

La gestión del usuario como una herramienta clave en el logro de la satisfacción para las entidades promotoras de salud (EPS)

User management as a key tool in achieving satisfaction for health-promoting entities (EPS)

Albeiro Hernán Suarez Hernández¹ - Carolyn Díaz García²
John Jairo Rico Valencia³ - Maricela Moreno Oviedo⁴

Resumen

El análisis de la influencia de la gestión del usuario en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como elemento dinamizador del sector, a través de la identificación de los factores de mayor relevancia a la hora de evaluar la satisfacción de los usuarios frente al servicio brindado por dichas entidades en el proceso de autorizaciones. Se parte entonces de una situación actual en la cual aspectos éticos, administrativos y sociales toman relevancia a partir de la intervención estatal en algunas EPS por factores relacionados con corrupción en algunos momentos o con la deficiente prestación del servicio en otros, lo que de forma inevitable tiene un impacto en el nivel de satisfacción de los usuarios que acceden a las mismas entre otros motivos por la necesidad de solicitar autorizaciones de servicios o medicamentos. Esto de alguna forma contrasta con el hecho de considerar la salud como un derecho fundamental desde la sentencia T-016 de 2007 de la Corte Constitucional (Corte Constitucional, 2007).

Palabras clave: Sector salud, gestión de usuarios, entidades promotoras de salud, satisfacción

Abstract

The analysis of the influence of user management in Health Promoting Entities (EPS) as a dynamic element of the sector, through the identification of the most relevant factors, when assessing user satisfaction with the service provided by these entities in the authorization process. It

is based on a current situation in which ethical, administrative and social aspects become relevant from the state intervention in some EPS due to factors related to corruption in some moments or to the deficient provision of the service in others, which inevitably It has an impact on the level of satisfaction of users who access them among other reasons because of the need to request authorizations for services or medications. This is some way contrasts with the fact of considering health as a fundamental right since judgment T-016 of 2007 of the Constitutional Court (Constitutional Court, 2007).

Key Words: Health sector, user management, health promoting entities, satisfaction

Introducción

El sector salud no ha sido ajeno a las transformaciones sociales y económicas que se han dado en países como Colombia, resultado de ello los mismos gobiernos y legisladores proclaman en diferentes espacios la necesidad de ofrecer a los usuarios servicios de salud de calidad contrastando esto con la realidad de lo que se vive respecto a los servicios por las diferentes EPS en el país. Berrío López (2007) aborda esta situación en el departamento de Antioquia dónde, por múltiples variables relacionadas con el sistema y el personal involucrado en la prestación de los diferentes servicios, las condiciones de salud han ido deteriorándose a lo largo de los años.

¹ Ingeniero industrial. Magister en Calidad y Productividad. Corporación Universitaria Americana. E-mail: Ahsuarez@americana.edu.co

² Psicóloga. Especialista en Gesrencia de recursos humanos. Magister en Dirección y administración de empresas. Corporación Universitaria Americana. E-mail: cdiaz@americana.edu.co

³ Administrador de Empresas. Especialista en Gerencia de Mercadeo. Corporación Universitaria Americana. E-mail: jrico@coruniamericana.edu.co

⁴ Pedidista, Magister en Educación. Corporación Universitaria Americana. E-mail: mmoreno@americana.edu.co

En este marco se establece la calidad del servicio como el punto fundamental a evaluar y reconsiderar, si es el caso, de acuerdo a los resultados que arroja el estudio. Para toda organización es importante conocer cuál es la percepción que tienen los usuarios sobre el servicio prestado, dado que esto impacta de forma directa no sólo la satisfacción del mismo sino también la credibilidad que los diferentes usuarios tienen en las diferentes EPS del país.

Por lo anterior se hace necesario el estudio de satisfacción del servicio a través de los mismos usuarios que han utilizado el servicio con miras a conocer su percepción, y poder así identificar factores necesarios a fortalecer en las diferentes entidades que logren entonces impactar positivamente la satisfacción del usuario y la imagen de la institución y el mismo sector salud.

Y uno de los factores principales que pueden explicar la situación actual, está ligado al factor costo, pues se creería que las mismas entidades en pro de reducir los costos de prestación del servicio modifican los procesos ocasionando resultados adversos, al respecto Michael E. Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg, (citados por Berrío López, 2007) en un análisis realizado a través de su libro *Redefining Health Care: Creating Value-Based, Competición on Results*, mencionan:

"Una tremenda ironía en la asistencia médica es que si usted mira el mundo en términos de cómo reducir gastos, por lo general los aumentará. Un principio de la "competencia basada en el valor" plantea que en la asistencia médica, la única manera de reducir costos es ofreciendo la más alta calidad. Hay que preguntarse cómo hacer subir la calidad agregando valor, finalmente ésta es la única manera de reducir costos".

Por ende el mejoramiento permanente de los servicios debería ser la apuesta necesaria de las EPS, pues será esa la mejor forma de reducir costos al evitar incluso procesos legales que se puedan devenir de una mala prestación del servicio.

Una enfermedad llamada salud

Colombia se enfrenta a una realidad bastante delicada dada la importancia

pero a la vez inoperancia de su sistema de salud. Es claro que este sector se ha convertido en un lucrativo negocio económico al punto que muchas de las entidades prestadoras de este servicio (EPS) se han visto, como se ha reseñado en varios medios de comunicación, inmiscuidas en investigaciones administrativas sancionatorias por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud). Según el informe de gestión trimestral de la Supersalud (2014), el recaudo en sanciones aplicadas a entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el año 2012 y anteriores a este alcanzó una cifra cercana a los 190 millones de pesos, aunque el recaudo esperado era cercano a los 2.195 millones de pesos.

Botero López, Rendón Torres y Herrera Giraldo (2012) en la carta al editor enviada a la Revista médica de Risaralda, hacen una fuerte crítica al sistema de salud en Colombia y dejar clara su consideración acerca que el problema no es que no se tengan los recursos disponibles para responder a la demanda, dicen al respecto:

(...) el problema no es falta de recursos económicos, porque nunca como ahora se han destinado tantos recursos al sector. En Colombia se invierten cerca de un 7% del PIB a la salud (4), es decir más de \$31 billones, que sumados a los \$9 billones del sector privado, se estima que en el mercado están rodando más de \$40 billones para este sector. (pág. 183)

Y precisamente dentro de su crítica al SGSSS, hacen alusión a la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993) como uno de los principales referentes de la problemática que a hoy vive el país, y dan como una de las principales consecuencias es que "la influencia del gobierno es desplazada por algunas empresas aseguradoras que son más bien intermediarias financieras", pues a partir de esta ley se crearon las EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS), la Aseguradora de Riesgos Profesionales (ARP), entre otras, y como menciona Chicaiza (2002) con la Ley 100 "se pasó de un régimen de subsidios a la oferta, a uno de subsidios a la demanda" (pág. 169).

Es por ello que entrar a analizar la gestión de los usuarios por parte de las EPS conlleva necesariamente al hecho que en Colombia se promulga la salud como un derecho, estipulado en el Artículo 49 de la Constitución Política, el cual declara que “la atención de la salud es un servicio público y que está a cargo del estado; por lo tanto se debe garantizar a todas las personas en el territorio nacional el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Sin embargo, a partir del momento en el que entró en vigor la ley 100 de 1993 específicamente en su libro segundo el cual está dedicado a modificar el sistema de salud del país, que como se mencionó crea las figuras de las EPS y las IPS con las cuales se han generado problemas muy grandes a la hora de la prestación de los servicios de salud.

El objetivo que esta ley pretendía era el de asegurar la salud para todas las personas independientemente de su condición económica, es decir, si pertenecen al régimen contributivo, en el cual están todos aquellos que trabajan o están vinculadas a una empresa mediante un contrato o aquellas personas independientes con capacidad de pago por su cuenta; o si pertenecen al régimen subsidiado en el cual se encuentran las personas más vulnerables del país, las cuales no tienen capacidad de pago. Aunque es una muy buena intención el hecho que los menos favorecidos también tengan acceso a los servicios de salud, para nadie es un secreto que no se ha manejado de la mejor manera esta situación, y lo que ha traído han sido muchos problemas que han empeorado el sistema de salud del país. Conseguir una cita con médico general o prioritaria se ha convertido en un profundo problema para los usuarios y ni hablar cuando se trata de citas con un médico especialista, las urgencias son atendidas en la medida en la que el paciente este en gravísimo estado de salud y aunque el Plan Obligatorio de Salud (POS) en el artículo 156 inciso ‘C’ se presenta como un plan integral de protección de salud, la realidad pareciera mostrar que sólo las demandas y/o tutelas hacen que el sistema funcione, pues en el fondo pareciera no cubrir nada.

Desde diferentes perspectivas autores y

expertos en la materia han analizado la situación del SGSSS, pues a pesar de contar con los recursos destinados para la prestación adecuada del servicio el resultado es otro. Volviendo a la crítica que realizan Botero López et al. (2012) al SGSSS en Colombia, se encuentra lo siguiente:

Con un POS unificado de \$550.000, que es lo que paga en el régimen contributivo, para brindar salud a 46 millones de colombianos se necesitarían \$26 billones aproximadamente, lo quiere decir que ahí está el dinero para garantizar este derecho. Sin embargo, de cada \$1 que el Estado coloca para la salud más o menos 45 centavos llegan al usuario, mientras que antes de la Ley 100, eran unos 85 centavos. (pág. 184)

Con esto se reitera lo que ya ellos planteaban y es el hecho que el problema en el sistema de salud en Colombia no son los recursos, sino el deficiente y reprochable manejo que se ha dado a los mismos, dejando claro que este deja de ser un servicio público para convertirse en un claro negocio en manos de esas empresas privadas que conocemos como las EPS que valga reiterarlo son:

Entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS), que se encarga de proveer el paquete de servicios básicos en el área de recuperación de la salud, prevención de enfermedades y cubrimiento de ingresos en caso de incapacidad para trabajar, enfermedad, maternidad, entre otros. Sin embargo, son las IPS (Institución Prestadora de los Servicios de Salud) la que en realidad se encargan de prestar los servicios en su nivel de atención a los afiliados y beneficiarios. (Mendoza, Bolívar, & Rojas, 2011)

Pero es importante también partir del hecho que la misma ley 100 en su artículo 218 crea el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) una cuenta adscrita al ministerio de salud y manejado por encargo fiduciario y que se encarga de manejar los recursos económico destinados a la salud, para garantizar, como su nombre lo dice, la buena prestación del servicio, lo que contrasta con la realidad distante de dicho fondo. Hay que decir que en Colombia “hay dos regímenes de aseguramiento que pre-

tenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través del FOSYGA” (Gallego, Guerrero, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011), sumado a esto existen en Colombia regímenes especiales y que según datos de Gallego et al. (2011) equivalen al 4.9% de la población del país y son entre otros “el Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos” (pág. 148).

Respecto al POS hay que decir que este aplica para el RC y este cubre tanto al afiliado (empleado que está cotizando) y a su grupo familiar, pero se hace necesario entender que existen diferentes niveles de atención, que son tramitados de acuerdo a la normatividad vigente existente y que debe obedecer al tipo de personal que labore en la entidad a la cual se acuda a recibir atención médica. Estos niveles están definidos en la Resolución 5261 (Ministerio de Salud, 1994), en su artículo 20 postula los niveles así:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados; NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados; NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o personal paramédico.

Parte del trabajo importante que debe desarrollarse en estas instituciones, tiene que ver de forma directa con la persona que tiene el primer contacto con el paciente, es decir los asesores y frente a ello Cozmales Rodríguez (2014) afirma:

Ellos son la cara amable las organizaciones, porque tienen el primer contacto con el afiliado, realizan varias funciones como son la recepción de documentos, actualización de datos, radicar las solicitudes requeridas y asignar a cada grupo de apoyo de los diferentes Back Office, además dentro de sus funciones se encuentran recibir las solicitudes de Incapacidades, Formularios de Afiliación, generar Autorizaciones según

su perfil, para cada una de los requerimientos solicitados y según el grado de complejidad de las mismas.

Todo esto lleva a pensar en la importancia del servicio dentro de la gestión de las relaciones con cada usuario, hoy hablar de las EPS en Colombia es abordar una temática de molestias, de frustraciones, de tamitologías, y en algunos casos de muerte ante la no oportuna recepción del servicio por parte del usuario. Desde la experiencia de muchos, incluyendo incluso a los autores, una cita con médico especialista (Nivel III o IV) puede llevar varios meses antes de ser asignada y cuando la agenda lo permite el usuario debe esperar dos tres meses más para asistir a la misma, según la complejidad y disponibilidad de especialistas en el área requerida un proceso de estos entre la entrega de la orden que remite a médico especialista y la realización efectiva de la misma pueden incluso pasar de los seis meses de espera, lo que puede ser demasiado tiempo tratándose de pacientes con problemas de salud y que en la mayoría de los casos requieren atención urgente o prioritaria.

Precisamente los servicios de salud en Colombia tienen problemas serios y una de ellos es que la calidad de estos está en duda dada la cantidad de limitaciones que estas presentan. Al respecto Corrales, Rodríguez H. y Rodríguez R. (2014) en una investigación realizada en 2013 y que aborda el tema de las barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en Colombia, identifican el proceso de autorizaciones como una de las primeras limitaciones de SGSSS pero adicional a ellos señalan también “múltiples desplazamientos para obtener citas de consulta médica general o especializada, epicrisis exigida para la autorización; tiempos largos de espera, congestión en los SS y remisiones a IPS sin convenio con la EPS” (pág. 1953) y acorde a lo que se planteaba antes sobre la remisión a médico especialistas también dicen que “si el especialista tratante remitía a otro especialista, conseguir esa nueva cita era complicado para la mayoría de usuarios: no hay agenda o tiene que verlo nuevamente el médico general” (pág. 1953).

Todo lo hasta aquí mencionado ha

llevado a que los usuarios de las EPS en Colombia deban recurrir a diferentes medios para lograr un real acceso al SGSSS en el país, de forma acertada Vélez (2005) aborda el tema de la acción de tutela en una reflexión sobre si este mecanismo terminó convirtiéndose en el elemento asegurador de la protección del derecho a la salud pues termina siendo la única forma en la que muchos usuario acceden a los servicios de salud. Y es que la Constitución Política de 1991 precisamente consagra la acción de tutela como mecanismo de defensa de los derechos, mencionando que se puede recurrir a la misma para:

Reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública

Según datos arrojados por un estudio realizado por la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad del Rosario (2004) "Al finalizar el año -2002- se presentaron un total de 143.888 tutelas en todo el país de las cuales 42.756 (29.7%) fueron de salud", pero la reflexión entonces se centra en cómo debería gestionarse la relación con el usuario, cómo lograr que la satisfacción del mismo sea un factor de importancia en los diferentes prestadores de servicios de salud. La gestión del cliente no debería limitarse únicamente a asignar una cita o a una sonrisa por parte del asesor mientras le indica que no tienen agenda para citas con el médico especialista al cual fue remitido el usuario, las EPS debería medir los índices de satisfacción concebidos no sólo como una medida de si logró superar su percance de salud y está recuperado, sino igualmente en la forma como todo el personal, tanto administrativo como médico, se esforzó para brindar experiencias memorables de servicio. No debería ser entonces un total calvario para los usuarios el requerir servicios de salud.

Vargas y Molina (2009) afirman que las limitaciones desde el sistema son determinadas por barreras administrativas que

repercuten en retrasos en las autorizaciones, esperas prolongadas para los procedimientos, largas filas para la asignación de citas, insuficiente oferta de especialistas, inclusive barreras para el acceso a los medicamentos, etc. La crisis de la salud se ve reflejada en las afirmaciones más frecuentes sobre las EPS que propone Arias Ramírez (2013) A continuación:

Son simples intermediarias que no agregan valor; no son verdaderas aseguradoras, sino administradoras de recursos ajenos; son entes privados con afán de lucro y no se interesan por la salud de sus afiliados, sino en el negocio; se apropian ilegalmente de los recursos parafiscales; no defienden al usuario; no hacen prevención y, por ello, no ofrecen resultados en salud, sino en el número de prestaciones; no contribuyen a la equidad del sistema; acusan múltiples fallas en la calidad y oportunidad de la asistencia; constituyen focos de corrupción; maltratan a los médicos; ejercen posición dominante sobre los prestadores de servicio; abusan de la integración vertical; se han convertido en un cartel para evitar la competencia entre ellas y, como consecuencia de su papel negativo en el sistema, señalan los detractores, este ha colapsado y no muestra resultados positivos. (pág. 13)

Cada una de estas es abordada por Arias Ramírez en las que se puede observar la magnitud del problema de la salud en Colombia, la cual debe ser objeto de revisión y atención porque es una realidad que afecta a muchas personas y sigue siendo un asunto al cual no se le ha hecho una intervención real y de fondo para mejorar la situación.

Con este panorama se buscó realizar un estudio sobre el servicio prestado a los usuarios en diferentes EPS en la ciudad de Medellín y con una mirada especial en el área de autorizaciones dado lo analizado antes sobre la importancia de las barreras administrativas en los aparentemente bajos niveles de satisfacción en los usuarios. Este proceso en sí tiene bajo su responsabilidad variadas e importantes funciones con un alto impacto en la satisfacción del cliente, entre las más recurrentes se tiene:

Recepción de documentos, actualización de datos, radicar las solicitudes requeridas y asignar a cada grupo de apoyo de los diferentes Back Office, además dentro de sus funciones se encuentran recibir las solicitudes de Incapacidades, Formularios de Afiliación, generar Autorizaciones según su perfil, para cada una de los requerimientos solicitados y según el grado de complejidad de las mismas. (Correales Rodríguez E. , 2014, pág. 9)

Hay que mencionar además que los pacientes quienes son los actores principales del sistema como lo indica Berrío López (2007) son los más perjudicados y están a merced de la suerte, en el sentido de que la IPS le brinde las garantías financieras para disminuir el riesgo de no pago, al cual muchos usuarios se ven enfrentados. En consecuencia algunos no son atendidos, o los atienden de mala manera, sin contar el hecho de que en algunas ocasiones los remiten de allí para allá y no terminan por recibir el trámite o la atención necesaria.

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario definir algunos conceptos que den claridad sobre el tema, a desarrollar, uno de estos conceptos es el de servicio, definido por Noori y Radford (1997) cómo un producto intangible que no puede almacenarse puesto que debe consumirse tan pronto se elabora, en otras palabras, un servicio no es palpable y se recibe en el momento. Otra definición es la de “conjunto de actitudes que determinan comportamientos orientados a satisfacer al cliente en relación con sus intereses (Vargas Quiñones & Aldana de Vega, 2007), un servicio entonces se presta hacia una persona o grupos de personas con el fin de satisfacer una necesidad, a estas personas se les denomina desde otras perspectivas como usuarios, consumidores, afiliado o clientes, para efectos de este trabajo se utilizará el término cliente, que según Vargas Quiñonez y Aldana de Vega (2007) se entiende como “cualquier individuo interno o externo a la organización que recibe cuidados, tratamientos o servicios de la organización”. Otra definición es la propuesta por Prieto Herrera (2014) quien lo define como “toda persona que tienen una necesidad latente o sentida, que busca un producto

o servicio con ciertos requisitos y condiciones para poder satisfacerla totalmente. Todas las organizaciones sin importar el tamaño o el tipo de producto o servicio que preste u ofrezca en el medio enfoca sus esfuerzos en brindar un servicio óptimo o de calidad para poder satisfacer a sus clientes, la calidad del servicio depende de un esfuerzo por parte de toda la organización, de sus procesos, el personal y de las posibles alianzas que tenga para que estas lleguen a buenos términos, para lograr eficiencia, eficacia y efectividad en la prestación del servicio.

La calidad del servicio es esencial, Zeithaml citado por Losada y Rodríguez (2007) define la calidad como la superioridad o excelencia; por extensión, la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. Por otro lado, Noori y Radford (1997) definen el concepto de calidad como “la percepción que tienen los clientes acerca de qué tan bien un producto satisface sus necesidades totales” y entran a ser parte de estos asuntos como el desempeño, las características de los productos o servicios, la confiabilidad, durabilidad y la presentación. También se tiene en cuenta la actitud de la persona que está al frente del servicio.

Es indispensable tener en cuenta también el éxito de las organizaciones relacionado con la calidad y la importancia que tiene en cuestiones, por ejemplo, del sostenimiento en el tiempo, así Hellriegell y Slocum citados por Barrios León (2011) plantean que las organizaciones pueden sobrevivir si son capaz de adaptarse y manejar el cambio, mantenerse estables, evitar las confusiones y tener el control total de las situaciones, de esta manera conseguir o alcanzar el mejoramiento continuo y ofrecer servicios de calidad respaldados por los buenos resultados y la confianza y credibilidad de los usuarios o clientes quienes se vean beneficiados y satisfechos con los servicios prestados y obtenidos de parte de la organización.

Independientemente del carácter de la organización, es necesario que estas se enfoquen en el cliente, ya que estos son el

Conclusiones

Claramente se evidencia que parte del éxito de la calidad de un servicio está dada por la satisfacción del cliente que no es más que “el grado en que se cumplen las expectativas del cliente con relación a un producto [y] el nivel en el cual el producto satisface las necesidades del cliente.” (Pedic, 2004). Así mismo La satisfacción según Kotler y Keller (2012). Refleja el juicio que una persona se hace del rendimiento percibido de un producto [o servicio] en relación con las expectativas. Si el rendimiento es menor que las expectativas, el cliente se siente decepcionado. Si es igual a las expectativas, el cliente estará satisfecho. Si las supera, el cliente estará encantado.

Es necesario recalcar que la satisfacción del cliente está por encima y es, según Massip Pérez, Ortíz Reyes, Llanté Abreu, Peña Fortes e Infante Ochoa (2008) el objetivo principal de toda organización, más aún, cuando se trata de la salud de las personas, por eso es importante evaluar constantemente la satisfacción, no solo de los pacientes, usuarios, afiliados o clientes, sino también, la de familiares y proveedores, con el ánimo de recolectar datos sobre cómo se está en el presente, pero también pensando en lo que falta para alcanzar un mejor rendimiento y cumplir con las expectativas de todos los actores que intervienen en el proceso.

Es por eso necesario que las EPS apuesten a la fuerza del servicio para lograr la plena satisfacción de los clientes, tanto desde el servicio médico como desde el administrativo que apoya la misma prestación del servicio, el tema se concentrará en el usuario sólo cuando la salud deje de ser vista como un negocio.

fin último por el cual se crean servicios y productos, ya que el cliente es quien hará uso de los servicios o adquirirá productos, y como lo menciona Denton (1991) “la mejor forma en que las empresas pueden proteger su futuro es concentrándose en el cliente y sus necesidades”. Esto es claro, incluso para las organizaciones o empresas que trabajan en el área de la salud. Ahora la pregunta es ¿por qué las instituciones prestadoras de servicios de salud no trabajan por y para el cliente y en el mejoramiento de sus servicios? Estas deberían seguir el ejemplo de empresas con éxito en el mundo que han “identificado las necesidades de sus clientes y de haber intentado cumplirlas. Se ha creado una larga lista de novedades y de comportamientos orientados al consumidor, para satisfacer las necesidades y deseos del público”.

Referencias

1. Arias Ramírez, J. (2013). El papel de las EPS. En C. Trujillo García, & M. Torres Villarreal, Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia. Bogotá: Universidad del Rosario.
2. Berrío López, K. (2007). La Salud en Antioquia, una mirada desde la administración. En J. G. Gómez Dávila, La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso (pág. 264). Medellín: DSSA.
3. Botero López, C., Rendón Torres, L., & Herrera Giraldo, A. (Diciembre de 2012). La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad? Revista Médica de Risaralda, 18(2), 183-184.
4. Chicaiza, L. (2002). El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. Problemas del desarrollo, 34(131), 163-187.
5. Congreso de la República de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Diario Oficial(41148).
6. Corrales, J., Rodríguez, D., & Rodríguez, J. (2014). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana. Ciênc. saúde coletiva [online], 1947-1958.
7. Correales Rodríguez, E. (2014). Mejoramiento en procesos de entrega de autorizaciones Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Obtenido de <http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/13445>
8. Corte Constitucional. (2007). Sentencia T-016/07. Derecho a la salud. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>
9. Facultad de Jurisprudencia de la Universidad del Rosario. (2004). Análisis de las estadísticas sobre acciones populares y derechos colectivos. Tutela. Acciones populares y de cumplimiento, III(29).
10. Gallego, A., Guerrero, R., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud en Colombia. Salud Pública de México, 53, 144-155.
11. Mendoza, I., Bolívar, S., & Rojas, L. (2011). Aproximación a la problemática del Sistema Nacional de Salud en Colombia a través de un ejemplo. La Dinámica de Sistemas: Un Paradigma de Pensamiento. 9° Encuentro Colombiano de Dinámica de Sistemas. Bogotá, Colombia.
12. Ministerio de Salud. (1994). Resolución número 5261 de 1994. Bogotá.
13. Noori, H., & Radford, R. (1997). Administración de operaciones y producción: calidad total y respuesta sensible rápida. Bogotá: McGraw Hill.
14. Prieto Herrera, J. E. (2014). Gerencia del servicio: la clave para ganar todos (3 ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
15. Superintendencia Nacional de Salud. (2014). Informes de Gestión 2014. Bogotá, D.C. Obtenido de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/informes-de-gestion/informes-de-gestion>
16. Vargas Quiñones, M. E., & Aldana de Vega, L. (2007). Calidad y servicio. Conceptos y herramientas. Bogotá: Ecoe ediciones.
17. Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27(2), 121-130.
18. Vélez, A. L. (2005). La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? Colombia Médica, 36(3), 199-208.