

**LOS AGENTES DEL SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA Y SU  
RESPONSABILIDAD EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA**

**DAVID MORENO MADRID  
VADÍN ÁNGEL RAMÍREZ AGUDELO**

**UNIVERSIDAD EAFIT  
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN – MBA  
MEDELLÍN  
2017**

**LOS AGENTES DEL SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA Y SU  
RESPONSABILIDAD EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EN COLOMBIA**

**DAVID MORENO MADRID  
VADÍN ÁNGEL RAMÍREZ AGUDELO**

**Trabajo de tesis para optar por el título de Máster en Administración**

**LUIS GUILLERMO VÉLEZ ATEHORTÚA  
Magíster en Economía de la Salud y el Medicamento**

**UNIVERSIDAD EAFIT  
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN – MBA  
MEDELLÍN  
2017**

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Medellín, 20 de enero de 2017

*A mis Marías: Mária y Mariana*

*Mil gracias a Dios, a los profesores de la Maestría y al Centro Oncológico de Antioquia: ... Que la educación me haga alguien mejor.*

## CONTENIDO

	Pág.
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	12
<b>2.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	12
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	12
<b>3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	13
<b>3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	13
<b>3.2 JUSTIFICACIÓN</b> .....	13
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	14
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	19
<b>6. DESARROLLO DEL PROYECTO</b> .....	20
<b>6.1. LOS AGENTES DEL SECTOR DE LA SALUD</b> .....	20
<b>6.1.1. Los aportantes</b> .....	20
<b>6.1.2. Los aseguradores (EPS)</b> .....	22
<b>6.1.3. Los prestadores (IPS)</b> .....	28
<b>6.1.4. Proveedores de medicamentos</b> .....	31
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	36
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	38

## LISTA DE CUADROS

	Pág
<b>Cuadro 1</b> Fuentes de recursos del SGSSS 2010-2013.....	20
<b>Cuadro 2</b> Dinámica del aseguramiento en salud 2014-2015 .....	21
<b>Cuadro 3</b> Ranking de satisfacción EPS Régimen Contributivo 2016 .....	23
<b>Cuadro 4</b> Ranking Régimen Contributivo .....	25
<b>Cuadro 5</b> EPS del régimen Contributivo y Subsidiado que cumplieron con el margen de solvencia del año 2015 .....	26
<b>Cuadro 6</b> EPS del Subsidiado que cumplieron PA.....	27
<b>Cuadro 7</b> EPS del Contributivo que no cumplieron PA .....	27
<b>Cuadro 8</b> EPS del Subsidiado que no cumplieron PA.....	28
<b>Cuadro 9</b> Mejores IPS de Colombia en 2016 .....	30
<b>Cuadro 10</b> Comparativo del gasto farmacéutico en Colombia y 16 países.....	32
<b>Cuadro 11</b> Indicadores del desarrollo mundial (Gasto en salud).....	33
<b>Cuadro 12</b> Indicadores del desarrollo mundial (Gasto en salud per cápita).....	34

## RESUMEN

Actualmente el Sistema de Salud Colombiano pasa por una de sus peores crisis financieras. Este trabajo se aparta de la visión general que responsabiliza al gobierno y al modelo de aseguramiento como los principales culpables de la crisis, y entra a valorar a través de la descripción de los agentes del sistema, la responsabilidad y el impacto que estos tienen en el funcionamiento del modelo. Finalmente, se analiza el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) y del gasto per cápita para determinar, si con estos recursos se puede cubrir el aseguramiento universal con servicios médicos de calidad.

**Palabras claves:** sistema de salud, agentes del sector, sostenibilidad financiera.

## **ABSTRACT**

Currently, the Colombian Health System is experiencing one of its worst financial crises. This paper departs from the general view that blames the government and the model of assurance as the main culprits of the crisis and come to value through the description of the agents of the system, their responsibility and their impact on the operation of the model. Finally, health expenditure as a percentage of the Gross Domestic product (GDP) and per capita expenditure is analyzed to determine whether universal insurance with quality medical services can be covered with these resources.

**Key words:** health system, agents of the sector, financial sustainability.

## 1. INTRODUCCIÓN

En casi 25 años de existencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, el debate sobre la sostenibilidad financiera del sector está más vigente que nunca. Cuando se promulgó en el año 1993 la Ley 100 que dio vida al actual sistema de salud, la principal duda de los expertos de la época en materia fiscal, era cómo financiar el gasto que implicaba llegar a tener la ambiciosa meta de tener una cobertura universal. Vale la pena recordar que antes del año en mención, más del ochenta por ciento de la población carecía de seguridad social y más del veinticinco por ciento no tenía acceso alguno a los servicios de salud (Molina & del Arco, 2003), por esto, lograr una cobertura del cien por ciento de afiliados representaba un reto mayúsculo desde el punto de vista financiero.

En este sentido, el sistema ha avanzado positivamente en el objetivo de conseguir que todos los pobladores tengan acceso al sistema de salud, a finales del año 2016 se alcanzó el 97,59% en aseguramiento, correspondiente a 46.302.447 de colombianos (Sistema Integral de Información de la Protección Social, 2016). Sin embargo, este logro contrasta con las dificultades financieras presentes a lo largo de todos los años de funcionamiento, situación que se ha manifestado en tres grandes crisis del sector salud: La crisis del año 2009 originada por el aumento de recobros por la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, la del 2001 donde no se alcanzó la meta de aseguramiento universal; la del y la más reciente del 2015 que en la actualidad persiste y se agudiza, hecho que pone nuevamente en entredicho la viabilidad financiera del sector.

Acorde con lo anterior, sería muy fácil seguir la línea de los que creen mayoritariamente que las crisis son el resultado exclusivo de una mala concepción

del modelo mismo y que señalan al Gobierno Central como principal protagonista; consideramos que es necesario ir más allá de esta visión, y que se hace necesario estudiar y revisar qué otros factores pueden estar afectando el modelo, como son los agentes que intervienen en el sector de la salud.

Por ello, este trabajo describirá los agentes que interactúan en el sistema de salud y que, en nuestra opinión, también tienen responsabilidad en las crisis mencionadas. Entre ellos se asumen intereses distintos que generan conflictos que redundan en la ineficiencia del modelo. Dentro de los agentes a describir se encuentran los aportantes o cotizantes, los aseguradores de servicios de salud, los prestadores de los servicios de salud y por último los proveedores de medicamentos. Es importante resaltar que, dejamos de lado al Gobierno Central a través de los entes reguladores del sistema para centrarnos en los ya mencionados. De igual manera, al estudiarlos más detalladamente, se podrá detectar responsabilidades que permitan encontrar soluciones que en su conjunto, valorarán de forma menos sesgada y más técnica la sostenibilidad del modelo de salud.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los principales agentes que intervienen en el Sistema General de Salud y Seguridad Social, y su influencia dentro de la sostenibilidad financiera del sector.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ) Caracterizar los principales agentes involucrados dentro del Sistema General de Salud y Seguridad Social.
  
- ) Describir el impacto de cada uno de los agentes principales del Sistema General de Salud y Seguridad dentro de la sostenibilidad financiera del sistema.

### **3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

Actualmente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia atraviesa una de las peores crisis tanto a nivel financiero como asistencial que no se había visto desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. Lo anterior refleja no solo en un modelo de atención deficiente, sino además, un sistema insostenible en lo económico a corto plazo que afecta a todos los sectores de la sociedad y que vulnera un derecho universal consagrado en la Constitución Política del País.

#### **3.2 JUSTIFICACIÓN**

Este trabajo tiene una gran significancia para el bienestar de los colombianos, es prioritario contar con un sistema de seguridad social y de salud de calidad; pero además, esta investigación pone de manifiesto la relevancia que representa para el país que se logre una cobertura universal, a través de un modelo financiero eficiente y sostenible.

#### 4. MARCO TEÓRICO

Los modelos de aseguramiento en salud del mundo son de reciente data. Para conocer las primeras aproximaciones de lo que hoy se denomina como un sistema de salud es necesario remitirse hacia el año de 1883, en la antigua Prusia, hoy Alemania, dicha idea fue promovida por el canciller Bismarck, cuyo modelo sustentado sobre la base según la cual la financiación de la salud, se debía originar principalmente del recaudo de aportes obligatorios, los cuales debían ser pagados en conjunto por las empresas y los trabajadores a una caja de seguro público obligatorio (Moreno.2009). Sin embargo, la verdadera expansión mundial de lo que es un modelo de sistema de salud, solo se produjo una vez terminada la segunda guerra mundial, cuando los gobiernos comenzaron a preocuparse por tener una mayor cobertura de la población y a definir políticas claras frente al sector de la salud (Delgado, Coronado, & Cuadros, 2014, pág. 14).

En los países de América Latina la instauración de las reformas a los sistemas de salud empiezan a producirse a comienzos de la década del noventa, en Colombia se gestó a finales del año 1993 y tuvo como base un modelo de competencia controlada y regulada, coincidiendo con el cambio de modelo económico en el país, que tenía como eje central la reducción del tamaño del Estado; la mayor participación del sector privado en los asuntos que antes eran casi exclusivos del sector público y la apertura económica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 456).

La constitución Política de Colombia, en su Artículo 48 estableció el derecho a la salud como “...un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”. Para cumplir este objetivo de eficiencia, universalidad y solidaridad, el Gobierno

Nacional expidió la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual, pese a las críticas de muchos sectores, ha logrado importantes avances en lo concerniente a la solidaridad y cobertura universal, aunque no ha logrado ser eficiente y sostenible.

La estructura de financiación del sistema de salud la componen básicamente los recursos fiscales y parafiscales. Al primero los reglamentó inicialmente la Ley 60 de 1993 y posteriormente la Ley 715 de 2001. Estos recursos fiscales provienen según el autor Melo del:

“SGP<sup>1</sup>, de los aportes del Presupuesto General de la Nación a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad del Fosyga, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y los recursos propios de los departamentos y municipios” (Melo & Ramos, 2010, pág. 8).

Por otro lado, los recursos parafiscales son ingresos provenientes de las cotizaciones de los trabajadores y los aportes patronales, además, de los aportes de las Cajas de Compensación Familiar (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012, pág. 14), cuya reglamentación se estableció a través la Ley 100 de 1993, complementada posteriormente por la Ley 1122 de 2007.

Con estos recursos se atiende la población asegurada en los diferentes regímenes: Régimen Contributivo (RC), Régimen Subsidiado (RS), Regímenes Especiales (RE); la población no cubierta y los diferentes programas de salud pública de promoción y prevención, accidentes y eventos catastróficos. Al Régimen Contributivo, se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias (Ministerio de Salud y Protección

---

<sup>1</sup> Sistema General de Participación

Social, 2004, pág. 4). El Régimen Subsidiado, afilia a la población más pobre del país, que no tiene capacidad de pago y así le otorga acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Los Regímenes Especiales están compuestos por los trabajadores del Magisterio, de las Fuerzas militares, la Policía Nacional, las Universidades Públicas, trabajadores de Ecopetrol y del Banco de La República (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012, pág. 2).

La población asegurada se afilia a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales tienen como objeto la administración del riesgo de sus afiliados y por estos reciben del Estado un pago por cada afiliado, esta retribución económica es llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC) (Ley N° 100, 1993). Las EPS pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta. Los servicios que requieren sus afiliados son remitidos a las Instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) que están conformadas por clínicas, hospitales, laboratorios, unidades de imagenología, profesionales de la salud independiente, y también pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, caracterizadas además por su autonomía administrativa, técnica y financiera.

Los servicios a los que tienen derecho los usuarios del sistema de salud se denomina Plan de Beneficios y es el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que tienen los afiliados 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 la discapacidad o invalidez, derivadas de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. El plan básico o mínimo de estos servicios se denomina Plan Obligatorio de Salud (POS) aquellos que no se encuentran en este, se denominan NO POS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Dentro del Plan de Beneficios se incluyen los medicamentos. Ha sido tan grande el impacto que estos han tenido sobre los sistemas de salud que algunos países europeos se han visto en la necesidad de implementar medidas para contenerlo. Como citó el Ministerio de Salud y la Protección Social en el marco conceptual del *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud*. En Alemania, por ejemplo, durante la década de los noventa, y ante el desmesurado aumento de gastos por medicamentos, se estableció un tope al total de gastos de las cajas públicas del seguro y se instituyó que todo aumento del tope sería financiado vía deducción de los salarios de los médicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 475). De igual manera, España, a principio de esta década aplicó una lista de precios máximos induciendo la utilización mayoritaria de medicamentos genéricos, llevando a que ante el límite de precios, los laboratorios de marca disminuyeron en promedio el treinta por ciento sus precios (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012, pág. 89).

Una de las causas del alto gasto de los medicamentos, se deriva de la influencia que ejercen las casas farmacéuticas hacia los profesionales médicos. En busca de implementar una relación transparente, entre estos dos partícipes, el Gobierno Nacional, en el Artículo 106 de la Ley 1438 de 2011, manifestó expresamente la prohibición de dar prebendas o dádivas a los trabajadores de la salud, ordenanza reiterada en la Ley Estatutaria de Salud como parte de la autonomía médica.

Las políticas, estrategias, programas y proyectos para implementar el Sistema General de Seguridad Social en Salud están a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), complementado por La Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, que es la entidad que dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del SGSSS y dentro de sus funciones principales,

está la de autorizar la constitución y habilitación de las EPS e IPS, así como de velar por la correcta interrelación de los otros agentes (Supersalud , 2010).

Finalmente, en cuanto a la sostenibilidad financiera la entenderemos, según la definición dada por el marco conceptual elaborado por el Ministerio de Salud, bajo los conceptos de la eficacia macroeconómica y microeconómica. La primera, hace referencia al nivel de gasto adecuado que se quiere tener en salud, como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB); la segunda, se entiende como la maximización de los recursos disponibles, minimizando los costos en pro de alcanzar la mejor atención en salud con una cobertura universal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 463).

## **5. METODOLOGÍA**

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron dos fuentes secundarias principales: una indirecta conformada por la recolección, lectura y revisión de documentos; y otra de consulta permanente a la página del Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a la metodología utilizada, esta consistió en la lectura y análisis crítico de la bibliografía recopilada que nos permitiera plasmar y caracterizar cómo se comportan los distintos agentes del sector, para de esta manera llegar al objetivo de conocer cuál es la influencia en la crisis de estos actores.

## 6. DESARROLLO DEL PROYECTO

A continuación se procede con la caracterización de los principales agentes involucrados dentro del Sistema General de Salud y Seguridad Social así:

### 6.1. LOS AGENTES DEL SECTOR DE LA SALUD

#### 6.1.1. Los aportantes

Como se indicó en el marco teórico, los aportantes, son todos los agentes que realizan pagos al sector de la salud, tales como los trabajadores que realizan las contribuciones parafiscales en el Régimen Contributivo; el Estado, a través del pago que efectúa a partir del presupuesto Nacional, transferencias hacia los departamentos y los municipios; los seguros privados y de medicina prepagada y las personas que realizan pagos de manera directa a los prestadores, prefiriendo no utilizar los mecanismos de aseguramiento, esta última modalidad se conoce como gasto de bolsillo. El cuadro 1 muestra la composición de los aportantes al SGSSS entre los años 2010-2013.

#### Cuadro 1 Fuentes de recursos del SGSSS 2010-2013

Cuadro 1				
Fuentes de recursos del SGSSS 2010-2013 en millones de pesos				
Fuente	2010	2011	2012	2013
Cotizaciones	14.307.930	15.359.455	16.593.468	17.455.344
Sistema General de Participaciones	5.826.003	5.874.896	6.097.472	6.405.830
Excedentes financieros FOSYGA	3.235.425	2.536.565	2.915.521	3.794.482
Rentas cedidas y recursos territoriales (Ley 1393 de 2010)	1.144.608	1.128.685	1.404.888	1.437.112
Subcuenta ECAT (SOAT) - FOSYGA	944.167	984.755	907.687	940.744
Compensación de regalías	571.687	618.437	1.533.807	1.736.303
Otros ingresos incluye rendimientos financieros	420.802	334.785	1.124.576	443.378
Regalías	387.148	438.290	221.442	234.062
Cajas de Compensación Familiar	256.945	483.027	361.616	539.879
Otros recursos territoriales . Régimen Subsidiado	172.050	102.737	83.957	85.882
Recursos de la Nación (Ley 1393 de 2010)		847.857	918.755	792.426
Subcuenta de Garantías para la Salud			131.785	130.000
<b>Total Fuentes SGSSS</b>	<b>27.266.765</b>	<b>28.709.489</b>	<b>32.294.974</b>	<b>33.995.442</b>

**Fuente:** Cuadro 2. Boletín Fuentes y usos de los Recursos del SGSSS. Boletín bimestral N° 1. Noviembre – diciembre 2013)

En el cuadro anterior se observa que los cotizantes representan más de la mitad de las entradas del sistema, con un promedio del 52,18% del ingreso, seguido del Sistema General de Participaciones con el 19.90% y los excedentes financieros del FOSYGA con un 10,22%. En consecuencia, el análisis se centrará en las cotizaciones y en cómo se podría aumentar el número de cotizantes en el sistema para aumentar el recaudo por este concepto.

En la actualidad casi la totalidad de la población afiliada al SGSSS pertenece a alguno de los regímenes: contributivo, subsidiado o especial. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2015 el número de personas afiliadas ascendía a 46.671.720. El cuadro 2 muestra la dinámica de aseguramiento en salud entre los años 2014 y 2015.

**Cuadro 2** Dinámica del aseguramiento en salud 2014-2015

<b>Cuadro 2</b>				
<b>Dinámica del aseguramiento en salud 2014-2015</b>				
<b>Población</b>	<b>2014</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>2015</b>	<b>Porcentaje</b>
DANE	47.661.787		48.203.405	
Afiliados RC	20.760.123	43,56	21.453.376	44,51
Afiliados RS	22.882.669	48,01	23.179.801	48,09
Afiliados RE	2.402.307	5,04	2.038.543	4,23
<b>Total</b>		<b>96,61</b>		<b>96,82</b>

**Fuente:** Elaboración propia (Informe al congreso 2014-2015 Ministerio de Salud y Protección Social, Página web Syspro Aseguramiento Ministerio de Salud y Protección Social y Ficha de indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social).

Como se observa en el cuadro 2, para el año 2015 el número de afiliados al Régimen Subsidiado (48,09%) supera los que registra el Régimen Contributivo (44,51%), esto implica que el sistema debe destinar mayores recursos para cubrir las necesidades del subsidiado. Este hecho contrasta con el buen comportamiento obtenido por el Contributivo en los primeros diez años de funcionamiento de la Ley 100, donde las tasas de cotización eran suficientes para financiar su propio funcionamiento y, además, ser solidario con el resto del sistema mediante

transferencias de ley al régimen subsidiado y a la Salud Pública (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012, pág. 3). Lo anterior tiene diferentes causas. Por un lado, el sistema de subsidio ha generado que muchas personas con empleo prefieran seguir en la informalidad y no coticen al sistema; y por otra parte, debido a la falta de depuración de las bases de datos del Sisben<sup>2</sup>, existen beneficiarios que normalmente no deberían acceder a los subsidios como lo son la población fallecida o las personas que tienen capacidad económica para cotizar. En este sentido, según Jaime Arias Ramírez<sup>3</sup>, en una entrevista para el periódico el tiempo (Salud / Vida, 2015) manifestaba que, al menos el 10 por ciento de todos los afiliados del régimen subsidiado tienen alguna capacidad económica para contribuir con el sistema, es decir 2.317.980 personas, que representan un ahorro a la salud de 2.2 billones de pesos en subsidios.

#### **6.1.2. Los aseguradores (EPS)**

Tienen como finalidad realizar el aseguramiento de la población y realizar los pagos a las Instituciones Prestadoras de Servicios por las atenciones ofrecidas a los pacientes. La componen las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), los denominados Regímenes de Excepción y las Compañías de seguros de Salud. Sin embargo, aunque sea el aseguramiento y el pago su función principal, estas deben ir más allá para no solo convertirse en simples *empresas pagadoras de servicios*, sino desarrollar otras importantes funciones al interior del sistema, como la de participar en la eficacia microeconómica en salud, es decir, que garanticen una oportuna atención a los usuarios, con estándares de calidad y a un costo razonable. Al ser ellas el agente que centraliza todo el relacionamiento con los demás agentes del sistema, las

---

<sup>2</sup> Según el Instituto de Estudios Urbanos, es el Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN), es una herramienta conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país. Su objeto, con la información obtenida es focalizar el gasto público para garantizar que el gasto social sea asignado a los grupos más desfavorables (Departamento Nacional de Planeación, 2017).

<sup>3</sup> Presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi),

EPS son las más vulnerables y sensibles ante cualquier falla en su operación, por lo que garantizar parámetros de desempeño eficientes, debe ser el garante de éxito de la concepción del sistema.

Con el objetivo de medir el desempeño de las EPS, El Ministerio de Salud y Protección Social (MSP) creó una herramienta denominada *Ranking de EPS*, la cual está orientada a mejorar la práctica de las EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 1), es decir, los resultados arrojados sirven como fuente generadora de acciones de mejora del servicio ofrecido por las EPS. Para generar el *Ranking* se definieron tres dimensiones a saber: la calificación entregada por los usuarios sobre los servicios que reciben; el respeto de los derechos, usando los criterios ordenados por la Corte Constitucional en la sentencia T- 760; y el proceso en conjunto con los resultados de la atención en salud. Es importante decir que es difícil combinar el resultado final de las tres variables, por lo que se recomienda, en caso de existir dudas sobre la metodología aplicada, remitirse al documento *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016* publicado por el Ministerio de Salud. Los cuadros 3 y 4 muestran el resultado final del *Ranking* de las mejores EPS del año 2016 contributivas y subsidiadas respectivamente.

**Cuadro 3** Ranking de satisfacción EPS Régimen Contributivo 2016

Cuadro 3				
Ranking de satisfacción EPS Régimen Contributivo 2016				
EPS	Oportunidad	Satisfacción	Acceso	R. Total
EPS SURAMERICANA S.A.	1	1	1	1
SANITAS S.A. E.P.S.	2	2	2	2
ALIANSA SALUD EPS S.A.	9	3	3	3
COMPENSAR E.P.S.	7	4	5	4
COOMEVA E.P.S. S.A.	3	5	6	5
NUEVA EPS	5	6	8	6
EPS FAMISANAR LTDA	11	8	7	7
SALUD TOTAL S.A. EPS	8	9	10	8
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS I	12	7	4	9
COMFENALCO VALLE E.P.S.	6	11	9	10
CRUZ BLANCA EPS S.A.	10	10	11	11
SALUDCOOP EPS	4	12	12	12

**Fuente:** Tabla 5. "Ranking Régimen Contributivo". Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016

Como se pudo observar, las dos primeras EPS mejor calificadas corresponden a entidades pertenecientes a reconocidos grupos empresariales tanto nacional como internacional. La categorizada en el primer lugar, EPS Sura, pertenece al Grupo Empresarial Antioqueño y la segunda, Sanitas S.A EPS, es una empresa de la Organización Sanitas Internacional creada en 1995. Por el contrario, las dos últimas: Cruz Blanca EPS y SaludCoop arrastran la intervención y liquidación de la última que ha puesto en serios problemas a todo el sistema.

En cuanto a las EPS del régimen subsidiado, la máxima calificación la obtuvo Coosalud EPS, es una de las aseguradoras más grandes del país y cuenta con cerca de 2.000.000 de afiliados, y tiene certificado Icontec desde el año 2008. En contraste, se encuentra en el último lugar la EPS Caprecom, la aseguradora del régimen subsidiado más grande del país, perteneciente al estado la cual entró en liquidación.

Es importante tener cuidado al hacer la lectura de la definición de *Ranking de desempeño*, ya que al aplicarse sólo para un sector en particular del sistema, como son las EPS, no se muestra en forma estricta consecuente con la definición de donde se toma su expresión, la cual es utilizada como concepto de la OCDE (Kelley & Hurst, 2006, pág. 13), y aplica para la totalidad del sistema de salud. Adicionalmente, es importante resaltar que los indicadores utilizados en el *ranking* 2015 corresponden únicamente al cumplimiento de deberes normativos, pero resulta imperioso hacer modificaciones para los futuros *ranking*, que incluyan los temas de eficiencia administrativa y de flujo de recursos, por mencionar algunos.

#### Cuadro 4 Ranking Régimen Contributivo

Cuadro 4				
Ranking de satisfacción EPS Régimen Subsidiado 2016				
EPS	Oportunidad	Satisfacción	Acceso	R. Total
COOSALUDO EPS	1	4	3	1
ASOCIACION MUTUAL :	4	1	4	2
COMFACOR	3	3	7	3
AMBUQ ARS	8	5	1	4
COMFASUCRE	9	9	2	5
CCF CAJACOPI ATLANT	12	7	5	6
ASMET SALUD	6	8	15	7
ECOOPSOS ESS	7	6	18	8
SAVIA SALUD EPS	5	11	13	9
COMFABOY	25	2	6	10
CCF DE LA GUAJIRA	2	19	11	11
SALUDVIDA E.P.S S.A	15	10	12	12
COMFAMILIAR HUILA	16	13	8	13
CCF DE NARIÑO	19	12	9	14
EMDISALUD E.S.S	11	18	16	15
CAPITAL SALUD EPS	14	16	14	16
CAPRESOCA E.P.S	10	20	17	17
COMPARTA	17	15	19	18
COMFACUNDI	24	14	22	19
AR.S CONVIDA	23	17	24	20
COMFAMILIAR CARTAG	18	23	20	21
CAFESALUD EPS	21	21	23	22
COMFAMILIAR CHOCO	22	24	10	23
EMSSANAR ESS	20	22	21	24
CAPRECOM	13	25	25	25

**Fuente:** Tabla 6. "Ranking Régimen Contributivo". Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016

Por otra parte, La Superintendencia Nacional de Salud, publica los resultados de las EPS que para el año 2015 cumplieron con los indicadores de Patrimonio Adecuado (P.A) y Régimen de Inversiones (R.I) según lo establece el Decreto 2702 de 2014 que instaura, entre otras disposiciones, las condiciones de cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para la verificación del indicador de Patrimonio Adecuado se tuvo en cuenta los siguientes

aspectos: las EPS que realizaron capitalizaciones, lo que permitió en la mayoría de casos en el cumplimiento del cubrimiento en un 10% del defecto del indicador de solvencia; las EPS frente a las cuales la Superintendencia Nacional de Salud, no da por cumplido el indicador hasta tanto se verifique la consistencia de la información; y por último las EPS que no capitalizaron y por el contrario aumentaron su nivel de deterioro (Superintendencia Nacional de Salud, 2015, pág. 3). Los cuadros 5 y 6 muestran las EPS del régimen contributivo y subsidiado que cumplieron con el margen de solvencia del año 2015.

**Cuadro 5** EPS del régimen Contributivo y Subsidiado que cumplieron con el margen de solvencia del año 2015

<b>Cuadro 5</b>			
<b>EPS del Contributivo que cumplieron PA (Solvencia)</b>			
<b>ENTIDAD</b>	<b>PATRIMONIO ADECUADO</b>	<b>REGIMEN DE INVERSIONES</b>	<b>RESULTADO FINAL</b>
NUEVA EPS	SI	SI	SI
SANITAS	SI	SI	SI
FAMISANAR	SI	SI	SI
SURA	SI	SI	SI
SALUD TOTAL	SI	SI	SI
COMPENSAR	SI	SI	SI
COMF. VALLE	SI	SI	SI
EPM	SI	SI	SI
CAFESALUD	SI	SI	SI

**Fuente:** Tabla 9. Entidades Promotoras de Salud que cumplieron. Informe seguimiento indicadores de permanencia.

Al mirar la conformación de los cuadros 5 y 7, se puede observar que la mayoría de las EPS del régimen contributivo, así como las cajas de compensación, cumplen con el margen de solvencia, a excepción de una que concentra un importante número de usuarios como lo es Coomeva, lo que hace pensar que la situación financiera del contributivo es manejable.

**Cuadro 6** EPS del Subsidiado que cumplieron PA

<b>Cuadro 6</b>			
<b>EPS del Subsidiado que cumplieron PA (Solvencia)</b>			
<b>CUMPLIMIENTO RS</b>			
<b>ENTIDAD</b>	<b>PATRIMONIO ADECUADO</b>	<b>REGIMEN DE INVERSIONES</b>	<b>RESULTADO FINA</b>
CONVIDA	SI	SI	SI
COMFACUNDI	SI	SI	SI
COMFAORIENTE	SI	SI	SI
COOSALUD	SI	SI	SI
CCF NARIÑO	SI	SI	SI
CCF GUAJIRA	SI	SI	SI
COMFABOY	SI	SI	SI
MUTUAL SER	SI	SI	-
SALUD VIDA	SI	SI	-

**Fuente:** Tabla 11. Entidades Promotoras de Salud que cumplieron. Informe seguimiento indicadores de permanencia.

Por el contrario, al mirar la conformación de los cuadros 6 y 8, se observa que la proporción de EPS del subsidiado que no cumplen con un Patrimonio Adecuado es bastante importante, lo que hace pensar que la sostenibilidad financiera de estas EPS es bastante delicada.

**Cuadro 7** EPS del Contributivo que no cumplieron PA

<b>Cuadro 7</b>			
<b>EPS del Contributivo que no cumplieron PA (Solvencia)</b>			
<b>ENTIDAD</b>	<b>PATRIMONIO ADECUADAD</b>	<b>REGIMEN DE INVERSIONES</b>	<b>RESULTADO FINAL</b>
SOS	NO	SI	NO
COOMEVA	NO	NO	NO
CRUZ BLANCA	NO	NO	NO

**Fuente:** Tabla 10. Entidades Promotoras de Salud que no cumplieron. Informe seguimiento indicadores de permanencia.

**Cuadro 8** EPS del Subsidiado que no cumplieron PA

<b>Cuadro 8</b>			
<b>EPS del Subsidiado que no cumplieron PA (Solvencia)</b>			
<b>INCUMPLIMIENTO RS</b>			
<b>ENTIDAD</b>	<b>PATRIMONIO ADECUADO</b>	<b>REGIMEN DE INVERSIONES</b>	<b>RESULTADO FINA</b>
CCF SUCRE	SI	NO	NO
EMSSANAR	SI	NO	NO
AMBUQ	SI	NO	NO
ASMET	SI	NO	NO
CAPRESOCA	NO	SI	NO
EMDISALUD	NO	NO	NO
ECOOPSOS	NO	NO	NO
COMFACOR	NO	NO	NO
CCF CARTAGENA	NO	NO	NO
SAVIA SALUD	NO	NO	NO
CAJA COPI	NO	NO	NO
CAPITAL SALUD	NO	NO	NO
COMPARTA	NO	SI	NO
COMFACHOCÓ	SI	NO	NO
CCF HUILA	SI	NO	NO

**Fuente:** Tabla 12. Entidades Promotoras de Salud que cumplieron. Informe seguimiento indicadores de permanencia.

### **6.1.3. Los prestadores (IPS)**

Se definen como los agentes que se encargan de la atención y prestación de los servicios a los pacientes. Constituyen la oferta de servicios en el mercado de salud y como tal guardan una estrecha relación con los demandantes, es decir, con los pacientes y con quienes se encargan de hacerles el pago, como lo son las EPS. Es precisamente en esta relación, en que radica otro aspecto importante para la sostenibilidad del sistema de salud. Tener una IPS que realice una adecuada prestación de los servicios sin pensar en la inducción innecesaria de los mismos, y que, por el contrario, busque garantizar la calidad para los pacientes y el equilibrio económico para el sistema, en consonancia, ayudar a la eficiencia microeconómica. Por el contrario, tener prestadores que se enfoquen únicamente en la maximización de sus ingresos, como por ejemplo la tendencia de algunas

entidades en realizar exámenes, procedimientos y tratamientos más allá de los necesarios con el fin de facturarlos, y de esta manera aumentar sus ingresos operativos; esta práctica inapropiada crea un desequilibrio y un déficit económico en el sistema.

Lo anterior puede desatar un aumento de costos como también, pérdida de credibilidad y una relación de desconfianza con las EPS, las cuales normalmente intentan contener el gasto de las IPS, al final de esta dinámica sale perjudicado quien está en medio de los dos actores, el paciente. Paradójicamente, estos intereses opuestos cambian de agente según el sistema de contratación que tenga el asegurador y el prestador: Los costos recaerán sobre la IPS en el caso en que la modalidad de pago haya sido definida mediante la figura de contrato por capitación, y recaerá sobre el asegurador en el caso en que la modalidad contractual prevea el reembolso de los gastos por parte de la EPS al prestador en la modalidad de evento.

Conocer cuales IPS prestan servicios de calidad a un costo razonable, sería de vital importancia para el sistema, desafortunadamente en la actualidad no se cuenta con instrumentos que permitan identificarlas. Una de las pocas herramientas que existen es la clasificación de las mejores IPS en cuanto a calidad, las cuales se pueden apreciar en el cuadro 9.

## Cuadro 9 Mejores IPS de Colombia en 2016

Cuadro 9					
Las Mejores IPS de Colombia en el 2016					
Puesto	Institución	Acreditada		Departamento	Puntuación
		si	no		
1	Fundación Valle del Lili	x		Valle del Cauca	10.000
2	Fundación Santa Fe de Bogotá	x		Cundinamarca	9.798
3	Hospital Pablo Tobon Uribe	x		Antioquia	8.622
4	Fundación Cardio Infantil	x		Cundinamarca	7.854
5	Centro Medico Imbanaco	x		Valle del Cauca	7.810
6	Hospital Universitario de San Vicente Fundación	x		Antioquia	7.800
7	Fundación Clínica Shaio	x		Cundinamarca	7.448
8	Fundación Cardiovascular de Colombia	x		Santander	6.943
9	Clinica del Country	x		Cundinamarca	6.701
10	Clinica de Marly		x	Cundinamarca	6.458
11	Instituto Nacional de Cancerologia		x	Cundinamarca	6.188
12	Clinica Colsanitas		x	Cundinamarca	5.882
13	Hospital Militar Central		x	Cundinamarca	5.581
14	Clinica Medellin		x	Antioquia	5.536
15	Clinica Foscal	x		Santander	5.534
16	Hospital General Medellín	x		Antioquia	5.411
17	Hospital Universitario San Ignacio	x		Cundinamarca	5.373
18	Fundacion hospital de la Misericordia		x	Cundinamarca	5.028
19	Clinica Porto Azul		x	Atlantico	5.027
20	Clinica Las Americas		x	Antioquia	4.987
21	Hospital San José	x		Cundinamarca	4.971
22	Clinica La Asunción		x	Atlantico	4.173
23	Clinica del Occidente	x		Cundinamarca	3.997
24	Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia"		x	Valle del Cauca	3.336
25	Clinica Coven		x	Huila	3.000

**Fuentes:** Revista Dinero. Informe especial. Las mejores IPS de Colombia en 2016. 11 de octubre de 2016 y Ministerio de Salud. Calidad en Salud. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS Acreditadas

En el cuadro anterior, producto del informe especial de las mejores IPS de Colombia en el año 2016 (Revista Dinero, 2016) y del observatorio de la calidad en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), se pudo observar que las primeras diez IPS se encuentran ubicadas en los departamentos de mayor desarrollo del país, como son: Cundinamarca con cinco instituciones de las cuales cuatro están acreditadas; Valle del Cauca con dos, incluyendo la mejor IPS que es la Fundación Valle del Lili; Antioquia con dos y Santander con una. Es llamativo el hecho de que, dentro de éstas, ninguna pertenezca al sector público y que siete sean fundaciones. Este último aspecto puede resultar de vital importancia si se

analiza la situación financiera de las mismas, ya que de acuerdo al cuadro 9, hay una marcada diferencia con respecto a otras IPS que para su funcionamiento no cuentan con ingresos extras para su operación, tampoco gozan de exenciones tributarias que pueden representar una ventaja ante la difícil situación de pagos e iliquidez que se padece por parte de las EPS.

#### **6.1.4. Proveedores de medicamentos**

Este es uno de los agentes con mayor relacionamiento entre los partícipes del sistema de salud. Por una parte, se relacionan con las EPS a quienes proveen medicamentos de tipo ambulatorio y que entregan directamente a sus afiliados; también con las IPS a quienes suministran medicinas para atender los tratamientos de los pacientes tanto ambulatorios como hospitalarios; y finalmente, a los consumidores del común que acceden a ellos a través del gasto de bolsillo. Consecuentemente, resulta innegable que el interés mayor de los proveedores de medicamentos es el aumento de sus ventas a través de una mayor utilización de sus productos, efecto resultante, principalmente, de las decisiones y de la influencia ejercida sobre los médicos para formular los tratamientos de los pacientes.

Para lograr el objetivo de incrementar sus ventas, la industria farmacéutica ha utilizado dos estrategias, la primera dirigida al gremio médico, lo que desafortunadamente ha conllevado a prácticas indebidas que a veces pueden incidir sobre la prescripción médica. La segunda se ha hecho mediante la implementación de prácticas de mercado libre para sus productos, se debe tener presente que el sector de la salud no se comporta como un macro o micro-mercado.

Para conocer el peso que tienen los medicamentos en el sistema de salud en Colombia, se hace necesario diferenciar el gasto en medicamentos POS y los no POS. El informe de sostenibilidad financiera encontró que “El gasto en

medicamentos cubiertos por el POS del régimen contributivo representa entre el 10% y el 12% del total” (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012, pág. 88). Por el contrario, el costo de los medicamentos no POS siempre ha tenido un componente financiero bastante importante y alcanzó su pico después del año 2009 a raíz de la sentencia T- 760 y comenzó a caer en el año 2012, cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos los empezó a regular (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 27). El cuadro 10 muestra el gasto farmacéutico de Colombia respecto a otros países.

**Cuadro 10** Comparativo del gasto farmacéutico en Colombia y 16 países.

<b>Cuadro 10</b>		
<b>Comparación del Gasto Farmacéutico de Colombia y 16 países (miles de pesos)</b>		
<b>No.</b>	<b>País</b>	<b>Gasto Farmacéutico (miles de COP)</b>
1	Uruguay	\$ 52.915.714
2	Alemania	\$ 138.453.045
3	Ecuador	\$ 271.862.907
4	México	\$ 368.669.521
5	Francia	\$ 652.573.847
6	Colombia (Actual)	\$ 1.149.024.012
7	Portugal	\$ 1.282.410.630
8	Colombia (Antes Regulación)	\$ 1.606.264.262
9	Australia	\$ 2.137.088.869
10	España	\$ 2.220.193.481
11	Chile	\$ 2.248.199.026
12	Noruega	\$ 2.248.613.987
13	Reino Unido	\$ 2.347.902.464
14	Perú	\$ 2.637.043.864
15	Brasil	\$ 2.683.825.204
16	Canadá	\$ 3.003.498.312
17	Estados Unidos	\$ 4.240.582.482

**Fuente:** Dirección de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías, Ministerio de Salud y protección Social. 2015. <http://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>

Si en el cuadro 10 comparamos la diferencia del gasto antes y después de la regulación, se puede apreciar un ahorro de \$457.240.250, es decir casi medio

billón de pesos, lo que multiplicado por cuatro años de libertad de precios, significó un costo final de 2 billones de pesos al sistema.

## 6.2. LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Según cifras del Banco Mundial para el año 2014, Colombia destinó el 7,2% del Producto Interno Bruto (PIB) para el gasto en salud (ver cuadro 11). Si se compara este valor con los demás países vecinos de la región, se observa que la cifra está por debajo de casi todos ellos, siendo superado por Brasil (8,3% del PIB), Chile (7,8% del PIB), Ecuador (9,2% del PIB) y Panamá (8,0% del PIB); siendo el gasto de Colombia solo mayor al de Argentina (4,8% del PIB), Venezuela (5,3% del PIB), Perú (5,5% del PIB), y Bolivia (6,3% del PIB).

**Cuadro 11** Indicadores del desarrollo mundial (Gasto en salud)

Cuadro 11		
Indicadores del desarrollo mundial		
Gasto en salud, total (% del PIB)		
No.	País	% PIB 2014
1	Argentina	4,8
2	Bolivia	6,3
3	Brasil	8,3
4	Canadá	10,4
5	Suiza	11,7
6	Chile	7,8
<b>7</b>	<b>Colombia</b>	<b>7,2</b>
8	Costa Rica	9,3
9	Cuba	11,1
10	Alemania	11,3
11	Dinamarca	10,8
12	Ecuador	9,2
13	España	9,0
14	Francia	11,5
15	Reino Unido	9,1
16	Italia	9,2
17	México	6,3
18	Noruega	9,7
19	Panamá	8,0
20	Perú	5,5
21	Uruguay	8,6
22	Estados Unidos	17,1
23	Venezuela	5,3

**Fuente:** Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial. Gasto en salud como porcentaje del PIB. Última actualización 01/02/2017

Si se distribuye este gasto del PIB como gasto *per cápita*, según el cuadro 12, Argentina y Venezuela también pasarían a tener un mayor gasto en salud que Colombia. Chile tiene el mayor gasto *per cápita* de la región con 1.137 dólares, casi el doble que el de Colombia que asciende a 569 dólares y solo lo supera el gasto de Bolivia y Perú que asciende a 209 dólares y 359 dólares respectivamente.

**Cuadro 12** Indicadores del desarrollo mundial (Gasto en salud per cápita)

<b>Cuadro 12</b>		
<b>Indicadores del desarrollo mundial</b>		
<b>Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)</b>		
<b>No.</b>	<b>País</b>	<b>2014 - (US\$ a precios actuales)</b>
1	Argentina	605
2	Bolivia	209
3	Brasil	947
4	Canadá	5.292
5	Suiza	9.674
6	Chile	1.137
<b>7</b>	<b>Colombia</b>	<b>569</b>
8	Costa Rica	970
9	Cuba	817
10	Alemania	5.411
11	Ecuador	579
12	España	2.658
13	Francia	4.959
14	México	677
15	Panamá	959
16	Perú	359
17	Uruguay	1.442
18	Estados Unidos	9.403
19	Venezuela	873

**Fuente:** Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial. Gasto en salud per cápita. Última actualización 01/02/2017

Al mirar en conjunto las cifras de gasto en salud como porcentaje del PIB y su distribución *per cápita*, se puede decir, que lamentablemente la inversión en Colombia es muy baja; no solo para cubrir una población asegurada del 97,59%

sino además con un completo Plan de Beneficios. Si a esto se le suma la mala gestión de los recursos por parte de los agentes como se describió anteriormente, aunado la corrupción y políticas no claras de gestión del riesgo, es muy difícil que se garantice la sostenibilidad financiera del sistema a largo plazo.

Finalmente, sería bueno entender de una vez por todas que resulta complejo atender con este nivel de gasto las necesidades de salud de los colombianos con tecnologías, medicamentos y procedimientos de la mejor calidad, como lo hacen los países desarrollados, en los que la inversión *per cápita* en salud respecto a Colombia, es por ejemplo 16 veces mayor en Estados Unidos (9403 dólares) y en España casi 5 veces superior (2658 dólares). Por el contrario, el Gobierno Central y los agentes deberían dedicar sus esfuerzos en cuidar mejor los recursos y ser más eficientes a la hora de administrarlos.

## 7. CONCLUSIONES

Al caracterizar cada uno de los agentes involucrados dentro del Sistema General de Salud, se pudo determinar el enorme impacto que estos tienen en la sostenibilidad financiera del sector. Por una parte es claro que se hace necesario empezar a explorar, cómo el sector informal debe empezar a cotizar al sistema y hacer una depuración de los beneficiarios de subsidios. Por otro lado, se obtuvo, a través del análisis de algunos indicadores, una percepción del cumplimiento eficiente de funciones por parte de las EPS y de las IPS; también se visualiza que es importante que estas entidades empiecen a involucrar otras variables que permitan determinar su eficiencia microeconómica en el modelo de salud.

En lo que respecta al impacto de los medicamentos, aunque el gobierno implementó una política regulatoria para disminuir su costo, ésta debe estar actualizándose de forma permanente debido al constante ingreso de nuevas tecnologías, que normalmente tratan de suplir para las casas farmacéuticas la disminución de su ingreso a causa de la regulación.

En general, se aprecia que la causa del mal funcionamiento del modelo de salud y por consiguiente de la crisis financiera no es exclusiva del Gobierno Central y la Ley 100, sino que en mayor o menor grado también compete a todos los agentes que intervienen en el sistema. Lograr que los agentes se modernicen administrativamente y se eliminen prácticas de corrupción, contribuirá de alguna manera a sacar adelante el modelo.

Por último, vale la pena decir que le queda al Gobierno Nacional, a través de los ministerios de Hacienda, y de Salud y Protección Social empezar a destinar un porcentaje mayor del PIB, para garantizar que la cobertura universal tenga equidad, accesibilidad y servicios con estándares de calidad, y dejar de estar relegados frente a los países de Latinoamérica, por no ampliar la comparación con los desarrollados, en gasto per cápita de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

Delgado, L. C., Coronado, G. O., & Cuadros, J. G. (2014). Ragos distintivos de los sistemas de salud. *Hospitalaria*. ISSN 0123-8760. Año 15 No. 95. Mayo - Junio de 2014, 4-25.

Departamento Nacional de Planeación. ((s.d.) de Febrero de 2017). *Información: El Sisbén*. Obtenido de Sitio web Departamento Nacional de Planeación: <https://www.sisben.gov.co/Informaci%C3%B3n/EISisb%C3%A9n.aspx#.WJuq0VXhDIU>

Kelley, E., & Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project conceptual framework paper (trad., Proyecto de indicadores del cuidado de la salud, documento de marco conceptual). En *What dimensions of quality of health care should be measured?* (pág. 13). OECD Health working papers.

Ley N° 100. (23 de Diciembre de 1993). *Normas: Alcaldía de Bogotá*. Recuperado el 29 de Diciembre de 2016, de Sitio web de Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Melo, L., & Ramos, J. E. (2010). Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. Num 624, 2010. En 2. *Principales características de los regímenes contributivo y subsidiado* (pág. 8). Bogotá: Banco de la República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. ((s.d.) de (s.m.) de 2004). *Documentos y Publicaciones: Ministerio de Salud*. Obtenido de Sitio web del Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ABC%20R%C3%89GIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (19 de Noviembre de 2013). *Documentos: Marco conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2016, de Sitio web de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. ((s.d.) de (s.m.) de 2014). *Temas destacados: Ministerio de Salud*. Obtenido de Sitio web de Ministerio de Salud: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Temasdestacados/IPSACreditadas.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. ((s.d.) de (s.m.) de 2016). *Ordenamiento*

(*Ranking*) de EPS: *Tres dimensiones del desempeño*. Obtenido de Sitio web de Ministerio de Salud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Documento-Ordenamientos-de-las-EPS.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Plan de análisis abril-mayo 2015 - Inequidades en medicamentos y gasto en salud en Colombia*. Bogotá: Sistema de Registros, Observatorio y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. ((s.m.) de (s.d) de 2015). *Protección Social: Ministerio de Salud*. Recuperado el 29 de Diciembre de 2016, de Sitio web de Ministerio de Salud:  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/regimen-subsubsidado.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. ((s.d.) de (s.m.) de 2015). *Salud: Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2016, de Sitio web de Ministerio de Salud y Protección Social:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx>

Molina, C. G., & del Arco, N. J. (2003). Servicios de salud en América Latina y Asia, IDB. En J. L. Londoño, *Capítulo V. Financiamiento de la Salud* (pág. 153). Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, M., & Ramírez, J. ((s.d.) de Julio de 2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá: La Imprenta Editores S.A.

Revista Dinero. (2016). Las mejores IPS de Colombia en 2016. *Revista Dinero*.

Salud / Vida. (7 de Noviembre de 2015). Estilo de vida: El tiempo. *Periódico El Tiempo*.

Sistema Integral de Información de la Protección Social. (31 de Noviembre de 2016). *Inicio: Sistema Integral de Información de la Protección Social*. Obtenido de Sitio web de Sistema Integral de Información de la Protección Social:  
<http://www.sispro.gov.co/>

Superintendencia Nacional de Salud. (2015). *Informe de Indicadores de Seguimiento. Decreto 2702 de 2014*. Bogotá : Superintendencia Nacional de Salud.

Supersalud . (01 de Enero de 2010). *Historia: Supersalud*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2016, de Sitio web de Supersalud: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/nuestra-entidad/historia>