

ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE UNA ASEGURADORA  
ESTADOUNIDENSE PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE  
MEJORAMIENTO QUE SE PUEDAN ADAPTAR AL SISTEMA DE SALUD  
COLOMBIANO

Autores:

GINO MONTENEGRO MARTÍNEZ

FELIPE ALEJANDRO MAGYAROFF OVIEDO

UNIVERSIDAD EL ROSARIO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2013

ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE UNA ASEGURADORA  
ESTADOUNIDENSE PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE  
MEJORAMIENTO QUE SE PUEDAN ADAPTAR AL SISTEMA DE SALUD  
COLOMBIANO

Autores:

GINO MONTENEGRO MARTÍNEZ  
FELIPE ALEJANDRO MAGYAROFF OVIEDO

Tutor:

JAIRO REYNALES LONDOÑO

UNIVERSIDAD EL ROSARIO  
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2013

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	17
4. JUSTIFICACIÓN.....	18
5. OBJETIVOS.....	19
5.1. OBJETIVO GENERAL:.....	19
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	19
6. MARCO TEÓRICO.....	20
6.1. La Protección Social.....	20
6.2. Los Sistemas de Salud.....	22
6.3. Modelos de Atención en Salud.....	24
6.3.1. Modelo biomédico.....	25
6.3.2. Modelo biopsicosocial.....	26
6.4. El sistema de Salud Colombiano.....	26
6.4.1. Función de modulación.....	27
6.4.2. Función de Financiación.....	28
6.4.3. Función de Articulación.....	28
6.4.4. Función de Prestación.....	29
7. METODOLOGÍA.....	34
8. RESULTADOS.....	37
8.1. Kaiser Permanente.....	37
8.1.1. Análisis cualitativo del modelo de Kaiser Permanente:.....	37
8.1.2. Análisis cuantitativo del modelo Kaiser Permanente:.....	40

8.2. El sistema de salud Colombiano: una mirada global .....	54
8.2.1. <i>El modelo de prestación de servicios de salud</i> .....	55
8.3. Aspectos del modelo Kaiser Permanente que pueden ser desarrollados en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	57
9. CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66

## **LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1. Número de días/cama por 100.00 personas mayores de 65 años.....	43
Tabla 2. Tasa de hospitalización por 100 personas de 65 años y más y la estancia hospitalaria .....	47
Tabla 3. Características de pacientes diabéticos adultos en 2003 .....	51
Tabla 4. Datos consolidados condiciones crónicas .....	53

## **LISTADO DE GRÁFICOS**

Gráfico 2. Estructura del SGSSS - Pluralismo Estructurado.....	54
--	----

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios por permitirnos vivir esta experiencia académica tan interesante, a nuestras familias por su total apoyo para el cumplimiento de este objetivo tan importante para nuestro desarrollo profesional, así mismo, al área administrativa de los posgrados en salud de la Facultad de Administración de la Universidad el Rosario, por su gestión y orientación para la culminación de esta investigación y a nuestro tutor el Doctor Jairo Reynales, por su valiosa disposición y constantes aportes para el logro de este trabajo de investigación.

## **DEDICATORIA**

Con orgullo y amor, para nuestras familias.

## RESUMEN

Teniendo en cuenta las dificultades que ha presentado el Sistema de Salud colombiano caracterizado por la corrupción, las barreras administrativas para el acceso a los servicios de salud y la falta de una estructura administrativa, que le permita desarrollar mecanismos para ser eficiente en la prestación de servicios de salud, entre otros (Pantoja, 2011) (Colprensa, 2011) (Ruíz Gómez, 2012); el presente proyecto de investigación busca determinar los factores clave de éxito de una aseguradora Estadounidense y que se podrían adaptar al Sistema de Salud colombiano.

Para lograr el propósito de este proyecto, se realizó una búsqueda de artículos donde se describieran los factores claves de éxito del modelo de aseguramiento y prestación de la aseguradora Kaiser Permanente, con el fin de analizar si dichos factores se pueden implementar de acuerdo al marco normativo en el que se desarrolla el sistema de salud colombiano.

De acuerdo al análisis de la información y a la revisión de la normatividad que modela el Sistema de Salud colombiano, se pudo determinar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuenta con los mecanismos normativos que le permiten adoptar e implementar los factores claves de éxito que caracterizan el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de Kaiser Permanente; por otra parte, es necesario tener en cuenta que en el modelo colombiano se permite la integración vertical sólo en un 40%<sup>1</sup>, lo que no se ha estudiado es si este modelo de integración es beneficioso o no, a la hora de buscar la eficiencia en la prestación en salud, ya que el modelo Kaiser se caracteriza por aplicar una integración vertical del 100%, característica que le permite, por la evidencia encontrada, ser eficiente en la atención de sus usuarios.

---

<sup>1</sup> Las consideraciones en relación con la regulación de la integración vertical y de la posición dominante se encuentra en la Ley 1122 de 2007, artículos 15 y 16.

## **ABSTACT**

Based on the difficulties of the colombian health system, featuring by the corruption, the administrative barriers for the access to health services and the lack of an administrative structure to develop mechanisms to be more efficient in the delivery of health services, (Pantoja, 2011) (Colprensa, 2011) (Ruíz Gómez, 2012); this research Project, aims determine the keys to success factors of an north American insurer, that could adapting to the colombian Health System.

To achieve this proposed, it realized search of articles where it described the keys factors to success of the assurance and delivery model of the insurance Kaiser Permanente, in order to analyze if that keys factors, will could implement in the normative framework where is develop the colombian health system.

Based in the analyze of the information, and the review of the normative which modeling the colombian health system, It could determine the colombian General Social Security System in Health (SGSSS), have the normative mechanisms which allowing the adoption of the keys factors to success who characterized the assurance and delivery model of the insurance Kaiser Permanente; moreover, it is necessary to consider, in the colombian model permit the vertical integration only in 40%, but it not has been studied, if this model of integration it is beneficial or not, at the moment to find the efficiency in the health delivery, given in the KP model is characterized by applying a vertical integration in the 100%; feature, which permit, based in the evidence, be efficient in the health attention of patients.

## 1. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud colombiano, a pesar de ser un sistema de salud solidario, universal y equitativo modelo para muchos otros sistemas de salud en el mundo, atraviesa por un momento difícil caracterizado por corrupción, fallas en la prestación del servicio, entre otros; problemas que se han agravado en parte, por el aumento de la cobertura, y el imperativo de un modelo de atención basado esencialmente en la práctica de intervenciones resolutivas y no preventivas (Pantoja, 2011) (Colprensa, 2011) (Ruíz Gómez, 2012).

Adicionalmente, la legislación vigente y las políticas emanadas del gobierno, en aras de mejorar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud, no han sido suficientes frente a los desafíos existentes en materia de salud para el país, no se han podido coordinar los actores del sistema para incrementar la calidad en la prestación de servicios de salud y menos aún para brindar un servicio equitativo para toda la población sin descuidar la financiación del sistema. (Pantoja, 2011) (Colprensa, 2011) (Ruíz Gómez, 2012).

Por otra parte, en otros países del mundo se han realizado esfuerzos, por desarrollar modelos de atención que permitan mejorar el acceso de las personas a los servicios, en un ambiente de eficiencia, basados en la implementación de estrategias como el fortalecimiento de la atención preventiva en salud.

El presente proyecto de investigación, realiza un análisis cualitativo y cuantitativo del modelo de atención en salud de la aseguradora y prestadora de servicios de salud Estadounidense Kaiser Permanente (KP); este análisis se realizó con

información obtenida a partir de artículos publicados en revistas indexadas; los indicadores de salud para Estados Unidos se obtuvieron mediante la búsqueda de información en CDC (Center for Disease Control and Prevention) para los años 2007 y 2008 y de reportes del centro Nacional de Estadísticas en Salud para los mismos años y a partir de ahí, se identificaron algunos factores, que el grupo investigador consideró, se convierten en elementos clave del modelo de KP a la hora de prestar servicios de salud con eficiencia.

En la revisión realizada al modelo de Kaiser, se pudo evidenciar que en años recientes la organización Kaiser Permanente (KP) ha comenzado a influenciar la mentalidad y el desarrollo de políticas en muchos sistemas de salud Europeos (Feachem, Sekhri, & White, 2002). Se encontraron estudios comparativos entre el modelo de KP y el Sistema Nacional Inglés de Salud (NHS) y el Sistema de Salud Danés (DHS).

Para la revisión realizada al marco normativo en donde se desarrolla el Sistema de Salud colombiano, se tuvieron en cuenta las reformas realizadas sistema, así como los Decretos y las Resoluciones en donde se dieran lineamientos sobre los mecanismos mediante el cual, las personas pueden acceder a los servicios de salud.

Este proyecto de investigación realiza un análisis del modelo de atención de una aseguradora Estadounidense, con el fin de identificar algunos aspectos claves, que adaptados al modelo de salud colombiano permitan un mejoramiento en la atención en salud.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el mundo se han desarrollado diversos sistemas de protección social; de acuerdo con Fonseca (2006), estos sistemas son el producto de la puesta en marcha de diferentes tipos de respuesta social liderados por el gobierno, con el fin de neutralizar, mitigar y reducir el impacto que puede sufrir la sociedad y el individuo, cuando se enfrenta a diversas condiciones que pueden afectar su bienestar como: la enfermedad, la vejez, la invalidez y el desempleo entre otros.

Las acciones que se desarrollan en el marco de la protección social, pueden ser agrupadas conforme a tres modalidades básicas: asistencia social, seguro social y seguridad social, que a su vez involucran las siguientes actividades: (a) Asistencia social, se basa en la distribución de bienes y recursos para sectores específicos de la población, esta es una acción focalizada, residual y selectiva, de financiamiento fiscal; (b) Seguro social – distribuye bienes y servicios a categorías ocupacionales siendo de naturaleza contributiva; (c) Seguridad social – realiza la distribución de bienes y servicios a todos los individuos, para la cobertura de los riesgos sociales clásicos, por ejemplo: la enfermedad y la vejez entre otros.

Es así, como resultado de una forma de organización social, derivado de las dinámicas sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas, y con la necesidad de diseñar e implementar políticas que permitieran prevenir, mitigar y tratar los problemas de salud, se conforman los llamados sistemas de salud, que según la Organización Mundial de la Salud (2005), que son la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos que dentro de sus principales objetivos se encuentra el mejorar la salud de una población, responder a las expectativas de

las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud (De los Santos, Garrido, & Chávez, 2004).

De acuerdo con De los Santos, Garrido y Chávez (2004), la forma en que los sistemas de salud se encuentran estructurados, depende en parte de la historia y la cultura de cada país, la forma en que ven y asumen aspectos como la solidaridad y la equidad social, la capacidad económica, el tamaño y distribución de la población, así como la relación entre las fuerzas políticas interesadas en respaldar un grado mayor o menor de organización y coherencia de las instituciones.

La forma en que los sistemas de salud se operacionalizan, en términos del suministro de servicios de salud, se conoce como modelo de atención. Estos modelos responden entonces, a la aplicación técnica de los conceptos, los principios, y a las necesidades de las poblaciones en cada contexto particular (De los santos, Garrido & Chávez, 2004).

De acuerdo con Menéndez (2003), cuando se habla de un modelo de atención, se está hablando no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino también de todas aquellas actividades que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos de prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar una enfermedad o padecimiento determinado.

Por lo que las diversas formas de atención que operan en una sociedad determinada, tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas, que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención (Menéndez, 2003)

Cuando se brinda el acceso a los servicios de salud, al mismo tiempo se va dando alcance a algunos principios fundamentales; dichos principios pueden variar dependiendo de la perspectiva en que el acceso es evaluado. Desde la perspectiva de los pacientes, el acceso para los servicios de salud, se espera se de en la mejor vía, con las mejores opciones terapéuticas y con el menor costo posible, o lo que sería mejor, sin ningún costo, a través de programas en Salud Pública y a cargo del Estado. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, el acceso a los servicios de salud, se refiere a la entrega de los servicios para los pacientes con el fin de cubrir todas sus necesidades en salud. Desde la perspectiva de los proveedores de los insumos para la atención en salud, el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, está dado en el sentido de proveer al mercado, a través de tecnologías innovadoras el mayor beneficio para los pacientes (Branco, Caporale, Stefani, Pinto, & Caso, 2011).

En el mundo occidental y ciertamente en Estados Unidos, entre otros importantes cambios que han producido un dramático impacto en el cuidado de la salud y los sistemas de salud, se destacan entre otras, las enfermedades crónicas, que son responsables de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y las lesiones y comportamientos relacionados con desórdenes, resultados de la pobre salud. A pesar de lo anterior, la mayoría del entrenamiento de los profesionales de la salud y en sí mismos, los sistemas de salud, reflejan un modelo de “atención agudo”, resultado de la experiencia que han acumulado en el tratamiento de desórdenes de tipo infeccioso (Vinicor, 1998).

De acuerdo con Frenk y Londoño (1997), la mayoría de los países de Latino América, tienen en frente múltiples retos como resultado de los avances en las reformas económicas y la democratización. Al mismo tiempo, sin embargo, estas sociedades tienen que asumir una serie de retos muy complejos, mismos que, en

gran medida, derivan de las rápidas transformaciones que han caracterizado la segunda mitad del siglo XX.

Es así como sin haber resuelto los retos acumulados hasta hoy, la población de América Latina, enfrenta una serie de presiones emergentes. El envejecimiento de la población, producido por una disminución de la fecundidad, adicional al acelerado proceso de urbanización y la degradación del ambiente, ha producido entre otras un cambio en los comportamientos de las personas, caracterizado por la adopción de prácticas poco saludables y con ello, el aumento de las condiciones crónicas y lesiones de causa externa .

Frente a estas circunstancias, otros países en el mundo como Estados Unidos, Argentina y el Reino Unido han tomado cartas en el asunto, donde se han establecido regímenes de protección, amparo y formación para cuidadores y pacientes crónicos (Vargas Escobar, 2010).

Kaiser Permanente es una organización estadounidense que funciona como un asegurador y prestador de servicios de salud, inicia su operación en 1945 y opera actualmente en 9 estados y en Washington D.C.

Al parecer una gran ventaja que tiene Kaiser Permanente en su modelo de atención, es la influencia que tiene en las enfermedades crónicas y en aquellas consideradas de alto costo. Esta aseguradora por política (prevención 80%), evita que un paciente llegue a situaciones de salud que comprometan su bienestar. Prefieren dedicar muchos recursos y ser costo-efectivos al momento de tratar y prevenir enfermedades crónicas. De ahí los grandes resultados en satisfacción de los usuarios, la calidad de sus productos y servicios y las utilidades crecientes que ellos tienen por sus actividades principales (Kaiser Permanente , s.f.).

El enfoque organizacional del Sistema de Salud colombiano se ha basado en el desarrollo de estructuras orientadas al desarrollo de la atención de procesos agudos, sin advertir que en los servicios de hospitalización, en urgencias y en los consultorios médicos comienzan a predominar las personas con padecimientos y dolencias de larga duración, en los cuales una atención óptima y oportuna se convierte en su único apoyo para mejorar su calidad de vida.

Lo anterior se entiende como resultado de un enfoque de atención en donde muy poco se contempla y se comprende la realidad de la cronicidad, por lo que las personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) deben buscar apoyo en entidades y organizaciones externas al sistema de salud como alternativa para suplir sus necesidades (Vargas Escobar, 2010).

El Sistema de Salud colombiano, a pesar de ser un sistema de salud solidario, universal y equitativo, modelo para muchos otros sistemas, enfrenta momentos difíciles caracterizados por corrupción, fallas en la prestación del servicio, entre otros; problemas que se han agravado en parte, por el aumento de la cobertura, y el imperativo de un modelo de atención basado esencialmente en la práctica de intervenciones resolutivas y no preventivas (Pantoja, 2011) (Colprensa, 2011) (Ruíz Gómez, 2012).

Adicionalmente, la legislación vigente y las políticas del gobierno, en aras de mejorar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud, no han sido suficientes frente a los desafíos existentes en materia de salud para el país, ya que no han podido coordinar a los actores del sistema para incrementar la calidad en la prestación de servicios de salud y menos aún brindar un servicio equitativo para toda la población sin descuidar la financiación del sistema.

Teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar una propuesta de un modelo que permita mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud y la eficiencia del sistema, el grupo investigador quiere identificar los factores de éxito del

modelo de Kaiser Permanente que pueden ser aplicados en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuáles son los factores de éxito del modelo de atención de una Aseguradora Estadounidense, que se pueden adaptar al sistema de salud colombiano?

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

Con la reforma del sistema de salud en Colombia, se esperaba que se desarrollarían esfuerzos por parte de la academia y de los expertos con el fin de desarrollar investigaciones y propuestas que permitieran mejorar la operación del SGSSS; lo anterior teniendo en cuenta, que el nuevo sistema de salud requería un cambio de paradigma, en el sentido de cambiar la atención en salud centrada en la oferta a una atención en salud basado en la demanda, así como la necesidad de crear una cultura de la administración en salud, basada en el control de los riesgos en salud, el desarrollo de herramientas para el control en la asignación y el gasto de los recursos, aplicando conceptos como la costo-efectividad, entre otros (Restrepo, 2005).

Pero ha ocurrido todo lo contrario, de acuerdo con Restrepo (2005), los análisis del SGSSS, se han basado en enfoques ideológicos y políticos, que no contribuyen en el mejoramiento del sistema de salud.

Por lo anterior el grupo investigador ve importante desarrollar este trabajo con el fin de identificar los factores de éxito de la aseguradora y prestadora de servicios de salud Estadounidense Kaiser Permanente, con el fin de determinar si es posible desarrollar esa experiencia en el contexto del sistema de salud Colombiano.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los factores de éxito del modelo de atención de una aseguradora Estadounidense que se pueden adaptar al Sistema de Salud colombiano.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Caracterizar el modelo de atención de la aseguradora Estadounidense Kaiser Permanente.

Determinar los factores de éxito del modelo de atención de la aseguradora Estadounidense Kaiser Permanente.

Analizar los factores clave del modelo de atención de Kaiser Permanente a la luz del marco normativo del Sistema de Salud Colombiano

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1. *La Protección Social*

La evolución de los sistemas de protección social en el estado moderno forma parte del proceso de aceptación de la pobreza como una cuestión social que se inserta en la agenda de las políticas públicas. La llamada "Cuestión Social" fue el reconocimiento de un conjunto de nuevos problemas vinculados a las condiciones modernas de trabajo urbano, a partir de las grandes transformaciones sociales, políticas y económicas generadas por la revolución industrial en la Europa del siglo XIX (Isuani & Nieto).

Y en la búsqueda de la reivindicación por igualdades socioeconómicas en un contexto de democracias de masas, se generó el desarrollo de un conjunto de políticas e instituciones como respuesta a los problemas de la pobreza y de la desigualdad que se vivían en las sociedades industrializadas de la época. Ese paquete de políticas, fue denominado *Welfare State* o Estado de Bienestar Social, incluyendo bajo ese nombre, tanto las políticas e instituciones, como la extensión de los derechos sociales de ciudadanía (Fleury & Molina, 2000).

De acuerdo con Mejía y Franco (2007), el modelo de Estado de Bienestar, se desarrolló en la teoría general de la ocupación, el interés financiero y el dinero, y se ocupa de agregados como el ingreso, el consumo, el ahorro y la inversión. Reconoce que las tasas de ocupación de los ciudadanos que hacen parte de una sociedad, se convierten en indicadores de prosperidad para las naciones y que la falta de ingresos, compromete seriamente la conservación de la vida y el desarrollo humano.

Es así como la protección social se renovó en el marco de la seguridad social, después del replanteamiento de los conceptos clásicos de los Seguros Sociales o Seguro del Trabajador (modelo desarrollado por Otto Von Bismarck en 1883); cambio que obedeció a las ideas de William Beveridge a finales de 1942, conocidos bajo el nombre del “informe Beveridge”, en donde se identifica al ciudadano como eje central y beneficiario de las políticas sociales, cambio que se dio, posterior a los resultados de la II Guerra Mundial.

La protección social debe entenderse de manera amplia e integral, incluyendo variables de orden económico, político y social que garanticen la salvaguardia en eventos adversos que pudieran causar detrimento a la salud, al empleo, al bienestar y a la calidad de vida de las personas, y basarse en criterios de equidad y justicia social.

Es así como de manera general, los sistemas de protección social tienen dos objetivos principales: (a) proteger a toda la población de los riesgos económicos, sean estos co-variantes o idiosincrásicos (individuales); (b) asistir a la población más pobre para superar su situación en el corto y largo plazo. El primer objetivo – reducir la vulnerabilidad de la población ante los riesgos – se lleva a cabo a través de la entrega de servicios de salud en especie, mediados por diversos mecanismos de aseguramiento; mecanismos que pueden variar dependiendo de la estructura económica y política de cada sociedad; el segundo – la asistencia social – se alcanza a través de transferencias directas (subsidijs a la demanda) e indirectas (subsidijs a la oferta) a los hogares para que puedan superar la pobreza (Nuñez & Espinosa, 2005).

## **6.2. Los Sistemas de Salud**

En cumplimiento del primer objetivo de los sistemas de protección social, el desarrollo de acciones para la reducción o manejo del riesgo de los habitantes, se realiza mediante el diseño e implementación de políticas públicas, expresadas en los sistemas de salud.

La OMS (2012), ha definido como sistema de salud a las organizaciones, instituciones y recursos tanto económicos como humanos, cuyo objetivo principal es el de desarrollar actividades encaminadas a mejorar la salud. Por su parte Murray y cols. (2000), definen la palabra “acción en salud”, como una serie de actividades cuyo objeto principal es mejorar o mantener la salud, y los sistemas de salud incluyen los recursos, actores e instituciones, relacionados con la financiación, regulación y provisión de las acciones en salud.

De acuerdo a la estructura poblacional, y alineado con el desarrollo de políticas de carácter social y económico, entre otras, cada país ha desarrollado sistemas de salud mediante la implementación de mecanismos que buscan dar respuesta a las necesidades de atención en salud de sus habitantes.

Según Londoño y Frenk (1997), los sistemas de salud, de manera general, de acuerdo con las características, se pueden agrupar en cuatro grandes grupos, cada uno con unas variaciones que son dadas por cada país. A continuación se hará una breve descripción de cada uno:

- Modelo público unificado: en este caso es el Estado el que cumple con las funciones de modulación, financiación, aseguramiento y prestación de servicios. Se puede entender que bajo este tipo de modelo, el Estado se convierte en monopolio en la prestación del servicio, elemento que impacta negativamente que ha denominado Arrow (1963), “competencia

equilibrada”, ya que el usuario no puede elegir el prestador, característica del modelo que puede afectar la calidad en la prestación del servicio.

Al mismo tiempo los prestadores del servicio no pueden competir para suministrar un mejor servicio, ya que no existen proveedores sustitutos del servicio de salud. Un ejemplo de este tipo de sistema puede ser el Cubano, en donde el Estado participa en las cuatro funciones del sistema de salud (modulación, financiación, aseguramiento y prestación).

- Modelo privado atomizado: en este modelo el financiamiento lo realiza el propio consumidor mediante el pago por servicio prestado o a través de empresas de seguros de origen privado, los cuales realizan el reembolso al prestador por las intervenciones o procedimientos que se suministraron al usuario, sin que exista una integración vertical de estas dos funciones.

Aunque formalmente existe libertad de elección, las diferencias en los grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que excluye a la parte de la población que no cuenta con los recursos económicos suficientes y en el momento oportuno para acceder a los servicios de salud.

- Modelo de contrato público: en este modelo el financiamiento público se combina con la prestación de servicios de salud por parte del sector privado. Esta separación entre el financiamiento y la prestación se da mediante la contratación de servicios, contratación que puede ser analizada desde la óptica de la teoría del principal y el agente.

En contraste a otros modelos, mediante este tipo de sistema de salud, la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la participar en un mercado más competitivo, ya que la

contratación que realiza el principal<sup>2</sup> será mediante la evaluación de ciertos criterios de productividad, y en el mejor de los casos, también de calidad.

Uno de los problemas que se ha identificado en este tipo de modelo, está relacionado con la falta de articulación entre la función de financiamiento y prestación, por lo que se presentan escenarios de fragmentación de la atención lo que complica el control de la calidad y los costos. Ejemplos de este tipo de modelo se encuentran en Canadá y Brasil.

- Modelo segmentado: este modelo se caracteriza por segmentar a la población para la entrega de servicios de salud en dos grupos: (a) personas que trabajan en el sector formal, que quedan cubiertas instituciones de seguridad social; (b) personas que no trabajan, o si lo hacen, pertenecen al sector informal y por lo tanto no quedan cubiertas por la seguridad social.

Las necesidades en salud del segundo grupo pueden ser cubiertas por el sector privado, y el 100% del pago del servicio es cubierto por parte del consumidor. En el caso en que el consumidor no cuente con los recursos para financiar la prestación del servicio, éste se realizará por medio de instituciones de beneficencia.

### **6.3. Modelos de Atención en Salud**

Según Rúaless (2004), el modelo de atención en salud, hace referencia a los contenidos de la atención en salud y a las características de la interacción que se da entre el prestador y el usuario.

---

<sup>2</sup> Esta denominación de principal o de propiedad se realiza teniendo en cuenta la teoría de la agencia desarrollada por Jensen & Meckling en 1976.

Los modelos de atención en salud, están dados bajo el marco de los avances tecnológicos, científicos y económicos, que una determinada sociedad ha desarrollado a lo largo de su evolución histórica.

A través de la historia y en el marco del desarrollo tecnológico, político y económico de cada época, el ser humano ha construido diferentes modelos conceptuales que intentan explicar las variables que intervienen en el proceso salud-enfermedad, tanto en el plano individual como en el colectivo. De los diferentes modelos desarrollados a través de la historia, se ve que desde la concepción mágico-religiosa, pasando por la sanitarista, médico-social, unicausal, multicausal, ecológica hasta de determinación social, estos modelos se convirtieron en referentes conceptuales que determinaron la formación académica de los profesionales de la salud.

De igual forma, se convirtieron en herramientas con las que se desarrollaron modelos y estrategias para la prestación de los servicios de salud, con el fin de promover prácticas saludables en diferentes contextos. En el desarrollo de los referentes conceptuales que a través de la historia el ser humano ha construido, se debe tener en cuenta que la segunda mitad de siglo XX fue una época de amplia producción de conocimiento, motivada en gran parte por el interés del hombre en explicar, tratar y prevenir el desarrollo de las enfermedades (Montenegro, 2011).

### 6.3.1. Modelo biomédico

De acuerdo con González (2008), en este modelo existe un predominio del desarrollo de acciones clínicas y terapéuticas centradas en el tratamiento de la enfermedad, ya sea a nivel individual o a nivel colectivo. De ahí que los servicios de salud se concentren en espacios como el consultorio, la clínica, el hospital, el laboratorio, etc., en donde se atiende y se entiende al individuo como una entidad

biológica, de la que se busca restablecer el correcto funcionamiento de aquella parte del cuerpo que se ha diagnosticado con enfermedad.

Este modelo de atención se ha caracterizado por ser, totalmente centralizado y enfocado a la solución de problemas inmediatos, el desarrollo de servicios se realiza en base a la demanda, no establece interacciones con instituciones u organizaciones de otros sectores, la evaluación del talento humano se hace en base al “rendimiento”, sin medir el impacto de los programas ni la relación costo-efectividad.

### 6.3.2. Modelo biopsicosocial

Este modelo ha surgido de reconocer que el ser humano es mucho más que una “circunstancia” biológica, ya que la salud vista desde el contexto social e histórico, se produce en ambientes particulares, en donde las relaciones en que se origina, son parte circunstancial de la vida del individuo y su comunidad.

El aporte de este modelo, ha sido el presentar a la salud desde una construcción en la que se asume la parte biológica, como resultado de procesos históricos y culturales y en consecuencia dan paso al desarrollo de intervenciones y acciones que la conserven y que la atienden en el ámbito de las sociedades modernas (González , 2008).

## **6.4. El sistema de Salud Colombiano**

La reforma del Sistema de Salud en Colombia que se propuso en la década de 1990, fue fundamentada por múltiples factores, como por ejemplo, el hecho de tener una de las tasas más bajas de cobertura en salud a nivel de América Latina, la rápida transición epidemiológica y demográfica, la crisis en el financiamiento del

sistema de salud, incremento del desempleo, discrepancias entre la eficacia, la eficiencia y la equidad de los servicios de salud, inconformidad y nuevas exigencias de los usuarios del sistema de salud, aumento en la demanda de procesos curativos y poca participación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que incrementó significativamente el costo para la atención de los pobres y un rápido hacinamiento de demanda de servicios que dificultaba el acceso oportuno de la población a los mismos.

La reforma que se implementó en Colombia en el año 1993 normada bajo la Ley 100, que posteriormente fue modificada por la Ley 1122 de 2007 y por la Ley 1438 de 2011; se enfocó al desarrollo de un Sistema General de Seguridad Social integral basado principalmente en un modelo teórico “pluralismo estructurado” que tiene como sus principales objetivos: evitar lo extremos del monopolio del sector público, evitar la atomización del sector privado, evitar los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y evitar actuaciones anárquicas en la provisión de servicios de salud mediante el establecimiento de unas reglas de juego (Londoño & Frenk).

Es importante resaltar que el sistema se encuentra organizado por funciones y no por grupos sociales, siendo la clave del modelo. Las cuatro funciones importantes que son:

#### 6.4.1. Función de modulación

Tiene como fin establecer reglas claras, transparentes y justas que permitan direccionar estratégicamente el sistema y establecer las funciones de los diferentes actores que intervienen la prestación de servicios de salud. El ente responsable es el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

#### 6.4.2. Función de Financiación

El modelo de financiamiento adoptado por el SGSSS está orientado a movilizar recursos públicos hacia la demanda. Estos recursos se originan a partir de fuentes parafiscales y fiscales que son administradas a través de un fondo central: el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y los Fondos Territoriales de Salud (FTS), respectivamente.

El FOSYGA y los FTS le pagan a las EPS una prima fija (diseñada con base el método de tasación comunitaria y ajustada por riesgo), la Unidad de Pago Capitado (UPC), por la administración del Plan Obligatorio de Servicios (POS). La afiliación al SGSSS depende del nivel socioeconómico y de la capacidad de compra de las personas. Las personas formalmente empleadas y los trabajadores independientes, con capacidad suficiente, se afilian al Régimen Contributivo (RC) y aportan el 12% de su salario al SGSSS. Estos aportes son recaudados a través de las EPS por delegación del Sistema; las EPS, a su vez, mediante un proceso de cruce de cuentas, compensan con el FOSYGA la diferencia entre el monto recaudado y la UPC que el SGSSS les reconoce por cada individuo afiliado.

Los individuos más pobres de la población, sin suficiente capacidad de compra, se afilian al Régimen Subsidiado (RS), luego de un proceso de focalización individual, administrado por los gobiernos locales, a través de un proceso conocido como Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN); una vez focalizados y afiliados al RS, el Estado subsidia a estas personas el valor de la UPC (Céspedes, Jaramillo & 2002).

#### 6.4.3. Función de Articulación

Esta función reúne y permite que los componentes de la atención en salud se relacionen; permitiendo el flujo de los recursos financieros hacia la prestación de

los servicios de salud, para esto se contemplan dos interfaces: 1. Articulación entre población de prestadores, que a su vez se divide en tres importantes sub funciones que son: La administración del riesgo, La administración del acceso y la Representación. 2. Articulación entre agencias financieras y prestadores de servicios: esta articulación se da mediante división selectiva de los recursos por parte de los agentes a los prestadores, lo cual se lleva a cabo por medio de tres sub funciones: el diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la gestión de la calidad.

Las aseguradoras dentro de la función articuladora, se plantearon en el “pluralismo estructurado”, como instituciones que buscan mediar la relación entre el prestador y el usuario del servicio, verificando la prestación con calidad y en beneficio del usuario que es la razón fundamental del sistema. Así mismo se encargarían de gestionar el riesgo en salud de sus afiliados mediante la promoción de prácticas saludables, y mediante acciones preventivas (vacunación, citologías, intervenciones de promoción de la salud etc...), que le permitieran mejorar el estado de salud y disminuir el costo financiero de las intervenciones salud en búsqueda de un equilibrio de costo-efectividad.

#### 6.4.4. Función de Prestación

“Está relacionada con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana”.<sup>3</sup> Las instituciones encargadas de la prestación de los servicios de salud contemplados en Plan Obligatorio de Salud se realizan por medio de la contratación de entidades de naturaleza privada, pública o mixta.

---

<sup>3</sup> Definición tomada de la página: [www.dnp.gov.co/Programas](http://www.dnp.gov.co/Programas)

La política nacional para prestar servicios en salud fue creada por el Ministerio de Salud y Protección Social, para determinar los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios en Colombia. Esta política tiene como propósito “garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población”<sup>4</sup>, que para dicho hecho establece tres ejes:

- **Accesibilidad:** Se refiere a las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutive en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable.
- **Calidad:** Centrado en la adecuada implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el fomento al desarrollo del talento humano.
- **Eficiencia:** En esencia, el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

### **6.5. Kaiser Permanente**

El Sistema de Salud norteamericano, es un sistema que de acuerdo a sus características se enmarca en lo que se conoce como modelo privado. Aunque formalmente en este tipo de modelos existe libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que incluye a la gran mayoría de la población de su nivel superior.

De hecho la ausencia de una función explícita de articulación significa que no hay un mecanismo disponible para agregar la demanda de forma que los consumidores pueden quedar desprotegidos por las asimetrías en la información.

---

<sup>4</sup> Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud- Ministerio de la Protección Social, 2005.

Aun cuando exista la competencia, con frecuencia ésta tiene lugar a través de la selección de riesgos más que de los precios. En suma, al excluir a grandes grupos de personas en necesidad y al segmentar la prestación de servicios, este modelo magnifica las fallas de mercado, que generan ineficiencias globales en el sistema de salud (Londoño & Frenk).

Kaiser Permanente es una aseguradora y prestadora de servicios de salud Estadounidense que opera en un entorno altamente competitivo con presiones simultáneas de contención de costes y de mejora de calidad de la atención. En este modelo, la función de financiamiento se lleva a cabo mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores, o a través de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones (Nuño Solinis, 2007).

Kaiser Permanente inicia su operación en 1945 y opera actualmente en 9 estados y en Washington D.C. A la fecha cuenta con un total de 9 millones de afiliados, el 70% de sus afiliados se encuentra en California (Nuño Solinis, 2007), y desarrolla su operación bajo la coordinación de tres grupos empresariales que funcionan como consorcio:

- The Kaiser Foundation Health Plan.
- Kaiser Foundation Hospital.
- Permanente Medical Groups.

Kaiser Permanente es financiado por el dinero que aportan sus miembros mediante primas y copagos. Dentro de los servicios de salud que oferta se encuentran:

- Hospitalización.
- Cuidado sub agudo.
- Cuidado ambulatorio.

- Cuidado preventivo.
- Accidentes y emergencias.
- Optometría.
- Rehabilitación.
- Cuidado en casa.

EL modelo de atención de KP ha sido reconocido por el informe “Cuidado Innovador Para las Condiciones Crónicas: Agendas para el Cambio” de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2003), como un modelo innovador, resaltando los siguientes elementos, que lo hacen diferente en comparación con otros modelos de atención:

- KP reorientó sus consultorios de atención primaria para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes, en especial las de aquellos con condiciones crónicas.
- Se crean equipos multidisciplinarios que incluyen a médicos, enfermeras, educadores de salud, psicólogos y fisioterapeutas.
- Los pacientes inscritos en programas de condiciones crónicas, por estrategias de extensión, son aquellos que no han recurrido a la atención primaria y que son identificados por los médicos durante las visitas para recibir atención primaria.
- Los pacientes reciben servicios de disciplinas múltiples, basadas en la intensidad de sus necesidades.
- Se hace énfasis en la prevención, educación de pacientes y autogestión.
- Los miembros que no son médicos del equipo facilitan las citas de grupos.

- Han aumentado el tamizaje y los servicios de prevención, y han descendido las tasas de ingreso en hospitales.
- El modelo de Kaiser incluye una integración real a través de todos los componentes de atención de salud, tratamiento de los pacientes al nivel más eficaz en función al costo de atención, competencia del mercado y sistemas de información avanzados.

## 7. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se realizó mediante la metodología de un estudio de caso, teniendo en cuenta que es un método de investigación en donde los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas, así mismo, es un método que se ha considerado como una forma esencial de investigación en las ciencias sociales y las área de administración de empresas, con el fin de describir los distintos factores que ejercen influencia sobre un fenómeno (Martínez Carazo, 2006).

En esta investigación se tomó como unidad de análisis el modelo de atención en salud de la aseguradora y prestadora de salud Estadounidense Kaiser Permanente con el fin de identificar los factores clave de éxito; para lo cual se desarrollaron tres fases: planeación, recopilación de la información y análisis e interpretación de los datos, que se describen a continuación:

### **Fase I:** Revisión teórica del modelo de atención de Kaiser permanente

La revisión se realizó a partir de la búsqueda de estudios en donde se describieran las características cualitativas del modelo de Kaiser, así como datos cuantitativos que le permitan el grupo investigador analizar el comportamiento del modelo, a luz de indicadores de proceso y de resultado.

La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos Scielo, Science Direct, EBSCO y Pubmed, se utilizaron como palabras clave en la búsqueda de información: Kaiser Permanente, Integrated Health Systems.

Se seleccionaron aquellos artículos publicados desde el año 2000 a la fecha, escritos en español y en inglés, en donde se evidenciara se contenía información cualitativa o cuantitativa del modelo de Kaiser, así como estudios comparativos del modelo de Kaiser con otros modelos de atención en salud.

Los datos sobre resultados en salud de Estados Unidos se obtuvieron mediante la búsqueda de información en CDC (Center for Disease Control and Prevention) para los años 2007 y 2008 y de reportes del centro Nacional de Estadísticas en Salud para los mismos años.

**Fase II:** Análisis de los factores de éxito del modelo de atención de Kaiser Permanente.

Se realizó una primera organización de la información de acuerdo a su naturaleza cualitativa o cuantitativa, sólo se tuvo en cuenta información que explicará la forma en que opera el modelo Kaiser.

Se analizaron las características cualitativas del modelo Kaiser buscando identificar factores, que de acuerdo a la revisión de la literatura y al análisis realizado por el grupo investigador, marcan la diferencia del modelo y permiten el flujo eficiente de los usuarios y de los procesos administrativos derivados de la atención en salud.

Con respecto a la información cuantitativa, se tuvieron en cuenta indicadores de estructura y de proceso como: el número del personal de salud para la atención, la estancia hospitalaria, la tasa de readmisión hospitalaria, y el costo per cápita derivado de la atención en salud, entre otros.

De acuerdo al análisis tanto cualitativo como cuantitativo de la información, el grupo investigador, apoyado de la revisión de literatura realizada y a la consulta de otras fuentes de información relacionada con factores de éxito en modelos de atención en salud, describió aquellos elementos que hacen que el modelo de atención de Kaiser Permanente, sea eficiente dentro del contexto de modelos de atención en salud.

**Fase III:** Análisis de los factores clave del modelo de atención de Kaiser Permanente a la luz del marco normativo del Sistema de Salud Colombiano

Se realizó una revisión de la normatividad colombiana a la luz de los factores clave del modelo de Kaiser Permanente, se con el fin de identificar si el modelo colombiano, normativamente, cuenta con las herramientas para la implementación de los factores clave, y a partir de ahí, se construyeron las conclusiones de la investigación.

## **8. RESULTADOS**

### **8.1. Kaiser Permanente**

#### 8.1.1. Análisis cualitativo del modelo de Kaiser Permanente:

Dentro de los elementos que caracterizan al modelo de Kaiser y que se convierten en innovadores dentro de los prestadores y aseguradores en salud en Estados Unidos, se encuentra la conformación e implementación de equipos de salud de atención primaria, en un entorno altamente competitivo con presiones simultáneas para la contención de costos de operación y de mejora continua en la calidad de la atención en salud (Nuño Solinis, 2007).

El modelo de atención primaria para adultos se desarrolla bajo los siguientes elementos filosóficos (Dea, 2000):

- Haciendo lo correcto la primera vez: el modelo trata de suministrar los servicios de salud necesarios, tanto como sea posible en la primera visita, minimizando la segunda cita y el reproceso.
- Distribución anticipada de la experiencia: busca que el usuario tenga la mejor experiencia en el tratamiento clínico, mediante la remisión oportuna al nivel de complejidad requerido y en el momento adecuado, evitando demoras innecesarias.
- Aprovechar el tiempo del profesional de salud: cuando los profesionales de la salud asumen deberes que no pueden cumplir por su nivel de experticia o realizan otro tipo de actividades sobre las cuales no fueron entrenados, se convierten en un recurso desperdiciado.

- El modelo de cuidado para adultos, reconoce la necesidad de una relación cercana entre el paciente y el profesional de la salud, pero lo hace en el marco en donde los profesionales cumplen su mejor rol. Por lo que permite la entrada de otros profesionales de la salud al tratamiento del paciente, creando una relación entre el paciente y el equipo de cuidado de la salud.
- Alcance: el modelo busca prevenir la enfermedad, asegurando que los pacientes participen y se vean involucrados en su propio cuidado. A través de un monitoreo se buscan minimizar las recaídas del paciente, después de que el episodio de tratamiento “agudo” es completado, se sigue con un cuidado "aftercare" evitando recaídas y realizando un seguimiento de largo plazo cuando sea necesario.
- Acceso orientado hacia los miembros: el modelo asume que la información adecuada que recibirá el paciente será derivado de la revisión clínica de un especialista y de esta forma se podrán tomar las mejores decisiones. El sistema está diseñado para permitir a los pacientes el acceso a la consulta médica lo más rápido posible.
- Información clínica integrada: desarrolla un sistema de información que le concede a los profesionales contar con información clínica y resultados de laboratorio, y de esta forma tomar decisiones de manera oportuna, y en conjunto con otras profesiones. La información es confidencial y sólo permite el acceso a información necesaria para tomar decisiones clínicas.

El equipo para la atención primaria de adultos (APC por sus siglas en inglés), está compuesto por seis médicos, dos enfermeras practicantes, 11 asistentes médicos, tres enfermeras profesionales, un profesional en salud mental (psicólogo o trabajador social), un educador en salud, un terapeuta físico y una enfermera con

funciones administrativas; los equipos atienden aproximadamente a 20.000 adultos.

El equipo es responsable por la atención completa del usuario, coordina el acceso a los servicios de salud que no se prestan en el primer nivel, así mismo es responsable del cumplimiento de metas de acceso a los servicios de salud.

La interacción entre el cuidado primario y el cuidado por especialistas es orientado por Guías Especiales de Interacción (Speciality Interface Guidelines - SIG). Estas guías incluyen de manera detallada como desde el cuidado primario, se puede acceder de manera oportuna al cuidado por especialista para una consulta o para el cuidado por un nivel de complejidad más alto.

Por otra parte las SIG contienen información de problemas médicos que se pueden encontrar en la atención primaria, indicando al equipo de salud, cuál es el momento oportuno para referir ese usuario a un mayor nivel de complejidad; para salud mental, se incluyen eventos como: ansiedad, pánico, dependencia a químicos, insomnio, intención suicida, desórdenes de alimentación y psicosis.

Cuando un usuario solicita la cita, en la parte inferior del recibo se encuentra una actualización de los problemas médicos del usuario (HTA, mamografía, test de colesterol, o antígeno prostático), todos los médicos del sistema están atentos a tomar nota y discutir con los pacientes, de acuerdo a la evolución, si es necesario, tomar otras ayudas diagnósticas.

Para promover el autocuidado, se realizan cursos de educación en salud, que hacen parte del diagnóstico de las Guías de Práctica Clínica; adicionalmente se cuentan con librerías que ofrecen libros, audios y videos disponibles para los usuarios con temas de educación en salud. Este enfoque reconoce que gran parte

de la atención primaria en salud tiene lugar en la casa, sin necesidad de involucrar el sistema de salud (Dea, 2000).

Tres poblaciones específicas han sido priorizadas para recibir programas especiales, con el reconocimiento de la necesidad de que el cuidado sea coordinado; estas poblaciones son: a) personas con enfermedades crónicas; b) personas con dolor crónico; c) y personas con somatización de ,,,

Cada uno de estos grupos tiene clases específicas de educación en salud, así como acceso a una variedad de especialistas en el cuidado primario bajo un programa organizado. Existe un programa "early start" en donde se oferta la detección y tratamiento para primigestantes con dependencia a drogas (Dea, 2000).

#### 8.1.2. Análisis cuantitativo del modelo Kaiser Permanente:

##### *Kaiser Permanente comparado con otros sistemas de salud.*

En años recientes la organización Kaiser Permanente (KP) ha comenzado a influenciar la mentalidad y el desarrollo de políticas en muchos sistemas de salud Europeos. La razón de este interés está dado en que KP ha mostrado ser un modelo exitoso, integrado y costo efectivo con altos estándares de calidad para sus afiliados (Feachem, Sekhri, & White, 2002).

Dentro de la búsqueda de información al respecto, se han podido recopilar datos sobre estudios comparativos entre el modelo de KP y el Sistema Nacional Inglés de Salud (NHS) y el Sistema de Salud Danés (DHS), a continuación se presentan los principales resultados:

Del estudio realizado por Feachem y cols. (2002), se pueden extraer los siguientes resultados, que aportan a la discusión del modelo:

- El total de costo per cápita en dólares para el NHS es de USD \$1764 y para KP USD \$1951<sup>5</sup>.
- El número de especialistas por 100.000 personas es mayor en KP que en el NHS.
- El tiempo para consulta por especialista es mayor en el NHS que en KP; para 2001 el 36% de las personas en el NHS deben esperar en promedio menos de 4 semanas, para KP el 80% tiene acceso en menos de 2 semanas, para el mismo año de comparación.
- El tiempo de espera para recibir tratamiento hospitalario o cirugía es mayor en NHS que en KP; para el 2001 el 41% recibe el servicio en menos de 13 semanas, para KP el 90% recibe el servicio en menos de 13 semanas para el mismo año de comparación.
- Respecto al cuidado de personas con enfermedades cardiovasculares se estima que para 1997 el 42% de las personas con infarto agudo del miocardio recibieron tratamiento con  $\beta$  bloqueadores en NHS, comparado con el 93% de KP.
- Frente a coberturas de vacunación, comparando NHS vs KP, en menores de 2 años el 95% vs 91% para DPT, el 94% vs 91% para VHB; y para sarampión, rubeola y paperas el 88% vs 94%, respectivamente.

---

<sup>5</sup> El artículo de Feachem y cols., realiza la comparación de costos per cápita determinando el costo operacional total por cada sistema, posteriormente realiza un ajuste determinado por los beneficios ofrecidos, y circunstancias especiales que no son comunes en ambos sistemas: el costo relativo del entorno médico en donde los dos sistemas operan, la edad, las características socioeconómicas de la población; adicionalmente utiliza la Paridad de poder adquisitivo de la moneda en cada sistema con el fin de corregir las diferencias subyacentes de los precios en los insumos médicos. La mayoría de los datos de NHS provienen de la página web oficial (<https://www.gov.uk>); los datos de KP se obtuvieron directamente de Kaiser.

Los autores argumentan que el modelo de atención de Kaiser tiene mejores resultados globales, particularmente relacionados con el acceso oportuno al diagnóstico especializado, y la reducción de tiempos de espera; adicionalmente identifican los siguientes elementos como factores claves de éxito del modelo de Kaiser:

- Logro de una real integración entre la atención primaria y la atención por especialistas.
- Tratar a los pacientes en el nivel más rentable de la atención en salud: el tiempo de estancia hospitalaria en KP es un tercio, comparado con el NHS, resultado en parte, de la integración real entre el nivel de atención primaria y la atención especializada, controlando las tasas de admisión de usuarios.
- Desarrollar su modelo de atención en un entorno competitivo y la capacidad de elección por parte de los usuarios: el hecho de estar en un entorno competitivo, le sugiere a la organización desarrollar servicios con un valor agregado y preocuparse por la buscar la lealtad de sus afiliados, entre otros.
- Desarrollo de tecnologías de la información: la integración de la atención en salud, y la toma oportuna de decisiones está condicionado, en parte, por la información que clínica que se tiene del usuario, el acceso a la información independientemente del sitio en donde se encuentre el equipo de salud y el usuario.

En un estudio posterior al de Feachem y cols., realizado por Ham y cols. (2003), se comparó el total de utilización de cama/día entre el NHS, KP y Medicare. El estudio se concentra en personas mayores de 65 años y más, ya que las personas

adultas mayores son las que, de acuerdo al autor, utilizan de manera usual los servicios de hospitalización.

Para este estudio se utilizaron datos de rutina disponibles, para identificar las 15 primeras causas de admisión hospitalaria y el uso de cama/día. En el caso de los datos del NHS, se excluyeron aquellas admisiones hospitalarias en donde el diagnóstico de ingreso no correspondía con los signos y los síntomas y las personas con cirugía de cataratas y cateterización cardiaca. En total se seleccionaron 11 causas de admisión hospitalaria que representan el 11,5% del total de días cama para el NHS.

**Tabla 1. Número de días/cama por 100.00 personas mayores de 65 años**

Table 5 Number of bed days per 100 000 population aged over 65							
Group	NHS	Kaiser		Medicare California		Medicare United States	
		Unstandardised	Standardised	Unstandardised	Standardised	Unstandardised	Standardised
Stroke	22 289	3 053	3 358	7 012	6 750	7 930	7 726
Chronic obstructive pulmonary disease	6 906	2 046	2 118	5 874	5 709	6 833	6 747
Bronchitis or asthma	6 224	402	435	936	951	1 403	1 368
Coronary bypass	1 915	1 006	935	2 562	2 552	3 250	3 205
Acute myocardial infarction	5 166	3 651	3 886	3 667	3 470	5 278	5 040
Heart failure or shock	6 905	3 746	4 137	10 403	9 999	12 569	12 191
Angina pectoris	4 600	325	334	478	454	538	520
Hip replacement	4 314	1 132	1 161	3 552	3 258	3 762	3 514
Knee replacement	3 893	1 553	1 533	2 164	2 172	2 444	2 448
Hip fracture	8 455	1 536	1 899	3 094	2 921	3 639	3 460
Kidney or urinary tract infection	6 010	1 698	2 000	3 914	3 712	3 906	3 767

Fuente: (Ham, York, Sutch , & Shaw, 2003)

Los datos de KP, se obtuvieron del sistema de información para el año 2000. Los datos de Medicare fueron obtenidos de los archivos del 5% de las personas hospitalizadas y corresponden también al año 2000. Para todas las causas el dato crudo de utilización de cama/día es mayor en NHS en comparación a KP, la presentación consolidada de los se encuentran en la Tabla 1. Las grandes diferencias se observaron en angina y para bronquitis o asma; el dato de cama/día

es 14 veces más alta en NHS vs KP; cuando se realiza la tasa estandarizada se observa el mismo patrón (Ham, York, Sutch , & Shaw, 2003).

Dentro de los elementos que los autores resaltan, y que pueden estar relacionados con los mejores resultados de Kaiser Permanente, se pueden describir los siguientes:

- Integración: KP integra la financiación con la prestación de servicios, por lo que existe un interés tanto de la organización como de los médicos en hacer mucho más eficiente su trabajo en aras de reducir la estancia hospitalaria.
- Por otra parte KP integra el cuidado hospitalario con el cuidado ambulatorio, permitiendo a los pacientes moverse con facilidad entre los hospitales y la comunidad, los especialistas trabajan de la mano con los médicos generales.
- De igual forma KP integra la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención, ya que el cuidado de pacientes con condiciones crónicas se realiza bajo el enfoque de Guías De Práctica Clínica basada en la evidencia, en donde se dan indicaciones sobre el tipo de ayudas diagnósticas a utilizar en cada caso y la gestión en cada una de las etapas clínicas del paciente. Los médicos que trabajan en KP, tienen acceso rápido a los servicios de ayudas diagnósticas en el ámbito ambulatorio, evitando así que las personas permanezcan hospitalizadas.
- Atención médica administrada (Managed Care): el enfoque de Managed Care, permite a KP manejar de manera eficiente el flujo de paciente al interior de la organización, lo que le permite disminuir el tiempo de

internación hospitalaria; lo anterior se da básicamente mediante la implementación de Vías De Atención Clínica.

De acuerdo con Dea (2000), otro de los elementos que se ha relacionado con la disminución de los tiempos de internación del paciente, es la liberación de tiempo para los médicos que hacen parte de la atención primaria, lo que crea cambios en la atención de algunos médicos por otros menos, pero bien pagados, incrementando el tamaño de los médicos y el equipo.

Por otra parte, el traslado del cuidado al interior del hospital por el cuidado ambulatorio, teniendo a los médicos en unidades hospitalarios tiempo completo, de acuerdo con Dea (2000), es simplemente más eficiente que tener un largo número de médicos en tiempos parciales.

Otro de los elementos que describe Dea (2000) en su artículo, se relaciona con el monitoreo de los pacientes en condiciones crónicas, vía Guías de Práctica Clínica, que se espera esté impactando en el decrecimiento de las admisiones hospitalarias.

En el ejercicio de analizar el comportamiento del sistema de salud de KP, también se ha encontrado un estudio en donde se comparan los resultados de Kaiser con el sistema de Salud Danés. Este estudio fue realizado por Schiøtz y cols. (2011), los autores realizan una comparación entre las tasas de hospitalización y readmisión entre el cuidado ambulatorio y condiciones crónicas entre los dos sistemas.

Para realizar esta comparación se utilizó un diseño histórico de cohorte ajustado para edad y sexo para las tasas de hospitalización por angina, falla cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e Hipertensión arterial. Las tasas de readmisión a 30 días, y la mortalidad fueron investigadas para todos los individuos

mayores de 65 años tanto para el Servicio de Salud Danés como para KP. Se toman las tasas de hospitalización y readmisión, ya que, de acuerdo al autor, esta información provee información de la calidad de la atención médica así como el nivel de coordinación para la atención de pacientes con condiciones complejas como lo son las condiciones crónicas (Schjøtz, y otros, 2011).

El Sistema de Salud Danés (DHS), es soportado principalmente por impuestos; cubre al 100% de los habitantes de Dinamarca, los servicios de salud son ofertados básicamente por pequeños consultorios de práctica médica y otra parte por los hospitales públicos. Los servicios de salud pública son desarrollados por las municipalidades. Las prácticas médicas incluyen tanto médicos generales y especialistas; estos últimos prestan el servicio ambulatorio con los hospitales. Los servicios de medicina general son financiados por una mezcla de cargo por servicio 75% y la capitación 25%; los servicios especializados en su totalidad son cobrados por honorarios.

Los Hospitales son financiados por una combinación de presupuestos anuales y las DRG's por admisiones. Desde 2004 el 50% de los ingresos de los hospitales son por los DRG's. Desde 2007 los servicios son entregados por 5 regiones a la cabeza de los políticos electos y el gasto público es financiado por un impuesto nacional ajustado demográficamente (80%) y los impuestos municipales (20%).

Se obtuvieron datos de 2002 a 2007, con los datos de diagnóstico principal, fecha de la hospitalización, hospital y área de hospitalización, para pacientes mayores de 65 años por cada año de análisis, datos que se encuentran consolidados en la Tabla 2.

Dentro de los resultados del estudio, se encontró que las tasas de hospitalización (por cada 100 personas mayores de 65) entre 2002 a 2007, para angina son más bajas en KP en comparación con DHS 1,01 vs 0,11 (2007); para EPOC 1,83

(DHS) vs 0,50 (KP); para falla cardiaca son similares; para DM 0,75 (DHS) vs 0,48 (KP); para HTA 0,70 (DHS) vs 0.08 (KP) (Schjøtz, y otros, 2011).

**Tabla 2. Tasa de hospitalización por 100 personas de 65 años y más y la estancia hospitalaria**

		DHS				KP			
		Rate	(95% CI)	LOS	(SD)	Rate	(95% CI)	LOS	(SD)
Angina	2002	2.14	(2.11 - 2.17)	2.60	(3.4)	0.15	(0.14 - 0.17)	2.37	(2.0)
	2003	1.96	(1.93 - 1.99)	2.46	(3.4)	0.13	(0.11 - 0.14)	2.07	(1.6)
	2004	1.38	(1.35 - 1.40)	2.45	(3.1)	0.12	(0.11 - 0.13)	1.92	(1.5)
	2005	1.30	(1.28 - 1.33)	2.31	(3.0)	0.11	(0.10 - 0.12)	1.83	(1.3)
	2006	1.16	(1.14 - 1.19)	2.54	(3.1)	0.11	(0.10 - 0.12)	1.85	(1.3)
	2007	<b>1.01</b>	<b>(0.98 - 1.03)</b>	<b>2.52</b>	<b>(3.3)</b>	<b>0.11</b>	<b>(0.10 - 0.13)</b>	<b>1.80</b>	<b>(1.3)</b>
	COPD	2002	3.02	(2.98 - 3.06)	4.74	(6.3)	0.73	(0.70 - 0.76)	4.15
2003		2.88	(2.84 - 2.92)	4.42	(5.7)	0.68	(0.65 - 0.71)	4.19	(4.8)
2004		2.19	(2.16 - 2.22)	4.35	(5.7)	0.61	(0.58 - 0.63)	3.77	(4.2)
2005		2.10	(2.06 - 2.13)	4.36	(6.8)	0.58	(0.55 - 0.60)	3.69	(3.9)
2006		2.07	(2.04 - 2.10)	4.18	(6.0)	0.53	(0.50 - 0.55)	3.94	(3.9)
2007		<b>1.86</b>	<b>(1.84 - 1.89)</b>	<b>3.98</b>	<b>(5.8)</b>	<b>0.50</b>	<b>(0.48 - 0.52)</b>	<b>4.03</b>	<b>(6.6)</b>
CHF		2002	1.70	(1.68 - 1.73)	6.02	(8.1)	1.45	(1.41 - 1.49)	3.95
	2003	1.65	(1.62 - 1.68)	5.94	(14.8)	1.16	(1.12 - 1.19)	3.84	(3.8)
	2004	1.11	(1.09 - 1.13)	6.16	(6.9)	1.19	(1.16 - 1.23)	3.87	(4.2)
	2005	1.00	(0.98 - 1.02)	5.94	(6.7)	1.09	(1.06 - 1.13)	4.05	(4.7)
	2006	0.97	(0.95 - 0.99)	6.12	(7.1)	0.93	(0.90 - 0.96)	4.45	(5.2)
	2007	0.91	(0.89 - 0.93)	5.68	(5.9)	0.85	(0.82 - 0.88)	4.27	(4.2)
	Diabetes	2002	1.28	(1.26 - 1.31)	6.84	(12.9)	0.34	(0.32 - 0.36)	4.43
2003		1.38	(1.35 - 1.40)	7.08	(13.6)	0.37	(0.35 - 0.39)	4.40	(7.1)
2004		0.98	(0.96 - 1.00)	7.05	(9.1)	0.41	(0.39 - 0.43)	4.04	(5.1)
2005		0.90	(0.88 - 0.93)	6.14	(8.4)	0.46	(0.44 - 0.48)	4.60	(7.0)
2006		0.97	(0.95 - 0.99)	6.22	(6.8)	0.45	(0.43 - 0.47)	4.20	(6.0)
2007		<b>0.75</b>	<b>(0.73 - 0.77)</b>	<b>5.62</b>	<b>(6.8)</b>	<b>0.48</b>	<b>(0.46 - 0.49)</b>	<b>3.96</b>	<b>(6.2)</b>
Hypertension		2002	0.80	(0.78 - 0.82)	3.56	(8.2)	0.06	(0.05 - 0.06)	2.18
	2003	0.88	(0.86 - 0.90)	3.68	(5.4)	0.06	(0.05 - 0.07)	2.09	(2.1)
	2004	0.69	(0.67 - 0.71)	3.50	(6.7)	0.07	(0.06 - 0.08)	2.15	(2.6)
	2005	0.66	(0.63 - 0.67)	3.33	(5.1)	0.06	(0.05 - 0.07)	1.98	(1.8)
	2006	0.72	(0.70 - 0.74)	3.22	(4.3)	0.08	(0.07 - 0.08)	2.03	(1.8)
	2007	<b>0.70</b>	<b>(0.68 - 0.71)</b>	<b>3.04</b>	<b>(3.6)</b>	<b>0.08</b>	<b>(0.07 - 0.09)</b>	<b>2.38</b>	<b>(2.9)</b>

\*Age and gender adjusted hospitalisation rates and Mean Length of Stay (LOS) for all hospitalisations with the given diagnosis excluding inpatients deaths

Fuente: (Schjøtz, y otros, 2011)

Para la comparación entre la readmisión para hospitalización menor a 30 días, se evidencia para Angina la diferencia que llega a ser de 2,12 (IC 95% 1,64-2,74) más veces en DHS en 2002 hasta 2,53 (IC 95% 1,84-3,47) más veces en 2007; para HTA en el 2003 fue de 2,04 (IC 95% 1,30-3,22) más veces en DHS vs KP (Schjøtz, y otros, 2011).

Para muertes durante la hospitalización inicial se encontró que para falla cardiaca congestiva es mayor 2,51 (IC 95% 2,34-2,70) veces más en DHS vs KP; y para Diabetes 1,60 (IC 95% 1,33-1,92) más veces en DHS vs KP; para todas las

muerdes ocurridas durante los 30 días de hospitalización fue mayor para DHS 1,47 (IC 95% 1,40-153) (Schiøtz, y otros, 2011).

Los autores refieren que los mejores resultados en Kaiser Permanente, se deben básicamente a la organización en la atención y a la coordinación entre los proveedores de servicios (Schiøtz, y otros, 2011).

En el estudio de Frølich y cols. (2008), se realizó una comparación entre el Sistema de Salud Danés (DHS) y Kaiser Permanente, teniendo en cuenta aspectos del sistema de salud, derivados del modelo de cuidado crónico y el modelo de Donabedian relacionado con el tema de calidad (estructura, proceso y resultado).

Los datos de KP fueron obtenidos del sistema de información, datos de reportes publicados, datos de la eficacia de la asistencia sanitaria (HEDI 2000) y la encuesta interna de salud de KP. Los datos de DHS provienen del Ministerio de Salud, registros nacionales y organizaciones de profesionales, reportes publicados y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y reportes de la Organización Mundial de la Salud (Frølich, y otros, 2008)<sup>6</sup>.

Dentro de los resultados más importantes del estudio se encontró que:

- KP tiene menos médicos y en total profesionales de la salud, en comparación con el DHS.

---

<sup>6</sup> Para poder incrementar la comparabilidad de los dos sistemas se ajustaron los costos de varias maneras: a) se convirtió el PIB de corona danesa a dólares, utilizando la técnica de paridades de poder adquisitivo; b) se restó la depreciación del capital y los beneficios de los gastos brutos para obtener los gastos de operación de cada sistema; y c) se ajustó el valor per cápita para diferentes poblaciones en edad, educación e ingresos.

- La forma de contratación de los médicos de atención primaria es diferente, mientras que en el DHS los médicos trabajan de manera independiente y sus ingresos son derivados por una combinación entre la capitación y la compensación por la prestación del servicio; en KP todos los médicos de atención primaria son miembros asalariados de grupos de trabajo.
- Las camas hospitalarias en KP fueron ocupadas 270 días por cada 1,000 personas por año, mientras que en DHS la tasa fue de 814 días.
- La admisión para cuidado agudo muestra un comportamiento similar, 7 de cada 1,000 personas por año para KP mientras que para DHS fue de 18 por 1,000 personas.
- La estancia hospitalaria para cuidado agudo, en promedio fue de 3.9 días para KP y 6.0 días para DHS.
- Para Infarto Agudo de Miocardio, la estadía hospitalaria en promedio para KP fue de 4.26 días, y para DHS fue de 23.
- Los costos de operación para KP y DHS fueron similares USD\$12,975 millones para KP y USD\$ 12,525 millones para DHS. El valor per cápita fue mayor para KP USD\$19,51 vs \$19,45.

Los autores refieren, dentro de las limitaciones del estudio, la falta de datos que permitan realizar la comparación entre los dos sistemas, por lo que se requiere contar con información de calidad que permita realizar comparaciones más exactas de los resultados en salud (Frølich, y otros, 2008).

***Kaiser Permanente comparado con resultados en salud al interior de Estados Unidos.***

Teniendo en cuenta que Kaiser Permanente desarrolla programas especiales para personas con condiciones crónicas (Dea, 2000), se han realizado estudios que buscan evidenciar si el Managed Care implementado por KP tiene efectos positivos en la salud de sus afiliados. El managed care, es una estrategia de cuidado médico, que fue diseñado para ayudar en la provisión de la atención individual de pacientes más allá del cuidado primario con el fin de mejorar la auto administración y disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Schmittziel y cols., (2009) realizaron una investigación en marco de otras investigaciones clínicas, en donde se han demostrado asociaciones positivas entre los programas de managed care y el mejoramiento en los resultados clínicos en salud, y de percepción del usuario, medidos para este estudio, en hemoglobina glicosilada por un lado y en los resultados de satisfacción del paciente por otro.

Se ha descrito que Kaiser Permanente Northern California (KPNC), ha implementado un programa liderado por enfermeras bajo el managed care desde 1999, cuenta con más de 150 gestores de la atención en enfermería en diabetes que ofrecen asesoramiento intensivo sobre la administración de medicamentos, y adherencia a la dieta, estilo de vida, etc. El programa está diseñando para tratar pacientes por 3 a 6 meses y después devolverlos al cuidado primario, idealmente controlando los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Los pacientes seleccionados en éste estudio fueron aquellos que aparecían en la base de datos de Kaiser Permanente Northern California (KPNC), identificados con Diabetes antes de 31 de dic de 2002, con edades comprendidas entre los 20 a

los 85 años para enero de 2003. Se midió la presión arterial sistólica, hemoglobina glicosilada, LDL-C y niveles de albúmina para los pacientes con cuidado en salud administrado (managed care) y se compararon con los valores de aquellos no estaban en el programa, pero que tenían diabetes para el año 2003, los datos consolidados se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3. Características de pacientes diabéticos adultos en 2003**

Characteristic	All Patients With Diabetes (N = 179,249)	CM in 2003 (n = 14,685)	Not in CM in 2003 (n = 164,564)
Age, mean (SD), y	60.7 (12.9)	58.1 (12.2)	61.0 (12.9) <sup>a</sup>
Female sex, %	47.0	50.0	46.8 <sup>a</sup>
Race/ethnicity, %			
White	46.2	43.4	46.4 <sup>a</sup>
African American	10.2	11.6	10.0
Hispanic	10.9	14.2	10.6
Asian	13.4	12.4	13.5
Native American	0.7	0.9	0.7
Pacific Islander	0.1	0.3	0.1
Multiple	5.3	6.1	5.3
Missing	13.1	11.0	13.3
A1C level, mean (SD), %	7.5 (1.8)	9.1 (2.1)	7.3 (1.6) <sup>a</sup>
LDL-C level, mean (SD), mg/dL	113.9 (34.6)	115.8 (36.3)	113.6 (34.4) <sup>a</sup>
SBP, mean (SD), mm Hg	138.2 (16.5)	138.2 (16.7)	138.2 (16.5)
Albumin level >3.0 g/dL, %	9.6	16.6	9.0 <sup>a</sup>
Having diabetes-related hospitalization or ED visit, %	6.7	13.1	6.1 <sup>a</sup>
Meeting at least 1 CM entry criteria, %	36.8	84.1	32.6 <sup>a</sup>
Duration in CM, mean (SD), mo	NA	7.7 (5.1)	NA

A1C indicates glycosylated hemoglobin; CM, care management; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; NA, not applicable; SBP, systolic blood pressure.  
<sup>a</sup>P <.001 difference between CM and non-CM groups.

Fuente: (Schmittziel, Uratsu, Fireman, & Selby, 2009)

Dentro de los resultados encontrados se pudieron identificar diferencias estadísticamente significativas se encontraron en los niveles de glicemia glicosilada (9,1% vs 7,3%), la prevalencia de microalbuminemia (16,6% vs 9,0%), diabetes relacionada con hospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias

(13% vs 6%) y los niveles de LDL-C (115,8 vs 113,6), siendo mejor el resultado para las personas de KP que están en el programa de Managed Care vs las personas que no hacen parte del programa (Schmittziel, Uratsu, Fireman, & Selby, 2009).

En un estudio realizado por Gordon (2006), se analizó la información entre la encuesta de Salud de California 2003 (CHIS 2003) para hombres y mujeres entre los 20 y los 79 años residentes en las zonas en donde KP tiene cobertura, para compararlos con los resultados de las respuestas que dentro de esa misma encuesta, dieron los afiliados de Kaiser Permanente.

Los afiliados de KP fueron comparados con los datos de personas que de la encuesta CHIS 2003; no asegurados y no asegurados a KP, de acuerdo a variables como edad, raza, ingreso corriente familiar, nivel educativo, estado general de salud, historia de diabetes y presión arterial alta, si actualmente fuma y el peso (el sobrepeso se tomó como un IMC mayor o igual a 25 y obeso con un IMC mayor a 30).

Dentro de los resultados se encontró que, frente a la pregunta sobre la percepción del estado de salud, los afiliados a KP, refieren tener una muy buena o excelente salud, 1,34 más veces (OR: 1,34 IC 1,21-1,48) en comparación con las personas no afiliadas a KP. No se encontraron diferencias significativas frente a la historia de Diabetes y presión arterial alta.

El autor concluye que la población de KP es similar a las otras dos poblaciones con las que se realizó la comparación, las diferencias se enmarcan en que parece ser, las personas afiliadas a Kaiser, tienen un mejor nivel educativo, tienen una mejor percepción de su salud general y tienen una menor tendencia a fumar (Gordon, 2006).

El grupo investigador realizó una búsqueda de información relacionada con la cuantificación de las prevalencias para tres enfermedades: presión arterial alta, Diabetes y obesidad, con el fin de poder analizar los resultados de los afiliados a Kaiser Permanente, con los resultados en salud para Estados Unidos.

Los datos para Estados Unidos, se obtuvieron mediante la búsqueda de información en CDC para los años 2007 y 2008 y de reportes del centro Nacional de Estadísticas en Salud para los mismos años. Los datos para Kaiser Permanente se obtuvieron de la Encuesta interna de Salud de sus afiliados para el año 2008 y 2005, los datos consolidados se presentan en la Tabla 4.

**Tabla 4. Datos consolidados condiciones crónicas**

	NCHS	KP (25-79 años)	
		2008	2005
Presión arterial alta	32,6% *	26,60%	24,30%
Diabetes	7,8% **	8,80%	8,30%
Obesidad	33,9% *	26,50%	25,50%

Fuente: \* National Center For Health Statistics, Health United States, 2011: in Brief.

\*\* . Centers for Disease Control and Prevention, 2011, [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).

\*\*\*. Encuesta de Salud de miembros de KP 2008.

Los resultados muestran que existe una mayor prevalencia de presión arterial alta y obesidad para la población de Estados Unidos en general, en comparación con los datos de los miembros de Kaiser Permanente, tanto para el año 2005 como para el año 2008 (+18,4% y +21,8% respectivamente). Frente a Diabetes se puede observar que es mayor la proporción en los miembros de KP que para la población general de Estados Unidos (+11,4%).

Es importante tener en cuenta que no se pueden realizar comparaciones directas entre estos resultados, ya que los datos hacen referencia a la prevalencia de enfermedades y por lo tanto son proporciones (números relativos), por otra parte

no es posible realizar una estandarización de tasas, ya que no se cuenta con el dato del total de población en riesgo para cada enfermedad.

## 8.2. El sistema de salud Colombiano: una mirada global

El Sistema General de Seguridad Social En Salud colombiano, nace en 1993 como un modelo de aseguramiento público altamente descentralizado, con el objetivo de garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad (Céspedes Londoño, Jaramillo Pérez, & Castaño Yepes, 2002) y bajo la estructura propuesta por Frenk y Londoño, (ver gráfico 2).

Gráfico 1. Estructura del SGSSS - Pluralismo Estructurado



Fuente: Elaboración propia de los autores

De acuerdo con Céspedes y cols. (2002), este sistema fue adoptado formalmente a través de varios instrumento claves. Primero, la constitución política de 1991-creada por la Asamblea Nacional Constituyente (ANC); en el cual se consagraron

los principios de eficiencia, calidad y equidad que enmarcaron el nuevo modelo de desarrollo económico, social y de seguridad social. Y segundo, la Ley 100 de 1993, norma que desarrollo los principios constitucionales dictados por la carta magna y definió formalmente la organización y funcionamiento del SGSSS.

Dentro de los mecanismos normativos que le permiten al estado asegurar la prestación de los servicios de salud con calidad se encuentra el decreto 1011 de 2006, con sus resoluciones reglamentarias<sup>7</sup> y la política nacional de prestación de servicios en salud. Esta última tiene como propósito “garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población”, que para dicho hecho establece tres ejes (Ministerio de la Protección Social, 2005):

**Accesibilidad:** Se refiere a las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutive en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable.

**Calidad:** Centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano.

**Eficiencia:** Se refiere a la red de prestadores públicos de servicios de salud, de tal manera, que las estrategias se dirigen al mejoramiento de las condiciones de carácter estructural y funcional de estas instituciones para garantizar su viabilidad.

### *8.2.1. El modelo de prestación de servicios de salud.*

Para la prestación de servicios de salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud definieron una serie de actividades, procedimientos,

---

<sup>7</sup> Sistema único de habilitación (resolución 1043 de 2006); Sistema único de acreditación (resolución 123 de 2012); y Sistema de información en salud (resolución 1446 de 2006).

intervenciones y medicamentos, dentro de un paquete de servicios denominado Plan Obligatorio de Salud<sup>8</sup>. Así mismo, se categorizan las actividades de acuerdo a tres (3) niveles de complejidad, niveles que también se encuentran en la normatividad relacionada.

Las Empresas Promotoras de Salud, que cumplen el papel articulador, contratan con las Instituciones Prestadoras de Servicios el desarrollo de las actividades tanto de prevención de la salud, (contenidas en la resolución 412 de 2000), y las actividades resolutivas (contenidas en el acuerdo 030 de 2011), de acuerdo al nivel de complejidad del prestador. La articulación exige adicionalmente que estas entidades contraten una red de prestadores de servicios que permita la administración del riesgo del riesgo en salud, la administración del acceso a los servicios de salud y la gestión de la calidad para la atención de sus afiliados (Comisión Reguladora en Salud, 2009, 2011 y 2012).

Para la contratación de los prestadores existen dos modalidades de contratos, unos por cápita y otros por evento<sup>9</sup>, estas últimas son mediadas por una autorización de servicios de salud emitida por la entidad pagadora.

En relación con la contratación de las instituciones prestadoras, la normatividad colombiana<sup>10</sup>, define que Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre

---

<sup>8</sup> Los contenidos del POS son definidos anualmente por la Comisión Reguladora en Salud. Desde la puesta en marcha del sistema se han producido cambios en los contenidos. La última norma en referencia a los contenidos del POS se encuentra en el Acuerdo 030 de 2011.

<sup>9</sup> De acuerdo con la Ley 1438 de 2011, sólo se pueden contratar por capitación las actividades de primer nivel, las actividades de segundo y tercer nivel se deben contratar por evento.

<sup>10</sup> Las consideraciones en relación con la regulación de la integración vertical y de la posición dominante se encuentra en la Ley 1122 de 2007, artículos 15 y 16.

y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%).

En el caso de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Adicionalmente como parte de las acciones para promover la salud en las comunidades, el estado destina una parte del Sistema General de Participaciones<sup>11</sup> para el desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas. Dicho plan tiene como fin promover prácticas saludables y es contratado por las entidades territoriales (Ministerio de salud y protección social, 2011).

### **8.3. Aspectos del modelo Kaiser Permanente que pueden ser desarrollados en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

- **Privilegiar el desarrollo de las acciones de atención primaria antes que “subsidiar” el desarrollo de acciones resolutivas:**

De acuerdo a la Ley 1438 de 2011, una de las propuestas que pueden mejorar el logro de la salud, es el fortalecimiento de la atención primaria como un modelo de prestación de servicios de salud, que permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento

---

<sup>11</sup> El monto destinado para salud durante la vigencia 2013 es definido por el CONPES Social 159.

de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, en donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes del país.

Esta ley permite la consolidación de la estrategia APS como una herramienta que puede mejorar el logro de salud, es necesario por lo tanto contar con personas capacitadas para el diseño y consolidación de la estrategia, teniendo como principal barrera el aseguramiento, no por su naturaleza como asegurador de un riesgo, si no como posible barrera de acceso a los servicios de Atención Primaria, ahora bien, debe ser responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, desarrollar este tipo de estrategias ya que estas entidades, deberían conocer los riesgos de su población a cargo, así como la red de prestadores a la que pueden acceder.

– **Fortalecimiento del desarrollo de redes integradas de servicios de salud como modelo de prestación de servicios de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud como modelo de atención en salud.**

La Ley 100 de 1993 en sus artículos 177 y 178, describe las funciones de las Entidades Promotoras de Salud, dentro de las cuales, se encuentran: art 177: *“organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley...”*; art. 178: *“Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional...4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia. 6. Establecer procedimientos para*

*controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.*

Por su parte la Ley 1438 de 2011 promueve la conformación de redes integradas de servicios de salud como un modelo para la prestación de servicios. En sus artículos 62 y 64 describe cuales son los criterios que se deben tener en cuenta para su conformación así como las entidades responsables de su articulación y funcionamiento.

- **Involucrar a los usuarios en su propio cuidado en salud, dando alcance al artículo 49 de la Constitución Política de Colombia “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.**

La Ley 1438 del 2011 define en su artículo 3ro los principios que regirán la implementación del sistema, dentro de los cuales se encuentra el principio de corresponsabilidad entendido como: *“Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio”.*

Por otra parte, la misma Ley en su artículo 13, define cuáles serán los elementos mediante los cuales se enmarcará el desarrollo de las acciones de Atención Primaria En Salud, dentro de los cuales se encuentra la “cultura del autocuidado”, la “orientación individual, familiar y comunitaria”, “Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud”, “Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad” y “Participación activa de la comunidad”, entre otros.

- **Conformación de equipos multidisciplinarios para la atención en salud.**

La Ley 1438 de 2011, en su artículo 13 describe que dentro de los elementos que permiten la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud se encuentra el “fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez” y contar con un “talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado”.

En el mismo sentido en los artículos 15 y 16 de la misma Ley, se definen quienes pueden conformar y habilitar los equipos de salud, así como las funciones de dichos equipos.

- **Información clínica integrada, que le conceda a los profesionales contar con información clínica y resultados de laboratorio, y de esta forma tomar decisiones de manera oportuna, y en conjunto con otras profesiones.**

La Ley 1438 de 2011 en su artículo 113, habla de la creación de un Sistema de Información Integrado del Sector Salud, en donde El Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC.

- **Construcción e Implementación de Guías de Práctica Clínica.**

La Ley 1438 de 2011 define que “...los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica,

provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”.

Hecho que ha fortalecido el desarrollo del proyecto de construcción de Guías de Práctica Clínica, adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social en alianza con Colciencias. En 2009 se realizó el primer proceso para la construcción de 25 Guías de Práctica Clínica y en 2012 se inició el segundo proceso para la construcción de un total de 27 Guías de Práctica Clínica.

## 9. CONCLUSIONES

Después de realizado el análisis del modelo de Kaiser Permanente, se puede identificar los siguientes elementos del modelo como factores de éxito:

- La implementación del modelo de atención primaria, mediante la conformación de grupos interdisciplinarios de salud, y su integración con mayores niveles de complejidad sin barreras de acceso, se convierte en un factor clave para a disminución de las admisiones y readmisiones hospitalarias así como la estancia hospitalaria.
- La integración “real” entre el nivel de atención primaria y la atención especializada, mediante guías de atención y las Guías Especiales de Interacción de herramientas que permiten a los profesionales de salud ver el proceso de atención del usuario de manera integrada.
- El desarrollo de tecnologías de información, le permiten al equipo de salud, tomar decisiones de manera oportuna, sin importar el lugar en donde se encuentre el equipo y el usuario.
- La implementación de Guías y vías<sup>12</sup> e atención para el cuidado del paciente ambulatorio y hospitalizado.
- La promoción del autocuidado, haciendo participe al paciente de su mejoría clínica, y mediante la implementación de clases de educación en salud , la

---

<sup>12</sup> Las vías de atención son una herramienta desarrollada como parte de los sistemas de gestión en salud que le permite al grupo de cuidado de la salud, de acuerdo con el diagnóstico de ingreso del paciente, prever los procedimientos que se deben realizar, así como programar la estancia hospitalaria, promoviendo de esta forma la eficiencia en la utilización de los recursos para la atención del paciente.

promoción de ayudas audiovisuales, textos y audios, con información que le permite al usuario estar informado sobre prácticas que pueden mejorar o mantener su condición clínica.

- La forma de contratación y la gestión del talento humano; mediante la implementación de incentivos por mantener los usuarios en buenas condiciones de salud, y la optimización del tiempo del profesional para la atención del usuario, mejorando la relación médico – paciente (Porter & Kellogg, 2008).
- Kaiser Permanente opera en un entorno altamente competitivo con presiones simultáneas de contención de costos y de mejora de la calidad de la atención. La respuesta estratégica de Kaiser es el desarrollo de estrategias de mejora continua enmarcadas en el desarrollo de un enfoque de atención de salud poblacional, tratando de minimizar la utilización de los servicios de salud de alta complejidad, prestando servicios en el nivel de atención más costo-efectivo, donde se potencia al máximo la capacidad resolutoria en el nivel de Atención Primaria y comunitaria y se presta especial atención a la minimización de las hospitalizaciones, que son vistas como un “fallo del sistema” (Nuño Solinis, 2007).

Frente al análisis de los factores claves de éxito del modelo Kaiser y su comparación con el modelo colombiano se concluye que:

- El sistema colombiano cuenta con el marco normativo que permite el desarrollo de los factores claves de éxito del modelo de Kaiser Permanente.
- Para el modelo colombiano en algunos dominios de la política regulatoria, tales como la prestación de servicios de salud, existen demasiadas regulaciones y normas frente a procesos críticos (Céspedes Londoño,

Jaramillo Pérez, & Castaño Yepes, 2002), lo que se constituye en ocasiones en una barrera de acceso para los servicios de salud.

- Uno de los problemas que se puede evidenciar en el modelo colombiano, es que a pesar de que existe una intención clara de fortalecer la Atención Primaria, y la conformación de equipos de salud para su implementación, no se han descrito experiencias exitosas del mismo, a pesar de que en Bogotá funcionó durante un periodo el programa Salud a su Casa; este no tuvo continuidad<sup>13</sup> y no se ve de manera objetiva el papel de los aseguradoras para el mantenimiento y mejoramiento del programa.
- En el modelo colombiano se permite la integración vertical sólo en un 40%, lo que no se ha estudiado es si este modelo de integración es beneficioso o no a la hora de buscar la eficiencia en la prestación en salud, ya que el modelo Kaiser es un modelo caracterización por una integración vertical del 100%, elemento que le permite, por la evidencia encontrada, ser eficiente en la atención de sus usuarios.

---

<sup>13</sup> Esta conclusión fue construida en parte con las conclusiones del estudio titulado “Aprendiendo de la experiencia de Atención Primaria en Salud (APS), en Bogotá: un Modelo Híbrido, por Vega y cols. Consultado 01 de mayo de 2013, [internet]; disponible en: <http://fnsp.udea.edu.co/fnsp/congresosp7/Experiencias/vs5430.pdf>

## RECOMENDACIONES

Los autores sugieren se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones para poder realizar un análisis del comportamiento de Kaiser frente a otras experiencias para la atención en salud:

- La falta de datos que permitan realizar la comparación de los sistemas, se convierte en una barrera para el análisis a profundidad del sistema de salud, los datos de prevalencia de enfermedades no son los más apropiados para realizar este tipo de análisis, se requiere contar con datos como tasas por enfermedad, que permiten realizar comparaciones más exactas de los resultados en salud.
- Es necesario profundizar en el análisis del sistema de KP a partir de resultados en salud y no de indicadores de estructura y de proceso, por lo que se requiere de la revisión de metodologías que permitan este tipo de análisis, así como contar con información en salud suficiente para este fin.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Health Politics, Policy and Law*, *LIII*(5), 852-883.
- Branco, G., Caporale, J., Stefani, S., Pinto, D., & Caso, A. (2011). Is equity of Access to Health Care Achievable in Latin America? *Value in Health*, *14*, 8-12.
- Céspedes Londoño, J. E., Jaramillo Pérez, I., & Castaño Yepes, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Ca. Saúde Pública*, *18*(4), 1003-1024.
- Colprensa. (07 de Julio de 2011). Corte alertó por graves fallas en prestación del servicio de salud. *El Colombiano*, pág.  
[http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/corte\\_alerto\\_por\\_graves\\_fallas\\_en](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/corte_alerto_por_graves_fallas_en)
- Comisión Reguladora en Salud. (2009, 2011 y 2012). Acuerdo 008, 029 y 031 .  
*Por el cual se actualiza el plan de beneficios para las personas del Sistema General de Seguridad Social.*
- Congreso de la República. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. *por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones* . Bogotá, Colombia.
- De los Santos, S., Garrido, C., & Chávez, M. (Abril- Junio de 2004). Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomédica*, *15*(2), 81-91.
- Dea, R. (2000). The integration of primary care and behavioural healthcare in Northern California Kaiser Permanente. *Psychiatric Quarterly*, *71*(1), 17-29.

Deaton , A., & Lubotsky, D. (2003). Mortality, inequality, and race in American cities and states. *Social Science & Medicine*, 56, 1139-1153.

Feachem, R., Sekhri, N., & White, K. (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*, 324, 135-143.

Fleury, S., & Molina, G. (2000). *Modelos de protección social. Banco Interamericano de Desarrollo*.

Fonseca, A. (2006). *Los Sistemas de Protección Social en América Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas*. Recuperado el 21 de Mayo de 2012, de [www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/ingreso/pdf/fonseca.pdf](http://www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/ingreso/pdf/fonseca.pdf)

Frølich, A., Schiøtz, M., Strandberg-Larsen, M., Hsu, J., Krasnik, A., Diderichsen , F., y otros. (2008). A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC*, 8(252).

González , N. (2008). Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes. *Convergencia*, 15(46), 143-168.

Gordon, N. (Junio de 2006). *How Does the Adult Kaiser Permanente Membership in Northern California Compare with de Larger Community?* Recuperado el 18 de Febrero de 2013, de [http://www.dor.kaiser.org/dor/mhsnet/public/kpnc\\_community.htm](http://www.dor.kaiser.org/dor/mhsnet/public/kpnc_community.htm)

Granados, R., & Gómez, M. (2000). La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 97-120.

Ham, C., York, N., Sutch , S., & Shaw, R. (2003). Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ*, 327(29), 1-5.

Isuani, E., & Nieto, D. (s.f.). *La cuestión social y el Estado de bienestar en el mundo post-keynesiano*. Recuperado el Febrero de 2012, de [cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/clad/cong6/8nov/109/isuani](http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/clad/cong6/8nov/109/isuani)

Kaiser Permanente . (s.f.). *Kaiser Permanente*. Recuperado el 08 de Enero de 2013, de <https://healthy.kaiserpermanente.org/html/kaiser/index.shtml>

Londoño, J., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma a los Sistemas de Salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Lujan Yepes, F. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.*, 9(18), 118-123.

Martínez Carazo, P. (2006). El método de estudio de caso, estrategia metodológica de investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193.

Mejía L, & Franco, A. (Septiembre de 2007). Protección Social y modelos de desarrollo. *Rev. Salud Pública*, 9(3), 471-483.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva*, 8(1), 185-207.

Ministerio de la Protección Social. (Noviembre de 2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá D.C., Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (03 de Abril de 2006). Resolución 1043 de 2006. *Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de*. Bogotá D.C. , Colombia: Diario Oficial No. 46.271.

- Ministerio de la Protección Social. (19 de Enero de 2011). Ley 1438 de 2011. *por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia.
- Montenegro, G. (2011). Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Univ Odontol*, 30(64), 101-108.
- Murray, C., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Núñez, J., & Espinosa, S. (2005). *Asistencia Social en Colombia Diagnóstico y Propuestas*. Recuperado el 01 de Febrero de 2012, de Departamento Nacional de Planeación:  
[www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/Portadas/ASISTENCIA%20SOCIAL.pdf](http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/Portadas/ASISTENCIA%20SOCIAL.pdf)
- Nuño Solinis, R. (2007). Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit*, 5(2), 283-292.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Cuidado Innovador Para las Condiciones Crónicas: Agendas para el cambio*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra: OMS.
- Pantoja, S. (13 de Diciembre de 2011). La crisis en el sistema de salud colombiano: problemas y desafíos del nuevo Gobierno Distrital en materia de salud de la población bogotana. *Revista económica Presupuestos*, pág. <http://revistasupuestos.uniandes.edu.co/?p=3188>.
- Porter, M., & Kellogg, M. (2008). Kaiser Permanente: Una experiencia en Atención Sanitaria Integrada. *RISAI*, 1(1).
- Rojo Pérez, N., & García González, R. (2000). Sociología y Salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública*, 24(2), 91-100.

- Ruíz Gómez, F. (19 de Julio de 2012). Los tres males del sistema de salud. El Espectador, págs. <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-361405-los-tres-males-del-sistema-de-salud>.
- Schiøtz, M., Price, M., Frølich, A., Søgaaard, J., Kristensen, J., Krasnik, A., y otros. (2011). Something is amiss in Denmark: A comparisson of preventable hospitalisations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish Healthcare System and Kaiser Permanente. *BMC*, 347(11).
- Schmittiel, J., Uratsu, C., Fireman, B., & Selby, J. (2009). The Effectiveness of Diabetes Care Management in Managed Care. *Am J Managed Care*, 15(5), 295-301.
- Secretaria Distrital de Salud. (2008). Lineamientos; programa de prevención, detección precoz y atención integral a las personas con condiciones crónicas. 5.
- Sutter, E., Oelke, N., Adair, C., & Armitage, G. (Octubre de 2009). Ten key principles for succesfull health systems integration. *Healthc Q*, 13, 16-23.
- Trentiti, M., & Silva, D. (Oct de 2012). Recuperado el 17 de Abril de 2013, de [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/es\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/es_01.pdf)
- Vargas Escobar, L. (2010). Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. *Inv en enfermería: imágen y desarrollo*, 12(1), 79-94.
- Vargas, I., Vásquez, M., & Jané, E. (Julio-Agosto de 2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saude Pública*, 18(4), 927-937.
- Vinicor, F. (1998). Diabetes Mellitus and Asthma: Twin Challenges for public Health and Managed Care Systems. *Am J Prev Med*, 14(3s), 97-92.