²: es una participación directa del usuario como parte del costo de un servicio de salud POS o NO POS, en el momento de utilizarlo y se considera una alternativa de financiación el

¹ IV Foro: El Sistema de Salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud

² Solanas Saura Pascual, sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

sistema y como medida de racionalización de los gastos sanitarios, por parte del usuario. (Ministerio de Salud 2013)

Cuota moderadora³: Es el valor que se debe pagar por todo servicio de salud que se utilice y tiene como finalidad la racionalización del uso de los recursos de salud Tiene por objeto regular la utilización del servicio de salud.

Gasto de bolsillo en salud: es aquel que engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud, como son los honorarios médicos, compra de medicamentos , facturas del hospital, medicina alternativa y tradicional. (OMS, 2005)

Nivel de complejidad: Es la categorización general de un centro asistencial según las responsabilidades asistenciales y el personal que se debe garantizar para la prestación del servicio. En Colombia según resolución 5261de 1994 se encuentra organizado en 4 niveles. ⁴

I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

³ Gerencie. (2010). Diferencia entre cuota moderadora y copago. Recuperado de: <http://www.gerencie.com/diferencia-entre-cuota-moderadora-y-copago.html>

⁴ Ministerio de Salud, 1994. Resolución 5261. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Plan de beneficios: “Conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que se brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar la salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de la incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional”.⁵

Periodo mínimo de cotización: era el tiempo mínimo exigido por las Entidades Promotoras de Salud, para acceder a la prestación de los servicios de altos costo incluidos en el plan obligatorio de salud. (Diario Oficial 43291, Bogotá 1998. Decreto 806) Se eliminaron a partir de la ley 1438 de 2011.

Modelo de salud: Como una definición genérica, modelo es el esquema teórico de un sistema⁶. Son las directrices que permiten la organización y funcionamiento de un sistema de salud, enfocados en una población objeto⁷.

Sistema de salud: Es un conjunto, con sus partes interrelacionadas⁸. En cuanto a la salud forman parte del sistema todas las personas, instituciones, recursos que trabajan juntas para responder a las necesidades en salud. (OMS, 2013)

⁵ Ministerio de Salud. Recuperado de :
<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/CRES/Participacion%20Ciudadana/planes%20obligatorios%20de%20salud.pdf>

⁶ Diccionario de la lengua española. (marzo de 2013). Definición de modelo. Obtenido de
<http://lema.rae.es/drae/?val=modelo>

⁷ Ministerio de salud pública y asistencia social. (s.f.). Modelo de atención integral en salud. Guatemala

Tarifa Soat: Tabla de precios, para procedimientos en salud, que es de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud Públicas y para las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de pacientes víctimas de accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Ministerio de Salud, Bogotá 1996. Decreto 2423)

Unidad de pago por capitación: Es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas⁹.

Calidad de la atención en salud: “provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de una nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. (Ministerio de Salud y protección social, 2006 .Decreto 1011)

⁸ Diccionario de la lengua española. (marzo de 2013). Definición de sistema. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=sistema>

⁹ Ministerio de Salud. Estudio de Suficiencia. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/Proyecto-POS-UPC.aspx>

1. Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud un sistema de salud es un conjunto de todos los agentes participantes incluyendo organizaciones, instituciones, recursos y personas que tiene como propósito mejorar la salud de una población (Arah, 2003; Murray Christopher et Frenk, 2000, p 717).

Los sistemas de salud deberían cumplir al menos tres objetivos: mejorar la salud (promedio de salud y reducir inequidades); tener en cuenta las expectativas de la población para mejorar (respeto) y asegurar justicia en la parte financiera (Arah OA, et al, 2003). En este concepto se contemplan los determinantes históricos y estructurales del proceso salud enfermedad y el modo de intervenir en ese proceso. (Levino 2011)

A nivel mundial en la década del 60, se crean y fortalecen organizaciones cada vez más grandes y complejas, para proveer y financiar sistemas de salud.

Hacia los años 70, surgieron nuevas formulaciones como la Declaración de Alma Ata, el informe Lalonde, o Salud para todos de la OMS, dando un enfoque intersectorial a la salud, enfocando la atención en la promoción y protección.

En los años 80, la teoría económica toma fuerza y el análisis de los servicios de salud enfoca su atención en utilizar mecanismos como la competencia, los precios y los incentivos.

Ya en la década de los 90, se dio un movimiento internacional de reforma del sector salud apoyado por el Banco Mundial, donde el papel del Estado cambia su función de ser proveedor de servicios, y pasa a ser financiador y administrador en el sector.

América Latina no fue ajena a la reforma a nivel económico dado por la apertura, flexibilización del mercado laboral, con el fin de mejorar la competitividad. La mayoría de reformas en el sector salud emprendidas en Latinoamérica, optaron por la eliminación del monopolio público de prestación de servicios, incorporando la competencia y mecanismos de mercado y precios, con el fin de aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.

En Colombia, en el año 1973, se creó el Sistema Nacional de Salud, de manera centralizada y asistencial a la población que acudiera al subsistema público.

El modelo de salud que existía antes de la ley 100 era de carácter principalmente público, y el Ministerio de Salud era el encargado de transferir los recursos a las direcciones seccionales, así como planificar y nombrar el personal, vigilar el desempeño de los hospitales universitarios y regionales, y donde una misma entidad podría direccionar y ser parte de un proceso de control. Se distribuía en tres sectores: a) El Sistema de Seguridad Social, el cual era financiado con los ingresos laborales de cada trabajador de esta manera: 7 % los que pertenecían al Instituto de Seguro Social; 5 % para el caso de las Cajas de Previsión Social y los aportes del Estado; b) El sector público se financiaba con los recursos de los departamentos y del Ministerio de Salud y c) el sector privado, que se financiaba con las cotizaciones de sus afiliados.¹⁰

¹⁰ Almeida Alexander, Parra Mario, Romero Carlos. Mecanismos de financiación del sistema de seguridad social en salud, antes, durante y después de la reforma a la ley 100. Universidad autónoma de Bucaramanga, 2007.

En salud se invertía el 6% del PIB entre recursos públicos y privados. Aproximadamente el 50% de los gastos se canalizaban a través de entidades de seguridad social, que cubrían a tan solo el 20% de la población y el 50 % restante protegía al resto de la población. La financiación del sistema estaba a cargo del subsidio a la oferta.¹¹

Las Cajas de previsión, fueron creadas para cubrir las necesidades en salud y pensiones de los trabajadores del sector público. El aporte por parte del trabajador era del 5% de sus ingresos, los cuales se distribuían para cubrir la atención de la enfermedad y las pensiones. El Estado tendría que financiar el resto, y era el encargado del presupuesto de estas cajas.

El cubrimiento de servicios era completo para el trabajador, pero se presentaban variaciones respecto a su grupo familiar, y se debían hacer aportes propios para cubrir a sus familiares

Dentro de estas cajas de previsión estaban incluidos las fuerzas armadas y los maestros.

La ley 100 de 1993 tenía como prioridad mejorar la cobertura, terminar la inequidad en el acceso a los servicios y la ineficiencia en la provisión pública del servicio. Esto se buscaba alcanzarlo a través de la organización de los servicios de salud de manera descentralizada y por niveles de atención, liberando al Ministerio de salud de la prestación directa de los servicios; para lograr este objetivo se crearon intermediarios denominados entidades promotoras de salud (EPS), con cambios positivos que incluyen el aumento de la cobertura de afiliación, disminución de la brecha entre ricos y pobres, mejoría en el acceso a los servicios de salud y el aumento en la protección financiera de los usuario (Congreso de la República, 1993. Ley 100)

¹¹ Kerguelen Botero Carlos Alfonso. Calidad en Salud en Colombia. Los principios. Ministerio de la protección social, 2008

La Constitución Política de 1991 significó una transición hacia un Estado Social de Derecho, lo cual obligó a repensar la manera como se brindaban algunos servicios esenciales para la garantía de los derechos de la población. La salud empieza a verse como un derecho primordial del ciudadano que, aunque se define como derecho prestacional, y pasa a convertirse en una obligación del Estado.¹²

Pero durante estos 21 años desde su ejecución se han encontrado varios efectos negativos como la definición de los incentivos para los actores del sistema, lo que ha generado problemáticas grandes como la prestación del servicio orientada hacia la resolutiveidad en la alta complejidad debilitando las acciones preventivas y el aseguramiento desplazó a un segundo plano la gestión de los riesgos en salud y se centró en el manejo financiero, lo que tiene al sistema ad portas de una nueva reforma¹³.(Núñez et al, 2012, p:2-7)

Actualmente se busca mejorar la oportunidad, calidad y continuidad de la prestación de los servicio y tener un modelo más eficiente y sencillo sin intermediación financiera.

En Colombia subsisten diferentes variaciones de un modelo de aseguramiento reconocidas por el Estado: contributivo, subsidiado, regímenes exceptuados. Estos modelos presentan diferencias entre sí, las cuales se pretenden evidenciar en este trabajo.

Por su parte, el análisis de los sistemas y modelos de salud, busca desarrollar mejores políticas y estrategias que optimicen su funcionamiento. Esto se puede lograr mediante la formulación de

¹² Reforma al sistema de seguridad social en salud en Colombia. Boletín N° 212. Noviembre de 2012.

¹³ Procuraduría General de la Nación. (s.f.). *Financiamiento del sistema de seguridad social en salud. Seguimiento y control preventivo de las políticas públicas*. Bogotá: Eco ediciones

hipótesis sobre las causas del bajo rendimiento, incluyendo propuestas sobre cómo se pueden implementar reformas y cuáles podrían ser sus posibles efectos. Se puede considerar diferentes niveles: la interacción del paciente –proveedor, la organización de la salud individual, la red local de las instituciones prestadores de servicios y a nivel nacional.

La finalidad de la investigación es describir las diferentes variaciones de un modelo de aseguramiento obligatorio en salud existentes en Colombia, a partir de su financiamiento y planes de beneficio como características diferenciales que modifican la calidad del servicio basados en la percepción del usuario.

Se pretende además aportar un panorama del modelo de salud actual, tanto en el sistema general de seguridad social como en sus regímenes exceptuados, que permitan en un futuro generar herramientas de análisis del sistema, en búsqueda de estrategias que mejoren su funcionamiento o permitan solidificar propuestas de reforma.

1.1. Problema de investigación

Colombia cuenta con un sistema obligatorio de seguridad social en salud, el cual tiene diferente régimen de afiliación (subsidiado, contributivo y exceptuado). Con la evidencia con que se cuenta hasta el momento, podemos afirmar, que no es claro cómo se comporta el modelo en cada régimen y si estas variaciones producen cambios en el nivel de satisfacción de los usuarios.

En este estudio se plantean tres preguntas para discusión, ya que por el alcance del estudio no se pretende responder hipótesis.

La primera pregunta a plantear es si: ¿a mayor valor de la unidad por capitación en cada régimen aumenta la satisfacción del usuario?

La segunda pregunta propuesta es si ¿el tener o no cuotas moderadoras o copagos en cada régimen afecta la satisfacción del usuario?

La tercera pregunta planteada es determinar si ¿mayor cobertura del plan de beneficios aumenta la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud?

1.2 Objetivos del estudio

1.2.1 Objetivo General

Determinar diferencias en el modelo de salud y la satisfacción del usuario en los diferentes regímenes de afiliación a la seguridad social Colombiana.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir los regímenes de aseguramiento obligatorio en salud existentes en Colombia: Contributivo, Subsidiado y exceptuados.
- Identificar las diferencias generales entre las aplicaciones de un modelo de aseguramiento obligatorio existentes en Colombia
- Determinar si el financiamiento o el plan de beneficios produce cambios en la percepción de calidad por el usuario.
- Determinar si el financiamiento o el plan de beneficios produce cambios en el número de tutelas interpuestas por los usuarios de los diferentes modelos o variaciones de un modelo de aseguramiento obligatorio en salud en Colombia.

2. Marco teórico

2.1 Sistemas y modelos de salud en el mundo

Un sistema de salud es definido como el conjunto de todos los agentes participantes incluyendo organizaciones, instituciones, recursos y personas con el fin de mejorar la salud de una población.

Otra definición propuesta es ver los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones (OMS, 2005)

Los sistemas de salud de todo el mundo están buscando mejores formas de responder a retos presentes y futuros. Hoy predomina la atención curativa y se ha generalizado el abandono sistemático de la prevención.

Un sistema consta de cuatro componentes fundamentales: a) políticas sanitarias, enmarcadas en las políticas sociales y económicas definidas por el Estado; b) recurso humano y operativo del sistema; c) la red de servicios y sus modelos de atención y gestión; d) los insumos. (Giovanella Ligia et al, 2012, p: 13-20).

En el mundo existen varios modelos de atención, aseguramiento en salud, que según la región han ido a la par de su desarrollo político y social.

2.1.1 Modelo liberal.

En este existe una total libertad para elegir el asegurador y el tipo de póliza. Pero la salud constituye un gasto de bolsillo, consumo, por lo cual quien tiene el poder adquisitivo puede

acceder a servicios de salud. El aseguramiento, la provisión de servicios y tecnologías dependen del mercado. (Londoño y Frenk, 1997).

2.1.2 Modelo socialista

Su ejemplo vivo es el modelo de salud de Cuba, en el cual el Estado financia en su totalidad la prestación del servicio con características de universalidad, equidad y gratuidad (Políticas públicas ,2011).

2.1.2.1 Semashko.

Comenzó en la antigua Unión Soviética. Era un sistema de salud centralizada en el Estado. Se construyó como un sistema multiniveles, según la complejidad de la enfermedad, desde el nivel distrital hasta el federal. Había un médico encargado de un distrito, que a su vez integraba la atención con otros niveles, según la necesidad. Funcionó bien hasta que con el advenimiento de nuevas tecnologías en los años 70, la población comenzó a demandar servicios más especializados. Mientras el sistema operó con el médico de distrito, era financieramente eficiente; pero con la necesidad de recurso especializado aumentó el costo y se requirió del pago por el servicio por parte de los usuarios (OMS, 2013). Desde el año 1990, los países comunistas de Europa y Rusia abandonaron este sistema (Políticas públicas ,2011).

2.1.2.2 Modelo público unificado

El servicio de salud se presta a través de un sistema único a cargo del Estado, quien a su vez es el encargado del financiamiento. Se centra en la prevención de la enfermedad, por lo cual sus acciones están dirigidas a grupos poblacionales más que al individuo en particular. Los usuarios no participan en la toma de decisiones, no hay competencia entre proveedores (Londoño y Frenk, 1997).

2.1.3 Modelo mixto

Los modelos europeos que dieron origen a este modelo de aseguramiento fueron Bismarck y Beveridge (Políticas públicas, 2011). Estos dos sistemas difieren principalmente en lo que respecta al papel del estado como financiador y propietario de los servicios de salud (Sawicki PT & Bastian H, 2008, p: 11442)

Alemania fue el primer país en desarrollar un sistema de salud Nacional para asegurar a la población en contra del costo médico.

En 1883 Otto Von Bismarck dio el primer paso para el estado de bienestar europeo moderno. Para Bismarck (modelo de seguridad social) y sus contemporáneos estaba claro que la única vía para proteger a los individuos de los problemas catastróficos de salud era que toda la comunidad cargara con los riesgos. Organizó un plan para trabajadores contra accidentes, enfermedades invalides, vejez. Creó un modelo de aseguramiento social (German Health Care 2008). Los montos de pensiones y subsidios dependían de los aportes del empleado¹⁴.

Como un cuerpo independiente, una institución de aseguramiento social tiene recursos claramente definidos. Las prioridades de los servicios de salud pueden ser influenciadas directamente por quienes financian y usan los servicios. Bajo el aseguramiento, todos los pacientes esperan una relación cliente proveedores, y puede elegir entre los proveedores. El acceso abierto a diferentes proveedores lleva a una suplencia competitiva de la mayoría de los servicios de salud, con efectos positivos sobre la calidad de vida, disminuyendo además las listas de espera. (German Health Care, 2008) La red de salud está a cargo del Estado. Cumple con los principios de universalidad,

¹⁴ Seguridad Social para todos- Centro de apoyo al desarrollo laboral. La Paz, Bolivia. 2011.

gratuidad y equidad (Política públicas ,2011). Las contribuciones, son cargos sobre la nómina, y pueden aumentar los costos. Requiere grupo de personas para registro de contribuyentes y dependientes, recolectando contribuciones, procesando quejas, contratando con proveedores de cuidado y pagando por servicios (OMS, 2013). Mayor gasto, mayor satisfacción. (Van der Zee Jouke, 2007 p: 94) Otros críticos de este modelo aducen que éste al ser introducido en países en donde la informalidad laboral es alta favorece aún más la inequidad en el acceso a la salud.

(OMS, 2009)

En el modelo Beveridge (Sistema Nacional de salud), el financiamiento es público a través de impuestos. Entre otras condiciones aparte de las del modelo Bismarck, está la libertad de acceso a toda la población y los pacientes participan en el pago. El personal sanitario es empleado público. El modelo de atención primaria, con un médico de cabecera, es la base de la atención. Hay largas listas de espera. Menor gasto, menor satisfacción por parte de los usuarios (Políticas públicas 2011). Beveridge estableció que todos los ciudadanos, inclusive los más pobres y desprotegidos eran responsabilidad del Estado (Seguridad Social para todos 2011).

2.1.4 Modelo segmentado

Coexisten tres sectores como cofinanciadores del sistema.

Sector público: el Estado se ocupa de brindar asistencia a los grupos que no están en el sistema.

El financiamiento se hace a través de recursos públicos.

Sector seguridad social: su organización se descentraliza en entidades intermedias. La financiación se da por aportes obligatorios de los empleados y empleadores.

Sector privado: La prestación de servicios se da por prestadores privados. Su financiamiento depende del gasto de bolsillo (Políticas Públicas, 2011; Londoño & Frenk ,1997).

2.1.5 Contrato público

El financiamiento es mixto, entre recursos del Estado y aporte del sector privado para la prestación de servicios. Hay mayor competencia en el mercado, porque hay mayor cantidad de proveedores. Pero el problema es el costo elevado, la calidad y la regulación.

2.1.6 Pluralismo estructurado

Corresponde a un punto intermedio que evita el poder único del Estado o la atomización del sector privado. Evita la autoridad absoluta del Gobierno y la ausencia de reglas de juego para manejar el mercado. El Ministerio de Salud es el organizador, más no el proveedor de servicios. Este último puede ser compartido entre el sector público y privado.

Pero en su mayoría los sistemas no están definidos radicalmente, lo que lleva a un comportamiento mixto de los sistemas con seguros contributivos y subsidios fiscales donde generalmente existen copagos y cuotas moduladoras que incrementan el gasto de bolsillo. Pero los defensores de este tipo de aseguramiento lo consideran una defensa contra el gasto catastrófico de salud.

A nivel mundial el comportamiento de los sistemas de salud varía según el ingreso, la posición política del país y su compromiso con la salud de sus poblaciones.

Los países latinoamericanos comparten algunos problemas estructurales como sistemas segmentados y/o fragmentados, donde la capacidad regulatoria de los Ministerios es débil, se identifica un desfinanciamiento del sector público secundario a las crisis y políticas de ajuste y un crecimiento acelerado del sector privado con exenciones de impuestos o transferencias de fondos públicos.

2. 2 Modelo de análisis de sistemas de salud

En el 2010, Hsiao et Siadat, proponen tres tipos de modelos de análisis: descriptivo, analítico, y explicatorio o predictivo.

El modelo descriptivo, puntualiza cada uno de los componentes del sistema de salud, así como funcionan los programas y las instituciones, y especifica las funciones y acciones de los actores clave involucrados. Sin explicar cómo estas partes interactúan o contribuyen a los resultados del sistema, o por qué un sistema particular puede superar a los otros.

El modelo analítico, examina la interacción de las diferentes partes de salud, puede ser integral o examinar cada una de las partes del sistema. Un ejemplo de una metodología analítica (Weinstein et al, 2003) es que permita observar eventos sobre el tiempo y a través de las poblaciones, lo cual es basado en fuentes primarias y/o secundarias, y cuyo propósito es estimar los efectos de una intervención sobre las consecuencias y costos en salud.

Dentro de este modelo se encuentra el de circulación de fondos, que cuantifica el flujo de recursos financieros; y el modelo funcional describe y analiza los componentes funcionales de un sistema como insumos (financieros, recursos humanos, instalaciones), la administración, la gobernanza y la regulación). Este último no permite conocer qué funciona y que no.

Los modelos explicatorios o predictivos, intentan responder preguntas fundamentales como que factores influyen para que el sistema funcione adecuadamente, o porque algunos sistemas de salud funcionan mejor que otros. Están subdivididos en el modelo actuarial, económico y de macro política, el cual es considerado el más completo, ya que tiene el rigor de la investigación científica.

Como se ha descrito existen varios métodos para analizar los diferentes sistemas de salud, pero ninguno ha sido aceptado de manera universal. Los dos modelos más nombrados son los de la

OMS y el del Banco Mundial. Este último podría ser considerado más completo ya que analiza las diferentes redes entre los actores de un sistema y cómo eso influye en los resultados en salud (Berman Meter & Bitran Ricardo, 2011) Pero no es el objetivo de este trabajo.

3. Metodología

Para el cumplimiento del objetivo se plantea realizar un estudio descriptivo de diferentes regímenes de afiliación dentro del modelo de seguro social obligatorio. La búsqueda y recolección de la información se hizo mediante la revisión de fuentes secundarias: informes de gestión, informe de rendición de cuentas de cada modelo de aseguramiento escogido, manuales técnicos, tesis de grado y páginas públicas. Además se utilizaron bases de datos como Scielo, PubMed, World Bank y Google Scholar. Las palabras clave empleadas fueron, en inglés: Model, Health System, Assesment; y en Español: aseguramiento, sistemas de salud, financiamiento y calidad.

El análisis de tutelas se hará tomando el último informe publicado de la Defensoría del pueblo (año 2012), ya que es un informe oficial que incluye datos periódicos desde el nacimiento de la tutela. Y como informe oficial debería ser tenido en cuenta por quienes desarrollan las leyes.

Se inicia con una introducción en la que se incluyen datos generales como la población objeto, el número de usuarios, antigüedad del sistema específico.

3.1 Definición de variables

Se quiere describir la calidad en la atención percibida por el usuario de cada modelo, la cual es una característica de evaluación intermedia; esto ayuda a detectar fallas en el funcionamiento del sistema. La satisfacción del usuario como variable dependiente, representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas con respecto a los servicios prestado.

La medición de la satisfacción puede realizarse de dos maneras. Una es determinar la disposición de los individuos para pagar por los distintos beneficios (Weinstein et al. 1996). La otra forma de medir la satisfacción del usuario es mediante encuestas, donde los usuarios responden qué les gusta y qué no acerca de su atención en salud (Cleary, 1999). Los resultados de estas encuestas permiten orientar a los interesados sobre servicios específicos o características del sistema con la limitante de enfrentar ciertos problemas técnicos como el tipo de preguntas, o el perfil del encuestado.

Como parte de la calidad del servicio también se incluirán el número total de tutelas en cada régimen, como una medida de satisfacción del usuario con el servicio recibido.

Las variables dependientes elegidas fueron el financiamiento y el plan de beneficios (tabla 1). El financiamiento, descrito por Molina Raúl et al, en el año 2000, se refiere a todos los mecanismos para conseguir el dinero que paga por las actividades en el sector salud. Estos mecanismos incluyen impuestos, primas de seguros y pagos directos de los pacientes. Es fundamental, porque afecta la forma como los usuarios acceden a los servicios de salud, qué servicios se proveen y si responde a las expectativas y necesidades de la población, así como también habla de la sostenibilidad del sistema. El Banco Mundial (Breman Jarrison et al, 2006)

dice que se deben garantizar tres principios básicos: la recaudación de ingresos, la agrupación de los recursos, y la compra de las intervenciones en salud.

Tabla 1. Definición de variables incluidas en la descripción de las diferentes variaciones del modelo de aseguramiento en salud existentes en Colombia en el año 2014.

| VARIABLE | DEFINICIÓN | PARÁMETROS A DESCRIBIR |
|--|--|---|
| Financiamiento | Se refiere a todos los mecanismos para conseguir el dinero que paga por las actividades en el sector de la salud. Estos mecanismos incluyen impuestos, primas de seguros y pagos directos de los pacientes | Unidad de pago por cápita Uso de cuotas moderadoras, copagos |
| Plan de beneficios | Conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que se brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar la salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de la incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional | Plan obligatorio de salud (POS) Diferente al POS |
| Calidad del Servicio medida desde Satisfacción | La satisfacción del usuario como variable independiente, representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas con respecto a los servicios prestado. | Encuestas de satisfacción Tutelas por cada 10000 afiliados por año |

Fuente: Marc J. Roberts , William Hsiao Peter Berman Michael R. Reich . Getting Health Reform Right. Oxford University Press (October 2002)

Los indicadores a tener en cuenta en la comparación del sistema de salud a nivel mundial, y la comparación entre los regímenes, se describe en la siguiente tabla. (Tabla 2)

Tabla 2: Indicadores de Sostenibilidad

| SUFICIENCIA DEL GASTO |
|--|
| Gasto en salud % PIB (Colombia) comparada con el promedio mundial |
| Gasto público en salud como % del gasto público total (Colombia) |
| Gasto per cápita en salud Disgregado por Régimen de afiliación) |

Fuente: Dirección General de Evaluación de desempeño.
http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco_objetivos_f.htm

El plan de beneficios es considerado como el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que se brindan a las personas, con el propósito de mantener o recuperar la salud, incluye además incapacidades, licencias o reconocimiento en caso de enfermedad profesional o accidente de trabajo. (Presidencia de la República, 1998. Decreto 806)

Se eligió, ya que el acceso a productos médicos esenciales, vacunas, tecnologías de calidad, como su uso comprobado científicamente y rentable, permiten determinar alcances y diferencias entre las ejecuciones del modelo.

El plan de beneficios sugiere (Rovira Joan, 2003) que entre más amplio y menos rígido brindará mayor satisfacción al usuario del servicio al recibir lo que desea, y no se puede considerar una simple lista de intervenciones, sino un medio para orientar la demanda y obtener mejoras en la calidad de los servicios.

3.2 Descripción de los Regímenes existentes

Se realiza como primera instancia una descripción general de los regímenes existentes en Colombia, y mediante una tabla comparativa, se plasman las diferencias en las áreas de financiamiento, plan de beneficios y calidad.

3.3 Regímenes exceptuados

3.3.1 Criterios de selección.

- Representa un grupo específico de la población
- Diferentes fuentes de financiamiento
- Disponibilidad de información

Se eligieron los modelos de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y Magisterio

Se realiza un cuadro comparativo entre cada caso elegido, con el fin de evidenciar diferencias en su aplicación.

4. Resultados

La cobertura universal, teniendo en cuenta la salud como un derecho fundamental, busca que cada persona tenga acceso a los servicios de salud y no presenten dificultades financieras al pagar por ellos (OMS,2012). Con la inclusión del componente de solidaridad en la Ley 100, muestra un avance significativo como se muestra a continuación. Antes de 1993, el cubrimiento de la seguridad social se distribuía de la siguiente manera y tan solo cubría al 31 % de la población. (Tabla 3)

Tabla 3: Cubrimiento en seguridad social para la población colombiana antes del año 1993.

| ASEGURAMIENTO | NÚMERO DE AFILIADOS | PORCENTAJE TOTAL DE AFILIADOS |
|--------------------------------------|----------------------------|--|
| Instituto de Seguros Sociales | 7'428.614 | 71.4% |
| Caja de previsión social | 228.074 | 2.2% |
| Otras Entidades | 2'704.884 | 26% |
| Total | 10'361.572 | 100% |

Fuente: Santa María Mauricio et al. Diagnóstico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación, 2003

4.1 Régimen contributivo

El sistema de aseguramiento obligatorio creado por ley 100 de 1993, estableció dos regímenes de afiliación. Uno de ellos es el contributivo para aquellos que tienen alguna vinculación laboral y por tanto capacidad de pago (Congreso de Colombia, 1993). Según cifras del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), para diciembre de 2013 existían 19'817.997 afiliados al régimen contributivo.

4.1.1 Financiamiento.

El sistema general de seguridad social en salud tiene diferentes fuentes de financiación: el sistema general de participaciones (participación para salud), FOSYGA (subcuenta de compensación del régimen contributivo, subcuenta de solidaridad, subcuenta de promoción de la salud), Coljuegos, aportes municipales y departamentales, además del aporte de los afiliados al sistema. Todos estos aportes se reúnen en un solo fondo, el FOSYGA. De este fondo se distribuyen los recursos a las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado, según el número de afiliados que posean. Las aseguradoras del régimen contributivo adicionalmente obtienen recursos del pago por parte de los usuarios de cuotas moderadoras y copagos. Otra forma de conseguir recursos es a través del

recobro por servicios prestados no incluidos en el POS (Ministerio de Salud y la protección social, 2013). La cotización al régimen contributivo corresponderá al 12.5% de los ingresos, con 8.5% a cargo del empleador y 4% a cargo del empleado. En caso de no tener una vinculación laboral directa, como los prestadores de servicios, aportarán el 12.5% sobre el 40% de los ingresos totales. (Congreso de Colombia, 2007. Ley 1122)

Se reconoce a las EPS, una unidad de pago por capitación por cada afiliado según grupo etáreo y zona de residencia (Procuraduría General de la Nación). Para el año 2014 esta fue fijada en \$593.978.40. (Ministerio de salud y protección social, 2013)

4.1.2 Prestación

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) pueden ser de carácter, privado, público o mixto y pertenecer o no a una EPS. Las EPS no podrán contratar directamente o través de terceros con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud (Congreso de Colombia, 2007). Las diferentes EPS del régimen contributivo y subsidiado llevan a cabo la negociación con los prestadores de los servicios.

Existen varias modalidades de contratación para la prestación del servicio:

- Capitación: Valor fijo por usuario contratado. Se paga por anticipado la prestación del servicio, dentro de un grupo preestablecido.
- Por evento: El pago se realiza por la atención individual de los usuarios. Las tarifas son pactadas con anterioridad.

- Pago por caso: El pago se realiza por paquete por diagnóstico, o conjunto de actividades relacionadas. La tarifa es pactada previamente.

Las EPS de carácter público y las EPS del régimen subsidiado deberán contratar al menos el 60% de la prestación de servicios con las empresas sociales del Estado (Congreso de Colombia, 2007).

4.1.3 Plan de beneficios

En el plan de beneficios se incluyen medicamentos, procedimientos y tecnologías. Estos se actualizan de manera periódica. (Congreso de Colombia, 2007)

En caso en que soliciten medicamentos o procedimientos no incluidos en el plan de beneficios, se llevará la solicitud a un comité técnico científico quien analizará cada caso en particular y aprobará o no el medicamento o procedimiento. (Congreso de Colombia, 2007)

4.1.4 Regulación

La regulación del sistema se da desde varios frentes. Uno es desde el FOSYGA, quien debe monitorear y controlar el uso de los recursos asignados por cada usuario a las EPS.

La Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales, la Procuraduría, la Contraloría y las Personerías ejercen inspección, vigilancia y control al uso de esos recursos. (Congreso de Colombia, 2007)

El Ministerio de Salud también ejerce el control al asumir la expedición de normas para la gestión, administración y operación del sistema. (Procuraduría General de la Nación)

4.1.5 Satisfacción

Cada EPS tiene un sistema de información al usuario en el cual entre otras se brinda la oportunidad de evaluar la calidad del servicio. En el año 2012, el Ministerio de salud contrató la realización de una encuesta a nivel nacional para evaluar la satisfacción con el servicio que brindan las EPS. Con la pregunta “¿Usted considera que si usted llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de manera oportuna/ a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?” se evaluó de manera general la percepción que los usuarios entrevistados tiene de su EPS. El 81% respondió que probablemente sí.

4.2 Régimen subsidiado

Este es el mecanismo mediante el cual, la población sin capacidad de pago y en condición de vulnerabilidad tiene acceso a servicios de salud y se clasifica mediante el Sistema SISBEN (Departamento Nacional de Planeación, 2014) Consta de seis niveles, y solo el nivel 1 y 2 están en condición de pertenecer al régimen subsidiado. Es un instrumento de focalización individual y un sistema de información utilizado por el gobierno nacional para facilitar la clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales, y para salud se definió como corte de referencia la capacidad de pago de los hogares por puntaje, el cual es implementado y administrado por el departamento de planeación nacional.

4.2.1 Financiamiento

Hay tres grandes fuentes de financiamiento en el régimen subsidiado (Ministerio de salud y la Protección social, 2013)

Recursos nacionales distribuidos así: 1.5 puntos de las cotizaciones de los regímenes exceptuados y hasta 1.5 de las cotizaciones de los afiliados al contributivo; recaudos de las cajas de compensación; recursos del presupuesto general de la nación.

Recursos de las entidades territoriales: El Sistema general de participaciones para salud, destina un 24.5 % del cual el 65 % es para el régimen subsidiado; recurso de la explotación de juegos de suerte y azar transferidos por COLJUEGOS a las entidades territoriales; 50 % rentas cedidas destinadas a departamentos y distritos; otros recursos propios de las entidades territoriales

Otros recursos: los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado. Recursos del cuarto punto de la contribución parafiscal; 6% del impuesto de consumo de licores, vinos, aperitivos y similares; sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco, y premios no cobrados.

El Foysga recauda y distribuye los recursos provenientes de las cotizaciones, prima SOAT, y de los aportes del presupuesto general de la Nación. El ministerio-Foysga formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del Sector Salud; envían los recursos a las entidades que administran el recurso, y a las demás gira directamente a las EPS e IPS. (Congreso de Colombia, 2011. Ley 1438)

Para municipios o Distritos con más de 100000 habitantes, el Foysga y el SGP en adición a los recursos propios del territorio, son girados a las EPS o IPS.

Los municipios que no administran los recursos giran directamente a las EPS o IPS. Actualmente las instituciones prestadoras de servicios de salud que están habilitadas para recibir giro directo de la Nación son 3152 en todo el país. (Ministerio de Salud y la protección Social, 2014). Los

eventos no POS y la atención de la población no asegurada, está a cargo del departamento, con aportes del Sistema general de Participaciones, rentas cedidas y regalías. (Congreso de Colombia, 2007. Ley 1122). Del total de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la atención a población pobre no asegurada, el 41% debe destinarse al primer nivel de atención y el 59% para los otros niveles.

Los distritos reciben el 100% de los recursos para la atención a población pobre no asegurada (Ley 715 de 2001 y Decreto 360 de 2011).

De acuerdo a la ley 1122 se establecen los mecanismos de pagos a los prestadores de servicio, donde si es pago por capitación la EPS debe pagar 100 % mes anticipado; a diferencia si el pago es por evento, global prospectivo, o grupo diagnóstico, donde se paga el 50%, cinco días posterior a la prestación del servicio, y saldo pendiente se paga a los 30 días siguientes si no es objeto de glosa.

La unidad de pago por capitación para el régimen subsidiado, para el 2014, quedo en promedio en \$531.388,8 (Ministerio de salud y protección social, 2013). Los afiliados al régimen subsidiado son 22.723.184 con corte al 6 de Marzo del 2014, según fuente del registro único de afiliados (Fosyga, 2014).

No se cobran cuotas moderadoras en ningún caso, ni copagos para el nivel uno del SISBEN, como tampoco para los niños en el primer año de vida, niños abandonados mayores de un año, habitantes de calle, personas en condición de desplazamiento, indígenas, personas de la tercera edad en protección en ancianatos, población rural migratoria, gitanos y en condición de discapacidad mental.

No se exigen periodos mínimos de cotización, ni de carencia para acceder a los servicios.

Los medicamentos son suministrados en su denominación genérica de acuerdo a lo establecido en el Manual de Medicamentos Esenciales y Terapéuticos y los correspondientes a programas especiales son asumidos por el Ministerio de Salud.

De acuerdo a lo estipulado en el Acuerdo 029 cuando se prescriben tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS se suministrarán con cargo a la UPC.

4.2.2 Prestación

La red de prestación de servicios, está ofertada por instituciones a nivel público con 4990 a nivel país. (Información de prestadores de servicios de salud, 2014)

Persisten áreas geográficas con predominio de entidades públicas como Vaupés, y Guainía, pero se ha incrementado la prestación privada en el resto del país. (Súper salud, 2014)

La provisión de los servicios está dada por niveles de complejidad. El copago máximo es del 10 % del valor de la cuenta, y no podrá exceder por el mismo evento la mitad del SMMLMV, y el máximo copago en un año será de un SMMLMV.

La atención gratuita para toda la población es prestada en los siguientes servicios: control prenatal, atención de parto y sus complicaciones, servicios de promoción y prevención, programas de control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención de urgencias y prescripción regulares dentro de programas especiales como el de patologías crónicas.

La unificación del POS para los afiliados de cualquier edad de los dos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, está establecido en el Acuerdo 32 emitido por la CRES en Mayo de 2012.

En la resolución 5521 /2013 se hacen aclaraciones sobre cobertura: se amplia cobertura en atención de Salud mental en fase aguda y hasta 30 sesiones para las diferentes terapias, y para los menores de 18 años con condiciones especiales hasta 60 terapias. Se especifica la atención domiciliaria solo en casos especificados, y que el costo sea igual o menor al costo de hospitalización y el servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Las exclusiones de cobertura incluye: Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas; dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en la resolución. Atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante, prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud, atenciones de balneoterapia, tratamiento realizados fuera del territorio colombiano, atención con interés particular como chequeo ejecutivos, necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica, servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

4.2.3 Regulación

4.2.3.1 Externa.

Contraloría General de la República, la cual realiza la vigilancia de la gestión fiscal y el control de los resultados de la administración en salud.

La Procuraduría General de la Nación se encarga de vigilar la función pública en las Entidades Estatales, a través de la acción disciplinaria sobre los funcionarios públicos en sus acciones u omisiones.

La Superintendencia Nacional de Salud formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del Sector Salud.

4.2.3.2 Interna.

El Ministerio de Salud y la protección social está encargado de formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Salud.

A nivel local las entidades territoriales tienen funciones de control sobre las EPS según lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 971 del 2011 en: afiliación, reporte de novedades, garantía de acceso a los servicios, red contratada para la prestación de los servicios, suministro de medicamentos, pago a la red prestadora de servicios, prestación de los servicios de promoción y prevención.

4.2.4 Satisfacción

En el 2012 se realizó una encuesta de evaluación de las EPS de ambos regímenes, en usuarios que utilizaron los servicios de salud en los últimos seis meses, con el objeto de establecer el nivel de satisfacción del usuario en las dimensiones: afiliación, calidad de los servicios, promoción de la salud y la enfermedad, medicamentos y financiación e información para los usuarios.

La oportunidad de las citas para acceder a medicina general dentro de los primeros tres días fue de 58%, y del 56% en los primeros 10 días con especialista.

En cuanto al tiempo de espera para autorización de servicios se encontró que el 55% de los usuarios que necesitaron autorización la obtuvieron antes de 5 días, el 6% de los encuestados afirma haber tenido que esperar más de 30 días para obtener la autorización.

Con respecto a medicamentos, al 63% de los encuestados les entregaron todos los medicamentos; al 27% alguno y al 10% restante no les formularon medicamentos (Ministerio de salud y Protección social, 2012).

4.3 Regímenes exceptuados

Son las excepciones a la ley 100 contemplados en el artículo 279 de la ley 100, e incluye a los miembros de las Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol y los trabajadores de las empresas que para ese tiempo que se encontraban en concordato preventivo y obligatorio que pactaban procedimientos especiales de protección a nivel pensional.

La existencia del régimen de las Fuerzas Militares creado por el decreto 1795 del 2000, es justificado, por el mayor riesgo al cual está expuesta la población, en sus actividades diarias.

Por su parte, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), creado por la ley 91 de diciembre 29 de 1989, la cual es administrado por una fiducia estatal.

Estos regímenes tienen en común que establecen sobre su propia reglamentación, con diferentes paquetes de beneficios, organización administrativa, financiamiento, y satisfacción, los cuales serán descritos a continuación.

Se excluyó en este apartado a Ecopetrol, dado que no fue posible conseguir datos de encuestas de satisfacción, a pesar de haber logrado contacto con el encargado de dicho proceso.

4.3.1 Fuerzas Militares Y Policía Nacional

Por medio del decreto 1266 del 24 de junio de 1994 se dictan las normas para el Sistema de Salud de las Fuerza Militares y de la Policía Nacional el cual se organiza por decreto 1301 del 22 de junio de 1994. Por el mismo decreto 1301 se crea el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares.

Todo el sistema inicia labores el 1 de julio de 1995 (Dirección general de sanidad militar). Por ley 352 de 1997 se reestructura el Sistema de Salud de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Con esta ley en vigencia se crea la Dirección General de Sanidad Militar y el de la Policía Nacional, que tienen por objetivos dirigir el funcionamiento del subsistema de salud de las fuerzas militares, administrar los recursos, coordina el recaudo de las cotizaciones y aportes, elaborar y presentar el programa de administración, transferencia interna y aplicación de recursos, plan de beneficios, evaluación de calidad. (Congreso de la República, 1997.Ley 352)

El sistema de salud de las Fuerza Militares y de la Policía Nacional está constituido por el Ministerio de defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema. (Ministerio de Defensa Nacional, 2000. Decreto 1795).

Al año 2012, el subsistema de la Policía Nacional contaba con 252.295 titulares. (Policía Nacional. Dirección de Sanidad., 2010-2012)

4.3.1.1 Financiamiento

Los recursos que reciban las Fuerzas militares y la Policía nacional para la salud deberán manejarse en fondos cuenta separados e independientes del resto de su presupuesto y solo podrán destinarse a la ejecución de dichas funciones (Ministerio de Defensa Nacional, 2000. Decreto 1795)

El aporte a realizar por los afiliados será del 12% mensual calculado sobre el ingreso base, 4% a cargo del afiliado y 8% a cargo del Estado. Estos aportes irán al fondo cuenta del Sistema de Salud de las Fuerza Militares y la Policía Nacional. Un punto de la cotización será trasladada al Fondo de Solidaridad y garantía para financiar el régimen subsidiado (Ministerio de defensa Nacional, 2000).

El valor del presupuesto per cápita para el sector defensa (PPCD) del SSMP será igual a una Unidad de Pago por capitación (UPC) más un porcentaje adicional aprobado por el congreso, el cual estará entre el 20 y 30%. Este porcentaje sale el presupuesto Nacional (Ministerio de Defensa Nacional, 2000). Del presupuesto Nacional también se destinarán recursos para construcción y adecuación de los Establecimientos de Sanidad Militar y Policial, renovación tecnológica y todo lo que se necesite para mantener y mejorar el servicio.

Otros ingresos vendrán de venta de servicios, donaciones, exámenes por los cuales se regula la capacidad psicofísica, incapacidades, invalidez e indemnizaciones (Ministerio de Defensa Nacional, 2000).

Los recursos se distribuirán de manera proporcional al número y características específicas de los afiliados y beneficiarios atendidos en cada uno de los establecimientos de Sanidad, de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional (Ministerio de Defensa Nacional, 2000).

No hay cuotas moderadoras ni copagos, las cuales fueron declaradas inexequibles por sentencia C 089 de 1998. (Corte Constitucional, 1998. Sentencia C-089)

El subsistema ha emitido y controlado los lineamientos para la contención del gasto y la optimización de los recursos. (Policía Nacional, 2012. Informe de Gestión) Se establecieron controles legales por la oficina jurídica, para la revisión de los contratos realizados. Además de establecer la compra centralizada de medicamentos.

4.3.1.2 Prestación

Todos los procesos de selección se publican en la página del portal único de contratación (SECOP).

Los establecimientos de sanidad para la Policía Nacional, están distribuidos en todo el país en nivel I de atención: 117 puntos; nivel II con 17 puntos y el tercer nivel está ubicado en Bogotá en el Hospital Central. (Policía Nacional, 2012. Área de atención y desarrollo de servicios de salud)

Para las Fuerzas militares, se encuentran 32 puntos de atención de nivel I, en los batallones. Existen 4 puntos de atención de nivel II. Y un punto de atención de tercer y cuarto nivel con el Hospital Militar en Bogotá. El resto de prestación se hace por red externa en cada departamento. (Dirección General de Sanidad Militar, 2014)

La contratación se hace por medio de contratos directos, licitación pública, y selección abreviada, según montos de los contratos, requerimientos y necesidades. (Dirección General de Sanidad, Políticas y/o lineamientos de contratación, 2013)

4.3.1.3 Plan de beneficios

La prestación de los servicios se extiende al exterior, cuando el afiliado se encuentre en comisión del servicio. (Dirección General de Sanidad Militar, 2013. Servicios médicos en el exterior)

Se desarrollan actividad de salud operacional, inherentes a las operaciones militares y del servicio policial.

El plan de medicamentos, es definido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. (Dirección General de Sanidad Militar, 2012 .Manual único de medicamentos y terapéutica para el SSMP) La inclusión de nuevos medicamentos se hace previa solicitud y estudio por parte del Consejo. Este plan de beneficios incluye más de 260 medicamentos no incluidos en el POS.

El comité técnico científico dará autorización para medicamentos fuera del manual. Esos comités serán regionales. (Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, 2013.

Acuerdo 052)

4.3.1.4 Regulación

El subsistema de salud de las Fuerza Militares está regulados por Presidencia de la República, Congreso de la República, Contraloría General de la República, Fiscalía general de la Nación, Contaduría general de la Nación, Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Departamento Administrativo de la Función pública, Oficina de Control Interno del Ministerio de Defensa Nacional y grupo de seguimiento y evaluación de la Dirección General de Sanidad Militar. Existen establecidos también unos mecanismos de control dentro del subsistema como son el plan estratégico, modelo estándar de control interno, sistema de gestión de calidad, mapa de riesgos, planes de mejoramiento, plan de compras, plan de capacitación y bienestar institucional, informes de gestión, informe de evaluación del sistema de control interno, informe del sistema de información de contratación estatal. (Dirección General de Sanidad Militar, 2013. Entidades de control)

También está establecido un control social por parte de los usuarios a través de consultas, buzones de sugerencias, quejas y reclamos (correo electrónico, postal, fax, línea gratuita, oficinas de atención al usuario).

4.3.1.5 Satisfacción

Encuestas de satisfacción del usuario, la última realizada por DATEXCO en el año 2013.

(Dirección General de Sanidad Militar, 2013. Informe encuesta de satisfacción) Los servicios calificados como buenos o excelentes por más del 80% de los usuarios fueron consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, terapias, rehabilitación, apoyos diagnósticos y laboratorio clínico.

4.3.2 Magisterio

Por ley 91 de 1989 se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG)¹⁵ una cuenta de la Nación para administrar recursos de seguridad social de los docentes afiliados. (Congreso de Colombia ,1989.Ley 91) Tiene independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica. (Bedoya Ospina & Londoño White, 2012) Esta cuenta es administrada por FIDUPREVISORA, que contrata los servicios asistenciales en salud para este grupo de población. La cuenta está a cargo del Ministerio de Educación. El FOMAG está dirigido por el Consejo directivo del fondo, formado por el Ministro de educación, el Ministro de Hacienda, el Ministro de salud, dos representantes del magisterio y el gerente de la fiduciaria.

Para el años 2008 el total de afiliados eran 365851, con un total de 849079 incluyendo a los beneficiarios. (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012)

Tiene un enfoque preventivo, con medicina familiar (Fondo Nacional de prestaciones sociales del Magisterio, 2007).

4.3.2.1 Financiamiento

El sistema se financia de los aportes patronales, cotizaciones, aportes de la nación y rentas parafiscales (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012).

El Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio recibe para la atención en salud, 12.5% de sus ingreso: 4% provienen del docente y 8,5% del Estado (Bedoya Ospina & White Londoño, 2012).

¹⁵ Fiduprevisora. (2014). *Fondo de prestaciones sociales del magisterio*. Obtenido de <http://www.fomag.gov.co/seccion/nuestra-empresa.html>

Las cuotas por inscripción al Fondo, que equivalen a una tercera parte del primer sueldo y una tercera parte de sus posteriores aumentos. El aporte de la Nación equivalente a una doceava anual, sobre los factores salariales que forman parte del rubro de servicios personales de los docentes. El 5% de cada mesada pensional que pague el fondo, como aporte de los pensionados. Utilidades de inversiones y aportes por otros conceptos. También una parte del situado fiscal está destinado al Fondo. (Sala de consulta y servicio civil, 1994 .Radicación 655)

No existen cuotas moderadoras ni copagos para los afiliados y sus beneficiarios (Ministerio de Educación Nacional, 2010)

La Unidad de pago por capitación que FIDUPREVISORA dará por cada afiliado está diferenciada por edad, género y por regiones (Fiduprevisora, 2012. Contrato para la prestación de servicios médicos asistenciales): $UPCM = UPC e z + 48.3\% UPC e z$.

UPCM: unidad de pago por capitación magisterio

UPC: unidad de pago por capitación del régimen contributivo

e: grupo etáreo

z: zona geográfica

4.3.2.2 Prestación

Según instrucciones del Consejo Directivo del fondo se realiza la contratación con entidades de salud, a través de la fiduciaria La Previsora SA. (Bedoya Ospina & White Londoño, 2012). Esta contratación se hace por medio de licitación pública selección abreviada, para un periodo de dos

años prorrogable a un año para cada una de las regiones en que dividen al país (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012). Cada región debe tener por los menos 2 adjudicatarios dependiendo de la oferta para asegurar la libre elección del prestador por parte de los afiliados. El tipo de contrato para atención de los niveles I al IV es por capitación. Actualmente existen dos prestadores para la región 1 y 2, y uno para cada una de las 7 restantes (tabla 3).

Tabla 4: División por regiones para la contratación y atención de usuarios del magisterio para el año 2014.

| REGIÓN | DEPARTAMENTOS |
|--------|--|
| 1 | Norte de Santander, Santander, Arauca, Cesar. |
| 2 | Bogotá |
| 3 | Caquetá, Huila, Putumayo, Tolima |
| 4 | Antioquia, Chocó |
| 5 | Cauca, Valle, Nariño |
| 6 | Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Meta |
| 7 | Atlántico, Bolívar, Guajira, Magdalena, Sucre, Córdoba, San Andrés |
| 8 | Caldas, Quindío, Risaralda |
| 9 | Guainía, Amazonas, Guaviare, Vaupés, Vichada |

Fuente: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85247_archivo_pdf.pdf

El servicio se presta según la región a la que pertenezca el docente¹⁶.

¹⁶ Niño Avendaño, S., & Ayala Espitia, D. (s.f.). *Renovación magisterial*. Obtenido de <http://www.renovacionmagisterial.org/inicio/docs/normas/La%20Salud%20del%20Magisterio.pdf>

Los servicios de nivel 1, 2, 3 y 4 se contratan por capitación; mientras que riesgos profesionales y promoción y prevención por actividad. (Fondo Nacional de prestaciones sociales del magisterio, 2007.Boletín)

4.3.2.3 Plan de beneficios

Dentro de este modelo no hay restricción para el suministro de medicamentos siempre y cuando sea justificado por el médico. Existe un listado básico de medicamentos que busca introducir una forma de control a los problemas más frecuentes en el funcionamiento de este modelo.

No están incluidos tratamiento de infertilidad, impotencia, frigidez, estéticos, cosméticos o suntuarios; medicamentos o procedimientos experimentales o no autorizados por el INVIMA. Ortodoncia no preventiva, prótesis dentales. Tratamientos para obesidad con fines estéticos. Tratamiento de alcoholismo, obesidad a los beneficiarios, excepto en sus fases agudas. No incluye tampoco los artículos suntuarios, cosméticos, vitaminas, líquidos para lentes de contacto, lagrimas artificiales, tratamiento capilares, champúes, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares, medicamentos para la memoria, impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

4.3.2.4 Regulación

En cada entidad territorial existirá un comité regional el cual será integrado por el secretario de educación correspondiente, jefe de personal de la secretaría de educación, un rector de una de las instituciones Educativas del Estado de la respectiva entidad territorial y un representante de la Unión sindical de educadores a servicio del Estado. Este comité deberá presentar recomendaciones

para la servicios asistenciales en salud ante el Consejo directivo del fondo Nacional de prestaciones sociales; deberá presentar norme anual de la calidad y oportunidad de la atención.

Recibe y analiza las quejas por déficit en la atención (Ministerio de Educación Nacional, 2005.

Decreto 2831)

4.3.2.5 Satisfacción

Para el año 2007 se realizó una encuesta de satisfacción con el servicio médico, resultando en una base para cambios en el modelo de prestación. Entre otros aspectos solicitaban poder tener una oferta de prestadores que les permitiera elegir. (Ministerio de Educación Nacional, 2007)

Luego de describir cada uno de los regímenes de un modelo de aseguramiento en salud existente en Colombia, se hablará del financiamiento, plan de beneficios y calidad.

4.4 Financiamiento

Como se resumen en la tabla 4, existen diferencias entre las diferentes modalidades de aseguramiento obligatorio en Colombia, siendo la UPC para los pertenecientes al régimen del Magisterio la más alta. Cabe resaltar que la UPC para las Fuerzas Militares y Policía Nacional incluye las actividades de promoción y prevención y riesgos laborales, a diferencia de la UPC del régimen contributivo y subsidiado.

Tabla 5: Tabla comparativa de los diferentes regímenes de afiliación según financiamiento.

| RÉGIMEN | FINANCIAMIENTO |
|--------------|---|
| Contributivo | <p>UPC: \$593.978.40. Diferenciada por edad y zona geográfica.</p> <p>Cotización: 8.5% a cargo del empleador, 4% a cargo del empleado.</p> <p>Copagos y cuotas moderadoras.</p> <p>El sistema general de seguridad social en salud tiene diferentes fuentes de financiación: el sistema general de participaciones (participación para salud), FOSYGA(subcuenta de Compensación del régimen Contributivo ,subcuenta de solidaridad, subcuenta de promoción de la salud), Coljuegos, aportes municipales y departamentales, además del aporte de los afiliados al sistema.</p> |
| Subsidiado | <p>UPC: \$531.388.80. Diferenciada por edad y zona geográfica.</p> <p>Exentos de copagos y cuotas moderadoras: nivel 1 del SISBEN, menores de 1 año, abandonados mayores de 1 año, habitantes de la calle, desplazados, indígenas, tercera edad en ancianos, rural migratoria, discapacitados mentales.</p> |
| Exceptuados | <p>Un porcentaje a cargo de la Nación y otro a cargo del afiliado.</p> <p>Fuerzas Militares y policía Nacional: UPC: UPC + 20-30%</p> <p>Magisterio: UPC: UPCez + 48.3%UPCez e: grupo etéreo z: zona geográfica.</p> |

Fuente: las autoras

Colombia tiene un gasto en salud muy similar al promedio mundial, según lo reportado para el año 2012 por el Banco Mundial. (Tabla 5)

Tabla 6: Indicadores de sostenibilidad

| SUFICIENCIA DEL GASTO | DATO |
|---|--|
| Promedio del Gasto mundial | 6.93% del PIB |
| Gasto en salud % PIB(Colombia) comparada con el promedio mundial | 6,8 % del PIB en el 2012 |
| Gasto público en salud como % del gasto público total | 75.8% para el 2012 |
| Gasto per. cápita en salud | \$ 530 dólares |
| Valor reconocido por cada uno de los afiliados | UPC |
| Disgregado por Régimen de afiliación | Régimen contributivo: \$593.978.40 |
| | Régimen Subsidiado: \$531.388.80 |
| | Magisterio: \$880.988.76 |
| | Fuerzas Militares (Presupuesto per cápita para el sector defensa): \$1'187.956-\$1'781.935 |

Fuente: las autoras¹⁷

4.5 Plan de beneficios

La base sobre la cual se apoyan las variaciones descritas en el presente trabajo del modelo de salud en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud. En general las exclusiones se limitan a procedimientos con fines estéticos.

¹⁷ Cálculo propio teniendo en cuenta UPC + 48,32%, sin calcular para zona geográfica, ni grupo étnico.
Cálculo propio= UPC + 20-30%

Tabla 7: Plan de beneficios para el sistema general de salud, magisterio y fuerzas militares y Policía Nacional

| Régimen | Plan de Beneficios | Exclusiones |
|--------------------------------------|---|---|
| Contributivo y Subsidiado | Plan Obligatorio de Salud | Entre las más importantes: Cirugías y tratamiento con fines estéticos Diagnóstico y tratamiento infertilidad Tratamiento para el sueño Implementos ortopédicos y para insuficiencia venosa Tratamiento psicoanálisis Elementos de aseo personal Suplementos o complementos vitamínicos |
| Magisterio | Plan Integral de Atención en Medicina y Odontología en todos los niveles de complejidad, sin ninguna restricción. Suministro total de medicamentos autorizados por el INVIMA y que se comercialicen en el territorio nacional. Financia transporte dentro del país para realización de procedimientos | Lo excluido en el POS más tratamiento de alcohol y drogadicción para beneficiarios en fase crónica, tratamiento de ortodoncia no preventiva o rehabilitación oral con fines estéticos |
| Fuerzas Militares y Policía Nacional | Manual único de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP Incluye aproximadamente 260 medicamentos más que no incluye el POS. Cobertura en el exterior si el funcionario se encuentra de comisión | Lo excluyente en el POS, no incluye tratamientos de ortodoncia y rehabilitación oral |

Fuente: Páginas Web de cada régimen

4.6 Calidad del servicio

Las encuestas de satisfacción son una medida desde la visión del usuario sobre el cumplimiento del propósito del sistema de salud. (Ministerio de Salud y la protección social, 2012. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS) Por lo anterior se decidió buscar información de encuestas de satisfacción realizadas a nivel del Ministerio de Salud y de cada empresa del régimen exceptuado según estuvieran disponibles. Adicionalmente se revisó el número de tutelas

interpuestas para cada modelo de aseguramiento a corte año 2011 (último consolidado disponible), como una medida indirecta de la calidad de prestación y satisfacción del usuario con el servicio.

Por sentencia T760 de 2008 y Auto 260 del 16 de noviembre del año 2012, el Ministerio de Salud debe presentar un ordenamiento de las EPS activas, de acuerdo a 14 parámetros. Estos parámetros tiene en cuenta la negación de los servicios basados en la autorización de órdenes. Lo que se busca con este ordenamiento es que los usuarios conozcan de la violación de derechos en salud para que tengan un parámetro más en el momento de elegir su EPS. Este ordenamiento obtiene datos de diversas bases: encuestas de satisfacción, encuestas de percepción, Superintendencia Nacional de Salud, sistema de peticiones, quejas y reclamos y estudio de tutelas¹⁸. Para el reporte publicado en abril de 2013, se incluyeron 19 EPS del régimen contributivo y 34 del régimen subsidiado. 5 de las 19 EPS del régimen contributivo tuvieron un desempeño Alto (26%) (Tabla 7); para el régimen subsidiado 9 de las 34 EPS tuvieron también desempeño alto (26%). (Tabla 8). Por porcentaje la satisfacción desde este punto de vista es similar entre los dos regímenes subsidiado y contributivo.

Tabla 8: Desempeño de las EPS del régimen contributivo, según el ordenamiento realizado por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de salud para el año 2012.

| DESEMPEÑO | PROPORCIÓN | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| ALTO | 5/19 | 26.3 |
| MEDIO ALTO | 5/19 | 26.3 |
| MEDIO BAJO | 4/19 | 21.05 |
| BAJO | 5/19 | 26.3 |

¹⁸ Ordenamiento de EPS – 2013. Siguiendo los criterios de la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y el Auto 260 del 16 de noviembre de 2012. Ministerio De Salud Y Protección Social. Superintendencia Nacional De Salud. Abril 29 De 2013

Tabla 9: Desempeño de las EPS del régimen subsidiado, según el ordenamiento realizado por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de salud para el año 2012.

| DESEMPEÑO | PROPORCIÓN | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| ALTO | 9/34 | 26.5 |
| MEDIO ALTO | 8/34 | 23.5 |
| MEDIO BAJO | 8/34 | 23.5 |
| BAJO | 9/34 | 26.5 |

Según la evaluación realizada por el Ministerio de Salud para el año 2012, los cuatro parámetros de calidad en la prestación evaluados según la tabla 9, no muestra diferencia entre los régimen contributivo y subsidiado (Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS 2012).

Tabla 10: Porcentaje de cumplimiento de 5 parámetros de calidad según evaluación de los servicios de las Entidades prestadoras de salud realizada por el Ministerio de Salud para el año 2012.

| | CONTRIBUTIVO | SUBSIDIADO |
|---|--------------|------------|
| Obtención de cita medicina general entre 0 y 3 días | 62.3% | 55.5% |
| Obtención cita con especialista entre 0 y 10 días | 59.95% | 54.75% |
| Oportunidad para autorizaciones entre 0 y 5 días | 51% | 48.6% |
| Entregan todos los medicamentos | 65.3% | 62.7% |

Los regímenes exceptuados no son evaluados en calidad por el Ministerio de Salud. Cada uno tiene su propio sistema de medición de calidad. Para Sanidad Militar y Policía Nacional y maestros se encontraron encuestas de satisfacción. Las encuestas encontradas varían mucho entre sí y con respecto a las mediciones que hace el Ministerio de las empresas del régimen contributivo y subsidiado, en parámetros evaluados y escala de medición. Se trató de encontrar parámetros que fueran equiparables entre los diferentes modelos.

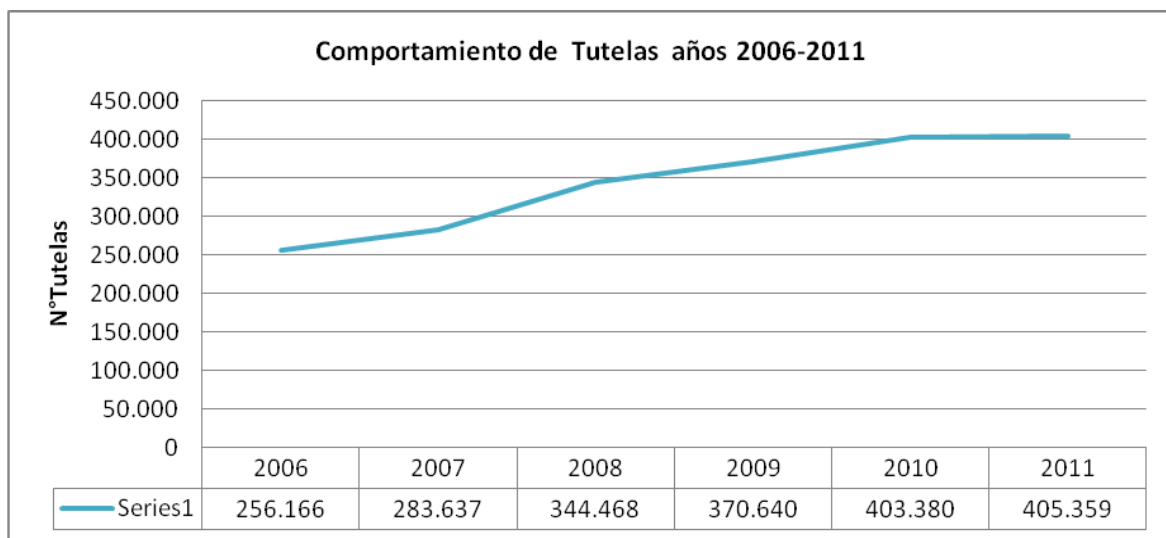
Según el informe presentado para el año 2013 los usuarios del sistema de salud de Sanidad Militar habían mejorado su nivel de satisfacción en un 97.6%. (Policía Nacional, 2013. Informe integral de gestión institucional). El índice de satisfacción general fue de 3.65/5 (equivaldría al 73%); con la asignación de citas la satisfacción global fue de 3.33/5 (equivaldría al 66.6%). Y la satisfacción con el servicio de farmacia 3.63/5 (equivaldría al 72.6%). El nivel de medición fue de 1 a 5, siendo el máximo puntaje 5 al encontrarse muy satisfecho. (Informe Encuesta De Satisfacción, 2013. Atención al usuario DGSM.)

Los estándares de calidad establecidos para el régimen exceptuado del Magisterio son diferentes que para los del régimen contributivo y subsidiado. La oportunidad de la atención con medicina general, debería ser a 1 día y con especialista básico a 3 días en capitales y a 5 días en municipios. (FOMAG, 2014. Guía de veedores de salud). Para la última encuesta publicada de calidad el 61.5% reportó encontrarse satisfecho con su servicio de salud. El 41.2% de los encuestados obtuvieron la cita médica el mismo día que la solicitaron, frente al 30.6% que la recibió luego de 7 días. No discriminan entre cita por medicina general o especializada. El 70% de los encuestados recibieron los medicamentos ordenados el mismo día de la solicitud.

4.7 Tutelas

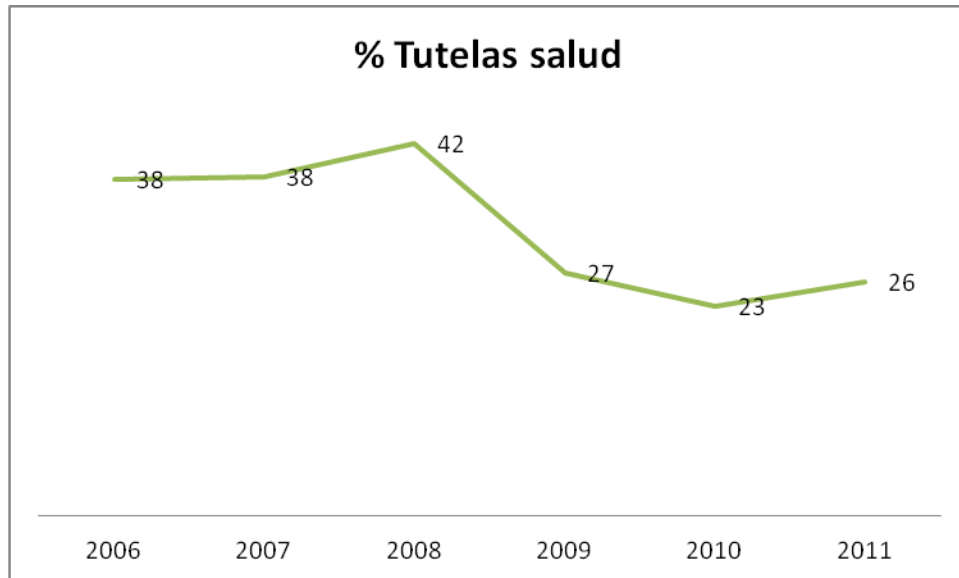
La tutela se ha constituido en una herramienta importante para solicitar el cumplimiento de los derechos fundamentales entre ellos la salud, la vida, y la vida digna. Desde su implementación se observó un aumento constante en el número de tutelas año por año, hasta el año 2010; entre el año 2010 y 2011 se presentó una meseta. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Comportamiento de tutelas entre el año 2006 y 2011.



Pero al realizar una comparación del porcentaje del total de tutelas del sector salud, ha presentado una leve disminución a partir del año 2009. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Porcentaje de tutelas en salud desde el año 2006 al 2011.



Para los usuarios del modelo de aseguramiento del Magisterio, no hay datos de cuantas tutelas interponen, ya que no fueron incluidas en el informe de la Defensoría del Pueblo, según ellos porque las tutelas son interpuestas en contra de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Teniendo en cuenta que en los otros regímenes, la mayoría de tutelas se colocan contra las EPS, y luego se disgrega por régimen de afiliación, por lo que en algunos casos, una misma EPS se puede ver involucrada si atiende por ejemplo tanto en el contributivo como subsidiado.

La mayoría de las tutelas aducen el derecho a la salud, solicitando tratamientos, medicamentos y cirugías como las tres causas principales en orden decreciente (La tutela y el derecho a la salud, 2011).

Al revisar en conjunto los indicadores de calidad analizados para las diferentes formas de aseguramiento revisadas, se encuentra que el régimen contributivo y subsidiado tiene el mayor porcentaje de satisfacción general, contra el magisterio con solo el 61% de satisfacción. En cuanto a asignación de citas como parámetro de calidad, los usuarios de Sanidad Militar fueron los que más satisfechos estuvieron, aunque este porcentaje fue del 66.6%. Los menos satisfechos con la asignación de citas según los estándares propios de cada entidad fueron los afiliados al Magisterio, nuevamente. El 72.6% de los usuarios de Sanidad Militar estuvieron satisfechos con el servicio de farmacia. (Tabla 10)

Al comparar las tutelas se encontró un aumento del porcentaje para los pertenecientes a las Fuerzas militares y Policía Nacional, siendo también mayor el número de tutelas por cada 10.000 afiliados.

Tabla 11: Tabla comparativa de los regímenes de afiliación del modelo de salud en Colombia, según varios indicadores de calidad.

| INDICADOR DE CALIDAD | RÉGIMEN | PORCENTAJE |
|---|--------------------------------------|------------|
| Satisfacción general | Contributivo y subsidiado | 81% |
| | Sanidad Militar | 73% |
| | Magisterio | 61.5% |
| Asignación de citas | Contributivo | 62.3% |
| | Subsidiado | 55.5% |
| | Sanidad Militar | 66.6% |
| | Magisterio | 41.2% |
| Entrega de medicamentos | Contributivo | 65.3% |
| | Subsidiado | 62.7% |
| | Sanidad Militar | 72.6% |
| | Magisterio | 70% |
| Aumento de tutelas entre años 2010 y 2011 | Contributivo y subsidiado | 20.7% |
| | Policía Nacional y Fuerzas Militares | 35.4% |
| | Magisterio | NA |
| Tutelas por cada 10.000 afiliados año 2011, | Contributivo y subsidiado | 0.0542 |
| | Policía Nacional y Fuerzas Militares | 0.1055 |

Fuente: Informe Encuesta De Satisfacción 2013. Atención al usuario DGSM.
http://www.fomag.gov.co/documents/Guia_veedores/GUIA_VEEDORES_DE_SALUD_Mayo_22_de_2014.pdf
 La tutela y el derecho a la salud. 2011. 20 años del uso efectivo de la tutela. 1—2-2011. Defensoría del pueblo. Bogotá. 2012.
 Informe integral de gestión institucional, año 2013. Oficina de Planeación. Policía Nacional

5. Análisis de Resultados

Según El decreto 1011 del 3 de abril del 2006, se define calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de una nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. Teniendo en cuenta dicha definición el financiamiento constituiría la puerta de entrada en la valoración de la calidad de un sistema; y la satisfacción del usuario respecto a ejecución del plan de beneficios para determinado modelo o sistema, el determinante final de medición de calidad.

El gasto nacional en salud relacionado con el PIB, se puede utilizar como un indicador de priorización de la atención en salud, pero se deben tener en cuenta otros factores como destino de los recursos y la calidad de del gasto en términos de equidad, eficiencia y efectividad. (Molina et al, 2000)

En Colombia el gasto en salud, según datos del banco mundial, se encuentra cercano al promedio mundial en el año 2012 (6.8 vs 6.93%), y continua predominando el gasto público a nivel país, cercano a un 76%. El porcentaje del gasto en salud para el mismo año en Colombia es muy similar al de países como Ecuador (6.4%), México (6.1%) y Chile (7.2%). Pero por debajo del promedio para Latinoamérica según lo publicado por el Banco Mundial (7.7%), actualmente. (World Bank, 2012)

5.1 Valor de UPC y satisfacción

Al comparar el gasto per cápita por régimen de afiliación, se encuentra que las fuerzas militares tienen la mayor UPC; pero hay que tener en cuenta que esta también incluye las actividades de promoción y prevención y riesgos laborales a diferencia del régimen contributivo, subsidiado y magisterio. En segundo lugar se encuentra el magisterio, con 33 puntos porcentuales mayor a la UPC del régimen contributivo. A diferencia de Colombia, en donde el aporte es del 12.5%, en Chile el aporte obligatorio es del 7%. Los cotizantes en Chile no aportan de manera solidaria para los que no tienen capacidad de pago, pero también están cubiertos por el sistema público (Becerril, Reyes, J & Manuel, 2011). Los sistemas colombiano y chileno comparten con el alemán, el francés, el canadiense el financiamiento que se hace a partir de cotizaciones e impuestos; aunque en Alemania, Francia y Canadá es básicamente de contribuciones. A diferencia de Inglaterra y Cuba, en donde el sistema de salud es financiado en su mayoría con recursos provenientes de impuestos. (Suarez. R, 2011)

5.2 Cuotas moderadoras y copago vs Satisfacción

Las cuotas moderadoras y copagos subsisten en el modelo del régimen contributivo y subsidiado (no nivel 1 del SISBEN); se sigue entendiendo estas como una forma de financiamiento y uso racional de los servicios. Pero a pesar que en Colombia los usuarios de los regímenes de excepción no tienen cuotas moderadoras ni copagos para el uso de servicios, no son los más satisfechos con su servicio de Salud.

En Chile los copagos también ayudan a financiar el sistema; el porcentaje de pago depende no solo del servicio prestado sino del nivel de la institución prestadora (Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A., 2011). En Francia los pacientes con enfermedades crónicas que requieran tratamiento largos, dentro de una lista establecida, están exentos de copago. (CLEIIS, 2014)

5.3 Plan de beneficios vs satisfacción

Aunque ya se realizó unificación del plan de beneficios para el régimen contributivo y subsidiado a partir del año 2013, la UPC para el régimen subsidiado continúa siendo la de menor cuantía, con una diferencia de 10 puntos porcentuales. Igualmente se observa que el plan de beneficios de estos regímenes tiene exclusiones e inclusiones explícitas en el manual. Con respecto a los planes de beneficios de los otros regímenes descritos, magisterio y Policía Nacional y fuerzas militares, se observa mayor cobertura ya que los medicamentos y tecnologías incluidas no parecen tener límite expreso; si hay exclusiones. Adicionalmente el régimen del magisterio cubre el transporte para el desplazamiento en caso de requerir tratamiento médico fuera de la región de vivienda. En general, las exclusiones de los regímenes descritos se limitan a procedimientos con fines estéticos. Al comparar la satisfacción de los regímenes de excepción y el sistema general de seguridad social vemos que con respecto a entrega de medicamentos la satisfacción cambia a favor de los usuarios de los regímenes de excepción.

En Alemania, “the Federal Joint Committee”, es el encargado de evaluar el ingreso de medicamentos a la cobertura del sistema de salud. Estos son ingresados basados en la mejor evidencia disponible.¹⁹ En el plan de beneficios del sistema de salud brasilero no existe de forma expresa exclusiones de patologías. (Becerril M, V Medina, & Aquino, 2011)

Todos poseen un sistema de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que funciona de manera permanente. Igualmente todos han contratado en algún momento a un encuestador externo para

¹⁹ Federal Joint Committee . (n.d.). *The Federal Joint Committee: Who we are and what we do*. Retrieved from <http://www.english-g-ba.de/structure/>

evaluar satisfacción y calidad del servicio. Los sistemas de salud en Chile (Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A., 2011), Brasil (Dominguez Alonso, E., & Zacca, E., 2011), Cuba (Dominguez Alonso, E., & Zacca, E., 2011), Alemania (Federal Joint Committee) entre otros cuentan con la opinión de los usuarios como una herramienta para el mejoramiento; además en países como Alemania, los usuarios tienen voz y voto en las decisiones que regulan el funcionamiento del sistema de salud.

Si se revisan los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios, no existe una gran diferencia entre el régimen contributivo y subsidiado en cuanto a autorizaciones y entrega de medicamentos. Los usuarios se encuentran más satisfechos con la asignación de citas en el régimen contributivo.

En general los usuarios del régimen contributivo y subsidiado son los más satisfechos con el servicio que se les presta. Los menos satisfechos son los docentes.

Con respecto a la asignación de citas, los usuarios más satisfechos son los miembros de Sanidad Militar, siendo los menos satisfechos los usuarios del magisterio.

Al evaluar la satisfacción con respecto a la entrega de medicamentos, los usuarios de Sanidad militar seguidos de los usuarios del magisterio son los más satisfechos. Para ninguno de regímenes se encuentra por debajo del 60%.

La tutela como medio para asegurar el derecho a la salud ha tenido un importante papel en los últimos 20 años. Los miembros de la Policía Nacional y Fuerzas militares han tenido un aumento del 35% entre el año 2010 y 2011 en el uso de las tutelas para reclamar su derecho a la salud. Un aumento mucho mayor que los usuarios del régimen contributivo y subsidiado (35% vs 20%).

Haciendo el análisis por usuarios, igualmente se encuentra que los miembros del régimen de la Policía Nacional y Fuerzas Militares tienen mayor número de tutelas por cada 10.000 afiliados, frente a los usuarios del régimen contributivo y subsidiado (0.1 vs 0.05).

Como se observa en el presente trabajo el mayor gasto y menores exclusiones en el plan de beneficio no se manifiesta en mayor satisfacción del usuario. Cuando se observa a nivel internacional el gasto en salud y la valoración del sistema, se encuentra que Estados Unidos con el mayor gasto en salud (17.9% del PIB para el año 2012) tiene la peor valoración en calidad por parte de los usuarios según el reporte publicado por el Commonwealth Fund.²⁰ Se calculó el coeficiente de correlación entre satisfacción y gasto en salud, para determinar, si se comporta de manera lineal. El coeficiente de correlación es de 0,54 , lo que significa que un 54% de la satisfacción del usuario está afectada por el gasto en salud de cada país, pero con una fuerza de asociación débil. Al calcular el coeficiente de determinación que determina el ajuste del modelo, este fue de 29%, lo cual concluye que la linealidad es débil, y probablemente se requieran investigar sobre otros tipos de correlación no lineales entre la satisfacción y el gasto en salud. (Tabla 12)

²⁰ The commonwealth fund, 2014. Mirror, mirror on the Wall, 2014 update: How the U.S health Care System compares internationally. Recuperado de: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

Tabla 12: Ranking de 11 países según calidad del sistema de salud valorado por satisfacción del usuario, año 2014.

| País | Ranking | Gasto en Salud |
|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Reino Unido | 1 | 9.4 |
| Suiza | 2 | 11.3 |
| Suecia | 3 | 9.6 |
| Australia | 4 | 9.1 |
| Holanda | 5 | 12.4 |
| Alemania | 6 | 11.3 |
| Nueva Zelanda | 7 | 10.3 |
| Noruega | 8 | 9 |
| Francia | 9 | 11.7 |
| Canadá | 10 | 10.9 |
| Estados Unidos | 11 | 17.9 |

Coeficiente de correlación 0.5413333
 Coeficiente de determinación 0.29304175

Fuente: The commonwealth fund, 2014. Mirror, mirror on the Wall, 2014 update: How the U.S health Care System compares internationally. Recuperado de: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

Este informe deja ver que la visión de quien diseña y organiza un sistema de salud difiere de lo que la población busca y necesita. Y si la medida de calidad usada es la satisfacción de los pacientes, se debe diseñar sistema de salud acordes a las necesidades propias de cada grupo poblacional.

6. Discusión

Este trabajo presenta un aporte al describir las variaciones del modelo de aseguramiento en salud que coexisten en el país, tomando 2 aspectos para definir calidad. Además se comparan las variaciones del modelo que rige el Sistema General de aseguramiento en salud (contributivo y subsidiado) con los modelos de aseguramiento exceptuado.

En el sistema de aseguramiento en salud colombiano incluye variaciones de un modelo de aseguramiento y prestación de servicios diferentes para grupos de poblaciones; estas variaciones comparten características de financiamiento compartido, prestación, regulación y vigilancia de la satisfacción por parte de los usuarios. No se desconocen los beneficios que ha traído especialmente para los más pobres el Sistema General de Seguridad Social en salud.

Al haber realizado la descripción de los diferentes regímenes y su comparación en calidad a partir del financiamiento y plan de beneficios, se observa que las variaciones del modelo con mayores recursos económicos, no tiene la mejor valoración de satisfacción por parte de los usuarios. Si se considera continuar valorando la calidad del servicio a partir de la satisfacción del usuario, se debería tener en cuenta su opinión real al momento de diseñar un modelo de aseguramiento en salud; en el cual el plan de beneficios sea acorde a las necesidades de cada grupo poblacional así como que el funcionamiento del servicio (oportunidad de citas, procedimientos, entrega de medicamentos) satisfaga la necesidad real de atención en salud.

7. Limitaciones

Es importante destacar en este punto que solo el régimen contributivo y subsidiado cuenta con los mismos indicadores de calidad. El régimen del Magisterio y Policía Nacional y Fuerzas militares cuentan con indicadores diferentes. Así mismo en el informe de la Defensoría del Pueblo, utilizado como base para el análisis de tutelas no se incluyó a los usuarios del Magisterio, por tener solo disponibilidad de información sobre acciones de tutelas contra las IPS que los atienden.

8. Conclusiones

- El modelo de aseguramiento en salud en Colombia incluye variaciones de un modelo de prestación de servicios para grupos de poblaciones diversos; estos regímenes comparten características de financiamiento mixto, prestación, sistema de regulación propia y vigilancia de la satisfacción por parte de los usuarios dentro de un sistema de calidad.
- Las principales diferencias entre los regímenes de aseguramiento en Colombia se observan en el valor de la UPC y el plan de beneficios.
- El porcentaje de satisfacción general de los usuarios no refleja el mayor valor de la UPC y la cobertura más amplia del plan de beneficios, como en el caso de los usuarios del magisterio y Policía Nacional y Fuerzas Militares.
- El plan de beneficios más amplio y el mayor valor de la UPC tampoco se ve reflejado en un menor número de tutelas; los usuarios de Policía Nacional y Fuerzas Militares tuvieron mayor número de tutelas por cada 10.000 usuarios, respecto a los usuarios del régimen contributivo y subsidiado.
- Ni el mayor gasto en salud, ni menos exclusiones en el plan de beneficios se reflejaron en mejor calificación de la satisfacción por parte de los usuarios de los diferentes modelos.

- Los modelos de salud deben buscar preferencialmente satisfacer las necesidades diferenciales según la población a la que atienden.
- Se propone crear herramientas de valoración de calidad desde la satisfacción de los usuarios, teniendo en cuenta los mismos indicadores para todos los regímenes.

Referencias

Almeida Alexander, Parra Mario, Romero Carlos. Mecanismos de financiación del sistema de seguridad social en salud, antes, durante y después de la reforma a la ley 100. Universidad autónoma de Bucaramanga, 2007.

Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Custers T (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quests for effectiveness, quality and improvement. *Intern J Qual Health Care*, 15(5), 377-398.

Banco Mundial. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>

BDUA (2011). Reporte de afiliados, régimen contributivo. Recuperado de: <http://www.fosyga.gov.co/Consultas/BDUA/ReportesBDUA/ReporteAfiliadosPorEntidad/tabid/455/Default.aspx>

Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53(suplemento 2), s132-s143.

Becerril Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud pública de México*, 53 (suplemento 2), 120-131.

Bedoya Ospina, D. C., & White Londoño, D. (2012). *Aportes al sistema general de seguridad social en salud de personas pertenecientes a regímenes excepcionales por ingresos adicionales*. Universidad EAFIT, Escuela de derecho, 2012.

Berman Peter, Bitran Ricardo (2011). Health Systems: Analysis for better health system strengthening. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper .

Bull World Health Organ. 2013; 91:320-321.

Cleary, Paul D. 1999. "The Increasing Importance of Patient Surveys." *British Medical Journal* 319: 720-1.

CLEISS. (2014). *the french social security system*. Recuperado de http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/an_1.html

Cristopher JL, Frenk M, Frenk J (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(6), 717-731.

Congreso de Colombia. (29 de diciembre de 1989). Ley 91. *Por la cual se crea el fondo de prestaciones sociales del magisterio*.

Congreso de Colombia (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social. Obtenido de: www.minsalud.gov.co/normatividad/ley_0100_de_1193.

Congreso de la República de Colombia. (17 de enero de 1997). Ley 352. *Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional*. Colombia.

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). Ley 1122. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud.* Colombia.

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2011). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud.* Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2013). Por la cual se redefine el sistema de seguridad social en salud. *Proyecto de ley 210.* Colombia.

Consejo superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. (1 de abril de 2013). Acuerdo 052. Colombia

Corte Constitucional. (1998). Sentencia C-089.

Decreto 2423, Bogotá Colombia, 31 de Diciembre de 1996. Recuperado de:
www.minsalud.gov.co/Normatividad/CONCEPTO%20JURÍDICO.pdf

Decreto 806, Bogotá Colombia. Diario Oficial 43291. Mayo 5 de 1998. Recuperado de:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19411>

Decreto 1011 (2006). Colombia. Recuperado de:
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>

Dirección general de sanidad militar. (2013). *Políticas y/o lineamientos de contratación*

Dirección general de sanidad militar. (2013). *Servicios médicos en el exterior.* Obtenido de
http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/la_entidad/tramites_servicios/servicios_medicos_exterior

Dirección general de sanidad militar. (2013). *Entidades de control*. Obtenido de

http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/la_entidad/entidades_control

Dirección general de sanidad militar. (2013). *Informe encuesta de satisfacción*.

Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Qué es el Sisben?* Obtenido de

<https://www.sisben.gov.co/ElSisb%C3%A9n.aspx#.U1AhpqLJEec>

Dirección general de sanidad militar. (s.f.). *Manual único de medicamentos y terapéutica para el*

SSMP. Obtenido de

<http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/m/index.php?idcategoria=1012>

Dirección general de sanidad militar. (2014). *Sedes*. Obtenido de

<https://www.flickr.com/photos/80827266@N07/map?&fLat=7.0681&fLon=->

[74.8388&zl=6&order_by=recent](https://www.flickr.com/photos/80827266@N07/map?&fLat=7.0681&fLon=-74.8388&zl=6&order_by=recent)

Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Jamison DT, Breman JG,

Measham AR, et al., editors. Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 12. Financing

Health Systems in the 21st Century. George Schieber, Cristian Baeza, Daniel Kress, and

Margaret Maier. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11772/#A1453>)

Dirección Nacional de planeación.

<https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Subdirecci%C3%B3ndeSalud/Aseguramiento.aspx>

Encuesta De Evaluación De Los Servicios De Las Eps. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Noviembre de 2012

Federal Joint Committee . (n.d.). *The Federal Joint Committee: Who we are and what we do.*

Retrieved from <http://www.english.g-ba.de/structure/>

Fiduprevisora. Fondo Nacional de prestaciones sociales del magisterio. (2007). *Boletín*. Obtenido de <http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin.feb1/007.pdf>

Fiduprevisora. (2012 de abril). *Contrato para la prestación de servicios médico asistenciales.*

Obtenido de [http://www.asoinca.com/documentos/category/14-](http://www.asoinca.com/documentos/category/14-salud?download=106:contrato-para-la-prestacion-de-servicio-medico-asistencias)

[salud?download=106:contrato-para-la-prestacion-de-servicio-medico-asistencias](http://www.asoinca.com/documentos/category/14-salud?download=106:contrato-para-la-prestacion-de-servicio-medico-asistencias)

Fiduprevisora. (2014). *Fondo de prestaciones sociales del magisterio*. Obtenido de

<http://www.fomag.gov.co/seccion//nuestra-empresa.html>

Fomag (2014). Guía de veedores de salud. Recuperado de:

http://www.fomag.gov.co/documents/Guia_veedores/GUIA_VEEDORES_DE_SALUD_Mayo_22_de_2014.pdf

Fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio. Fiduprevisora. (s.f.). *Contrato para la prestación de servicios médico asistenciales*. Obtenido de

<http://www.fomag.gov.co/documents/GERENCIA%20DE%20SERVICIOS%20DE%20SALUD/1122-14-08%20UT%20AvanzarMedico.pdf>

Fosyga. (31 de Diciembre de 2013). *Reporte de afiliados por entidad. Reportes BDUA*. Obtenido de

<http://www.fosyga.gov.co/Consultas/BDUA/ReportesBDUA/ReporteAfiliadosPorEntidad/tabid/455/Default.aspx>

Gerencie. (2010). Diferencia entre cuota moderadora y copago. Recuperado de:

<http://www.gerencie.com/diferencia-entre-cuota-moderadora-y-copago.html>

Hsiao W, Saidat B, Health Systems. (Diciembre 2010). Concepts and Deterministic Models of Performance. A Background Paper prepared for the Workshop on Research Agendas on Global Health Systems, held at Harvard University

Información de prestadores de servicios de salud. (2014). Obtenido de

<http://201.234.78.38/directorio/consultaIPS.aspx>

Informe integral de gestión institucional, año 2013. Oficina de Planeación. Policía Nacional.

Informe Encuesta De Satisfacción 2013. Atención al usuario DGSM.

Kerguelen Botero Carlos Alfonso. Calidad en Salud en Colombia. Los principios. Ministerio de la protección social, 2008.

Ke Xu. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos, OMS 2005

Kutzin Joseph, Ibraimova Ainura, Jakab Melitta, O'Dpugherty Sheila. Bismarck metes Beveridge on the silk road: Coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgystan. Bull World Health Organ. 2009; 87: 549-554.

Ministerio de Defensa Nacional. (14 de septiembre de 2000). Decreto 1795. *Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*. Colombia.

Ministerio de Educación Nacional. (210). *El servicio de salud para el magisterio*. Obtenido de http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-190216_archivo_pdf_salud.pdf

Ministerio de educación Nacional. (16 de agosto de 2005). Decreto número 2831. *Por el cual se reglamentan el inciso 2° del artículo 3 y el numeral 6 del artículo 7 de la ley 91 de 1989 y el artículo 56 de la ley 982 de 2005*. Colombia

Ministerio de educación Nacional. (s.f.). Obtenido de http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-253114_pdf_abc_salud_docentes.pdf

Ministerio de Salud. Recuperado de:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/CRES/Participacion%20Ciudadana/planes%20obligatorios%20de%20salud.pdf>

Ministerio de Salud, 1994. Resolución 5261. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de Salud. Estudio de Suficiencia. Recuperado de:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/Proyecto-POS-UPC.aspx>

Ministerio de salud y protección social. (2012). *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS*. Bogotá

Ministerio de salud y la protección social. (2013). *Cifras financieras del sector salud. Boletín bimestral No. 1. Noviembre-diciembre*

Ministerio de Salud (2013). <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/Preguntas-sobre-Copagos-y-cuotas-moderadoras.aspx>

Ministerio de salud y la protección social. (Abril de 2014). *IPS habilitadas mes de abril*. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Giro-directo-del-Gobierno-nacional-a-las-Instituciones-Prestadoras-de-Servicios-de-Salud.aspx>

Ministerio de salud pública y asistencia social. (s.f.). *Modelo de atención integral en salud. Guatemala*

Molina Raúl, Pinto Matilde, Henderson Pamela, Vieira César .Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

Niño Avendaño, S., & Ayala Espitia, D. (s.f.). *Renovación magisterial*. Obtenido de <http://www.renovacionmagisterial.org/inicio/docs/normas/La%20Salud%20del%20Magisterio.pdf>

Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, M., & Ramírez, J. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá: La imprenta.

La tutela y el derecho a la salud. 2011. 20 años del uso efectivo de la tutela. 1—2-2011.

Defensoría del pueblo. Bogotá. 2012.

Levino A, Feresse de Carvalho E (2011). Análise comparativa dos sistemas de saúde da Tríplice fronteira: Brasil/Colombia/Peru. Rev Panam Salud Publica, 30(5),490-500

Ordenamiento de EPS – 2013. Siguiendo los criterios de la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y el Auto 260 del 16 de noviembre de 2012. Ministerio De Salud Y Protección Social. Superintendencia Nacional De Salud. Abril 29 De 2013

Organización mundial de la salud. Módulo 9. Estudiar la red Sanitaria. Recuperado de:

http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhs_modulo9.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005. Recuperado de: www.who.int/features/qa/28/es

Organización Mundial de la Salud. (marzo 2013). Definición de sistema de salud. Obtenido de

<http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Personería de Bogotá (2011). Recuperado de:

<http://www.personeriabogota.gov.co/servicios/accion-de-tutela>

Policía Nacional. Dirección de Sanidad. (2010-2012). Informe de gestión. Colombia.

Policía Nacional. (2012). *Área de atención y desarrollo de servicios en salud*. Obtenido de http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_Apoyo_servicio/Direccion_Sanidad/Organizacion/Areas

Políticas Públicas. www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterización-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios,2011

Presidencia de la República. Afiliación al régimen de seguridad social. Decreto. 806/98, artículo. 3.

Procuraduría General de la Nación. (s.f.). *Financiamiento del sistema de seguridad social en salud. Seguimiento y control preventivo de las políticas públicas*. Bogotá: Eco ediciones

Reforma al sistema de seguridad social en salud en Colombia. Boletín N° 212. Noviembre de 2012.

Rovira, Joan .Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación. Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente. Washington, D.C.: OPS, 2003

Sala de consulta y servicio civil. (6 de diciembre de 1994). Radicación 655. *Sistema integral de seguridad social del magisterio*. Colombia

Sawicki PT, Bastian H. German Health Care: A Bit Of Bismarck Plus More Science. *BMJ* 2008.

Nov 15; 337: 1142-1145.

Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la 2012 universalidad la integralidad y la equidad /

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012

Suarez, R. (2011). El financiamiento de sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.

Experiencias internacionales. *I conferencia internacional. Aseguramiento universal en salud* . Lima

Supersalud. (2014). *Mapa de IPS*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/mapaIpps.html>

The commonwealth fund, 2014. Mirror, mirror on the Wall, 2014 update: How the U.S health Care System compares internationally. Recuperado de:

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

Van der Zee Jouke, Kroneman Madelon. Bismarck or Beveridge: a beaty contest between dinosaurs. *BMC Health services research*. 2007; 7: 94.

Weinstein, Milton C., Joanna E. Siegel, Marthe Gold, Mark S. Kamlet, and Louise B. Russell.

1996. "Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine."

JAMA 276(15): 1253-1258.

Weinstein et al (2003). Principles of Good Practice for Decision Analytic Modeling in Health-Care

Evaluation: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices—Modeling

Studies. *Value in Health* 6 (1).

World bank. (2012). Recuperado de <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>