



**ENTREGABLE 5. ANÁLISIS DE LAS  
IMPLICACIONES DE LA UNIFICACIÓN DE  
LOS REGÍMENES A NIVEL OPERATIVO,  
INCLUYENDO ASPECTOS DE  
INSTITUCIONALIDAD NACIONAL Y  
TERRITORIAL, EFECTOS EN LAS FINANZAS  
PÚBLICAS, Y DEMÁS ASPECTOS PARA SU  
BUEN FUNCIONAMIENTO, INCLUYENDO UNA  
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ACCESO  
EFECTIVO Y CALIDAD ENTRE LOS DOS  
REGÍMENES**

Documento Técnico ISP/DT No. 001B - 17

Bogotá D.C., marzo de 2017



## Proyecto

“Determinar las implicaciones operativas, financieras y normativas de una eventual unificación de los regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

## Coordinador del Proyecto

Rolando Enrique Peñaloza Quintero

## Autores

Stephanie Puerto <sup>(1)</sup>  
Jeannette Liliana Amaya <sup>(2)</sup>  
Simón Matius Chaves <sup>(3)</sup>  
Diana Carolina Puerto <sup>(4)</sup>

---

1 Profesora Instructora, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor IV, ISP  
2 Profesora Asistente, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor IV, ISP  
3 Consultor Proyecto, Pontificia Universidad Javeriana. ISP  
4 Consultora Proyecto, Pontificia Universidad Javeriana. ISP

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b><u>1</u></b>	<b><u>COMPARATIVO DE LOS NIVELES DE ACCESO EFECTIVO Y CALIDAD, ENTRE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO</u></b>	<b>6</b>
1.1	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
1.2	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>10</b>
1.2.1	MODELO DE ANDERSEN	10
1.2.2	ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS DE SALUD	11
1.2.3	DETERMINANTES DEL USO DE SERVICIOS	13
1.3	<b>DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN SEGÚN FACTORES DETERMINANTES DEL USO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>14</b>
1.4	<b>ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>17</b>
1.4.1	SERVICIOS MÉDICOS NO HOSPITALARIOS	17
1.4.2	SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS	22
1.4.3	SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS	24
1.5	<b>DETERMINANTES DEL USO DE SERVICIOS</b>	<b>28</b>
1.5.1	SERVICIOS MÉDICOS NO HOSPITALARIOS	30
1.5.2	SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS	35
1.5.3	SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS	39
1.6	<b>ANÁLISIS DE CALIDAD</b>	<b>43</b>
1.6.1	ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS	43
1.6.2	ENCUESTA DE DESEMPEÑO DE LAS EPS	46
1.6.3	INDICADORES DE CALIDAD	51
1.7	<b>IMPLICACIONES DE UNA POTENCIAL UNIFICACIÓN DE REGÍMENES</b>	<b>55</b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>ANÁLISIS DE LOS EFECTOS EN LAS FINANZAS DE LA UNIFICACIÓN DE LOS REGÍMENES EN LAS FINANZAS PÚBLICAS</u></b>	<b>57</b>
2.1	<b>AFILIACIÓN</b>	<b>57</b>
2.2	<b>CONTRATACIÓN</b>	<b>59</b>
2.3	<b>LICENCIAS DE MATERNIDAD</b>	<b>64</b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>DESCRIPCIÓN GENERAL DE RELACIONES EN EL SGSSS, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</u></b>	<b>67</b>
3.1	<b>MAPA DE ACTORES Y RELACIONES DEL SGSSS</b>	<b>67</b>
3.1.1	RELACIÓN ENTRE AFILIADOS Y FONDO	68
3.1.2	RELACIÓN ENTRE AFILIADOS Y PRESTADORES	69



3.1.3	RELACIÓN ENTRE FONDO Y ASEGURADORES	69
3.1.4	RELACIÓN ENTRE AFILIADOS Y ASEGURADORES	70
3.1.5	RELACIÓN ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES	72
3.1.6	RELACIÓN ENTRE FONDO Y PRESTADORES	74
<b>3.2</b>	<b>ANÁLISIS DE AFECTACIÓN DE PROCESOS AL IMPLEMENTAR EL MODELO OPERATIVO UNIFICADO</b>	<b>74</b>
3.2.1	AFILIACIÓN	74
3.2.2	FINANCIAMIENTO	76
3.2.3	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	79
3.2.4	PRESTACIONES ECONÓMICAS	80
3.2.5	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	81
<b>4</b>	<b><u>BIBLIOGRAFIA</u></b>	<b>82</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población según factores determinantes .....	16
Tabla 2. Enfermedad y uso de servicios de salud según tipo de servicio .....	17
Tabla 3. Fuente de ayuda frente a problemas de salud en los últimos 30 días .....	18
Tabla 4. Distribución de la población que se enfermó en el último mes, según uso de servicios (en IPS), por régimen de afiliación y variables de interés .....	20
Tabla 5. Principal razón de no acudir a una IPS o médico particular .....	21
Tabla 6. Distribución poblacional según el uso de servicios hospitalarios, por régimen de afiliación y variables de interés .....	23
Tabla 7. Distribución poblacional según el uso de servicios preventivos, por régimen de afiliación y variables de interés .....	26
Tabla 8. Principal razón de no acudir a cita médica preventiva .....	27
Tabla 9. Determinantes del uso de servicios de salud que no implicaron hospitalización, en el pool y los regímenes subsidiado y contributivo .....	33
Tabla 10. Determinantes del uso de servicios hospitalarios, en el pool y los regímenes subsidiado y contributivo .....	37
Tabla 11. Determinantes del uso de servicios medico preventivos, en el pool y los regímenes subsidiado y contributivo .....	41
Tabla 12. Desempeño de las EPS en el Régimen Subsidiado .....	48
Tabla 13. Desempeño de las EPS en el Régimen Contributivo .....	50
Tabla 14. Porcentaje de EAPB que reportan completo el Archivo 032 .....	51
Tabla 15. Indicadores de calidad vs meta en el régimen subsidiado .....	53
Tabla 16. Indicadores de calidad vs meta en el régimen contributivo .....	54
Tabla 17. Afiliado vs. Liquidación y pago de aportes .....	75

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Utilización de servicios de salud en los seis meses previos a la aplicación de la encuesta, 2014 .....	44
Gráfica 2. Valoración de la calidad de los servicios de salud por parte de los usuarios, 2014 .....	45
Gráfica 3. Parafiscalidad modificada .....	59
Gráfica 4. Ingresos Ventas Netas de las IPS Públicas por nivel (miles de pesos COP) .....	60
Gráfica 5. Distribución de IPS Públicas por nivel de atención .....	61
Gráfica 6. Distribución de IPS Públicas y Privadas por nivel de atención, 2015 .....	61
Gráfica 7. Contratación entre EPS del Régimen Contributivo e IPS, por naturaleza y tipo de atención .....	62
Gráfica 8: Impacto financiero sobre los ingresos por ventas en el escenario 1 de contratación (miles de pesos COP) .....	63
Gráfica 9. Impacto financiero licencias de maternidad .....	66

# **1 COMPARATIVO DE LOS NIVELES DE ACCESO EFECTIVO Y CALIDAD, ENTRE LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO**

## **1.1 Marco teórico**

En el año 2009 se dio inicio a la unificación del Plan Obligatorio de Beneficios en Salud (POS) buscando garantizar equidad en el derecho a los servicios de salud entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo. Como parte de la propuesta de unificación de los regímenes, se considera de interés evidenciar el uso de servicios de salud en la población afiliada a los dos regímenes, determinar el nivel de acceso efectivo al sistema, y analizar la calidad de los servicios desde el punto de vista de los usuarios de los mismos.

El uso de servicios de salud, además de estar ligado a la necesidad propia de la enfermedad, está relacionado con otros factores como la condición socioeconómica de la población, sus características personales, su entorno social y su situación de salud. En particular, las variables demográficas son de gran importancia para una distribución equitativa de los servicios médicos en aspectos como edad, género, estado civil, necesidades físicas, entre otras (Andersen, Yu, Wyn, Davidson, Brown y Teleki, 2002). Igualmente, las condiciones laborales y de ingreso tienen una fuerte influencia sobre la posibilidad de acceder o no acceder a los servicios de salud.

El modelo conductual de Andersen ha sido ampliamente utilizado como marco de referencia para realizar investigaciones acerca de los factores que influyen en el uso de servicios de salud (Babitsch, Gold y von Lengerke, 2012). Este modelo propone la división de las variables que explican el acceso a los servicios de salud en tres grandes componentes o factores: de predisposición, mediadores y de necesidad.

El primer grupo de factores hace referencia a las características inherentes del individuo y que, por lo tanto, estaban presentes aún antes de la aparición de la patología evidenciada. Estos factores incluyen variables sociodemográficas como la edad, el género, el estado civil, el nivel de educación y la etnia, y variables de ubicación geográfica tales como el nivel de ruralidad y departamento de residencia. En este componente es posible también incluir variables que den cuenta del nivel de confianza que tiene la población en los servicios de salud, que puede ser decisiva para el acceso a los servicios de salud.

El componente mediador se refiere a los “medios” por los que el individuo puede utilizar los servicios de salud y, por tanto, se relaciona con variables socioeconómicas (situación laboral, nivel de ingresos, estrato socioeconómico), y el tipo de aseguramiento en salud. Por último, el factor de necesidad hace referencia al estado

de salud que presenta el individuo y es considerado como la causa más inmediata para la utilización de los servicios de salud. Incluye variables asociadas con el padecimiento de enfermedades crónicas, auto-reporte del estado de salud y el encontrarse en condición de discapacidad (Aday y Andersen, 1974).

Un modelo utilizado ampliamente en estudios de seguimiento para la estimación de los determinantes del uso y gasto en servicios de salud, es el modelo de cuatro partes, desarrollado por Duan y Chau (1987), Manning, Duan y Rogers (1987a), Manning, Newhouse, Duan y Keeler (1987b) y Duan, Manning, Morris y Newhouse (1983, 1984) y utilizado como parte del Experimento Rand de Aseguramiento en Salud (Newhouse, 1974, 1996)<sup>5</sup>. La aplicación de este modelo requiere el seguimiento de la población durante un intervalo de tiempo que permita identificar las frecuencias de uso y los gastos asociados para los dos regímenes bajo estudio; sin embargo, lastimosamente en el país no hay disponibilidad de esta información, especialmente para la población del régimen subsidiado.

En un estudio de seguimiento de un año realizado en tres municipios de Colombia (Ruiz, Amaya y Venegas, 2007), se evaluó la relación entre un grupo de factores y el uso de servicios de salud con base en el modelo de cuatro partes. Se encontró que variables tales como edad, género, ingreso, y régimen de aseguramiento, influyen de manera significativa en la probabilidad de uso de servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios.

Diversos estudios en el mundo han evidenciado las relaciones existentes entre el uso de servicios de salud y ciertas características de la población como la edad (Stockdale, Tang, Zhang, Belin y Wells, 2007; Hochhausen, Le y Perry, 2011), el género (Parslow, Jorm y Cristensen, 2002; Andersen et al., 2002), el nivel educativo (Hammond, Matthews y Corbie-Smith, 2010), el estado civil (Insaf, Jurkowski y Alomar, 2010), el grupo étnico (Andersen et al., 2002; Dhingra, Zack, Strine, Pearson y Balluz, 2010), y la zona de residencia (Thode, Bergmann, Kamtsiuris y Kurth, 2005), entre otros factores.

De igual manera, se han evidenciado asociaciones significativas entre el uso de servicios de salud y variables como el nivel de ingresos (Blackwell, Martinez, Gentleman, Sanmartin y Berthelot, 2009; Dhingra et al., 2010; Parslow et al., 2002) y el aseguramiento en salud (Insaf et al., 2010; Stockdale et al., 2007; Broyles, McAuley y Baird-Holmes, 1999). En lo que respecta al componente de necesidad, investigaciones han demostrado que el nivel de salud percibido y el auto-reporte

---

<sup>5</sup>. El modelo de cuatro partes es estimado con dos modelos logit que miden la probabilidad de uso de servicios médicos y servicios hospitalarios, y dos modelos log-lineales que estiman los gastos de bolsillo en servicios médicos entre la población de usuarios de solo servicios ambulatorios y usuarios de servicios hospitalarios. Con esta información es posible finalmente estimar el gasto de bolsillo esperado en servicios de salud.

explican de manera significativa el uso de los servicios de salud (Broyles et al., 1999; Dhingra et al., 2010).

A nivel de Latinoamérica y Colombia se han llevado a cabo diferentes investigaciones asociadas con uso de servicios de salud y acceso a los mismos. Se ha analizado el impacto del aseguramiento sobre el uso y el gasto en salud en Colombia, encontrando una relación positiva entre el gasto y el uso de servicios hospitalarios, el consumo de medicamentos y tener ingreso per cápita mayor a 1, y evidenciando un gasto menor en la población afiliada al régimen subsidiado, contributivo y especial comparativamente con aquellos sin afiliación al sistema de salud. De igual manera, la edad influye significativamente en el gasto en salud, con mayor peso relativo en los menores de 5 años y los de 60 años y más (O'Meara, Ruiz y Amaya, 2003).

En otro estudio elaborado para Colombia y Brazil se utilizó el ingreso, la posesión de un plan de salud privado y el régimen de salud como las principales variables para explicar el uso de servicios médicos preventivos o curativos; como principal resultado para Colombia se identificó que existen inequidades en favor de las personas con un alto estatus socioeconómico, siendo esta diferencia más pronunciada en los servicios de atención secundaria (García-Subirats, Vargas, Mogollón-Peréz, De Paepe, Ferreira da Silva, Unger, Borrell y Vázquez, 2014).

Un interesante estudio sobre el acceso a los servicios de salud para la población de los regímenes contributivo y subsidiado en la región Caribe de Colombia a partir de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2003. Para este estudio se explicó el uso de servicios de salud preventivos y curativos por medio de las siguientes variables: sexo, educación, edad, estado de salud, pobreza (NBI), régimen y zona de residencia. Se encontró que la diferencia de probabilidad en el acceso para las personas que no están afiliadas juega un papel importante en los servicios preventivos, pero no en los servicios de hospitalización (Rodríguez y Roldán, 2008).

La atención primaria en el adulto mayor es de vital importancia en Colombia debido a la vulnerabilidad de esta población asociada a su condición de salud. Melguizo-Herrera y Castillo-Ávila (2012) realizaron un estudio en Cartagena de Indias, encontrando que el 62,0% consultó a una institución o profesional de salud por alguna enfermedad en el último mes, el 77,1% en los últimos seis meses y el 80,2% en el último año. No tener dinero 62,8%, preferir remedios caseros 15,7% y tener pereza 13,4% fueron las principales razones para no consultar a un profesional de salud. Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el uso de servicios de salud por parte de la población adulta mayor, y factores como la presencia de enfermedades diagnosticadas y el tiempo de espera para ser atendido.

La relación entre el ingreso y las inequidades en el estado de salud, y el uso de servicios médicos es analizada por Almeida y Sarti (2013) para cinco países de Latinoamérica, incluyendo Colombia. Para el caso de Colombia, a partir de la ECV y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, se evidenció que, independientemente de la necesidad, los individuos de mayor ingreso y situación socioeconómica, mayor nivel de educación, o mayor estabilidad laboral tienden a un mayor uso de servicios de salud.

Otros estudios basados en la ECV de diferentes años han proporcionado importantes resultados en cuando a oportunidad, satisfacción y razones de no uso de servicios de salud en Colombia. Velandía, Ardón, Jara, Cárdenas y Pérez (2004) estudiaron la relación entre la calidad de los servicios médicos y su uso, y se concluyó que entre las principales razones para no hacer uso de los servicios médicos están: larga distancia hasta el oferente (accesibilidad geográfica), falta de dinero (accesibilidad económica), falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad cultural). Otro estudio analizó la demanda de los planes voluntarios de salud en Colombia y este encontró que: las personas con mayores niveles de educación, que viven en la zona urbana y/o que son casadas tienen mayor probabilidad de comprar estos planes. Así mismo, el ser hombre, tener una limitación funcional y/o vivir en un hogar numeroso son factores que disminuyen la probabilidad de compra (Bardey, Zapata, Buitrago y Concha, 2013).

Usando también datos de la ECV, Ayala-García (2014) elaboró un estudio de los determinantes de acceso a servicios de salud en Colombia, considerando conjuntamente características de la oferta y la demanda de servicios de salud. En este, se identificó la existencia de una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud, lo que impide un acceso equitativo a la atención médica. Adicionalmente, se encontraron barreras de acceso tanto en la oferta como en la demanda. Por parte de la oferta, se evidenció la existencia de muchos trámites para obtener una cita, una mala percepción del servicio y la distancia hasta el centro de intención; por parte de la demanda, se encontró la gravedad percibida de la enfermedad, la falta de dinero y la desconfianza en los médicos. Dentro de los determinantes del uso de los servicios médicos se observó que quienes consultan por prevención al médico o al odontólogo tienen una mayor probabilidad de hacer uso de los servicios médicos y quienes viven en la zona rural y/o no están cubiertas por el sistema de salud, tienen menor probabilidad de uso.

En el presente estudio se pretende identificar, con base en los datos de la ECV más reciente (año 2014), los factores que influyen en el uso de servicios médicos, hospitalarios y preventivos, discriminadamente para los regímenes contributivo y subsidiado, y de manera agrupada para un solo pool que agrupa estos dos planes de salud. De igual manera, se busca evaluar el acceso efectivo a servicios de salud y la distribución poblacional en cuanto al uso de servicios en segmentos poblacionales

determinados por variables sociodemográficas, socioeconómicas y de salud. Finalmente, se llevará a cabo un análisis de la calidad de los servicios prestados por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en el país, con base en la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, el ordenamiento de las EPS de acuerdo a la calificación asociada con su desempeño, e información relacionada con los indicadores de calidad del Archivo 032 del Sistema de Inteligencia de Negocios de la Circular Única.

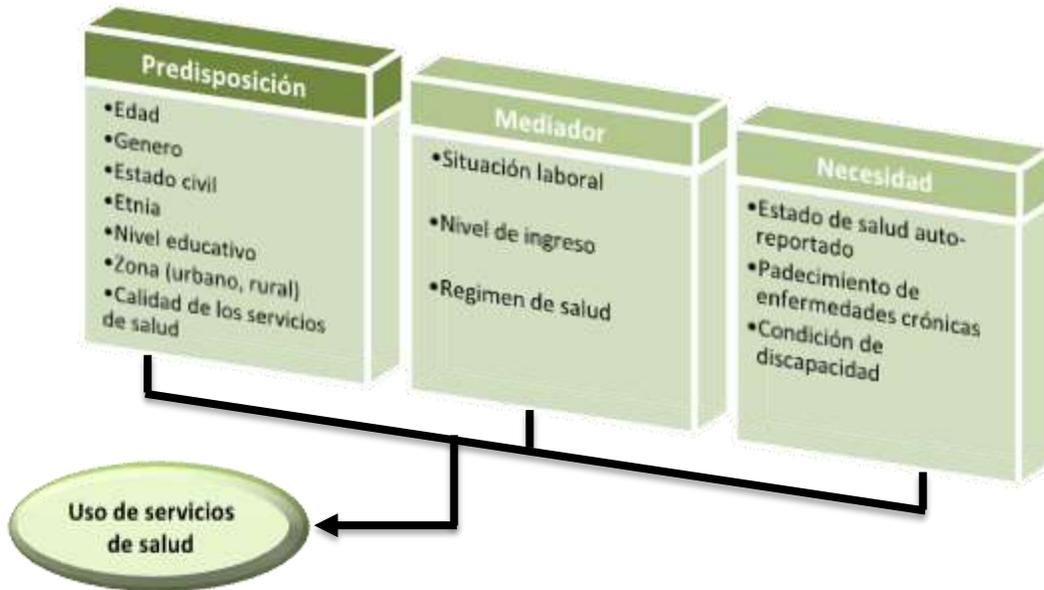
## **1.2 Metodología**

Como parte de la caracterización de la operación y definición de los macro-procesos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se lleva a cabo, con base en la información secundaria disponible, el análisis de las condiciones de acceso, el uso de servicios por parte de la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, y la evaluación de la calidad de los servicios de salud.

### **1.2.1 Modelo de Andersen**

El uso de servicios de salud, además de estar ligado a la necesidad de acceso, depende de otros factores como la condición socioeconómica, las características personales, el entorno social y la situación de salud, los cuales pueden ser agrupados en tres grandes componentes: de predisposición, mediador y de necesidad (Aday y Andersen, 1974). Partiendo del modelo conductual de Andersen, se identificaron las variables que podrían explicar el uso de servicios de salud, en concordancia con los cuatro componentes o factores propuestos. La Figura 1 presenta los componentes de modelo de Andersen con los posibles factores determinantes del uso de servicios de salud, teniendo en cuenta la disponibilidad de dicha información en la ECV 2014.

**Figura 1. Posibles factores determinantes del uso de servicios de salud**



**Fuente:** Creación propia basada en ECV (2014)

Dentro del componente de predisposición se encuentran las variables de edad, género, estado civil, nivel de educación, etnia, confianza en los servicios de salud y zona de residencia (rural/urbana)<sup>6</sup>. En el componente mediador se agrupan las variables asociadas a la condición socioeconómica y afiliación en salud, y como factores de necesidad se observan las variables relacionadas con el estado de salud y la condición de discapacidad.

### 1.2.2 Acceso Efectivo a servicios de salud

Uno de los problemas más visibles en Colombia, es que el hecho de estar afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud no garantiza el acceso efectivo a los servicios, medido este último como la búsqueda de atención médica frente a un problema de salud. Se han evidenciado barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Según la Encuesta Nacional de Salud (2009), entre los principales motivos de no consulta se encuentran la autopercepción de resolución del problema de salud, considerar innecesaria la consulta, el descuido, así como otros factores

<sup>6</sup>. En la zona de residencia rural se encuentran las viviendas ubicadas en el área rural dispersa, centros poblados, inspección de policía o corregimientos, mientras en la zona de residencia urbana se consideran las cabeceras de los municipios. Se asumió esta desagregación dado que es el nivel de representatividad que garantiza la Encuesta de Calidad de Vida 2014.

económicos, sociales y geográficos que influyen en la decisión final de no buscar ayuda médica.

Con el fin de evaluar el acceso efectivo, se accedió a la más reciente Encuesta de Calidad de Vida, elaborada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el año 2014, la cual tenía como objeto cuantificar y caracterizar la población en los diferentes aspectos involucrados con el bienestar de los hogares. La ECV 2014 es representativa para el nivel nacional y grandes regiones (Antioquia, Valle, Atlántico, Pacífica, Central, Oriental) y dentro de cada desagregación es representativa a nivel de cabecera (área metropolitana, área urbana y cabecera municipal) y centros poblados - rural disperso (centros urbanos, caseríos, inspecciones de policía, corregimiento municipal y área rural dispersa). En las regiones Orinoquía-Amazonía, Bogotá D.C. y San Andrés la ECV 2014 tiene en cuenta solo cabecera (DANE, 2016).

A partir de esta encuesta se evalúa el acceso efectivo a servicios de salud, teniendo en cuenta aquellas personas que refieren haber presentado un problema de salud no hospitalario y que acudieron a una institución prestadora de salud. De igual manera, se analiza el acceso a servicios hospitalarios y a servicios médicos de carácter preventivo. Por otra parte, con el fin de evidenciar las principales barreras de acceso, se identifican las razones por las cuales la población no solicita atención médica. Como se observa en el componente de análisis, se tienen en cuenta diferentes grupos poblacionales identificados por las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de salud definidas en la Figura 1.

Es pertinente aclarar que, dadas las restricciones propias de las encuestas transversales, no es posible contar con la frecuencia de uso de servicios de salud durante un periodo de tiempo; por el contrario, en la encuesta solamente se reporta el uso de servicios de salud en el último mes. Adicionalmente, debido a la anonimización de la ECV, no es posible el cruce de esta base de datos con otras que posiblemente cuenten con esta información. Esta situación impide el cálculo de frecuencias de uso de servicios, restringiendo este análisis a porcentajes de uso por grupos poblacionales específicos. Este caso es similar al del uso de servicios preventivos, dado que se indaga sobre consulta médica u odontológica preventiva por lo menos una vez al año.

En cuanto a los servicios de hospitalización, la ECV (2014) indaga por el número de veces que una persona fue hospitalizada en el último año; sin embargo, esta frecuencia de uso de servicios hospitalarios supera dos eventos al año en tan solo el 10% de los casos, motivo por el cual para este tipo de servicios tampoco se considera la frecuencia de uso, sino solamente el uso o no uso de los mismos durante el último año.

El análisis sobre el acceso efectivo a servicios de salud que no requirieron hospitalización, uso de servicios hospitalarios, búsqueda de servicios preventivos, y motivos de no consulta por parte de la población, se realizan de manera comparativa entre los regímenes subsidiado y contributivo, con el fin de identificar si se presentan comportamientos diferenciales según el plan de afiliación en salud y su influencia frente a una posible unificación de estos dos regímenes.

### 1.2.3 Determinantes del uso de servicios

Partiendo los componentes y las variables definidas en la Figura 1, se realiza la estimación de tres modelos explicativos del uso de servicios de salud, con los cuales se busca explicar las diferencias de uso entre la población subsidiada y contributiva. Estos modelos no pretenden predecir el comportamiento futuro del uso de servicios bajo una posible unificación del sistema, dado que para llegar a conclusiones de este tipo se requeriría llevar a cabo un estudio detallado de los cambios en la frecuencia de uso de servicios bajo diferentes escenarios construidos a partir de la afectación de posibles barreras de acceso.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la unificación actúa principalmente en las barreras asociadas con “poder”, y estas son las que se podrían modelar. Las barreras que tienen más relación con el individuo que con la organización del servicio; es decir, aquellas relacionadas con el “saber” y el “querer”, no van a ser afectadas por la unificación. En este sentido, es preciso identificar el peso de las barreras asociadas con el “poder” o con el “saber” o “querer”, con el fin de ajustar la diferencia de frecuencias atribuible a la no cobertura por el deseo de la población de “querer” o “no querer” asistir a los servicios de salud.

#### ► Modelo para servicios no hospitalarios

Modelo logit para estimar la probabilidad de acceder a un servicio de salud que no haya requerido hospitalización.

$$Prob(ServMed > 0) = \alpha X + \varepsilon_1$$

donde  $\alpha$  es un vector de coeficientes y  $X$  representa un conjunto de variables independientes definidas previamente en la Figura 1. Para este modelo se incluye a la población que reportó haber presentado alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización, y se considera que hizo uso efectivo de este servicio sí acudió a una institución prestadora de servicios de salud para tratar su problema. Por lo tanto, la variable dependiente corresponde a una variable dicotómica, que toma valor 1 si la persona presentó algún problema de salud y accedió a servicios médicos en IPSs durante el último mes y 0 en caso contrario.

### ➤ **Modelo para servicios hospitalarios**

Modelo logit para estimar la probabilidad de tener un servicio hospitalario. A diferencia de la variable de acceso a servicios de salud no hospitalarios, la necesidad de servicios hospitalarios se evalúa para un periodo de un año.

$$Prob(ServHosp > 0) = \beta X + \varepsilon_2$$

donde  $\beta$  es un vector de coeficientes y  $X$  representa el conjunto de variables independientes definidas en la figura 1. La variable dependiente corresponde entonces a una variable dicotómica, que toma valor 1 si la persona requirió servicios hospitalarios en el último año y 0 en caso contrario.

### ➤ **Modelo para servicios preventivos**

Modelo logit para estimar la probabilidad de acceder a servicios preventivos durante el último año.

$$Prob(ServPrev > 0) = \gamma X + \varepsilon_3$$

donde  $\gamma$  es un vector de coeficientes y  $X$  representa el conjunto de variables independientes definidas en la figura 1. Para este modelo se incluye a toda la población y se considera que hizo uso efectivo de este servicio si acudió al médico o al odontólogo en el último año. La variable dependiente corresponde entonces a una variable dicotómica, que toma valor 1 si la persona utilizó servicios preventivos en el último año y 0 en caso contrario.

Como una aproximación global de los determinantes del uso de servicios de salud, se estiman los modelos de uso de servicios que no implicaron hospitalización, uso de servicios hospitalarios y uso de servicios preventivos para un pool conformado por población afiliada al régimen subsidiado y contributivo. De igual manera, se realizan estas estimaciones de manera independiente para cada uno de los regímenes de salud (subsidiado y contributivo), permitiendo la identificación de comportamientos diferenciales en cuanto a los factores que determinan el acceso a servicios.

## **1.3 Distribución población según factores determinantes del uso de servicios de salud**

Partiendo de los posibles factores determinantes del uso de servicios de salud, se identificó la distribución de la población de acuerdo a los grupos de interés: la población afiliada al régimen subsidiado y contributivo, y el pool conformado por la unión de estos dos regímenes (ver Tabla 1).

Se estima un total de 21'689.032 de personas afiliadas al régimen subsidiado y 19'906.251 incluidas dentro del plan contributivo, para un total de 41'595.383 personas en el pool. Aunque la distribución por género es similar en cada uno de los regímenes, se encuentran diferencias por rangos de edad, con mayor proporción de menores de 15 años en el régimen subsidiado (30,9%) que en el contributivo (23,2%), y menor proporción de población entre 15 y 44 años en el régimen subsidiado (34,8%) comparativamente con el contributivo (40,5%). Adicionalmente, aunque la población blanca predomina en los dos regímenes de salud, la afiliación de los negros, mulatos o afrodescendientes tiende a ser mayor en el plan subsidiado.

El nivel de escolaridad de la población presenta diferencias por grupo de afiliación: mientras en el régimen subsidiado el 55,0% cuenta como máximo con estudios de primaria, este porcentaje se reduce a 21,8% en el contributivo, grupo en el cual hay una mayor presencia de estudios superiores (36,3%) comparativamente con la población subsidiada en donde tan solo el 7,7% cuenta con este nivel de estudios. De igual manera, la distribución respecto a la condición laboral muestra que en el régimen subsidiado la población no trabaja (62,1%) o se encuentra dentro del sector informal (31,7%), mientras en el régimen contributivo estos porcentajes se reducen respectivamente a 51,0% y 16,3%, debido a una mayor presencia de trabajadores formales (32,7%).

El padecimiento de enfermedades crónicas y la condición de discapacidad en la población no difiere en gran medida según régimen de afiliación: 14,9% y 15,9% de la población subsidiada y contributiva respectivamente presentan enfermedades crónicas (con o sin consulta periódica), así como el 5,4% y 4,4% de la población en los mismos regímenes reporta discapacidad. Sin embargo, se evidencia un mejor auto-reporte de salud en la población del régimen contributivo, donde el 86,6% se considera con buena o muy buena salud, comparativamente con el subsidiado donde este porcentaje se reduce seis puntos porcentuales. Por otra parte, la valoración respecto a la calidad del sistema de salud tiende a ser mejor en el régimen subsidiado (84,4% considera que es buena o muy buena) que en el contributivo (80,6%). Por otra parte, la calidad del sistema de salud es valorada como mala o muy mala por un porcentaje considerable de la población: 13,6% en el régimen subsidiado y 17,4% en el grupo contributivo.

**Tabla 1. Distribución de la población según factores determinantes**

Variable	Categorías	Subsidiado	%	Contributivo	%	Pool	%
Rangos de edad	1 - 4	2,002,743	9.2	1,354,617	6.8	3,357,369	8.1
	5 - 14	4,704,739	21.7	3,261,033	16.4	7,965,794	19.2
	15 - 18 Hombres	981,405	4.5	618,818	3.1	1,600,228	3.8
	15 - 18 Mujeres	955,333	4.4	625,619	3.1	1,580,956	3.8
	19 - 44 Hombres	3,432,292	15.8	3,894,038	19.6	7,326,346	17.6
	19 - 44 Mujeres	4,109,058	18.9	4,167,034	20.9	8,276,111	19.9
	45 - 49	1,168,766	5.4	1,371,845	6.9	2,540,616	6.1
	50 - 54	1,083,180	5.0	1,293,756	6.5	2,376,941	5.7
	55 - 59	874,005	4.0	939,814	4.7	1,813,823	4.4
	60 - 64	706,520	3.3	781,320	3.9	1,487,843	3.6
	65 - 69	505,516	2.3	607,895	3.1	1,113,413	2.7
	70 - 74	446,370	2.1	418,957	2.1	865,329	2.1
	74 o más	719,105	3.3	571,505	2.9	1,290,613	3.1
Genero	Mujer	11,139,050	51.4	10,212,781	51.3	21,351,882	51.3
	Hombre	10,549,982	48.6	9,693,470	48.7	20,243,501	48.7
Etnia	Blanco, mestizo u otro	18,336,700	84.5	18,327,739	92.1	36,664,524	88.1
	Gitano, raizal o palenquero	35,308	0.2	34,799	0.2	70,107	0.2
	Negro, mulato o afro	3,317,024	15.3	1,543,713	7.8	4,860,752	11.7
Nivel educativo	Ninguno	1,687,824	7.8	300,207	1.5	1,988,039	4.8
	Preescolar	398,630	1.8	109,998	0.6	508,630	1.2
	Básica Primaria (1 - 5)	9,852,990	45.4	4,342,801	21.8	14,195,836	34.1
	Básica secundaria y Media (6 - 13)	8,070,059	37.2	7,929,212	39.8	15,999,308	38.5
	Técnico	939,015	4.3	2,008,308	10.1	2,947,327	7.1
	Tecnológico	192,864	0.9	930,099	4.7	1,122,964	2.7
	Universitaria y postgrado	547,650	2.5	4,285,626	21.5	4,833,279	11.6
Estado civil	Soltero	11,683,294	53.9	9,060,648	45.5	20,743,996	49.9
	Casado/Unión libre	7,470,568	34.4	8,921,611	44.8	16,392,213	39.4
	Viudo/Divorciado	2,535,170	11.7	1,923,992	9.7	4,459,174	10.7
Estado laboral	No trabaja	13,462,049	62.1	10,147,120	51.0	23,609,231	56.8
	Trabaja formal	1,357,883	6.3	6,510,152	32.7	7,868,041	18.9
	Trabaja informal	6,869,100	31.7	3,248,979	16.3	10,118,111	24.3
Estado de salud auto-reportado	Malo	403,606	1.9	181,026	0.9	584,634	1.4
	Regular	3,799,453	17.5	2,495,334	12.5	6,294,805	15.1
	Bueno	15,923,093	73.4	14,718,218	73.9	30,641,384	73.7
	Muy bueno	1,562,880	7.2	2,511,673	12.6	4,074,560	9.8
Padecimiento de enfermedades crónicas	No tiene	18,464,483	85.1	16,748,538	84.1	35,213,106	84.7
	Tiene y consulta periódicamente	2,556,770	11.8	2,727,287	13.7	5,284,069	12.7
	Tiene pero no consulta periódicamente	667,779	3.1	430,426	2.2	1,098,208	2.6
Condición de discapacidad	No	20,512,000	94.6	19,028,307	95.6	39,540,402	95.1
	Si	1,177,032	5.4	877,944	4.4	2,054,981	4.9
Valoración de la calidad del sistema de salud	Muy mala	369,147	1.7	585,662	2.9	954,811	2.3
	Mala	2,583,320	11.9	2,869,430	14.4	5,452,762	13.1
	Buena	17,378,622	80.1	14,902,695	74.9	32,281,397	77.6
	Muy buena	921,832	4.3	1,147,398	5.8	2,069,234	5.0
	No sabe/No informa	436,111	2.0	401,066	2.0	837,179	2.0
<b>Total</b>		<b>21,689,032</b>	<b>100</b>	<b>19,906,251</b>	<b>100</b>	<b>41,595,383</b>	<b>100</b>

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

En esta población se indagó acerca de la presencia de enfermedad en los últimos 30 días, la necesidad de hospitalización en los últimos 12 meses y la búsqueda de servicios de consulta preventiva por lo menos una vez al año (ver Tabla 2). Menos del 10% de la población reportó haber presentado alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud (que no haya implicado hospitalización) durante los últimos 30 días, siendo mayor en el régimen subsidiado (9,9%) que en el contributivo (7,5%), lo cual puede estar asociado a la mejor percepción de salud por parte de la población contributiva.

**Tabla 2. Enfermedad y uso de servicios de salud según tipo de servicio**

Tipo de servicio		Subsidiado	%	Contributivo	%	Pool	%
Enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud en los últimos 30 días, que no haya implicado hospitalización	Si	2,151,857	9.9	1,496,792	7.5	3,648,649	8.8
	No	19,537,175	90.1	18,409,459	92.5	37,946,634	91.2
	Total	21,689,032	100	19,906,251	100	41,595,283	100
Hospitalización en los últimos 12 meses	Si	1,630,290	7.5	1,244,952	6.3	2,875,242	6.9
	No	20,058,742	92.5	18,661,299	93.7	38,720,041	93.1
	Total	21,689,032	100	19,906,251	100	41,595,283	100
Consulta de prevención (médica y/o odontológica) por lo menos una vez al año	Si	15,519,170	71.6	15,823,889	79.5	31,343,059	75.4
	No	6,169,862	28.4	4,082,362	20.5	10,252,224	24.6
	Total	21,689,032	100	19,906,251	100	41,595,283	100

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

De igual manera, en el régimen subsidiado se encontró una mayor necesidad de servicios hospitalarios durante los últimos 12 meses comparativamente con los afiliados al régimen contributivo, pasando de 7.5% a 6.3% respectivamente. Las consultas de tipo preventivo tan solo fueron utilizadas por el 75.4% de la población de estos dos regímenes, con mayor peso en el contributivo que en el subsidiado; sin embargo, es preocupante la gran proporción de personas que no hacen uso de este tipo de servicios que permitirían la prevención y tratamiento oportuno de ciertas enfermedades.

## 1.4 Acceso efectivo a servicios de salud

En los siguientes apartados se encuentra el análisis del uso de servicios médicos no hospitalarios, hospitalarios y preventivos en Colombia, respecto a las variables explicativas planteadas en el modelo de Andersen.

### 1.4.1 Servicios médicos no hospitalarios

La ECV 2014 indagó acerca de la presencia de enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no requirió hospitalización en los últimos 30 días, la cual fue respondida afirmativamente por 3'648.649 personas,

2'151.857 en el régimen subsidiado y 1'496.792 en el contributivo. Cada una de estas personas reportó el sitio o la persona con la que buscó ayuda para su enfermedad (ver Tabla 3), encontrando que el 65,8% de la población del pool acudió a una institución prestadora de servicios de salud, con mayor peso en el régimen contributivo (71,5%) que en el subsidiado (61,9%). Es de resaltar que el pago por médicos particulares tiende a ser más frecuente en el régimen contributivo, mientras que en el régimen subsidiado hay una mayor tendencia a pedir consejo en las farmacias o auto-recetarse.

**Tabla 3. Fuente de ayuda frente a problemas de salud en los últimos 30 días**

A quién o a dónde acudió?	Subsidiado	%	Contributivo	%	Pool	%
Acudió a una institución prestadora de servicios de salud	1,332,748	61.9	1,069,741	71.5	2,402,489	65.8
Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente (de forma particular)	146,123	6.8	133,807	8.9	279,930	7.7
Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista	143,488	6.7	49,152	3.3	192,640	5.3
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona	13,575	0.6	1,467	0.1	15,042	0.4
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	3,597	0.2	2,925	0.2	6,522	0.2
Usó remedios caseros	134,656	6.3	92,136	6.2	226,792	6.2
Se auto-recetó	328,479	15.3	108,937	7.3	437,416	12.0
Nada	49,191	2.2	38,627	2.5	87,818	2.4
<b>Total</b>	<b>2,151,857</b>	<b>100</b>	<b>1,496,792</b>	<b>100</b>	<b>3,648,649</b>	<b>100</b>

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

Los porcentajes que se muestran en la Tabla 4 indican la proporción de personas que buscó ayuda en IPS, dado que presentaron durante el último mes alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no implicó hospitalización. Del total de personas que presentó alguna enfermedad en el último mes (3.648.649 personas), el 65,8% acudió a una IPS (61,9% en el régimen subsidiado y 71,5% en el contributivo). En lo que resta del documento, la búsqueda de atención en una IPS se expresará como el "uso de servicios de salud" en el sistema.

Al analizar la distribución del uso discriminadamente por rangos de edad, se observa que la población con 65 años o más es la que más utiliza los servicios de salud en el régimen subsidiado, mientras que en régimen contributivo el mayor uso se concentra en los niños menores de 1 a 4 años de edad (83.4%). En los dos regímenes las mujeres presentan mayor uso de servicios de salud que los hombres:

64,4% en el régimen subsidiado y 72,4% en el contributivo, frente al 58,7% y 70,4% en el grupo de hombres respectivamente. En lo que tiene que ver con el grupo étnico, en el régimen contributivo las personas que se identifican como gitanos, raizales o palenqueros tienen menor uso de servicios de salud (27,9%) comparativamente con los negros, mulatos o afrodescendientes (69,0%) y los blancos, mestizos u otro (72,1%). En contraposición, en el régimen subsidiado no se observan grandes diferencias de uso de servicios según grupo étnico.

En todas las condiciones de estado civil tiende a haber un similar porcentaje de personas que se sintieron enfermas en el último mes y buscaron ayuda en una IPS; sin embargo, en los dos regímenes, los casados o en unión libre tienden a acceder menos a estos servicios. Con respecto al estado laboral, en el régimen contributivo, las personas que trabajan formalmente tienen mayor acceso a servicios de salud (73,6%), mientras que en el régimen subsidiado el mayor acceso lo tiene quienes no trabajan (65,8%) o se encuentran ubicados en el sector informal (56,2%). Esto se traduce en un alto uso de medicinas no tradicionales, auto-receta o acceso a médicos particulares al momento de enfrentar algún problema de salud.

La autopercepción de salud parece ser un factor influyente en el uso de servicios de salud. Dentro de grupo de quienes reportaron haberse sentido enfermos en el último mes, la peor percepción de salud (regular/mala) se observa en el régimen subsidiado (41,0%) frente al 31,1% del contributivo; sin embargo, los asegurados en el régimen subsidiado tienen un menor uso de servicios en IPSs (66,1%) que la población contributiva (75,4%).

Al observar el padecimiento efectivo de enfermedades crónicas, se observa que quienes más acceden a servicios son aquellos que presentan enfermedades crónicas y consultan de forma periódica. Para las personas que padecen una enfermedad crónica pero no consultan al médico regularmente, existe una clara diferencia entre los dos regímenes: en el contributivo el 77% de las personas hizo uso de los servicios de salud en su IPS mientras que en el régimen subsidiado este porcentaje fue tan solo de 47,7%. La condición de discapacidad parece no ser un factor determinante del uso de servicios en el régimen subsidiado, dado que es muy similar la proporción de personas que, habiendo tenido algún problema de salud en el último mes buscó atención en una IPS independientemente de su condición de discapacidad. Sin embargo, en el régimen contributivo el uso es mayor en los dos grupos, especialmente por parte de la población con discapacidad (81,0%).

**Tabla 4. Distribución de la población que se enfermó en el último mes, según uso de servicios (en IPS), por régimen de afiliación y variables de interés**

Variable	Categorías	Subsidiado			Contributivo			Pool		
		Enfermos últimos 30 días	Acudió a IPS (%)		Enfermos últimos 30 días	Acudió a IPS (%)		Enfermos últimos 30 días	Acudió a IPS (%)	
			Si	No		Si	No		Si	No
Rangos de edad	1 - 4	263,147	69.8	30.2	134,437	83.4	16.6	397,584	74.4	25.6
	5 - 14	396,886	61.3	38.7	165,772	68.0	32.0	562,658	63.3	36.7
	15 - 18 Hombres	78,094	47.9	52.1	30,776	75.9	24.1	108,870	55.8	44.2
	15 - 18 Mujeres	80,692	57.9	42.1	43,698	69.3	30.7	124,389	61.9	38.1
	19 - 44 Hombres	241,148	48.1	51.9	257,022	67.6	32.4	498,170	58.1	41.9
	19 - 44 Mujeres	420,823	65.3	34.7	348,029	76.2	23.8	768,853	70.2	29.8
	45 - 49	133,385	57.7	42.3	121,504	68.1	31.9	254,889	62.7	37.3
	50 - 54	128,179	59.9	40.1	101,504	64.9	35.1	229,682	62.1	37.9
	55 - 59	107,570	61.5	38.5	70,832	57.9	42.1	178,403	60.1	39.9
	60 - 64	80,004	62.0	38.0	72,240	71.7	28.3	152,244	66.6	33.4
	65 - 69	58,504	74.2	25.8	53,030	67.5	32.5	111,534	71.0	29.0
	70 - 74	46,339	73.4	26.6	36,085	74.2	25.8	82,424	73.8	26.2
74 o más	117,086	71.6	28.4	61,863	77.9	22.1	178,949	73.8	26.2	
Genero	Mujer	1,224,800	64.4	35.6	822,629	72.4	27.6	2,047,429	67.6	32.4
	Hombre	927,057	58.7	41.3	674,163	70.4	29.6	1,601,220	63.6	36.4
Etnia	Blanco, mestizo u otro	1,625,754	63.5	36.5	1,266,303	72.1	27.9	2,892,057	67.2	32.8
	Gitano, raizal o palenquero	4,147	60.7	39.3	4,640	27.9	72.1	8,787	43.3	56.7
	Negro, mulato o afro	521,956	57.2	42.8	225,849	69.0	31.0	747,805	60.7	39.3
Nivel educativo	Ninguno	228,393	63.9	36.1	37,009	77.6	22.4	265,402	65.8	34.2
	Preescolar	26,486	74.0	26.0	3,356	52.4	47.6	29,842	71.6	28.4
	Básica Primaria (1 - 5)	991,320	61.2	38.8	279,855	73.4	26.6	1,271,175	63.9	36.1
	Básica secundaria y Media (6 - 13)	770,462	62.1	37.9	566,880	73.4	26.6	1,337,343	66.9	33.1
	Técnico	79,223	71.4	28.6	185,195	73.1	26.9	264,418	72.6	27.4
	Tecnológico	16,219	40.6	59.4	110,234	70.9	29.1	126,453	67.0	33.0
	Universitaria y postgrado	39,754	48.9	51.1	314,263	64.9	35.1	354,016	63.1	36.9
Estado civil	Soltero	1,019,062	62.7	37.3	615,378	73.0	27.0	1,634,440	66.6	33.4
	Casado/Unión libre	778,797	60.0	40.0	693,110	69.0	31.0	1,471,907	64.2	35.8
	Viudo/Divorciado	353,998	64.2	35.8	188,304	75.7	24.3	542,302	68.2	31.8
Estado laboral	No trabaja	1,352,630	65.8	34.2	748,073	72.2	27.8	2,100,703	68.1	31.9
	Trabaja formal	125,342	51.2	48.8	510,584	73.6	26.4	635,926	69.2	30.8
	Trabaja informal	673,885	56.2	43.8	238,135	64.7	35.3	912,020	58.4	41.6
Estado de salud auto-reportado	Malo	111,426	64.9	35.1	42,538	63.0	37.0	153,964	64.4	35.6
	Regular	771,549	66.3	33.7	422,699	76.7	23.3	1,194,247	70.0	30.0
	Buena	1,184,278	59.0	41.0	877,870	70.2	29.8	2,062,149	63.8	36.2
Muy buena	Muy buena	84,604	59.1	40.9	153,685	66.5	33.5	238,289	63.9	36.1
	No tiene	1,560,379	59.9	40.1	1,055,748	69.1	30.9	2,616,127	63.6	36.4
	Tiene y consulta periódicamente	468,284	72.6	27.4	376,374	77.3	22.7	844,658	74.7	25.3
Padecimiento de enfermedades crónicas	Tiene pero no consulta periódicamente	123,194	47.7	52.3	64,670	77.0	23.0	187,864	57.8	42.2
	No	1,961,719	62.0	38.0	1,366,519	70.6	29.4	3,328,238	65.5	34.5
	Si	190,138	60.9	39.1	130,273	81.0	19.0	320,411	69.1	30.9
Condición de discapacidad	Muy mala	49,085	47.1	52.9	81,224	58.2	41.8	130,308	54.0	46.0
	Mala	312,471	55.8	44.2	293,651	65.2	34.8	606,121	60.4	39.6
	Buena	1,627,583	63.7	36.3	1,010,318	74.7	25.3	2,637,901	67.9	32.1
	Muy buena	134,601	67.4	32.6	81,079	76.1	23.9	215,679	70.7	29.3
	No sabe/No informa	28,117	26.5	73.5	30,520	47.9	52.1	58,640	37.6	62.4
<b>Total</b>		<b>2,151,857</b>	<b>61.9</b>	<b>38.1</b>	<b>1,496,792</b>	<b>71.5</b>	<b>28.5</b>	<b>3,648,649</b>	<b>65.8</b>	<b>34.2</b>

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

Hay un porcentaje considerable de personas (31,3% en el régimen subsidiado y 19,6% en el régimen contributivo) que, aunque expresó haber tenido en los últimos 30 días algún problema de salud, accidente o problema odontológico que no requirió hospitalización, no buscó ayuda en ninguna institución de salud ni médico particular (ver Tabla 3). Las razones de no búsqueda de ayuda en una IPS o médico particular son similares en los dos regímenes de salud (ver Tabla 5).

**Tabla 5. Principal razón de no acudir a una IPS o médico particular**

Razón	Subsidiado		Contributivo		Pool	
	No.	%	No.	%	No.	%
El caso era leve	371,972	55.3	170,533	58.2	542,504	56.1
Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	71,049	10.6	32,887	11.2	103,936	10.8
Falta de dinero	51,963	7.7	9,069	3.1	61,032	6.3
Le hacen esperar mucho para atenderlo	31,404	4.7	16,386	5.6	47,790	4.9
Muchos trámites para la cita	29,802	4.4	16,608	5.7	46,410	4.8
No tuvo tiempo	23,508	3.5	12,808	4.4	36,316	3.8
El centro de atención queda lejos	24,689	3.7	5,488	1.8	30,176	3.1
No confía en los médicos	20,065	3.0	5,741	2.0	25,806	2.7
Otra razón	13,504	2.0	10,766	3.7	24,270	2.5
Consulta antes y no le resolvieron el problema	14,176	2.1	5,545	1.8	19,720	2.0
No le cubrían o no le autorizaron la atención	10,223	1.5	1,871	0.6	12,094	1.3
Dificultad para viajar	5,585	0.8	4,978	1.7	10,562	1.1
No lo atendieron	5,047	0.7	567	0.2	5614	0.6
<b>Total</b>	<b>672,986</b>	<b>100</b>	<b>293,244</b>	<b>100</b>	<b>966,230</b>	<b>100</b>

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

Es interesante observar que más de la mitad de la población (55,3% en el régimen subsidiado y 58,2% en el régimen contributivo) refirió no haber buscado atención médica por considerar leve el caso, situación que se asocia directamente con el proceso de decisión individual y no necesariamente con el sistema. La no búsqueda de atención médica conlleva generalmente a auto-recetarse, buscar consejo en farmaceutas o hacer uso de medicina tradicional o de la medicina casera.

Los demás factores tienen un menor peso, pero es preciso tener en cuenta que aproximadamente el 11% de las personas con enfermedad no acudieron a un IPS o médico particular debido al mal servicio recibido o la distancia de la cita en el tiempo, percepción que es similar en los dos regímenes de salud. Factores administrativos tales como los trámites para obtener una cita y el tiempo de espera para ser atendido, toman también importancia, principalmente en el régimen contributivo (5,7% y 5,6% respectivamente).

Por otra parte, la falta de dinero y de tiempo son elementos que influyen en el acceso de la población a los servicios de salud. La falta de dinero es una razón frecuente para no buscar ayuda médica en el régimen subsidiado (7,7%) frente al 3,1% encontrado en el régimen contributivo, mientras que la falta de tiempo tiende

a ser más frecuente entre la población contributiva (4,4%) que en la subsidiada (3,5%). Las razones restantes presentan una frecuencia menor al 5% para ambos regímenes.

#### **1.4.2 Servicios médicos hospitalarios**

Se considera que una persona hizo uso efectivo de este servicio si tuvo que ser hospitalizada por lo menos una vez en los últimos 12 meses. A diferencia de los servicios médicos no hospitalarios, donde la población de referencia correspondía a aquellos que reportaron haber tenido durante el último mes alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización, en este caso la población de referencia es la población total afiliada a los regímenes subsidiado (21.689.032 personas) y contributivo (19.906.251 personas).

La Tabla 6 presenta la distribución de la población de los regímenes subsidiado y contributivo respecto al uso de los servicios médicos hospitalarios, según algunas variables de interés. El 6,9% del pool total (41.595.383 personas), que corresponde aproximadamente a 2.875.242 personas, refirió haber hecho uso de servicios hospitalarios en el año previo a la aplicación de la encuesta. A diferencia del uso de servicios no hospitalarios, que fueron más usuales en la población del régimen contributivo, el uso de servicios hospitalarios resulta ser más frecuente en el plan subsidiado (7,5%) que en el contributivo (6,3%).

Para ambos géneros, el porcentaje de uso de servicios hospitalarios es mayor en el régimen subsidiado: 8,6% de las mujeres y 6,4% de los hombres frente al 7,2% de las mujeres y el 5,3% de los hombres en el régimen contributivo. Todos los grupos étnicos del régimen subsidiado presentan un mayor uso de este servicio frente al régimen contributivo, especialmente en el grupo de gitanos, raizales o palenqueros, pasando de 11,9% en el plan subsidiado a 4,2% en el contributivo.

Para ambos regímenes de salud las personas que no tienen ningún nivel de educación son las que utilizan en mayor proporción los servicios de hospitalización, 9,6% en el régimen subsidiado y 13,1% en el contributivo. En cuanto al estado civil de las personas, se observa que son hospitalizados tan solo el 5,9% y el 4,4% de los solteros, en el régimen subsidiado y contributivo respectivamente, mientras que los viudos o divorciados son quienes más hacen uso de este tipo de servicios, 9,8% y 10,4% respectivamente.

**Tabla 6. Distribución poblacional según el uso de servicios hospitalarios, por régimen de afiliación y variables de interés**

Variable	Categorías	Subsidiado			Contributivo			Pool		
		Población total	Usó hosp. (%)		Población total	Usó hosp. (%)		Población total	Usó hosp. (%)	
			Si	No		Si	No		Si	No
Rangos de edad	1 - 4	2,002,743	9.2	90.8	1,354,617	8.7	91.3	3,357,369	9.0	91.0
	5 - 14	4,704,739	4.6	95.4	3,261,033	3.0	97.0	7,965,794	4.0	96.0
	15 - 18 Hombres	981,405	4.2	95.8	618,818	1.8	98.2	1,600,228	3.3	96.7
	15 - 18 Mujeres	955,333	10.1	89.9	625,619	5.1	94.9	1,580,956	8.2	91.8
	19 - 44 Hombres	3,432,292	5.3	94.7	3,894,038	4.2	95.8	7,326,346	4.7	95.3
	19 - 44 Mujeres	4,109,058	9.8	90.2	4,167,034	8.0	92.0	8,276,111	8.9	91.1
	45 - 49	1,168,766	6.9	93.1	1,371,845	5.6	94.4	2,540,616	6.2	93.8
	50 - 54	1,083,180	6.4	93.6	1,293,756	7.1	92.9	2,376,942	6.8	93.2
	55 - 59	874,005	8.0	92.0	939,814	8.2	91.8	1,813,823	8.1	91.9
	60 - 64	706,520	10.3	89.7	781,320	7.1	92.9	1,487,843	8.6	91.4
	65 - 69	505,516	11.1	88.9	607,895	8.5	91.5	1,113,413	9.7	90.3
	70 - 74	446,370	12.8	87.2	418,957	9.4	90.6	865,329	11.1	88.9
	74 o más	719,105	14.2	85.8	571,505	17.1	82.9	1,290,613	15.5	84.5
Genero	Mujer	11,139,050	8.6	91.4	10,212,781	7.2	92.8	21,351,882	7.9	92.1
	Hombre	10,549,982	6.4	93.6	9,693,470	5.3	94.7	20,243,501	5.9	94.1
Etnia	Blanco, mestizo u otro	18,336,700	7.4	92.6	18,327,739	6.2	93.8	36,664,524	6.8	93.2
	Gitano, raizal o palenquero	35,308	11.9	88.1	34,799	4.2	95.8	70,107	8.1	91.9
	Negro, mulato o afro	3,317,024	8.1	91.9	1,543,713	7.2	92.8	4,860,752	7.8	92.2
Nivel educativo	Ninguno	1,687,824	9.6	90.4	300,207	13.1	86.9	1,988,039	10.1	89.9
	Preescolar	398,630	5.7	94.3	109,998	8.5	91.5	508,630	6.3	93.7
	Básica Primaria (1 - 5)	9,852,990	7.0	93.0	4,342,801	6.5	93.5	14,195,836	6.8	93.2
	Básica secundaria y Media (6 - 13)	8,070,059	8.0	92.0	7,929,212	6.2	93.8	15,999,308	7.1	92.9
	Técnico	939,015	6.3	93.7	2,008,308	5.4	94.6	2,947,327	5.7	94.3
	Tecnológico	192,864	5.3	94.7	930,099	6.8	93.2	1,122,964	6.5	93.5
	Universitaria y postgrado	547,650	7.3	92.7	4,285,626	5.9	94.1	4,833,279	6.1	93.9
Estado civil	Soltero	11,683,294	5.9	94.1	9,060,648	4.4	95.6	20,743,996	5.2	94.8
	Casado/Unión libre	7,470,568	9.3	90.7	8,921,611	7.2	92.8	16,392,213	8.2	91.8
	Viudo/Divorciado	2,535,170	9.8	90.2	1,923,992	10.4	89.6	4,459,174	10.1	89.9
Estado laboral	No trabaja	13,462,049	8.5	91.5	10,147,120	6.8	93.2	23,609,231	7.8	92.2
	Trabaja formal	1,357,883	5.2	94.8	6,510,152	5.8	94.2	7,868,041	5.7	94.3
	Trabaja informal	6,869,100	6.1	93.9	3,248,979	5.3	94.7	10,118,111	5.8	94.2
Estado de salud auto-reportado	Malo	403,606	24.5	75.5	181,026	30.1	69.9	584,634	26.2	73.8
	Regular	3,799,453	16.6	83.4	2,495,334	16.4	83.6	6,294,805	16.5	83.5
	Bueno	15,923,093	5.3	94.7	14,718,218	4.8	95.2	30,641,384	5.1	94.9
	Muy bueno	1,562,880	3.3	96.7	2,511,673	2.8	97.2	4,074,560	3.0	97.0
Padecimiento de enfermedades crónicas	No tiene	18,464,483	5.8	94.2	16,748,538	4.6	95.4	35,213,106	5.2	94.8
	Tiene y consulta periódicamente	2,556,770	19.0	81.0	2,727,287	16.0	84.0	5,284,069	17.4	82.6
	Tiene pero no consulta periódicamente	667,779	12.4	87.6	430,426	8.6	91.4	1,098,208	10.9	89.1
Condición de discapacidad	No	20,512,000	7.0	93.0	19,028,307	5.7	94.3	39,540,402	6.4	93.6
	Si	1,177,032	16.4	83.6	877,944	18.2	81.8	2,054,981	17.2	82.8
Valoración de la calidad del sistema de salud	Muy mala	369,147	9.3	90.7	585,662	10.3	89.7	954,811	9.9	90.1
	Mala	2,583,320	8.6	91.4	2,869,430	8.1	91.9	5,452,762	8.4	91.6
	Buena	17,378,622	7.2	92.8	14,902,695	5.5	94.5	32,281,397	6.4	93.6
	Muy buena	921,832	12.6	87.4	1,147,398	9.5	90.5	2,069,234	10.9	89.1
	No sabe/No informa	436,111	2.0	98.0	401,066	4.8	95.2	837,179	3.3	96.7
<b>Total</b>		<b>21,689,032</b>	<b>7.5</b>	<b>92.5</b>	<b>19,906,251</b>	<b>6.3</b>	<b>93.7</b>	<b>41,595,383</b>	<b>6.9</b>	<b>93.1</b>

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

En el régimen subsidiado, las personas que trabajan formalmente son las que tienen una menor proporción de uso de los servicios médicos hospitalarios (5,2%) y las que no trabajan son las que porcentualmente utilizan más este servicio (8,5%), mientras que, en el régimen contributivo las personas que trabajan informalmente son las que menos han sido hospitalizadas (5,3%) y las que no trabajan las que más (6,8%).

En los dos regímenes de salud, el porcentaje de las personas que hace uso de los servicios hospitalarios muestra variaciones dependiendo de la valoración del estado de salud auto-reportado. En el régimen contributivo el 30,1% de las personas que dice tener un estado de salud "malo" ha sido hospitalizada, reduciéndose a 16,4% en los que se consideran con salud "regular", y a 4,8% y 2,8% en aquellos que se perciben con salud "buena" o "muy buena". Estos porcentajes en el régimen subsidiado son respectivamente 24,5%, 16,6%, 5,3% y 3,3%.

El porcentaje de personas que fue hospitalizada, padece de una enfermedad crónica y no consulta regularmente al médico es de 12,4% en el régimen subsidiado y de 8,6% en el contributivo, porcentajes que disminuyen en aquellos que no padecen ninguna enfermedad crónica. La población con enfermedades crónicas que consulta periódicamente al médico es la que tiene mayor uso de servicios hospitalarios (19,0% en el régimen subsidiado y 16,0% en el contributivo).

De igual manera, la condición de discapacidad parece incidir en la necesidad de uso de servicios hospitalarios. Entre la población discapacitada del régimen subsidiado, el 16,0% fue hospitalizada por lo menos una vez en el último año, porcentaje que se incrementa a 18,2% en el régimen contributivo. Lo anterior en contraste con el 7,0% y 5,7% de población no discapacitada, de los planes subsidiado y contributivo respectivamente, que fue hospitalizada en el mismo periodo de tiempo.

Para los dos regímenes no existe una relación clara entre la valoración de la calidad del servicio de salud y el uso de servicios médicos hospitalarios. Puntualmente, la proporción de uso más alta corresponde a las personas que valoran el sistema de salud como "muy bueno" en el régimen subsidiado y como "muy malo" en el régimen contributivo, lo cual tiene sentido en la medida que el uso de servicios hospitalarios está ligado a la necesidad frente a un evento de salud que lo requiere.

### **1.4.3 Servicios médicos preventivos**

La pregunta sobre servicios médicos preventivos se realizó igualmente a toda la población y se considera que una persona hizo uso efectivo de este servicio si, sin estar enfermo y por prevención, visitó al médico general o al odontólogo en el último año. Se calculó la distribución poblacional de los regímenes subsidiado y contributivo según el uso de servicios médicos preventivos, teniendo en cuenta las variables presentadas en la Figura 1. Es importante resaltar que el 75,4% de las personas del

pool accedió a algún servicio preventivo en el último año, y que la búsqueda de este tipo de servicios médicos es levemente mayor en el régimen contributivo (79,5%) que en el subsidiado (71,6%), como se presenta en la Tabla 7.

Los rangos de edad con mayor proporción de uso de servicios médicos preventivos en los dos regímenes de salud, se ubican en los dos extremos de la pirámide poblacional: entre 1 y 14 años y de 70 años o más, siendo estos los grupos más vulnerables en cuanto a riesgos asociados con la salud. Por otro lado, se observa que las mujeres utilizan en una mayor proporción los servicios médicos hospitalarios frente a los hombres, 77,9% frente a un 64,9% de los hombres en el régimen subsidiado y un 84,1% frente a un 74,6% de los hombres en el contributivo.

Con respecto a la etnia con la que se identifican las personas, y concretamente con respeto a los gitanos, raizales o palenqueros, existe una clara diferencia en los porcentajes de uso de los servicios de prevención entre los dos regímenes. En el contributivo, el 90,7% de los gitanos, raizales o palenqueros (el cual es el grupo étnico con una mayor proporción de uso en el régimen contributivo) usaron estos servicios frente al 66,6% en el subsidiado. Los negros, mulatos o afros y los blancos, mestizos u otro, presentan una diferencia aproximada del 9% entre los dos regímenes.

Pareciera no existir una asociación entre el nivel educativo de las personas y el uso de servicios preventivos, dado que la proporción de usuarios de este tipo de servicios es similar en las distintas categorías de educación. En cuando al estado civil, se observa que las personas casadas o en unión libre hacen mayor uso de servicios preventivos (67,1% en el régimen subsidiado y 77,2% en el contributivo), porcentaje que se incrementa entre los solteros, y los viudos/divorciados.

Las personas que no trabajan utilizan más los servicios de prevención en ambos regímenes, 76,8% para el régimen subsidiado y 84,2% para el contributivo, y estos porcentajes disminuyen para las personas que tienen trabajo informal (63,1% y 74,9% respectivamente) y disminuye un poco más para aquellos que tienen un trabajo formal (61,8% y 74,4% respectivamente). Lo anterior indica que la condición de trabajador, reduce considerablemente la búsqueda de servicios médicos preventivos.

Aunque con menor peso en el régimen subsidiado, se observa que tiende a haber mayor uso de servicios preventivos en la población que se considera con peor condición de salud. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, se observa que aquellas personas que las padecen y consultan regularmente al médico tiende a acceder más a servicios médicos preventivos comparativamente con la población que tiene enfermedades crónicas pero no consulta periódicamente, o que no ha sido diagnosticada con este tipo de enfermedades.

**Tabla 7. Distribución poblacional según el uso de servicios preventivos, por régimen de afiliación y variables de interés**

Variable	Categorías	Subsidiado			Contributivo			Pool		
		Población total	Uso preventivo (%)		Población total	Uso preventivo (%)		Población total	Uso preventivo (%)	
			Si	No		Si	No		Si	No
Rangos de edad	1 - 4	2,002,743	88.5	11.5	1,354,617	91.8	8.2	3,357,369	89.8	10.2
	5 - 14	4,704,739	78.6	21.4	3,261,033	86.0	14.0	7,965,794	81.7	18.3
	15 - 18 Hombres	981,405	59.5	40.5	618,818	69.4	30.6	1,600,228	63.3	36.7
	15 - 18 Mujeres	955,333	73.2	26.8	625,619	77.8	22.2	1,580,956	75	25.0
	19 - 44 Hombres	3,432,292	53.2	46.8	3,894,038	67.1	32.9	7,326,346	60.6	39.4
	19 - 44 Mujeres	4,109,058	74.0	26.0	4,167,034	81.1	18.9	8,276,111	77.6	22.4
	45 - 49	1,168,766	65.0	35.0	1,371,845	74.5	25.5	2,540,616	70.1	29.9
	50 - 54	1,083,180	67.5	32.5	1,293,756	80.8	19.2	2,376,942	74.7	25.3
	55 - 59	874,005	69.8	30.2	939,814	82.4	17.6	1,813,823	76.3	23.7
	60 - 64	706,520	73.2	26.8	781,320	84.0	16.0	1,487,843	78.9	21.1
	65 - 69	505,516	74.5	25.5	607,895	83.1	16.9	1,113,413	79.2	20.8
	70 - 74	446,370	76.3	23.7	418,957	87.6	12.4	865,329	81.8	18.2
	74 o más	719,105	78.5	21.5	571,505	86.5	13.5	1,290,613	82	18.0
Genero	Mujer	11,139,050	77.9	22.1	10,212,781	84.1	15.9	21,351,882	80.9	19.1
	Hombre	10,549,982	64.9	35.1	9,693,470	74.6	25.4	20,243,501	69.6	30.4
Etnia	Blanco, mestizo u otro	18,336,700	71.6	28.4	18,327,739	79.4	20.6	36,664,524	75.5	24.5
	Gitano, raizal o palenquero	35,308	66.6	33.4	34,799	90.7	9.3	70,107	78.5	21.5
	Negro, mulato o afro	3,317,024	71.1	28.9	1,543,713	80.9	19.1	4,860,752	74.2	25.8
Nivel educativo	Ninguno	1,687,824	72.0	28.0	300,207	79.9	20.1	1,988,039	73.2	26.8
	Preescolar	398,630	69.7	30.3	109,998	78.0	22.0	508,630	71.5	28.5
	Básica Primaria (1 - 5)	9,852,990	72.0	28.0	4,342,801	79.1	20.9	14,195,836	74.2	25.8
	Básica secundaria y Media (6 - 13)	8,070,059	70.8	29.2	7,929,212	77.8	22.2	15,999,308	74.2	25.8
	Técnico	939,015	74.1	25.9	2,008,308	81.4	18.6	2,947,327	79.1	20.9
	Tecnológico	192,864	70.7	29.3	930,099	82.0	18.0	1,122,964	80.1	19.9
	Universitaria y postgrado	547,650	70.4	29.6	4,285,626	81.6	18.4	4,833,279	80.3	19.7
Estado civil	Soltero	11,683,294	74.1	25.9	9,060,648	81.2	18.8	20,743,996	77.2	22.8
	Casado/Unión libre	7,470,568	67.1	32.9	8,921,611	77.2	22.8	16,392,213	72.6	27.4
	Viudo/Divorciado	2,535,170	73.0	27.0	1,923,992	81.9	18.1	4,459,174	76.8	23.2
Estado laboral	No trabaja	13,462,049	76.8	23.2	10,147,120	84.2	15.8	23,609,231	80	20.0
	Trabaja formal	1,357,883	61.8	38.2	6,510,152	74.4	25.6	7,868,041	72.2	27.8
	Trabaja informal	6,869,100	63.1	36.9	3,248,979	74.9	25.1	10,118,111	66.9	33.1
Estado de salud auto-reportado	Malo	403,606	77.3	22.7	181,026	89.3	10.7	584,634	81	19.0
	Regular	3,799,453	77.9	22.1	2,495,334	86.2	13.8	6,294,805	81.2	18.8
	Bueno	15,923,093	70.4	29.6	14,718,218	78.3	21.7	30,641,384	74.2	25.8
	Muy bueno	1,562,880	66.9	33.1	2,511,673	78.8	21.2	4,074,560	74.2	25.8
Padecimiento de enfermedades crónicas	No tiene	18,464,483	69.4	30.6	16,748,538	77.4	22.6	35,213,106	73.2	26.8
	Tiene y consulta periódicamente	2,556,770	90.7	9.3	2,727,287	93.2	6.8	5,284,069	92	8.0
	Tiene pero no consulta periódicamente	667,779	59.1	40.9	430,426	74.0	26.0	1,098,208	65	35.0
Condición de discapacidad	No	20,512,000	71.2	28.8	19,028,307	79.1	20.9	39,540,402	75	25.0
	Si	1,177,032	78.5	21.5	877,944	88.0	12.0	2,054,981	82.6	17.4
Valoración de la calidad del sistema de salud	Muy mala	369,147	67.6	32.4	585,662	72.7	27.3	954,811	70.7	29.3
	Mala	2,583,320	68.5	31.5	2,869,430	80.8	19.2	5,452,762	75	25.0
	Buena	17,378,622	72.7	27.3	14,902,695	79.8	20.2	32,281,397	76	24.0
	Muy buena	921,832	79.2	20.8	1,147,398	85.7	14.3	2,069,234	82.8	17.2
	No sabe/No informa	436,111	29.3	70.7	401,066	50.9	49.1	837,179	39.7	60.3
	<b>Total</b>	<b>21,689,032</b>	<b>71.6</b>	<b>28.4</b>	<b>19,906,251</b>	<b>79.5</b>	<b>20.5</b>	<b>41,595,383</b>	<b>75.4</b>	<b>24.6</b>

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

Como es de esperarse, en ambos regímenes, el porcentaje de uso de servicios preventivos de las personas que están en condición de discapacidad es más alto que las que no. Puntualmente, el 78,5% de las personas que se encuentra en condición de discapacidad, en el régimen subsidiado, utilizó los servicios preventivos, mientras que solo el 71,2% de las personas que no están en condición de discapacidad hicieron uso de los servicios preventivos, para este mismo régimen. En el caso del régimen contributivo tales porcentajes corresponden al 88% y 79,1% respectivamente.

Por último, se observa que entre mejor sea la calificación que las personas dan al sistema de salud más uso hacen de este tipo de servicios. Específicamente, el 67,6% las personas que lo califican como "muy malo" han tenido una consulta preventiva en el último año frente al 79,2% que la califica como "muy bueno" en el régimen subsidiado. Estos dos mismos porcentajes son 72,7% y 85,7% para el régimen contributivo.

En la Tabla 8 se observan las razones de no búsqueda de servicios médicos preventivos. Al igual que en las razones de no búsqueda de atención médica en IPS o médico particular, las principales razones por las que la población subsidiada y contributiva no acude a citas médicas preventivas, se asocian a la decisión propia del individuo (el "querer") y no a factores asociados directamente con el sistema.

**Tabla 8. Principal razón de no acudir a cita médica preventiva**

Razón	Subsidiado		Contributivo		Pool	
	No.	%	No.	%	No.	%
Considera que su estado de salud es bueno	3,189,893	51.7	2,328,236	57.0	5,518,129	53.8
No le interesa o descuido	992,795	16.1	586,289	14.4	1,579,084	15.4
No tiene tiempo	234,343	3.8	292,790	7.2	527,133	5.1
Muchos trámites	356,894	5.8	200,727	4.9	557,621	5.4
Otra razón	132,475	2.1	185,893	4.6	318,368	3.1
Considera que lo hacen esperar mucho para atenderlo	257,931	4.2	129,810	3.2	387,741	3.8
Considera que la atención es mala	132,108	2.1	126,854	3.1	258,962	2.5
Es difícil conseguir una cita oportuna	188,294	3.1	83,782	2.1	272,076	2.7
Por falta de dinero	376,229	6.1	61,181	1.5	437,410	4.3
No confía en los médicos	85,957	1.4	46,586	1.1	132,543	1.3
El centro de atención está muy lejos	148,545	2.4	21,953	0.5	170,498	1.7
Dificultad para viajar	74,398	1.2	18,261	0.4	92,659	0.9
<b>Total</b>	<b>6,169,863</b>	<b>100</b>	<b>4,082,361</b>	<b>100</b>	<b>10,252,224</b>	<b>100</b>

Fuente: Cálculos propios basados en la ECV (2014)

En particular, más de la mitad de la población en los dos regímenes considera innecesario acudir a citas preventivas debido a que consideran estar en buen estado de salud: 51,7% en el subsidiado y 57,0% en el contributivo. De igual manera, la falta de interés por este tipo de citas es un factor de tipo individual que es referido por el 16,1% de las personas en el régimen subsidiado y el 14,4% en el régimen

contributivo. La tercera razón más frecuente en el régimen subsidiado, fue la falta de dinero (6,1%) y en el régimen contributivo corresponde a la falta de tiempo (7,2%), razones que se constituyen en elementos relacionados con el quehacer diario de las personas, más no con barreras del sistema como tal.

Por otra parte, el tener que hacer muchos trámites es un motivo de no consulta preventiva reportado por un grupo importante en los dos regímenes (5,8% en el subsidiado y 4,9% en el contributivo). Razones como el tiempo de atención, la calidad de la atención, la distancia en la asignación de las citas, la falta de confianza en los médicos y la lejanía de los centros de atención, presentan frecuencias menores al 5% en los dos regímenes.

## **1.5 Determinantes del uso de servicios**

Los resultados de cada modelo estimado se presentarán teniendo en cuenta un pool que combina a las personas que pertenecen a ambos regímenes de salud (subsidiado y contributivo) y los regímenes considerados de manera independiente, lo cual permitirá comparar las diferencias entre los dos regímenes y a nivel global. Las tablas de los modelos muestran el coeficiente estimado de cada variable (Coef.), la desviación estándar de la estimación (DE), el efecto marginal (EM) y la odd ratio (OR) porcentual de cada variable independiente.

Es necesario tener en cuenta que la interpretación de los coeficientes en los modelos de variable binaria es más compleja debido a que la función de la que depende la variable que quiere ser explicada abandona una forma lineal y pasa a tener una forma más compleja. Para este caso, la variable dependiente está en función de la distribución acumulada de una variable aleatoria logística estándar. Por esta razón, el cambio en la probabilidad de éxito de la variable dependiente con respecto a una de las variables independientes depende de los niveles de las otras variables independientes.

Existen dos formas de calcular el cambio en la probabilidad de éxito con respecto a una variable independiente: el efecto marginal sobre el promedio y el efecto marginal promedio. Para este caso, se presenta el efecto marginal promedio, el cual calcula el efecto marginal de cada individuo reemplazando los valores observados de este sobre cada variable independiente y posteriormente se calcula el promedio de los efectos marginales de cada individuo.

No obstante, el asumir una función de distribución acumulada logística tiene la ventaja de poder calcular las odds ratio de cada variable independiente. Esta medida nos permite cuantificar el cambio en las posibilidades. Para esto se calcula el coeficiente entre la probabilidad de tener resultados positivos (uso de los servicios

de salud), frente a la probabilidad de un caso negativo (no uso de los servicios de salud), como lo muestra la siguiente ecuación:

$$LN \left[ \frac{Prob(ServMed = 1|x)}{1 - Prob(ServMed = 1|x)} \right] = e^{\beta}$$

Esto nos permite conocer cuántas veces es más posible obtener un resultado positivo frente a uno negativo. Esta medida tiene la ventaja de no depender de los niveles de las otras variables. Sin embargo, su lectura se complejiza, debido a que la relación y magnitud entre la variable explicada y las explicativas dependen de si la odd ratio supera o no el valor de uno (1), lo que provoca que la lectura de los resultados no sea muy intuitiva. En orden de facilitar la lectura de las odd ratio, es posible calcular su cambio porcentual:

$$100[e^{\beta} - 1]$$

Al utilizar las odds ratio porcentuales se hace más intuitiva la lectura del modelo facilitando así la interpretación de los resultados. Por ejemplo, una odd ratio porcentual del 100% indicaría que es dos veces más posible obtener un resultado positivo que uno negativo.

Por otro lado, debido a que las variables de ingreso per cápita y zona están a nivel de hogar, se viola el supuesto de independencia entre las observaciones, por lo que la varianza analítica sería calculada incorrectamente. Con el fin de asegurar un correcto cálculo de la varianza de los coeficientes, se utilizó el método bootstrap, el cual consiste en tomar muestras aleatorias y calcular los coeficientes de cada una de ellas para finalmente calcular la varianza observada de los coeficientes. Para este estudio, se llevaron a cabo un total de 50 repeticiones; número que es considerado suficiente para calcular correctamente las desviaciones estándar (Poi, 2004).

Finalmente, la estimación de los modelos de regresión logística se realizó con base en la muestra, debido a que el uso de los factores de expansión genera un incremento considerable de los grados de libertad asociados a los coeficientes estimados, y esto conlleva a que todas las variables, sin excepción, resulten significativas sin necesariamente serlo. Por tanto, los modelos fueron estimados con base en la muestra, que corresponde a 59.051 personas que se encontraban afiliadas al régimen subsidiado (36.514 personas) o al régimen contributivo (22.537 personas) al momento del estudio, de las cuales 5.732 (3.845 en el subsidiado y 1.887 en el contributivo) reportaron haber presentado en el último mes alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no requirió hospitalización.

### 1.5.1 Servicios médicos no hospitalarios

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la estimación de los determinantes de los servicios de salud que no implicaron hospitalización (ver Tabla 9). La población considerada corresponde a las personas que en los últimos 30 días tuvieron alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no requirió hospitalización. La variable dependiente del modelo toma el valor "1" si la persona hizo uso de este servicio; es decir, si recurrió a una institución prestadora de servicios de salud para tratar el problema de salud, y "0" en caso contrario.

Dentro del grupo de variables de *predisposición*, la valoración de la calidad de los servicios y el área de residencia resultan altamente significativas. Entre mayor valore el individuo la calidad del servicio más posibilidades hay de que este haga uso de los mismos; concretamente, las personas que consideran que los servicios de salud son de muy alta calidad tienen un 106,6% más posibilidad de acceder a ellos, comparativamente con aquellas que valoran la calidad del servicio como "muy malo", *ceteris paribus*. Al discriminar por régimen, la valoración de la calidad de los servicios sigue siendo significativa en ambos regímenes de salud, aunque con mayores efectos en el régimen contributivo. Por ejemplo, las personas que valoran el sistema de salud como "muy bueno" en el régimen contributivo tienen un 130,6% más posibilidad de usar los servicios de salud frente a las personas que lo puntúan como "muy malo", su análogo en el régimen subsidiado es de tan solo el 60%.

Así mismo, en comparación con las personas del pool que viven en el área urbana, habitar en la zona rural disminuye en 28,5% la posibilidad de utilizar servicios médicos que no requieren hospitalización. Si bien la zona de residencia parece no tener una influencia significativa en el uso de servicios entre la población contributiva, dentro del régimen subsidiado pertenecer a la zona rural disminuye en 36,1% la posibilidad de uso de este tipo de servicios.

A nivel del pool vale la pena señalar que algunos rangos de edad (niños entre 5 y 14 años y hombres entre 15 y 44 años) y poseer un título universitario, tiene un efecto negativo y significativo sobre el uso de los servicios médicos. En el régimen subsidiado, al igual que en el pool, los niños entre 5 y 14 años y los hombres entre 15 y 44 años muestran menor posibilidad de uso de servicios no hospitalarios. En contraposición, en el régimen contributivo se evidencia una relación significativa entre el uso de servicios y tener 50 años o más. Las variables de sexo, etnia, nivel de educación, no fueron significativas a un nivel del 5% en ambos regímenes y para el caso del estado civil, la cual no fue significativa en el pool, ahora lo es a un 10% de significancia para el régimen subsidiado.

Por otro lado, las tres variables de **mediación** que fueron especificadas en el modelo resultaron significativas, aunque a distintos niveles. Resultado de particular interés en este estudio es el papel del régimen de afiliación sobre el uso de servicios de salud, dado que las personas que pertenecen al régimen contributivo tienen un 73,4% más posibilidad de utilizar los servicios frente a aquellas del régimen subsidiado. Aunque no se esperaría encontrar asociación significativa entre el uso de servicios y el nivel de ingresos, los resultados muestran que las personas con salario per cápita entre  $\frac{1}{2}$  y 1 SMMLV tienen más posibilidad de uso que quienes devengan menos de  $\frac{1}{4}$  SMMLV per cápita (22,7% en el pool y 24,9% en el régimen subsidiado). Por el contrario, en la población contributiva el nivel de ingresos parece no tener un efecto estadísticamente significativo sobre el uso de servicios médicos que no requieren hospitalización, lo cual se debe posiblemente a la obligatoriedad de la afiliación en familias con trabajos formales, que no induce necesariamente al uso de servicios médicos.

Por otra parte, los resultados muestran que estar ocupado en el sector informal tiene un efecto significativo y reduce las posibilidades de uso de servicios en un 22,4% frente a quienes no trabajan. Aunque en el pool solo el trabajo informal resultó significativo, el tener un trabajo formal pasa también a ser significativa en el régimen subsidiado, en el cual los trabajadores formales o informales tienen un 37,3% y 25,9% menos posibilidad de utilizar los servicios de salud comparado con las personas desocupadas. Al igual que en el caso de ingreso, la condición laboral no influye de manera significativa en el uso de servicios médicos dentro del régimen contributivo.

En el componente de **necesidad**, el padecimiento de enfermedades crónicas en el pool resultó estadísticamente significativo, mostrando que las personas con alguna de estas enfermedades y que asisten periódicamente a consulta médica tienen 52,9% más posibilidad de hacer uso de los servicios de salud que las personas que no padecen enfermedades crónicas. Por otra parte, las personas que padecen una de estas enfermedades, pero dicen no ir con frecuencia al médico, tienen 32,4% menor posibilidad de usar servicios frente al mismo grupo de referencia.

El padecimiento de enfermedades crónicas es significativo en el régimen subsidiado; sin embargo, comparativamente con la población que no presenta esta condición, quienes consultan periódicamente por la enfermedad tienen mayor posibilidad de acceder a servicios médicos (59,2%) y quienes no consultan periódicamente tienen 39,6% menos posibilidad de uso de estos servicios. En el régimen contributivo, la población con enfermedad crónica y que consulta periódicamente, tiene 44,9% más posibilidad de acceder a servicios médicos frente a quienes no se encuentran en la misma situación de salud.



Por otra parte, a diferencia del pool, donde considerarse con buena salud disminuye la posibilidad de uso de servicios en 28,3%, el estado de salud auto reportado no resultó significativo en ninguno de los dos regímenes. Caso contrario ocurre con la condición de discapacidad ya que, aunque en el pool no fue significativa, sí lo es para el modelo independiente del régimen contributivo. Específicamente, una persona en condición de discapacidad en el régimen contributivo tiene 89,6% más posibilidad de usar servicios de salud que una persona que no presenta ninguna condición de discapacidad en el mismo régimen. Por el contrario, en el régimen subsidiado la condición de discapacidad parece no ser un factor que influya significativamente en el acceso a este tipo de servicios de salud.

**Tabla 9. Determinantes del uso de servicios de salud que no implicaron hospitalización, en el pool y los regímenes subsidiado y contributivo**

Variable	Pool				Subsidiado				Contributivo				
	Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)	
	1 - 4 §												
	5 - 14												
Rangos de edad	15 - 18 Hombres	-0.3248***	0.1249	-0.0698	-27.70	-0.2672**	0.132	-0.0611	-23.40	-0.5322**	0.2647	-0.0896	-41.30
	15 - 18 Mujeres	-0.6105***	0.1963	-0.1352	-45.70	-0.6976***	0.223	-0.1620	-50.20	-0.2172	0.4989	-0.0337	-19.50
	19 - 44 Hombres	-0.2300	0.1923	-0.0488	-20.50	-0.1866	0.233	-0.0424	-17.00	-0.3042	0.3969	-0.0483	-26.20
	19 - 44 Mujeres	-0.3767**	0.1589	-0.0814	-31.40	-0.3324*	0.196	-0.0763	-28.30	-0.5966**	0.3023	-0.1020	-44.90
	45 - 49	0.0331	0.1465	0.0067	3.40	0.2302	0.189	0.0501	25.90	-0.3915	0.2976	-0.0636	-32.40
	50 - 54	-0.0497	0.1701	-0.0103	-4.80	0.0864	0.225	0.0191	9.00	-0.3340	0.3624	-0.0535	-28.40
	55 - 59	-0.1468	0.1783	-0.0308	-13.70	0.1133	0.233	0.0250	12.00	-0.7261**	0.3540	-0.1278	-51.60
	60 - 64	-0.2787	0.1832	-0.0595	-24.30	0.1488	0.236	0.0327	16.00	-1.2007***	0.3518	-0.2313	-69.90
	65 - 69	-0.2701	0.1940	-0.0576	-23.70	0.0197	0.251	0.0044	2.00	-0.7368**	0.3606	-0.1300	-52.10
	70 - 74	-0.1528	0.2228	-0.0321	-14.20	0.2827	0.255	0.0611	32.70	-0.9150**	0.3958	-0.1675	-59.90
	74 o más	-0.2859	0.2378	-0.0611	-24.90	0.1037	0.277	0.0229	10.90	-0.9020**	0.4532	-0.1647	-59.40
		-0.1451	0.1946	-0.0304	-13.50	0.2527	0.241	0.0548	28.80	-0.9320**	0.4114	-0.1712	-60.60
Genero	Mujer §												
	Hombre	0.0750	0.0756	0.0161	7.80	0.1146	0.093	0.0254	12.10	0.0097	0.1460	0.0019	1.00
Etnia	Blanco, mestizo u otro §												
	Gitano, raizal o palenquero	-0.4739	0.6586	-0.1066	-37.70	0.0465	0.760	0.0102	4.80	-0.9391	0.8293	-0.2044	-60.90
	Negro, mulato o afro	-0.1093	0.0707	-0.0237	-10.40	-0.151*	0.085	-0.0339	-14.00	-0.0350	0.1574	-0.0067	-3.40
Nivel educativo	Ninguno §												
	Preescolar	0.3059	0.3655	0.0626	35.80	0.3375	0.396	0.0725	40.10	0.4290	0.8091	0.0848	53.60
	Básica Primaria (1 - 5)	0.0069	0.1090	0.0015	0.70	0.0075	0.118	0.0017	0.80	0.4212	0.3179	0.0834	52.40
	Básica secundaria y media (6 - 13)	0.0484	0.1214	0.0103	5.00	0.0645	0.137	0.0143	6.70	0.3748	0.3139	0.0748	45.50
	Técnico	-0.1083	0.1826	-0.0235	-10.30	0.0262	0.235	0.0058	2.70	0.1759	0.3724	0.0364	19.20
	Tecnológico	-0.2001	0.2576	-0.0439	-18.10	-0.5552	0.525	-0.1281	-42.60	0.3003	0.4025	0.0608	35.00
	Universitaria y postgrado	-0.3256**	0.1641	-0.0724	-27.80	-0.6683**	0.284	-0.1544	-48.70	0.1297	0.3485	0.0270	13.90
Estado civil	Soltero §												
	Casado/Unión libre	-0.1209	0.0978	-0.0260	-11.40	-0.237*	0.122	-0.0524	-21.10	0.0527	0.1723	0.0101	5.40
	Viudo/Divorciado	-0.1028	0.1169	-0.0220	-9.80	-0.2968*	0.153	-0.0659	-25.70	0.1325	0.2314	0.0251	14.20
Estado laboral	No trabaja §												
	Trabaja formal	-0.0413	0.1037	-0.0088	-4.00	-0.467***	0.151	-0.1063	-37.30	0.2743	0.1703	0.0507	31.60
	Trabaja informal	-0.2537***	0.0810	-0.0555	-22.40	-0.2993***	0.098	-0.0673	-25.90	-0.1594	0.1734	-0.0320	-14.70

Variable		Pool				Subsidiado				Contributivo			
		Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)
Estado de salud auto-reportado	Malo §												
	Regular	0.1096	0.1455	0.0230	11.60	0.2050	0.143	0.0451	22.80	-0.1610	0.3773	-0.0281	-14.90
	Bueno	-0.1439	0.1498	-0.0312	-13.40	-0.0935	0.154	-0.0212	-8.90	-0.3343	0.3867	-0.0607	-28.40
	Muy bueno	-0.3322*	0.1922	-0.0736	-28.30	-0.1959	0.230	-0.0448	-17.80	-0.5796	0.4336	-0.1107	-44.00
Padecimiento de enfermedades crónicas	No tiene §												
	Tiene y consulta periódicamente	0.4244***	0.0850	0.0889	52.90	0.4648***	0.097	0.1012	59.20	0.37705**	0.1720	0.0684	44.90
	Tiene pero no consulta periódicamente	-0.3911***	0.1189	-0.0902	-32.40	-0.5046***	0.143	-0.1191	-39.60	-0.0536	0.2924	-0.0108	-5.20
Condición de discapacidad	No §												
	Sí	0.1051	0.1131	0.0224	11.10	-0.0973	0.138	-0.0218	-9.30	0.6395**	0.2648	0.1085	89.60
Valoración de la calidad del servicio de salud	Muy malo §												
	Malo	0.0522	0.1804	0.0121	5.40	-0.2549	0.243	-0.0591	-22.50	0.2755	0.2525	0.0608	31.70
	Bueno	0.4431**	0.1734	0.0992	55.70	0.1358	0.235	0.0306	14.50	0.6564***	0.2448	0.1363	92.80
	Muy Bueno	0.7254***	0.2082	0.1564	106.60	0.4714*	0.269	0.1019	60.20	0.8356**	0.3352	0.1678	130.60
	No sabe	-1.1235***	0.3145	-0.2554	-67.50	-1.2247***	0.402	-0.2787	-70.60	-1.3049***	0.4614	-0.2998	-72.90
Zona	Urbana §												
	Rural	-0.3352***	0.0647	-0.0729	-28.50	-0.4486***	0.075	-0.1004	-36.10	0.0785	0.1343	0.0149	8.20
Salario Mínimo	Menos de 1/4 SMMLV §												
	De 1/4 a 1/2 SMMLV	0.1505*	0.0783	0.0325	16.20	0.1127	0.079	0.0253	11.90	0.2679	0.2640	0.0504	30.70
	De 1/2 a 1 SMMLV	0.2043**	0.0893	0.0438	22.70	0.2223**	0.104	0.0493	24.90	0.1743	0.2516	0.0335	19.00
	Más de 1 SMMLV	-0.1076	0.1172	-0.0239	-10.20	0.0072	0.157	0.0016	0.70	-0.0828	0.2540	-0.0167	-7.90
Régimen	Subsidiado §												
	Contributivo	0.5507***	0.0821	0.1159	73.40								
	<b>Constante</b>	0.4380*	0.2620			0.6989**	0.314			0.6458	0.5685		
No. Observaciones			5732				3845				1887		
Sensibilidad			92.93%				87.27%				97.78%		
Especificidad			18.28%				29.06%				9.89%		
Overall			66.36%				64.60%				72.81%		
Hosmer-Lemeshow test			0.2514				0.3181				0.2114		
Área debajo de la curva ROC			0.6456				0.6578				0.6409		

Fuente: Elaboración propia basada en la ECV 2014, DANE

**Nota:** Significancia de los coeficientes según los asteriscos: \*10%, \*\*,5%, \*\*\*1%. Coeficientes con § corresponden al grupo de comparación

### 1.5.2 Servicios médicos hospitalarios

En esta sección se presentan los resultados del modelo de estimación de los determinantes del uso de servicios hospitalarios, para el pool que incluye los dos planes de salud (subsidiado y contributivo) y para cada uno de los regímenes (ver Tabla 10). La estimación de este modelo se realiza sobre toda la población, y asume como variable dependiente una dummy que toma valor "1" si la persona tuvo que ser hospitalizada en los últimos 12 meses y valor "0" en el caso contrario. Se asumieron las mismas variables consideradas en el caso de atención en salud, con fines comparativos entre servicios de salud considerados.

En el componente de *predisposición*, todos los rangos de edad fueron altamente significativos en el pool, siendo las mujeres entre 15 y 18 años quienes tienen más posibilidad de ser hospitalizadas comparativamente con el grupo de 1 a 4 años. Al dividir la población según el régimen de afiliación, los rangos de edad siguen siendo significativos, con posibilidades similares para cada régimen; la única diferencia que vale la pena destacar es que dentro del régimen contributivo las mujeres entre 19 y 44 años de edad son quienes tienen mayor posibilidad de uso de servicios hospitalarios. Para el caso del régimen subsidiado, al igual que en el pool, las mujeres entre 15 y 18 años son quienes tienen mayor posibilidad de eventos hospitalarios, respecto al mismo grupo de referencia.

Por otra parte, se observa que los hombres tienen 17,3% más posibilidad de ser hospitalizados que las mujeres; posibilidad que es similar a la encontrada en el régimen subsidiado y se incrementa a 20,2% en el contributivo. En lo que se refiere a los grupos étnicos, comparativamente con el grupo de blancos, mestizos u otros, pertenecer a la etnia negro, mulato o afrodescendiente incrementa la posibilidad de uso de este servicio en 17,3% dentro del pool y en 22% en el plan contributivo. En contraposición, dentro del régimen subsidiado no se evidencia ninguna influencia de la etnia sobre el uso de servicios hospitalarios en el último año.

En este mismo componente, se evidencia que contar con educación secundaria o media incrementa las posibilidades de ser hospitalizado en 15,9% y haber alcanzado un nivel universitario o posgrado en 30,7%, esto en comparación con las personas que no tienen ningún tipo de educación. Este comportamiento es similar dentro del régimen subsidiado, aunque con mayores posibilidades de uso dentro de estos niveles de educación; mientras en el régimen contributivo el nivel de educación parece no influir en el uso de servicios hospitalarios.

En lo que tiene que ver con la valoración del servicio de salud, entre mejor es la valoración de la calidad de los servicios de salud, mayor es la posibilidad de uso de servicios hospitalarios. Particularmente, quienes consideran "muy buena" la calidad

del servicio, tienen un 50,5% más de posibilidad de ser hospitalizados que quienes lo valoran como “muy malo”, porcentaje que se incrementa en el régimen subsidiado a 100,5%. La última variable del componente de predisposición, zona de residencia, indica que el vivir en la zona rural disminuye las posibilidades de usar los servicios de hospitalización en un 17,4% en el pool y en 24,7% dentro del régimen subsidiado, comparativamente con quienes habitan en la zona urbana.

Con respecto al componente de mediación, se encontró que las personas afiliadas en el plan contributivo tienen 8,9% menos posibilidad de usar servicios hospitalarios que las personas afiliadas en el régimen subsidiado, lo cual puede deberse probablemente a la presencia de barreras o problemas administrativos. En cuanto a la condición laboral se encontró que, comparativamente con la población no trabajadora, quienes trabajan informal o formalmente, tienen 28,3% y 21,5% menos posibilidad de utilizar los servicios de hospitalización respectivamente, en comparación con la población no trabajadora; comportamiento que se mantiene al interior de cada régimen. Como es de esperarse, el nivel de ingreso no resultó ser un determinante estadísticamente significativo para el uso de servicios hospitalarios, ni en el pool ni al discriminar por régimen de afiliación, lo cual tiene sentido en la medida que se trata de un modelo de aseguramiento público.

En el componente de necesidad, las tres variables resultaron estadísticamente significativas. El estado de salud auto reportado tiene una relación negativa con la propensión a utilizar servicios hospitalarios, esto quiere decir que entre mejor sea el auto reporte de salud menos posibilidades tiene la persona de ser hospitalizada. En particular, las personas que dicen gozar de muy buena salud tienen 87% menos probabilidad de ser hospitalizadas frente a quienes se consideran con mala salud. Por otra parte, el padecimiento de enfermedades crónicas aumenta la posibilidad de usar servicios hospitalarios, especialmente cuando consultan al médico de manera periódica, caso en el cual el incremento de las posibilidades de uso es cercano al 100. Finalmente, la presencia de discapacidad aumenta en 36,8% la posibilidad de usar servicios de hospitalización, con algunas variaciones por régimen: 31,5% más posibilidad de uso en el régimen subsidiado y 45,3% en el plan contributivo.

**Tabla 10. Determinantes del uso de servicios hospitalarios, en el pool y los regímenes subsidiado y contributivo**

Variable	Categorías	Pool				Subsidiado				Contributivo			
		Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)
Rangos de edad	1 - 4 §												
	5 - 14	-0.9029***	0.0718	-0.0747	-59.50	-0.8145***	0.082	-0.0680	-55.70	-1.1102***	0.1345	-0.0880	-67.00
	15 - 18 Hombres	-1.0221***	0.1248	-0.0814	-64.00	-0.9404***	0.145	-0.0754	-61.00	-1.2339***	0.2597	-0.0940	-70.90
	15 - 18 Mujeres	-0.2034**	0.0934	-0.0210	-18.40	-0.0856	0.110	-0.0090	-8.20	-0.5313***	0.1883	-0.0506	-41.20
	19 - 44 Hombres	-0.9335***	0.0873	-0.0765	-60.70	-0.8432***	0.108	-0.0697	-57.00	-1.0832***	0.1587	-0.0866	-66.10
	19 - 44 Mujeres	-0.4671***	0.0845	-0.0444	-37.30	-0.4928***	0.107	-0.0456	-38.90	-0.4194***	0.1520	-0.0414	-34.30
	45 - 49	-1.0675***	0.1077	-0.0838	-65.60	-0.9850***	0.136	-0.0779	-62.70	-1.1784***	0.1805	-0.0914	-69.20
	50 - 54	-1.1116***	0.1075	-0.0861	-67.10	-1.1108***	0.134	-0.0844	-67.10	-1.1155***	0.1782	-0.0883	-67.20
	55 - 59	-1.1301***	0.1092	-0.0870	-67.70	-1.0727***	0.139	-0.0825	-65.80	-1.1938***	0.1850	-0.0921	-69.70
	60 - 64	-1.0954***	0.1170	-0.0852	-66.60	-0.8659***	0.139	-0.0711	-57.90	-1.4325***	0.1969	-0.1026	-76.10
65 - 69	-1.2273***	0.1208	-0.0916	-70.70	-1.1201***	0.147	-0.0848	-67.40	-1.3488***	0.2037	-0.0992	-74.00	
70 - 74	-1.1654***	0.1219	-0.0887	-68.80	-0.9800***	0.139	-0.0776	-62.50	-1.4572***	0.2149	-0.1036	-76.70	
74 o más	-0.9898***	0.1094	-0.0797	-62.80	-0.9985***	0.136	-0.0786	-63.20	-0.9478***	0.1844	-0.0791	-61.20	
Genero	Mujer §												
	Hombre	0.1600***	0.0479	0.0103	17.30	0.1583***	0.058	0.0105	17.20	0.1839**	0.0770	0.0112	20.20
Etnia	Blanco, mestizo u otro §												
	Gitano, raizal o palenquero	-0.1198	0.2150	-0.0072	-11.30	0.0350	0.368	0.0023	3.60	-0.1660	0.2870	-0.0092	-15.30
	Negro, mulato o afro	0.0948**	0.0472	0.0062	9.90	0.0393	0.056	0.0026	4.00	0.1989**	0.0833	0.0127	22.00
Nivel educativo	Ninguno §												
	Preescolar	-0.0573	0.1878	-0.0034	-5.60	-0.0384	0.198	-0.0023	-3.80	-0.2928	0.4962	-0.0175	-25.40
	Básica Primaria (1 - 5)	-0.0080	0.0626	-0.0005	-0.80	0.0233	0.074	0.0014	2.40	-0.1964	0.1539	-0.0122	-17.80
	Básica secundaria y media (6 - 13)	0.1472**	0.0702	0.0094	15.90	0.2419***	0.081	0.0162	27.40	-0.1631	0.1536	-0.0102	-15.00
	Técnico	0.0647	0.1012	0.0040	6.70	0.1352	0.141	0.0087	14.50	-0.2136	0.1732	-0.0132	-19.20
	Tecnológico	0.1426	0.1458	0.0091	15.30	-0.1862	0.303	-0.0106	-17.00	0.0039	0.2004	0.0003	0.40
Universitaria y postgrado	0.2676***	0.0959	0.0179	30.70	0.3076*	0.159	0.0211	36.00	0.0084	0.1664	0.0006	0.80	
Estado civil	Soltero §												
	Casado/Unión libre	0.4573***	0.0612	0.0286	58.00	0.4561***	0.074	0.0300	57.80	0.4646***	0.1003	0.0266	59.10
	Viudo/Divorciado	0.5087***	0.0695	0.0325	66.30	0.4527***	0.085	0.0297	57.30	0.5929***	0.1220	0.0358	80.90
Estado laboral	No trabaja §												
	Trabaja formal	-0.2417***	0.0595	-0.0155	-21.50	-0.4416***	0.094	-0.0274	-35.70	-0.1679**	0.0783	-0.0104	-15.50
	Trabaja informal	-0.3323***	0.0494	-0.0206	-28.30	-0.3442***	0.053	-0.0221	-29.10	-0.3628***	0.0888	-0.0208	-30.40

Variable	Categorías	Pool				Subsidiado				Contributivo			
		Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)
Estado de salud auto-reportado	Malo §												
	Regular	-0.4450***	0.0758	-0.0580	-35.90	-0.4327***	0.089	-0.0566	-35.10	-0.4880***	0.1529	-0.0630	-38.60
	Bueno	-1.4617***	0.0824	-0.1379	-76.80	-1.4798***	0.098	-0.1389	-77.20	-1.4633***	0.1647	-0.1388	-76.90
	Muy bueno	-1.9390***	0.1169	-0.1576	-85.60	-1.9620***	0.161	-0.1585	-85.90	-1.9208***	0.1971	-0.1580	-85.40
Padecimiento de enfermedades crónicas	No tiene §												
	Tiene y consulta periódicamente	0.6914***	0.0464	0.0517	99.60	0.6842***	0.060	0.0527	98.20	0.6799***	0.0755	0.0478	97.40
	Tiene pero no consulta periódicamente	0.2504***	0.0825	0.0156	28.40	0.2840***	0.100	0.0186	32.80	0.1730	0.1503	0.0098	18.90
Condición de discapacidad	No §												
	Sí	0.3131***	0.0582	0.0221	36.80	0.2735***	0.071	0.0196	31.50	0.3736***	0.1044	0.0255	45.30
Valoración de la calidad del servicio de salud	Muy malo §												
	Malo	-0.1175	0.1121	-0.0077	-11.10	0.1033	0.159	0.0062	10.90	-0.2915**	0.1395	-0.0203	-25.30
	Bueno	-0.1207	0.1046	-0.0080	-11.40	0.1648	0.158	0.0102	17.90	-0.3902***	0.1364	-0.0263	-32.30
	Muy Bueno	0.4088***	0.1232	0.0328	50.50	0.6955***	0.173	0.0528	100.50	0.1211	0.1654	0.0098	12.90
	No sabe	-0.8907***	0.1999	-0.0440	-59.00	-0.7741***	0.282	-0.0332	-53.90	-0.9197***	0.3099	-0.0511	-60.10
Zona	Urbana §												
	Rural	-0.1913***	0.0373	-0.0120	-17.40	-0.2837***	0.042	-0.0187	-24.70	0.0535	0.0661	0.0033	5.50
Salario Mínimo	Menos de 1/4 SMMLV §												
	De 1/4 a 1/2 SMMLV	-0.0058	0.0424	-0.0004	-0.60	-0.0467	0.049	-0.0031	-4.60	0.1469	0.1344	0.0087	15.80
	De 1/2 a 1 SMMLV	-0.0242	0.0508	-0.0015	-2.40	-0.0339	0.059	-0.0022	-3.30	0.0536	0.1247	0.0031	5.50
	Más de 1 SMMLV	-0.0102	0.0651	-0.0007	-1.00	-0.0208	0.094	-0.0014	-2.10	0.1055	0.1253	0.0062	11.10
Régimen	Subsidiado §												
	Contributivo	-0.0937**	0.0432	-0.0059	-8.90								
	<b>Constante</b>	<b>-0.8809***</b>	<b>0.1505</b>			<b>-1.1458***</b>	<b>0.199</b>			<b>-0.6026**</b>	<b>0.2712</b>		
No. Observaciones			59051				36514				22537		
Sensibilidad			0.18%				0.25%				0.32%		
Especificidad			99.98%				99.98%				99.96%		
Overall			92.66%				92.38%				93.10%		
Hosmer-Lemeshow test			0.0000				0.0000				0.0014		
Área debajo de la curva ROC			0.7214				0.7274				0.7217		

Fuente: Elaboración propia basada en la ECV 2014, DANE

**Nota:** Significancia de los coeficientes según los asteriscos: \*10%, \*\*,5%, \*\*\*1%. Coeficientes con § corresponden al grupo de comparación.

### 1.5.3 Servicios médicos preventivos

En la Tabla 11 se presentan los resultados obtenidos en los modelos de estimación para los determinantes del uso de servicios médicos preventivos. Se considera que una persona hizo uso efectivo de algún servicio médico preventivo si, sin estar enfermo y por prevención visitó, al médico general o al odontólogo en el último año. La variable dependiente del modelo toma entonces valor "1" si la persona hizo uso de servicios preventivos en el último año y "0" en caso contrario. Los resultados muestran la alta asociación entre las variables explicativas consideradas y el uso de servicios preventivos, excepto por algunas categorías puntuales que no resultaron significativas a los niveles de confianza especificados.

Dentro del componente de *predisposición* del pool, las odds ratio de los rangos de edad no varían demasiado entre sí, encontrando en mayores de 14 años de edad entre 70% y 85% menos posibilidad de ir a una visita preventiva frente al grupo de comparación, lo cual indica que la población que más usa servicios preventivos corresponde a los niños de 1 a 4 años. Esta conclusión se mantiene al interior de cada uno de los regímenes de salud, dado que todos los rangos de edad siguen siendo significativos para los dos regímenes y conservan una magnitud similar en los odds ratios estimados.

En contraste con las mujeres de cada uno de los regímenes, los hombres tienen 32,7% y 27,4% menos posibilidad de uso de servicios preventivos en el régimen subsidiado y contributivo respectivamente, muy cercano al 30,8% evidenciado en el pool. En cuanto al estado civil, a nivel del pool las personas casadas o en unión libre y las viudas o divorciadas tienen respectivamente 14,7% y 11,1% más posibilidad de asistir a una cita preventiva que una persona soltera, comportamiento que no varía al interior de cada uno de los regímenes de salud.

Niveles de educación superiores influyen igualmente en el acceso a este tipo de servicios, de tal manera que una persona (en el pool) con estudios universitarios tiene 78,4% mayor posibilidad de uso que una persona sin ningún tipo de estudio. Las posibilidades de uso dentro del régimen subsidiado son mayores entre la población que tiene estudios técnicos (64,0%) comparativamente con aquellos sin educación; sin embargo, a diferencia de lo evidenciado en el pool, la población con estudios tecnológicos y universitarios o posgrado tiene tan solo 27,9% y 46,8% más posibilidades de uso respectivamente frente al mismo grupo de referencia. Por el contrario, los resultados indican que contar con educación superior en el plan contributivo parece no influir en la decisión de acceder a servicios preventivos.

En los dos regímenes de aseguramiento, al igual que en el pool, ser negro, mulato o afrodescendiente disminuye la posibilidad de uso de servicios preventivos en un 22,0% (pool), 24,3% (subsidiado) y 14% (contributivo) comparativamente con la población blanca, mestiza u otra etnia. Por otra parte, a nivel del pool se observa que, entre mejor es la valoración de la calidad del servicio de salud, mayor es la posibilidad de asistencia a servicios preventivos, lo cual se mantiene, aunque en menores niveles dentro del régimen subsidiado. En lo que respecta a la zona de residencia, quienes se encuentran en la zona rural tienen 10,4% menor posibilidad de uso de servicios preventivos respecto a quienes habitan en la zona urbana, lo cual es transversal para los regímenes de salud bajo consideración.

En cuanto al componente mediador, todas las variables resultaron estadísticamente significativas; en particular, estar afiliado en el régimen contributivo aumenta la posibilidad de asistir a una cita médica preventiva en un 30,1% comparativamente con el subsidiado. En cuanto a la condición laboral dentro del pool, la población que trabaja tiene menos posibilidad de asistir a una visita preventiva: tener un trabajo informal reduce la posibilidad de asistir en 13% y trabajar formalmente en 15,6%, en comparación con el grupo no trabajador. Este comportamiento, aunque con porcentajes diferenciales, se mantiene al interior de cada régimen de salud. Por otra parte, contar con un mayor nivel de ingresos aumenta la propensión a asistir a una visita preventiva, tanto en el pool como dentro de cada régimen, resultado que puede estar ligado posiblemente con un mayor estatus socio-económico y posiblemente un mayor nivel de educación de esta población.

Finalmente, en el componente de necesidad el padecimiento de enfermedades crónicas resulta ser un determinante estadísticamente significativo del uso de servicios médicos preventivos, especialmente en el grupo de personas que padece alguna de estas enfermedades y consulta periódicamente, en el cual hay una elevada posibilidad de acceder a servicios médico preventivos comparativamente con la población que no padece este tipo de enfermedades. Por otro lado, las personas que presentan algún tipo de discapacidad tienen 25,9% más propensión a asistir a una visita preventiva frente a aquellas no discapacitadas, lo cual puede estar asociado con la necesidad de búsqueda de servicios para tratar su condición, tanto en el pool como al interior de cada régimen de aseguramiento.

En cuanto al estado de salud auto-reportado, tanto en el pool como en el régimen subsidiado, considerarse con un estado de salud regular aumenta en 33,3% y 34,8% respectivamente la posibilidad de acceso a servicios preventivos en contraste con la población que reporta mala salud. En particular, en el régimen contributivo se encuentra que, comparativamente con el grupo de individuos que reportan mala salud, el resto de personas dentro del régimen tiene mayor posibilidad de uso de servicios preventivos, aún quienes tienen buena o muy buena salud.

**Tabla 11. Determinantes del uso de servicios medico preventivos, en el pool y los regímenes subsidiado y contributivo**

Variable	Categorías	Pool				Subsidiado				Contributivo			
		Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)
Rangos de edad	1 - 4 §												
	5 - 14	-0.6801***	0.0578	-0.0725	-49.30	-0.6878***	0.065	-0.0832	-49.70	-0.6478***	0.1147	-0.0530	-47.70
	15 - 18 Hombres	-1.3512***	0.0670	-0.1790	-74.10	-1.3434***	0.076	-0.1974	-73.90	-1.3643***	0.1393	-0.1472	-74.40
	15 - 18 Mujeres	-1.3136***	0.0781	-0.1721	-73.10	-1.2614***	0.087	-0.1814	-71.70	-1.4449***	0.1478	-0.1604	-76.40
	19 - 44 Hombres	-1.7198***	0.0610	-0.2516	-82.10	-1.6906***	0.075	-0.2698	-81.60	-1.7753***	0.1200	-0.2201	-83.10
	19 - 44 Mujeres	-1.3624***	0.0663	-0.1811	-74.40	-1.3275***	0.076	-0.1943	-73.50	-1.4205***	0.1276	-0.1564	-75.80
	45 - 49	-1.6081***	0.0735	-0.2287	-80.00	-1.6075***	0.085	-0.2519	-80.00	-1.6246***	0.1349	-0.1918	-80.30
	50 - 54	-1.5623***	0.0724	-0.2196	-79.00	-1.5601***	0.091	-0.2419	-79.00	-1.5790***	0.1366	-0.1836	-79.40
	55 - 59	-1.5774***	0.0700	-0.2226	-79.30	-1.6573***	0.089	-0.2626	-80.90	-1.4458***	0.1449	-0.1606	-76.40
	60 - 64	-1.5039***	0.0802	-0.2081	-77.80	-1.5431***	0.094	-0.2383	-78.60	-1.4585***	0.1358	-0.1627	-76.70
65 - 69	-1.5569***	0.0796	-0.2185	-78.90	-1.5981***	0.102	-0.2499	-79.80	-1.5102***	0.1513	-0.1715	-77.90	
70 - 74	-1.4171***	0.0886	-0.1914	-75.80	-1.5091***	0.105	-0.2312	-77.90	-1.2327***	0.1689	-0.1268	-70.90	
74 o más	-1.3863***	0.0791	-0.1856	-75.00	-1.3729***	0.098	-0.2033	-74.70	-1.4301***	0.1554	-0.1580	-76.10	
Genero	Mujer §												
	Hombre	-0.3680***	0.0292	-0.0643	-30.80	-0.3954***	0.033	-0.0736	-32.70	-0.3200***	0.0516	-0.0498	-27.40
Etnia	Blanco, mestizo u otro §												
	Gitano, raizal o palenquero	-0.1398	0.1101	-0.0245	-13.10	0.1000	0.202	0.0178	10.50	-0.2826***	0.1350	-0.0462	-24.60
	Negro, mulato o afro	-0.2480***	0.0273	-0.0444	-22.00	-0.2781***	0.034	-0.0527	-24.30	-0.1505***	0.0525	-0.0239	-14.00
Nivel educativo	Ninguno §												
	Preescolar	-0.2270**	0.0940	-0.0448	-20.30	-0.2352**	0.101	-0.0475	-21.00	-0.1881***	0.2333	-0.0361	-17.10
	Básica Primaria (1 - 5)	0.1988***	0.0401	0.0368	22.00	0.1916***	0.045	0.0365	21.10	0.2229***	0.1158	0.0398	25.00
	Básica secundaria y media (6 - 13)	0.3252***	0.0439	0.0589	38.40	0.2885***	0.049	0.0542	33.40	0.4296	0.1133	0.0736	53.70
	Técnico	0.5139***	0.0641	0.0897	67.20	0.4948***	0.087	0.0896	64.00	0.6154	0.1254	0.1013	85.00
	Tecnológico	0.5224***	0.0859	0.0911	68.60	0.2460*	0.145	0.0465	27.90	0.7205	0.1448	0.1157	105.50
Universitaria y postgrado	0.5790***	0.0606	0.0998	78.40	0.3839***	0.104	0.0709	46.80	0.7124	0.1245	0.1147	103.90	
Estado civil	Soltero §												
	Casado/Unión libre	0.1374***	0.0288	0.0237	14.70	0.1118***	0.037	0.0205	11.80	0.1607*	0.0509	0.0249	17.40
	Viudo/Divorciado	0.1054***	0.0392	0.0183	11.10	0.0886*	0.051	0.0163	9.30	0.1160***	0.0702	0.0182	12.30
Estado laboral	No trabaja §												
	Trabaja formal	-0.1404***	0.0337	-0.0244	-13.10	-0.0646	0.052	-0.0118	-6.30	-0.2105***	0.0549	-0.0326	-19.00
	Trabaja informal	-0.1693***	0.0271	-0.0296	-15.60	-0.1443***	0.032	-0.0268	-13.40	-0.2165***	0.0551	-0.0336	-19.50

Variable	Categorías	Pool				Subsidiado				Contributivo			
		Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)	Coef.	DE	EM	OR (%)
Estado de salud auto-reportado	Malo §												
	Regular	0.2872***	0.0844	0.0494	33.30	0.2987***	0.090	0.0543	34.80	0.2397***	0.1862	0.0377	27.10
	Bueno	0.1110	0.0860	0.0198	11.70	0.0954	0.094	0.0180	10.00	0.1437***	0.1834	0.0231	15.50
	Muy bueno	0.0386	0.0946	0.0070	3.90	-0.0767	0.107	-0.0148	-7.40	0.1719***	0.1928	0.0275	18.80
Padecimiento de enfermedades crónicas	No tiene §												
	Tiene y consulta periódicamente	1.3752***	0.0460	0.1856	295.60	1.4504***	0.054	0.2085	326.50	1.2573	0.0735	0.1506	251.60
	Tiene pero no consulta periódicamente	-0.336***	0.0500	-0.0668	-28.50	-0.3862***	0.066	-0.0810	-32.00	-0.1998***	0.1048	-0.0354	-18.10
Condición de discapacidad	No §												
	Sí	0.2303***	0.0514	0.0382	25.90	0.2455***	0.060	0.0433	27.80	0.2019**	0.0973	0.0298	22.40
Valoración de la calidad del servicio de salud	Muy malo §												
	Malo	0.1691**	0.0737	0.0326	18.40	0.0512	0.097	0.0104	5.30	0.3285	0.1050	0.0574	38.90
	Bueno	0.4156***	0.0689	0.0767	51.50	0.3652***	0.094	0.0706	44.10	0.4583	0.0968	0.0778	58.10
	Muy Bueno	0.6036***	0.0871	0.1075	82.90	0.4577***	0.108	0.0872	58.00	0.7943	0.1263	0.1247	121.30
	No sabe	-1.0770***	0.0915	-0.2310	-65.90	-1.3303***	0.125	-0.2872	-73.60	-0.7325***	0.1314	-0.1510	-51.90
Zona	Urbana §												
	Rural	-0.1098***	0.0216	-0.0191	-10.40	-0.1025***	0.027	-0.0188	-9.70	-0.1429***	0.0401	-0.0225	-13.30
Salario Mínimo	Menos de 1/4 SMMLV §												
	De 1/4 a 1/2 SMMLV	0.0762***	0.0266	0.0135	7.90	0.1150***	0.030	0.0213	12.20	-0.1133***	0.0863	-0.0183	-10.70
	De 1/2 a 1 SMMLV	0.0994***	0.0314	0.0176	10.50	0.1048***	0.036	0.0194	11.00	0.0059***	0.0801	0.0009	0.60
	Más de 1 SMMLV	0.2903***	0.0393	0.0494	33.70	0.2930***	0.056	0.0525	34.00	0.1553***	0.0827	0.0236	16.80
Régimen	Subsidiado §												
	Contributivo	0.2632***	0.0260	0.0451	30.10								
	<b>Constante</b>	1.5265***	0.1301			1.6195***	0.151			1.7283			
No. Observaciones			59051				36514				22537		
Sensibilidad			97.28%				96.06%				99.21%		
Especificidad			11.12%				14.53%				3.99%		
Overall			74.86%				72.49%				78.89%		
Hosmer-Lemeshow test			0.0012				0.0098				0.0619		
Área debajo de la curva ROC			0.7030				0.7013				0.6928		

Fuente: Elaboración propia basada en la ECV 2014, DANE

**Nota:** Significancia de los coeficientes según los asteriscos: \*10%, \*\*,5%, \*\*\*1%. Coeficientes con § corresponden al grupo de comparación.

## 1.6 Análisis de Calidad

La reforma del sector a partir de 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. La calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad se define 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 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 (Kerguelén-Botero, 2008).

En esta sección se presentarán los resultados asociados con la evaluación de los usuarios respecto a los servicios prestados por las EPS en el año 2014, el ranking de las EPS de acuerdo a la calificación asociada con su desempeño, e información relacionada con los indicadores de calidad del Archivo 032 del Sistema de Inteligencia de Negocios de la Circular Única. El análisis de estos dos últimos se realizó de manera comparativa para los años 2014 y 2015 partiendo de la información proporcionada por el Ministerio de Salud y la Protección Social.

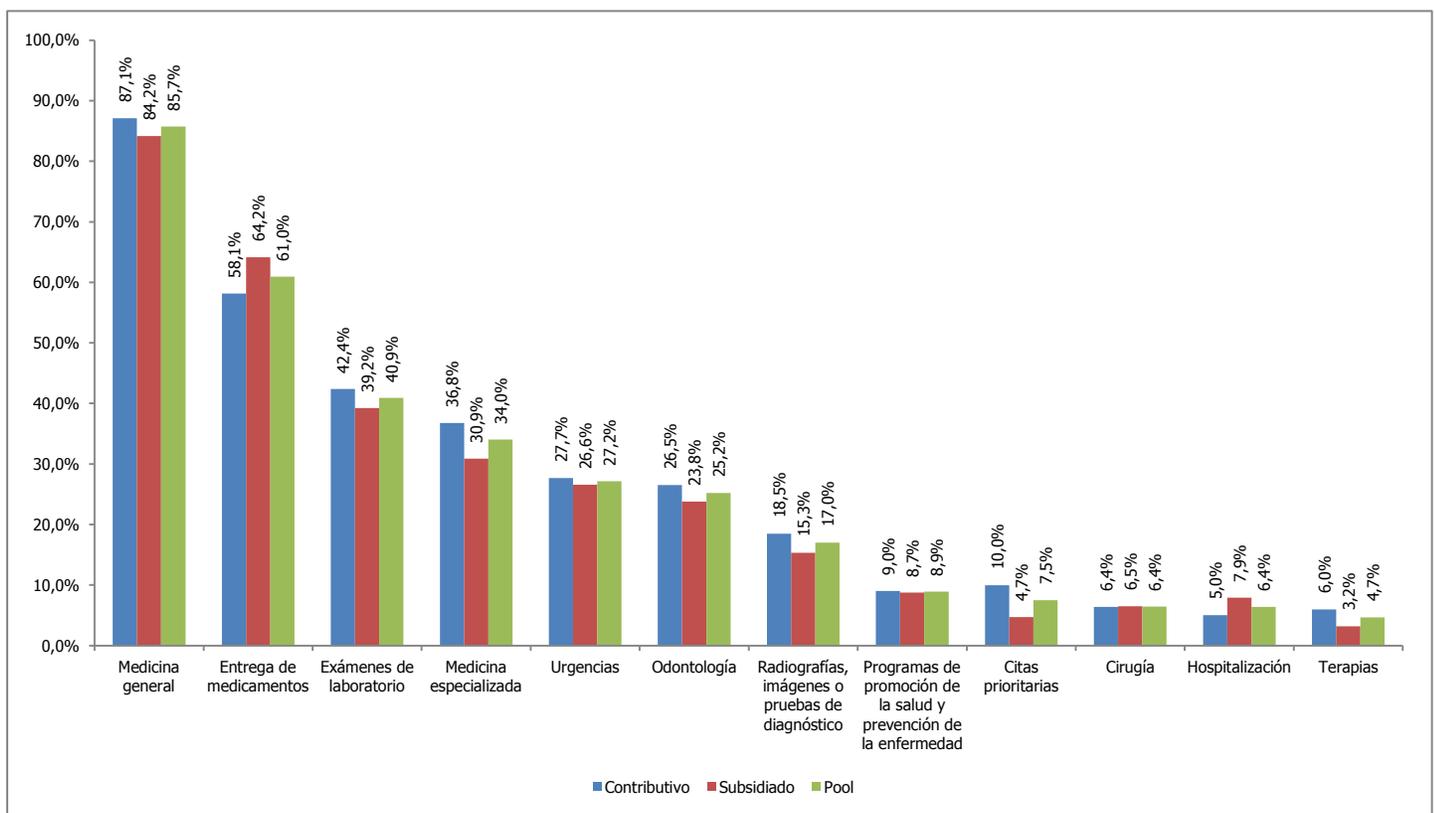
### 1.6.1 Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS

La encuesta de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, fue aplicada en el año 2014 a una muestra representativa de usuarios de servicios de salud durante los seis meses anteriores a la fecha de recolección de la encuesta. Se realizó un total de 56.033 contactos para obtener 20.361 encuestas efectivas, en 85 municipios de 32 departamentos y el Distrito Capital, las cuales representan a 22.5 millones de usuarios de las EPS (Infométrika, 2014). El Ministerio presenta en su página web los resultados de esta encuesta discriminados por régimen de afiliación para el año 2014 (Infométrika, 2014); sin embargo, en este documento se presentarán algunos resultados que se consideran de interés en términos comparativos entre los regímenes subsidiado y contributivo.

Los resultados muestran que los servicios de mayor uso (en los seis meses previos a la encuesta) fueron medicina general (85,7%) y entrega de medicamentos (61,0%), seguido por exámenes de laboratorio (40,9%) y medicina especializada (34,0%). El servicio de urgencias y odontología, por el contrario, fueron usados solamente 27,2% y 25,2% respectivamente. Menos del 17% de la población del pool acudió a servicios relacionados con radiografías, promoción y prevención, citas prioritarias, cirugía, hospitalización y terapias.

El Gráfico 1 muestra algunas diferencias por régimen de afiliación, especialmente en lo que se refiere a la entrega de medicamentos que presenta mayor frecuencia en el régimen subsidiado, y los servicios de medicina especializada y citas prioritarias que tienen más peso en la población afiliada al régimen contributivo. Aunque se visualizan algunas diferencias en los demás servicios de salud según regímenes de afiliación, éstas no superan los 3,5 puntos porcentuales.

**Gráfica 1. Utilización de servicios de salud en los seis meses previos a la aplicación de la encuesta, 2014**

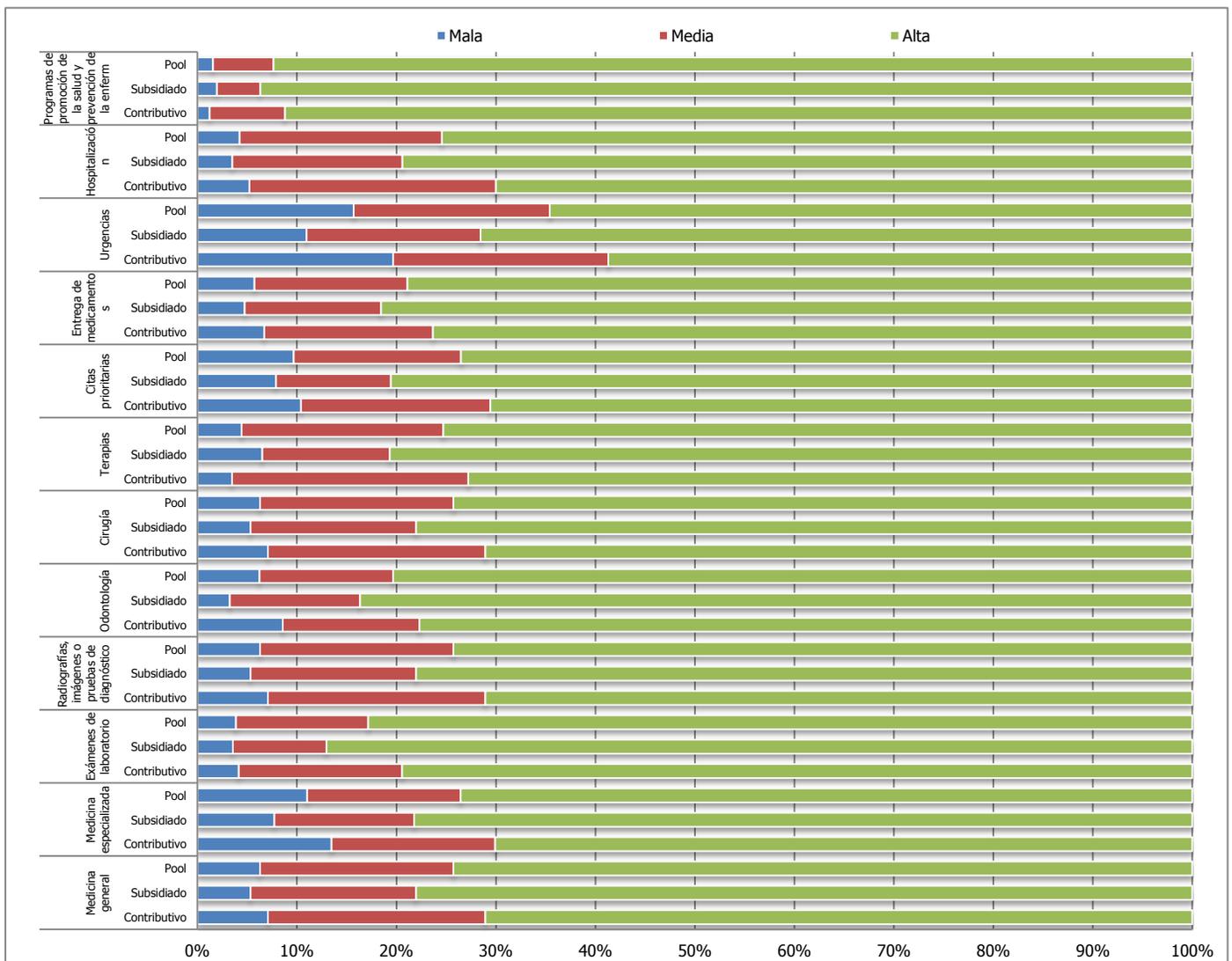


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta a Usuarios

Cada uno de los usuarios evaluó, en una escala de 1 a 5, la calidad de los servicios que utilizó. Para efectos del análisis, se debe tener en cuenta que la categoría "Mala" comprende aquellos que valoraron el servicio como muy malo o malo, la categoría "Media" tiene en cuenta a quienes evaluaron el servicio como ni bueno ni malo, y la categoría "Alta" hace referencia a las valoraciones buena y muy buena. Se tiene en cuenta la valoración de la calidad del servicio tanto en el pool, compuesto por la población subsidiada y contributiva, como en la población afiliada dentro de cada uno de estos dos regímenes de salud.

A partir del Gráfico 2 se evidencia que los servicios mejor valorados por los usuarios de los dos regímenes (pool) corresponden a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Alta: 92,3%), exámenes de laboratorio (Alta: 82,8%) y odontología (Alta: 80,3%). Resulta interesante ver que estos servicios son también los mejor valorados dentro de cada régimen de salud, aunque con mayores porcentajes dentro del régimen subsidiado (93,7%, 37,0% y 83,7% respectivamente) y menores porcentajes en el régimen contributivo (91,2%, 79,4% y 77,7% respectivamente).

**Gráfica 2. Valoración de la calidad de los servicios de salud por parte de los usuarios, 2014**



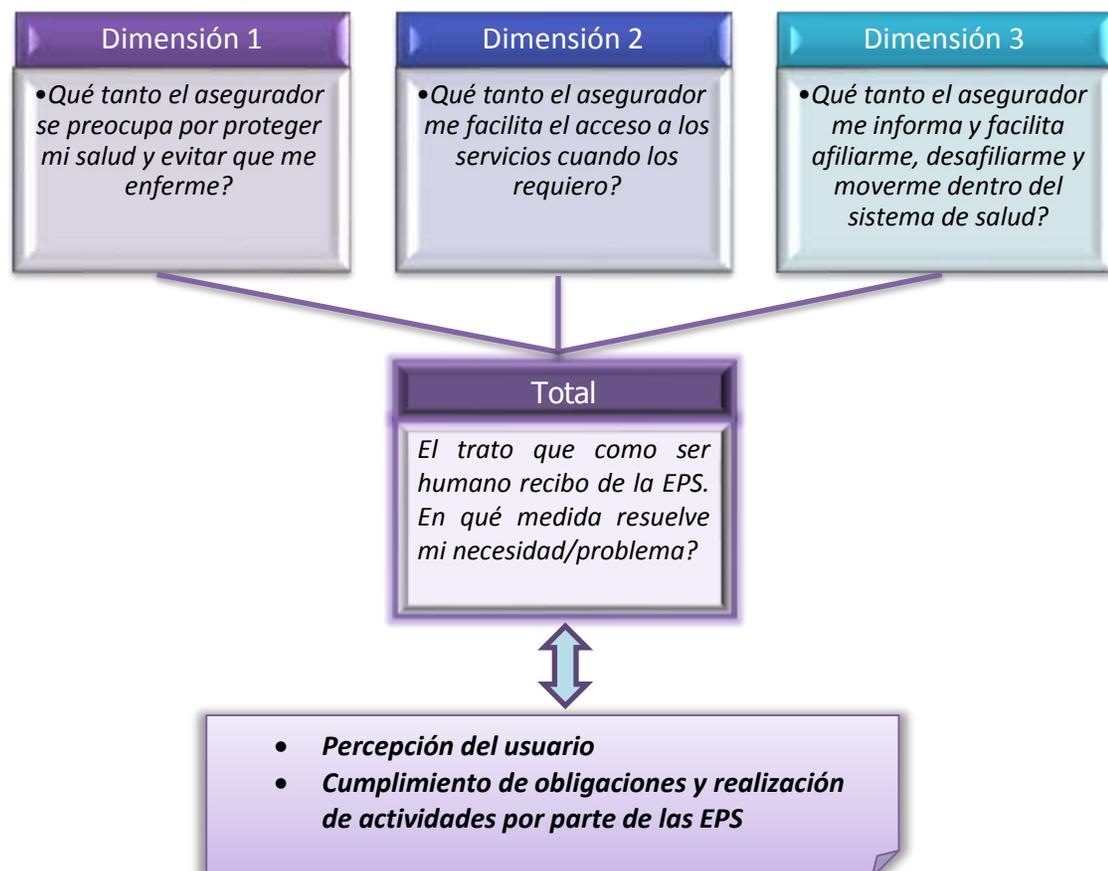
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta a Usuarios

En contraposición, los peor valorados en el pool corresponden al servicio de urgencias (Mala: 15,7%) y los servicios de medicina especializada (Mala: 11.0%), los cuales tienen igualmente una alta valoración mala dentro de cada régimen de salud, aunque al interior de los dos regímenes también prevalecen con mala calificación las citas prioritarias (Mala: 7,9% y 10,4% en los regímenes subsidiado y contributivo respectivamente).

### 1.6.2 Encuesta de Desempeño de las EPS

La importancia del ordenamiento por desempeño de las EPS radica en que ofrece a los usuarios del sistema de salud colombiano un medio fácil y entendible que le provee información sobre el desempeño de las diferentes EPS. Tal información sirve de base para que los usuarios conozcan las posibles mejoras de la EPS donde se encuentran afiliados, o tomen una decisión respecto a la EPS en la que desearían estar afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). La Figura 2 muestra las dimensiones con base en las cuales se realiza la calificación del desempeño de las EPS.

**Figura 2. Dimensiones para calificación del desempeño**



El conjunto de indicadores seleccionados para la primera dimensión corresponde a todas aquellas actividades relacionadas con temas de Promoción y Prevención, que forman parte de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, entre los cuales se encuentran: (1) tasa de incidencia sífilis congénita, (2) porcentaje de tamización para VIH en gestantes, (3) porcentaje de personas con diabetes mellitus estudiadas y clasificadas, (4) cobertura de citología cérvico uterina, (5) cobertura en consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez, y (6) porcentaje de personas que responden afirmativamente a la pregunta "Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?".

La segunda dimensión la componen indicadores que se relacionan con el acceso de los usuarios a los servicios de salud cuando los requieren: (1) porcentaje de personas que obtuvo la cita de medicina general antes de 3 días, (2) porcentaje de personas que obtuvo la cita de medicina especializada antes de 30 días, (3) porcentaje de personas que considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue fácil o muy fácil, (4) porcentaje de personas que respondió "probablemente si" o "definitivamente si" a la pregunta "Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?", y (5) porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales.

Los indicadores que se ubican en la tercera dimensión dan cuenta del aporte de información por parte de la EPS y la garantía de la adecuada prestación del servicio: (i) porcentaje de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes), (2) porcentaje de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre el desempeño de la EPS (carta de desempeño), (3) porcentaje de personas que presentó queja ante la EPS y su principal motivo fue la demora en el servicio de autorizaciones, y (4) tasa PQR por 10.000 afiliados (negación de la afiliación, barreras de acceso en la afiliación, trámites administrativos para la afiliación que son responsabilidad de las EPS, y traslados al usuario).

Para que el ordenamiento de las EPS muestre las prácticas que mejor protegen el derecho a la salud, se evalúan las tres dimensiones teniendo en cuenta, tanto la percepción del usuario, como el cumplimiento de obligaciones y realización de actividades por parte de las EPS. Es preciso tener en cuenta que todas las dimensiones tienen el mismo peso dentro del cálculo final del ordenamiento, ya que todas ellas protegen el derecho a la salud desde el punto de vista del asegurador. Los resultados discriminados por régimen se encuentran disponibles en la página web del Ministerio (2014). La información correspondiente a los años 2014-2015 fue suministrada igualmente por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Al evaluar las 27 aseguradoras del régimen subsidiado en el año 2014, se encuentra igual cantidad (9) de EPS en cada una de las categorías de clasificación del desempeño (bajo, medio, alto), comportamiento que cambió en el año 2015 dado que se redujo la cantidad de EPS con bajo (6 EPS) y alto (5 EPS) desempeño, encontrando la gran mayoría (16 EPS) con desempeño medio (ver Tabla 12).

Aunque 5 EPS pasaron de desempeño bajo a medio, y 2 EPS mejoraron su desempeño de medio a alto, se encontraron también casos en que el desempeño desmejoró en los dos años de referencia: 6 EPS pasaron de alto a medio y 2 EPS de desempeño medio a bajo. Del total de 27 EPS, 12 no presentaron ningún cambio entre los dos años, de las cuales tan solo 3 presentaban un alto desempeño, 5 EPS un desempeño medio y 4 EPS un bajo desempeño.

**Tabla 12. Desempeño de las EPS en el Régimen Subsidiado**

EPS		2014				2015				CAMBIO TOTAL
		D1	D2	D3	TOTAL	D1	D2	D3	TOTAL	
SAVIA SALUD	CCF002	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	EMPEORÓ
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF007	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	IGUAL
COMFABOY	CCF009	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEJORÓ
COMFACOR	CCF015	MEDIO	ALTO	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
CAFAM	CCF018	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
COMFAGUAJIRA	CCF023	BAJO	ALTO	BAJO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	MEJORÓ
COMFAMILIAR HUILA	CCF024	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	MEDIO	EMPEORÓ
CCF DE NARIÑO	CCF027	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	IGUAL
CCF DE SUCRE	CCF033	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO	EMPEORÓ
COMFACUNDI	CCF053	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	IGUAL
CAJACOPI ATLÁNTICO	CCF055	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEJORÓ
COLSUBSIDIO	CCF101	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	MEDIO	BAJO	IGUAL
CCF DEL CHOCÓ	CCF102	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEJORÓ
CAPRECOM	EPS020	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEJORÓ
CONVIDA	EPS022	ALTO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO	IGUAL
CAPRESOCA E.P.S.	EPS025	MEDIO	BAJO	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	IGUAL
CAFESALUD EPS RS	EPSS03	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEJORÓ
SALUDVIDA E.P.S. RS	EPSS33	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	IGUAL
CAPITAL SALUD	EPSS34	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	IGUAL
EMDISALUD	ESS002	MEDIO	IGUAL							
COOSALUD	ESS024	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
ASMET SALUD	ESS062	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	IGUAL
AMBUQ EPS	ESS076	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEJORÓ
ECOOPSOS	ESS091	ALTO	BAJO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	EMPEORÓ
EMSSANAR E.S.S	ESS118	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
COMPARTA	ESS133	MEDIO	IGUAL							
MUTUAL SER	ESS207	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	IGUAL

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014-2015

Al evaluar el comportamiento por cada una de las dimensiones, se encuentra que:

1. Los temas relacionados con promoción y prevención, y gestión integral en salud presentan niveles medios o bajos en 18 de las 27 EPS en el 2014 y en 22 de las 27 EPS en el 2015, lo cual evidencia una disminución en índice de desempeño de las instituciones en los indicadores de esta dimensión. Permanecieron en igual nivel de desempeño 2 EPS evaluadas con nivel alto de desempeño en 2014, 7 EPS con nivel medio y 3 con nivel bajo, mientras que de las 15 EPS restantes, 8 empeoraron (siete pasaron de índice alto a medio y una de medio a bajo) y 7 mejoraron (cuatro cambiaron de bajo a medio, una de medio a alto y dos de medio a alto).
2. En la segunda dimensión "Qué tanto mi EPS facilita el acceso a los servicios cuando los requiero", se encuentra que 18 de las 27 EPS en 2014 y 23 de las EPS en 2015 tuvieron índices bajos o medios de desempeño. Entre 2014 y 2015 se mantuvieron en el mismo nivel 16 EPS (tres en nivel alto, ocho en medio y cinco en bajo), mientras que 6 EPS empeoraron su condición pasando de nivel alto a medio y 5 EPS mostraron mejoría (cuatro pasaron de bajo a medio y una de medio a alto).
3. En cuanto a las acciones orientadas a mejorar y facilitar el cumplimiento de la dimensión 3 "Qué tanto mi EPS me informa y facilita moverme dentro del sistema de salud", se evidencia igualmente un comportamiento medio en los dos años; sin embargo, 18 EPS en 2014 y 23 EPS en 2015 mostraron índices bajos o medios. Los cambios entre los años 2014 y 2015 se presentaron en 17 de las 27 EPS, 9 EPS mejorando su condición (seis pasaron de desempeño bajo a medio, dos de medio a alto y una de bajo a alto), y 8 EPS empeorando su desempeño (cinco de alto a medio y cinco de alto a bajo). Tan solo 10 EPS de mantuvieron en el mismo nivel de desempeño, de las cuales 7 tienen nivel medio de desempeño, 1 nivel alto y 2 nivel bajo.

Para las 14 aseguradoras del régimen contributivo el resultado promedio del Índice de Desempeño es medio en los dos años de referencia, aunque es mayor el número de EPS con nivel medio de desempeño en el año 2015 (10 EPS) comparativamente con el 2014 (5 EPS). Este resultado indica que hay un mediano cumplimiento por parte de las EPS en cuanto al acceso de los usuarios a los servicios de salud de manera oportuna y cuando los necesitan (ver Tabla 13).

Entre los años 2014 y 2015 se evidencian cambios en el desempeño de las instituciones, en la medida que 4 EPS empeoraron su desempeño pasando de alto a medio, y 3 EPS mejoraron (pasando 2 de bajo a medio y 1 de medio a alto). Por otra parte, de las 14 EPS que mantuvieron el mismo desempeño entre los dos años, tan

solo 1 contaba con un alto desempeño, mientras que 6 EPS (cuatro con índice medio y dos con índice bajo) que pudieron haber mejorado no lo hicieron.

**Tabla 13. Desempeño de las EPS en el Régimen Contributivo**

EPS		2014				2015				CAMBIO TOTAL
		D1	D2	D3	TOTAL	D1	D2	D3	TOTAL	
ALIANSA SALUD EPS	EPS001	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
SALUD TOTAL	EPS002	MEDIO	IGUAL							
CAFESALUD EPS RC	EPS003	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEJORÓ
E.P.S. SANITAS	EPS005	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO	MEJORÓ
COMPENSAR	EPS008	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
EPS SURA	EPS010	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	IGUAL
COMFENALCO VALLE	EPS012	BAJO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO	IGUAL
SALUDCOOP	EPS013	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	IGUAL
COOMEVA E.P.S.	EPS016	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	IGUAL
FAMISANAR	EPS017	ALTO	BAJO	BAJO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
S.O.S.	EPS018	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	EMPEORÓ
CRUZ BLANCA	EPS023	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	IGUAL
SALUDVIDA E.P.S. RC	EPS033	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEJORÓ
NUEVA EPS	EPS037	ALTO	BAJO	MEDIO	MEDIO	ALTO	BAJO	BAJO	MEDIO	IGUAL

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014-2015.

En las tres dimensiones se encuentra una tendencia a incrementar el número de EPS con índice de desempeño medio, y a disminuir aquellas con desempeños bajos o altos entre los años 2014 y 2015. Igualmente, en las tres dimensiones se encuentra un considerable número de EPS con niveles bajos y medios; aproximadamente 9 EPS en el año 2014 y 11 EPS en el año 2015, lo cual indica una posibilidad de mejora en los indicadores evaluados en cada dimensión. Al evaluar las variaciones en el índice de desempeño entre los dos años considerados, se observa que:

1. En cuanto a los indicadores de promoción y prevención, y gestión integral en salud, que dan respuesta en la primera dimensión a "Qué tanto mi EPS protege mi salud y evita que me enferme", se observa que 4 EPS empeoraron su desempeño entre los dos años de referencia (tres pasando de alto a medio y una de medio a bajo), 2 EPS mejoraron pasando a nivel medio, y 7 EPS mantuvieron el mismo índice de desempeño, de las cuales tan solo dos contaban con desempeño alto.
2. La segunda dimensión, que mide "Qué tanto mi EPS facilita el acceso a los servicios cuando los requiero", no tuvo cambios en 6 EPS del contributivo, de las cuales solo 2 contaban con alto desempeño. Entre 2014 y 2015, 4 EPS empeoraron su condición (tres pasaron de desempeño alto a medio y una de medio a bajo), y 4 EPS mostraron mejoría (tres pasando de bajo a medio y una de medio a alto).

3. Respecto a las acciones orientadas a responder “Qué tanto mi EPS me informa y facilita moverme dentro del sistema de salud”, se presentaron cambios en 8 de las 14 EPS, 3 EPS mejorando al pasar de desempeño bajo a medio, y 5 EPS empeorando su desempeño (dos pasando de medio a bajo y tres de alto a medio). Aproximadamente la mitad (6) de las EPS mantuvieron igual desempeño en los dos años, dos con nivel de desempeño alto, tres con nivel medio y uno con nivel bajo.

### 1.6.3 Indicadores de calidad

A corte del 31 de diciembre de 2014, se encuentra la información relacionada con los indicadores de calidad del Archivo 032 del Sistema de Inteligencia de Negocios de la Circular Única, suministrado por parte de la Oficina de Tecnología de la Información de la Superintendencia Nacional de Salud (Guarín, 2014). Se encontró que en el 2014 no todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) realizaron el reporte de la totalidad de los indicadores contenidos en el Archivo 032 (19 indicadores), mientras que en el año 2015 tal reporte se incrementó, especialmente en el primer semestre del año. En la tabla 14 se reporta el número de EAPB evaluadas cada semestre en los regímenes subsidiado y contributivo, y el porcentaje de ellas con reporte completo del Archivo 032.

**Tabla 14. Porcentaje de EAPB que reportan completo el Archivo 032**

Régimen	2014				2015			
	I Semestre		II Semestre		I Semestre		II Semestre	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Contributivo	16	60.2	25	91.6	14	94.1	14	92.0
Subsidiado	31	75.1	36	87.3	27	100.0	26	93.4

Fuente: Supersalud, Superintendencia Nacional de Salud, 2016

Los 19 indicadores que deben ser reportados son: (1) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS, (2) Oportunidad de entrega de medicamentos POS, (3) Oportunidad de la asignación de citas (OAC) en la consulta de cirugía general, (4) OAC en la consulta de ginecobstetricia, (5) OAC en la consulta de medicina interna, (6) OAC en la consulta de pediatría, (7) OAC en la consulta médica general, (8) Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP, (9) OAC en la consulta de odontología general, (10) Oportunidad en la atención en servicios de imagenología, (11) Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino, (12) Oportunidad en la realización de cirugía programada, (13) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año, (14) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días, (15) Razón de mortalidad materna, (16) Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años, (17) Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, (18) Tasa de satisfacción global, (19) Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP.

En la tabla 15 se presenta el valor de cada uno de los indicadores medidos en el régimen subsidiado, en contraste con su correspondiente meta esperada para cada uno de los años de referencia. Aquellos indicadores que no alcanzaron la meta, que fueron señalados en letra roja, corresponden a:

- Número de tutelas que superaron la meta de 0 tutelas en los cuatro semestres.
- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría, que superó la meta de 5 días en el primer semestre de cada año.
- Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino, que en ninguno de los semestres alcanzó la meta del 100% (año 2014) y 80% (año 2015).
- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año, que siempre fue inferior a la meta del 95%.
- Razón de mortalidad materna, que fue mayor a la meta (0.45 por cada 1.0000) en los dos semestres del año 2015.
- Tasa de satisfacción global, que no alcanzó al 92% esperado en ninguno de los cuatro semestres.

Al igual que en el caso del régimen subsidiado, en el régimen contributivo también se observa incumplimiento de los indicadores respecto a la meta esperada (ver tabla 16). Este es el caso de los siguientes indicadores:

- Número de tutelas que superaron la meta de 0 tutelas en los cuatro semestres.
- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría, que fue mayor a 5 días en los dos años.
- Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general, que superó la meta de 3 días en el primer semestre de cada año.
- Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino, que solo en el primer semestre del 2015 superó la meta del 80%.
- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año, que siempre fue inferior a la meta del 95%.
- Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años, que en el año 2015 fue superior a la meta de 0.095 por cada 1.000.
- Tasa de satisfacción global, que no alcanzó al 92% esperado en ninguno de los cuatro semestres.

**Tabla 15. Indicadores de calidad vs meta en el régimen subsidiado**

Indicador	I-2014	II-2014	Meta / Unidad de medida	I-2015	II-2015	Meta / Unidad de medida
NÚMERO DE TUTELAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POS O POSS	7853.00	15237.00	0 Tutelas	9701.00	8,056	0 Tutelas
OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	96.13%	97.84%	Porcentaje	96.76%	97.56%	Porcentaje
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA GENERAL	7.20	7.77	20 días	6.33	7.45	20 días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE GINECOBSTERICIA	6.07	3.63	Días	6.74	5.62	Días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA	9.56	10.26	30 días	7.59	9.96	30 días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA	5.39	4.99	5 días	5.50	4.97	5 días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	2.46	2.18	3 días	2.85	2.20	3 días
OPORTUNIDAD DE LA REFERENCIA EN LA EPS, ARS, CCF, EA, MP	5.76	5.45	Horas	0.13	6.66	Horas
OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	2.01	2.14	3 días	2.62	1.90	3 días
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA	2.50	3.02	Días	1.79	1.84	Días
OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	4.61%	70.19%	100%	70.87%	65.18%	80%
OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	9.58	13.62	30 días	9.05	8.31	30 días
PROPORCIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO	51.43%	64.74%	95%	44.39%	75.49%	95%
PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS	79.33%	82.67%	Porcentaje	86.96%	76.79%	Porcentaje
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	11.39	0.48	45 Muertes/1000 Nacidos Vivos	0.56	0.68	Tasa por 1.000 (0,45 por cada 1.000)
TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN MAYORES DE 65 AÑOS	0.09	0.16	Tasa por 1.000	0.09	0.07	Tasa por 1.000 (0,095 por cada 1.000)
TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS	0.04	0.04	8.9 muertes / 1.000	0.05	0.03	Tasa por 1.000 (0,089 por cada 1.000)
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	89.09%	76.08%	92%	88.07%	85.28%	92%
TASA DE TRASLADOS DESDE LA EPS, ARS, CCF, EA, MP	1.57%	1.13%	Porcentaje	1.20%	1.13%	Porcentaje

Fuente: Supersalud, <https://www.supersalud.gov.co/en-us/eapb/indicadores-de-calidad>

**Tabla 16. Indicadores de calidad vs meta en el régimen contributivo**

Indicador	I-2014	II-2014	Meta / Unidad de medida	I-2015	II-2015	Meta / Unidad de medida
NÚMERO DE TUTELAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POS O POSS	5018.00	16277.00	0 Tutelas	15380.00	15,342	0 Tutelas
OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	98.55%	98.30%	Porcentaje	96.72%	98.10%	Porcentaje
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA GENERAL	11.38	11.02	20 días	10.59	10.21	20 días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE GINECOBSTETRICIA	9.08	8.86	Días	9.47	8.46	Días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA	15.28	14.65	30 días	13.55	11.74	30 días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA	7.52	7.28	5 días	7.46	7.06	5 días
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	3.02	2.65	3 días	3.02	2.94	3 días
OPORTUNIDAD DE LA REFERENCIA EN LA EPS, ARS, CCF, EA, MP	10.00	6.75	Horas	9.55	6.72	Horas
OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	2.81	2.67	3 días	2.68	2.88	3 días
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA	3.48	3.05	Días	2.77	2.61	Días
OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	88.10%	86.40%	100%	87.03%	72.88%	80%
OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	9.66	12.30	30 días	18.88	9.06	30 días
PROPORCIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO	82.98%	86.48%	95%	51.49%	91.38%	95%
PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS	78.35%	80.83%	Porcentaje	79.28%	74.76%	Porcentaje
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	0.39	0.45	45 Muertes/1000 Nacidos Vivos	0.43	0.40	Tasa por 1.000 (0.45 por cada 1.000)
TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN MAYORES DE 65 AÑOS	0.33	0.30	Tasa por 1.000	0.21	0.20	Tasa por 1.000 (0.095 por cada 1.000)
TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS	0.02	0.03	8.9 muertes / 1.000	0.02	0.03	Tasa por 1.000 (0.089 por cada 1.000)
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	86.77%	85.60%	92%	88.89%	83.36%	92%
TASA DE TRASLADOS DESDE LA EPS, ARS, CCF, EA, MP	1.40%	1.05%	Porcentaje	0.95%	1.61%	Porcentaje

Fuente: Supersalud, <https://www.supersalud.gov.co/en-us/eapb/indicadores-de-calidad>

## **1.7 Implicaciones de una potencial unificación de regímenes**

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (2014) se encuentran diferencias relevantes entre la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, especialmente en lo que tiene que ver con la condición laboral y la educativa.

El mayor porcentaje de no trabajadores y población informal dentro del sistema subsidiado, ligado probablemente al bajo nivel de escolaridad de esta población, genera condiciones de desigualdad respecto al grupo poblacional afiliado dentro del régimen subsidiado. La propuesta de desvinculación de la relación existente entre el mercado laboral y la cotización, garantizará la cobertura universal de la población independientemente de su nivel de estudios y el tipo de relación laboral que posean.

Frente a una situación de enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud en el último mes, resulta frecuente en la población subsidiada auto-recetarse y en los afiliados del contributivo buscar atención en médicos independientes, boticarios, etc. En este sentido, la unificación de la red permitirá a los afiliados el acceso a un mayor número de puntos de atención, lo cual incentivará la búsqueda de atención médica en instituciones prestadoras de servicios de salud, que actualmente no supera el 72% en ninguno de los dos regímenes.

El uso de servicios ambulatorios y hospitalarios tiende a ser mayor en el plan subsidiado, mientras que las consultas de tipo preventivo se presentan con más alta frecuencia en el régimen contributivo. En una posible unificación de regímenes de salud, se busca que la función del asegurador sea más preventiva, con el fin de garantizar el aumento de la frecuencia de uso de servicios preventivos y la consecuente disminución del uso de servicios médicos u hospitalarios.

La evaluación de las barreras de acceso a servicios en IPS o médicos particulares, muestra que la baja percepción de la severidad de la enfermedad es el principal motivo para no buscar este tipo de servicios. Sin embargo, en la medida que el asegurador conozca el costo de no promover actividades de salud de manera oportuna, se incentivará la oferta de los servicios preventivos, los cuales actualmente no superan el 80% en ninguno de los dos regímenes de salud.

Factores administrativos como el mal servicio, los largos tiempos de espera para la atención, las citas distanciadas en el tiempo y la gran cantidad de trámites para la cita, son otras barreras de acceso que se hacen más evidentes en la población del régimen contributivo, lo cual puede deberse a la percepción de ausencia de derecho que generalmente tienen los afiliados al plan subsidiado. La unificación de condiciones para el acceso y uso de servicios se espera genera un cambio en la percepción de esta población respecto a las condiciones del sistema y a sus deberes y derechos como afiliado.

Así como en el caso de búsqueda de atención frente a un problema de salud, en el cual la principal razón de no asistencia no surge del sistema mismo sino de un proceso de decisión individual, el no acceder a citas médicas preventivas depende en gran medida de autopercepciones respecto a su buen estado de salud o a la falta de interés o descuido por parte de la población.

Avanzar en una nueva metodología para el cálculo de una UPC y conformar un único pool de riesgo con los afiliados, como parte del proceso subyacente en una eventual unificación de los regímenes de salud, permitirá determinar el impacto que genera la no búsqueda de atención preventiva por parte de los usuarios y hacer más conscientes a los aseguradores de promover este tipo de servicios de salud.

De igual manera, los cambios esperados en la red de prestación primaria y complementaria de servicios de salud, garantizarán una mayor cantidad de puntos de atención para los afiliados, en la medida de lo posible cercanos al lugar de trabajo o residencia de la persona, situación que incentivará a la población a acceder con mayor frecuencia a servicios de salud.

La estimación de las probabilidades de uso a partir de los modelos de regresión logística, muestran la importancia que tiene la valoración de la calidad del servicio sobre la probabilidad de uso de servicios médicos no hospitalarios. Por esto, frente a una eventual unificación del sistema, resulta de vital importancia enfocarse en el mejoramiento de la atención, no solo desde el punto de vista de los tiempos de desplazamiento, asignación de cita y espera para la atención, sino también desde la disponibilidad y suficiencia de instituciones incluidas en la red.

## **2 ANÁLISIS DE LOS EFECTOS EN LAS FINANZAS DE LA UNIFICACIÓN DE LOS RÉGIMENES EN LAS FINANZAS PÚBLICAS**

A continuación se presentan las implicaciones financieras de las medidas que para facilitar la eventual unificación de regímenes generan impactos en las finanzas del sistema de salud colombiano no contemplados en la operación actual. Las propuestas no mencionadas en este apartado, no presentan requerimientos adicionales de recursos, ya que se han articulado de tal forma que los impactos de tipo legal, financiero y operativo sean mínimos.

### **2.1 Afiliación**

Disminuir la desigualdad en las coberturas y condiciones de prestación por medio del proceso de unificación de las fuentes de financiamiento, caracterizado por la mancomunación y la definición de coberturas amparadas y/o excluidas. En el contexto de una realidad en la que el sistema de financiamiento ha cambiado la composición de las fuentes, principalmente en el Régimen Contributivo, mediante la sustitución de la cotización parafiscal<sup>7</sup> por impuestos de destinación específica, como el CREE, y por impuestos generales<sup>8</sup> como el IVA. De mantenerse esta tendencia, la transición del Régimen Contributivo y Subsidiado hacía un Régimen Único de afiliación y la sustitución de la parafiscalidad a la tributación, favorece el tránsito a un modelo en el cual los aportes de la población se efectúen de acuerdo a un ingreso base de tributación, relacionado con los ingresos de las personas, las utilidades de las firmas y los consumos de los hogares, así como a los usos de los servicios en función de las de las necesidades de salud determinadas, de acuerdo con la Ley Estatutaria, en la relación médico paciente.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud surge en 1993 con la puesta en marcha de la Ley 100, en esta se establece que las cotizaciones financiarán el Régimen Contributivo, luego con la Ley 1122 las distribuye así "la cotización al Régimen Contributivo de Salud será, a partir del primero (1º) de enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado" (art. 10, Ley 1122 de 2007). En esta época, las

---

<sup>7</sup> En este documento se entiende por parafiscalidad aquellas cotizaciones que guardan una relación directa entre quienes contribuyen y quienes reciben. En este apartado se los parafiscales comprenden las cotizaciones, los aportes patronales, cajas de compensación familiar y el gasto de bolsillo.

<sup>8</sup> Tributos sin relación entre proporcional entre quien paga y quien recibe, en este rubro se contemplan recursos del Presupuesto General de la Nación, rentas departamentales y municipales, IVA social, impuestos a licores y cigarrillos.

contribuciones de los parafiscales empezaron representando el 76% de los recursos del Sistema, mientras que los impuestos generales ayudaban a financiar el 24%<sup>9</sup>.

Posteriormente, en el 2012 los aportes parafiscales fueron disminuyendo su participación en las fuentes del Sistema, representado un 53% frente al 43% de los impuestos generales. En este mismo año, la exposición de motivos de la Ley 1607 de 2012 da origen al Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) con el propósito de “contar con recursos que permitan seguir con el cumplimiento de las políticas sociales en materia de educación y mejorar la calidad de los programas de atención a la primera infancia” (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2012, pág. 32). En la Ley 1607 de 2012, se hace explícita su contribución además al Sistema de Seguridad Social en Salud para promover la inversión social, al garantizar un monto que reemplace el 8% de la contribución parafiscal de las los empleadores a la seguridad social de sus empleados. Con esta modificación, los recursos que respaldan el Régimen Contributivo cobran la naturaleza denominada “parafiscalidad modificada”, al incluir impuestos de destinación específica como se hizo con el CREE a partir del 2014 en el Sector Salud, rubro que a partir del 2014 financia aproximadamente el 15% de los recursos del Sistema<sup>10</sup>.

En 2016 con la reforma tributaria reglamentada en la Ley 1819 de 2016 se mantiene esta parafiscalidad modificada, no con el CREE, sino con su transformación en el impuesto sobre la renta y complementarios de las personas jurídicas que sostiene el respaldo al Régimen Contributivo y los aportes patronales para quienes devengan menos de 10 SMLV, de este impuesto se tomaran 4.4 puntos según el artículo 102 de la mencionada Ley. Las cifras provisionales del Sector del Ministerio de Salud y Protección Social, estiman un recaudo del orden de los 7.8 billones de pesos, es decir, cerca de un 19% del total de los recursos del Sistema<sup>11</sup>. Asimismo, del Impuesto sobre las Ventas (IVA) se destinaran 0.5 puntos a la financiación del aseguramiento en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1819, 2016), proporcionando aún más fuerza a la tendencia de los impuestos generales como fuente financiadora del Sistema de Salud. Este último recaudo costeará un 4% del total de los recurso del sector, entre el IVA social, el impuesto a los cigarrillos y a los licores.

De acuerdo con la información anterior y la tendencia, suave pero constante, que ha mantenido el Sector Salud a la financiación del Sistema con impuestos generales en mayor proporción que con recursos parafiscales, se observa que del 76% de los parafiscales en 1993, el Sistema en el 2017 espera apalancarse con un 47% de estos recursos. En relación con los impuestos generales, mientras en 1993 la

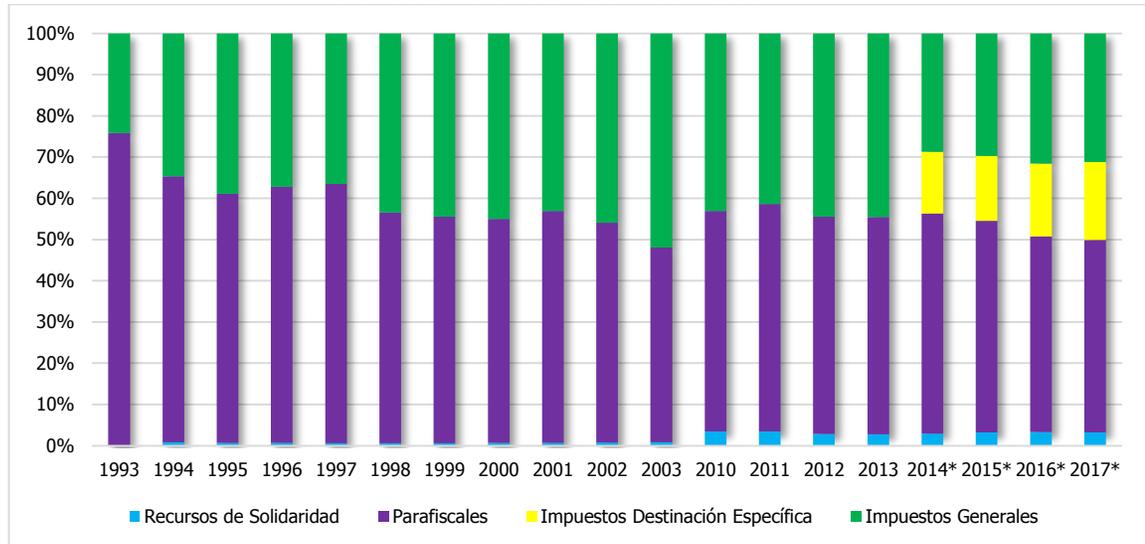
<sup>9</sup> Cifras estimadas a partir de la publicación Cuentas de Salud de Colombia (2007)

<sup>10</sup> Cifras estimadas a partir del boletín de Cifras Financieras del Sector Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

<sup>11</sup> Según el estimativo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, sin incluir el rezago de \$ 700 mm aproximadamente de años anteriores.

financiación era del 24% hoy se espera sea del 31%. Y los impuestos de destinación específica que no existían en un principio, hoy reemplazarán las contribuciones parafiscales y tendrán un peso del 19% en el total de aportes en el Sistema

**Gráfica 3. Parafiscalidad modificada<sup>12</sup>**



Fuente: Cálculos del autor

Si esta tendencia se mantiene como se propone en el diseño, hoy en día el impacto sobre el sistema estaría alrededor de los 17 billones de pesos, valor estimado de las cotizaciones para el año 2017 y el cual requeriría de reformas tributarias en búsqueda de la distribución y sustitución de recursos. De esta forma, en el mediano plazo se transitaría a un sistema de salud más equitativo, donde los beneficios otorgados a las empresas se extiendan a empleados y trabajadores, convirtiendo los impuestos generales en la principal fuente de recursos del Sistema de Salud colombiano, hecho que reduciría las inequidades, otorgaría cobertura universal sin importar la capacidad de pago, se promovería la protección financiera de los hogares en un Seguro Único descentralizado y el SGSSS se convertiría en un ejemplo de igualdad para el mundo entero.

## 2.2 Contratación

El modelo de este estudio identifica como una de las desigualdades entre regímenes: las restricciones existentes en el macro-proceso de contratación. La Ley 1122 en el artículo 16 hace explícita la obligatoriedad para el Régimen Subsidiado de un porcentaje determinado en la contratación de la prestación de servicios con la red pública. Sin embargo, y en el mismo sector salud, el Régimen Contributivo goza de

<sup>12</sup> (\*) Cifras provisionales del Ministerio de Salud y Protección Social.

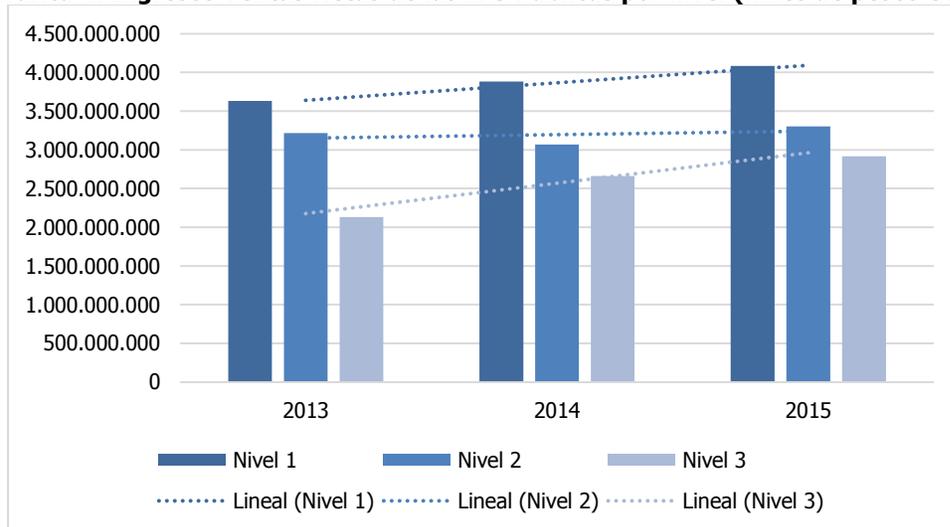
plena libertad en la elección de los proveedores de servicios de salud que requiera con mayores posibilidades.

Al evaluar la eventual unificación de regímenes y con ello la búsqueda de igualar las condiciones de operación para la puesta en marcha del Régimen Único, se hace necesario pensar en las medidas que se deben extender, ajustar o eliminar. En este sentido y entorno a la contratación entre aseguradores y prestadores, este estudio propone dos escenarios que contemplan las limitaciones en la contratación con la red pública, uno moderado y otro un tanto más arriesgado.

En el 2015 las IPS privadas vieron representados en sus ingresos por ventas netas \$34,303,285,679<sup>13</sup> mientras que para las IPS públicas el cierre en su estado de resultados en el mismo rubro fue por una tercera parte de este valor (\$10,305,900,597). Como bien se conoce, de esta última cifra por obligatoriedad se presume que el 60% pertenezca a contrataciones con aseguradores del Régimen Subsidiado.

Los ingresos por ventas netas de las IPS públicas han mostrado una tendencia a ser más altos en el primer nivel de atención desde el 2013 al 2015, en este periodo y para este nivel sus ingresos han aumentado en un 11%, ya que cuentan además con mayor número de IPS en este nivel que en el segundo y el tercero, lo que ayuda a explicar este comportamiento<sup>14</sup>. En el 2015, las ventas en la red pública ascendieron a los 4 billones en el primer nivel, mientras que en el tercer y segundo nivel estuvieron alrededor de los 3 billones de pesos para cada uno.

**Gráfica 4. Ingresos Ventas Netas de las IPS Públicas por nivel (miles de pesos COP)**

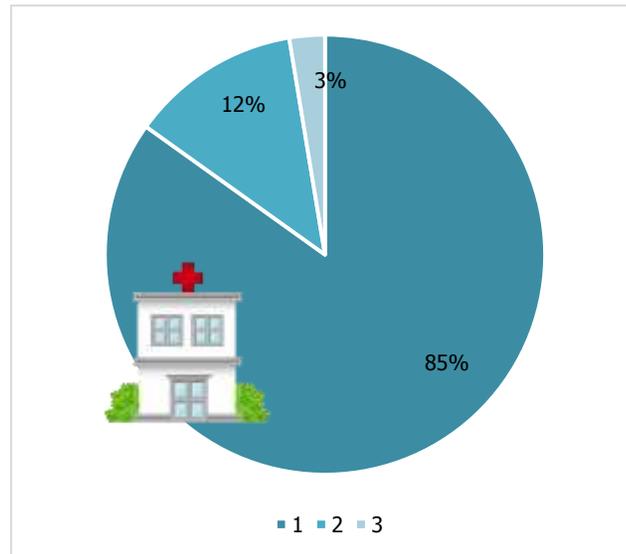


**Fuente:** Superintendencia Nacional de Salud. Estados de Resultados 2013, 2014 y 2015.

<sup>13</sup>. Las cifras de este apartado están en miles de pesos COP

<sup>14</sup> Ver las siguientes dos gráficas que ilustran estos argumentos

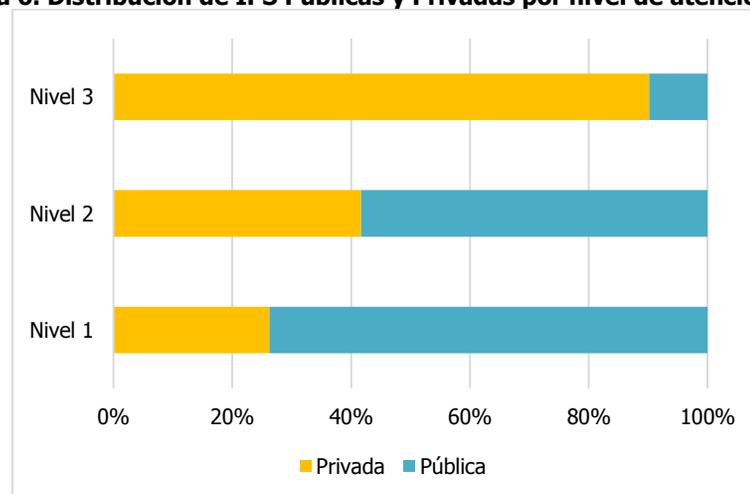
**Gráfica 5. Distribución de IPS Públicas por nivel de atención**



**Fuente:** Superintendencia Nacional de Salud. Estados de Resultados 2013, 2014 y 2015.

Como se puede observar en las gráficas asociadas a la distribución de las IPS por nivel de atención, se encuentra que la prestación del primer nivel se concentra en los prestadores públicos y la prestación en los niveles de mayor complejidad se concentra en el sector privado. De esta forma se explican las diferencias en los ingresos de ambos grupos de IPS por tipo de atenciones y la cuantía, sin mencionar que la razón entre prestadores privados en relación con los públicos es mucho mayor para estos primeros.

**Gráfica 6. Distribución de IPS Públicas y Privadas por nivel de atención, 2015.**



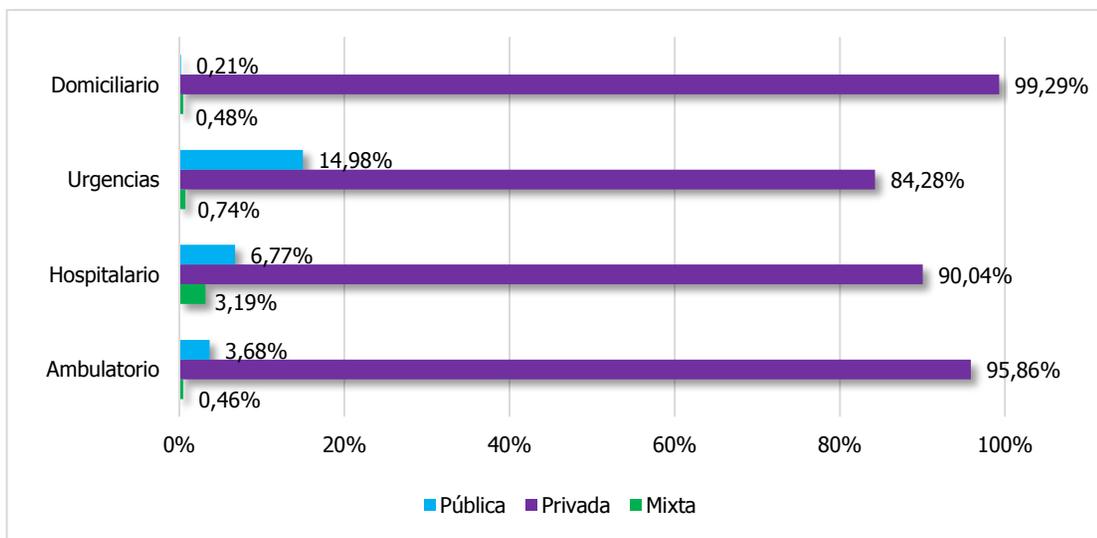
**Fuente:** Cálculos del autor. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) 2015. Ministerio de Salud y Protección.

El primer escenario, plantea hacer extensiva la obligatoriedad de la contratación con la red pública para el total de los aseguradores que operen en el Régimen Único y reducir el porcentaje de la siguiente manera: 20% en el primer nivel de atención y 30% en los niveles superiores, siempre y cuando la oferta disponible sea suficiente para cumplir con estos objetivos.

De esta forma, se pretende seguir dando una especie de cuidado especial a las IPS públicas, protegiendo el patrimonio social que representan en los territorios, preservar la institucionalidad que simbolizan en la prestación de los servicios de salud y garantizar la oferta de los primeros niveles en zonas dispersas, donde los prestadores privados por el reducido lucro económico han mostrado poco interés para entrar en estos mercados<sup>15</sup>.

Ahora bien, la frecuencia de uso de las IPS por parte de los afiliados del Régimen Contributivo (71.5%) es mayor que la del Subsidiado (61.9%) de acuerdo con lo reportado en el capítulo de "Comparativo de los niveles de acceso efectivo y calidad, entre los regímenes Contributivo y Subsidiado". Asimismo, según el Cubo de Suficiencia del Ministerio de Salud, la contratación en de las EPS del Régimen Contributivo es significativamente mayor con las IPS privadas que con las públicas en todos los tipos de atención, como se puede observar en la siguiente gráfica.

**Gráfica 7. Contratación entre EPS del Régimen Contributivo e IPS, por naturaleza y tipo de atención**

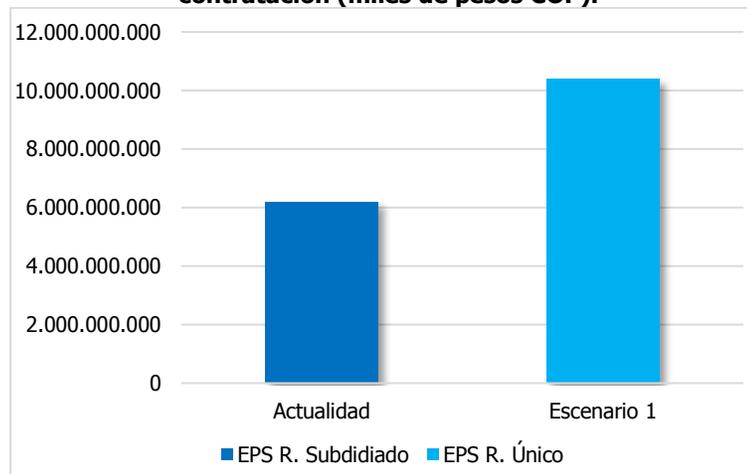


**Fuente:** Cubo de Gestión de la Demanda. Dirección de regulación de beneficios, costos y tarifas. Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>15</sup> Evidente en la gráfica "Distribución de IPS Públicas y Privadas por nivel de atención, 2015"

Con estas cifras en mente, la entrada en vigencia del pool único de riesgos y la extensión en la obligatoriedad de la contratación para el total de EPS que operen en el Régimen Único, se espera originen aumentos en el ingreso de recursos para las IPS públicas en cerca de 4 billones de pesos adicionales a los recibidos hoy en día (Esenario 1), que según los Estados de Resultados reportados por las IPS Públicas son alrededor de 6 billones de pesos originados por la obligatoriedad en la contratación del Régimen Subsidiado (Actualidad).

**Gráfica 8: Impacto financiero sobre los ingresos por ventas en el escenario 1 de contratación (miles de pesos COP).**



Fuente 1: Cubo de Suficiencia Ministerio de Salud y Protección Social. Estados de Resultados (2015) Superintendencia Nacional de Salud.

El segundo escenario, elimina la restricción de la obligatoriedad y abre las posibilidades de contratación de las EPS del Régimen Único con cualquiera de las IPS habilitadas por las Entidades Territoriales. En este caso los 47 billones de pesos, incluyendo IPS de naturaleza mixta, deberían ser redistribuidos entre todos los prestadores de salud en la medida que los criterios de habilitación les permitan operar en los diferentes territorios del país, así como su capacidad instalada, precios de negociación y calidad en la prestación.

Aunque pareciera ser un escenario muy arriesgado para las IPS públicas, se puede garantizar su participación en el Sistema por medio del proceso de habilitación en manos ahora de las Entidades Territoriales, de igual manera la nueva Política de Atención Integral en Salud da un vuelco a la prestación al enfocarse en las actividades de promoción y prevención, así como en las prestaciones de primer nivel, fortaleza que favorece a las IPS públicas cuya oferta esta constituida principalmente en el primer nivel (85%) como se ve en la gráfica "Distribución de IPS Públicas por nivel de atención". Asimismo, el pago por desempeño se convertirá en un mecanismo que someta los resultados económicos a mejores niveles de

calidad en la prestación (Bardey, 2015) y permitirá identificar el correcto funcionamiento de las IPS, sirviendo como señal para promover su contratación.

### **2.3 Licencias de Maternidad<sup>16</sup>**

La garantía del pago de licencias de maternidad a todas las madres afiliadas al sistema de salud, sin importar su capacidad de pago, es una de las propuestas que más allá de reducir inequidades en el Sistema, contribuye a reducir las tasas de mortalidad y la morbilidad en madres e hijos, reforzando las ventajas sociales de la lactancia materna y garantizando el derecho a la salud. El cuidado tanto del niño como de la madre es de vital importancia tanto antes del parto como después, y la falecia en este ámbito es revelado por el estudio de Estimación de Carga de Enfermedad para Colombia en el cual los autores encuentran que una de las 5 principales causas de muerte en las mujeres en el país están relacionadas con enfermedades maternas (Peñaloza, Salamanca, Rodríguez, Rodríguez, & Beltrán, 2014).

En efecto, el país en los últimos meses ha reconocido la relevancia de las licencias de maternidad aumentando, de 14 a 18, el número de semanas para las madres cotizantes pertenecientes al Régimen Contributivo, lo que significa un esfuerzo fiscal para el país pero demuestra el interés del gobierno nacional por mejorar el bienestar de madres e hijos y las ventajas económicas de esta medida.

Ahora bien, la situación mejoró pero continua siendo desigual e inequitativa, pues aún una parte de la población no cuenta con la garantía de dicho beneficio debido a su estado laboral y capacidad de pago, así sucede con las madres beneficiarias del Régimen Contributivo, todas aquellas afiliadas al Régimen Subsidado y por supuesto las que aún se encuentran sin afiliación alguna al sistema. Se presume, según información de la Encuesta de Calidad de Vida del 2014, son cerca del 80% de las mujeres en edad fértil que potencialmente si quedaran en embarazo no podrían contar con el acceso a la licencia de maternidad.

---

<sup>16</sup> Las bases de información utilizadas para realizar estas estimaciones fueron la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015) y la Encuesta de Calidad de Vida (2014) del DANE.

**Figura 3. Mujeres en edad fértil sin derecho a la licencia de maternidad.**



**Fuente:** Cálculos propios

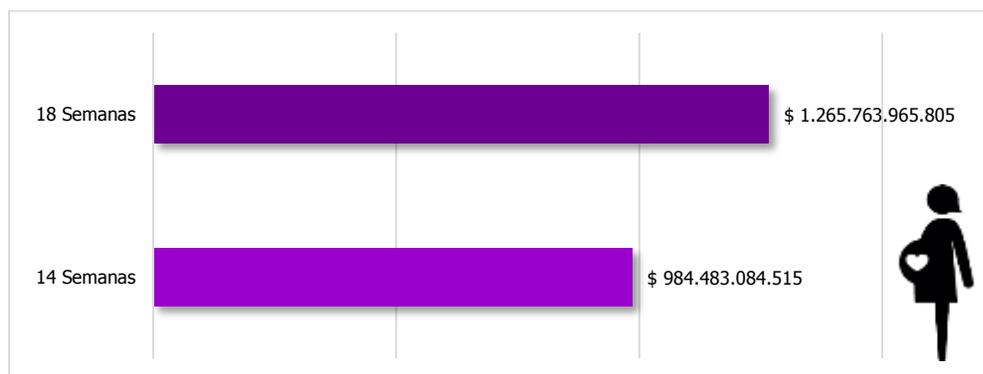
Evidentemente esta medida tendría un impacto sobre las finanzas del Sistema. Sin embargo y como se mencionaba en el Diseño, los procesos de cambio hacia un Régimen Único, acabando con las denominaciones de beneficiarios y cotizantes, así como el proceso de unificación de las fuentes, el pool único de afiliados y el cambio de metodología en el estudio de suficiencia de la UPC facilitan la gestión de esta medida.

En un principio, las mujeres con relación laboral formal y contribuyentes seguirán recibiendo su prestación de acuerdo con su salario base de tributación. Mientras que para el grupo de mujeres en edad fértil<sup>17</sup> sin una relación laboral formal como lo serían en los antiguos regímenes las beneficiarias del Régimen Contributivo, beneficiarias del Régimen Subdidiado y no afiliadas, se garantizarán las licencias de maternidad tomando el salario mínimo legal vigente del periodo en curso como referencia para calcular el monto de la prestación mensual que se otorgará a la madre, en este caso la estimación se hará con el Salario Mínimo Legal Vigente de 2015 equivalente a \$644,350 COP. Este propuesta contempla dos escenarios, por un lado, extender el beneficio para las madres excluidas a 14 semanas periodo de las licencias vigente hasta el año 2016, o por otro lado, ampliarlo a 18 semanas, hecho que generaría completa igualdad con la entrada en vigencia de la Ley 1822 a partir del año 2017. En el primer caso, las licencias de maternidad calculadas para la población de referencia requerirían recursos del orden de 984 mil millones de pesos.

<sup>17</sup> Según el DANE y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud la edad fértil de las mujeres va desde los 15 hasta los 49 años. Pero dado el interés de este estudio, el grupo de mujeres en edad fértil y en edad de trabajar es desde los 18 a 49 años de

No obstante, si se busca una completa igualación en las condiciones del Régimen Único, el valor de las licencias necesitaría de un presupuesto de 1.2 billones de pesos. Ambos escenarios tendrían un impacto financiero considerable sobre las cuentas del Sistema de Salud, sin embargo, la señal del Gobierno de ampliar el periodo para las cotizantes, los innumerables beneficios de esta medida<sup>18</sup>, el cambio de metodología de la UPC la cual deberá incluir este beneficio en adelante y el pool único de afiliados, justifican y favorecen su implementación en el SGSSS lo más pronto posible y con beneficios en el mediano plazo nada despreciables en términos de la mejoría en la salud de las madres e hijos, así como la reducción de tasas de mortalidad y movilidad, y con ello el ahorro de gastos en el Sistema de Salud.

**Gráfica 9. Impacto financiero licencias de maternidad**



**Fuente:** Cálculos propios

Como resultado de los recursos adicionales que demanda para el Sistema la ampliación de las licencias de maternidad, no se contemplan por el momento las licencias de paternidad para el grupo de madres sin una relación laboral formal y dependiente.

<sup>18</sup> Mencionados con mayor profundidad en el documento del Diseño del Modelo

### **3 DESCRIPCIÓN GENERAL DE RELACIONES EN EL SGSSS, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En este apartado se describen las implicaciones que puede traer el modelo propuesto de la eventual unificación de regímenes sobre los principales agentes del Sistema en términos de su operación. Para ello, se toma el documento técnico *Lineamientos de Política para el Mercado de Aseguramiento en Salud* (2014) del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se describen los principales agentes y procesos que operan en el sistema de salud colombiano.

#### **3.1 Mapa de actores y relaciones del SGSSS**

El SGSSS cuenta con 4 actores principales que hacen parte fundamental del funcionamiento del sector salud y a quienes involucran cada uno de los procesos que se describirán más adelante.

1. Afiliados.
2. Fondo.
3. Aseguradores.
4. Prestadores.

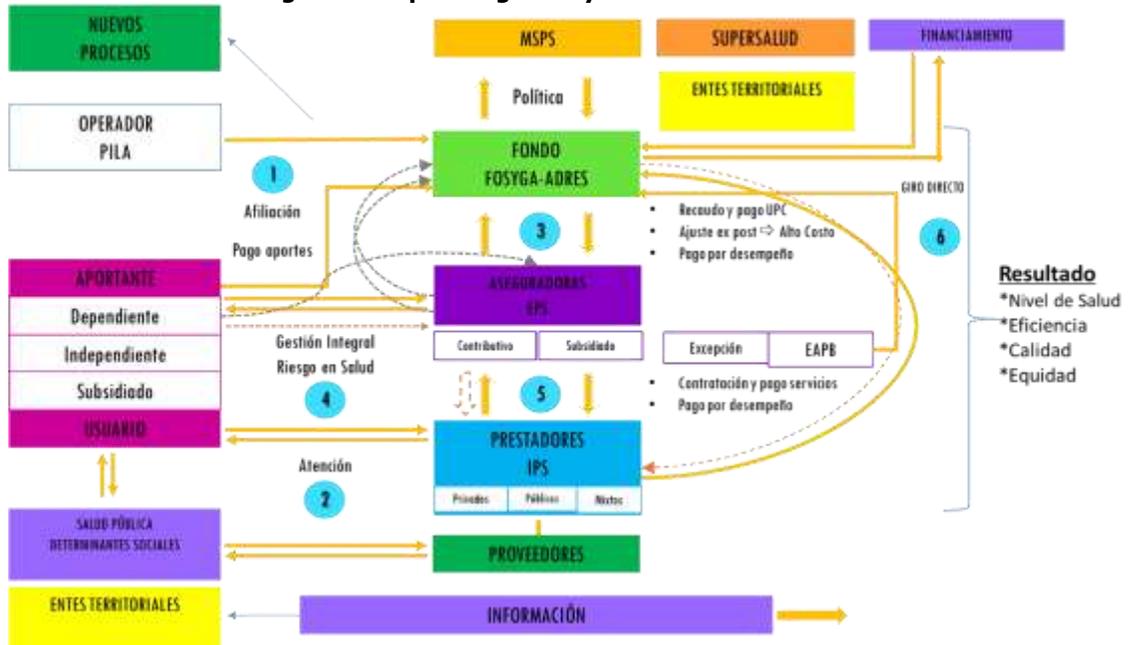
Entre los anteriores agentes se caracterizan relaciones y formas de interacción que definen el sistema de salud, estas aluden a procesos entre uno y otro actor, que tienen como fin el aseguramiento de los colombianos a un sistema de salud. Las relaciones entre actores, descritas por el Ministerio de Salud y Protección Social son, por mencionar algunas: la interacción entre el afiliado y el fondo en la cual se da el proceso de afiliación **1** ; o la relación entre afiliado y prestador, entendida como la atención al usuario y el cuidado a la salud **2** entre otras.

El mapa de agentes y relaciones, que se observa a continuación, describe entonces el funcionamiento del sistema e involucra los macro-procesos que se han venido trabajando a lo largo del estudio (la afiliación, la contratación, el financiamiento, la prestación de servicios, las prestaciones económicas y los sistemas de información<sup>19</sup>) y sobre los cuales se analizarán las posibles implicaciones de la eventual unificación de régimen.

---

<sup>19</sup> En el siguiente apartado se hace el relacionamiento de los procesos del MSPS y los macro procesos caracterizados en el estudio.

**Figura 4. Mapa de agentes y relaciones del SGSSS**



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Para entender mejor el mapa, se describirán en seguida cada una de las relaciones, su objeto dentro del Sistema, los actores involucrados y los procesos que el Ministerio de Salud (2014) identifica dentro del SGSSS<sup>20</sup>.

### 3.1.1 Relación entre afiliados y fondo

*"Objetivo: Garantizar a la población residente en Colombia, el acceso a los Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con la normatividad vigente."* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 110).

En esta relación se desarrollan los siguientes procesos:

1. Afiliación: Se desarrollan subprocesos como la focalización, elección, diligenciamiento y suscripción del formulario único de afiliados y novedades, registro de la afiliación, novedades, traslado, autoliquidación y pago de aportes.
2. Seguimiento y Evaluación: Para este proceso se maneja información como el formulario único de afiliación y novedades para salud declaración

<sup>20</sup> Los procesos caracterizados por el Ministerio de Salud son del año 2014, si bien en 3 años los cambios han sido varios, oficialmente son la versión más reciente de los procesos que maneja el MSPS desde la Dirección de Aseguramiento

de estado de salud, declaración de del afiliado, BDUA. Adicional, se manejan indicadores tales como los indicadores de afiliación, los cuales miden el tiempo de trámite de la afiliación y también indicadores de novedades.

### **3.1.2 Relación entre afiliados y prestadores**

#### 1. Atención al usuario

*Objetivo: Prestar los servicios de salud a los afiliados, beneficiarios y usuarios del Sistema General de Seguridad Social en los diferentes niveles de atención dentro de los parámetros señalados por la Ley (actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 115).*

Para la Atención al usuario se desarrollan los procesos de atención hospitalizada, atención de urgencias, atención de consulta externa, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas.

#### 2. Cuidado de la salud

*Objetivo: Cuidar la salud de los afiliados en sus componentes de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 113).*

Entre los procesos desarrollados se tienen: prevención de la enfermedad, promoción de condiciones de salud, rehabilitación, seguimiento y evaluación.

### **3.1.3 Relación entre fondo y aseguradores**

*Objetivo: Garantizar la financiación del gasto en salud acorde con el riesgo de la población afiliada, mediante la mancomunación de los recursos del sistema y la asignación y giro de recursos para el pago de beneficios en salud y de prestaciones del sistema, así como el pago de prestaciones no incluidas y autorizadas por el sistema. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 128).*

Los procesos correspondientes a esta relación son declaración mensual de recaudo y afiliación, compensación y promoción de la afiliación, compensación de registros glosados, giro de los recursos a favor del FOSYGA, recaudo adicional afiliados al régimen de excepción, giro al FOSYGA de cotizaciones sin compensar.

Por parte de la mancomunación de recursos se encuentran procesos como: mancomunación en subcuenta de compensación, mancomunación en subcuenta de promoción, mancomunación en subcuenta de ECAT, mancomunación en subcuenta de solidaridad, ajuste de riesgo ex-ante y definición de UPC.

En cuanto a reconocimiento y pago se encuentran los procesos de pago de la UPC contributivo, pago de la UPC subsidiado, pago de las prestaciones económicas, recobros y tutelas, ajustes de riesgos en salud ex-post (cuenta de alto costo), egresos de la subcuenta ECAT, egresos de la subcuenta de promoción.

Se encuentran también procesos adicionales como la repetición, proceso de corrección, seguimiento y evaluación donde se maneja información e indicadores.

### **3.1.4 Relación entre afiliados y aseguradores**

*Objetivo: Efectuar la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS).* . (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 136)

#### 1. Gestión del riesgo en salud. Relación usuario – asegurador

*Objetivo. Implementar acciones que ayuden a disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.* . (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 137)

Los subprocesos identificados son: la identificación, análisis, y clasificación del riesgo de cada afiliado; conformación de grupos para la gestión integral del riesgo en salud; adopción en rutas integrales de atención; planificación y organización de la red de servicios; articulación respuestas integrales con otros actores; estructuración con su red del pago por desempeño; gestión de la demanda atendida; monitoreo de procesos, vigilancia y evaluación de resultados.

#### 2. Gestión del riesgo en salud – ARL – Empleador – Trabajador

*Objetivo: Implementación de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones y el fomento de las*

*intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 139).

Los subprocesos son la prevención de los riesgos de SST y la mejora continua del SG-SST en la empresa; la implementación de la estrategia de organizaciones saludables (promoción de la salud).

### 3. Prestaciones económicas

*Objetivo: Identificar, medir y evaluar todos los riesgos que afectan la entidad de aseguramiento, ante la posibilidad de sufrir una pérdida de valor económico, por el aumento de los siniestros o contingencias e implementar estrategias para gestionar efectivamente los riesgos.*

Los subprocesos son cuantificar la exposición al riesgo; monitoreo de las medidas de desempeño ajustadas por riesgo; protección financiera y gestión de costos por entidad de aseguramiento; efecto del riesgo en términos de recursos financieros; incentivos.

### 4. Gestión del riesgo en salud – SOAT – Salud

*Objetivo: Implementar acciones que ayuden a disminuir la probabilidad de ocurrencia de un accidente de tránsito, en el cual se vea afectada la salud y vida del individuo, trayendo como consecuencia el deterioro de la salud o la pérdida de la vida de una persona, así como la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que se hubiesen podido evitar.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 146).

Los subprocesos son campañas preventivas para evitar accidentes de tránsito; revisión técnico mecánica de vehículos y motos; medidas de control para disminuir el riesgo de accidentalidad.

### 5. Seguimiento y evaluación

Para el seguimiento y la evaluación se maneja Información que comprende Instrumentos ASIS, RIPS, facturas, FURAT y FUREL.

Por otro lado, también se hace manejo de diferentes Indicadores para la gestión integral del riesgo, el riesgo laboral y para las prestaciones económicas.

### **3.1.5 Relación entre aseguradores y prestadores**

*Objetivo: Garantizar el acceso a la prestación de servicios integrales, eficientes, oportunos y de calidad para la población afiliada. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 153).*

En esta relación se establecen cuatro etapas que definen la actual relación. Las etapas son la etapa contractual; negociación y contratación; prestación del servicio; y facturación, pago y liquidación.

#### **1. Negociación y contratación de la prestación de servicios**

*Objetivo: Contratar la prestación de actividades, procedimientos y servicios asociados al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con formas o modalidades de pago. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 157).*

Los subprocesos son negociación y contratación.

#### **2. Evaluación de pertinencia y autorización de los servicios**

*Objetivo: Garantizar la prestación de actividades, procedimientos y servicios de acuerdo con el Plan Obligatorio de Beneficios y el Plan de Intervenciones Colectivas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, racionalizar y financiar la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 157).*

Los subprocesos son autorización, negociación, justificación, comité técnico científico (CTC), reclamación, recobro y reclamación directa.

#### **3. Prestación de servicios**

*Objetivo: Brindar actividades, procedimientos y servicios de acuerdo con el Plan Obligatorio de Beneficios, el Plan de Intervenciones Colectivas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la cobertura justificada de servicios no incluidos en el plan de beneficios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 158).*

Los subprocesos definidos son la clasificación de la atención, prestación del servicio, registro y reporte de la atención.

#### 4. Facturación

*Objetivo: Solicitar el reconocimiento económico derivado de la prestación de servicios, procedimientos y tecnologías en salud y garantizar el registro, trazabilidad, transparencia y eficiencia del gasto en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 159)*

Los subprocesos son recaudo y reporte de contraprestaciones, registro de la atención, consolidación y reporte al asegurador o entidad territorial, devolución, reporte de las instancias de control.

#### 5. Auditoria

*Objetivo: Garantizar la calidad de la prestación de servicios en salud y su eficiencia del gasto. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 160)*

#### 6. Reconocimiento y pago de servicios

*Objetivo: Garantizar el reconocimiento y pago de los servicios de salud cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco del aseguramiento o a través de sus formas alternativas de financiación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 160)*

Los subprocesos establecidos son glosa, autorización, respuesta a glosa y devoluciones, pago de servicios.

#### 7. Portabilidad

*Objetivo: Garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, adscripción individual y familiar a los equipos de salud y redes integradas de servicios. Para este proceso se definen los tipos de portabilidad, acorde con lo consignado en el Decreto 1683 de 2013. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 161)*

Los subprocesos son emigración ocasional, emigración temporal, emigración permanente, dispersión del núcleo familiar.

#### 8. Solución de conflictos

*Objetivo: Resolver desacuerdos en la cobertura y financiación de servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 163).*

Los subprocesos que se encuentran son solución de glosas, conciliación perjudicial, demanda.

9. Seguimiento y evaluación

Donde se maneja información e indicadores específicos.

### **3.1.6 Relación entre fondo y prestadores**

Los procesos desarrollados a raíz de esta relación son:

1. Giro directo

*Objetivo: Asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema (artículo 13, Ley 1122 de 2007,). Financiar y cofinanciar el régimen subsidiado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 166).*

Las etapas de este proceso son solicitud de giro de recursos, verificación de información, giro de recursos.

2. Seguimiento y evaluación

Donde se maneja información e indicadores específicos.

## **3.2 Análisis de afectación de procesos al implementar el modelo operativo unificado**

### **3.2.1 Afiliación**

*En aras de disminuir la desigualdad en la prestación, los aportes que hagan los afiliados al sistema se efectuaran a través de un impuesto general, en el cual los afiliados aportaran de acuerdo a un ingreso base de tributación, por utilidades jurídicas y mediante impuesto sobre el valor agregado. Aquellos que no cumplan con el ingreso mínimo, no deberán hacer aportes. Sin embargo, todos los afiliados al Sistema podrán acceder y hacer uso de él, conforme a sus necesidades de salud.*

Al hablar de esta propuesta, se ve afectada principalmente la relación descrita en el macro proceso entre los Afiliados y el Fondo, pues precisamente en esta relación es donde se desarrolla el proceso de "Afiliación".

La propuesta de un Régimen Único que comprende la creación de un solo pool de afiliados del régimen Contributivo y Subsidiado, tiene importantes impactos sobre el proceso de "Afiliación", descrito en la Caracterización de actores y

relaciones en mercado de aseguramiento en salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Los subprocesos, contenidos en dicho proceso, que sufren cambios se mencionan a continuación:

- **Focalización:** En la actualidad este subproceso pretende determinar el régimen al cual debe afiliarse la población según su capacidad de pago. Pero dado que se está considerando el surgimiento del Régimen Único, este subproceso sólo deberá determinar la capacidad de tributación de la población con el fin de establecer quien debe realizar aportes al sistema.
- **Novedades:** Este subproceso contempla el registro de traslado entre regímenes, conocido también como movilidad<sup>21</sup>, sin embargo al proponerse el Régimen Único, ya no existirá más este concepto y este subproceso se limitará únicamente a registrar y actualizar la información de la afiliación en BDUA y RUAF.
- **Traslado:** Reconoce que el afiliados puede elegir de manera libre la administradora que lo asegure en un régimen u otro, pero ahora sólo se considerará la libre elección de administradoras en el Régimen Único. Contratación

Por otro lado, la propuesta hace referencia a cambios en el esquema de cotizaciones, es decir en las formas de aportar al sistema, razón por la cual se debe cambiar una decisión descrita en el subproceso de "Registro de la afiliación", donde se indaga la capacidad socioeconómica del usuario y se determinaba si pertenecía al régimen contributivo o al subsidiado. Ahora, en esta decisión se debe determinar en cuál de los tres grupos se encuentra el afiliado y posteriormente realizar el subproceso de "Liquidación y pago de aportes" según la clasificación:

**Tabla 17. Afiliado vs. Liquidación y pago de aportes**

<b>AFILIADO</b>	<b>LIQUIDACIÓN Y PAGO DE APORTES</b>
<b>Relación laboral (dependiente o independiente)</b>	Pago de impuestos por ingresos
<b>Sin capacidad de pago</b>	No aportan

En ninguno de los anteriores casos, los afiliados dejarán de recibir los mismos beneficios.

*Reducir o eliminar el porcentaje en la obligatoriedad de la contratación de todas las EPS con los prestadores públicos, y parte del pago por la prestación de los servicios en salud a las IPS públicas estará sujeto al logro de los objetivos alcanzados en los indicadores de cobertura efectiva.*

<sup>21</sup> Decreto 3047 de 2013 define la movilidad en el Sistema de Salud.

Los principales cambios que se presentan en el macro proceso se dan en la relación que hay entre los Aseguradores y los Prestadores, a continuación se especifican los procesos afectados.

En primer lugar, se propone la obligatoriedad en la contratación de EPS a IPS públicas del 20% en primer nivel y, de 30% en segundo y tercer nivel. En el proceso y la etapa de "Negociación y contratación de la prestación de servicios" de la relación anteriormente mencionada, se describen algunas restricciones que impone la Ley 1122 de 2007 en el artículo 16 y es precisamente en este punto donde surge la modificación que esta propuesta supone dentro del macro proceso, pues en el subproceso específico de "Contratación" deberán especificarse los nuevos porcentajes formulados. Esto significa un cambio en la definición de las relaciones contractuales que se encuentran en el proceso. Por el contrario, si se decide eliminar la obligatoriedad, solo bastaría con quitar la restricción en el proceso y habría libertad completa en la contratación entre los agentes del sistema.

En segundo lugar, se debe analizar el cambio que supone la propuesta del pago a las IPS públicas por cumplimiento de los indicadores propuestos de cobertura efectiva. Dichos indicadores, deben ser calculados y registrados para su posterior verificación, este registro y cálculo de indicadores se debe dar en un nuevo subproceso que se incluirá dentro del proceso existente de "Prestación de servicios".

Posteriormente, teniendo en cuenta que ya se almacena la información relacionada con el cálculo de indicadores de cobertura efectiva, se debe agregar un punto de control y decisión dentro del proceso de "Reconocimiento y pago de servicios" donde se verifique el cumplimiento de dichos indicadores, que en caso de ser positivo el resultado se procede a pagar la totalidad del pago del contrato en el subproceso ya definido de "Pago de servicios". En caso de ser negativo el resultado es decir, cuando la IPS pública no cumple con los indicadores de cobertura efectiva, el 30% del pago de su contrato queda condicionado al resultado del cumplimiento según lo determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **3.2.2 Financiamiento**

#### **a) Unificación de fuentes de financiación**

*La entidad administradora de recursos (ADRES) mancomunaré las distintas fuentes financiadoras del sector salud, reducirá la intermediación que no genera valor, disminuirá las barreras que dificultan el flujo y fortalecerá el control directo del Estado sobre dicha administración, permitiendo una mayor agilidad en el manejo financiero de los recursos.*

Uno de los principales cambios en esta propuesta es la sustitución del FOSYGA por la nueva Entidad Administradora de Recursos-ADRES, cambio que afectará por ende todas las relaciones en las que interactúe el FOSYGA.

La primera relación que se mencionará es la del Fondo (FOSYGA) y los Aseguradores. Esta interacción involucra de manera directa todos los procesos de recaudo entre estos dos agentes, por lo cual la alteración en los procesos asociados será básicamente la sustitución del actor, antes FOSYGA y ahora ADRES. Cabe resaltar que la "Mancomunación de recursos" descrita en el proceso estará a cargo de la Entidad. De esta manera, se puede decir que en principio se modifican los actores encargados de los procesos, a menos que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamente algo diferente.

Por otro lado, uno de los aspectos más importantes que se presentan en esta propuesta es la eliminación de las diferentes subcuentas con destinaciones específicas. En este sentido, el proceso que se ve afectado es el "Reconocimiento y Pago", es decir, pagos provenientes de cada una de las subcuentas del FOSYGA, entre ellos las diferenciaciones de "Pago de la UPC Contributivo" y el "Pago de la UPC Subsidiado". En primer lugar, en el nuevo escenario estos "Reconocimientos y Pagos" serán función de la nueva Entidad, y se espera que aquellos asociados al Régimen Contributivo y Subsidiado, ahora hagan parte de una sola cuenta que configure el nacimiento del Régimen Único y con ello la eliminación de las desigualdades en salud, resultado de los diferentes beneficios otorgados por el sistema dada capacidad de pago de los afiliados. En segundo lugar, se estará viendo alterado por la unificación de dos procesos convirtiéndose en uno sólo llamado "Pago de la UPC Régimen Único", sin embargo éste tendrá el mismo objetivo y naturaleza e igualmente la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, fijará el monto de UPC para el Régimen Único.

Finalmente, es importante resaltar que el cambio más significativo se da en los actores involucrados en el proceso. En primer lugar y dada la eliminación del FOSYGA, el nuevo actor será ADRES, encargado de captar los recursos del Régimen Único en una sola bolsa. En segundo lugar, existe una unificación de las subcuentas, por esta razón ya no habrá 4 subcuentas, sino una sola cuenta que destinará los recursos según las necesidades del Sistema.

## **b) Giro directo**

*Instituir el giro directo en los casos que sea necesario y de manera transitoria, para lograr un equilibrio financiero en el sistema y facilitar el funcionamiento del régimen único.*

El “Giro directo” es un proceso que se encuentra descrito en la relación entre el Fondo y los Prestadores. Como tal este proceso tiene el objetivo de “asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema. (Artículo 13, Ley 1122 de 2007). Financiar y cofinanciar el régimen subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 166). Como bien se puede leer, desde el objetivo este proceso debe cambiar, pues ahora su naturaleza debe regir para el Régimen Único, y no para el Régimen Subsidiado como se tenía establecido.

En las etapas del giro directo, se especifica como actor al Prestador, delimitando el proceso al Régimen Subsidiado<sup>22</sup>. Para poder seguir con la propuesta planteada, se debe considerar que la ampliación del “Giro directo” al Régimen Único. Más allá de este cambio, no se alteran ni modifican los procesos que ya están establecidos, por lo cual no hay modificaciones en el macro-proceso.

## **c) Porcentaje de gasto de administración**

*Nuevo estudio del máximo porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros, y criterios técnicos para el Régimen Único.*

Cuando se propone un único porcentaje de gasto de administración se ve afectada la relación entre el Fondo y los Aseguradores. En esta relación se encuentra el proceso de “Riesgo ex – ante y definición de UPC”. En este proceso, la Dirección de Regulación de Costos, Beneficios y Tarifas del Ministerio declara un reconocimiento por administración fijo, de 8% para EPS del subsidiado y 10% para EPS del contributivo. Ahora bien, para acoplar la nueva formulación al proceso, es necesario que a partir del estudio sugerido en la propuesta, se establezca el gasto de administración como un porcentaje variable para las EPS que operen en el Sistema, dadas las características mencionadas en la propuesta<sup>23</sup>. Sin embargo, esta afectación mencionada no cambia el macro proceso, únicamente modifica la

---

<sup>22</sup> Se sabe que el giro directo fue extendido al Régimen Contributivo según el artículo 7 de la Ley 1797 de 2016, sin embargo y como se resalta al principio de este capítulo, el documento más actualizado del Ministerio de Salud y Protección Social es al cual se hace referencia y ajustes como estos no están contemplados. Pero institucionalmente es la última versión disponible.

<sup>23</sup> Características como el número de afiliados de la EPS y el ámbito geográfico de operación, entre otras.

especificación del porcentaje de reconocimiento por administración, considerado dentro del proceso de "Ajuste de riesgo ex – ante y definición de UPC".

#### **d) UPC**

*Se propone avanzar en una nueva metodología que permita calcular una nueva UPC para el Régimen Único y la conformación de un único pool de riesgo con los afiliados al Sistema de Salud colombiano.*

Al proponer un nuevo cálculo de la UPC se podrían ver afectados los procesos establecidos en la relación entre el Fondo y los Aseguradores, tales como el "Reconocimiento y pago" y el "Ajuste de riesgo ex – ante y definición de UPC".

En cuanto al "Reconocimiento y pago", la afectación se da por la unificación de las subcuentas, que ahora deben converger por el surgimiento del Régimen Único. Esta modificación es transversal a la mencionada en el apartado de este capítulo "Unificación de fuentes de financiación".

Dado lo anterior, el "Reconocimiento y pago" comprende los procesos de: pago de la UPC, ahora, al Régimen Único; "Pago de las prestaciones económicas"; "Recobros y tutelas"; "Ajustes de riesgos en salud ex-post (cuenta de alto costo)"; "Egresos de la subcuenta ECAT"; y "Egresos de la subcuenta de promoción".

Por parte del proceso de "Ajuste de riesgo ex – ante y definición de UPC", este seguirá existiendo, sólo que no se hará discriminación entre regímenes, porque el cálculo, en adelante, se basará en el pool único de afiliados. Cabe destacar que este proceso no se hacía por medio de diferentes subprocesos sino se establecía en uno sólo, es decir, cambia internamente el proceso pero no se agregan ni disminuyen procesos o subprocesos.

Al especificar el cambio interno del proceso, se está haciendo referencia a una nueva metodología para el cálculo de la UPC, en la cual se debe desarrollar un modelo basado en la gestión del riesgo global en salud, evaluando riesgos de enfermedad de la población; una metodología distinta a la actual, que tan solo considera características como el sexo, el área geográfica y la edad.

### **3.2.3 Prestación de servicios**

#### **Redes**

*Se plantea una red integral y la unificación del operador primario, uno de los primeros cambios se da por la obligatoriedad de la adscripción de la*

*población a al menos un prestador primario cerca de su residencia o lugar de trabajo, dependiendo de la disponibilidad de la red habilitada en la zona; y del prestador complementario, que busca eliminar la fragmentación de los servicios.*

Por otra parte, la medida también estaría involucrando a la relación entre los Aseguradores y los Prestadores, donde se definen algunas etapas entre las que se encuentra la “Etapa precontractual”. Esta etapa “está conformada por un análisis de la demanda (necesidad de servicios), que puede ser potencial o real y un análisis de la oferta requerida para dar cobertura a las necesidades. Comprende entre otros aspectos, la caracterización de la población en riesgo, la definición del modelo de atención del asegurador, la priorización de acciones y la configuración de una red de servicios.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 154). Dentro del análisis que menciona la “Etapa precontractual” se puede incluir la prestación de los servicios en un lugar cercano al trabajo o al lugar de vivienda del afiliado. Como tal este análisis ya se encuentra establecido y por ende la modificación se da interna en la definición del análisis en cuestión.

Por otro lado, dentro de la propuesta también se busca que el prestador primario se encargue de garantizar al ciudadano las actividades necesarias correspondientes al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de Gestión de la Salud Pública. En la relación entre los Afiliados y los Prestadores existe un proceso definido para “Cuidado de la salud”, donde están establecidos procesos a desarrollar como la “Prevención a la enfermedad” y la “Promoción de condiciones de salud”. Adicionalmente también se encuentra el proceso, dentro de la relación entre Afiliados y Aseguradores, la “Gestión del riesgo en salud entre usuario y asegurador”, donde, por ejemplo, se determina el subproceso de “Conformar grupos para la gestión integral del riesgo en salud”, donde actúa principalmente el asegurador; y también se encuentra el subproceso de “Adopción de rutas integrales de atención”.

Como se puede ver, en estos procesos que ya están definidos se alinean perfectamente con la propuesta y no es necesario modificar el macro proceso, ya que no están discriminados entre regímenes. Sin embargo, se sugiere la vigilancia del cumplimiento de estos procesos.

### **3.2.4 Prestaciones Económicas**

*Todas las madres afiliadas al sistema de salud colombiano tendrán derecho a licencias de maternidad, sin importar su capacidad de pago.*

Cuando se propone que las prestaciones económicas sean dadas a las madres afiliadas al sistema, se estará afectando la relación entre el Fondo y los

Aseguradores, especialmente la definición del proceso de “Pago de prestaciones económicas”, pues debe ahora hacer referencia a pagos de prestaciones económicas para el Régimen Único y no excluir a ninguna madre asegurada al sistema.

Como tal, según la propuesta y la principal relación afectada, no existe una modificación del macro-proceso aumentando o disminuyendo procesos o subprocesos, simplemente se aumenta el alcance.

### **3.2.5 Sistemas de información**

*Se establecerá una regla general en la que la aseguradora que no reporte la información solicitada por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, se verá penalizada al restringir los incrementos reales de la UPC.*

Al proponer dichos incentivos sujetos a la entrega de información oportuna y de calidad al regulador, se podría ver afectada la relación entre el Fondo y los Aseguradores. En esta relación se encuentra el proceso de “Riesgo ex – ante y definición de UPC”. En este proceso, la Dirección de Regulación de Costos, Beneficios y Tarifas del Ministerio debe establecer el incremento para la UPC. Según la formulación sugerida, es necesario adicionar en el proceso un punto de control y decisión donde se identifiquen las EPS que no proporcionaron el reporte de la información necesaria para este cálculo del incremento. A las EPS que cumplan se les ejecutará el pago de la UPC más el incremento de la inflación y adicional el incremento que arroje el estudio del Ministerio de Salud y Protección Social. Por el contrario, en caso de ser negativo el cumplimiento del reporte de la información por parte del asegurador, únicamente se procedería a hacerles el pago de la UPC más el incremento de la inflación.

Asimismo, la propuesta puede generar impactos en los procesos establecidos en la relación entre los Aseguradores y los Prestadores, siendo el proceso con mayor vulnerabilidad al cambio el “Reconocimiento y pago de servicios”. En este proceso se encuentra el subproceso de “Pago de servicios”, en el cual se hace un reconocimiento económico por los servicios de salud suministrados. La afectación se encuentra en que si la EPS no recibe todo el dinero, por la penalización anteriormente mencionada, hay una mayor probabilidad que la EPS no pague de manera oportuna a sus proveedores, generando por ende posibles retrasos en los flujos financieros dentro del sistema.

En conclusión, no hay procesos ni subprocesos adicionales al incluir la propuesta de pago de incentivos a EPS por entrega de información necesaria, únicamente puntos de control y decisión adicionales en los subprocesos mencionados.

#### **4 BIBLIOGRAFIA**

Aday LA, Andersen RM (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 9:208-220.

Almeida G, Sarti FM (2013). Inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica* 33(2).

Andersen RM, Yu H, Wyn R, Davidson PL, Brown ER, Teleki S (2002). Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? *Med Care Res Rev*. 59(4):384-411.

Ayala-García J (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) – Cartagena. Documentos de trabajo sobre economía regional.

Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T (2012). Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9.

Bardey D, Zapata JG, Buitrago G, Concha T (2013). Mercado de seguros voluntarios de salud en Colombia. Informe Final. Fedesarrollo, 2013.

Blackwell DL, Martinez ME, Gentleman JF, Sanmartin C, Berthelot JM (2009). Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: findings from a binational health survey. *Med Care* 47(11):1136-46.

Broyles RW, McAuley WJ, Baird-Holmes D (1999). The medically vulnerable: their health risks, health status, and use of physician care. *J Health Care Poor Underserved* 10(2):186-200.

DANE (2016). Conceptos Básicos. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/inf\\_geo/4Ge\\_ConceptosBasicos.pdf](http://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf)

DANE (2016). Información general Encuesta de Calidad de Vida 2014. Disponible en: [http://formularios.dane.gov.co/Anda\\_4\\_1/index.php/catalog/342/study-description#page=overview&tab=study-desc](http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/342/study-description#page=overview&tab=study-desc)

Dhingra, S. S., Zack, M., Strine, T., Pearson, W. S., & Balluz, L. (2010). Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's behavioral model of health services use. *Psychiatric Services*.

Duan N, Chau Li K (1987). Distribution-free and link-free estimation for the sample selection model. *Journal of Econometrics* 35: 25–35.

Duan N, Manning W, Morris C, Newhouse J (1983). A comparison of alternative models for the demand for medical care. *Journal of Business & Economic Statistics* 1(2): 115–126.

Duan N, Manning W, Morris C, Newhouse J (1984). Choosing between the sample-selection model and the multipart model. *Journal of Business & Economic Statistics* 2(3): 283–289.

Encuesta Nacional de Salud (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Javegraf, Colombia.

Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Borrell C, Vázquez ML (2014). Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International Journal for Equity in Health*, 13:10.

Guarin, MR (2016). Indicadores de calidad reportados por las EPS en el 2014 y 2015. Supersalud. Encontrado en:  
<https://www.supersalud.gov.co/en-us/eapb/indicadores-de-calidad>

Hammond WP, Matthews D, Corbie-Smith G (2010). Psychosocial factors associated with routine health examination scheduling and receipt among African American men. *J Natl Med Assoc.* 102(4):276-89.

Hochhausen L, Le HN, Perry DF (2011). Community-based mental health service utilization among low-income Latina immigrants. *Community Ment Health J.* 47(1):14-23.

Infomérika (2014). Informe de resultados. Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado. Encontrado en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-resultados-eps-2014.pdf>

Insaf TZ, Jurkowski JM, Alomar L (2010). Sociocultural factors influencing delay in seeking routine health care among Latinas: a community based participatory research study. *Ethn Dis.* 20(2):148- 54.

Kerguelén-Botero CA (2008). Calidad en salud en Colombia. Los principios. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, PARS.

Manning WG, Duan N, Rogers WH (1987a). Monte Carlo evidence on the choice between sample selection and two-part models. *Journal of Econometrics* 35: 59–82.

Manning WG, Newhouse J, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A (1987b). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *The American Economic Review* 77(3): 251–277.

Melguizo-Herrera E, Castillo-Ávila IY (2012). Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública.* 14 (5): 765-775.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Ordenamiento por Desempeño EPS 2014. Diciembre de 2014. Encontrado en:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/ranking-actores.aspx>

Newhouse JP (1974). A design for a health insurance experiment. *Inquiry* 11(1):5-27.

Newhouse JP, The Insurance Experiment Group (1996). *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment.* Harvard University Press: Cambridge, MA.

O'Meara G, Ruiz F, Amaya JL (2003). Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Bogotá, CEJA. ISBN: 958-683-661-4.

Poi BP (2004). From the help desk: Some bootstrapping techniques. *Stata Journal*, 4, 312-328.

Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P (2002). Factors associated with young adults' obtaining general practitioner services. *Aust Health Rev.* 25(6):109-18.

Rodríguez S, Roldán P (2008). Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región caribe. *Revista Economía del Caribe* n°2 (2008) págs. 106-129.

Ruiz F., Amaya JL, Venegas S. (2007). Progressive Segmented Health Insurance: Colombian Health Reform and Access to Health Services. *Health Econ.* 16: 3–18.

Stockdale SE, Tang L, Zhang L, Belin TR, Wells KB. (2007). The effects of health sector market factors and vulnerable group membership on access to alcohol, drug, and mental health care. *Health Serv Res.* 42(3 Pt 1):1020-41.

Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. [Predictors for ambulatory medical care utilization in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 48(3):296-306.

Velandia F, Ardón N, Jara MI, Cárdenas JM, Pérez N (2004). Oportunidad, Satisfacción y Razones de no Uso de los Servicios de Salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997. *Revista Salud Pública*. 5 (1): 46 -58.