

# Modulaciones legal y administrativa para el sistema general de seguridad social en salud de Colombia de diciembre de 1993 a febrero de 2011

Legal and administrative Modulations the general social security system in health Colombia December 1993 to February 2011

---

Rubén Darío Restrepo Avendaño\*

\* Médico, especialista en gerencia de la seguridad social y magíster en salud pública. Docente de la Universidad CES. Correo electrónico: rrestrepo@ces.edu.co.

*Recibido: 19 de abril de 2012* | *Aprobado: 26 de octubre de 2012*

## Resumen

La situación de los sectores de la salud y la seguridad social en salud, antes y después del SGSSS y la desproporcionada conflictividad en su desarrollo, llevan a buscar factores más allá del Sistema, inmersos en sus funciones básicas.

Se describe, la distribución de las "Reglas de Juego" Legales y Administrativas del SGSSS de diciembre de 1993 a febrero de 2011, entre las funciones básicas, enfatizando en articulación, prestación de servicios y administración de riesgos.

La modulación legal y administrativa ha sido profusa, más no tanto otros tipos de ella, pero su distribución dista mucho de ser lo esperable dados sus niveles altos en Prestación de Servicios y la muy baja participación de la Articulación, la cual debería haberle generado las potencialidades que el SGSSS tendría para superar lo encontrado antes y que la modulación sesgada solo reforzó. El financiamiento y el diseño financiero tienen una modulación adecuada.

## Palabras Claves

Salud, seguridad social, modulación, pluralismo estructurado, sistemas

## Abstract

The situations of the health sector and social security in health, before and after the Reform and the disproportionate conflict in their development, have to look beyond the factors deleterious health sector, the basic functions involved in the Reform.

The study describes the distribution of the Reform Laws of the Game of Colombia in December 2003 to February 2011, among the four (4) basic functions and subfunctions, with emphasis on joint service delivery and risk management.

The legal and administrative modulation has been profuse, but not much other types of it, but its distribution is far from what would be expected given their high levels in Provision of Services and the very low share of the joint, which should have generated the potential that would have to overcome what SGSSS before and found that the modulation only reinforced. Financing and financial design have a proper modulation.

## Keywords

Health, social security, modulation, structured pluralism, systems

## Introducción

En el proceso de implementación estratégica del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, se ha observado una desproporcionada reacción, a veces no coherente, entre los diferentes grupos de "jugadores" (actores), más allá de la conflictividad normal en todo proceso que incluye decisiones sociales. En este caso la conflictividad y turbulencia generadas, han tenido una intensidad poco común.

El nivel en las reacciones y las incoherentes posiciones observadas, expresan factores subyacentes agregados a los factores esperados por el arreglo de incentivos de la propuesta original (modelo original del SGSSS). Estos factores deben ser buscados en el desarrollo mismo del SGSSS: en el comportamiento de sus Funciones Básicas a través de su implementación.

Se pretende observar el comportamiento de la modulación del SGSSS en relación con cada una de las funciones básicas y con las subfunciones de la modulación y la articulación (Londoño & Frenk, 1997), con el propósito de establecer factores con potencialidad de generar el nivel de reacción y los resultados observados durante su implementación.

El análisis se apoya en las teorías y modelos que subyacen el SGSSS y su implementación, pues solo de esta manera es posible analizarlo en un marco mínimo de objetividad. Se realiza partiendo del modelo de Seguridad Social, el Enfoque y la Teoría de Riesgos y la Administración de Riesgos, el Pluralismo Estructurado y las Teorías de Juego y de Implementación Estratégica.

Este trabajo ha generado elementos que coadyuvan para establecer cuál es el "Sistema" sobre el cual se están aportando juicios de valor o "evaluaciones" sistemáticas, cuál es el sector que está inmerso en esta "visión" del SGSSS (Sector salud o de la seguridad social en salud), cuáles son los objetivos que atribuimos al SGSSS y cuáles son sus reales objetivos, y otras clari-

dades necesarias para el momento de evaluarlo y, principalmente, para un adecuado proceso de implementación y de mejoramiento, a través de las "reformas" constantemente solicitadas y pretendidas.

En las notas de pié de página (1, 2 y 3) de la Introducción de la "Política Pública de prestación de Servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" -SGSSS- (DNP Colombia, 2002: se encuentra una adecuada descripción de la situación del sector "salud" en 1992, en el entorno del Sistema Nacional de Salud (Congreso, Colombia, 1990), antes de ser subsumido y regulado por el SGSSS (Congreso, Colombia, 1993).

Contrariamente a los parámetros de planeación vigentes entonces, en los cuales se esperaba que los servicios para la enfermedad y los servicios para la salud debían ser cubiertos por los subsectores público, de seguridad social y privado en proporciones respectivas de: 75%, 15% y 10%; los costos de las atenciones de salud eran cubiertos en un 24% por el subsistema público a través de sus hospitales; el 17.4% por las entidades del subsistema de la seguridad social (ISS y Cajas de Previsión); un 6% por seguros privados y empresariales; el 34% por el mismo enfermo y el 18% restante no tuvo acceso a los servicios de salud. Estas diferencias persistían en las áreas urbana y rural (DNP Colombia, 2002: 1). Obsérvese que el 40% fue cubierto por los "Gastos de Bolsillo", para usar un término poco adecuado, y que el 18% de colombianos, no tuvo acceso a servicios.

*La nota 2, agrega: "La asignación de recursos del sector público se realizaba de tal manera que a los hospitales más grandes (universitarios, especializados o de mayor tecnología) y a las instituciones que generaban mayores gastos, les correspondía la mayor parte de los recursos sin que el volumen de gastos coincidiera con la cantidad de servicios y su calidad. De la misma manera, los hospitales que presentaban superávit en una vigencia sufrían recortes de presupuesto similares a la cuantía de tal excedente, mientras que las instituciones deficitarias*

eran premiadas con incrementos presupuestales en las vigencias siguientes". (DNP Colombia, 2002: 1).

Igualmente, dice la nota 3 del mismo documento, *se encontraban profundas discordancias entre la oferta hospitalaria y las necesidades y demandas de la población, determinadas especialmente por la baja capacidad resolutive (capacidad para atender y solucionar el problema de salud que originaba la consulta), así como deficiencias en la calidad, accesibilidad y oportunidad, presentes en las instituciones hospitalarias locales (Subrayado nuestro)*. A pesar de que en el primer nivel de atención, debía resolverse alrededor del 80% de los problemas de salud, el porcentaje de ocupación de los hospitales locales era del 35.7%, mientras que en el tercer nivel (hospitales universitarios, especializados o de mayor tecnología) era del 74.1%. Sólo el 27% de los casos tratados en hospitales especializados correspondían a problemas de salud que debían ser atendidos en ese nivel de atención, mientras que el 73% podría haberse tratado en hospitales locales o aún ambulatoriamente. (DNP Colombia, 2002: 1).

Observaciones empíricas de la situación actual, nos permiten establecer los mismos elementos fundamentales de la situación previa al SGSSS, afectando la situación presente, después del proceso de implementación sesgada de un sistema cuyo modelo inicial tenía las características para resolver las situaciones atrás descritas.

El problema termina de configurarse, en la medida en que las propuestas y las estrategias para la "reforma" del SGSSS, van mostrando un direccionamiento hacia el retorno a un "Sistema de Salud", cuyas características lo ubicarían en el mismo marco estructural que llevó a la situación previa a 1993, con un afortunado "agravante": la conciencia del derecho que el SGSSS ha formado en la comunidad, aunque a la fecha solo se ejerza en favor del derecho a enfermarse y el derecho a ser "aliviado", y no en defensa del derecho a la salud, e igualmente asociado al "agravante" de tener herramientas ciudadanas ágiles para la defensa de derechos.

¿Qué ha hecho que la implementación de un Sistema, basado en la administración de riesgos, con un mejor diseño financiero y que ha sido calificado favorablemente por su nivel de equidad haya regresado a las condiciones iniciales que encontró?

Partiendo de la aceptación observada por el desempeño de las funciones básicas de prestación de servicios y de financiamiento, el análisis se debe centrar en buscar los factores deletéreos al SGSSS en las otras dos funciones: la Modulación y la Articulación: precisamente las dos funciones más importantes para el SGSSS. Este estudio describe el comportamiento de la modulación del SGSSS entre diciembre de 1993 y febrero de 2011, con el propósito de establecer algunos de los factores relacionados con la función de modulación e, indirectamente, con la articulación.

## Fundamentación Teórica

### Breve marco histórico

Después de un período del sector salud colombiano enmarcado en el enfoque higienista, en la década de los setenta la Región Latinoamericana inicia un proceso de diseño de Sistemas Nacionales de Salud. Colombia crea su sistema correspondiente, mediante el Decreto Ley 056 de 1975 y algunas normas anteriores. Posteriormente, en 1990, el sector salud colombiano inicia su proceso de adaptación a su futuro modelo enmarcado en la seguridad social, tornándose más eficiente, de corte descentralizado y con participación del sector privado. Esto lo hace a través de la Ley 10 de 1990.

Hasta este momento del desarrollo, más que un sistema lo que existía era varios sistemas, cada uno con estructura y funcionalidad diferentes, y diferentes actores competentes en relación con las funciones de modulación, articulación, prestación y financiamiento, lo cual los llevaba a responder con una cobertura de servicios inefi-

ciente e inequitativa para los diferentes sectores de la población, la cual estaba segmentada (segregada) en acuerdo con su capacidad económica: en este momento la salud del país era una competencia de los "subsectores" público, que debía responder por el 75% de la población sin capacidad de pago, de los seguros sociales con el 15% y el subsector privado con un 10%.

En los años noventa, la Región de nuevo entra en un proceso de reformas sociales, las cuales en el caso de la salud van en dirección hacia constituir Sistemas de Seguridad Social en Salud. Colombia crea su SGSSS mediante la Ley 100 de 1993, la cual constituye el Sistema de Seguridad Social Integral. En el caso de la seguridad social en salud, mediante la conjugación de los avances hacia la eficiencia, la descentralización y la participación del sector privado y de la comunidad, generados por la leyes 10 de 1990 y 60 de 1993. En 1997, dos expertos sectoriales, los doctores Julio Frenk Mora y Juan Luis Londoño De La Cuesta, sistematizan estas experiencias regionales y extraen un modelo transversal a ellas, al cual le dan el nombre de Pluralismo Estructurado (Londoño De La C. y Frenk, 1997). En este modelo, aparte de contener estrategias dirigidas a mejorar la eficiencia, las coberturas y la calidad; se privilegian y fortalecen dos de las funciones: la Modulación, considerada por el modelo como la función olvidada, y la articulación: la función innovadora. Son estas dos últimas funciones las llamadas a desarrollar de manera efectiva y real el nuevo modelo propuesto por la Región Latinoamericana y las responsables de la regulación del servicio público esencial de salud.

Con la articulación y con su inclusión en la seguridad social, la salud de Colombia se ubica en un sistema basado en la administración de riesgos. *"La principal diferencia con el modelo de contrato público es que las funciones de modulación y de articulación se vuelven explícitas y se fortalecen considerablemente. Al lado de las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, es el énfasis en la modulación y la articulación el que confiere el carácter "estructurado" a este tipo*

*de pluralismo"*. (Londoño De La C. y Frenk, 1997: 17) (Subrayado fuera de texto)

### **Enfoques y teorías**

En la construcción del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su proceso de desarrollo y modulación, participan diferentes teorías y modelos los cuales necesariamente deben tenerse en cuenta al momento de un proceso de análisis el cual, además, debe ser basado en sistemas, sistemático y sistémico.

Para este estudio se han tenido en cuenta:

- a. Modelo de Seguridad Social: El cual subyace en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y le sirve de marco.
- b. Modelo del Pluralismo Estructurado: Modelo de reformas de los noventa.
- c. Teoría de Riesgos: Base de la seguridad social e incluida en el Pluralismo Estructurado.
- d. Teoría de Implementación Estratégica: Permite hacer seguimiento al desarrollo del SGSSS y a la orientación dada a su modulación.
- e. Teoría de Juegos: Aporta a la Teoría de Implementación Estratégica, aunque por sí sola permite hacer seguimiento al desarrollo y modulación del SGSSS, y a la secuencia de decisiones sociales que estos implicó.

### **Materiales y métodos**

Este trabajo de reflexión, cualitativo, descriptivo y retroactivo; por la orientación administrativa del estudio, y no legal, y por limitaciones del observador, no se ha desarrollado utilizando técnicas específicas del derecho. Se ha utilizado el Pluralismo Estructurado como modelo para diseño de sistemas, y para su evaluación y análisis.

El presente estudio se realizó en el área de in-

fluencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y para ello se toman las Reglas de Juego tanto legales como administrativas que el Congreso Nacional y los Ministerios de Salud, de la Protección Social y el de Salud y Protección Social y otras entidades del Gobierno, han emitido a través de este período.

Las diferentes reglas de juego analizadas, se han clasificado en acuerdo con su mayor tendencia hacia una de las cuatro (4) funciones básicas reconocidas por el modelo subyacente al SGSSS: el Pluralismo Estructurado y, en el caso de la Modulación y la Articulación ubicándolas a nivel de sus subfunciones, para mayor detalle.

Por la diversidad potencial de fuentes, se utiliza en este estudio la correspondiente al Ministerio del Sector, dado que el modelo ubica en él la responsabilidad primaria de la función de modulación. Se toman las Reglas de Juego legales y de las administrativas solo los decretos, consignados hasta el día 11 de febrero de 2011, en la siguiente dirección electrónica del Ministerio: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

### **Limitaciones**

Para la realización del presente proyecto se encontraron las siguientes limitaciones:

- a. Una profusa y variada generación de reglas de juego para el SGSSS, comparada con los recursos posibles para su tratamiento en este estudio.
- b. Gran variabilidad de las reglas de juego legales y administrativas, del SGSSS
- c. No consideración a los parágrafos, a pesar de la importancia de algunos, dado que no es un hallazgo común a todas las normas.
- d. Gran influencia de la Corte Constitucional en la modulación del SGSSS, cuyas sentencias prácticamente han generado una modulación

paralela y preferente, con mayor acercamiento a un Sistema de Salud.

e. El carácter interpretativo y, en casos, multiobjeto de las normas legales y administrativas.

f. La escasa importancia académica dada al estudio y a la enseñanza de las dos principales funciones que constituyen la columna principal del SGSSS: la modulación y la articulación. Y, dentro de esta última, a la subfunción de Administración de los Riesgos.

### **Resultados**

Mediante páginas de Excel: una por cada Ley: 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y una para los decretos; en las cuales se ubicaron los artículos de las leyes y los objetos de los decretos en las filas y las funciones de prestación de servicios y financiamiento y las subfunciones de la modulación y la articulación en las columnas, se coloca un uno (1) en cada cuadrante que ubica la fila de la regla y su respectiva columna correspondiente a la función o subfunción con la cual se relaciona. Mediante fórmulas se realizan las sumatorias y el cálculo de los porcentajes que representan.

En el análisis se muestra un dominio en la participación en las reglas de juego de la modulación propiamente dicha, con una suave pero visible disminución a través de las leyes revisadas cronológicamente. Entre las funciones diferentes a la modulación, tiene una importante mayor participación la prestación de servicios, la cual es objeto, contrariamente a la modulación, de un incremento importante a través del período, siendo crítico con la Ley 1438 de 2011, lo cual coincide con la reacción de los actores frente a la "Emergencia Social" en la cual se lucha por prestación de servicios para la enfermedad.

La función de articulación, la cual tiene entre sus subfunciones la administración de diferentes riesgos y recursos y que es nuclear en el



desarrollo de un sistema de salud inmerso en seguridad social y basado en administración de riesgos, a pesar de no ser la de menor participación en las leyes, si tiene comparativamente con la modulación y la prestación de servicios, una consideración precaria en este período. Igualmente, siendo la base del SGSSS la administración de riesgos y no la sola superación de los impactos, requiere que el desarrollo de esta

subfunción sea de los mayores, debiendo superar en todo momento a la prestación (que es solo parte de la administración del riesgo y de corte contingencial), al financiamiento y al diseño financiero, a los cuales debe darles eficiencia. El financiamiento, siempre ha recibido una calificación sobresaliente en cuanto a su monto en el SGSSS.

**Cuadro 1** Distribución porcentual de la participación de las reglas de juego contenidas en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en las funciones de financiamiento y prestación y las subfunciones de la modulación y la articulación del SGSSS

Subfunciones / leyes	L100-93	L1122-07	L1438-11
Función de Financiamiento	6,19%	8,70%	8,28%
Función de Prestación de Servicios	24,74%	21,74%	37,93%
Función de Modulación - Desarrollo del Sistema	6,20%	0%	5,52%
Función de Modulación – Coordinación	1,03%	0%	2,76%
Función de Modulación - Diseño Financiero	11,34%	6,52%	9,66%
Función de Modulación – Regulación	34,02%	50%	20,69%
Función de Modulación - Protección del Consumidor	4,12%	0%	4,14%
Función de Articulación - Administración del Riesgo	2,06%	10,87%	5,52%
Función de Articulación - Administración del Acceso	3,09%	0%	0,69%
Función de Articulación – Representación	1,03%	2,17%	1,38%
Función de Articulación - Diseño de Incentivos	3,09%	0%	1,38%
Función de Articulación - Diseño de Beneficios	3,09%	0%	2,07%
Función de Articulación - Gestión de la Calidad	0,00%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Al discriminar el comportamiento en las subfunciones de las dos funciones estructurales: la modulación y la articulación, se observa un claro dominio en cuanto a reglas de juego en relación con el diseño financiero y con la regulación propiamente dicha. Aspectos fundamentales

como el desarrollo del Sistema, la coordinación y la misma protección del usuario, se quedan cortas frente a las primeras. Es importante destacar el precario desarrollo del Principio Constitucional de la Coordinación, como subfunción dentro del SGSSS.

Igual sucede en la articulación, con la administración del riesgo, la representación y la gestión de calidad. Puede verse que el comportamiento

general de todas las subfunciones de la articulación, es comparativamente muy inferior a las subfunciones de la modulación.

**Cuadro 2** Distribución porcentual de la participación de las reglas de juego de los decretos relacionados con el SGSSS, en las cuatro funciones básicas y en las subfunciones de la modulación y la articulación del SGSSS. Diciembre de 1993 a febrero de 2011

Funciones – Subfunciones	% Por Subfunciones	% Por Funciones
Función de Financiamiento	13,20%	13,20%
Función de Prestación de Servicios	48,84%	48,84%
Función de Modulación - Desarrollo del Sistema	13,20%	
Función de Modulación – Coordinación	0,99%	
Función de Modulación - Diseño Financiero	9,24%	
Función de Modulación - Regulación	6,27%	
Función de Modulación - Protección del Consumidor	1,32%	
Función de Modulación - Sumatoria		31,02%
Función de Articulación - Administración del Riesgo	3,63%	
Función de Articulación - Administración del Acceso	0%	
Función de Articulación - Representación	1,32%	
Función de Articulación - Diseño de Incentivos	0%	
Función de Articulación - Diseño de Beneficios	0%	
Función de Articulación - Gestión de la Calidad	1,98%	
Función de Articulación - Sumatoria		6,93%
<b>Total</b>	<b>99,99%</b>	<b>100,00%</b>

Los legisladores fortalecieron la función de modulación, coherentemente con su importancia como generadora de equilibrios y acuerdos entre actores, lo cual va en dirección a establecer bases para un adecuado desarrollo del SGSSS. Dieron igualmente fuerza a la función de prestación de servicios. La modulación legal es cor-

ta en cuanto a la función de articulación y la subfunción de coordinación.

El Gobierno, a través de los decretos, ha llevado la modulación administrativa hacia la prestación de servicios, de manera principal, lo cual fortalece la tendencia asistencialista ya percibida en la

modulación legal. La función de articulación, en la normativa administrativa establecida por los decretos, hace crítica ya su participación llegando a ser la función menos modulada administrativamente entre las cuatro básicas del SGSSS.

En relación con las subfunciones de la modulación, se encuentra que el comportamiento del "desarrollo del sistema", gana participación de manera importante, lo cual debería expresarse en fortalecimiento del SGSSS. El diseño financiero y la regulación, pierden importancia y la coordinación y la representación continúan en situación precaria.

A pesar de que la Administración de Riesgo, como subfunción de la articulación, incrementa muy levemente su participación, de manera general las subfunciones de esta función, pierden importancia en relación con su participación en la normativa legal. El cuadro 2, refleja el comportamiento preferente hacia la función de prestación de servicios lo cual ya se ha manifestado.

## Discusión

### *De los procedimientos utilizados*

Las lógicas política, legal, administrativa y técnica y, una muy importante frente a los resultados de este estudio: la Constitucional; pueden tener diferencias francas y fundamentales. El acercarse a una modulación mixta: legal y administrativa, postergando la política y dejando para un espacio posterior la Constitucional, nos ubica en una situación que si bien es más "fácil" para establecer "tendencias", nos aleja de una "verdad" que es muchísimo más compleja. Incluso, más allá que las diferencias en lógicas, la aplicación misma de la lógica técnica en este caso tiene una limitación adicional que no nos es dado desconocer: la ausencia de pluralidad en intérpretes, en un proceso no solo social, sino por lo tanto de ámbito cualitativo.

### *De los posibles alcances y significados de la investigación*

Los hallazgos del presente estudio, no nos llevan más allá que a postular una hipótesis en el comportamiento de la modulación en el SGSSS: que esta función, ha sido cumplida de tal manera sesgada que por exceso (en la modulación de la prestación de servicios) y por defecto (en la modulación de la función de articulación), el modelo inicial del SGSSS ha sido trasmutado hacia una visión asistencialista, con pocos elementos de administración de riesgos y, con ello, pocos de seguridad social.

## Conclusiones

Todo proceso de implementación, principalmente cuando implica decisiones sociales como en este caso, cursa compatible con el desarrollo de un juego en el cual los diferentes jugadores (actores) evalúan los intereses y expectativas de los demás en el marco de la propuesta inicial que les presenta el formulador y consideran la posibilidad de expresar y lograr sus propios intereses y expectativas y de disfrutar los incentivos favorables a ellos, mientras confrontan y tratan de reducir los incentivos inversos.

En este escenario, no solo una propuesta inicial balanceada en incentivos y con la posibilidad de un equilibrio dominante compartido, puede facilitar o reducir la posibilidad de que este modelo inicial se exprese y se desarrolle. La protección del modelo inicial tiene mucho que ver con las reglas de juego que el planeador vaya trazando y tranzando.

Después de evaluar los hallazgos y su significado, es posible plantear algunas conclusiones:

- a. En el Financiamiento del modelo inicial del SGSSS, el cual ha recibido calificaciones destacadas no solo empíricamente sino como consecuencia de estudios realizados por la Organiza-



ción Mundial de la Salud -OMS-, en los cuales encuentran el modelo como el más equitativo en su financiación, se refleja que la modulación recibida a través del período estudiado haya sido a un nivel aceptable de participación. No así la subfunción de "diseño financiero" de la función de modulación, la cual ha necesitado ser formada, en gran proporción, a través de las reglas de juego establecidas.

b. La modulación, como función del SGSSS, tuvo una importante y levemente decreciente participación en la modulación legal, participación que es menor en la normativa administrativa generada por los decretos. Se destaca la baja participación de su subfunción de coordinación, tan importante en el desarrollo de los sistemas.

c. La articulación, la cual con la modulación constituyen no solo las funciones estructurales y estructurantes, sino las funciones que pueden y deben desarrollar el modelo como lo propuso el planeador (Modelo original del SGSSS) (Londoño & Frenk, 1997), ha sido en definitiva la Función Básica menos considerada por las reglas de juego del SGSSS, con lo cual aspectos relacionados con la administración de riesgos y otras de sus subfunciones, han quedado prácticamente reducidas en su desarrollo y solo objeto de alguna modulación administrativa de los últimos años.

d. En un Sistema que se planea en el marco de la seguridad social en salud y, por ello, con alta implicación en la administración de riesgos y no solo en la superación de los impactos, no se esperaba la importancia aportada a la función de prestación de servicios, principalmente si se asocia a una casi nula participación de la función de articulación. La modulación del SGSSS aquí analizada, ha permitido una desviación franca de un Sistema enmarcado en seguridad social y basado en riesgos, a uno enmarcado en el sector de la salud y basado en los servicios de asistencia a la enfermedad.

e. Pero la conclusión más importante no es

aquella que habla de la función más modulada, sino aquella que hace explícita la menor modulación de la función más estructurante del SGSSS: la articulación.

### *Recomendaciones*

a. Al analizar, evaluar o simplemente generar un concepto sobre un sistema relacionado con el sector de la salud (o cualquiera sistema social), actos frecuentes entre los jugadores (actores) y que se dirigen precisamente a las reglas de juego, necesariamente se enmarca en la posición política, macroeconómica y de Estado del observador u observadores. La validez y respetabilidad que esto debe tener, no autoriza el hecho de analizar, evaluar o dar conceptos sobre un sistema de seguridad social en salud como si este en su estructura, funcionalidad y bases fuese igual a un sistema de salud, (eminente asistencial). De igual manera debemos tener en cuenta lo aportado por los autores del Pluralismo Estructurado y que constituye un elemento de la Teoría de Sistemas: se dice que frente a problemas sistémicos, se requiere abordajes sistémicos y, además, que no es posible generar soluciones sistémicas basadas en estrategias puntuales. Otro aspecto fundamental que se sugiere se privilegie, es que el SGSSS tiene unos enfoques, unos modelos y teorías en su base, que deben tenerse en cuenta al momento de su análisis y evaluación y tiene unos objetivos que son esencialmente diferentes a un sistema de salud.

b. La generación de soluciones para situaciones de crisis o para elementos generadores de conflictos en el SGSSS, termina en el diseño de nuevas o renovadas reglas de juego; pero estas no pueden responder a un análisis puntual del "sitio" del proceso o actor problema, y debe tenerse muy definido el "Sistema" que el evaluador está tomando como objeto de evaluación y los instrumentos y métodos que está utilizando para ello, pues todo lo anterior debe ser coherente con las estructuras, funcionalidad y bases del sistema que se quiere mejorar. En este caso del SGSSS.

c. Por la importancia que el modelo concede y exige a la función de articulación, es importante sugerir otro factor que debe ser estudiado: el carácter, posición en el SGSSS y las interacciones, funciones y subfunciones reales que el SGSSS le ha entregado a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- teniendo como parámetro su carácter de Organizaciones Articuladoras de Servicios de Salud -OASS-. Más allá que considerarlas como "aseguradoras", como "intermediarias financieras", o aún menos, como más recientemente tiende a tomarse: como "Entidades Administradoras de Paquetes de Servicios". Debe recuperarse la concepción que de ellas tiene el Pluralismo Estructurado, en el marco de un sistema que como un todo debe cumplir con el aseguramiento (Congreso de Colombia, 2007), como una de las estrategias para la administración de riesgos.

d. Lo anterior debe acompañarse de la reorientación del proceso de modulación, privilegiando las subfunciones que desarrollen el carácter de sistema de administración de riesgos que debe tener el SGSSS. Esto, si se busca (como se dice) "humanizar" el sistema, privilegiando el derecho a la salud sobre la asistencia a la enfermedad y, de manera agregada, revertir la insostenible tendencia hacia la asistencia de máxima tecnología y su impacto sobre el bienestar humano, la eficiencia y la creciente vertiente de costos; reflejado todo esto en la dificultad de acceso a citas y procedimientos especializados, camas de niveles de complejidad superiores y la apertura constante de IPS de complejidad alta y de Unidades de Cuidados Intensivos.

e. El país debe permitir que el modulador "natural" recupere y fortalezca esta función, sin que la acción moduladora de actores independientes o de instancias superiores (como el Juez de Tutela o la Corte Constitucional), reemplacen el accionar del Gobierno Sectorial en su calidad de modulador y generen una modulación paralela y prevalente.

f. Desde el punto de vista de la continuidad de este trabajo, es importante la realización de un

ejercicio semejante, pero que tenga el carácter de multiobservador y que tenga entre sus investigadores, visiones desde diferentes ópticas del saber.

## Referencias

República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES-. (2002). Documento CONPES 3204 de 2002. "Política de Prestación de Servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y Asignación de Recursos del Presupuesto General de la Nación para la Modernización de los Hospitales Públicos". Versión Aprobada. DNP: DDS/SS - Ministerio de Salud – Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá, D. C., 06 de Noviembre de 2002.

Londoño De La C, J. L. y Frenk, J. (1997). "Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina". Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. Washington USA, 1997.

Palacio T., L. F. (2001). "Manual de Legislación en Salud y Seguridad Social". Medellín, Colombia; 2001.

Benjamín González Roaro, La seguridad social en el mundo, Siglo XXI Editores, México, 2003, p. 14

República de Colombia, Congreso Nacional. (1990). Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 39.137 del 10 de enero de 1990. Bogotá, Colombia, 10 de Enero de 1990.

República de Colombia, Congreso Nacional. (1993). Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea



el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". Diario Oficial No. 41.148, del 23 de diciembre de 1993. Bogotá, D. C. Diciembre 23 de 1993.

República de Colombia, Congreso Nacional. (2007). Ley 1122 de 2007. "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Diario Oficial 46.506. Bogotá, D. C. Enero 09 de 2007.

República de Colombia, Congreso Nacional. (2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Bogotá, D. C., 19 de enero de 2011.

República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2011). Normatividad (Bis). <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 1740 de

2008. "Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación – Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones". Bogotá, D. C., Mayo 20 de 2008.

Organización Internacional del Trabajo -OIT-. (1991). "Administración de la Seguridad Social". Departamento de Seguridad Social, OIT Centro Internacional de Formación de la OIT, Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). Ginebra, 1991.

"Sistema de Seguridad Social Integral". Edición actualizada año 2011. Momo Ediciones. Bogotá, D. C.; Colombia, 2011.

Valencia, F. A. y Maya, N. R. (1994). "Ley 100. La Seguridad Social y sus 100 Decretos Reglamentarios. Guía Metodológica de Consulta". L Y V Impresores Ltda.

