



**IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE HAN INFLUIDO  
EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA: UN ENFOQUE DESDE EL  
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.**

Presentado por:

Angélica María Castro Guerrero

Docente:

Jackson Paul Pereira Silva

Universidad Militar Nueva Granada  
Facultad de Ciencias Económicas  
Especialización Alta Gerencia  
Bogotá D.C  
2017

## Tabla de Contenido

Lista de Tablas.....	3
Resumen .....	4
Delimitación del Problema.....	4
Antecedentes.....	5
Justificación .....	8
Objetivos.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos .....	9
Marco de Referencia.....	9
Marco Conceptual.....	9
Marco Normativo .....	12
Calidad de la Atención de Salud en Colombia.....	13
Contexto de la Satisfacción del Usuario en Salud.....	15
Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción .....	16
Principales Factores que han Influido en la Calidad de la Atención de Salud del SGSSS ..	21
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	25

## **Lista de Tablas**

Tabla 1. Marco Normativo .....	12
Tabla 2.Indicadores Ranking 2016 y ponderaciones.....	19
Tabla 3.Ranking Régimen Contributivo.....	20

## **Resumen**

La ley 100 de 1993, definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través de una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido como competencia regulada, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo en el cual se enfoca esta investigación, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

Sin embargo, desde la puesta en marcha de dicho Sistema, han aparecido factores endógenos y exógenos que no se tenían contemplados y que han influido en la calidad de la atención de la salud como: fallas de regulación, debilidad en control y vigilancia, insostenibilidad financiera, fallas en la calidad de los servicios asistenciales, corrupción y reputación, entre otros. En general, puede afirmarse que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, creció considerablemente en menos de dos décadas, se hizo más complejo y surgieron muchos problemas que no fueron enfrentados o que recibieron soluciones parciales, tardías o inefectivas. Para subsanar dichos factores, se han expedido infinidad de leyes, decretos y resoluciones que aparentemente constituyen una respuesta a los problemas puntuales, pero que finalmente terminan produciendo una saturación reglamentaria que oscurece el campo jurídico, permite la fácil transgresión a la ley, crea incertidumbre e inseguridad jurídica, eleva los costos de transacción y aumenta los litigios y controversias, congestionando los despachos judiciales y los entes de control sin que se resuelvan oportunamente los casos.

## **Delimitación del Problema**

Según la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, parte importante de la llamada crisis de la salud tiene lugar en la atención administrativa y en el servicio médico a los pacientes.

Concretamente, la atención administrativa a cargo de las EPS (principalmente) presenta fallas debido a una congestión de servicios por aumento en la demanda per cápita, por el número de trámites exigidos —en particular cuando se trata de recobros— y por la masificación del sistema, que hoy cubre al 96% de la población. Se vienen detectando fallas en la facilidad del acceso, en la comodidad de las instalaciones, en la oportunidad de las citas de algunas especialidades, en la continuidad e integridad del cuidado, en la seguridad, en la entrega de medicamentos No POS y en la falta de apoyo e información a los pacientes y usuarios, es decir, falta de calidez de parte de la EPS e IPS.

El otro aspecto negativo lo constituye el modelo de atención médica, diferente al de aseguramiento/financiamiento, que nunca se modificó y que tiene sesgos hacia la curación, la atención privilegiada del alto costo frente a la atención a la población sana, el uso desproporcionado de especialistas y tecnología de punta desatendiendo la atención básica, la referencia innecesaria a hospitales de alto nivel de complejidad y la preferencia a la contratación por eventos prestados y no a través de acuerdos que privilegien los resultados. (Arias Ramirez, Paredes Cubillos, Santos, & Duarte, 2012)

A pesar de los innegables progresos en materia de cobertura y focalización de los servicios de salud, que se han hecho posibles gracias a la ley 100 de 1993 y de algunas evidencias positivas en materia de impacto sobre indicadores de resultado relacionados con salud, se ha hecho evidente que el SGSSS enfrenta serios retos. Esto es preocupante, ya que si no se identifican y no se toman acciones para solucionar los problemas que de ellos se derivan, el sistema de salud se verá abocado a dificultades que afectarán la sostenibilidad, el aumento de la cobertura, la equidad en la afiliación, la calidad del servicio y la sostenibilidad financiera del mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles han sido los principales factores que han influido en la calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia desde el enfoque del régimen contributivo?

## **Antecedentes**

Históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud en Colombia:

El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista”. Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y para

1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, que atendía a los empleados del sector privado. (Orozco Africano, 2006).

El segundo periodo, va desde el año 1970 hasta 1989, este período se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud, bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación, para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal. Sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos. (Orozco Africano, 2006)

El tercer periodo inicia a partir de 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86, que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49). (Orozco Africano, 2006).

La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993. (Orozco Africano, 2006)

Como resultado de la interacción de las dos fuerzas mencionadas, la Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres. La Ley 100 determinó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano quedaría dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados. El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido

previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de ingresos corrientes de la nación que se transfieren a los entes territoriales (Sistema General de Participaciones) el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley. (Orozco Africano, 2006).

No obstante, la Ley 100 de 1993, delega a tres entidades la administración y prestación de los servicios de salud dentro del SGSSS:

i) Entidades Promotoras de Salud (EPS), actualmente conocidas como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), ii) Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) o también llamadas EPS-S a partir de la Ley 1122 de 2007; iii) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estos servicios giran alrededor del contenido del POS<sup>1</sup> para cada uno de los regímenes. Las EPS y las EPS-S se comportan, básicamente, como compañías aseguradoras (administran los riesgos y el dinero que remunera este servicio), mientras que las IPS son las que proveen directamente el servicio, por su parte el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA es el intermediario entre la oferta y la demanda de servicios del sector salud. Este fondo es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social (MPS) que maneja los recursos del SGSSS para garantizar la compensación entre los afiliados al RC, de distintos ingresos y riesgos, y recolectar los aportes de solidaridad provenientes del RC y dirigidos al RS.

Es importante aclarar, que el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993, encargó la regulación, vigilancia y direccionamiento del SGSSS a tres agentes:

i) el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), máxima autoridad de dirección del sistema, responsable de actualizar y diseñar el contenido del POS y de fijar el valor de las UPC, entre otras funciones; ii) el Ministerio de la Protección Social (MPS), encargado de la formulación de las políticas del sector, estrategias del sistema, diseño de planes, programas, normas y regulaciones en pro de la calidad y la gestión eficiente del sistema<sup>2</sup>; y iii) la Superintendencia Nacional de Salud, encargada de vigilar, inspeccionar y controlar a los diferentes agentes del sistema.

Por último, siendo consecuentes con la Ley 100 de 1993, el SGSSS destina los recursos a tres usos principales:

i) Los de la demanda, correspondientes a los aseguramientos, tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado (completo y parcial), ii) los de oferta, todos los recursos que van directamente a financiar a las IPS; y iii) los de salud pública. Para financiar estos usos existen, también, tres fuentes principales: i) los aportes que realizan los beneficiarios del Régimen Contributivo, ii) los impuestos generales; y iii) otras rentas

---

<sup>1</sup> Es el paquete de beneficios al cual tiene derecho el usuario del sistema está establecido por decreto en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este plan se define en el Artículo 156 de la Ley 100 como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.

<sup>2</sup> En concreto la Ley otorga estas funciones al Ministerio de Trabajo y al de Salud, los cuales se fusionaron en el Ministerio de la Protección Social por medio de la Ley 790 de 2002 y el Decreto 205 de 2003.

territoriales, como las rentas cedidas y los recursos propios de los departamentos y municipios.

La primera de estas fuentes corresponde a un impuesto a la nómina (12,5% del salario del trabajador, con un tope de Ingreso Base de Cotización (IBC), de 20 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV)<sup>3</sup>. Los trabajadores independientes, aportan sobre el 40% de su IBC. Estos fondos son recaudados por las EPS y transferidos al Fosyga donde son destinados a sus respectivos usos: 1,5 puntos porcentuales de los aportes se destinan a la subcuenta de solidaridad del Régimen Subsidiado, otro porcentaje (definido cada año) se dirige a la cuenta de salud pública (para campañas de educación, prevención y vacunación) y el resto de las cotizaciones se destinan a la cuenta de compensación del Régimen Contributivo, descontando lo que se usa para administración por parte de las EPS. La segunda y tercera fuente de financiación son: los impuestos y rentas territoriales.

## **Justificación**

Desde su creación el SGSSS ha experimentado una serie de cambios mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos. En 2007, se le hizo una reforma a través de la Ley 1122, dirigida a mejorar la prestación de los servicios. En 2011 se hizo una nueva reforma por medio de la Ley 1438, para fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria. Estas reformas no han cambiado la situación y persiste la sensación de que el SGSSS está en crisis.

Por su parte la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, indica que tal vez uno de los problemas más serios, que inexplicablemente ha recibido menor atención en los debates sobre la crisis de la salud, es la baja efectividad del esquema de servicios médico-asistenciales, a lo que hace referencia a dos componentes:

La atención administrativa previa a la atención médica (autorizaciones, citas médicas, referencia de pacientes, actualización de registros, etc.) y la atención clínica propiamente dicha (consulta general y de especialistas, urgencias, hospitalizaciones, historia clínica, etc.). En ambos casos existe descontento respecto a los servicios por parte de usuarios, quienes se quejan por la cantidad de trámites y condiciones que imponen las EPS, así como por los tiempos y fragmentación de la ruta antes de obtener el servicio médico y, en el caso del modelo asistencial, por la deshumanización y la falta de integralidad y oportunidad. (Arias Ramirez, Paredes Cubillos, Santos, & Duarte, 2012).

Otros críticos manifiestan que “el SGSSS tiene altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia”. (Ramirez Moreno, 2010). “El gasto en salud en Colombia en

---

<sup>3</sup> La cotización era 12% hasta la reforma de 2007 (Ley 1122), que introdujo medio punto más de cotización.



el año 2008 fue del 8% del PIB y no alcanzaba a cubrir el 100% de la población con el POS, lo que es una muestra de su ineficiencia”. (Clavijo S, 2008)

No obstante, el SGSSS ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, se ha estancado en acceso a los servicios y equidad. Todo lo anterior, conlleva a identificar por medio de este documento los principales factores que han influido en la calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde un enfoque del régimen contributivo.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Identificar los principales factores que han influido en la calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia desde un enfoque del régimen contributivo.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar la calidad de la atención de salud en Colombia
- Describir los principales factores que han influido en la calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia

## **Marco de Referencia**

### **Marco Conceptual**

A continuación se precisan los elementos conceptuales de mayor relevancia a fin de comprender los planteamientos de esta investigación:

#### **Atención de Salud:**

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Artículo 2, Decreto 1011 de 2006.

### **Calidad de la atención de salud**

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un 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. Artículo 2, Decreto 1011 de 2006.

### **Percepción de la calidad de los servicios de salud**

“Expresiones de valor, adherencia y satisfacción del usuario ante los servicios de salud recibidos”. Ministerio de la Protección Social, 2006.

### **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS.**

“Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Decreto 1011 de 2006.

### **Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.**

En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la ley 1438 de 2011, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo:

- i) La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud.
- ii) El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud.
- iii) Fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

## **Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS**

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. Los interesados se afilian a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefieran, reciben su Carnet de Salud y entran a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS). El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Vale la pena mencionar que en esta investigación abordará solamente el Régimen Contributivo. Ley 100 de 1993.

### **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB**

“Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada”. Artículo 2, Decreto 1011 de 2006.

### **Prestadores de Servicios de Salud**

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del Decreto 1011 de 2006, se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

### **Régimen Contributivo**

Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Ley 100 de 1993.

## Marco Normativo

**Tabla 1. Marco Normativo**

Nombre de la normatividad	Descripción de la Normatividad	Aplicación
<b>Ley 100 de 1993</b>	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.	<p>La presente ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.</p> <p>Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.</p> <p>En esta investigación se hace especial énfasis en el principio de calidad del SGSSS desde un enfoque del régimen contributivo (ver marco conceptual).</p>
<b>Decreto 1011 de 2006</b>	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	<p>Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGCS, deberá cumplir con las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accesibilidad.</li> <li>2. Oportunidad.</li> <li>3. Seguridad.</li> <li>4. Pertinencia.</li> <li>5. Continuidad.</li> </ol>
<b>Circular Externa No. 030 de 2006</b>	Instrucciones en materia de indicadores de calidad para	A fin de evaluar los criterios de accesibilidad, oportunidad,

	<p>evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.</p>	<p>seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud emite la Circular Externa No. 030 de 2006 mediante la cual imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad y reporte de información con periodicidad semestral.</p>
<p><b>Ley 1438 de 2011</b></p>	<p>Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.</p>

Fuente: elaboración propia.

### **Contexto de la Calidad de la Atención de Salud en Colombia**

La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993, contempló la calidad como:

“Un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población”.  
(Ministerio de la Protección Social - MPS, 2008)

En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. En este sentido, la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, ha estado presente en los postulados y desarrollos de la reforma desde su concepción. (Ministerio de la Protección Social - MPS, 2008).

La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana. (Ministerio de la Protección Social - MPS, 2008).

No obstante, de acuerdo con la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2013-2014:

El 80% de los usuarios encuestados en 2014, se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal administrativo de la EPS; en el caso del personal asistencial, la percepción de buen trato fue de 85%. Para el personal administrativo no hubo una diferencia significativa entre los años 2013 y 2014, mientras que para el asistencial disminuyó el indicador. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

La valoración final de los usuarios de la EPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla fue muy buena: el 82,9% de los encuestados en 2014 recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS. En ambos regímenes de salud aumentó el porcentaje de personas que estarían dispuestas a recomendar su EPS; pero este porcentaje es significativamente mayor en el Régimen Subsidiado. Adicionalmente el 86,7% de los encuestados no ha pensado en cambiarse de EPS. Este indicador mejoró entre 2013 y 2014, principalmente por el servicio percibido por los afiliados al Régimen Subsidiado. Sin embargo, para las personas que sí pensaron cambiarse de EPS, los principales motivos de querer el cambio de EPS son: demasiables demoras para recibir los servicios, la falta de respuestas efectivas ante sus problemas de salud, 22,02%, y el cambio en la calidad de la atención ofrecida por la EPS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

## Contexto de la Satisfacción del Usuario en Salud

El usuario atribuye la percepción de un buen servicio principalmente a:

“La resolución de sus expectativas, a su interacción con el personal de salud, al tiempo de acceso a los servicios, al buen trato, a la información recibida, a la privacidad y, sobre todo, a que obtenga el servicio que procura”. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015)

Según el estudio de evaluación de los servicios de las EPS por los usuarios en los regímenes Contributivo y Subsidiado, realizado en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social, el 75 % considera que el servicio de medicina que utilizó a través de su EPS fue bueno o muy bueno, siendo 71 % en el Régimen Contributivo y 79 % en el Subsidiado; el 89 % de las personas encuestadas consideran que en caso de gravedad accederán a tiempo a los servicios de salud; el 83% recomendarían su EPS a familiares y amigos; el 87 % de las personas encuestadas no han pensado en cambiarse de EPS, y el 91 % no han pensado en interponer una queja ante su EPS. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015)

Por otra parte, el concepto de satisfacción del usuario también puede entenderse como “algo que satisface cumple adecuadamente con las expectativas, necesidades y deseos de los usuarios, y no da espacio para la queja”. (Crow, y otros, 2002).

Es así como la satisfacción conjuga dos importantes aspectos: i) los estándares personales y predefinidos en nuestra conciencia, y ii) la percepción de la atención recibida. Esto hace de la satisfacción un concepto subjetivo, pues lo que satisface a una persona puede que no satisfaga a otra. Teniendo esto en consideración, existen cuatro enfoques a los determinantes de la satisfacción:

El primer enfoque está basado en la psicología. Bajo este enfoque, la satisfacción resulta de la diferencia entre las expectativas y lo percibido durante la atención. Es decir cuando las expectativas son mayores a la percepción de la experiencia recibida, habrá insatisfacción; mientras que si las expectativas son menores a la percepción experimentada, habrá satisfacción. Este enfoque implica que para poder medir la satisfacción deban evaluarse tanto las expectativas como la experiencia y que estas sean comparadas. Lo cual es difícil debido a que las expectativas por lo general no se informan, no se registran o son imprecisas; además, éstas pueden ser manipuladas por profesionales de la salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

El segundo enfoque es el basado en los atributos del servicio de salud. Por lo general, la literatura que utiliza este enfoque pregunta a los usuarios por una lista de aspectos críticos de la calidad de la atención para construir un índice de satisfacción. Y con esta información desarrollan instrumentos o formularios para medir la satisfacción de los usuarios. Estudios

de estas características resaltan la importancia de tres factores principales para la satisfacción: las características de la atención por parte del prestador (sensibilidad, afecto, cariño), la relación médico-paciente (participación del paciente, soporte emocional) y factores relaciones con la estructura y ubicación del servicio de salud (privacidad, limpieza, alimentos y apariencia personal de trabajadores). Adicionalmente, los proponentes de este enfoque también reconocen la importancia de los antecedentes de los pacientes en la manifestación de su satisfacción, entre otros: la edad, género, raza ingreso, educación y estado de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

El tercer enfoque es el económico. Relaciona la satisfacción con la utilidad del consumo de un servicio o producto de salud. En este enfoque la satisfacción tiene dos factores principales: i) la utilidad de consumir el bien de salud sea mayor que la des-utilidad de su costo; ii) que la utilidad experimentada sea mayor igual a la utilidad esperada (expectativas). En este sentido, esta teoría comparte un terreno común con el de las expectativas. Además, bajo este enfoque la forma en que se elabora la expectativa de utilidad varía de producto en producto, y de estos existen tres tipos: bienes de búsqueda, que se realizan antes de adquirir el bien, y predicen la utilidad por lo que las expectativas son claras; bienes de experiencia, se forman luego de adquirir el bien, no son claras y hay cierto grado de incertidumbre sobre la satisfacción que produzcan; y los bienes de confianza, determinados por la confianza, donde incluso luego de adquirir el bien existe baja expectativa, debido a que sus características no son totalmente aparentes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El último enfoque, es la visión holística de la satisfacción en salud. Este enfoque reúne todos los factores antes mencionados que influyen en la satisfacción, e incluye otros, como por ejemplo los valores sociopolíticos de los usuarios con respecto al sistema de salud. En este sentido, la determinación de la satisfacción es un modelo endógeno y dinámico con dos mecanismos de retroalimentación: el primero, en el que la actitud del usuario frente al servicio de salud, es afectada por sus experiencias, lo que a su vez altera sus expectativas y juicios de valor, que incide en su actitud (mecanismo denominado el consumidor aprende de la experiencia). Y el segundo, en el que el usuario expresa su satisfacción (o insatisfacción) y eso genera estímulos en el prestador para modificar su servicio (mecanismo denominado consumidor como activista). Una forma de medir satisfacción bajo este enfoque es preguntar a los usuarios si utilizarían el servicio otra vez o si lo recomendarían a otra persona. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

### **Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción**

La ley 1438 de 2011 reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud. En el Capítulo VII calidad y los sistemas de información, el Artículo 111 crea el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores según el cual:



**Artículo 111. Sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud.** Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1o) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos. Deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales. Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario. El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la SNS para que obre de acuerdo a su competencia.

Bajo este esquema, la Ley 1438 exige al Ministerio de Salud y Protección Social la elaboración de un Sistema de Evaluación y Calificación de Actores SEA que debe, entre otros, monitorear y calificar a las EPS o actualmente llamadas EAPB.

Adicionalmente, el Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS, en el Título VI, sobre el Sistema de Información para la Calidad SIC, establece los siguientes objetivos del SIC:

**Artículo 46. Objetivos del sistema de información para la calidad.** Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- 1. Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- 2. Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- 3. Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- 4. Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, determinó, medir el desempeño de las EPS, utilizando 44 indicadores de satisfacción del usuario. Estos indicadores se agruparon en tres dimensiones: Oportunidad con 20 indicadores; Satisfacción, 16; y Acceso, 8, los cuales se presentan en la tabla 2.

### **a) Oportunidad:**

La oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, y se condiciona por el equilibrio de la oferta y demanda de los servicios; es una de las principales exigencias del SOGCS. La oportunidad se mide como el resultado de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha para la cual esta es asignada. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015)

Garantizar la oportunidad de la consulta es de vital importancia para el control de la demanda, el oportuno diagnóstico de patologías y el adecuado direccionamiento del paciente. Actualmente, la Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social establece que la asignación de las citas de odontología general y medicina general no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente, y la asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las EPS en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por la población colombiana. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015)

Adicionalmente, para dar continuidad a la atención en salud, es necesario garantizar acceso oportuno a medicamentos, exámenes diagnósticos y procedimientos paramédicos ambulatorios, lo que permite obtener mejores resultados en salud. La oportunidad puede verse afectada por diferentes factores, como la suficiencia y capacidad instalada institucional, el recurso humano ofertado y la cancelación o inasistencia de los usuarios. Es por ello que este indicador se convierte en un mecanismo de información de importancia para la planeación de los servicios, tanto para el prestador como para el asegurador, ya que permite evaluar la suficiencia de recurso humano y la calidad de su atención, así como diseñar estrategias para atenuar o disminuir la inasistencia del usuario. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015).

Es importante indicar que de acuerdo con el ranking de satisfacción EPS 2016, elaborado por el Ministerio de la Protección Social, los tres primeros puestos en cuanto a oportunidad los ocupó: EPS Suramericana S.A, Sanitas S.A EPS y Coomeva EPS, respectivamente.

### **b) Satisfacción**

El usuario atribuye la percepción de un buen servicio principalmente a:

“La resolución de sus expectativas, a su interacción con el personal de salud, al tiempo de acceso a los servicios, al buen trato, a la información recibida, a la privacidad y, sobre todo, a que obtenga el servicio que procura”. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015).

Según el estudio de evaluación de los servicios de las EPS por los usuarios en los regímenes Contributivo y Subsidiado, realizado en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social, el 75 % considera que el servicio de medicina que utilizó a través de su EPS fue bueno o muy bueno, siendo 71 % en el Régimen Contributivo y 79 % en el Subsidiado; el 89 % de las personas encuestadas consideran que en caso de gravedad accederán a tiempo a los servicios de salud; el 83% recomendarían su EPS a familiares y amigos; el 87 % de las personas encuestadas no han pensado en cambiarse de EPS, y el 91 % no han pensado en interponer una queja ante su EPS. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015).

Vale la pena mencionar, que de acuerdo con el ranking de satisfacción EPS 2016, elaborado por el Ministerio de la Protección Social, los tres primeros puestos en cuanto a satisfacción los ocupó: EPS Suramericana S.A, Sanitas S.A EPS y Aliansalud EPS S.A.

### c) Accesibilidad:

Según el Decreto 1011 de 2006, se define por accesibilidad: “es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

No obstante, de acuerdo con el ranking de satisfacción EPS 2016, elaborado por el Ministerio de la Protección Social, los tres primeros puestos en cuanto a acceso los ocupó: EPS Suramericana S.A, Sanitas S.A EPS y Aliansalud EPS S.A.

**Tabla 2.Indicadores Ranking 2016 y ponderaciones**

Dimensión	Indicador	Ponderación
Oportunidad (30%)	Oportunidad Medicina general (-)	3.3%
	Oportunidad Medicina especializada (-)	3.3%
	Oportunidad Exámenes de laboratorio (-)	3.3%
	Oportunidad Radiografías, imágenes etc. (-)	3.3%
	Oportunidad Odontología (-)	3.3%
	Oportunidad Cirugía (-)	3.3%
	Oportunidad Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje) (-)	3.3%
	Oportunidad Citas prioritarias (cita no programada) (-)	3.3%
	Oportunidad Entrega de medicamentos (-)	3.3%
	Oportunidad Autorizaciones (-)	20%
	Percep. Opor. Medicina general	3.3%
	Percep. Opor. Medicina especializada	3.3%
	Percep. Opor. Exámenes de laboratorio	3.3%
	Percep. Opor. Radiografías, imágenes etc.	3.3%
	Percep. Opor. Odontología	3.3%
	Percep. Opor. Cirugía	3.3%
	Percep. Opor. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	3.3%
	Percep. Opor. Citas prioritarias (cita no programada)	3.3%
	Percep. Opor. Entrega de medicamentos	3.3%
	Calif. Proc. Autorizaciones	20%

Dimensión	Indicador	Ponderación
Satisfacción (40%)	Calif. Serv. Medicina general	3.0%
	Calif. Serv. Medicina especializada	3.0%
	Calif. Serv. Exámenes de laboratorio	3.0%
	Calif. Serv. Radiografías, imágenes etc.	3.0%
	Calif. Serv. Odontología	3.0%
	Calif. Serv. Cirugía	3.0%
	Calif. Serv. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	3.0%
	Calif. Serv. Citas prioritarias (cita no programada)	3.0%
	Calif. Serv. Entrega de medicamentos	3.0%
	Calif. Comunicación con EPS	7.0%
	Calif. Trato Per. Administrativo	7.0%
	Calif. Trato Per. Asistencial	7.0%
	Calif. Solución necesidad	7.0%
	Calif. Experiencia global	7.0%
	Recomendaría a familiares y amigos	19.0%
Ha pensado cambiarse a otra EPS	19.0%	
Acceso (30%)	Calif. Acceso servicios EPS	13%
	Considera poder acceder serv. de forma Opor.	13%
	No había agenda, llame más tarde, no contestan, etc. (-)	13%
	Tutela o derecho de petición para acceder a serv. (-)	20%
	Ha consid. interp. queja o derecho de petición (-)	20%
	Entregaron carta de derechos y deberes	7%
	Calif. Carta de derechos y deberes	7%
	Calif. Utilidad carta de derechos y deberes	7%

Fuente: Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social

“En lo que concierne al Régimen Contributivo las tres mejores EPS del año 2016 fueron: EPS Suramericana S.A, seguido por Sanitas S.A. y Aliansalud E.P.S S.A” (Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

**Tabla 3. Ranking Régimen Contributivo**

Nombre	Rank total 2016	Rank Oportunidad	Rank Satisfacción	Rank Acceso
EPS SURAMERICANA S.A	1	1	1	1
SANITAS S.A E.P.S	2	2	2	2
ALIANSALUD EPS S.A	3	9	3	3
COMPENSAR E.P.S	4	7	4	5
COOMEVA E.P.S S.A	5	3	5	6
NUEVA EPS	6	5	6	8
EPS FAMISANAR LTDA	7	11	8	7
SALUD TOTAL S.A EPS	8	8	9	10
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS	9	12	7	4
COMFENALCO VALLE E.P.S	10	6	11	9
CRUZ BLANCA EPS S.A	11	10	10	11
SALUDCOOP EPS	12	4	12	12

Fuente: Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016. Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social

## **Principales Factores que han Influido en la Calidad de la Atención de Salud del SGSSS**

Un sistema social o económico entra en crisis cuando ocurren acontecimientos negativos que impactan la operación, las finanzas o la reputación institucional; cuando los efectos negativos de la situación se propagan por la cadena de valor principal a los diferentes componentes; cuando se impactan negativamente varios grupos de interés como serían usuarios, administradores, profesionales, trabajadores, accionistas y el mismo gobierno. Se habla de crisis cuando hay mucho por perder, no se encuentran salidas fáciles, son muchos los actores involucrados y el impacto de la situación en ellos es grave. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), 2012)

La de la salud es una típica “crisis acumulativa” generada a lo largo de un período extenso (más de una década de evolución), en el que las manifestaciones de problemas no han sido atendidas suficientemente con oportunidad ni efectividad. En síntesis, podemos identificar las principales áreas críticas así: el flujo insuficiente y oportuno de los recursos financieros lleva a situaciones de insolvencia e iliquidez de los agentes; existen una confusión normativa y una inseguridad jurídica, acompañadas por un sistema de información deficiente, con fallas en controles y supervisión, que facilitan la falta de transparencia y la aparición de focos de corrupción diseminados, los que a la vez devienen en pérdida de reputación y confianza que conducen a relaciones conflictivas; finalmente, se presentan fallas en la atención a los usuarios, produciéndose insatisfacción de estos, de aseguradores, prestadores y trabajadores del sector. Todo lo anterior repercute en la desconfianza de la opinión pública en el sector y en el sistema. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se presentan los principales factores que han influido en la calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, desde un enfoque del régimen contributivo:

### **a) Fallas de regulación**

La función de regulación por parte del Estado ha sido mal enfocada, pues la reglamentación se ha hipertrofiado con una infinidad de leyes, decretos y resoluciones que aparentemente constituyen una respuesta a los problemas puntuales, pero que finalmente terminan produciendo una saturación reglamentaria que obscurece el campo jurídico, permite la fácil transgresión a la ley, crea incertidumbre e inseguridad jurídica, eleva los costos de transacción y aumenta los litigios y controversias, congestionando los despachos judiciales y los entes de control sin que se resuelvan oportunamente los casos. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015).

### **b) Debilidad en control y vigilancia**

La delegación del aseguramiento, la prestación y el pago de los servicios en una multiplicidad de entes privados y públicos; el enorme flujo de recursos financieros; el exceso de trámites y

procesos, y la descentralización del gasto constituyen un riesgo de gasto ineficiente, así como de corrupción y desvío de fondos, si no se implementan severos controles, inspección y vigilancia de toda la operación. Tradicionalmente, la inspección, control y vigilancia han sido débiles o ausentes en la mayoría de las entidades que deberían ser vigiladas y en la mayoría de los procesos. La SNS tiene un enjambre de normas que regulan su actuación, pero es un organismo débil, sin herramientas efectivas para actuar. Si se hubiese contado con una Superintendencia fuerte, muchas de las fallas y desviaciones de recursos por parte de varios actores se habrían evitado y el sistema estaría funcionando correctamente. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015).

### **c) Insostenibilidad financiera de largo plazo**

Las dificultades financieras y las discusiones que estas han despertado han relegado a segundo plano el examen de los problemas de largo plazo, en particular del desequilibrio entre ingresos y egresos que puede llegar a hacer insostenible el sistema de aseguramiento. Si bien tenemos un gasto anual cercano a 45 billones de pesos, cuando separamos de esa cifra lo que corresponde a aseguramiento encontramos que este cuenta con 24 billones cada año, de los cuales unos 14 son del Régimen Contributivo y 10 del Subsidiado. Si se considera el gasto total de 45 billones, tendríamos un per cápita de un millón de pesos, equivalente a unos 600 dólares de EUA, menos de lo que gastan muchos países de la región. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015).

### **d) Fallas en la calidad de los servicios asistenciales**

Tal vez uno de los problemas más serios, que inexplicablemente ha recibido menor atención en los debates sobre la crisis de la salud, es la baja efectividad del esquema de servicios médico-asistenciales. Aquí nos referimos a dos componentes: la atención administrativa previa a la atención médica (autorizaciones, citas médicas, referencia de pacientes, actualización de registros, etc.) y la atención clínica propiamente dicha (consulta general y de especialistas, urgencias, hospitalizaciones, historia clínica, etc.). En ambos casos existe descontento respecto a los servicios por parte de usuarios, quienes se quejan por la cantidad de trámites y condiciones que imponen las EPS, así como por los tiempos y fragmentación de la ruta antes de obtener el servicio médico y, en el caso del modelo asistencial, por la deshumanización y la falta de integralidad y oportunidad. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015)

No puede desconocerse que existen fallas en algunos procesos y procedimientos a cargo de las EPS y las IPS, principalmente en los aspectos administrativos previos a la atención clínica, esto es, complejidad en los procesos debido a regulación y excesivas exigencias administrativas, atención despersonalizada no centrada en el paciente, demoras, trámites engorrosos y filas. Por su parte, la atención clínica es de corta duración, impersonal, fría, sin información y diálogo suficientes, muchas veces discontinua; además, el paciente tiene limitada capacidad de escogencia de sus prestadores dentro de la red ofrecida por la EPS. En estas fallas hay responsabilidad de las EPS e IPS, que no han adaptado sus procesos de atención a las mayores

exigencias y demanda de servicios. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015)

#### **e) Corrupción y reputación**

El sistema está afectado en su legitimidad y confianza: se lo considera corrupto. Múltiples factores concurren a la contaminación del sistema por elementos de corrupción: la cantidad de recursos financieros dedicados a la salud y distribuidos entre numerosos agentes de manera descentralizada a lo largo de más de mil municipios, la debilidad de los organismos de control y la demora o inoperancia de la justicia, la cantidad y complejidad de las normas y la falta de ética en el manejo de los recursos públicos por parte de individuos ansiosos de elevar su fortuna personal a cualquier precio. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015).

Algunos casos emblemáticos de desvío de fondos han llamado la atención de los medios de comunicación, impactando a la opinión pública. Lamentablemente las acusaciones suelen generalizarse, de forma que no se identifica a los responsables y la mala reputación se extiende a todos de una forma injusta. El resultado ha sido la pérdida de la reputación y de la confianza en el sistema y, como reacción, la aparición de conflictos entre agentes que se incriminan mutuamente, contribuyendo a aumentar el clima de desconfianza. (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi, 2015)

## Conclusiones

- La reforma a la salud emprendida con la Ley 100 de 1993, ha cumplido con gran parte de los desafíos que imponía la creación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. El impacto de la reforma se ha manifestado en un aumento importante en la cobertura, alcanzando hoy un nivel superior al 95%. Al mismo tiempo, el mayor acceso de la población a los servicios de salud se ha traducido en mejoras en indicadores como vacunación, mortalidad infantil y de la niñez, y en la percepción de los individuos sobre su estado de salud.

No obstante, lograr estas mejoras en indicadores sociales ha significado un alto costo en términos de recursos. A pesar de que Colombia es hoy el país de América Latina que más gasta en salud como porcentaje del PIB (más del 6%), sus resultados en términos de calidad y satisfacción de usuarios son similares a los del promedio de la región. Asimismo, la reforma ha tenido un impacto negativo debido a diferentes factores endógenos y exógenos como: fallas de regulación, debilidad en control y vigilancia, insostenibilidad financiera de largo plazo, fallas en la calidad de los servicios asistenciales, corrupción y reputación, entre otros.

- El principal problema del SGSSS radica en su esquema de financiamiento; el reto más importante para los próximos años consiste en garantizar su sostenibilidad financiera. Afrontar los problemas estructurales que se han identificado requerirá de una amplia discusión por parte de la sociedad colombiana, tal y como sucedió a principios de la década de los noventa cuando fue creado el SGSSS. En este contexto, es necesario ampliar la base de análisis a través de estudios que evalúen los resultados e impactos de la Ley 100 luego de veinticuatro años de implementación, así como las alternativas de reforma que requiere el sector.
- En general, puede afirmarse que el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, creció considerablemente en menos de dos décadas, se hizo más complejo y surgieron muchos problemas que no fueron enfrentados o que recibieron soluciones parciales, tardías o inefectivas. Para subsanar dichos factores, se han expedido infinidad de leyes, decretos y resoluciones que aparentemente constituyen una respuesta a los problemas puntuales, pero que finalmente terminan produciendo una saturación reglamentaria que obscurece el campo jurídico, permite la fácil transgresión a la ley, crea incertidumbre e inseguridad jurídica, eleva los costos de transacción y aumenta los litigios y controversias, congestionando los despachos judiciales y los entes de control sin que se resuelvan oportunamente los casos.



## Bibliografía

- Arias Ramirez, J., Paredes Cubillos, N., Santos, A. C., & Duarte, J. (2012). *Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones*. Bogotá: Digiprint Editores E.U.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi. (2015). *Cifras e indicadores del Sistema de Salud*. Bogotá.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi). (2012). *Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones*. Bogotá: Digiprint Editores E.U.
- Clavijo S, T. C. (2008). El déficit fiscal de la Salud en Colombia: un análisis comparativo internacional. *Carta Financiera*, 7-15.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic*. Health Technol Assess.
- Fedesarrollo. (2011). *Efectos de la Ley 100 en salud Propuestas de reforma*. Bogotá: La Imprenta Editores S.A.
- Londoño JL, F. J. (1987). Pluralismo estructurado:hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*, 6-28.
- Ministerio de la Protección Social - MPS. (2008). *Calidad en salud en Colombia Los Principios*. Bogotá: Editorial Scripto Ltda.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, 2015*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de Noviembre de 2016). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-calificacion-actores-ranking-eps-2016>

Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de Noviembre de 2016). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016*. Obtenido de [www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-calificacion-actores-ranking-eps-2016](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-calificacion-actores-ranking-eps-2016)

Orozco Africano, J. M. (2006). *Caracterización del mercado del aseguramiento en el Régimen Contributivo en Colombia*. Cartagena.

Ramirez Moreno, J. (2010). La emergencia social en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 124-143.