

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Descripción de las interrelaciones entre actores y funciones del sistema general de seguridad social en salud colombiano: una mirada desde el derecho fundamental a la salud

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración en Salud

Viviana Paola Rivera Jiménez

Emilia Vargas Aldana

Rafael Enrique Moreno Casasbuenas

Bogotá, Colombia

2016



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Descripción de las interrelaciones entre actores y funciones del sistema general de seguridad social en salud colombiano: una mirada desde el derecho fundamental a la salud.

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración en salud

Viviana Paola Rivera Jiménez

Emilia Vargas Aldana

Rafael Enrique Moreno Casasbuenas

Rubén Darío Restrepo Avendaño

Maestría en Administración en Salud

Bogotá, Colombia

2016

AGRADECIMIENTOS

En primera medida dar gracias A Dios, a la vida y a la Universidad, por permitirnos conocer una parte fundamental de nuestro país, por darnos la posibilidad de ampliar conocimientos y que estos contribuyan en el desarrollo de la sociedad actual.

Al Doctor Rubén Darío, principalmente como tutor de esta tesis, y a cada uno de los maestros que, con su gran experiencia e infinito conocimiento de su materia y vocación, nos permitieron tener una visión diferente de cada una de nuestras profesiones y herramientas para mejorar nuestro país.

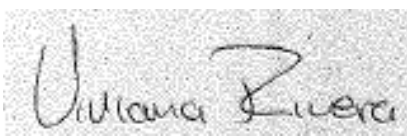
DEDICATORIA

A cada una de nuestras familias, quienes con su apoyo, amor y comprensión, contribuyeron a nuestro proceso académico, gracias a sus buenos consejos y asesoría logramos ser mejores seres humanos y profesionales.

DECLARACIÓN DE AUTONOMÍA

Declaro en lugar de un juramento que he escrito esta tesis por mí mismo, y que no hizo uso de otras fuentes o recursos que los indicados para su preparación. Declaro que he indicado claramente todas las citas directas e indirectas, y que esta tesis no ha sido sometida a otro lugar para su examen o publicación.

I declare in lieu of an oath that I have written this thesis by myself, and that I did not use other sources or resources than stated for its preparation. I declare that I have clearly indicated all direct and indirect quotations, and that this thesis has not been submitted elsewhere for examination purposes or publication.



Viviana Paola Rivera Jiménez



Emilia Vargas Aldana



Rafael Enrique Moreno Casasbuenas

Noviembre 30 de 2016

CONTENIDO

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	14
1.1 Actores Y Funciones.....	19
1.2. Interrelaciones.....	31
1.3. Derecho A La Salud.....	35
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	39
2.1. JUSTIFICACIÓN	39
2.1. OBJETIVOS	43
2.1.1. Objetivo General.....	43
2.1.2. Objetivos Específicos.....	43
3. METODOLOGÍA	44
3.1. Tipo de Investigación.....	44
3.1.1. Alcance	45
3.1.2. Categorías	45
3.2. Recolección de datos.....	47
3.3. Análisis cualitativo de los resultados.....	48
3.3.1. Revisión de los datos completos de las encuestas listos para el análisis:	48
3.3.2. Establecimiento de un plan inicial de trabajo (coreografía de análisis):	48
3.3.2.1. Bitácora.....	49
3.3.3. Categorización y codificación de los datos.....	50
3.3.3.1. Codificación de los datos en un primer plano (codificación primaria):.....	50
3.3.3.2. Codificación los datos en un segundo plano (codificación secundaria):	50
3.3.4. Interpretación de los datos de la encuesta.....	51
3.3.5. Definición de un patrón	51
3.3.6. Aseguramiento de la confiabilidad y validez de los resultados de la encuesta.....	52
3.3.7. Retroalimentación y corrección de la encuesta.....	52

4.	RESULTADOS.....	53
4.1.	Revisión Documental.....	53
4.2.	Respuestas de las entrevistas estructuradas	54
4.2.1.	Resultado de la encuesta para cada categoría	58
4.2.1.1.	Primera categoría:	59
4.2.1.2.	Segunda categoría:	59
4.2.1.3.	Tercer categoría:	60
4.2.1.4.	Cuarta categoría:	61
4.2.1.5.	Quinta categoría:	62
4.2.2.	Interpretación de cada pregunta.....	62
4.2.2.1.	Funcionamiento del SGSSS.....	62
4.2.2.2.	Actores del SGSSS	63
4.2.2.3.	Funciones del SGSSS	67
4.2.2.4.	Interrelación de los actores del SGSSS.....	67
4.2.2.5.	Interrelaciones entre el SGSSS y la Ley estatutaria.....	68
4.2.3.	Relaciones entre las categorías	68
4.3.	Resultados	70
4.3.1.	Funcionamiento.....	70
4.3.2.	Actores	70
4.3.3.	Funciones	71
4.3.4.	Interrelaciones.....	72
4.3.5.	Aspecto financiero	72
5.	DISCUSIÓN	74
5.1.	Recomendaciones	76
6.	CONCLUSIONES	77
7.	GLOSARIO	79
	BIBLIOGRAFÍA	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Respuestas a la percepción del funcionamiento actual del SGSSS	59
Figura 2. Actores que influyen en el funcionamiento del SGSSS	60
Figura 3. Funciones del SGSSS	61
Figura 4. Interrelación de los actores del SGSSS	61
Figura 5. Interrelaciones entre el SGSSS y la Ley estatutaria	62
Figura 6. Actores que influyen directamente en el SGSSS de acuerdo con las respuestas de los encuestados	63
Figura 7. Interrelaciones de las categorías evaluadas	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Subfunción Modulación.....	20
Tabla 2. Subfunción Articulación	25
Tabla 3. Actores que influyen directamente en el SGSSS de acuerdo con las respuestas de los encuestados	65

RESUMEN

Las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS) tienen como objetivo generar una mayor accesibilidad, cobertura y crear mayor solidez, estabilidad y garantía para la prestación del servicio de la salud a la población general, todo enfocado a garantizar el derecho fundamental a la salud.

Se hizo una búsqueda teórica para identificar funciones, actores, e interrelaciones del SGSSS en Colombia, y posteriormente mediante entrevistas estructuradas se recopilaron distintas opiniones de líderes de proceso de salud colombiano sobre el funcionamiento, los actores, las funciones y las interrelaciones del SGSSS. De esta manera se identificaron los puntos de fragmentación existentes en las relaciones descritas, tomando como punto de referencia la Ley 100 de 1993.

Mediante esta recopilación de información y confirmado con las encuestas, se encontró que las EAPB, IPS, Usuarios/Afiliados y el Ministerio de Salud y Protección Social son los actores más influyentes en el SGSSS; también se pudo evidenciar que las funciones de vigilancia, control, seguimiento y el acceso a los servicios de salud, son necesarias para el adecuado desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia.

Las interrelaciones entre actores y lo reglamentado por la Ley, es fundamental para la prestación del servicio de salud. Por lo tanto, se requiere incrementar el conocimiento a los actores de las funciones y a la sociedad sobre el funcionamiento del SGSSS, para que la salud sea un beneficio para todos.

ABSTRACT

The aim of the General System of Social Security in Colombian Health (SGSSS, for Spanish acronym) reforms are to generate greater accessibility, coverage and create greater solidity, stability and guarantee for the provision of health service to the general population, mainly to guarantee the right fundamental to health. Structured interviews were used to compile the functioning, actors, functions and interrelations of the SGSSS, thus identifying the fragmented points in the relations described, taking as reference point Law 100 of 1993. It was found that the EAPB, IPS, users / affiliates and the Ministry of Health and Social Protection were evidenced as the most influential actors in SGSSS; while the functions of monitoring, control and access to health services are necessary for the proper development of the health system in Colombia. The interrelations between actors and what the Law regulates, is fundamental for the provision of the health service. Therefore it is necessary to increase the knowledge to the actors of the functions and to the society on the operation of the SGSSS, so that the health is a benefit for all.

INTRODUCCIÓN

La garantía del derecho a la salud con cobertura universal y en igualdad de condiciones es una meta común de los países pertenecientes a América Latina y el Caribe (Bitrán, Giedion, & Tristao, 2014). Colombia como país perteneciente a la región, inició el camino hacia ésta meta en el año 1993, en el cual el Sistema Nacional de Salud venía funcionando desde 1975 se reemplaza con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, creado a través de la ley 100 de 1993 (Merlano & Gorbanev, 2013).

El SGSSS de Colombia, es un sistema basado en el aseguramiento con un enfoque pluralista y una participación pública y privada, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones a través de trabajadores, contratantes y recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011). Este sistema de seguridad social en salud está conformado por numerosos actores e instituciones, cada una juega un papel en términos del mercado o de regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación, las cuales a su vez hacen parte de las líneas de operación, planeación, decisión, asignación de recursos, siempre con el objetivo primordial de proteger y hacer cumplir el derecho fundamental de la salud (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011).

Las interrelaciones de los actores del sistema son clave para lograr que el sistema funcione correctamente. En un sistema integrado y poli funcional, de nada sirve que cada actor cumpla una función si no se busca un mismo fin. (Jimenez Barbosa & Montenegro, 2014). Para el caso de Colombia el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015 define sistema de salud como “un conjunto articulado, armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”, este no solo tiene por objetivo garantizar la salud de la población sino mantener niveles de condiciones de vida adecuadas, buscando

garantizar y priorizando el mantenimiento y promoción de la salud, dentro del marco de la seguridad social.

No obstante lo anterior, aunque la ley taxativamente habla de sistema de salud, en nuestro país entendemos este sistema como el SGSSS, el cual ha sido objeto de críticas debido a los altos costos de transacción, la baja competitividad y la ineficiencia en su operación (Merlano & Gorbanev, 2013). De ahí la importancia de estudiar el sistema como un todo, diferenciar sus funciones y actores desde el cambio normativo, con el fin de reflejar la realidad del SGSSS en el País, en cuanto a la interrelación y/o fragmentación de funciones y actores (Jimenez Barbosa & Montenegro, 2014). Actualmente se asume que cada cambio realizado al SGSSS, ha logrado fomentar el mejoramiento del mismo, pero la situación de cada usuario aunque mejora no es del todo satisfactoria (Ministerio de la Protección Social, 2009), y es ahí donde se debe encontrar el por qué, o donde se encuentra la debilidad del mismo.

El presente trabajo busca reconocer cada una de las relaciones existentes entre los actores e instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, objetivando su funcionalidad y aporte al desarrollo de la salud del país, dando alcance a la Ley 1751 de 2015 mediante la cual se elevó la salud a nivel de derecho fundamental. Al lograr tener un estudio descriptivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano entendido como un todo, y donde se involucran muchos actores con el fin de brindar salud como derecho fundamental, según lo establecido en la Ley 1715 de 2015, se podrán establecer recomendaciones que permitan generar planes de mejoramiento para garantizar este derecho a toda la población del país.

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Pluralismo Estructurado

En el año 1997 Londoño y Frenk dan a conocer un documento sobre los retos acumulados y emergentes que los países latinoamericanos debían afrontar para mejorar los sistemas de salud desde el punto de vista de las poblaciones y de las instituciones (Londoño & Frenk, 1997). De manera que los autores realizaron una propuesta que pretendía buscar una estrategia para el buen funcionamiento de los sistemas de salud y a la cual denominaron Pluralismo Estructurado (Frenk & Londoño, 1997).

A través del Pluralismo se pretende evitar los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado; por otro lado, la palabra Estructurado evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado (Frenk & Londoño, 1997). El pluralismo estructurado organiza entonces el sistema de salud por funciones explícitas y no por grupos sociales, proponiendo claramente cuatro funciones: financiación, articulación, prestación y modulación. De estas cuatro funciones Londoño y Frenk resaltan dos: la modulación como la función olvidada y la articulación como la función innovadora, definida como un “continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para la posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud” (Frenk & Londoño, 1997).

Por su parte la modulación, debe diferenciarse del financiamiento y la prestación, evitando conflicto de intereses y asegurando así la transparencia, por tal motivo debe estar a cargo de instancias neutrales. Entonces, se genera un nuevo enfoque del Ministerio de Salud ya que su misión se centraría en la modulación generando una mayor capacidad para movilizar un propósito común (Frenk & Londoño, 1997).

El primer paso es la captación de dinero por parte de agencias financieras además de la acumulación de éste en fondos generando dos interfaces: articulación entre poblaciones y prestadores y articulación entre agencias financieras y prestadores de servicios (Frenk & Londoño, 1997). En Colombia básicamente se encuentran dos modelos de Sistemas definidos como un antes y después de 1993 (Almeida, Parra, & Romero, 2007). Antes de 1993 en Colombia existía un sistema de corte asistencialista estatal caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada el cual tuvo un gran desarrollo entre los años 1975 y 1984 con el aumento de los hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero fue en ese mismo año en donde su cobertura fue ineficiente del 27%, y la población quedó expuesta con inequidades entre diferentes regiones (Congreso de la República de Colombia, 1993), este tipo de sistema estaba centrado en curar las enfermedades (Alvarez, 2009).

Para que se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrara el recurso humano de salud, se vigilara y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros, los Servicios Seccionales de Salud eran financiados con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos (Orozco, 2006). Por tal motivo ante la gran segregación del sistema, se generaron varios inconvenientes en relación a incumplimientos, mala calidad y atención basada en la enfermedad y no en la prevención (Empaire, 2010).

La red hospitalaria se basaba en atenciones inmediatas sin preocuparse por costos y gastos innecesarios que podrían ser subsanados con otras situaciones o condiciones, adicionalmente no se contaba con cobertura familiar para la población, por lo que no se conocían los problemas de la misma. Esto obligó al país a generar un cambio en pro de garantizar salud a la población. Es así como a partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, el Sistema Nacional de Salud entra a ser parte del al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, teniendo en cuenta que se da una nueva visión en el algunos aspectos como el subsidio a la oferta que hace una transición hacia el subsidio a la demanda y el aseguramiento (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es un modelo en donde existe participación pública y privada, con dos tipos de fuentes de financiación (Cotizaciones de empleados y empleadores e impuestos), entidades que se encargan del aseguramiento (Entidades Promotoras de Salud - EPS) y con unos proveedores de servicios que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011).

Por otro lado el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA tiene la función de trasladar para su administración la Unidad de Pago por Capitación – UPC a las Empresas Promotoras de Salud - EPS de acuerdo con el número de afiliados y también se encarga de movilizar al régimen subsidiado los recursos fiscales y no fiscales correspondientes de subsidio a la demanda (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011). El SGSSS permite que la EPS administre distintas primas de acuerdo al régimen de los usuarios y utilice un porcentaje por su administración, generando un contrato de administración de recursos entre el SGSSS y cada EPS (Procuraduría General de la Nación).

Con la adopción de éste nuevo modelo no solamente se le delega a las EPS la administración de los recursos de la UPC y Recursos Fiscales sino también se implementa un modelo de atención gerenciada basada en la intermediación de prestación de servicios de salud (Acosta, 2003). Entretanto el proceso de administración de riesgos en salud surge en 1883 con el modelo Bismarkiano de Seguros Sociales y en Colombia con la aparición de CAJANAL (1945, Ley 06) y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales - ICSS - (1946, Ley 90) en donde se reconocen como riesgos la enfermedad y maternidad.

De acuerdo con el modelo la atención gerenciada aparece dentro del sistema el concepto de manejo del riesgo (Acosta, 2003), que en el SGSSS pretende “proteger a una sociedad de las

perdidas en el desarrollo socioeconómico por la reducción en la productividad derivadas de la enfermedad y la discapacidad de los ciudadanos al evitar que estas se enfermen, vivan con una discapacidad o fallezcan prematuramente en relación con la generación a la cual pertenecen” (Organización Panamericana de la Salud, 2000). Buscando siempre un equilibrio apropiado entre el reconocimiento de oportunidades para obtener ganancia y reducir las pérdidas.

Teniendo en cuenta lo anterior, el SGSSS no solo se enfoca en la atención de la enfermedad sino que desde la administración del riesgo pretende preservar la condición de salud que permita el desarrollo tanto personal como colectivo de la población Colombiana en pro de la productividad (Cardona, Hernández, & Yepes, 2005). El SGSSS en Colombia ha tenido varias reformas, una de ellas, la Ley 1122 de 2007, basada en el mejoramiento de la prestación de servicios de salud a los usuarios, usando como estrategia la organización y funcionamiento de redes (Congreso de la República de Colombia, 2007). Otra a través de la Ley 1438 de 2011, basada en el fortalecimiento del sistema mediante la adopción de un modelo de prestación del servicio público en salud basado en Atención Primaria en Salud –APS (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Es importante establecer que la APS debe ser parte de la política general del desarrollo del país, en pro de la cobertura universal que garantice que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud. En relación a lo expuesto anteriormente es indispensable que la EPS como administradora de recursos fortalezca la Atención Primaria en Salud - APS en pro de prevenir y promocionar la salud, y se establezcan vínculos contractuales con IPS comprometidas con este fin y no con el de manejar únicamente la enfermedad (Así vamos en Salud, 2014). Así las cosas, se puede deducir que la responsabilidad de la APS es tanto de los aseguradores como de los prestadores. Debido a que cada una de las partes debe fortalecer desde su función, la EPS desde la demanda y la IPS desde la oferta de servicios.

En la arquitectura del SGSSS se encuentran factores generadores de exclusión como la segmentación en donde se excluye el acceso al sistema de salud a través de grupos sociales, condiciones de vivienda rural, origen étnico, capacidades de pago o situación laboral, afectando

principalmente la equidad en el derecho fundamental a la salud (Acuña, 2005). Otro factor importante en la arquitectura del sistema y afecta principalmente a este es la fragmentación limitando el ejercicio del derecho a la salud por la existencia de varios actores operando sin mecanismo de coordinación ni de estandarización de la calidad, contenido y costos. Promoviendo así un uso poco eficiente de los recursos. (Acuña, 2005)

Los factores relacionados con la asignación de recursos, los cuales son generadores de exclusión como los recursos humanos, en donde la situación laboral del personal sanitario se ha deteriorado no solo en la remuneración sino también con la estabilidad laboral, satisfacción, necesidades familiares e individuales, además de la imposibilidad de crecimiento laboral y académico (Acuña, 2005). Generando así una concentración del personal de salud altamente capacitado en áreas urbanas promoviendo la inequidad en la atención oportuna en áreas geográficamente de difícil acceso (Acuña, 2005).

La reforma del SGSSS que estableció la salud como derecho fundamental

La última reforma realizada a la salud, fue diseñada con un fin muy específico y es el de garantizar “el derecho fundamental a la salud”, mediante la implementación estricta y para toda la población de programas para la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, todos estos programas garantizados prioritariamente por el Estado, pero deben ser responsabilidad de toda la sociedad (Congreso de la República de Colombia, 2015), por lo que implica una inversión económica.

La distribución del gasto público se ve seriamente afectada en países altamente segmentados generando un financiamiento público reducido además de un gasto privado elevado fomentando situaciones de inequidad para la población con escasos recursos (Acuña, 2005). Teniendo claro que la sostenibilidad fiscal no puede limitar la garantía del derecho fundamental a

la salud o la prestación de los servicios, y que la rentabilidad social debe primar como criterio evaluativo en los hospitales públicos. (Parra, 2015)

A medida que ha pasado el tiempo se han definido funciones y actores del sistema y a través de la ejecución de las reformas realizadas se ha llegado a la conclusión de que en Colombia era necesario darle el estatus a la salud de Derecho Fundamental, sin embargo, no se encuentra claramente definido como interaccionan cada uno de los actores del Sistema en el ejercicio de sus funciones y como esta interrelación debe contribuir directamente a la garantía del derecho a la salud.

1.1 Actores Y Funciones

Con el fin de definir los actores que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, se tomaron como referencia los modelos de sistemas de salud planteados por Londoño y Frenk en su documento del Pluralismo Estructurado (Frenk & Londoño, 1997), como paso a seguir se cruzaron con cada uno de éstos modelos las funciones y subfunciones del pluralismo estructurado y se tomaron ejemplos de países latinoamericanos en donde persisten dichos modelos, de la siguiente forma:

- Público Unificado: Cuba y Costa Rica
- De Contratación Pública: Brasil
- Privado Atomizado: Argentina y Paraguay
- Segmentado: Colombia

En el Anexo 1 se puede observar cómo para cada uno de estos modelos, se plantearon los actores responsables de ejecutar cada una de las funciones y subfunciones y en general las debilidades que se presentan. Para el caso colombiano se realizó una relación de los actores para cada una de las reformas planteadas hasta llegar a la Ley Estatutaria en Salud.

A continuación, y con el fin de definir los actores que se tomarán como referencia, se realizará una explicación de cada uno de ellos y las funciones que cumplen de acuerdo con el Pluralismo Estructurado y la Ley 1751 de 2015, en la cual taxativamente en el artículo 3 se refiere a que “La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.”

Función: Modulación

La modulación cómo antes se mencionó, es la función descuidada del pluralismo estructurado y, sin embargo, debe ser fortalecida con la evolución y descentralización de los sistemas de salud. Mencionan Londoño y Frenk que las reformas realizadas a los sistemas deben establecer “reglas del juego justas y transparentes con el fin de impulsar un desarrollo armónico del sistema (Frenk & Londoño, 1997)”

Es adicionalmente una función de responsabilidad pública y aunque puede ser ejercida por actores privados es tal vez aquella función en donde la obligación última es pública y en una amplia cantidad de sistemas es ejercida por instituciones del orden estatal, dejando de ser productoras de bienes y servicios (Frenk & Londoño, 1997).

En sentido equivalente al fortalecimiento de la función de modulación, la Ley Estatutaria (Congreso de la República de Colombia, 2015) atribuye en su artículo 5 determina que el estado debe cumplir con ciertas obligaciones, las cuales guardan relación directa con aquellas contenidas en las subfunciones de modulación del pluralismo estructurado de la siguiente forma:

Tabla 1. Subfunción Modulación

Obligaciones del Estado (Congreso de la República de Colombia, 2015)	Subfunción Modulación	Descripción de Subfunción
a) Abstenerse de afectar directa o	Desarrollo	Planeación estratégica

Obligaciones del Estado (Congreso de la República de Colombia, 2015)	Subfunción Modulación	Descripción de Subfunción
indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas	del sistema	
b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema	Desarrollo del sistema	Formulación de políticas
	Coordinación	Fomento de modalidades eficientes y equitativas de transacción entre agentes públicos y privados
c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales	Desarrollo del sistema	Acción intersectorial, de forma que se promuevan “políticas saludables” que influyan en los factores sociales, económicos, ambientales y culturales que son determinantes del estado de salud.
	Coordinación	En campañas masivas de salud pública, que comúnmente exigen la colaboración de muchas organizaciones.
d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio	Desarrollo del sistema	Planeación estratégica Desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño de agencias financieras, organizaciones articuladoras y prestadores individuales

Obligaciones del Estado (Congreso de la República de Colombia, 2015)	Subfunción Modulación	Descripción de Subfunción
		e institucionales. Fortalecimiento de la capacidad del sistema, a través del fomento de inversiones en infraestructura física, recursos humanos, investigación científica, desarrollo tecnológico y sistemas de información
e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto	Protección al consumidor	Formulación de una estrategia explícita para la protección del consumidor
f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población	Desarrollo del sistema	Planeación estratégica
	Regulación propiamente dicha	Establecimiento de reglas para los siguientes componentes del sistema de salud: • Prestadores individuales, mediante el licenciamiento y la certificación • Prestadores institucionales, mediante la acreditación • Mecanismos financieros, mediante reglas para los fondos de aseguramiento e instrumentos similares • Organizaciones a cargo de la función de articulación, mediante la acreditación y la supervisión, de forma que se garantice su actuación confiable

Obligaciones del Estado (Congreso de la República de Colombia, 2015)	Subfunción Modulación	Descripción de Subfunción
		frente a los consumidores. • Instituciones educativas, mediante la acreditación • Medicamentos, equipo y aparatos, mediante la evaluación tecnológica • Inversiones de capital, mediante planes
g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas	Desarrollo del sistema	Desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño de agencias financieras, organizaciones articuladoras y prestadores individuales e institucionales
h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud	Desarrollo del sistema	Mobilización social para la salud, incluyendo la participación comunitaria. Desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño de agencias financieras, organizaciones articuladoras y prestadores individuales e institucionales.
i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población	Desarrollo del sistema	Establecimiento de prioridades para la asignación de recursos, incluyendo el proceso de obtención de consensos en torno a estas prioridades
	Diseño financiero	Diseñar un esquema financiero que proporcione una consistencia global al sistema.

Obligaciones del Estado (Congreso de la República de Colombia, 2015)	Subfunción Modulación	Descripción de Subfunción
j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio	Diseño financiero	Mobilización de los recursos requeridos y la contención de costos
	Regulación propiamente dicha	Esfuerzos convencionales que llevan a cabo las autoridades sanitarias para minimizar los riesgos a la salud derivados de los bienes y servicios que se proporcionan a través de la economía

Fuente: Creación propia

Teniendo en cuenta la función de modulación desde la perspectiva de la Ley Estatutaria de Salud y bajo la actual estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, los actores que la desarrollan son (para que el lector tenga una referencia más clara de las funciones otorgadas por la Ley, cada una de las instituciones abajo relacionadas tendrán la referencia del acto administrativo que determina sus funciones):

- Ministerio de Salud y Protección Social (Presidencia de la República de Colombia, 2011)
- Secretarías de Salud Departamentales y Municipales y aquellas entidades que cumplan con dichas funciones en las Entidades Territoriales (Congreso de la República de Colombia, 2001)
- Ministerio de Hacienda (Presidencia de la República de Colombia, 2008)
- Superintendencia Nacional de Salud (Presidencia de la República de Colombia, 2013)
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos – INVIMA (Presidencia de la República de Colombia, 2012)
- Instituto Nacional de Salud – INS (Presidencia de la República de Colombia, 2012)
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS (Congreso de la República de Colombia, 2011)

Función: Articulación

Llamada por Londoño y Frenk la función innovadora, tiene que ver con la movilización de dinero y la asignación del mismo para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud, es decir, es el proceso ocurrido entre el financiamiento y la prestación. (Frenk & Londoño, 1997)

Esta función se desarrolla a través de dos interfaces: la primera entre poblaciones y prestadores de servicios y la segunda entre agencias financieras y prestadores (Frenk & Londoño, 1997).

Esta función la define el pluralismo estructurado en las organizaciones para la articulación de servicios de salud – OASS – que para el caso colombiano lo desarrollan las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios – EAPB – quienes en general desarrollarían todas las subfunciones de la articulación, adicionalmente, existe un afianzamiento de las mismas, expresada en la Ley Estatutaria, tal como puede verse en la siguiente tabla:

Tabla 2. Subfunción Articulación

Articulación entre poblaciones y prestadores	Subfunciones	Definición de funciones de EAPB	Ley Estatutaria
	Afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores	Son las responsables del aseguramiento, afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus aportes. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la	Artículo 6, literal c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la

		prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados.	accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información
	Administración del acceso mediante la operacionalización de un conjunto de contingencias que deben ser cubiertas, definido mediante un paquete explícito de beneficios o de intervenciones (con frecuencia por mandato público), y el acotamiento de las opciones disponibles para los consumidores, mediante la organización de redes integrales de proveedores.	Deben organizar su propia red de prestadores de servicios, ya sea con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias o contratadas, las cuales deben tener la suficiencia y la capacidad resolutive que le permitan atender eficazmente a sus afiliados	Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.
	Agente informado de los consumidores y representa sus intereses agregados (así como aquéllos de la agencia financiera), operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre		Artículo 6, literal d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente,

			enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.
Articulación entre agencias financieras y prestadores de servicios	Diseño de incentivos a través del mecanismo de pago. Si éste se encuentra estructurado de manera adecuada, la forma en que los prestadores reciban el pago puede impulsar su eficiencia y su respuesta sensible frente a los consumidores.		Artículo 6, Principios, literal d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas ¹
	Diseño de beneficios adecuado, la agencia financiera puede estar segura de que sus recursos se están aplicando de la manera más costo-efectiva posible, de tal manera que la inversión en salud produzca los mejores rendimientos		Artículo 6, Principios, literal k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.
	Gestión de la calidad, tales como la certificación de la competencia de los		Artículo 6, Principios, literal g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la

¹ Si los pagadores establecen un plan de incentivos adecuado con la red, este redundará en una adecuada continua prestación de servicios con todos los atributos de calidad exigidos por la normativa vigente

	proveedores y el monitoreo de los procesos y los resultados de la atención, incluyendo tanto sus aspectos técnicos como la satisfacción del consumidor		correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;
--	--	--	--

Fuente: Creación propia

Los actores definidos para ésta función son:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Secretarías de Salud Departamentales y Municipales y aquellas entidades que cumplan con dichas funciones en las Entidades Territoriales
- Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB –

Función: Financiamiento

La función de financiamiento de acuerdo con el pluralismo estructurado se refiere a “la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios”

En la actualidad esta movilización se realiza a través del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA – el cual fue creado por el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 y es “una cuenta adscrita al ministerio de salud y protección social manejada por encargo fiduciario. Los recursos se destinan para inversiones relacionadas a la salud.” (Fondo de Solidaridad y Garantía , 2017)

El FOSYGA maneja diferentes subcuentas de forma independiente y sus recursos son de destinación exclusiva, estas subcuentas son (Fondo de Solidaridad y Garantía , 2017):

De compensación interna del régimen contributivo

De solidaridad del régimen de subsidios en salud.

De promoción de la salud.

Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT)

Si bien es cierto, la Ley Estatutaria de salud, no hace referencia explícita a ésta función si menciona en repetidas ocasiones la necesidad de disponer de recursos apropiados (sostenibilidad) y usarlos eficientemente en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, razón por la cual se resalta en este momento la función del fondo en mención como movilizador de los recursos desde la fuente primaria hacia les EAPB con el fin de garantizar la fuente de financiación necesaria para la adecuada prestación de servicios de salud en los términos de la Ley 1751 de 2015.

Es así como el actor principal de esta función es el FOSYGA.

Función: Prestación

Esta función se refiere a “la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de

productos (i.e., servicios de salud) que generan un resultado (i.e., cambios en el estado de salud del usuario)”

A éste respecto la Ley estatutaria reiterativamente menciona la prestación de servicios de salud como agente protagónico del goce efectivo del derecho de salud, entre otros en los artículos 2, 5 literal i, 6 principios literal e y g, 8, 14 y 15. Todos ellos en pro de mejorar la calidad, continuidad y garantía de la prestación de servicios de salud en todo el territorio nacional y a todos los habitantes del mismo. Igualmente es notorio durante todo el texto el acceso a nuevas tecnologías y medicamentos, haciendo así evidente el papel que también deben cumplir los proveedores de bienes y servicios relacionados con equipos biomédicos, insumos y medicamentos entre otros.

Adicionalmente, y en nuestro criterio en un esfuerzo por hacer aún más eficiente la prestación del servicio, en su artículo 10 se refiere a los derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación de servicios de salud, relacionado con sus roles como afiliados (desde las EAPB) y como usuarios (desde las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS).

También menciona a los profesionales y trabajadores de la salud en el Capítulo III, refiriéndose expresamente a su autonomía y al respeto hacia los mismos.

Así, los actores involucrados en este proceso son:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas IPS
- Proveedores
- Afiliados / Usuarios
- Profesionales y trabajadores del sector

Se considera adecuado incluir a otro actor fundamental que tácitamente se hace presente en la Ley Estatutaria a través de la tutela y es la Rama Judicial y la Corte Constitucional, ya que serán estos actores quienes decidan respecto a la protección del derecho a la salud tutelado por

los habitantes del territorio. También como aquellos encargados de controlar que se cumpla con la normativa vigente, los cuales se denominan organismos de control del estado.

Los actores involucrados a este respecto serán entonces:

- Rama Judicial
- Procuraduría
- Defensoría
- Contraloría
- Corte Constitucional

1.2. Interrelaciones

Para poder abordar el tema de interrelaciones entre los actores y funciones ya descritos, deben precisarse conceptos de términos que se usaran con frecuencia en éste capítulo y que se consideran de alta importancia en el desarrollo de esta investigación.

Segregación

Segregar en términos generales se refiere a “Separar o apartar algo o a alguien de otra u otras cosas” (Real Academia Española, 2017)

La segregación en el contexto del pluralismo estructurado, tiene dos alcances (Frenk & Londoño, 1997):

El primero es inherente a la población que es sujeto de los servicios de sistemas de salud.

El segundo alcance refleja las desigualdades de los sistemas de salud y se refiere a la separar o fraccionar la población y ofrecerles servicios con diferentes condiciones en distintas instituciones.

Éste último alcance se acerca al tipo de sistema segmentado del pluralismo estructurado el cual predominaba en Colombia antes de la Ley 100, es decir antes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fragmentación

Fragmentar se define como reducir a fragmentos (Real Academia Española, 2017) un todo, en términos de sistemas de salud puede referirse a las funciones y/o los actores del sistema.

Tiene que ver con que no existe una relación estructural y funcional entre los actores del sistema quienes cumplen funciones que en muchos casos pueden incluso repetirse (Barillas, 1997).

La fragmentación produce problemas de ineficiencia en los sistemas de salud (Barillas, 1997) generando entre otros la duplicación de instalaciones y aumento de costos. (Organisation for Economic Co-operation and Development , 2017)

Integración

La acción de integrar se define como “constituir un todo” (Real Academia Española, 2017), es el único de los cuatro términos a definir que tiene que ver con totalizar, las otras tres van en contravía.

Dentro del sistema es una cualidad dentro del sistema que lleva a disminuir:

- La Segregación en las poblaciones: INTEGRACIÓN HORIZONTAL y/o
- La Fragmentación en las funciones – actores: INTEGRACIÓN VERTICAL.

Segmentación

La segmentación tiene que ver con las funciones y los actores del sistema en relación directa con la población objeto del mismo. El sistema segmentado descrito por Frenk y Londoño (Frenk & Londoño, 1997) se refiere a la división de sistemas de salud (preponderantemente de América Latina) en tres grandes segmentos correspondientes con tres grupos sociales. El Sistema Nacional de Salud de Colombia, previo a la Ley 100 de 1993 (Previo al SGSSS) era un Sistema de tipo segmentado, con tres “subsectores”: privado, público y de los seguros sociales.

En el anexo 1 el lector encontrará una sinapsis de las reformas en mención respecto del pluralismo estructurado y en éste capítulo, tal como se señaló, se hará énfasis en las interrelaciones entre ellos.

Las deficiencias del modelo segmentado que predominaba en Colombia a través del sistema de salud previo a la Ley 100 de 1993, apostó por la competencia regulada o pluralismo estructurado (Gutierrez Ossa & Restrepo Avendaño, 2012). Es mediante la implementación de este nuevo modelo que se decidió hacer frente a los problemas de inequidad, acceso y calidad para la mayoría de la población Colombiana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En cuanto al SGSSS la Ley 100 de 1993 en el inciso 2 del artículo 152 dispone como el objeto de la misma crear condiciones de acceso al servicio de salud a toda la población en todos los niveles de atención (Congreso de la República de Colombia, 1993). Y es así como inicia el camino hacia la cobertura universal, pasando del 31.4% antes de 1993 al 96,7% en el 2009 y con un aumento altamente significativo en el régimen subsidiado focalizándose en la población más

pobre (Ministerio de Salud y Potección Social, 2014). Es así como se demuestran resultados en términos de disminuir la segregación; aún existen problemáticas que una vez superado el acceso al sistema deben resolverse: El crecimiento del gasto en eventos no incluidos en el Plan de Beneficios (los “recobros por eventos NO POS”), El crecimiento de los eventos NO POS y la equidad del sistema de salud y las responsabilidades en materia de autocuidado de la salud (Ministerio de Salud y Potección Social, 2014).

Para este fin es importante que las interrelaciones entre actores y funciones del SGSSS se den de manera eficaz y eficiente, que en algunos aspectos la Ley Estatutaria quiso definir.

Tal como se describió en el capítulo anterior a través de la sanción de la Ley 1751 de 2015 se pueden revelar cada una de las funciones y subfunciones del pluralismo estructurado (descritas anteriormente y en el Anexo 1), sin embargo, la interrelación entre unos y otros se encuentra confusa, muchos actores del sistema desarrollan funciones sin reglas claras de juego, por ejemplo, la inspección vigilancia y control de las entidades territoriales en cuanto a prestación de servicios de salud frente a la de los articuladores (EAPB); esta confusión se intentará precisar a través de la implementación de las Redes Integrales de Servicios de Salud RISS.

Adicionalmente, la Ley Estatutaria pretende la atención integral de la población definiendo la política de atención integral en salud (Ruiz Gómez, 2016) mediante la cual desde la focalización del usuario y no las instituciones, basada en la gestión integral del riesgo, los actores encargados de la prestación, la modulación (desde el territorio y la nación) y la articulación propenderán por la minimización de riesgos colectivos e individuales y prestación de servicios de calidad en cuanto a la gestión clínica y el manejo de la enfermedad (Ruiz Gómez, 2016).

Para éste fin, la Ley Estatutaria define las funciones para cada uno de los actores y toca en proclama en particular lo referente a los deberes a través de todo el texto y lo individualiza en el artículo 10 (Congreso de la República de Colombia, 2015) haciendo una referencia importante en cuanto al uso adecuado y racional de las prestaciones ofrecidas, así como de los recursos del sistema.

Este se convierte, para los autores, en un ítem de especial relevancia debido a que establece una interrelación de doble vía respecto de los usuarios/afiliados e instituciones que hacen parte del sistema, en el entendido de la corresponsabilidad y cuidado del mismo y sus recursos. Es un camino incipiente en el SGSSS colombiano y que debe fortalecerse mediante la legitimación de los mismos en los habitantes del país.

Teniendo en cuenta lo anterior, el SGSSS mediante la reglamentación e implementación de la Ley estatutaria deberá definir interrelaciones precisas entre cada uno de los actores y funciones del sistema, planteando la integración de los mismos mediante la atención integral con herramientas como el MIAS y las RISS.

Falta de manera preponderante, buscar herramientas que permitan integrar al sistema judicial colombiano como cuidador de los recursos del mismo y como educador de los usuarios y afiliados que diariamente acuden a la tutela en busca de bienes y servicios que no son del sector salud y que mediante fallos de los mismos debe financiar el sistema cuyos recursos son finitos.

1.3. Derecho A La Salud

En Colombia, como se ha mencionado anteriormente, con base en la implementación del nuevo sistema de salud, busca cobertura para toda la población y la garantía de un servicio de salud de calidad. Por tal motivo se decide implementar la Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

La ley estatutaria fue diseñada con el fin de garantizar “el derecho fundamental a la salud”, mediante la implementación estricta y para toda la población de programas para la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, todos estos programas deben ser garantizados prioritariamente por el

Estado, pero deben ser responsabilidad de toda la sociedad. (Ministerio de Salud y protección Social, 2015).

Aunque en nuestro Colombia, en muchas ocasiones se habían regulado los procesos de salud, poco a poco se evolucionado hasta convertirse en un derecho fundamental, pero sin embargo la población se veía con la necesidad de recurrir a instancias legales para obtener los beneficios que le permitan garantizar su salud. Esta nueva ley pretendió garantizar mayor acceso y posibilidades de tratamiento, sin dejar de lado lo estipulado en el Plan Obligatorio de Salud.

La ley en mención pretende en cabeza del estado poder regular, vigilar y armonizar procesos que permitan que la salud en nuestro país tenga una mejor calidad en donde se encuentre beneficiados la población en general. (Ministerio de Salud y protección Social, 2015)

La función de rectoría, como se ha mencionado anteriormente la ejerce el Estado desde el ministerio y designa a diferentes entes las subfunciones de esta para poder evitar la segregación de la población desde un punto de vista social, medioambiental y económico. Se busca una fragmentación del sistema que permita tener mejores resultados mediante una supervisión desde puntos de vista diferentes para lograr un mismo fin.

Toda la ley se basa en garantizar el derecho fundamental a la salud mediante estrategias que permitan una cobertura nacional de la población, con adecuado acceso a servicios de salud oportuna, eficaz y con calidad para la población. (Así vamos en Salud, 2014).

Pero que origino el diseño de esta ley, la inequidad de la prestación de servicios, debido a que aunque el aseguramiento al sistema se logró casi en su totalidad, se encontrando diferentes factores, socioeconómicos, demográficos y financieros entre otros que influyeron directamente en el acceso a distintos servicios. (Ministerio de Salud y protección Social, 2015)

Pero no solo se habla de cobertura, el derecho a la salud constituye un elemento crucial para el desarrollo social de la construcción de capital humano y tejido social a través de la

inserción de los individuos en la vida a su comunidad, además de ser un factor esencial para la economía en el desarrollo productivo del país. (Acuña, 2005).

La distribución de los recursos juega un papel clave en la prestación de los bienes y servicios, Esta debe ser forma tal que una cantidad suficiente de personas alcancen y conserven un estado de salud que permitan generar y mantener el factor productivo y social del país (Acuña, 2005)

Esta Distribución debe ser equitativa generando así externalidades positivas sobre todo en la sociedad a través de mecanismos como “la disminución de portadores o susceptibles a una enfermedad infectocontagiosa, disminuyendo a su vez el riesgo de contagio para los otros miembros de la sociedad” demás de la “disminución del número de discapacitados como el producto del daño a la salud, aumenta la cantidad de personas en condiciones de aportar a la comunidad y disminuye la cantidad de recursos que la sociedad debe invertir en subsidiar a aquellos que no pueden generar por si solos los medios para su subsistencia”. (Acuña, 2005)

Pero no solo para generar un sistema de salud equitativo se necesita cobertura, existen diversos factores internos y externos que generar una restricción al acceso oportuno a los servicios de salud, algunos son de orden estructural como las condiciones de tipo legal o de las instituciones además de la arquitectura del sistema. (Acuña, 2005)

En la arquitectura del sistema se encuentran factores generadores de exclusión como la segmentación en donde se excluye el acceso al sistema de salud a través de grupos sociales, condiciones de vivienda rural, origen étnico, capacidades de pago o situación laboral. (Acuña, 2005) Reflejando así la segmentación social que se encuentra en la mayoría de los países y afectando principalmente la equidad en el derecho fundamental a la salud. (Acuña, 2005).

Otro factor importante en la arquitectura del sistema y afecta principalmente a este es la fragmentación limitando el ejercicio del derecho a la salud por la existencia de varios actores operando sin mecanismo de coordinación ni de estandarización de la calidad, contenido y costos. Promoviendo así un uso poco eficiente de los recursos. (Acuña, 2005)

Por otro lado, existen factores relacionados con la asignación de recursos los cuales son generadores de exclusión como los recursos humanos, en donde la situación laboral del personal sanitario se ha deteriorado no solo en la remuneración sino también con la estabilidad laboral, satisfacción, necesidades familiares e individuales, además de la imposibilidad de crecimiento laboral y académico. (Acuña, 2005) Generando así una concentración del personal de salud altamente capacitado en áreas urbanas promoviendo la inequidad en la atención oportuna en áreas geográficamente de difícil acceso. (Acuña, 2005)

La distribución del gasto público se ve seriamente afectada en países altamente segmentados generando un financiamiento público reducido además de un gasto privado elevado fomentando situaciones de inequidad para la población con escasos recursos. (Acuña, 2005)

Se hace necesario un trabajo intersectorial y transectorial de los organismos del estado para general políticas públicas orientadas a la promoción y prevención de la salud. (Parra, 2015)

Teniendo claro que la sostenibilidad fiscal no puede limitar la garantía del derecho fundamental a la salud o la prestación de los servicios, y que la rentabilidad social debe primar como criterio evaluativo en los hospitales públicos. (Parra, 2015)

Como cita (Parra, 2015) “Es hora de regresar de la ética corporativa propia del cuidado gerenciado de la salud, a la ética hipocrática que antepone las necesidades, expectativas y solicitudes de los pacientes y sus familiares a los aspectos de rentabilidad financiera del sistema.”

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN

El Gobierno Nacional ha emprendido el proceso de transformar su modelo de salud en los últimos años, lo ha realizado a través de diferentes reformas en el sector salud, desde la Ley 10 del año 1990. Esta ley fue establecida como la encargada de descentralizar el salud, ocupándose únicamente de los hospitales públicos, sin incluir entidades de seguridad social (Jaramillo, 2002). En esta Ley, el financiamiento de las instituciones encargadas de la salud era ejercido por fondos locales o seccionales de salud, bajo la administración regional de cada seccional con destinación específica a servicios de salud.

Para la década de los 90 se crea un reordenamiento de las fuentes financieras para salud, organizando el sistema por prioridades (servicios básicos, funcionamiento de infraestructura y pago a entes territoriales). Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección, de cualquier nivel administrativo, debían ser financiados con los recursos ordinarios del presupuesto seccional y local (Congreso de la República de Colombia, 1990). Los contratos eran programados con anterioridad con un plan de beneficios para el estado estableciendo metas. También se establece un manual tarifario (Ministerio de Salud Pública, 1996) para contratación de servicios para las entidades públicas y se introdujeron conceptos como la obligación de prestar los servicios de urgencia a toda la población (Congreso de la República de Colombia, 1990).

Adicionalmente se implementó que el Ministerio de Salud era el encargado de velar por la utilización de estos recursos de manera indirecta debido a que eran administrados a nivel regional y municipal (Congreso de la República de Colombia, 1990). Mientras que la Ley 60 de 1993, aprobada unos meses antes de la Ley 100, regula las competencias y recursos y fija las

bases para la descentralización administrativa (Pening Gaviria, 2003). Previo a la autorización de presupuestos, estos debían ser acreditados por el Ministerio de Salud y Educación, en relación a unas situaciones de carácter administrativo como lo es organización, aprobación y adopción de planes (Pening Gaviria, 2003).

La Ley 100 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud pasando del enfoque netamente asistencialista a una visión global de la salud entendida no como la recuperación de la enfermedad sino con un enfoque sistémico (Uribe Gómez, 2009). Para tal fin la función de regulación la asume el SGSSS (Art. 152, Ley 100 de 1993), pero continúa como sistema y sector de salud, el cual en Colombia aglutina lo asistencial en salud y elementos de prevención de enfermedades. Lo que hace esta ley es incluir administrativa y normativamente en la seguridad social los tres subsectores del Sistema Nacional de Salud, asumiendo todo lo prescrito por la Ley 10 de 1990 (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Por otro lado, la Ley 100 del 1993 y cada una de las reformas que ha manejado el país hasta llegar a la ley 1751 del 2015, tienen como uno de sus objetivos, mejorar la salud a través de métodos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados, garantizados principalmente por el Estado a través de sus organismos involucrando entidades de todos los campos que permitan concluir con el fin exitosamente (Moncayo Medina, 2015). En efecto, las variadas reformas al SGSSS Colombiano han logrado aumentar los niveles de cobertura y equidad resultados que se reconocen como sus principales logros, por otro lado existe una gran preocupación en torno a los procesos de garantía de la calidad, acceso efectivo a los servicios de salud, procesos de inspección vigilancia y control, así como las grandes asimetrías de información, la rigidez de los asuntos laborales del personal hospitalario y la puesta en marcha de las numerosas normas que orientan al mismo sistema (Jaimes & España, 2011).

Visto desde el pluralismo estructurado, dos funciones son importantes para el desarrollo del sistema, las cuales aunque existen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano con el paso de las reformas no han presentado cambios estructurales: modulación y articulación (Jahir Alexander Gutierrez Ossa, 2012). La modulación se desarrolla en Colombia a

través de la Ley 100 de 1993 la cual establece que el Estado desarrollará la dirección, coordinación, reglamentación, vigilancia y control de la seguridad social en salud. (Congreso de la República de Colombia, 1993). Para tal fin se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS. La función de articulación se desarrolla a través de las entidades promotoras de salud (EPS) mediante la administración de la unidad de pago por capitación (UPC) y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras, que no mostró ningún cambio con el transcurrir de las reformas, 10 años después. (Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID –, 2005)

Debido a la ineficiencia de la CNSSS (Restrepo, 2005) la Ley 1122 de 2007 la transforma en una nueva entidad denominada Comisión de Regulación en Salud CRES, la cual debía funcionar como organismo asesor del Ministerio de la Protección Social y servir como un instrumento de regulación y control (Congreso de la República de Colombia, 2007). En el año 2012 mediante el Decreto 2560 se liquida esta entidad y las competencias de modulación son asumidas directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, situación que aún persiste. Por otro lado, el CNSSS en el momento de su auge, era el encargado de la regulación para la prestación de los servicios de salud, de determinar los requisitos para la habilitación de nuevos prestadores, entre otras muchas funciones que permitieron al sistema general de seguridad social en salud Colombiano dar sus inicios y dar inicio a la regulación de sus acciones y tarifas, más exactamente en relación a la definición que hizo este consejo para el 2009 de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) anual, que permitió regular el financiamiento del sistema. (Palacio, y otros, 2010)

El sistema general de seguridad social en salud colombiano, entiende la salud como un derecho fundamental (Congreso de la República de Colombia, 2015), la legislación cumple el papel de determinar su estructura y funcionamiento en aras de la garantía de los derechos a la salud y la seguridad social incluidos en la Constitución de 1991 (Muñoz E, Londoño, Higueta, Sarasti, & Molina, 2009). De esta manera, se pretende describir las interrelaciones existentes entre las funciones y los actores del sistema general de seguridad social en salud, determinando el vínculo existente entre ellas y el derecho fundamental a la salud, generando una oportunidad

de fortalecimiento y mejoría, además de abrir nuevos campos para el estudio de este (Jimenez Barbosa & Montenegro, 2014).

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo General

Describir las funciones y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, determinando las interrelaciones que se presentan entre ellas y el derecho fundamental a la salud tal como fue concebido en la Ley 1751 de 2015.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Establecer cuáles son las funciones y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.
- Identificar las interrelaciones existentes entre actores y funciones del SGSSS colombiano.
- Definir las interrelaciones faltantes del Sistema General de SGSSS colombiano.
- Identificar los puntos de fragmentación existentes en las relaciones descritas, tomando como punto de referencia el derecho fundamental a la salud.

3. METODOLOGÍA

A continuación, se describe como se realizó la siguiente investigación:

3.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es documental de tipo cualitativo, informativo y descriptivo con enfoque cualitativo, recopilada mediante una búsqueda teórica de diversos documentos los cuales permitieron describir las interrelaciones entre actores y funciones del SGSSS colombiano. La recolección de datos es fundamental, solo que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias o análisis estadísticos. Lo que busca es obtener información de los sujetos, las comunidades, los ambientes y las situaciones en profundidad, en las propias “palabras”, “definiciones” o “términos” de los sujetos de contexto, recopilados de estudios y publicaciones diversas sobre el sistema de Salud Colombiano.

Como herramienta adicional, se decidió verificar después de la revisión bibliográfica, mediante entrevistas estructuradas a diversas personas, que actualmente laboran en el sistema de salud, con respuestas de los sujetos en ambientes naturales y cotidianos de los sujetos entrevistados.

Los datos cualitativos consisten normalmente en la descripción profunda y completa de eventos, situaciones, imágenes mentales, interacciones, percepciones, experiencias, actitudes, creencias, emociones, pensamientos o conductas reservadas de la persona ya sea de manera individual, grupal, o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos para comprenderlos y así responder a preguntas de investigación buscando generar conocimiento.

Se recopilaron de las siguientes bases de datos información de las interrelaciones existentes con sus actores y su relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano: EBSCO Host Research Databases, Proquest, Portal de búsqueda de la BVS Biblioteca Virtual en Salud, Inter- American Development Bank, Bases de datos de las Naciones Unidas, Bioline International, Centro Argentino de Informaición Científica y Tecnológica, Clacso, Diario Oficial, DOAJ: Directory of Open Access Journals , Global Health, Indicadores de Desarrollo Mundial (IDM), Juriscol, Latindex, Notinet, vLex Global y vLex Legal Colombia, World Bank eAtlas of the Millennium Development Goals, World Development Reports Online.

3.1.1. Alcance

El alcance es la de tratar de describir y especificar las funciones y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecer las interrelaciones entre ellos y el derecho fundamental a la salud ley 1751 del 2015.

3.1.2. Categorías

Las categorías fueron generadas a través del proceso de sistematización resultado de las entrevistas estructuradas aplicadas:

Funcionamiento del SGSSS

En esta categoría se evidencia la percepción de los entrevistados sobre Funcionamiento global del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) Colombiano.

Actores del SGSSS que influyen en su funcionamiento

En esta categoría se evidencia la percepción de los entrevistados sobre los actores del sistema de Seguridad Social en Salud y como estos influyen directamente en el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)

Funciones de SGSSS para su desarrollo

En esta categoría se evidencia la percepción de los entrevistados sobre las funciones del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)

Interrelación de los actores del SGSSS

La descripción de esta categoría se encuentra la percepción de los entrevistados sobre los actores del sistema de seguridad Social en Salud se interrelacionan de acuerdo a las funciones descritas.

Interrelaciones existentes y la Ley estatutaria 1751 de 2015

En esta categoría podemos evidenciar la percepción de los entrevistados sobre las interrelaciones existentes y las funciones descritas contribuyen en la garantía del derecho a la salud concebido en la Ley estatutaria 1751 de 2015

3.2. Recolección de datos

Una parte del estudio estuvo enfocada en la información teórica y revisión documental del tema desarrollado en el presente trabajo, la cual es la base de la investigación.

Esta recolección de datos digital, física entre otras generó los resultados de manera gratuita, inmediata, legibles y con la posibilidad de realizar un análisis variado ante las múltiples posiciones que se encuentran actualmente en el medio de la salud sobre el tema trabajado.

Posteriormente se intentó verificar las conclusiones obtenidas con la realización de la revisión documental, mediante una entrevista estructurada en la plataforma de Google formularios, titulada: Descripción de las interrelaciones entre actores y funciones del Sistema General de Seguridad Social y salud colombiano: Una mirada desde el derecho fundamental a la salud. Por medio de un enlace enviado correo electrónico con software cuya respuesta es anónima facilitando al entrevistado contestar cinco preguntas.

A las preguntas se les realizó un sistema de codificación de datos, que consistió en una codificación en primer y segundo nivel o plano, en la cual se usaron los segmentos o unidades de análisis en cada respuesta seleccionada.

Las entrevistas fueron respondidas en un ambiente natural y cotidiano de los sujetos de estudio (lugar de trabajo). Se entrevistaron funcionarios que hacen parte de la gerencia de instituciones principales y secundarias del Sistema de Salud Colombia, con edades entre los 30 y 50 años, con una experiencia laboral en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) entre 5 a 15 años y con diferentes cargos, asistenciales, operacionales y directivos que influyen

directamente en el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Las entrevistas estructuradas permiten evidenciar que, aunque se conoce la finalidad del sistema de salud colombiano, la percepción de diez sujetos de estudio que hacen parte de la dirección de procesos de este mismo sistema, puede mostrar un inadecuado funcionamiento.

3.3. Análisis cualitativo de los resultados

Para el análisis de los resultados cualitativos, que aplica únicamente para la parte de la encuesta estructurada que hace parte del trabajo, pero no es la base del mismo, se siguieron los siguientes pasos:

3.3.1. Revisión de los datos completos de las encuestas listos para el análisis:

Consistió en la revisión de los datos obtenidos y prepararlos en forma adecuada para el análisis, esto se realizó mediante una organización clasificación por un criterio lógico (temas, actores relevantes).

3.3.2. Establecimiento de un plan inicial de trabajo (coreografía de análisis):

Se generó un plan con reglas que guiaran las tareas analíticas y de un plan de trabajo, las cuales fueron

1. Revisar todos los datos (análisis documental integral, grupo nodal, entrevista estructurada).
2. Revisar la bitácora elaboración durante la etapa de recolección de datos.
3. Establecer un sistema de codificación de datos.
4. Definir método de análisis de datos.
5. Definir software requerido para el análisis de los datos.
6. Organizar el equipo investigador que va a participar en el estudio, así como el papel que jugara cada uno de los miembros.
7. Establecer fechas tentativas para realización del análisis.

3.3.2.1. Bitácora

Se registraron en una bitácora, definida como un instrumento invaluable para la validez y confiabilidad del análisis. Durante el análisis se documentó cada actividad realizada, las ideas que iban surgiendo producto del análisis, comentarios respecto de la credibilidad del estudio, información contradictoria, la manera como se ajustó la codificación, los problemas y los logros del análisis de los datos, las razones por la cual se procedió cada una de las notas en torno al método utilizado. La bitácora servirá como un instrumento para generar validez y confiabilidad del análisis, ya que en ella irían las anotaciones sobre:

- Comentarios acerca del método de análisis
- Comentarios sobre problemas durante el proceso
- Comentarios sobre la codificación
- Ideas y comentarios de los investigadores
- Material de apoyo localizado
- Significado, descripciones y conclusiones preliminares.

3.3.3. Categorización y codificación de los datos

3.3.3.1. Codificación de los datos en un primer plano (codificación primaria):

Para eliminar la información irrelevante, se realizaron análisis cuantitativo que permitieran el entendimiento del material analizado, se realizó mediante la codificación de unidades en categorías, lo que implica la clasificación y asignación de unidades de análisis a categorías de análisis como palabras, líneas o párrafos. (actores del sistema general de seguridad social en salud, ley estatutaria, rectoría, interrelaciones). Seguidamente se generan las categorías de acuerdo a las unidades de análisis y luego se codificarán con la finalidad de que el análisis sea más manejable. Para la creación de las categorías de a través de las unidades de análisis nos basamos en el libro (Hernandez Sampieri, Collado, & Baptista Lucio, 2003).

Cada pregunta correspondía a una categoría que definía el funcionamiento global del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) colombiano. Se realizó una codificación para realizar el análisis mediante la asignación de códigos para cada una de las respuestas establecidas. Las unidades de análisis escogidas para la codificación de primer nivel son los párrafos por la forma en la cual está creada la entrevista estructurada.

Se inicia categorías de análisis escogiendo dos o más palabras repetidas para evitar reproceso en la codificación, de las unidades de análisis, además de la identificación de diferencias, similitudes y integración de las categorías basadas en sus propiedades.

3.3.3.2. Codificación los datos en un segundo plano (codificación secundaria):

Se realizó por medio de una redefinición de la codificación del primer nivel, se involucró la interpretación del significado de las categorías obtenidas. Luego se identificaron las diferencias y similitudes entre las categorías comparándolas entre ellas, por último, se integraron las categorías en temas y subtemas basándose en sus propiedades.

3.3.4. Interpretación de los datos de la encuesta

Para la interpretación de datos se consideraron las descripciones de las categorías, es decir, la descripción completa de cada categoría y ubicarla en el fenómeno que estudiamos. Se tuvo en cuenta los significados de la categoría para los sujetos. La presencia de cada categoría, definida como la frecuencia con la cual aparece en las respuestas obtenidas y por último se consideraron las relaciones entre las categorías, con la cuales se pretendió encontrar las asociaciones entre categorías, por ejemplo:

1. Temporales: Cuando una categoría siempre o casi siempre precede a otra.
2. Causales: Cuando una categoría es la causa de otra.
3. De conjunto – subconjunto: cuando una categoría está contenida dentro de otra.

3.3.5. Definición de un patrón

Después de la descripción del contexto, los actores y la revisión de la bitácora se buscó algún tipo de patrón o tendencia, que permitiera explicar los hechos de la investigación, para lo cual se tuvo en cuenta:

1. Donde ocurrieron los hechos observados.

2. Qué características tiene el contexto (vinculando con las relaciones entre las categorías).
3. En qué situaciones se relacionan las características.
4. Descripción de los sujetos de la investigación, actores del contexto.

3.3.6. Aseguramiento de la confiabilidad y validez de los resultados de la encuesta

Para ello se evaluó si se obtuvo suficiente información de acuerdo con el planteamiento del problema, además si profundizamos hasta donde era posible, para finalmente realizar un ejercicio de triangulación del análisis.

3.3.7. Retroalimentación y corrección de la encuesta

Se revisaron si se dieron cumplimiento a los objetivos planteados que llenaran la expectativa sobre el estudio. Al finalizar se esquematizó las relaciones entre las categorías mediante un mapa conceptual, a partir de los resultados de la codificación y los datos en sí. De esta manera se evidenció algún patrón, con el cual se puede explicar sucesos, hechos, y construir una teoría.

4. RESULTADOS

4.1. Revisión Documental

El trabajo permitió evidenciar que ahí múltiples opiniones frente al sistema de Salud Colombiano y cuando se habla de diversas opiniones se hace referencia a que existe un formato diseñado, pero la implementación del mismo varía según la perspectiva de quien desea implementar.

Mediante la revisión documental se logró establecer que, en relación a otros países y otros sistemas de salud, el de Colombia tiene un muy buen diseño, que busca integralidad y no fragmentación, pero que el problema radica en que todavía no se tienen claros los canales de comunicación e interrelación que debe existir entre todos los actores del proceso para lograr un fin común.

Es decir, cada sub sector tiene una mirada diferente del sistema y aunque todos buscan un mismo fin, mientras la perspectiva no se a la misma, es muy difícil cumplir con el objetivo.

Claramente el trabajo permitió evidenciar que el país se encuentra en una buena línea de base, que, para evitar picos y bajadas en la misma, debe existir una integración entre cada uno de los actores del sistema y no concebirse como actores independientes.

Aunque en la teoría se logró encontrar esta diversidad d implementaciones y procesos, de acuerdo al sector o empresa o programa desde donde se mire el sistema, mediante la aplicación de una encuesta aleatoria se quiso validar si la información obtenida con la revisión documental era real o cambiante. Encontrando que es más evidente de lo que se puede imaginar la fragmentación del sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

4.2. Respuestas de las entrevistas estructuradas

Las respuestas que se obtuvieron en cada una de las preguntas fueron:

1. ¿Cómo cree usted que funciona actualmente el sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia?

- *No esta funcionando bien.*
- *Hay muchos proceso que no permiten el adecuado desarrollo del mismo, en conclusión ahí buenas ideas pero poco desarrollo o poca coherencia éntrelos procesos.*
- *El SGSSS actualmente funciona de la manera mas adecuada posible, claro con problemas que deben resolverse en el corto y mediano plazo.*
- *De manera inadecuada, sin articulación y con la participación de intermediarios que incrementan el costo de los servicios.*
- *Instituciones, elementos y entes que aportan al sistema.*
- *Como un grupo de instituciones y personas que se interrelacionan para un bien común.*
- *Existen una desarticulación entre los actores en donde cada uno busca sus intereses particulares y beneficios viéndose reflejado en demoras en trámites y servicios al usuario.*
- *A pesar del déficit financiero del sector, las reformas realizadas en pro de generar mayor accesibilidad y cobertura en los servicios de salud hacen robustecer el sistema generando mayor solidez, estabilidad y garantías en la prestación de servicios de salud para la población colombiana.*
- *En medio de todos los problemas financieros y de falta de oportunidad en indicadores de accesibilidad y calidad nuestro sistema de salud es incluyente y proteccionista, con un mejor control del gasto medico, disminución de frecuencias de uso y mejor flujo de recursos funcionaria mejor.*
- *El Sistema de Seguridad Social en Salud, pese a las dificultades de carácter estructural, propende por la garantía en el aseguramiento y la prestación desde los*

principios de universalidad, oportunidad, accesibilidad, calidad y oportunidad.

2. ¿Relacione los actores del sistema de Seguridad Social en Salud, que desde su punto de vista influyen directamente en el funcionamiento de este?

- *Ministerio de salud, Superintendencia Nacional de Salud, EPS, IPS, Médicos, Afiliados.*
- *Ministerio de salud, Superintendencia Nacional de Salud, EPS, IPS, Médicos, Todas las IAS.*
- *Ministerio de Salud y Protección Social Superintendencia Nacional de Salud Entidades Territoriales (Departamentos y Municipios) Congreso de la República Rama Judicial Empresas Administradoras de Planes de Beneficios Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Públicas y Privadas Entidades de Control: Contraloría, Procuraduría, Defensoría del Pueblo Industria Farmacéutica Asociaciones de usuarios y veedurías Sindicatos del sector salud Intermediarios de insumos y medicamentos Corte Constitucional.*
- *Todos los entes gubernamentales y de control las EAPB, IPS, intermediarios y usuarios.*
- *Gobierno, pacientes-usuarios, EAPB, IPS.*
- *Gobierno, pacientes, EAPB, IPS.*
- *Minsalud- FOSYGA- aseguradores- IPS.*
- *Ministerio de Salud- Supersalud - entidades territoriales- EAPB-IPS.*
- *Usuario, Asegurador, Prestador. Estado.*
- *Aseguradores, Prestadores, Proveedores, Estado y Usuarios.*

3. ¿El sistema de Seguridad social en Salud tiene Funciones para lograr su desarrollo, cuales considera usted que son estas funciones?

- *Garantizar el acceso de a los servicios de salud con calidad y oportunidad. Mejorar el estado de salud de los afiliados.*
- *Garantizar el acceso de a los servicios, servicios oportunos y de calidad, vigilancia y control a EPS e IPS, velar por la salud de la población colombiana.*
- *Tiene una función de hacer política pública 2. Otra función de inspección, vigilancia y control 3. Otra función es la del Aseguramiento 4. Prestación de Servicios de Salud 5. Flujo de Recursos 6. Gestión del riesgo en salud.*
- *Direccionamiento, gerenciamiento del sistema y en especial educación.*

- *Vigilancia, seguimiento y control.*
- *Vigilancia, seguimiento y control: gobierno. Garantizar servicios: EAPB. Prestar servicios: IPS.*
- *Interdependencias entre los actores del sistema – vigilancia y control de los mismos- transparencia en trámites administrativos para la generación de servicios.*
- *El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como principal función regular el servicio público de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención.*
- *Mejoramiento continuo, monitoreo del Sistema a partir de sistemas de información confiables y robustos.*
- *Las principales funciones son las de Inspección, Vigilancia y Control en donde converge el interés para la adecuada prestación del servicio de salud.*

4. ¿Cree usted que los actores del sistema de seguridad Social en Salud se interrelacionan de acuerdo a las funciones descritas? Justifique su respuesta

- *Para garantizar el acceso a los servicios de salud, el ministerio , la Supersalud deben estar vigilantes a las actuaciones de las EPS , IPS, Médicos y afiliados. Debe evitar que se abuse de sistema con prestaciones exorbitantes.*
- *En algunas ocasiones pareciera que son instituciones independientes y que no conocen los procesos de las otras. Pero ahí puntos en común como es el de vigilancia y control frente a las EPS e IPS.*
- *Claro que sí, cada actor interviene en este momento en una o más funciones. Por ejemplo el Ministerio de Salud y Protección Social realiza la función de hacer política pública y en alguna medida en el flujo de recursos. Otros actores influyen con sus decisiones en dichas funciones, por ejemplo la rama judicial con todas sus decisiones interviene en la prestación de servicios, el aseguramiento, el flujo de recursos y en algunas ocasiones en la política pública. Existen otras funciones que hasta ahora se están desarrollando como la gestión del riesgo que ahora la desarrolla la Superintendencia Nacional de Salud que tiene en su cabeza la inspección, vigilancia y*

control que también comparten en cuanto a inspección y vigilancia las entidades territoriales.

- *Interrelación existe pero no es adecuada, no se cumplen compromisos y en ocasiones se toman decisiones sin tener en cuenta a todos los actores.*
- *Gobierno – vigilancia y control de los aseguradores e instituciones prestadoras garantía de atención de los usuarios.*
- *El sistema funciona como un proceso alineado en el cual se no se logra interrelacionar no se podría generar bienestar a sus aliados y a los diferentes participantes.*
- *No pues existe una completa y evidente desarticulación entre los mismos que reflejan la no calidad en la generación de servicios al usuario.*
- *Desde los diferentes ámbitos ya sea Coordinación, Inspección, Vigilancia Regulación, Aseguramiento y Prestación de servicios se interrelacionan para el cumplimiento de los objetivos del SGSSS.*
- *Los principales actores antes descritos son los encargados de equilibrar o no el sistema , desde el usuario con acciones de autocuidado minimizando el riesgo disminuye por ende en las frecuencias de uso y en la incidencia de enfermedades de alto costo que impacten al sistema en general.*
- *Si, por cuanto la normativa vigente del sector salud señala funciones específicas para los diferentes actores que le permiten al Sistema cumplir con los fines esenciales.*

5. ¿Considera usted que las interrelaciones existentes o las funciones descritas contribuyen en la garantía del derecho a la salud concebido en la Ley estatutaria 1751 de 2015?

- *En mi concepto la Ley Estatutaria es muy conceptual y poco práctica. Por ejemplo; impone deberes a los afiliados, pero no indica las consecuencias por no cumplir con esos deberes.*
- *Ley Estatutaria tiene muchas acciones frente a la prestación de servicio de los usuarios, pero el sistema colombiano no está preparado para estas acciones no económica ni asistencialmente, es indispensable que se garantice primero el adecuado funcionamiento del sistema, antes de ingresar políticas que puedan generar mayores procesos a los usuarios del país.*

- *El sistema está pensado para que se garantice el derecho a la salud de la población Colombiana y se están dando grandes pasos hacia el cumplimiento de ese objetivo. deben fortalecerse funciones como la gestión del riesgo en salud, y de alguna manera educar a otros actores como la rama judicial y las altas cortes para que con sus decisiones no distorsione y desangren el sistema. No obstante lo anterior, Colombia está avanzando en la garantía del derecho a la salud de toda la población Colombiana en los términos de la Ley Estatutaria en Salud.*
- *Considero que el problema no es la definición de funciones o normativas, el problema es el incumplimiento de estas por parte de los actores del sistema, incluso de sus usuarios.*
- *Si contribuyen a garantizar el derecho, aunque los niveles de control pueden ser más incisivos en la aplicación.*
- *Las interrelaciones existen pero no están siendo eficaces en un 100%.*
- *Si contribuyen y de hecho son el lineamiento y objetivo primordial de la ley diferente en el cumplimiento en su totalidad de las funciones de cada actor para lograr el dinamismo del sistema.*
- *La interrelación descrita tiene como fin lograr el respeto y la concepción derecho a la salud como un derecho fundamental, tal como esta descrito en la ley estatutaria.*
- *Todos los actores somos responsables del funcionamiento y puesta en marcha del Sistema.*
- *Si, porque cada órgano debe propender porque el derecho a la salud sea garantizado a todos los habitantes del territorio nacional.*

4.2.1. Resultado de la encuesta para cada categoría

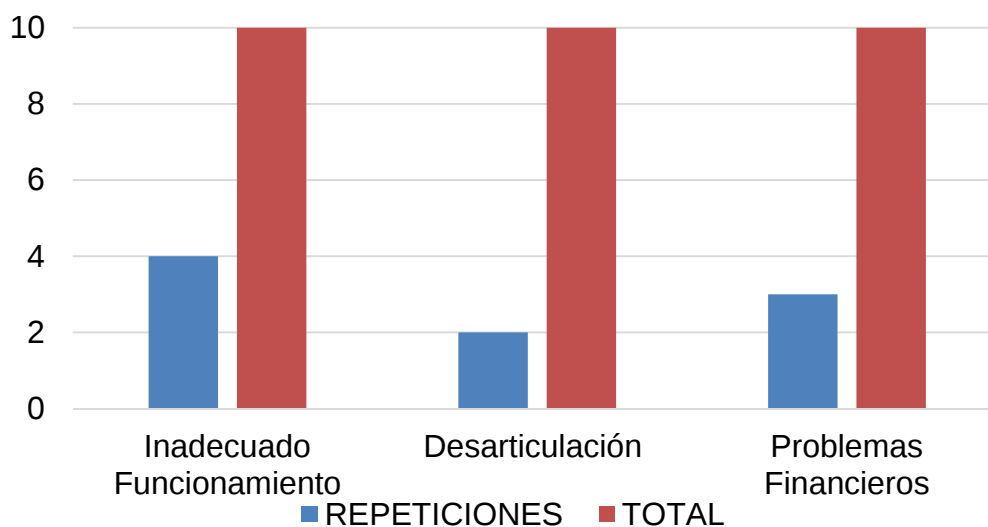
De acuerdo a las respuestas a las cinco preguntas se categorizaron y codificaron de la siguiente manera:

4.2.1.1. Primera categoría:

Nombre de la categoría: Funcionamiento del SGSSS

Significado de cada Categoría: Percepción de los entrevistados sobre el funcionamiento global del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) colombiano. (Ver Figura 1).

Figura 1. Respuestas a la percepción del funcionamiento actual del SGSSS



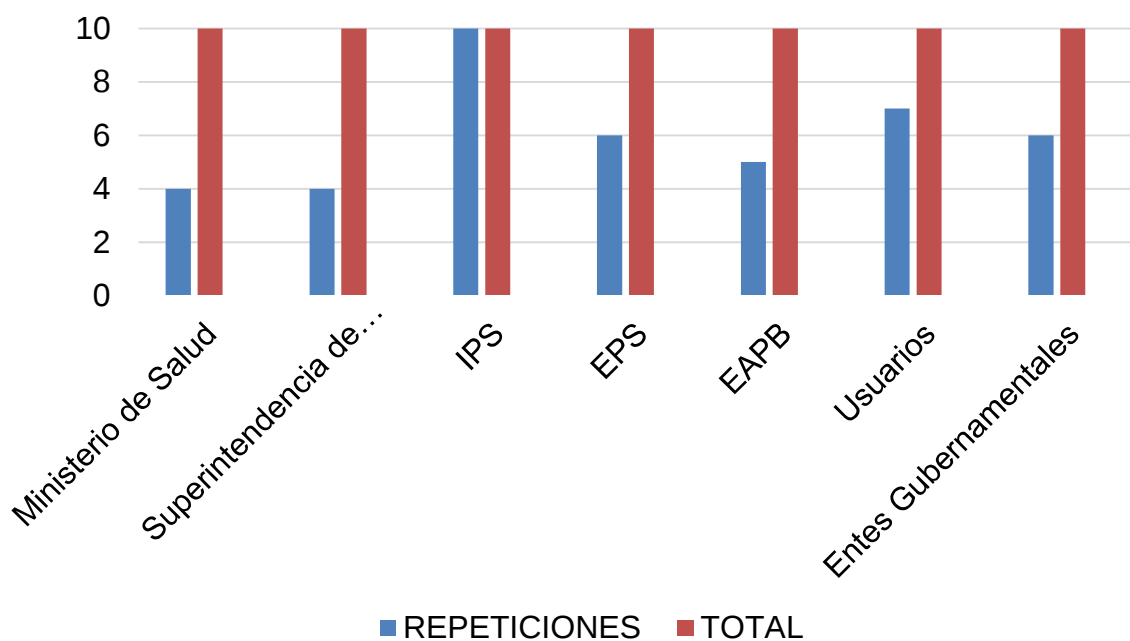
Fuente: Creación Propia

4.2.1.2. Segunda categoría:

Nombre de la categoría: actores del SGSSS que influyen en su funcionamiento

Significado: Percepción de los entrevistados sobre los actores del sistema de Seguridad Social en Salud y como estos influyen directamente en el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) (Ver Figura 2).

Figura 2. Actores que influyen en el funcionamiento del SGSSS

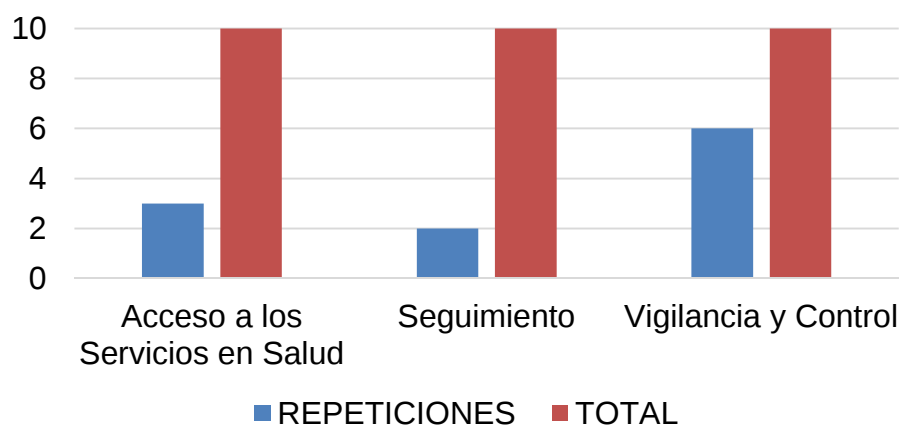


Fuente: Creación Propia

4.2.1.3. Tercer categoría:

Nombre de la categoría: funciones de SGSSS para su desarrollo

Significado: se evidencia la percepción de los entrevistados sobre las Funciones del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) (Ver Figura 3).

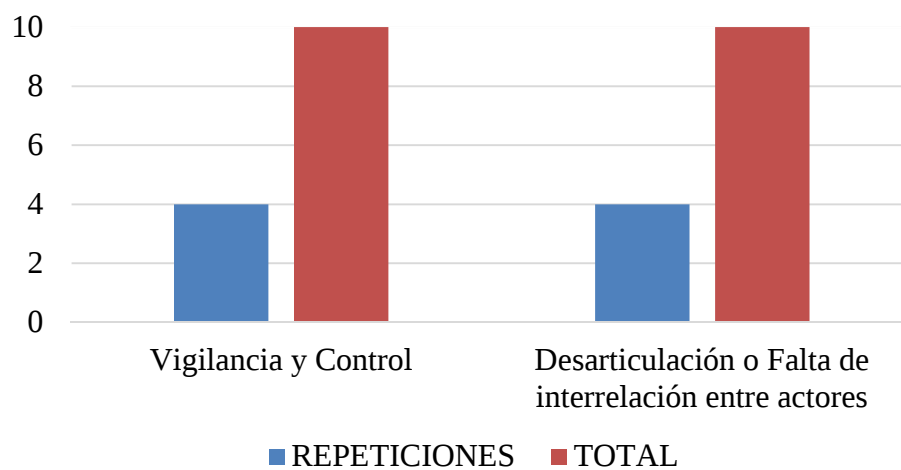
Figura 3. **Funciones del SGSSS**

Fuente: Creación Propia

4.2.1.4. Cuarta categoría:

Nombre de la categoría: Interacciones de los actores del SGSSS

Significado: percepción de los entrevistados Los actores del sistema de seguridad Social en Salud se interrelacionan de acuerdo a las funciones descritas (Ver Figura 4).

Figura 4. **Interrelación de los actores del SGSSS**

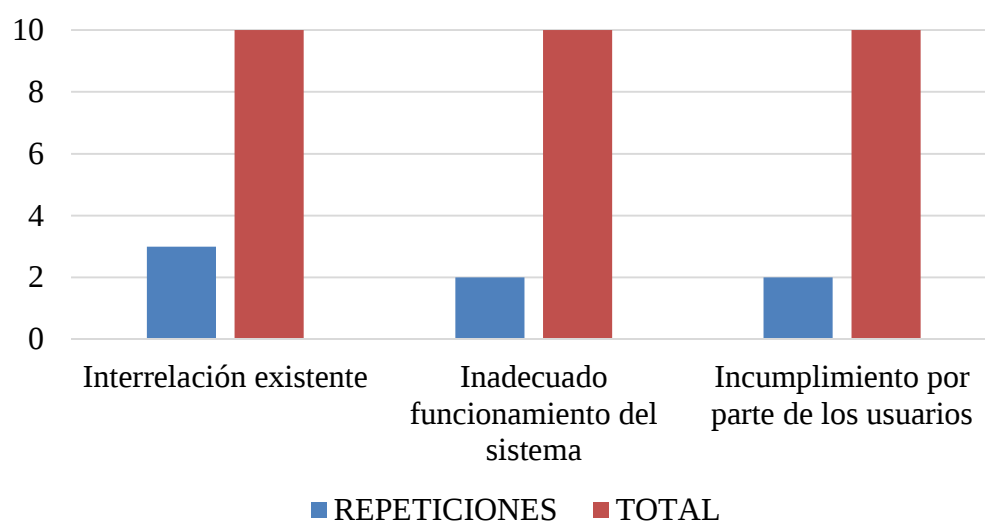
Fuente: Creación propia

4.2.1.5. Quinta categoría:

Nombre de la categoría: Interrelaciones existentes y la ley estatutaria 1751 de 2015

Significado: percepción de los entrevistados sobre Las interrelaciones existentes y las funciones descritas que contribuyen en la garantía del derecho a la salud concebido en la Ley estatutaria 1751 de 2015 (Ver Figura 5).

Figura 5. Interrelaciones entre el SGSSS y la Ley estatutaria



Fuente: Creación Propia

4.2.2. Interpretación de cada pregunta

4.2.2.1. Funcionamiento del SGSSS

En dos de las respuestas a la primera pregunta el 20% de los encuestados plantearon mas que una opinión del funcionamiento del sistema (que era lo esperado por los investigadores) una explicación breve de la forma como se desarrolla, estas respuestas fueron:

* Instituciones, elementos y entes que aportan al sistema, definidos como un grupo de instituciones y personas que se interrelacionan para un bien común

* No está funcionando bien

* De manera inadecuada, sin articulación y con la participación de intermediarios que incrementan el costo de los servicios

Estas tres respuestas representan el 37.5% y muestran una desarticulación entre los actores en donde cada uno busca sus intereses particulares y beneficios viéndose reflejado en demoras en trámites y servicios al usuario, indicando un mal funcionamiento del mismo, sin evidenciar avances o bondades del mismo. Esta desarticulación del sistema implica el aumento en los costos del sistema y en la inoportunidad de los trámites referentes a los usuarios.

4.2.2.2. Actores del SGSSS

Respecto a la segunda pregunta, los encuestados mencionaron como actores que desde su punto de vista influyen directamente en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los siguientes:

- EPS
- EAPB
- Aseguradores
- IPS públicas y privadas
- Ministerio de Salud
- Usuarios
- Intermediarios de insumos
- Todos los entes gubernamentales
- Superintendencia Nacional de Salud
- Proveedores
- Médicos
- Entidades Territoriales
- FOSYGA
- Rama Judicial
- Procuraduría
- Defensoría
- Contraloría
- Corte Constitucional
- Senado/ Cámara de Representantes
- Afiliados
- Todas las IAS
- Industria Farmacéutica

- Asociaciones de usuarios
- Veedurías
- Sindicatos del sector salud
- Todos los entes de control

Con el fin de lograr hacer un análisis de las respuestas relacionadas, se agruparon algunas respuestas de la siguiente manera:

EPS (Empresas Promotoras de Salud), EAPB (Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios) y Aseguradoras. Se agruparon en un sólo ítem llamado EAPB, acatando la definición del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) *“Son las responsables del aseguramiento, afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus aportes. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados. Deben organizar su propia red de prestadores de servicios, ya sea con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias o contratadas, las cuales deben tener la suficiencia y la capacidad resolutive que le permitan atender eficazmente a sus afiliados.”*

Los intermediarios de insumos y proveedores se agruparon como proveedores, debido a que se infiere que los encuestados consideran que los “intermediarios de insumos” son proveedores del sistema en general. Adicionalmente, de acuerdo con las definiciones de la Real Academia Española, el intermediador es un proveedor que media entre el productor y el consumidor (Real Academia Española, 2017), de otra parte, la misma institución define como proveedor al *“(...) Que provee o abastece de todo lo necesario para un fin a grandes grupos, asociaciones, comunidades”* (Real Academia Española, s.f.)

Todos los entes gubernamentales y Estado se agruparon en una sola palabra que es Gobierno, debido a que se dedujo que los encuestados se referían de manera indeterminada a las personas que representan al Estado. Mientras que todos los entes de control se agruparon en Organismos de Control del Estado, entre los cuales están la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República (Biblioteca Virtual Luis Angel Arango, 2017). Se dejó en una sola la Corte Constitucional y la Rama Judicial.

Los afiliados y usuarios, que se refieren a la misma población, como objeto de diferentes instituciones, en donde los afiliados hacen uso del aseguramiento y los usuarios hacen uso de la prestación de los servicios de salud. Las asociaciones de usuarios y las Veedurías, se unieron en un solo grupo, como formas de participación social de acuerdo con el Decreto 1757 de 1994 (Presidencia de la República de Colombia, 1994).

En la Tabla 1 se resumen los actores que influyen directamente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los encuestados, de acuerdo con el peso porcentual acumulado (53%), son en su orden: EAPB, IPS públicas y privadas, Usuarios / Afiliados y el Ministerio de Salud. El resto de actores que suman el 47% fueron mencionados en su gran mayoría por un máximo de dos encuestados.

Tabla 3. Actores que influyen directamente en el SGSSS de acuerdo con las respuestas de los encuestados

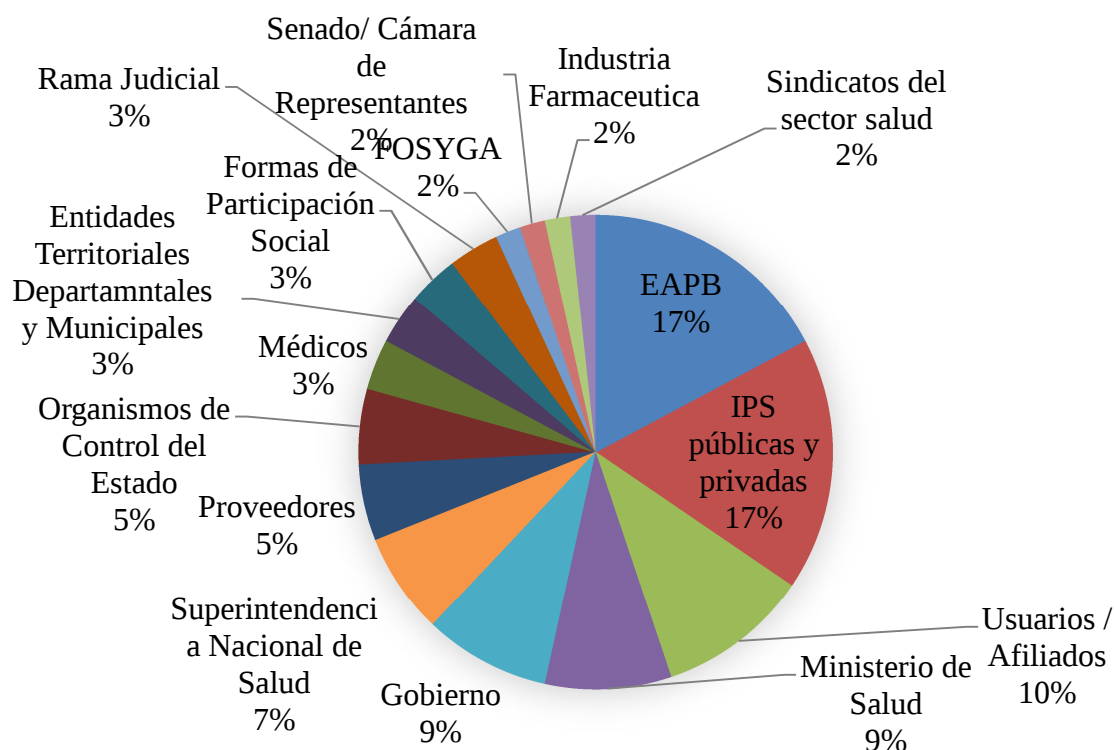
Actores	Total	%	% Acumulado
EAPB	10	17%	17%
IPS públicas y privadas	10	17%	34%
Usuarios / Afiliados	6	10%	45%
Ministerio de Salud	5	9%	53%
Gobierno	5	9%	62%
Superintendencia Nacional de Salud	4	7%	69%
Proveedores	3	5%	74%
Organismos de Control del Estado	3	5%	79%
Médicos	2	3%	83%
Entidades Territoriales Departamentales y Municipales	2	3%	86%
Formas de Participación Social	2	3%	90%
Rama Judicial	2	3%	93%
FOSYGA	1	2%	95%
Senado/ Cámara de Representantes	1	2%	97%

Actores	Total	%	% Acumulado
Industria Farmacéutica	1	2%	98%
Sindicatos del sector salud	1	2%	100%
Total	58	100%	

Fuente: Creación Propia

En la Figura 6 se muestra que el 14% de los encuestados identificaron como actores del sistema entre otros a la rama judicial, el senado/ cámara de representantes y a la industria farmacéutica; actores que han sido fundamentales en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin embargo, para la mayoría de encuestados, estos no influyen directamente en el mismo.

Figura 6. Actores que influyen directamente en el SGSSS de acuerdo con las respuestas de los encuestados



Fuente: Creación Propia

4.2.2.3. Funciones del SGSSS

Las funciones del sistema de Seguridad social en Salud para lograr su desarrollo, según lo establecido en la literatura corresponden desde el pluralismo estructurado como la financiación, articulación, prestación y modulación (Frenk & Londoño, 1997). Se logró evidenciar que los encuestados no conocen claramente estas funciones, identificaron algunos aspectos pero no hay claridad sobre quién es el encargado y cómo es el manejo integral de cada función y por consiguiente de su interrelación.

En las respuestas dadas por el grupo de entrevistados, es evidente que identifican algunas sub funciones pero que al no tener clara la integralidad con el sistema se dejan procesos importantes para el desarrollo del mismo. Son muy pocos los entrevistados que lograron dejar plasmado el conocimiento frente a la modulación que debe tener el sistema, se enfatizaron en la vigilancia y control, dejando de lado la dirección, coordinación y reglamentación del proceso. Al no tener claridad de los procesos principales, dificulta desarrollar programas que cumplan las metas de cobertura.

La función de articulación no es evidente ni reconocida como tal, un claro ejemplo, es que en todos los entrevistados solamente hablaron de flujo de recursos, los demás parecen considerar la articulación y el financiamiento que no hacen parte del sistema. Con respecto a la prestación, se evidenciaron los múltiples nombres que le dan. Esta función corresponde a garantizar servicios, con calidad y buscar mantener los mismos, con el fin de lograr usuarios sanos y satisfechos.

4.2.2.4. Interrelación de los actores del SGSSS

En relación a la cuarta pregunta sobre la interrelación de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, es importante resaltar que los entrevistados conocen la base del

sistema y que por esta misma razón, es lógico que identifiquen interrelaciones. Pero también permite ver que no está interrelación no es clara. Tal y como lo explica el pluralismo estructurado esta interrelación debe ser clara para que el sistema funcione adecuadamente, cada actor debe conocer su aporte a cada una de las funciones establecidas, logrando así cumplir metas.

4.2.2.5. Interrelaciones entre el SGSSS y la Ley estatutaria

Las respuestas recibidas a la Pregunta número cinco sobre las interrelaciones existentes con la garantía del derecho a la salud concebido en la Ley estatutaria 1751 de 2015, permitieron describir la interrelación que brindan el respecto y la concepción derecho a la salud como un derecho fundamental, tal como está descrito en la Ley estatutaria.

4.2.3. Relaciones entre las categorías

Se construyó un mapa conceptual que visualiza las relaciones entre las categorías evaluadas (Ver Figura 7).

Figura 7. Interrelaciones de las categorías evaluadas



Fuente: Creación Propia

4.3. Resultados

A continuación, se discute sobre cada una de las categorías encontradas en la revisión documental e incluida en cada una de las entrevistas realizadas:

4.3.1. Funcionamiento

El Sistema de Seguridad Social en Salud, pese a las dificultades de carácter estructural, propende por la garantía en el aseguramiento y la prestación desde los principios de universalidad, oportunidad, accesibilidad, calidad y oportunidad. Más del 60% de los encuestados reconoció problemas en el SGSSS, sin embargo, aceptaron que el mismo es garantista y propende por la calidad y los principios de universalidad, oportunidad, accesibilidad, calidad y oportunidad manifestados en la ley 100 de 1993. Lo cual es totalmente acorde con cada uno de los cambios que ha tenido la normativa colombiana buscado dar cobertura total con poco control, según lo establecido en la revisión documental hecha en el presente trabajo.

4.3.2. Actores

Desde la perspectiva teórica se logró identificar un número significativo de actores del sistema, muchos que es posible que aún no se consideren parte del mismo y de los entrevistados se evidenció que los actores que influyen directamente en el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los usuarios/AFILIADOS en donde se puede observar una clara relación causal entre ellos. La percepción de los actores involucrados del

sistema general de seguridad en salud se encontró que la ley 1751 del 2015 es poco práctica, muy conceptual y genera que los afiliados o usuarios de esta presenten incumplimiento de sus deberes sin consecuencia alguna, además de algunas áreas que necesitan fortalecimiento como en la gestión del riesgo en salud, la educación de actores involucrados en la rama judicial y las altas cortes.

4.3.3. Funciones

La modulación es una de las funciones más importantes del Sistema de Salud en donde se establece que el Estado desarrollará la dirección, coordinación, reglamentación, vigilancia y control de la seguridad social en salud. Esta función debe diferenciarse del financiamiento y la prestación, evitando conflicto de intereses y asegurando así la transparencia, por tal motivo debe estar a cargo de instancias neutrales.

En cuanto a la función de articulación, es definida como un “continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para la posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud” y de manera directa se desarrolla a través de las entidades promotoras de salud (EPS) mediante la administración de la unidad de pago por capitación (UPC) y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. De esta afirmación podrían derivarse múltiples puntos de vista, uno de ellos que la prestación de servicios no es la base del sistema, que es solo una parte y no de las más importante, que de nada sirve prestar servicios si estos no se regulan, coordinan y direccionan.

Se dificulta que el Sistema General de Seguridad Social en Salud funcione si los entes que ejercen la rectoría y la modulación, no logran dar a conocer que cada actor es parte del engranaje que permite el adecuado funcionamiento del mismo, y más aún que las acciones hechas o reservadas de cada ente y actor son de trascendental importancia para el adecuado resultado y permiten lograr un sistema que beneficie al usuario y sea autosostenible.

4.3.4. Interrelaciones

Las interrelaciones que se presentan entre las funciones y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, determinando el vínculo existente entre ellas y el derecho fundamental a la salud tal como fue concebido en la Ley 1751 de 2015, se materializaron mediante la realización del presente trabajo. Como resultado se logró evidenciar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano se considera como un eje fundamental para el desarrollo del país y el desconocimiento del mismo, puede ser la razón por la que actualmente no se implementa de la forma esperada en el momento que se decidió establecerlo en el país.

Los encuestados certificaron que, aunque conocen la finalidad del sistema de salud colombiano, la percepción es que no funciona adecuadamente. Cada uno de ellos fundamentó sus respuestas en la función o papel que desempeñan otros actores del mismo. Cada una de las respuestas obtenidas que se relacionan entre sí, permitieron evidenciar que no se conoce la articulación que debe existir en el sistema, y por consiguiente al no conocer los actores, tampoco son claras las funciones y mucho menos que entre las mismas debe existir una interrelación que permita el funcionamiento del sistema de salud colombiano de una manera transversal sin obstáculos de ningún tipo ni a ningún nivel.

4.3.5. Aspecto financiero

Por último, como parte del análisis obtenido de la revisión documental y las entrevistas estructuradas, se consideró trascendental resaltar que el factor financiero es apreciado un inconveniente frente al adecuado funcionamiento del sistema, es importante entender y evaluar las políticas establecidas con el fin de que esto no sea un inconveniente para el sistema. Debido a que no puede convertirse en el factor que determine el desarrollo del sistema de salud de los colombianos. No se debe dejar a un lado algunos aspectos que permitirían que el aspecto

financiero fuera el eje del sistema, como lo es la prevención de la enfermedad, hábitos de vida saludable y control de la patología crónica; puntos que al ser manejados de forma adecuada disminuirían de manera significativa el costo en salud.

Sin embargo, es claro, que el aspecto financiero en relación a la rentabilidad de las EPS e IPS no es lo único que afecta el sistema y que la desarticulación que actualmente presenta el mismo, lleva a que otros actores como la rama judicial no entiendan el sistema y otorguen beneficios que no son relacionados a servicios de salud, contribuyendo en desangrar el sistema de los colombianos. En medio de todos los problemas financieros y de falta de oportunidad en indicadores de accesibilidad y calidad nuestro sistema de salud es incluyente y proteccionista, con un mejor control del gasto médico, disminución de frecuencias de uso y mejor flujo de recursos funcionaria mejor.

5. DISCUSIÓN

El 16 de febrero del año 2015 se sancionó la ley 1751 denominada Ley Estatutaria de la Salud, la cual fue diseñada con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud, secundaria a la inequidad existente en la prestación de los servicios de salud más específicamente en el acceso. En la arquitectura del SGSSS se encuentran factores generadores de exclusión como la segmentación en donde se excluye el acceso al sistema de salud a través de grupos sociales, condiciones de vivienda rural, origen étnico, capacidades de pago o situación laboral, afectando principalmente la equidad en el derecho fundamental a la salud (Acuña, 2005). Por lo tanto, este trabajo trató de evidenciar mediante encuestas que interrelaciones se presentan entre las funciones y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, determinando el vínculo existente entre ellas y el derecho fundamental a la salud tal como fue concebido en la Ley 1751 de 2015.

Aunque las encuestas no son la base del trabajo, hicieron parte de un muy importante aporte, en el cual se logró dar mayor claridad sobre el desconocimiento del sistema y más aun de su adecuada implementación.

Las respuestas recibidas en las entrevistas estructuradas realizadas fueron aplicadas a personas con cargos gerenciales por lo que su obtención no fue fácil, por la apretada agenda que manejan los entrevistados, lo cual generó demoras en la obtención de resultados. Sin embargo, al ser una entrevista estructura, permitió tener una respuesta más concreta frente a cada una de las preguntas, y evidenciar que existe una clara desarticulación del sistema de salud lo que lleva a un mal funcionamiento del mismo. Esto se debe a que se considera que no existe aún una articulación entre los actores del sistema, así como es evidente que tampoco son claras las funciones del mismo, lo cual genera desarticulación, debido a que si no se entiende claramente el proceso es muy difícil lograr que llegue a un mismo fin o resultado.

Este estudio toma el modelo “Pluralismo Estructurado” como marco para el análisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, se hizo un análisis en relación a la estructura y funcionalidad del modelo y como podría aplicarse en el sistema de salud del país.

En la revisión documental realizada por los investigadores se encontraron estudios que circunscriben sus resultados y conclusiones a ciertas funciones del Pluralismo Estructurado como es el caso del estudio titulado “El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia (Gutiérrez Ossa & Restrepo Avendaño, 2012), mediante el cual se plantea una reflexión académica respecto de las funciones de modulación y articulación en el SGSSS colombiano.

El estudio realizado por Gutiérrez y Restrepo, contribuyó a la construcción teórica de este trabajo de grado, el cual, deseaba ir más allá de la construcción teórica a través de la triangulación realizada con las encuestas efectuadas a trabajadores de entidades en el rol de actores del Sistema.

Si bien es cierto se encontraron múltiples estudios en los cuales se reflexiona sobre el funcionamiento del SGSSS Colombiano a partir del Pluralismo Estructurado, no se encontró alguno que usara la metodología que este trabajo planteó, que involucrara a los actores y funciones del Sistema y que tuviera en cuenta la reforma realizada a través de la Ley Estatutaria en el año 2015.

Como limitación importante del estudio, que se encuentra la de circunscribirlo en las encuestas a la ciudad de Bogotá, debido a que se considera importante conocer las apreciaciones que de las categorías dispuestas en éste trabajo tienen los trabajadores de las entidades discriminadas como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.1. Recomendaciones

Es posible tomar este estudio como cimiento de una investigación que utilice encuestas a nivel nacional que permitan definir si los problemas de fragmentación y segmentación están dados por los actores del sistema.

Este estudio puede servir de base para profundizar respecto de la forma en la cual están funcionando las interrelaciones del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Y como esta influyen directamente en el desarrollo del mismo.

El presente estudio desde el punto de vista de los autores es solo un inicio de un estudio de base que se debe hacer al sistema de salud colombiano, con el fin de lograr su adecuado funcionamiento, entendiendo que las bases teóricas son claras pero su implementación no tiene la misma fluidez.

6. CONCLUSIONES

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia posee un diseño teórico fundamentado y argumentado, que da garantía de cobertura, acceso y calidad en la prestación del servicio; pero su implementación no se encuentra claramente entendida. Por tal motivo todo este proceso aun no funciona como debería.

La revisión documental sobre el tema, al igual que el resultado de las encuestas permitió comprobar que todos buscan un sistema de calidad, pero que se desconoce según lo establecido en la literatura sobre el marco fundamental en el cual se encuentra basado el desarrollo del sistema, no son claras las funciones, ni los actores y mucho menos la interrelación de los mismos. Se manejan como entidades independientes enfocadas en la vigilancia y control únicamente.

Los puntos en común considerados importantes como funciones del sistema de salud colombiano son vigilancia, control, seguimiento, acceso a los servicios de salud, entre otros, pero como ejercer estas funciones, pero no es claro el proceso del cual se depende para lograr llegar al adecuado desarrollo del sistema.

Los actores que más influyen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son las EAPB, IPS, Usuarios/Afiliados y el Ministerio de Salud y Protección Social; y dentro de los menos mencionados se encuentran la industria farmacéutica, el senado/cámara de representantes y la Rama Judicial.

El SGSSS actualmente funciona de la manera más adecuada posible a pesar del déficit financiero del sector, las reformas realizadas en pro de generar mayor accesibilidad y cobertura en los servicios de salud hacen robustecer el sistema generando mayor solidez, estabilidad y garantías en la prestación de servicios de salud para la población colombiana.

Es importante aclarar ante todos los actores de salud las funciones, pero no solo su significado y sino lograr un aprendizaje significativo de su desarrollo y de cada uno de las personas y grupos que hacen parte de ellas.

El presente trabajo, deja en evidencia lo importante que es para el ente rector y modulador del sistema, una recapacitación sobre el desarrollo y funcionamiento del mismo, con plena identificación de los actores y función clara de los mismos.

Pero aún más importante para los investigadores, desde la función de modulación, es que se hace necesario desde la política pública establecer y clarificar las interrelaciones entre actores del SGSSS para que desde el Derecho Fundamental a la Salud éste sea más efectivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, si cada actor además de tener claras sus funciones se interrelacionara con los otros de una forma positiva (es decir teniendo claras sus competencias y las de los otros, generando un beneficio mutuo – simbiosis -) haría posible que se fortaleciera el sistema, de manera tal que la garantía del derecho a la salud se convirtiera un objetivo más fácil de alcanzar y que así mismo fuera percibido por los usuarios.

Todo lo anterior, permite evidenciar que el presente trabajo es solo la base de un estudio global que se debería hacer en el sistema, con el fin de lograr interrelaciones efectivas entre los actores del sistema para lograr construir un SGSSS completamente eficaz desde cada una de sus funciones.

7. GLOSARIO

A

Articulación

Articulación, del vocablo latino articulatio, es el acto y el resultado de articular la unión o la combinación de distintos elementos que otorga una cierta de libertad a cada uno. Una articulación, en este marco, puede ser el vínculo que se establece entre dos piezas y que posibilita el movimiento de ambas 11

Dentro del Pluralismo estructurado, la articulación se refiere a la función innovadora y reúne y da coherencia a diversos componentes de la atención en salud, es decir, un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud 11

Aseguramiento

Acción y resultado de asegurar o de asegurarse, en amparar, proteger, salvaguardar y resguardar a alguien en alguna eventualidad, riesgo o contingencia. 11

Atención Primaria en Salud –APS

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación 16

C

Cobertura

El término cobertura en el SGSSS se refiere a “el resultado de la sumatoria de los afiliados que se encuentren registrados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o en el Instrumento que haga sus veces, sobre la población total susceptible de ser afiliada a dicho régimen 9

cobertura universal

Cuando se habla de cobertura universal, los autores se refieren al objetivo señalado en el inciso primero del numeral 3 del artículo 6 de la Ley 100 de 1993 refiriéndose a la acceso de toda la población al sistema así

“Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral 11

D

derecho

La palabra derecho proviene del término latino *directum*, que significa “lo que está conforme a la regla”. El derecho se inspira en postulados de justicia y constituye el orden normativo e institucional que regula la conducta humana en sociedad. La base del derecho son las relaciones sociales, las cuales determinan su contenido y carácter. Dicho de otra forma, el derecho es un conjunto de normas que permiten resolver los conflictos en el seno de una sociedad. 9

E

enfoque sistémico

significa que el modo de abordar los objetos y fenómenos no puede ser aislado, sino que tienen que verse como parte de un todo. No es la suma de elementos, sino un conjunto de elementos que se encuentran en interacción, de forma integral, que produce nuevas cualidades con características diferentes, cuyo resultado es superior al de los componentes que lo forman y provocan un salto de calidad 38

F

financiación

También conocida como financiamiento en el marco del Pluralismo Estructurado, es la función que se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios 13

G

garantía

Efecto de afianzar lo estipulado, Seguridad o certeza que se tiene sobre algo. 9

I

interrelación

Correspondencia mutua entre personas, cosas o fenómenos 12

M

modulación

Denominada como la función olvidada del Pluralismo Estructurado, Implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica 13

P

participación

Del latín participatĭo, participación es la acción y efecto de participar (tomar o recibir parte de algo, compartir, noticiar). El término puede utilizarse para nombrar a la capacidad de la ciudadanía de involucrarse en las decisiones políticas de un país o región 11

prestación

Función del Pluralismo Estructurado que se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (i.e., servicios de salud) que generan un resultado (i.e., cambios en el estado de salud del usuario). 9

R

recursos fiscales

son los que se aplican al acto que realiza un organismo, normalmente el Estado o el gobierno, con el objetivo de juntar capital para poder invertirlo y usarlo en diferentes actividades propias de su carácter 11

red hospitalaria

Esta definición en el momento actual debe entenderse como “redes integrales de prestadores de servicios de salud” la cual se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicado en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud), con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario 14

relación

Conexión, correspondencia de algo con otra cosa 11

S

SGSSS

Sistema General de Seguridad Social en Salud, sistema colombiano de salud creado para garantizar salud de calidad a la población. 9

subordinación

Subordinación es un término de origen latino que se refiere a la relación de dependencia entre un elemento y otro. Existen diferentes tipos de subordinación o de sujeción a algo, por ejemplo al mando, el dominio o la orden de alguien. La dominación implícita en la subordinación puede ser formal o simbólica. Además, es importante señalar que si bien lo habitual es que el subordinado acate el mando por la existencia de una relación jerárquica que él comprende y acepta, muchas veces ocurre que dicho dominio se produce aplicando la fuerza, como puede ser la imposición de una cierta conducta social por las fuerzas del orden a través de las amenazas y la violencia física 11

subsidio a la demanda

se da cuando fluyen recursos hacia las personas que lo necesitan (equidad 15

subsidio a la oferta

se da cuando el Estado le otorga dinero a un determinado agente económico (empresa de colectivos, de gas, de electricidad, de agua, etc.) para que las tarifas, en términos generales, no aumenten para nadie . En el caso del SGSSS el agente económico que es en su gran mayoría objeto de este subsidio son las Empresas Sociales del Estado 15

U

Unidad de Pago por Capitalización – UPC

La Unidad de pago por capitalización (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado

15

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, N. (2003). Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de “Managed care y managed competition”. Bogota, Cundinamarca, Colombia.
- Acuña, M. C. (2005). Exclusión, Protección social y el derecho a la Salud. OPS OMS , 1-12.
- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciencia & Saude Coletiva , 2817-2828.
- Almeida, A., Parra, M., & Romero, C. (2007). Mecanismo de Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, antes, durante y despues de la reforma de la Ley 100. Bucaramanga: CES y universidad Autonoma.
- Alvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Mas alla de los factores de riesgo. Gerencia Politica y Salud , 69-79.
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Constitución Política de Colombia . Colombia.
- Asi vamos en Salud. (2014). Atencion primaria en Salud:Avances y retos en Colombia. Medellín: Tendencias de salud en colombia.
- Barillas, E. (1997). Scielo Public Health. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n3/0441.pdf>
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Revista de salud pública de Mexico .
- Biblioteca Virtual Luis Angel Arango. (2017). Banco de la República - Actividad Cultural. Obtenido de http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/organizacion_del_estado_colombiano
- Bitrán, R., Giedion, U., & Tristao, I. (2014). Planes de Beneficios en Salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cardona, J. F., Hernández, A., & Yepes, F. J. (2005). La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿Avances reales? Gerencia y Políticas de Salud , 81 - 99.

- Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID –. (2005). Consultoría para “Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud”. Bogota: Universidad Nacional.
- Congreso de la República de Colombia. (09 de Enero de 2007). Ley 1122 . Bogotá, Distrito Capital, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (10 de 1 de 1990). Ley 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones .
- Congreso de la República de Colombia. (16 de Febrero de 2015). Ley 1751. Bogotá D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (19 de Enero de 2011). Ley 1438 . Bogotá, Distrito Capital, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (21 de Diciembre de 2001). Ley 715. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de lo . Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (23 de 12 de 1993). Ley 100 de 1993. Ley 100 de 1993 . Bogota, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 de 2007. Ley 1122 de 2007 . Bogota, Colombia.
- Delgado, M. E., & Vazquez, L. (2006). Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Salud Pública* , 128 - 140.
- Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos . *Acta Bioethica* , 127-132.
- Fondo de Solidaridad y Garantía . (Febrero de 2017). FOSYGA Fondo de Solidaridad y Garantía. Obtenido de <http://www.fosyga.gov.co/Inicio/-Que-es-el-FOSYGA>
- Franco - Giraldo, A. (2012). La última reforma del sistema general del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. *Revista de Salud Pública* , 865 - 877.
- Frenk, J., & Londoño, J. L. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gutierrez Ossa, J. A., & Restrepo Avendaño, R. D. (2012). El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. *Revista Sociedad y Economía* , 183 - 204.

- Hernandez Alvarez, M. (2000). El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Salud Publica* , 121-144.
- Hernandez Sampieri, R., Collado, C. F., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodologia de la investagion*. Mexico: McGraw Hill.
- Honorable Corte Constitucional. (2014). Sentencia 313. Proyecto de Ley Estatutaria Sobre el Derecho Fundamental a la Salud . Bogotá D.C. , Colombia.
- Jahir Alexander Gutierrez Ossa, R. D. (2012). El pluralismo estructurado de londoño y frenk frente a la articulacion y modulacion del sistema general de seguridad social en salud en colombia. *Sociedad y Economia* , 183-204.
- Jaimes, C. A., & España, D. A. (Agosto de 2011).
<http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/EXP/article/viewFile/773/781>. Obtenido de
<http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/EXP/article/viewFile/773/781>:
<http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/EXP/article/viewFile/773/781>
- Jaramillo, I. (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gac Sanit* , 48-53.
- Jimenez Barbosa, W., & Montenegro, G. (2014). Las relaciones entre los actores de una red de salud. *ciencia tecnologia salud* , 107-115.
- Ley 1990 (1990).
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Merlano, C. A., & Gorbaney, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Gerencia, Política y Salud* , 74-86.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Minsalud. Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2009). Primer Informe Nacional de calidad de la atención en salud "INCAS Colombia 2009". Bogotá D.C.: Min proteccion social.

- Ministerio de Salud Pública. (31 de Diciembre de 1996). Decreto 2423. Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Potección Social. (2014). Minsalud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/PROYECTO%20DE%20LEY%20E%20STATUTARIA-%20Exposici%C3%B3n%20de%20motivos.pdf#search=%2522exposici%25C3%25B3n%2520de%2520motivos%2522
- Ministerio de Salud y proteccion Social. (16 de Febrero de 2015). Ministerio de Salud y Proteccion Social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Minsalud. Obtenido de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EAPB/AdministradorasdePlanesdeBeneficio.aspx>
- Moncayo Medina, A. (2015). Evolución y Tendencias de la Salud Pública en Colombia 1993 - 2013. Revista Medicina .
- Muñoz E, I., Londoño, B. E., Higueta, Y., Sarasti, D., & Molina, G. (2009). La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Salud Publica , 142 -152.
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., y otros. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública:un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Panam Salud Publica , 126-134.
- Organisation for Economic Co-operation and Development . (2017). OECD Better Policies for Better Lives. Obtenido de <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/43432988.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). Salud y ambiente en el desarrollo humano sostenible de las Américas. Washington: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional - Desempeño y Fortalecimiento. Washington - USA: OPS.
- Orozco, J. M. (2006). Por qué reformar la reforma. Bogota: www.eumed.net/libros/2006.

- Palacio, D., Zuluaga, O., Gualtero, M., Giraldo, E., Bravo, G., Vergara, R., y otros. (2010). Informe anual de la comisión de regulación en salud (CRES) al congreso de la república Comisiones Séptimas de Senado y Cámara. Bogota: CRES.
- Parra, A. i. (2015). A propósito de la sanción presidencial de la "Ley Estatutaria en Salud" en Colombia. Revista Facultad de Medicina , 7-8.
- Pening Gaviria, J. (2003). Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. Economía y desarrollo , VOLUMEN 2 NÚMERO 1.
- Presidencia de la República de Colombia. (13 de Noviembre de 2013). Decreto 2462. Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud. Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República de Colombia. (15 de Diciembre de 2008). Decreto 4712. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República de Colombia. (2 de Noviembre de 2011). Decreto 4107. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República de Colombia. (28 de Diciembre de 2012). Decreto 2774. Por el cual se establece la estructura interna del Instituto Nacional de Salud (INS). Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República de Colombia. (3 de Agosto de 1994). Decreto 1757. por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República de Colombia. (8 de Octubre de 2012). Decreto 2078 . Por el cual se establece la estructura del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), y se determinan las funciones de sus dependencias. Bogotá, Colombia.
- Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: ECOE Ediciones LTDA.
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=LvJ6MCx>

- Real Academia Española. (Febrero de 2017). Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=LqKFoJI>
- Real Academia Española. (Febrero de 2017). Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=XSZ6njm>
- Real Academia Española. (Febrero de 2017). Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=XSZ6njm>
- Real Academia Española. (s.f.). Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=UTXSRYk>
- Restrepo, J. H. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional* , 165-190.
- Ruiz Gómez, F. (2016). Minsalud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/20160216-presentacion-mias.pdf>
- Ruiz Parra, A. I. (2015). A propósito de la sanción presidencial de la “Ley Estatutaria en Salud” en Colombi. *Revista de la Facultad de Medicina* , Editorial.
- Uribe Gómez, M. (2009). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995 - 2003). *Gerencia Política y Salud* , 44 - 68.