

**“LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD,
UN ANÁLISIS MACROORGANIZACIONAL”**

SONIA ESMERALDA ROJAS ROJAS

**ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA “ESAP”
FACULTAD DE POSTGRADOS
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
BOGOTÁ, D.C
2008**

INVESTIGACIÓN
“LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD,
UN ANÁLISIS MACROORGANIZACIONAL”

DIRECTOR INVESTIGACIÓN
Doctor JUAN CARLOS GARCIA UBAQUE

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA “ESAP”
FACULTAD DE POSTGRADOS
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
BOGOTÁ, D.C
2008

Trabajo sustentado en la ciudad de Bogotá, D.C (Colombia), el 11 de Noviembre de 2008.

Firma Jurado No. 1

Firma Jurado No. 2

DEDICATORIA

A Dios, por darme el carácter, la fortaleza, la templanza, las herramientas y sus manos, para cumplir con otra meta profesional y personal en mi vida.

A mi hijo **ANDRES SEBASTIAN BECERRA ROJAS**. Mi pequeño lindo, gracias por apoyarme incondicionalmente, gracias por cederme parte de tú tiempo, gracias por tú comprensión, gracias por estar conmigo siempre a mi lado, gracias por ser mi hijo.

¡TE AMO!

AGRADECIMIENTOS

Al cuerpo docente de la Facultad de Posgrados de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), en especial a la Doctora **Elsy Luz Barrera**, Docente Catedrática de la Línea de Investigación de Organizaciones, y al Doctor **Tito Antonio Huertas**, Coordinador de la Maestría en Administración Pública, por su apoyo incondicional.

Un agradecimiento muy especial al Doctor **Juan Carlos García Ubaque**, Director de esta investigación, ya que sin sus aportes, tutoría y colaboración, este trabajo solo sería un sueño y no una realidad.

¡GRACIAS!

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	14
2. OBJETIVOS	18
2.1 GENERAL	18
2.2 ESPECIFICOS	18
3. ESTRATEGIA METODOLOGICA	19
3.1 ANALISIS DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL – REGLAS DE DIRECCIONALIDAD	20
3.2 MODELAMIENTO DE LIMITES ORGANIZACIONALES REGLAS DE GOVERNABILIDAD	21
3.3 DEFINICION DE IDENTIDAD – REGLAS DE DEPARTAMENTALIZACION	22
3.4 FUNCIONES DE REGULACION – REGLAS DE RESPONSABILIDAD	22
4. LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DEL TIEMPO	24
5. CONCEPTO DE MACROORGANIZACIÓN	29
6. DISEÑO MACROORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD COLOMBIANO	33

	Pág.
7. MODELAMIENTO DE LOS NIVELES ESTRUCTURALES DE LA MACROORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN LO REFERENTE A PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	38
7.1 RELACIONES ENTRE LOS SUBSISTEMAS DEL MODELO DE SISTEMA VIABLE DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO (SGSSSC)	50
8. ESTUDIO DE CASO – DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	58
8.1 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	59
8.1.1 Régimen Contributivo	60
8.1.2 Régimen Subsidiado	63
8.2 CONTRATACIÓN	69
8.3 ASPECTO FINANCIERO	76
8.3.1 Régimen Subsidiado	79
8.3.2 Régimen Contributivo	81
9. CONCLUSIONES	85
10. RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFIA	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Actividades de Protección Específica y Detección Temprana	45
Tabla 2. Relaciones entre los subsistemas de la Macroorganización del sector salud Colombiano	55
Tabla 3. Escala de calificación	60
Tabla 4. Consolidado indicadores de cumplimiento Régimen Contributivo periodo 2005-2007	61
Tabla 5. Consolidado indicadores de cumplimiento Régimen Subsidiado 01 de Abril de 2006 al 31 de Marzo de 2007	64
Tabla 6. Consolidado de actividades por aseguradora y Régimen	68
Tabla 7. Relación de números de contratos suscritos por Aseguradora Régimen Subsidiado	71

	Pág.
Tabla 8. Dificultades en el proceso de contratación	73
Tabla 9. Estimación de costos de las actividades programadas vs. las actividades reportadas Régimen Subsidiado 01 de Abril de 2006 al 31 de Marzo de 2007	79
Tabla 10. Valor UPC años 2005-2006-2007	81
Tabla 11. Estimación de costos de las actividades programadas Vs. las actividades reportadas Régimen Contributivo años 2005-2007	82

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Proceso de contratación Régimen Subsidiado	69

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Factores del Modelo de Sistema Viable	20
Gráfica 2. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud	34
Gráfica 3. Diseño macroorganizacional del sector salud Colombiano	36
Gráfica 4. Triángulo de Hierro	38
Gráfica 5. Sistemas del Modelo Viable	43

INTRODUCCIÓN

Con el fin de abordar de manera eficaz el estudio e investigación del Sector Salud Colombiano y en particular de los programas de Promoción y Prevención, se hizo necesario ubicar los mismos dentro del entramado de las relaciones propias de la organización de salud en la cual ejerce sus funciones, es decir, dentro de lo que se denomina la Macroorganización del Sector Salud.

Al adoptar este enfoque se pretendió profundizar en el entendimiento del funcionamiento Macroorganizacional del Sistema General de Seguridad Social de Salud de Colombia en lo concerniente a la Promoción y Prevención, desde el análisis del conjunto de interrelaciones propias de la misma, después de la implementación de los lineamientos establecidos en la Ley 100 de 1993 y hasta el año 2007, con el propósito de caracterizar los efectos que sobre la implementación y desarrollo de los programas de Promoción y Prevención de la Salud en Colombia, ha tenido el Diseño Macroorganizacional del sector, para lo cual se dirige la atención hacia la organización de la atención de salud, como determinante decisivo e infravalorado del éxito o fracaso de los mismos, no olvidando que un mejor conocimiento de esta, a nivel de sistema, brinda las herramientas necesarias para el diseño de estrategias destinadas a pensar en mejoras en el desempeño del diseño, llevando a proponer (si se requiere) un ajuste del actual diseño macroorganizacional de los programas de Promoción y Prevención.

Es por esto, que el interés que motivó a realizar esta investigación, fue el indagar acerca del por qué, a pesar de que a la Promoción y Prevención, a nivel legislativo y social, se le ha dado las bases y relevancia, que la han catalogado como el eje del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la realidad se observa deficiencias, problemas de acceso al servicio, desequilibrios y tensiones al interior del Sistema Macroorganizacional, que por cierto, se ha convertido en un complejo entramado de relaciones e interrelaciones, lo que ha conllevado a difuminar la especificidad del verdadero propósito de la Promoción y Prevención, “el ser entendida como bienestar y no como ausencia de enfermedad”.

Es así, como para tratar de vislumbrar la realidad de los programas de Promoción y Prevención en Colombia, se llevó a cabo un estudio de caso, para el cual se trabajó con el Departamento de Cundinamarca, teniendo como fuente de información los datos de cumplimiento y de ejecución de recursos por concepto de programas de Promoción y Prevención suministrados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, los cuales para el Régimen Subsidiado correspondían a la vigencia 01 de Abril de 2006 al 31 de Marzo de 2007, y para el Régimen Contributivo a los años 2005 – 2006 y 2007.

Ahora bien, para complementar el análisis, se estudio cada una de las relaciones existentes entre el Diseño Macroorganizacional y los programas de Promoción y Prevención, utilizando para esto la herramienta cibernética del Sistema de Modelo Viable (MSV), herramienta que busca diseñar y/o diagnosticar la viabilidad de la organización, es decir, la habilidad que tiene esta para responder de manera efectiva a los estímulos no previstos y ante los cuales puede desarrollar, aprender o asimilar nuevos mecanismos para adaptarse o sobrevivir.

Con la utilización de esta, se determinó lo adecuado del actual diseño del sector salud Colombiano en materia de Promoción y Prevención.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Al discutir la eficacia de las intervenciones de salud en la población, a menudo se hace una distinción muy clara entre los servicios “preventivos” y los “curativos”, es así como a los servicios preventivos además de atribuírseles características en el desarrollo de estrategias en el ámbito comunitario o poblacional en aras de mejorar la salud de la comunidad, son considerados como bienes públicos que a menudo contrastan con la atención curativa centrada en el individuo. Por su importancia social, son la base del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, por lo que requiere que el sistema, y más específicamente la salud pública se reestructure y adapte su funcionamiento y capacidad de respuesta a las nuevas necesidades de las personas a nivel individual (OPS - OMS, 2006, 3)

Es así como la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, le da a la salud esa perspectiva contemporánea de ser asumida como un capital social, donde la cobertura universal en el aseguramiento, la consecución de coberturas útiles de vacunación y los mayores logros en atención materno infantil, entre otros temas prioritarios, son las metas claves del sector (Ibíd.,4)

No obstante lo anterior, en la realidad se esta lejos de lograr con esta premisa. El sector salud Colombiano hoy en día padece de una limitación del acceso al servicio, básicamente de aquellos grupos poblacionales vulnerables y/o sin capacidad de pago, situación que además de provocar aumento de la carga económica de estas familias por concepto de atención de salud; horas de trabajo y de productividad perdidas, a consecuencia de enfermedades y trastornos

prevenibles; esta provocando serios problemas de salud pública, con su consecuente persistencia de la pérdida de bienestar (Ministerio de la Protección Social, 2003, 27)

El diagnóstico de la situación actual de la salud pública Colombiana no es alentador, debido a la incidencia de enfermedades prevenibles como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la isquemia pulmonar, el VIH SIDA, entre otras. Dentro de la estructura de la mortalidad para el año 2002, las enfermedades crónicas no transmisibles representaron el 59.2% del total de las muertes. Las producidas en su mayoría por enfermedades cardiovasculares sobrepasaron el total de muertes por causas externas (violencia y accidentes), seguidas por los tumores, superando incluso al conjunto de las enfermedades infecciosas transmisibles. Dentro de estas enfermedades, las mayores tasas de mortalidad son debidas al infarto agudo del miocardio, la hipertensión y las enfermedades cerebro vasculares (Ibíd., 29). Toda esta situación ha generado desequilibrios al interior del Sistema Nacional de Salud, provocando nuevas problemáticas y tensiones, dando lugar a una guerra de poderes entre la “racionalidad económica” y la “racionalidad social” cuyo desenlace, al interior de las organizaciones de salud, ha sido el triunfo de la primera en detrimento de la segunda (Aceros, 2003, 15).

Sumado a lo anterior, el inmenso campo de acción en el que se desenvuelve el nuevo Sistema (territorio nacional), el complejo entramado macroorganizacional, así como las normas y procedimientos, creados, recreados e interrelacionados, con el fin de garantizar “los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana” (Ley 100 de 1993, artículo 1), entre los cuales se encuentra el bienestar y la salud; la gran cantidad de entidades vinculadas, sus complejas características, sus diversos componentes, sus procedimientos y actores, hacen del Sistema de Seguridad Social en general y del Sistema de Salud en particular, ordenamientos

supremamente heterogéneos, en cuyo interior se presentan grandes tensiones, conflictos e intereses, de alta complejidad, situación preocupante, que sumada a la evidente falta de supervisión de las EPS y ARS (Cardona,1966, 47-50); al escaso conocimiento de los alcaldes en materias de salud pública (Kroeger, Ordóñez, 2002, 450-458), a los problemas de aspecto económico y de financiamiento (Jaramillo,1998, 86-87), a la escasa educación del usuario (comunidad) acerca de sus derechos¹ y deberes en cuanto a salud se refiere, a la falta de liderazgo de las Secretarías de Salud y a la asimetría en la información, entre otras, han colocado al país en una larga fase de contracción del gasto, que lleva al sector salud a grandes desequilibrios, rezagando sustancialmente no solo la modernización de la organización sectorial, si no la de sus recursos humanos y estilos de gestión, llevando a ineficiencia, situación que lacera de manera directa la prestación de los servicios básicos relacionados con Promoción, Prevención y Rehabilitación, provocando la innegable existencia de la dificultad de entender el verdadero dominio de la actividad de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, entendidas como bienestar y no como ausencia de enfermedad.

Esta falta de especificidad y de dominio de actividad ha ocasionado una difuminación de responsabilidades y de roles por parte de actores sociales y gubernamentales.

Lo analizado anteriormente, lleva a establecer que el problema base de esta investigación es el analizar y entender el juego macroorganizacional del Sector Salud Colombiano y su influencia en el desarrollo e implementación de los programas de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Por lo anterior, las preguntas que se hacen al problema de investigación son:

¹ El concepto de ciudadanía y de participación ciudadana, pone un especial énfasis en lo que se refiere a la dimensión de los derechos y responsabilidades y al desarrollo de virtudes cívicas que aseguren la conformación de una ciudadanía activa.

¿El Diseño Macroorganizacional del Sector Salud Colombiano es el adecuado, para la implementación de los programas de Promoción y Prevención?

El juego macroorganizativo que se da al interior del sistema, ¿Cómo esta influyendo en la implementación de la Promoción y Prevención?

¿Cómo se establece el triángulo de hierro del juego macroorganizativo en el sector salud en lo referente a la Promoción y Prevención?

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

- Caracterizar los efectos que sobre la implementación y desarrollo de los programas de Promoción y Prevención en salud ha tenido el actual Diseño Macroorganizacional, del Sector Salud Colombiano

2.2 ESPECIFICOS

- Representar la estructura, las actividades, interrelaciones y flujos de información en la Macroorganización del Sector Salud Colombiano en lo referente a Promoción y Prevención
- Entender de forma detallada las relaciones existentes que se dan al interior de los sistemas microorganizativos (funciones de tipo administrativo, sus formas de operar y responsables) que operan dentro del espacio político-institucional del sector salud y su influencia en el Diseño Macroorganizacional, en lo referente a Promoción y Prevención.
- Identificar la situación actual de los programas de Promoción y Prevención de la Salud en el Departamento de Cundinamarca, sus tendencias, falencias y aciertos, y el grado de articulación Macroorganizacional entre el nivel subnacional y el nacional, con relación a los mismos.

3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

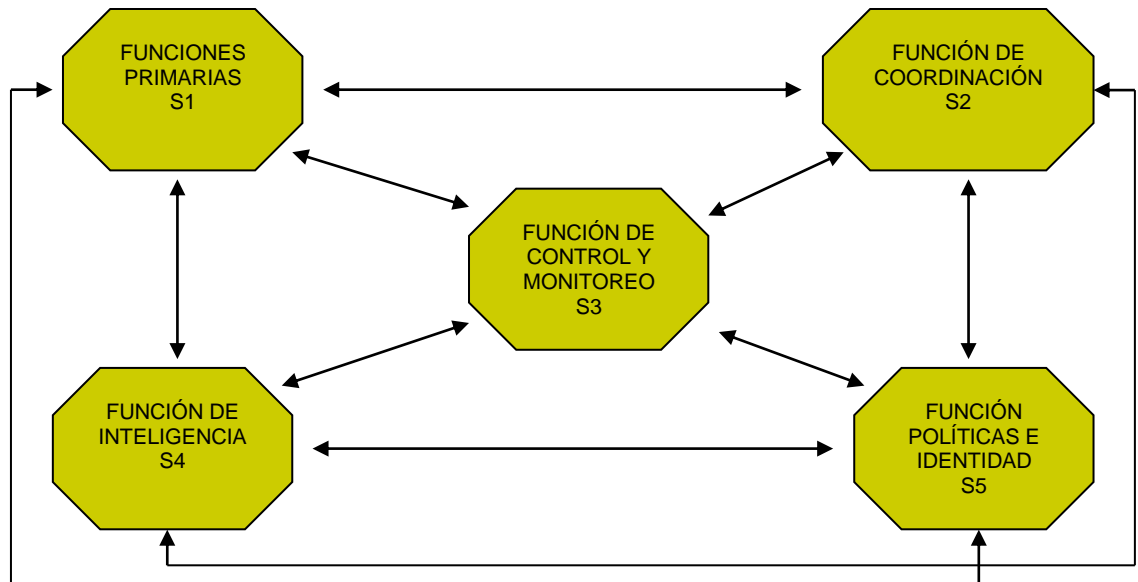
Para el desarrollo de la investigación, se tomó al Sector Salud Colombiano desde una visión de Macroorganización, en donde se hizo necesario conocer no solo la evolución del sistema, desde una perspectiva de análisis y exploración de los fenómenos de cambio, sino las interrelaciones suscitadas al interior de la misma y con su entorno, teniendo en cuenta, que el Sector Salud, en lo referente a Promoción y Prevención, actúa como un “Sistema Autorregulado²”, debido a que relaciona sus acciones con las metas propuestas.

Es así, como se decidió trabajar con la herramienta denominada **Modelo de Sistema Viable (MSV)**, la cual fue diseñada por el inglés Stafford Beer. Por medio de esta se llevó a cabo el desdoblamiento de la complejidad del sector salud Colombiano y se analizó la situación de los programas de Promoción y Prevención en el Departamento de Cundinamarca (desde los indicadores de cumplimiento, el proceso de contratación y el aspecto financiero) teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud (hoy de Protección Social). Es así, como se trabajó con los siguientes factores (Gráfica No.1).

² Son sistemas que poseen un tipo de regulación o control sobre sus propias acciones, es así como relacionan acciones con metas.

Gráfica No.1

FACTORES DEL MODELO DE SISTEMA VIABLE



Fuente: Autoría de la Investigadora

3.1 ANÁLISIS DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL – REGLAS DE DIRECCIONALIDAD (misión de los programas de Promoción y Prevención)

Se determinó las **FUNCIONES PRIMARIAS** del modelo, para lo cual se requirió:

- Determinar y analizar la estructura y funcionamiento del actual modelo en lo concerniente a Promoción y Prevención.

- Describir cada una de las áreas funcionales del diseño y sus responsabilidades frente a los programas de Promoción y Prevención.
- Establecer las relaciones del sector con el ambiente (entorno)

3.2 MODELAMIENTO DE LIMITES ORGANIZACIONALES - REGLAS DE GOBERNABILIDAD (competencias y capacidades de la organización)

Se identificaron las actividades principales (primarias) de cada nivel estructural de la macroorganización en lo concerniente a PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, para lo cual se llevó a cabo:

- Desdoblamiento de la complejidad del Sistema en subsistemas. Para lograr este objetivo se trabajó con base en la clasificación realizada por Montes & Espinosa, de la Universidad de los Andes, los cuales desdoblan el sistema de salud en los siguientes niveles:

NIVEL 0 - El Sistema General de Seguridad Social en Salud como un todo.

NIVEL 1 - Se encuentran las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, al igual que las Aseguradoras.

NIVEL 2 - Se encuentran las IPS en sus diferentes niveles de complejidad.

3.3 DEFINICION DE IDENTIDAD - REGLAS DE DEPARTAMENTALIZACIÓN (estructura organizativa)

Se identificó la razón de ser de los programas de Promoción y Prevención, en el juego macroorganizativo, estableciendo su actividad, permitiendo de esta manera conocer su función como bien público.

Para llevar a cabo con este paso se requirió:

- Conocer a los actores, proveedores y clientes, que intervienen en el proceso de la implementación de los programas de Promoción y Prevención.
- Establecer las relaciones entre ellos, en el juego macroorganizacional

3.4 FUNCIONES DE REGULACIÓN - REGLAS DE RESPONSABILIDAD

Se identificaron las actividades de control y regulación y se analizó su afectación en la adecuada implementación de los programas de Promoción y Prevención de la Salud, para lo cual se requirió identificar y analizar la institucionalidad (reglas de juego) en cuanto Promoción y Prevención.

La metodología anterior, sirvió para visualizar la importancia de la Promoción y la Prevención y su razón de ser dentro del Sistema General de Seguridad Social en

Salud, y permitió llevar a cabo el desdoblamiento de la complejidad organizacional del Sistema General de Salud como un todo, en donde los programas de Promoción y Prevención fueron tratados como un Subsistema, buscando determinar de esta manera la adecuación, recomendaciones y mejoras al modelo operante.

Esta herramienta de observación de análisis organizacional, que fue utilizada en el Departamento de Cundinamarca, ayudó a determinar la autonomía de la Entidad Territorial dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo como base los resultados obtenidos al analizar los indicadores de cumplimiento, el proceso de contratación y la situación financiera del mismo, lo que vislumbró la calidad de la comunicación, de las relaciones, de la coordinación y del control, existentes entre los diferentes subsistemas y actores del departamento, y de estos con el entorno, aspectos fundamentales que determinan la viabilidad del ente territorial a nivel macroorganizacional.

4. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DEL TIEMPO

La investigación en salud a través de la historia, ha estado enfocada en lo social, donde el método clínico ha tenido gran protagonismo, constituyendo la actividad particular o individual final: **“La atención”**, que puede ser preventiva, curativa y de rehabilitación. El método epistemológico tradicional aportó tanto el componente empírico (demostración práctica) como la teoría biológica poblacional, ítems que dieron origen a tres procesos íntimamente relacionados: a) salud – enfermedad b) servicios de salud y c) conocimiento científico, procesos que erigieron uno de los paradigmas biomédicos más sólidos: *“La enfermedad causada por un factor podía ser resuelta por otro factor tanto o más poderoso: LA MEDICINA”* (Quevedo, 1990, 82)

El modelo **salud – enfermedad** no ha cambiado con el avance del conocimiento científico ni con la explicación de la enfermedad³, aunque fue útil a la salud pública para organizar los programas de control de las enfermedades infecciosas; no ha sido eficaz para explicar y controlar las enfermedades crónicas, que comienzan a dominar los perfiles epidemiológicos de casi todos los países de la región (Ibíd., 82).

³ Entendida como la ruptura de la relación entre agente, huésped y medio ambiente.

Esta insuficiencia ha generado nuevas propuestas de conceptualización del proceso salud - enfermedad, siendo la más novedosa la del concepto global de la salud o "concepto del campo de la salud", propuesto por Laframboise y expresado y aplicado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar del Canadá, en 1974. Según esta concepción global, la salud está constituida por cuatro elementos principales: **la biología humana** (aspectos internos del individuo), **el medio ambiente** (factores externos que inciden en la salud y que escapan al control individual), **los hábitos o estilos de vida** (factores relacionados con el modo de vida del individuo) y **la organización de los servicios de salud** (planificación y producción de servicios, en busca de un objetivo, efecto o resultado, por medio de actividades normadas, las cuales exigen la intervención de recursos humanos, físicos y financieros) (OPS, 2006, 3-5).

El servicio de salud así formado y compuesto por una parte ambulatoria y otra hospitalaria, debe responder a una ley social, planificada de acuerdo con las necesidades crecientes de la población, con el fin de que sea igualitario y justo.

Los gobiernos, conscientes de esto, han guiado su inspiración política hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad, promocionando la salud y haciendo partícipe a la sociedad en el proceso (OMS-OPS, 2006, 1)

Uno de los primeros gobiernos en trabajar el autocuidado fue el Canadiense, el cual en 1976 mediante **la Conference of Deputy Ministers of Health of the ten Canadian provinces** fundó la **Canadian Task Force on Preventive Health Care**, cuya principal finalidad era determinar cómo el examen periódico puede potenciar y proteger la salud de los canadienses, así como recomendaba un plan de medidas de prevención que cubría toda la vida de las personas (Vélez, 2000, 87).

De la misma manera, organismos de talla mundial como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han hecho especial énfasis en la importancia que tiene la Salud Pública en general y la Promoción y Prevención en particular, para los Sistemas de Salud. Es así como la carta de Ottawa de 1986, hace hincapié en el carácter intersectorial de la Promoción de la Salud, así como en la importancia del empoderamiento de la comunidad en este proceso. (Centro para el desarrollo y evaluación de las políticas y tecnología en salud pública, 2005, 15).

En estos últimos 20 años la Carta de Ottawa continua siendo una guía de inspiración política de muchos gobiernos, organismos internacionales, universidades, múltiples sectores, así como de la sociedad civil en su objetivo de mejorar las condiciones de la salud y promover la equidad (OPS-OMS, 2006, 5).

En el año de 1992, en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llevada a cabo en la ciudad de Santafé de Bogotá, se consideró como un desafío de la salud en América Latina *"el transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como el trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo"* (Vélez, 2000, 86).

Los anteriores pronunciamientos nos llevan a abordar una definición de la Promoción de la Salud; que al respecto anota Franco:

"Etimológicamente, promoción es la acción de promover y promover es impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer más asequible algo... Promoción es acción. Y esto es fundamental: cuando se habla de promoción, se está en el territorio de la acción, de acciones coordinadas con una dirección y una finalidad.

La promoción es un conjunto de acciones articuladas, orgánicas y orientadas a una finalidad específica" (Franco, Ochoa, Hernández, 1995, 3).

El concepto de Promoción de la Salud parte de "una visión holística del proceso salud-enfermedad, de una visión no fundamentada sólo en aspectos patológicos y morbosos, sino de la que concibe la salud y la enfermedad como parte de un ciclo vital humano. Es así, como el modelo biologista que durante mucho tiempo influyó en la prestación de servicios de salud, aquel que entraba a entender y atender a la persona en sus procesos de enfermedad, y que marcó indudablemente el saber de los trabajos en la salud en todos los niveles de atención, tiende en los últimos años a perder peso, a carecer de tono" (Vélez, 2000, 87).

Ahora bien, la Prevención de la enfermedad, es vista como una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde la perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema de Salud (OMS, 1998, 13)

De acuerdo con lo anterior, la Prevención es aquella acción que por lo general se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo⁴ identificables, asociados con frecuencia a diferentes conductas de riesgo (Redondo, 2004, 7).

La Prevención de la enfermedad, presenta tres niveles, correspondientes a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad, a saber (Konblit, 2000, 8):

- **Nivel Primario** – Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud. Es así como en este nivel se encuentra los programas que contemplan, vacunación y programas educativos.

⁴ Variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarla.

- **Nivel Secundario** - Medidas orientadas a detener o retardar el proceso de una enfermedad o problema de salud, ya presentes en un individuo, como por ejemplo las pruebas de tamizaje.
- **Nivel Terciario** - Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. Ej.: Educación, control y tratamiento de enfermedades crónicas.

Hoy día, en Colombia, impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; se propende por una concepción de salud, fundamentada en parámetros positivos, donde indicadores como: nivel de vida, desarrollo social, económico, cultural, personal, llegan a ser determinantes de las condiciones de los ciudadanos.

5. CONCEPTO DE MACROORGANIZACIÓN

El concepto de Macroorganización desarrollado por Matus⁵ permite comprender la interacción entre dos o más organizaciones o instituciones regidas por reglas que no implican relaciones de jerarquía entre ellas.

Para entender este concepto, Matus distingue tres elementos, que interactúan entre sí, y a su vez hacen parte del capital social:

- El capital humano,
- El capital material y
- El capital organizativo.

El primero compuesto por los valores, ideologías y conocimientos de las personas; el segundo tiene que ver con los recursos físicos y medios materiales, y el último con la tradición y los valores que dominan las prácticas de trabajo, así como los avances que presenten las ciencias de la organización y las reglas del juego macroorganizativo (Matus, 1996, 24-25)

La interacción de estos tres tipos de capital genera dentro de las organizaciones, dinámicas de superación o estancamiento que difieren entre sí según qué tipo de capital esté mejor conformado o si existe un equilibrio entre ellos. Pero, en todo

⁵ Matus Carlos, "Sobre la Teoría de las Macroorganizaciones"

caso, el capital humano tiene preponderancia, en cuanto existe una estrecha correlación entre un déficit de capital humano y un déficit de capital organizativo, de tal manera que para superar el estancamiento debe invertirse en capital humano; y porque, de otro lado, la formación de capital material depende en buen grado del capital organizativo (Ibíd., 24-25)

Especificado lo anterior, Matus define los conceptos de Organización y Macroorganización, esenciales dentro de su planteamiento, en la siguiente forma:

- **Organización:**

“...Interacción humana que cumple una misión estable sometida a las reglas de un sistema macroorganizativo y a unas reglas internas que precisan las primeras dentro de sus fronteras. Su funcionamiento implica un esfuerzo colectivo y coordinado en interacción con otras organizaciones del sistema. En este sistema, cada organización es un departamento de la macroorganización, con un espacio práctico y reconocido de operación” (Ibíd., 27)

- **Macroorganización:**

“...Es un conjunto de sistemas microorganizativos que operan en un espacio político- institucional según las reglas de direccionalidad, departamentalización, gobernabilidad y responsabilidad que establece el juego macroorganizativo. La macroorganización es un juego donde cada organización participante es un jugador con un grado relevante de autonomía. Entre jugadores no hay relaciones de jerarquía (Ibíd., 36)

La diferencia fundamental entre una micro y una macroorganización reside en que en la segunda, “nadie tiene el mando máximo absoluto sobre las organizaciones que las integran. Por el contrario, se trata de un juego que encuentra su equilibrio

en la legitimidad de los campos operacionales y en las relaciones de fuerzas entre varias organizaciones, con varios poderes y varios gobiernos. La coordinación se logra por el equilibrio y adecuación de reglas” (Ibíd., 36-37).

Un elemento común tanto a las organizaciones como a las macroorganizaciones son las reglas de juego, pues las interacciones humanas que se dan entre los miembros de una organización y las relaciones entre organizaciones que se observan dentro de una macroorganización dependen de las reglas de juego imperantes.

Al respecto Matus distingue cuatro tipos de reglas comunes a los sistemas micro y macroorganizativos, de cuya calidad dependerá la eficiencia y la eficacia de toda la gestión del respectivo sistema, ellas son (Ibíd., 27-35-36):

- **Reglas de *direccionalidad***, que definen la misión o misiones.
- **Reglas de *departamentalización***, que definen la estructura organizativa al determinar cuántas y cuáles son las organizaciones.
- **Reglas de *governabilidad***, cuyo papel es definir las competencias y capacidades de cada organización o departamento y, por tanto, el poder que se le asigna a cada uno de ellos.
- **Reglas de *responsabilidad o de rendición y cobranza de cuentas***, que determinan la responsabilidad por el desempeño y, además, que el sistema organizativo sea de alta o baja responsabilidad, aspecto esencial para la calidad de la gestión.

Estas reglas, dan origen a tres fuerzas o actores sociales que regulan el llamado “Juego Social”, y que interactúan entre sí conformando el denominado “**triángulo**

de hierro del juego macroorganizativo”. Dichas fuerzas son: El sistema de formación de agenda del dirigente, el sistema de petición y rendición de cuentas, y el sistema de gerencia por operaciones. Estos tres sistemas y, por tanto, el “triángulo de hierro” que ellos conforman, determinan la calidad de la gestión de la macroorganización, siendo el más importante para Matus el de petición o rendición de cuentas (governabilidad), toda vez que este, es una de las herramientas más importantes con las que cuenta la macroorganización para crear un entorno favorable en aras de mejorar las condiciones de vida de las personas.

De tal manera que, simplificando las cosas, se tiene que las reglas de responsabilidad determinan el sistema de petición y rendición de cuentas, y éste a su vez domina el juego macroorganizativo y por ende la calidad de la gestión; es, por tanto, el sistema rector.

Aplicando los anteriores planteamientos al Sector Salud Colombiano, es evidente que el conjunto de su institucionalidad constituye un juego Macroorganizativo, por cuanto las organizaciones (microorganizaciones) comprendidas en esa institucionalidad responden a distintos mandos e intereses, pero a unas mismas reglas generales (normas), entre ellas la Constitución Política, la diferentes legislaciones, y como es obvio, las reglas formales e informales que determinan la relación política.

6. DISEÑO MACROORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD COLOMBIANO

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se establecen nuevos criterios de funcionamiento y estructuración del Sistema de Salud Colombiano, con un único fin: solucionar los problemas críticos del sector, a saber: baja cobertura, inequidad e ineficiencia (Conpes, 2002, 5).

Es así, como la nueva Ley introduce el esquema del aseguramiento, y con este el de las Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS), las cuales tiene como función la afiliación y recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) (Ley 100, art.177). Por su parte las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son contratadas por las EPS, para que brinden la atención de los servicios en salud a los usuarios del sistema. Bajo este esquema las EPS compiten por la afiliación de los usuarios, y las IPS por ser escogidas para la prestación de los servicios (Contreras, Gorbaneff, Torres, 2004, 90).

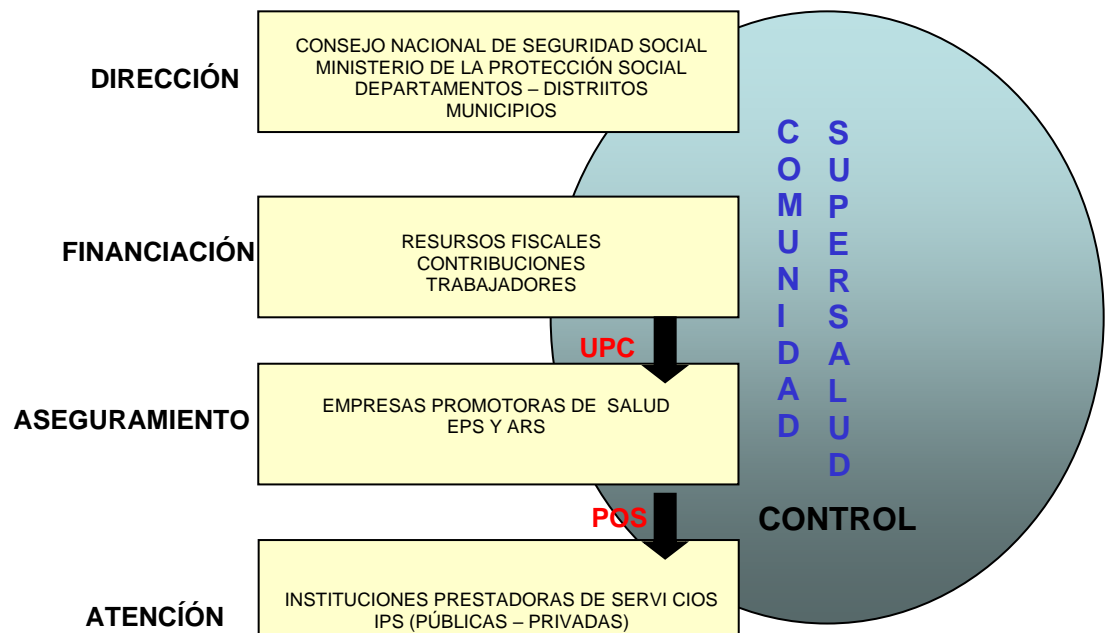
De acuerdo con lo anterior, el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Colombiano, se caracteriza entonces porque el acceso a los beneficios se hace a través del aseguramiento, siendo las aseguradoras las organizaciones que llevan a cabo con dicha actividad, sirviendo de intermediario entre los clientes (usuarios) y las IPS, además de que tienen la libertad de organizar la prestación de los servicios a sus afiliados, ya sea por medio de sus

propias IPS o contratando con IPS y profesionales independientes existentes en el mercado (Ibíd., .90).

La estructura del SGSSS, se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica No.2

ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: Cendex (Centro de proyectos para el desarrollo), Reforma Colombiana de salud basada en el mercado: Una experiencia de “Manager care y managed competition”

El sistema así conformado, funciona entonces como un mercado regulado (Enthoven y Singer, 1997, 10), que se encuentra bajo la vigilancia y control del Ministerio de la Protección Social, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y de la Superintendencia Nacional de Salud.

El sistema cuenta además con una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social y coordinada por el CNSSS, denominada FOSYGA, la cual se maneja por encargo fiduciario. Tiene por objeto cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito (Ley 100, artículo 155), garantizando la compensación

entre las personas de distintos ingresos y riesgos con el fin de lograr la solidaridad del sistema (Ibíd., 10).

Forman parte del fondo las subcuentas de compensación interna del régimen contributivo de solidaridad, del régimen subsidiado en salud, de promoción de la salud, del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (Ley 100, artículo 218). El recaudo de las compensaciones es responsabilidad del FOSYGA, pero el fondo por ley delega esta función en las aseguradoras (Ley 100, art. 155).

Aunado a lo anterior, a nivel territorial (descentralizado), la ley 100 de 1993, le propició al sector salud un cambio de rol, caracterizado por la transferencia de la función de provisión de servicios y por el fortalecimiento en el desarrollo de políticas de salud.

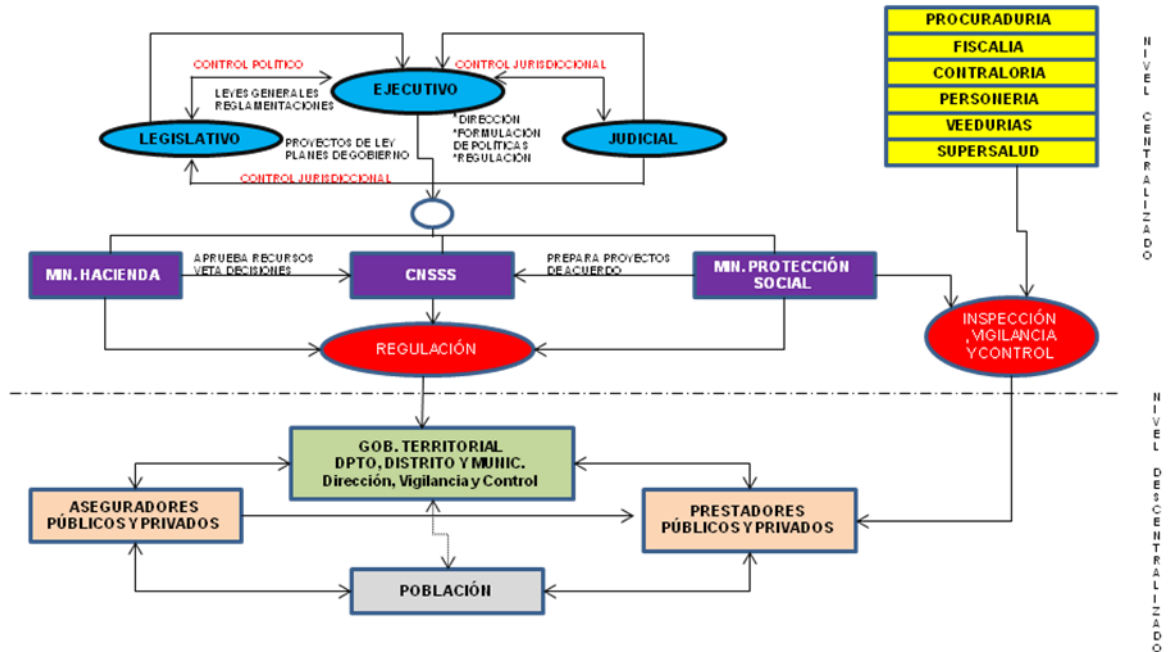
Es así, como el nuevo Sistema de Salud, además de reunir a todos los componentes y procesos integrantes del servicio, integra dentro de la jurisdicción de cada una de las entidades territoriales a las instituciones de dirección con las organizaciones responsables del aseguramiento de los afiliados y de la organización de los servicios (Ministerio de Salud, 1995, 65)

Al interior de esta integración confluye múltiples funciones y relaciones del sistema, como son: dirección, asesoría, control, aseguramiento, organización y prestación del servicios (Ibíd., 35). El complejo entramado propio de la interacción entre estas organizaciones, dio origen a una de las macroorganizaciones más complejas del Estado⁶, como se observa en la Gráfica No.3.

⁶ Para efectuar el análisis del Diseño Macroorganizacional, se tomó de manera inicial, adaptándolo al propósito del trabajo de investigación, el esquema teórico desarrollado por Carlos Matus. La pertinencia y utilidad de este marco teórico son claras, debido a que esta investigación estuvo orientada al estudio de la Macroorganización del Sector Salud Colombiano, centrándose por su importancia social y sectorial en los programas de Promoción y Prevención, por lo que es necesario utilizar un esquema de análisis que tenga en cuenta, entre otras cosas, que las reglas

Gráfica No.3

DISEÑO MACROORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD COLOMBIANO



Fuente: Cendex (Centro de proyectos para el desarrollo) "Reforma Colombiana de salud basada en el mercado: Una experiencia de "Manager care y managed competition"

La gráfica anterior muestra la organización del sector salud a nivel macro y microorganizacional. En esta se visualiza la ubicación y las relaciones que existen entre las organizaciones (microorganizaciones) que conforman el mismo y de estas con la población.

De acuerdo con lo anterior, al hablar de la macroorganización del sector salud, nos referimos a la combinación de distintos tipos de organizaciones que se

de interacción que lo rigen no correspondan a relaciones jerárquicas. Este marco lo entrega la Teoría de las Macroorganizaciones.

encuentran inmersas en el mercado estructurado de la salud, y cuyo comportamiento define las reglas del juego del sector.

7. MODELAMIENTO DE LOS NIVELES ESTRUCTURALES DE LA MACROORGANIZACION DEL SECTOR SALUD EN LO REFERENTE A PROMOCION Y PREVENCION

La organización del sector salud Colombiano debe ser entendida como un conjunto de actores que la conforman y de roles que se asumen (Tobar, 2002, 2). En tal sentido es necesario que el sistema sea dimensionado desde la perspectiva del Estado, el Asegurador, el Prestador y el Usuario, en el marco de unas políticas sociales definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. El esquema de dicha relación se presenta en el Gráfica No.4.

Gráfica No.4
TRIANGULO DE HIERRO



Fuente: Autoría del Doctor Juan Carlos García Ubaque, Director de esta investigación

Esta gráfica muestra que los actores del sistema cumplen con unos roles específicos, determinados por su ubicación en la macroorganización y por el grado de responsabilidad dentro de la misma. Es así como institucionalmente al ESTADO, se le han dado funciones de gobernabilidad dentro del sector salud, ya que a él le corresponde la conducción política del sector posibilitando la viabilidad del mismo; se observa además que hay unos actores que premian o castigan los resultados de la gestión de gobernabilidad del Estado, estos son el ASEGURADOR y el USUARIO, el primero, por su rendición de cuentas tanto al nivel central (Estado) como al Usuario, y el segundo por su papel como veedor y pedidor de cuentas, tanto al nivel centralizado como al descentralizado. En cuanto al último actor, el PRESTADOR, es el que determina el estilo rutinario y operativo de la gestión diaria de la macroorganización, es decir, es el que desarrolla el plan de beneficios dentro del sector.

La interrelación de estos actores en el juego macroorganizativo, forma el denominado “Triángulo de Hierro” (Matus, 1994, 29), que en últimas es el responsable de la complejidad⁷ de la macroorganización, y de la calidad de la gestión de los programas incluidos los de Promoción y Prevención.

Ahora bien, las funciones de los actores del juego Macroorganizacional, en lo referente a Promoción y Prevención, son múltiples y complejas, lo que permite que cada uno de ellos tenga sus propias reglas de juego y busque su propia identidad⁸, constituyéndose a la vez en proveedores unos de otros (entramado macroorganizacional).

⁷ Factor crítico que hace que la identidad de los programas de Promoción y Prevención no sea homogénea, ni claramente identificable, sino que dependa de las características del usuario - sociedad-, de sus de sus estilos y entornos de vida.

⁸ Hace referencia a la claridad acerca de la actividad que llevan a cabo, su razón de ser e importancia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De conformidad con lo anterior, y con el fin de analizar y entender el juego macroorganizacional en lo referente a Promoción y Prevención, se hizo necesario desdoblar la complejidad de la Macroorganización, por medio de la herramienta del Modelo de Sistema Viable del inglés Stanford Beer.

Es así, como la macroorganización es dividida en cinco subsistemas, para lo que se tuvo en cuenta: funciones microorganizativas, relaciones existentes entre actores y de estos con el entorno y la ubicación de cada uno de los actores dentro de la macroorganización. Igualmente se incluye en el modelo el análisis del entorno y la denominada implementación.

Las definiciones de estos subsistemas según Beer son:

a) Subsistema 1 - Actividades Primarias (S1)

Conformado por las actividades primarias, que son las responsables de producir los productos o servicios implícitos por la identidad de la organización, están en el corazón del modelo recurrente. Los productos de la organización y servicios son producidos en los niveles diferentes de agregación por su integrado primario de actividades y la cadena de valor de la organización en total pone en práctica su objetivo total.

b) Subsistema 2 - Coordinación (S2)

Constituido por los mecanismos encargados de articular los interfaces de sus funciones, de tal manera que añaden valor a las operaciones de sus subunidades primarias. En otras palabras, la coordinación es necesaria entre la adición de valor y las actividades integradas primarias.

c) Subsistema 3 - Control (S3)

Esta enfocado en el “presente” y en la “organización interna”, a la que monitorea. Representa las estructuras y controles dispuestos para establecer las reglas, recursos, derechos y responsabilidades del S1 y para proveer de un enlace con los Subsistemas 4 y 5.

d) Subsistema 4 - Inteligencia (S4)

Está enfocado en el futuro y en el mundo externo (entorno) de la macroorganización. Su principal función es la de prever mecanismos para que la macroorganización se adapte al entorno.

e) Subsistema 5 - Política (S5)

Los papeles principales de la Política es proporcionar la claridad sobre la dirección, los valores y el objetivo de la unidad de la macroorganización; así como diseñar, en el nivel más alto, las condiciones para la eficacia de la misma.

Esta función es por definición la variedad baja (en comparación con la complejidad del resto de la unidad de organización y la complejidad aún más grande del ambiente circundante); por lo tanto tiene que ser sumamente selectiva en la información que esta recibe. Esta selectividad en gran parte es alcanzada por las actividades y las interacciones de funciones de Control y la Inteligencia

f) Entorno

Representado en el modelo a través de formas amorfas, o nubes, indicando que en él ubica todo aquello que es exterior al sistema.

La presencia del ambiente exterior es necesaria para expresar el dominio de la acción del modelo de sistema viable, sin él no hay manera en el cual el modelo se contextualice con respecto a las interacciones internas de la macroorganización.

g) Implementación

Es la plataforma que sostiene al modelo y que da instrumentos a los actores de la organización para que adopten una opinión sistémica de sus procesos de comunicación.

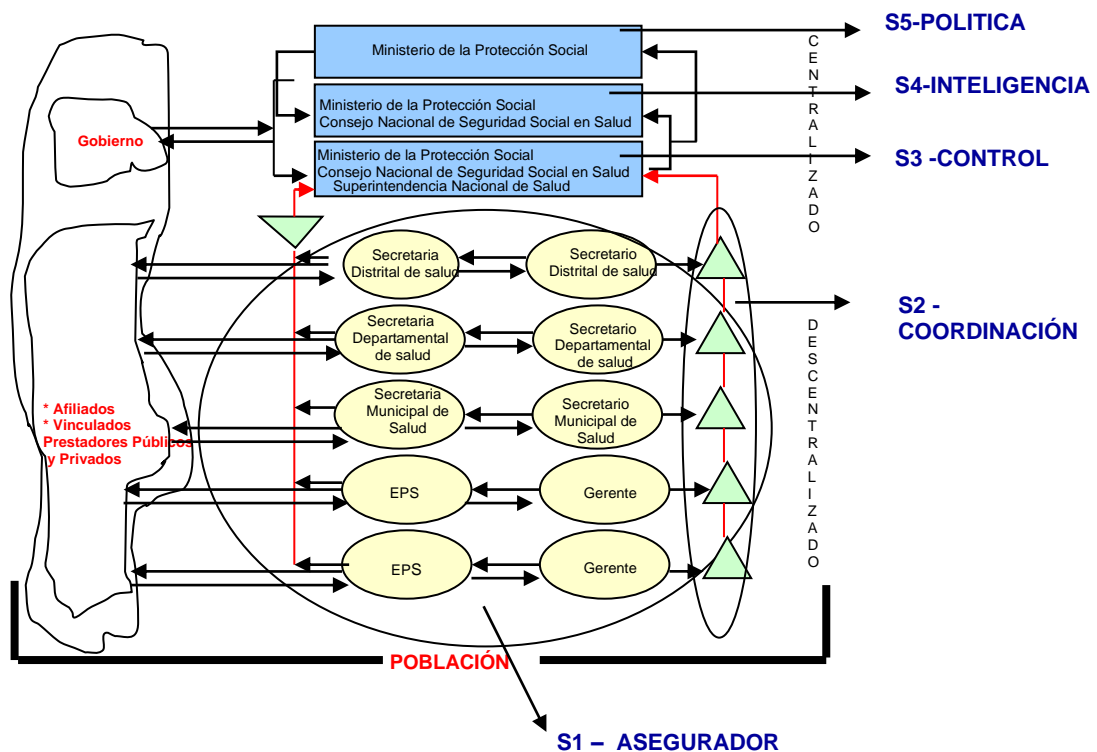
De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se deduce que los S1 y S3 se refieren a “el aquí y el ahora”, el S4 se trata del “allí y el después”, es decir de las respuestas estratégicas a los efectos de las demandas externas, ambientales y del futuro de la macroorganización. El S5 se refiere a armonizar el “aquí y el ahora” con el “allí y el después” para dar directrices a la política. El S2 tiene que ver con la “articulación y versatilidad” del sistema, que en últimas es lo que mantiene a la macroorganización como una entidad viable.

El Gráfica No.5 representa el Modelo de Sistema Viable de la macroorganización del sector salud Colombiano. Esta dividido en dos partes, una centralizada, que corresponde a las entidades encargadas de la dirección, regulación, vigilancia y control del sistema y una descentralizada conformada por las entidades territoriales – municipios, departamentos-, y las aseguradoras.

Se observa además una parte coordinadora (Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud), que integra los dos niveles macroorganizacionales.

El Modelo de Sistema Viable así conformado, representa la estructura, las actividades, interrelaciones y flujos de información dado en la macroorganización, que permite a la misma obtener la flexibilidad que necesita para sobrevivir en medios ambientes rápidamente cambiantes y complejos.

Gráfica No. 5
SISTEMAS DEL MODELO DE SISTEMA VIABLE



Fuente: Autoría de la Investigadora

En la gráfica anterior, se observa con claridad la correspondiente ubicación dentro de la macroorganización de los cinco (05) subsistemas, los cuales se encuentran interconectados entre sí, esquematizándose tal situación por medio de líneas o canales en doble sentido.

Las líneas horizontales representan canales de comunicación y retroalimentación (por eso el doble sentido que se les da en el gráfica) entre actores que se encuentran a un mismo nivel. A su vez las líneas verticales además de representar canales de comunicación, manejan la idea de dirección, de orden y de conexidad entre los diferentes subsistemas macroorganizacionales.

A continuación se analiza cada uno de los subsistemas presentados:

SUBSISTEMA 1 (S1) - ASEGURADOR

Para efectos de este análisis, se consideran que las funciones primarias del sistema corresponden al **ASEGURADOR**, toda vez que es este el responsable de garantizar la ejecución de los planes de beneficios, así como del equilibrio financiero y de la calidad en los servicios, teniendo en cuenta que en el sector hay tres grupos de aseguramiento: Contributivo, Subsidiado y Vinculados. Así las cosas, el subsistema 1 se encuentra a cargo de los entes territoriales (secretarías departamentales, distritales y municipales de salud), Empresas Promotoras de Salud en lo que respecta a Contributivo y las Empresas Promotoras de Salud Subsidiado.

Ahora bien, en lo que respecta a Promoción y Prevención, las actividades primarias que se deben garantizar a la comunidad, son las contempladas en la normatividad vigente que en este momento corresponde a la Resolución 412 de

2000 emanada del Ministerio de Salud (hoy de la Protección Social) y el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las cuales se clasifican en actividades de Protección Específica⁹ y actividades de Detección Temprana¹⁰. En la tabla No.1 se listan las principales actividades de cada grupo.

Tabla No. 1
ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

PROTECCION ESPECIFICA	DETECCION TEMPRANA
Vacunación, según esquema PAI	Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)
Atención preventiva en salud bucal	Alteraciones del embarazo
Atención del parto	Alteraciones del adulto (mayor de 45 años)
Atención al recién nacido	Detección temprana de cáncer del cuello uterino
Atención en planificación familiar a hombres y mujeres	Detección temprana de cáncer del seno
	Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

SUBSISTEMA 2 (S2) - COORDINACIÓN

En el sector salud Colombiano, la coordinación del sistema está en manos de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), ya que son estos los que representan y articulan los canales de información entre el nivel central y el descentralizado y viceversa, y son los que deben garantizar la comunicación entre los actores del SUBSISTEMA 1, que redunde en el adecuado flujo de

⁹ Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

¹⁰ Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

recursos e insumos que permita el cumplimiento de las actividades primarias (plan de beneficios).

Los CTSSS además de encargarse de orientar a los sistemas territoriales en el desarrollo de las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), tienen como función actuar como entes asesores de las direcciones de salud en cuanto a formulación de planes, estrategias, programas y proyectos de salud se refiere. Estos organismos son creados por las entidades territoriales del nivel seccional, distrital y local.

En opinión de algunos autores, se dice que en la actualidad los CTSSS carecen de capacidades técnicas al darle prioridad a la representación de intereses y no de expertos (Restrepo Jairo, 2004). Además su conformación introduce problemas de dependencia entre los poderes públicos y los agentes regulados dando lugar a un juego de intereses (Ibíd.). Estas situaciones dificultan no solo la participación efectiva de estos organismos en la gestión y orientación del Sistema Local de Seguridad Social en Salud, sino que vuelve ineficiente los canales de comunicación entre los actores y los subsistemas macroorganizacionales.

SUBSISTEMA 3 (S3) - CONTROL

En la macroorganización del SGSSS, el S3 está integrado por organismos públicos y agentes de inspección, vigilancia y control. Entre los organismos se encuentran el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el INVIMA, el Instituto Nacional de Salud, las entidades territoriales y los tribunales de ética, los cuales sin perjuicio de sus particularidades deben estandarizar procesos críticos e indicadores para evaluar la gestión de las entidades vigiladas, así como el cumplimiento de las normas constitucionales y legales y demás regulaciones que rigen el sector salud (Decreto 1280/2002), En

cuanto a los agentes, que coadyuvan en el ejercicio de las funciones de control, se encuentran: las revisorías, las auditorías, las veedurías y las asociaciones de usuarios, igualmente se encuentran otras dependencias como las integrantes del Poder Judicial y del Ministerio Público, entre otras.

No obstante la gran cantidad de actores que confluyen, por la razón social innata de la Superintendencia Nacional de Salud, como ente de inspección, vigilancia y control, está ubicado a la cabeza del S3. Ante este organismo los usuarios del sistema pueden presentar quejas por mala atención, baja calidad de los servicios, negación injustificada de afiliación, por cobrar preexistencias sin razón válida o por negar la atención inicial de urgencias. A la Supersalud le corresponde además autorizar la constitución de nuevas EPS y expedirles certificado de funcionamiento. Además de supervisar las tarifas que cobran y la calidad de los servicios.

Adicionalmente, y a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007, a la Supersalud se le atribuye fallar en derecho y en forma definitiva y permanente sobre distintos tópicos que afecten a los usuarios del SGSSS. Algo no definido en esta normatividad fue la descentralización de la entidad, factor que por la complejidad de la macroorganización del sector salud y por las diferencias regionales y geográficas se hace indispensable.

SUBSISTEMA 4 (S4) - INTELIGENCIA

Los componentes a ubicarse en este contexto son: el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el Ministerio de la Protección Social, la academia, las sociedades científicas y las organizaciones que realizan investigación en este campo. Todas ellas deben tener una visión futurista al momento de evaluar el funcionamiento y direccionalidad del sector salud.

Ahora bien, de forma reciente, y gracias a la entrada en vigencia de la Ley 1122/2007, se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) constituida por cinco comisionados, y se le asigna al CNSSS funciones de asesoramiento y consultoría que lo hacen inoperante. Esta decisión, en opinión de algunos actores, concentra el poder en el ejecutivo al ser el Presidente de la República quien nombra a los comisionados, haciendo desaparecer la participación social¹¹, e institucional que contempla el artículo 49 de la Constitución Política Nacional (Tafur,2007, 25).

SUBSISTEMA 5 (S5) - POLITICA

La Constitución Política Nacional de 1991, le encomendó al Estado Colombiano como Estado Social de Derecho, unas acciones específicas relacionadas con la provisión de bienes y servicios públicos, acciones ligadas a procesos políticos dentro de un marco legal y jurídico propio al poder público del Estado. Este Criterio de Fundamentación Política¹², que es el responsable de que el Estado conceptúe y clasifique las necesidades públicas que le corresponde atender y satisfacer, así como establece las competencias de la nación, entes territoriales, comunidad organizada y los particulares para la prestación de servicios públicos, es el que da las bases de la Política de Provisión de Bienes y Servicios. Es así como en la Carta Política Colombiana, además de establecerse la Salud Pública como un servicio a cargo del Estado, indica las entidades responsables de la prestación de los servicios a través de la distribución de aquellos servicios a cargo

¹¹ Necesaria para establecer los enfoques comunitario, familiar y cultural, que hacen parte de la Promoción y Prevención

¹² Se tiene en cuenta para la prestación de los servicios públicos a cargo del Estado, el cual está enmarcado por preceptos ideológicos, filosóficos y deontológico al mismo tiempo relacionados con la competencia radicada en diversos entes estatales, para su prestación según regulación legal.

de la nación (nivel central) y las entidades territoriales (nivel descentralizado), (Art. 286, 311 y 356).

De conformidad con lo anterior y teniendo en cuenta que el Ministerio de Protección Social al ser el ente rector del Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, es el responsable de la implementación de las políticas en el sector, considero que debe ubicarse a la cabeza del Subsistema 5.

ENTORNO

En este se considera a los afiliados, los vinculados, los prestadores de servicios, el resto del Gobierno y los organismos internacionales, estos últimos, desde el punto de vista de los compromisos multilaterales adquiridos por el país que favorecen el cumplimiento de las metas de Salud Pública (los programas de Promoción y Prevención hacen parte de ella). Entre estos se encuentran: la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como las Funciones Esenciales en Salud Pública y los acuerdos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

IMPLEMENTACIÓN

Para efectos de esta investigación, esta plataforma corresponde a la Población, como sujeto básico de los servicios del SGSSS y objeto primario de la función del Estado.

A partir del Modelo de Sistema Viable así establecido, se buscó determinar las relaciones que existen entre los subsistemas ya descritos, lo que permite la visualización de dos aspectos:

- Los problemas que hay entre los diferentes actores que intervienen dentro del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- las fallas que se presentan entre los mismos

Situaciones que podría explicar el que las actividades de Promoción y Prevención no se realicen de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. Estos hallazgos se presentan a continuación.

7.1 RELACIONES ENTRE LOS SUBSISTEMAS DEL MODELO DE SISTEMA VIABLE DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO (SGSSSC)

Lo primero que encontramos al realizar el análisis a nivel del Subsistema 1 y que repercute en la gestión de los programas de Promoción y Prevención, es el número excesivo de resoluciones y normas expedidas por parte de los entes de control y regulación, lo que creemos es el efecto de la descoordinación entre los agentes reguladores, en especial del Ministerio de la Protección Social (Subsistema 5), y la falta de ordenamiento del Subsistema de Inteligencia. Esta situación además de dificultar su total y claro conocimiento y entendimiento por parte de los actores del sistema, crea una maraña institucional caracterizada por vacíos en la asignación de las competencias y de los recursos, provocando confusión de responsabilidades entre el municipio, el departamento y las aseguradoras, lo que termina por debilitar el papel del municipio como evaluador y controlador de las actividades de Promoción y Prevención (Kroeger, 2002, 48) y que hace poco efectivo el sistema de inspección, vigilancia y control (IVC), en manos de la Superintendencia Nacional de Salud (S3), toda vez que la Supersalud, al no contar con oficinas a nivel territorial, requiere de Secretarías de

Salud municipales y departamentales posicionadas y claramente definidas en sus funciones de vigilancia y control, coordinadas armónicamente con el nivel central, las aseguradoras, los prestadores y la comunidad.

Ante este panorama, es de esperar una mayor importancia de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), como instancias coordinadoras (Subsistema 2) del sector. Estos deben propender por la armonización de factores estructurales asociados con las finanzas, la planeación y gestión, la institucionalidad y la participación ciudadana, (Ruiz, 2001, 15) entre los diferentes actores a nivel descentralizado y a nivel central. Esta participación, que es totalmente necesaria en la conformación de las bases de la coordinación, integración y orientación del sistema hacia el logro de sus objetivos constitucionales, se ve afectada, toda vez que la planeación y la descentralización del sector desde su inicio y hasta nuestros días, se ha caracterizado por un marcado corte municipalista y sectorial.

No obstante lo anterior, al examinar el funcionamiento de los CTSSS, se encuentra que el ejercicio de la función de coordinación no es claro, se podría afirmar que está difuminado, lo que no solo afecta e interrumpe los canales de comunicación entre los actores del Subsistema 1 con el entorno, sino que impide la articulación y retroalimentación de políticas, planes y programas de Promoción y Prevención, en dos planos:

- a) El plano intrainstitucional (municipio y departamento) y
- b) El plano extrainstitucional (nivel centralizado)

Igualmente se quebrantan las funciones de inspección, vigilancia y control¹³ del Subsistema 3 en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ahora bien, el paso a seguir es tratar de establecer que posición tiene el Consejo Nacional de Seguridad Social frente a esta situación. Al respecto se parte del hecho de que no existe un pronunciamiento oficial al respecto, por tanto se puede decir que su posición no es clara, pero más aún, al revisar las diferentes actuaciones de este organismo se encuentra que es débil, por su marcada prioridad en el aseguramiento (claramente observable en los informes anuales que pasa al Congreso lo que le da una lógica centrada en la atención de la enfermedad), lo que para nada resulta beneficioso en cuanto a integralidad y coordinación macroorganizacional de los programas de Promoción y Prevención se refiere. Igualmente, porque sus funciones de regulación, administración de

¹³ La Ley 1122 de 2007, en su capítulo VII. Inspección, Vigilancia y Control, adopta las siguientes definiciones:

A. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

C. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

recursos y participación social¹⁴, no resultan del todo compatibles (es juez y parte), presentándose captura de intereses, en contravía con las reales necesidades societales de la comunidad, por lo tanto es importante, en aras de mejorar la coordinación e integralidad del sistema e incrementar la estabilidad en las normas (así se frenaría la hipernormatividad), revisar la articulación de este órgano con los Consejos Territoriales, así como propender por que sea más ente regulador y menos ente administrador y que tenga como prioridad la integralidad del sistema y la coordinación entre los actores del mismo.

Otro aspecto a resaltar en este análisis macroorganizacional, es el tema del aseguramiento cuya lógica (establecida por la Ley 100/93), se pierde totalmente cuando se habla de los servicios de Promoción y Prevención. Se puede decir que la racionalidad del aseguramiento no es compatible con la racionalidad de las actividades costo efectivas, toda vez que el aseguramiento presupone una protección de las contingencias que supongan mayor riesgo financiero para el sector, bajo la lógica de baja frecuencia y alto costo; en contravía con las actividades costo efectivas, las cuales se mueven bajo una lógica de alta frecuencia (prevalencia) y bajo costo (Martínez, Robayo, Valencia, 2002), moviéndose bajo una lógica de mercado que las sitúa en el campo de las externalidades y se les asigna como responsabilidad central del Estado, lo que hacen que salgan de la lógica del aseguramiento en la seguridad social.

Lo dicho anteriormente no demerita la trascendental importancia de la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad en el macroorganización del sector salud, sino que discute la lógica según la cual se asigna esta función al aseguramiento, en el que no se ha tenido en cuenta su importancia en el mediano y largo plazo. En realidad, al no tenerse claridad en la separación de las lógicas de aseguramiento de la enfermedad y costo efectividad de la Promoción y

¹⁴ La Ley 1122 de 2007 mantiene vigentes las funciones del CNSSS, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud (CRS)

Prevención, llegan a afectar a ambas y al contexto en general, corriendo el riesgo de una protección social insuficiente.

Los aspectos aquí analizados, se sintetizan en las matrices a continuación expuestas, las cuales se diseñaron por medio de columnas y filas. En las filas se relacionan cada uno de los subsistemas, a saber: S1-S2-S3-S4-S5. En las columnas además de relacionarse los subsistemas, se incluye al entorno. Las matrices permiten un cruce de la información obtenida (por medio del análisis bibliográfico y entrevistas a personas del sector) de cada subsistema, entre ellos y con el entorno, lo que identifica los problemas y fallas (analizados anteriormente) que se presentan en el proceso de interacción, y que en últimas afectan el adecuado cumplimiento de los programas de Promoción y Prevención.

Analizando las relaciones del Modelo de Sistema Viable del Sector Salud, nos encontramos que a nivel del Subsistema 1 la Promoción y Prevención es incipiente, carece de concreción y de ejecución de sus políticas, factores robustecidos por la baja calidad en los sistemas de información (competencia del Ministerio de la Protección Social), la falta de control (Subsistema 3) del nivel central, y por el desconocimiento de los ciudadanos (Entorno) en cuanto a sus derechos y deberes en Promoción y Prevención.

Esta situación además de evidenciar que a nivel territorial no se da cumplimiento a lo establecido por la normatividad, crea unas barreras de acceso al servicio, en detrimento de la atención preventiva, favoreciendo la atención curativa. Esto ha conllevado a que la población pierda su conciencia sanitaria y a que los entes territoriales no alcancen las metas mínimas obligatorias.

8. ESTUDIO DE CASO – DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Para el estudio de caso de esta investigación se trabajó con el Departamento de Cundinamarca, por su ubicación geográfica y cercanía con el Distrito Capital. Se analizó la información suministrada por el Grupo de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, correspondiente a los 116 municipios del Departamento, durante el periodo comprendido entre el año 2005 y el 2007, para Régimen Contributivo, con una población de Seiscientos Setenta y Ocho Mil Ochocientas Cincuenta y Nueve (678.859) personas, y del 01 de Abril 2006 – al 31 de Marzo de 2007, para el Régimen Subsidiado, el cual para el año 2005, contaba con una población de Setecientos Cincuenta Mil Quinientos Cuarenta y Siete (750.547) beneficiarios.

Es importante aclarar que en cuanto a los Vinculados, los cuales están plenamente identificados, alcanzando un total de Novecientos Once Mil Cuatrocientos Ochenta y Ocho (911.488) personas, el ente territorial por medio de subconvenios realizados con la red prestadora de servicio de salud les garantiza el servicio de salud demandado, entre estos los de Promoción y Prevención. Estos son financiados con recursos de subsidios a la oferta. Esta población tiene derecho a los servicios incluidos en el POS Subsidiado (POS-S), conforme a lo establecido en el artículo 3 del Decreto 2131 de 2003. Este Régimen no fue analizado, toda vez que no se contaron con datos para llevar a cabo con dicho proceso.

La información fue analizada desde tres perspectivas:

- a) Indicadores de cumplimiento de metas de los programas de Promoción y Prevención, de conformidad con la Resolución 412/2000
- b) Contratación
- c) Aspecto Financiero

8.1 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

Se analizó la información facilitada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, consistente en el informe de ejecución de actividades contempladas en la Resolución 412 del 2000¹⁵.

Con el fin de evaluar cada una de las actividades de Promoción y Prevención, se utilizó una escala de calificación que va desde Muy Deficiente hasta Óptimo, pasando por Deficiente y Aceptable. De igual manera se incluyó una categoría denominada “Justificar”, utilizada cuando el porcentaje de cumplimiento sobrepasaba al 100%. Esta escala calificativa es la utilizada por el Grupo de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, la cual presenta unos rangos de valor por cada ítem que determina el porcentaje de cumplimiento de cada actividad, de conformidad con la meta programada para la misma, los cuales se presentan en la tabla No.3.

¹⁵ Resolución emanada del Ministerio de Salud (hoy de la Protección Social) , “ Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”

Tabla No.3
ESCALA DE CALIFICACION

ITEM	PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN
Muy deficiente	< 45%
Deficiente	45% - 84%
Aceptable	85% al 95%
Optimo	95% al 100%
Justificar	> 100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Cundinamarca – Grupo Salud Pública

De conformidad con lo anterior se procedió a analizar el cumplimiento de las actividades, encontrándose que:

8.1.1 Régimen Contributivo

Durante el periodo de estudio, los programas de Promoción y Prevención fueron garantizados por diez y seis (16) aseguradoras: CAFESALUD, COLMÉDICA, COOMEVA, CRUZ BLANCA, SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD, FAMISANAR, FERROCARRILES, HUMANA VIVIR, ISS, REDSALUD, SALUDCOOP, SALUDTOTAL, SALUDVIDA, SANITAS, SOLSALUD, SUSALUD, las cuales debían remitir de manera mensual a la Dirección de Salud Pública, la información correspondiente a las actividades realizadas.

En primera instancia se encontró que tan solo el 50% de las EPS del Departamento (FERROCARRILES, COLMÉDICA, HUMANA VIVIR, SANITAS, SOLSALUD, ISS, FAMISANAR, COOMEVA, SALUDTOTAL) cumplieron con la entrega de los informes solicitados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Esta información fue analizada por año, por aseguradora y por actividad, de conformidad con la Resolución 412/2000, e interpretada por medio de Indicadores

de Cumplimiento. Los resultados globales de este análisis se presentan en la tabla No. 4.

Tabla No.4
CONSOLIDADO INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA REGIMEN CONTRIBUTIVO
PERIODO 2005-2007

ACTIVIDAD	2.005			2.006			2.007			GRAN TOTAL			CUMPLIMIENTO
	Prog.	Ejec.	% Cump.	Prog.	Ejec.	% Cump.	Prog.	Ejec.	% Cump.	Prog.	Ejec.	% Cump.	
Mamografía	185.928	3.871	2	95.567	4.582	5	139.652	5.869	4	421.147	14.322	3	MUY DEF.
Cons. 1era C y D méd. Gral.	3.264.477	26.389	1	149.013	35.276	24	137.174	31.818	23	3.550.664	93.483	3	MUY DEF.
Placa bacteriana	2.649.538	119.526	5	2.909.908	162.145	6	1.717.282	116.603	7	7.276.728	398.274	5	MUY DEF.
Agud. visual por oftal.	98.358	2.318	2	22.185	3.113	14	33.033	3.244	10	153.576	8.675	6	MUY DEF.
Consulta control C y D enfermera	435.510	48.842	11	519.435	65.773	13	626.402	62.897	10	1.581.347	177.512	11	MUY DEF.
Aplicación de sellantes	972.819	78.088	8	593.058	98.044	17	548.480	81.096	15	2.114.357	257.228	12	MUY DEF.
Medición de la agudeza visual.	147.804	15.494	10	103.410	20.128	19	116.054	18.740	16	367.268	54.362	15	MUY DEF.
CCU	574.792	67.203	12	309.992	77.059	25	459.806	72.452	16	1.344.590	216.714	16	MUY DEF.
Cons. Alteraciones del adulto.	190.081	18.778	10	54.081	14.461	27	73.349	19.699	27	317.511	52.938	17	MUY DEF.
Consulta desarrollo del joven	137.673	20.672	15	106.564	22.410	21	120.741	19.557	16	364.978	62.639	17	MUY DEF.
Esterilización femenina y masculina	19.032	2.556	13	15.603	3.637	23	21.871	3.824	17	56.506	10.017	18	MUY DEF.
Control planificación familiar	182.228	23.359	13	165.107	30.774	19	144.421	38.357	27	491.756	92.490	19	MUY DEF.
Control al recién nacido por médico	33.560	4.355	13	24.872	5.176	21	28.675	7.292	25	87.107	16.823	19	MUY DEF.
Atención del parto	32.623	4.827	15	24.872	5.725	23	32.488	7.434	23	89.983	17.986	20	MUY DEF.
Control prenatal por enfermera.	78.181	13.216	17	99.956	21.284	21	68.166	19.695	29	246.303	54.195	22	MUY DEF.
TSH al Recién Nacido	33.879	4.443	13	24.872	7.254	29	32.406	8.143	25	91.157	19.840	22	MUY DEF.
Cons. 1era vez por méd. Gral. alteraciones del embarazo	33.363	8.352	25	31.527	9.195	29	32.991	9.259	28	97.882	26.806	27	MUY DEF.
triple viral post-parto y pos-aborto	31.464	7.132	23	25.040	8.468	34	21.496	8.911	41	78.000	24.511	31	MUY DEF.
Planificación familiar de primera vez	63.905	17.591	28	55.046	20.768	38	66.531	23.389	35	185.482	61.748	33	MUY DEF.
Vacuna DPT	50.931	18.509	36	48.356	23.725	49	55.324	23.333	42	154.611	65.567	42	MUY DEF.
Detección temprana de la sífilis congénita	31.500	12.028	38	29.254	15.085	52	32.591	12.661	39	93.346	39.774	43	MUY DEF.
Vacuna contra HB	47.189	15.853	34	40.897	21.641	53	42.578	18.489	43	130.664	55.983	43	MUY DEF.
Control prenatal por méd. Gral.	22.488	23.322	104	22.955	26.708	116	35.698	24.823	70	81.141	74.853	92	OPTIMO
	9.317.323	556.724	6	5.471.570	702.431	13	4.587.209	637.585	14	19.376.104	1.896.740	10	MUY DEF.

Fuente: Autoría de la Investigadora realizado de conformidad con los datos suministrados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca

Como se aprecia hay un muy bajo porcentaje de cumplimiento en el total de las actividades para los tres años evaluados, observándose que tan solo se llega a un 10% de cumplimiento global para el periodo. Tan solo una actividad (control prenatal por médico general) cumple con una calificación de ÓPTIMO, mientras que las restantes están calificadas como MUY DEFICIENTE. Adicionalmente se destaca que aunque hubo mejora significativa del año 2006 con respecto al 2005, en la vigencia 2007 el cumplimiento permaneció casi estático.

Se observa además que actividades como placa bacteriana (5%) – consulta de primera vez de crecimiento y desarrollo por medicina general (3%) - mamografía (3%) y agudeza visual por oftalmólogo (6%), son las de más bajo cumplimiento.

Lo anterior evidencia que el Régimen Contributivo no está enfocado para realizar la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.

Igualmente la evaluación de los porcentajes de cumplimiento puede evidenciar la existencia de posibles falencias en la capacidad operativa de las aseguradoras, situación que afecta de manera negativa el desarrollo de los programas de Promoción y Prevención, alterando de manera directa el cumplimiento de las metas establecidas y permite visualizar un eventual problema de articulación e interacción entre los diferentes actores macroorganizacionales y de estos con el entorno (afiliado).

Ahora bien, también se destaca que no se tiene un verdadero y efectivo control sobre la gestión de las aseguradoras del Régimen Contributivo, llegándose a que es el afiliado el que, por medio de un contrato particular (afiliación) que suscribe con la aseguradora de su elección, termina asumiendo el riesgo de manera directa. Esta situación posiblemente se presenta porque la lógica del sistema se mueve desde el aseguramiento, no desde la lógica costo efectividad, es decir en

el sistema prima el asegurar el riesgo, no tanto el adelantar eventos considerados como trascendentales para la salud colectiva.

8.1.2 Régimen Subsidiado

Los programas de Promoción y Prevención son garantizados por el ente territorial a potenciales beneficiarios previamente identificados, seleccionados y priorizados, a través de un proceso de gestión municipal denominado contratación. Es así que en Cundinamarca tales programas se dan a través de diez (10) aseguradoras (EPSS), a saber: CAFAM, CAFESALUD, CAPRECOM, COLSUBSIDIO, COMPARTA, CONVIDA, ECOOPSOS, HUMANAVIVIR, SALUDVIDA, SOLSALUD, las cuales tienen presencia disímil en los 116 municipios.

Al revisar la información existente se encontró que el 85% de las EPS del Departamento (CAFAM, CAFESALUD, COLSUBSIDIO, ECOOPSOS, HUMANAVIVIR, SALUDVIDA, COMPARTA, CONVIDA) cumplió con la entrega de los informes solicitados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Debido a que no se contaron con datos, no fue posible evaluar más de un periodo contractual (01 de Abril 2006 – al 31 de Marzo de 2007). El resumen de la evaluación estudiada se presenta en la tabla No.5.

Tabla No.5
CONSOLIDADO INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA REGIMEN SUBSIDIADO
PERIODO 01 de Abril 2006 – al 31 de Marzo de 2007

ACTIVIDAD	PROG.	EJEC.	% EJEC	CALIFICACION
Agudeza visual por oftalmólogo.	28.875	3.411	12	MUY DEFICIENTE
Placa bacteriana	1.112.196	215.498	19	MUY DEFICIENTE
Esterilización femenina	8.059	2.163	27	MUY DEFICIENTE
Medición de la agudeza visual.	54.027	15.736	29	MUY DEFICIENTE
Consulta de control por enfermera en C. Y D.	195.066	67.833	35	MUY DEFICIENTE
Consulta de control prenatal por enfermera.	39.105	15.378	39	MUY DEFICIENTE
Consulta de control al recién nacido por médico	15.731	7.086	45	DEFICIENTE
Vacuna triple viral a mujeres en post-parto y pos-aborto	15.732	7.183	46	DEFICIENTE
TSH al Recién Nacido	15.728	7.423	47	DEFICIENTE
Atención del parto	15.747	7.812	50	DEFICIENTE
Vacuna contra Hepatitis B	22.480	11.376	51	DEFICIENTE
Aplicación de sellantes	389.557	208.855	54	DEFICIENTE
Consulta de detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven.	62.362	35.937	58	DEFICIENTE
Consulta de detección temprana de alteraciones del adulto.	48.746	28.619	59	DEFICIENTE
Detección temprana de la sífilis congénita	15.480	10.028	65	DEFICIENTE
Consulta de primera vez por médico general para C. Y D.	53.025	40.542	76	DEFICIENTE
Consulta de 1era vez por médico general para detección de alteraciones del embarazo	15.469	13.980	90	ACEPTABLE
Consulta de control prenatal por médico general.	10.541	25.942	246	AJUSTAR
TOTAL	2.117.923	724.802	34	MUY DEFICIENTE

Fuente: Cuadro de autoría de la Investigadora realizado de conformidad con los datos suministrados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Del cuadro anterior vale la pena resaltar:

- Se programaron un total de Dos Millones Ciento Diez y Siete Mil Novecientas Veintitrés (2.117.923) actividades de Promoción y Prevención, de las cuales solo se ejecutaron Setecientos Veinticuatro Mil Ochocientos Dos (724.802), es decir que se obtuvo un porcentaje de ejecución del 34 %. Esta situación evidencia que las aseguradoras (Sistema 1) no están

cumpliendo con el manejo de los factores de riesgo que se da a través de herramientas de Promoción y la Prevención, es decir que posiblemente el mercado está centrado en la atención de la enfermedad y no en la salud de sus afiliados.

Sumado a lo anterior, se encuentra que a nivel descentralizado (Secretaría de Salud de Cundinamarca) las autoridades aducen que el Ministerio de la Protección Social no es claro en sus directrices para hacer Promoción de la Salud, por lo que los lineamientos de la misma no se entienden por igual entre el universo de actores de la macroorganización del sector salud, lo que conlleva que los prestadores (IPS) terminen haciendo el trabajo de las aseguradoras.

- Se destaca igualmente el que de las diez y ocho (18) actividades contempladas en la Resolución 412/2000, seis tuvieron calificación de MUY DEFICIENTE, diez de DEFICIENTE, solo una de ACEPTABLE y una deberá ser revisada por tener un porcentaje de cumplimiento mayor al 100%. No obstante lo anterior, hay que señalar que se observa un mejor cumplimiento de las mismas por parte de las aseguradoras del Régimen Subsidiado, lo anterior si comparamos los resultados con los arrojados en el análisis del Régimen Contributivo, sugiriéndonos que posiblemente el haber entregado a los hospitales el 4.01% de la cotización, si ha logrado el efecto esperado, y que tal vez sea conveniente pensar en una estrategia similar en el Régimen Contributivo.

De otra parte se debe mencionar que como estrategia para mejorar el cumplimiento, el Departamento de Cundinamarca liga las acciones de Promoción y Prevención, a los programas de AIEPI y

Escuelas Saludables¹⁶, que tienen un punto de intervención muy poderoso que es el niño que asiste a la escuela y el que asiste a los servicios de salud. Y que son una oportunidad para efectuar acciones de promoción y prevención que se extienden a la familia (Secretaría de Salud de Cundinamarca, 2008). No obstante lo anterior el fraccionamiento del sistema¹⁷, hace que actualmente este tipo de acciones se dificulten por la multiplicidad de actores que intervienen, por lo que debe pensarse en estrategias que permitan llevar estos servicios a la comunidad, y no esperar a la demanda de la misma para brindarlos.

Llama la atención que el cumplimiento en la consulta de Control Prenatal por Médico General es del 243%, y el realizado por enfermera es menor del 39 %. Esta marcada diferencia se debe posiblemente a una falta de oferta de recurso humano de enfermería en el Departamento (una enfermera hace presencia en varios municipios), por lo que la meta por médico general se sobredimensiona, generando un debilitamiento en la capacidad técnica del recurso humano de enfermería a nivel municipal, situación que menoscaba el adecuado desempeño de los municipios en su primer nivel de atención y por ende en los programas de Promoción y Prevención. El desafío entonces, para elevar el nivel de salud de la población y el cumplimiento de las metas de los programas costo efectivos, puede estar en establecer, por medio de adecuados mecanismos de coordinación entre

¹⁶ Programa liderado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, el cual cuenta con una cobertura de alrededor de 50.000 estudiantes de 200 instituciones escolares del Departamento.

¹⁷ Mario Hernández, en su libro “La salud fragmentada en Colombia”, evidencia que a pesar de que el proceso de formulación de las políticas de salud está dirigido por tendencias internacionales, al ser puestas en marcha en el país ocurre un proceso de mediación dado por las tensiones y conflictos que se producen entre los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de formulación de estas. Esta situación (dice el autor) conlleva al problema estructural de la Ley 100 de 1993 en su concepción y a la fragmentación que la misma implica. En el modelo implementado con dicha ley, la atención de la enfermedad es un bien que debe comprarse en el mercado, y el aseguramiento se erige como la forma óptima para cubrir ese riesgo. Esta concepción implicó una doble fragmentación pues de un lado se separa el sistema en uno público y otro privado que deben competir entre sí, y por otro lado se separa a la población entre aquella que puede pagar y aquella otra que no puede.

el nivel central y el descentralizado, la implementación de una política de recurso humano que propenda no solo por generar la oferta de enfermería con relación a la demanda, sino que cumpla con una visión integradora de la salud desde la familia, el individuo y la comunidad, requisito indispensable para alcanzar con las metas de Promoción y Prevención dentro de un enfoque participativo y solidario.

Igualmente, se ha señalado por parte del Grupo de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, que otro de los principales problemas que pueden estar afectando de manera directa la calidad y veracidad de la información allegada por parte de las aseguradoras, es la errada codificación de algunas de las actividades informadas en los archivos RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud), lo que ocasiona que se carguen a la estadística de morbilidad. Es así como en el archivo de consulta (AC) en la variable causa externa, en lugar de diligenciarla con el código 05, el cual corresponde a prestación de servicios de Promoción y Prevención, la diligencian con el código 10, que corresponde a enfermedad general. Esta situación puede coadyuvar a explicar las bajas coberturas en los indicadores de cumplimiento.

Ahora bien, al consolidar las actividades realizadas por aseguradora y por régimen, como se observa en la tabla No.6, durante los periodos analizados, se puede evidenciar que el Régimen Subsidiado gracias a que trabaja a inducción a la demanda, obtiene no solo un mayor nivel de cumplimiento y por ende de cobertura de los programas de Promoción y Prevención, respecto al Contributivo, sino que impacta en el acceso a los servicios de salud.

Tabla No.6

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES POR ASEGURADORA Y REGIMEN

REGIMEN	ENTIDAD	PROGRAMADO	EJECUTADO	% EJECUCIÓN
CONTRIBUTIVO ¹⁸	COLMEDICA	131.869	4.135	3
	SALUDVIDA	90.237	3.105	3
	COOMEVA	6.847.530	246.460	4
	ISS	2.628.393	116.707	4
	HUMANA VIVIR	1.055.434	66.171	6
	SOLSALUD	175.114	14.435	8
	SANITAS	375.619	33.096	9
	REDSALUD	47.318	4.794	10
	FERROCARRILES	72.742	8.460	12
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	3.693	510	14
	SALUDCOOP	3.182.479	500.488	16
	CAFESALUD	102.931	17.195	17
	FAMISANAR	3.599.847	606.432	17
	SUSALUD	300.305	56.607	19
	CRUZ BLANCA	416.781	87.043	21
	SALUDTOTAL	345.812	131.102	38
TOTAL	19.376.104	1.896.740	10	
SUBSIDIADO ¹⁹	CAPRECOM	44.499	7.404	17
	HUMANA	18.353	4.000	22
	CAFESALUD	172.760	39.256	23
	ECOPSOS	335.833	94.405	28
	COLSUBSIDIO	128.622	41.244	32
	SALUDVIDA	22.976	7.703	34
	SOLSALUD	265.036	93.136	35
	CONVIDA	799.522	282.074	35
	COMPARTA	28.018	11.640	42
	CAFAM	302.304	143.940	48
TOTAL	2.117.923	724.802	34	

Del anterior análisis se deduce, que para optimizar el cumplimiento de las metas de los programas de Promoción y Prevención se requiere de un esfuerzo de organización y de armonización de las capacidades y recursos entre el nivel nacional y territorial, además de una participación entre los sectores salud y educación, con una especial atención en las estrategias específicas de promoción, prevención y descentralización en salud.

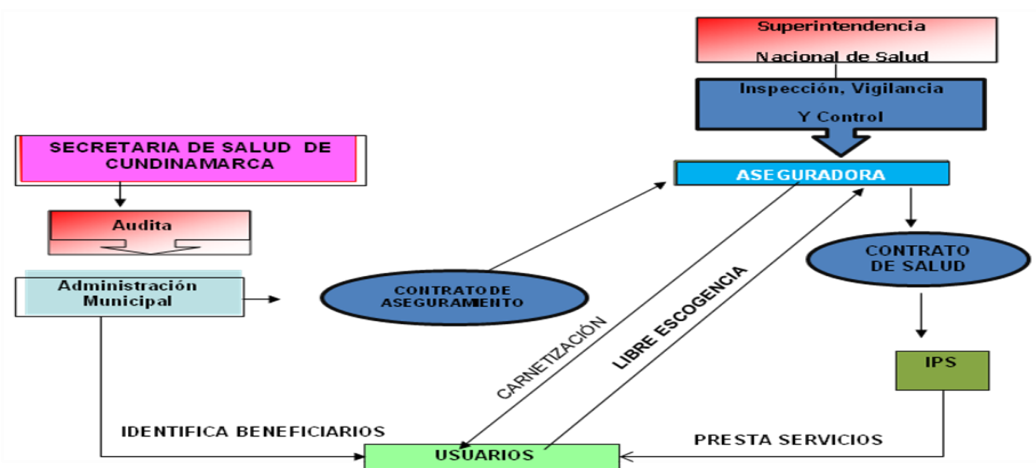
¹⁸ Corresponde al periodo comprendido entre el año 2005 al 2007

¹⁹ Corresponde al periodo comprendido del 01 de abril de 2006 al 31 de marzo de 2007

8.2 CONTRATACION

Cundinamarca a nivel municipal, según lo establecido por la normatividad, debe garantizar la prestación de los diferentes planes de beneficios, entre estos los de Promoción y Prevención, no obstante, el enfoque de estos a nivel territorial no se dirige a toda la población, sino solo a las personas pobres y vulnerables, las cuales son seleccionadas a través del proceso de identificación que utiliza el SISBEN²⁰. Una vez se surte este proceso, el usuario asume su derecho a la libre escogencia de la EPS-S, la cual tiene la obligación de carnetizarlo y de prestarle los servicios asistenciales, a través del proceso de contratación que esta realiza con la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su jurisdicción.

Figura No.1
PROCESO DE CONTRATACIÓN REGIMEN SUBSIDIADO



Fuente: Autoría de la Investigadora

²⁰ Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales. Es una herramienta conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país)

En la figura No.1 se muestra de manera gráfica las relaciones existentes entre los diferentes actores de la macroorganización del sector, que intervienen en el proceso de contratación.

Es así como la administración municipal, por medio de la suscripción de contratos de aseguramiento²¹ con las EPS-S de su jurisdicción, garantiza la adecuada prestación de los servicios de salud de manera integral que permita la gestión del riesgo en salud desde la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad hasta la rehabilitación, a sus beneficiarios previamente identificados. Estas aseguradoras, a su vez, suscriben contratos de prestación de servicios con las entidades prestadoras (IPS), las cuales en últimas son las que prestan el servicio de salud contemplado dentro del Plan Obligatorio POSS.

En lo que respecta al Régimen Contributivo, el proceso de contratación es diferente al visto anteriormente, toda vez que es el cotizante²², ya no la entidad territorial, el que asume de manera directa el riesgo, por lo que debe afiliarse junto con su grupo familiar a la aseguradora de su preferencia, adquiriendo de esta manera el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud donde desea se le garantice la prestación de los servicios de salud.

En cuanto a los Vinculados, las entidades territoriales contratan con las Empresas Sociales del Estado (ESE) debidamente habilitadas, la atención de esta población, que no se encuentra cubierta por subsidios a la demanda. Si no existiese la oferta o esta resultase insuficiente en el municipio o área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social (MPS), podrá contratar con otras IPS debidamente habilitadas.

²¹ Que en términos de la Ley 1122 de 2007, en su artículo 14, no es otra cosa que: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación del servicio y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio del la autonomía del usuario.

²² Pensionado, empleado dependiente, empleado independiente.

Por lo anteriormente enunciado, y teniendo en cuenta que esta investigación abarca dos niveles macroorganizacionales, a saber: el centralizado y el descentralizado, donde este último hace referencia a las entidades territoriales, el análisis contractual se centrará en el Régimen Subsidiado.

De acuerdo con lo anterior, durante el periodo comprendido entre el 01 de abril de 2006 al 31 de marzo de 2007²³, la entidad territorial suscribió ochocientos cuarenta y cinco (845) contratos con diez aseguradoras del régimen Subsidiado (CAFAM, CAFESALUD, CAPRECOM, COLSUBSIDIO, COMPARTA, CONVIDA, ECOOPSOS, HUMANAVIVIR, SALUDVIDA, SOLSALUD), como se observa en la tabla No.7, para atender a una población asignada de un millón cuatrocientos treinta y dos mil doscientos ochenta y cinco (1.432.285) afiliados.

Tabla No.7
RELACION DE NUMEROS DE CONTRATOS SUSCRITOS POR SEGURADORA
REGIMEN SUBSIDIADO

ASEGURADORA	TOTAL DE CONTRATOS	POBLACION ASIGNADA	POBLACION CARNETIZADA	PROMEDIO DE POBLACION POR CONTRATO	% CARNETIZACIÓN
CAFAM	218	248.700	238.966	1.140	96
CAFESALUD	48	75.674	73.347	1.576	97
CAPRECOM	9	18.560	18.560	2.062	100
COLSUBSIDIO	39	107.850	101.560	2.765	94
COMPARTA	11	55.490	40.956	5.044	74
CONVIDA	332	182.092	104.112	548	57
ECOOPSOS	91	504.354	468.760	5.542	93
HUMANAVIVIR	4	9.796	9.075	2.449	93
SALUDVIDA	13	16.864	14.414	1.297	85
SOLSALUD	80	212.905	189.269	2.661	89
TOTAL	845	1.432.285	1.259.019	1.695	88

²³ El periodo de contratación para este régimen es de un (01) año, comprendido entre el 01 de abril al 31 de marzo, siendo prorrogable anualmente hasta por una vigencia de dos (02) años más.

De la tabla anterior, llama la atención que el proceso de carnetización por parte de las aseguradoras se dio en un 88%, lo que quiere decir que cerca de ciento setenta y tres mil doscientos sesenta y seis (173.266) personas quedaron sin carnetizar, pasando a engrosar la lista de vinculados. Esta situación posiblemente se deba a la incipiente capacidad técnica municipal para la verificación del proceso de carnetización, así como a la falta de actualización de las bases de datos de los beneficiarios. Además de lo anterior, se tiene que no hay control y vigilancia específica por los entes de control en la migración de pacientes y la selección adversa.

Sumado a lo anterior, y teniendo como base lo enunciado en el Proyecto de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales, llevado a cabo por el Ministerio de la Protección Social, se observa que a nivel general, en las entidades territoriales Colombianas, existen problemas respecto al proceso de contratación, tales como:

- a. Dificultades en la suscripción y la legalización de los contratos de aseguramiento
- b. Deficiencia en la interventoría y seguimiento a estos contratos
- c. Dificultad para establecer las fuentes de financiación de los mismos
- d. Demora e inconsistencias en los reportes de novedades de afiliados por parte de la aseguradora
- e. Contratos sin liquidar
- f. Barreras en la prestación de los servicios POSS
- g. Dificultades en la contratación del 4.01% para actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y,
- h. Auditoria de la calidad de la prestación de servicios.

En la tabla No.8 se presenta el análisis de las variables enunciadas anteriormente en el Departamento de Cundinamarca. El mismo fue resultado de analizar los

procesos que coadyuvan a la contratación, el cual vislumbró una serie de dificultades, que entorpecen y dificultan al mismo, relacionadas a continuación.

Tabla No.8
DIFICULTADES EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

PROCESO	DIFICULTADES
Suscripción y legalización de los contratos	Legalización en forma tardía (3 a 4 meses)
	No se anexa la base de datos de afiliados a los contratos
	No es oportuna por parte de las aseguradoras, la entrega de pólizas de cumplimiento y demás requisitos contractuales.
	La planeación de los procesos de ampliación de cobertura en el nivel Nacional (central) no son claras, por lo que a nivel municipal (descentralizado) hay dificultad al respecto
Auditoría contractual. ²⁴	La auditoría contractual es un proceso débil, debido a la falta de personal capacitado para tal fin.
	No se hace un adecuado seguimiento y control a los contratos suscritos, a consecuencia de la baja interventoría, lo que va en detrimento de la calidad
	La interventoría de las EPSS no reporta informes a la Secretaría de Salud o lo hacen de manera no oportuna.
	A nivel municipal no se verifican los informes de interventoría requisito que debería ser necesario para el visto bueno y para la aprobación y pago de las facturas.
	A nivel municipal no hay claridad sobre las acciones pecuniarias por incumplimiento contractual.
Financiación	En la contratación del Régimen Subsidiado, se observa que las resoluciones emanadas por el Ministerio de la Protección Social, en cuanto a la financiación y distribución de recursos, son emitidas con muy poca anticipación a los periodos de contratación.
	A nivel municipal se observa desconocimiento sobre las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado.
Carnetización de los afiliados	Las EPSS no han carnetizado en un 100% a sus afiliados.
	Los municipios carecen de capacidad para la verificación del proceso de carnetización
	Cundinamarca es uno de los Departamentos del país con mayor cantidad de población flotante, lo que dificulta el proceso de carnetización.
Novedades de afiliados ²⁵	Las aseguradoras no reportan oportunamente las novedades, por lo que muchas veces los pagos se realizan sobre la población contratada sin tener en cuenta las mismas.
Liquidación de contratos ²⁶	A nivel municipal, se evidencian contratos de vigencias anteriores sin liquidar.
Acceso a la prestación de los servicios	Se evidencia barreras en el acceso a los servicios debido a que las aseguradoras muchas veces no entregan las bases de datos de la población a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, lo que ocasiona incumplimiento en las metas de Promoción y Prevención.
	El ente departamental no realiza seguimiento a la verificación de la calidad y al cumplimiento de los servicios. Para Promoción y Prevención no existe información sobre satisfacción del usuario.
	A nivel municipal se observa escaso conocimiento del contenido de los planes de beneficios.
Contratación del 4,01% para actividades de Promoción y Prevención ²⁷	Se presentan dificultades en la contratación del 4,01% a cargo del municipio, básicamente en lo que a seguimiento de la prestación de los servicios de Promoción y Prevención se refiere.
	La mayoría de aseguradoras, desconocen el resultado de la ejecución de los contratos del 4,01%
	Las aseguradoras contratan con las prestadoras (IPS) las actividades de Promoción y Prevención a cargo de ellas sin verificar la ejecución de las mismas

Fuente: Grupo de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Proyecto de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales del Ministerio de la Protección Social, aporte profesional de la investigadora.

²⁴ Corresponde a la verificación del cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos entre el asegurador y el ente territorial.

²⁵ Subproceso por medio del cual se identifican y validan los diferentes cambios en la información de la afiliación, tales como: nacimientos, fallecimientos, traslados, multifiliación.

²⁶ En este subproceso se da por concluida la relación contractual, y se determinan los saldos a favor o en contra del municipio, según el caso.

²⁷ Con la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007 se determina que las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de Promoción y Prevención serán ejecutadas a través del Régimen Subsidiado.

De la anterior tabla, se deduce que uno de los mayores inconvenientes sigue siendo el trámite de los contratos entre el departamento, los municipios y las Administradoras del Régimen Subsidiado. Trámite que en Cundinamarca, en la vigencia analizada (01 de abril de 2006 al 31 de Marzo de 2007), demoró de tres a cuatro meses promedio, debido a dificultades presupuestales y administrativas, tales como:

- La adjudicación del Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)
- La adjudicación del Registro Presupuestal (RP) correspondiente
- La entrega tardía de las pólizas de cumplimiento y demás documentos por parte de las aseguradoras para legalizar el contrato
- La demora en la firma de los contratos

Lo anterior como consecuencia de las múltiples instancias que se deben sortear en el proceso de contratación, que lo hacen pesado y demorado.

Este atraso en la contratación, provocó un efecto retroactivo de los mismos convenios, además de generar un serio atraso en el giro de los recursos a las Administradoras del Régimen Subsidiado y, por ende, en los pagos de estas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Grupo Salud Pública – Secretaría de Salud de Cundinamarca).

Sumado a lo anterior, en el periodo analizado se evidenció un atraso en la firma de los contratos, lo que repercutió en una inoportuna e inadecuada carnetización de los beneficiarios, tal como se observa en la Tabla No. 7. Esta situación se agrava si se tiene en cuenta que el 90% de las aseguradoras contratadas por la entidad territorial, no cumplieron de manera adecuada con el proceso de carnetización, lo que muy posiblemente significó pérdida para los prestadores (IPS), ya que los beneficiarios no carnetizados pasaron a engrosar la lista de los vinculados, teniendo el prestador que repetir a la oferta contra la entidad territorial.

Los hallazgos anteriores, muestran un proceso de contratación lento y pesado, a consecuencia de su gran complejidad, toda vez que se da en un sistema de salud fragmentado, en el que se encuentran incluidos múltiples actores, intereses, personas y sectores, que trabajan de manera descoordinada entre ellos mismos y con el entorno y en donde los canales de comunicación muchas veces están ausentes. Lo anterior trae como consecuencia un bajo nivel de efectividad de los prestadores en el cumplimiento de sus funciones principales, una falta de liderazgo de las Direcciones de Salud Municipal y Departamental en lo que a prestación de servicios se refiere, así como una difuminación de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, de los entes correspondientes (Subsistema 3).

Por lo anterior, no es prudente culpabilizar totalmente del problema de la baja cobertura que caracteriza a los programas de Promoción y Prevención, a las entidades públicas, es más, creo que el contratar con las mismas puede garantizar una mejor cobertura en el sistema, toda vez que estas trabajan con inducción a la demanda, es decir llevan los programas de Promoción y Prevención a la comunidad, no esperando que sea la comunidad la que se acerque al servicio.

Así las cosas, se debería pensar en la posibilidad de entregarle a la red pública de prestadores el 5% de la UPC que le corresponde al Régimen Contributivo para garantizar los programas de Promoción y Prevención, dejando de esta manera el manejo de los programas costo efectivos del sistema en sus manos, lo que redundaría en una mejora de la cobertura y de la calidad de los servicios.

8.3 ASPECTO FINANCIERO

El SGSSS creado mediante la Ley 100 de 1993, estableció un sistema de financiación de los diferentes planes de beneficios, a partir de múltiples fuentes como:

Sistema General de Participaciones (SGP)

Constituido por los aportes que la Nación le transfiere a los departamentos y municipios para el financiamiento de los programas sociales, tales como salud, educación y saneamiento básico. Al sector salud, le corresponde de dichos recursos un 24.5 % de participación (% de distribución definido por el Congreso mediante la Ley 715/2001), el cual se distribuye en tres componentes;

- a)** Aportes para los subsidios a la demanda (financiación Régimen Subsidiado)
- b)** Aportes para los subsidios a la oferta (Vinculados)
- c)** Aportes para las acciones de Salud Pública, entre las cuales está incluida Promoción y Prevención.

Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Creado mediante la Ley 100 de 1993. Está conformado por cuatro subcuentas, a saber:

- a) Subcuenta de Compensación del Régimen Contributivo. Financiada por los recursos provenientes de los aportes que hacen patronos y trabajadores afiliados al Régimen Contributivo²⁸.
- b) Subcuenta de Solidaridad. Financia al Régimen Subsidiado
- c) Subcuenta de Promoción de la Salud. Financiada por un porcentaje de los recursos captados por el Fosyga, sobre los aportes de los afiliados al Régimen Contributivo.
- d) Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito.

Además de estas clases de aportes, el sistema cuenta con recursos que llegan a través de: Recursos de ETESA, aportes departamentales, cuotas moderadoras, copagos, aportes municipales y aportes del sistema de riesgos municipales.

De acuerdo con lo anterior, los programas de Promoción y Prevención, se financian con recursos del Sistema General de Participaciones para el Régimen Subsidiado y con recursos de la Subcuenta de Promoción de la Salud del FOSYGA, en lo correspondiente al Régimen Contributivo.

Ahora bien, si analizamos los matices que la norma le ha dado a la financiación de la salud pública en nuestro país, nos encontramos que desde la Ley 60 de 1993, la cual fue derogada por la Ley 715 de 2001, se estableció las competencias para la organización y financiamiento de la prestación de los servicios de salud. Es así, como en el año 2001 y gracias a la entrada en

²⁸ Los dineros son captados por las EPS por delegación del FOSYGA, por lo que no son de su propiedad. A la EPS el FOSYGA le reconoce un valor constante por afiliado en forma mensual que es aprobado por el CNSSS. Esto es a lo que se le denomina Unidad de Pago por Capitación (UPC).

vigencia de la Ley 715, el gobierno asignó competencias en salud pública individual, en la cual involucró a las Entidades Territoriales como responsables de la administración y ejecución de los recursos destinados a la Promoción y Prevención en lo correspondiente a Régimen Subsidiado. A su vez, en el año 2002, por medio del acuerdo 229, el CNSSS en cumplimiento del artículo 45 de la Ley 715 del 2001, dispuso que la prestación de las actividades, procedimientos e intervenciones de Promoción y Prevención, definidas en el acuerdo 117 de 1998 y asignadas a los Distritos y a los Municipios, sería financiada con el 4.01% de la UPC subsidiada, correspondiente al total de la población afiliada en el área de su jurisdicción. Mediante la Ley 1122 de 2007 se ordenó que el valor total de la UPC del Régimen Subsidiado fuera entregado a las respectivas aseguradoras para la ejecución de todas las actividades propias del POS-S incluidas las de Promoción y Prevención.

En cuanto al Régimen Contributivo, el porcentaje que el CNSSS ha destinado a la financiación de los programas de Promoción y Prevención, corresponde al 5% de la UPC. Sumado a lo anterior, con carácter complementario, el sistema ha previsto recursos adicionales a los asignados, para actividades de promoción y prevención, que se incrementan al porcentaje destinado de la UPC por capitación en el momento de la compensación (Informe Salud Pública Individual-2006).

Por consiguiente, conforme a la normatividad vigente las acciones de Promoción y Prevención, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, están con cargo a recursos de la UPC.

A continuación se analizará el aspecto financiero por régimen, de conformidad con la información suministrada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

8.3.1 Régimen Subsidiado

Para efectuar el análisis se tuvo en cuenta que para el año 2006 la UPC –S equivalía a doscientos quince mil setecientos doce pesos (\$215.712), y partiendo del hecho que del 100% de la misma, 4.01% corresponde a Promoción y Prevención y el 95.99% restante a prestación de servicios del POS-S, entonces la estimación de los costos de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana reportadas por las aseguradoras, valoradas a tarifas SOAT 2006, son los que se presentan en la tabla No.9.

Tabla No. 9
ESTIMACIÓN DE COSTOS DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Vs. LAS
ACTIVIDADES REPORTADAS
PREVENCIÓN REGIMEN SUBSIDIADO

ENTIDAD	Act. Prog.	Costos actividades de P y P PROGRAMADAS	Act. Report.	Costos actividades de P y P reportadas	% cump. Act.	Recursos P y P 4,01 % de la UPC	Recursos 4,01% Vs Costos Actividades Programadas	Recursos contratados 95.99% de la UPC	TOTAL RECURSOS REGIMEN SUBSIDIADO
CAPRECOM	44.499	\$282.665.824	7.404	\$58.280.300	17	\$160.544.950	-\$122.120.874	\$3.843.069.770	\$4.003.614.720
HUMANA	18.353	\$119.065.315	4.000	\$35.136.900	22	\$84.735.902	-\$34.329.413	\$2.028.378.850	\$2.113.114.752
CAFESALUD	172.760	\$1.075.360.700	39.256	\$272.705.000	23	\$654.583.975	-\$420.776.725	\$15.669.205.913	\$16.323.789.888
ECOOPSOS	335.833	\$2.060.502.500	94.405	\$687.694.600	28	\$4.362.687.923	\$2.302.185.423	\$104.432.522.125	\$108.795.210.048
COLSUBSIDIO	128.622	\$793.740.900	41.244	\$296.310.900	32	\$932.908.022	\$139.167.122	\$22.331.631.178	\$23.264.539.200
SALUDVIDA	22.976	\$157.146.900	7.703	\$78.693.500	34	\$145.874.463	-\$11.272.437	\$3.491.892.705	\$3.637.767.168
SOLSALUD	265.036	\$1.635.562.100	93.136	\$735.665.400	35	\$1.841.639.151	\$206.077.051	\$44.084.524.209	\$45.926.163.360
CONVIDA	799.522	\$5.014.243.171	282.074	\$2.226.733.700	35	\$1.575.105.123	-\$3.439.138.048	\$37.704.324.381	\$39.279.429.504
COMPARTA	28.018	\$234.897.600	11.640	\$130.817.500	42	\$479.991.341	\$245.093.741	\$11.489.867.539	\$11.969.858.880
CAFAM	302.304	\$1.804.460.800	143.940	\$1.140.871.400	48	\$2.151.267.733	\$346.806.933	\$51.496.306.667	\$53.647.574.400
TOTAL	2.117.923	\$ 13.177.645.810	724.802	\$ 5.662.909.200	34	\$12.389.338.583	-\$788.307.227	\$296.571.723.337	\$308.961.061.920

El cuadro anterior evidencia que en la vigencia analizada, por concepto de contratación de los programas de Promoción y Prevención, el ente territorial giró recursos a las EPS-S por valor de trece mil ciento setenta y siete millones

seiscientos cuarenta y cinco mil ochocientos diez pesos (\$13.177.645.810), para garantizar el cumplimiento de dos millones ciento diez y siete mil novecientos veintitrés (2.117.923) actividades. No obstante, según las actividades reportadas por las aseguradoras, de esta cuantía, solo se ejecutó el 34%, es decir cinco mil seiscientos sesenta y dos millones novecientos nueve mil doscientos pesos (\$5.662.909.200).

Ahora bien, lo que llama la atención, es el resultado que da el cruzar los recursos equivalentes al 4.01% de la UPC destinados para Promoción y Prevención con el valor de los recursos por concepto de las actividades programadas. En la lógica deberían ser equivalentes, pero los datos muestran un déficit presupuestal de setecientos ochenta y ocho millones trescientos siete mil doscientos veintisiete pesos (\$788.307.227), en contra del ente territorial. Esto puede evidenciar dos situaciones, la primera es que los recursos del 4.01 % de la UPC destinados para financiar los programas de Promoción y Prevención no alcanzan para garantizar los mismos, y una segunda es que las bases de datos de la población no estén actualizadas ni depuradas por lo que la contratación se puede estar realizando sobre datos poblacionales supradimensionados. En este punto es importante aclarar que en el Régimen Subsidiado la contratación se realiza por capitación, es decir por población, lo que significa que los recursos que gira el ente territorial a las EPS-S son equivalentes a la población que les es asignada, a mayor número de población mayores son los recursos, y viceversa.

Sumado a lo anterior, existe un factor que dificulta el manejo presupuestal y contable del 4.01%, y es la multiplicidad de contratos suscritos en el Régimen Subsidiado, lo que no solo retrasa el proceso contratación de la prestación de los servicios con la red de IPS sino que afecta la oportunidad de la atención a los usuarios.

8.3.2 Régimen Contributivo

Se tuvo en cuenta el valor de las UPC correspondientes para los años 2005 - 2006 y 2007 (periodo analizado). Debido a que se trabajaron tres años, y para efectos de realizar el respectivo análisis, se decidió promediar el valor de la UPC, como se muestra en la tabla No.10.

Tabla No.10
VALOR UPC AÑOS 2005-2006-2007

AÑO	VALOR UPC
2005	\$365.673
2006	\$386.882
2007	\$404.215
PROMEDIO	\$385.590

Ahora bien, según datos del Departamento Nacional de Estadística (DANE), la población afiliada al Régimen Contributivo durante la vigencia trabajada fue de Seiscientos Setenta y Ocho Mil Ochocientos Cincuenta y Nueve (678.859) personas, lo que corresponde al 29% de la población del Departamento.

Esto quiere decir, que si se parte del hecho que la UPC que promediamos equivale a Trescientos Ochenta y Cinco Mil Quinientos Noventa Pesos (\$385.590), y teniendo en cuenta, que según datos estadísticos del Departamento Nacional de Estadística (DANE), la población afiliada al Régimen Contributivo en Cundinamarca, durante el periodo analizado, ascendió a Seiscientos Setenta y Ocho Mil Ochocientos Cincuenta y Nueve (678.859) personas, entonces los recursos que financiaron dicho régimen, fueron de Doscientos Sesenta y Un Mil Setecientos Sesenta y Un Millones Doscientos Cuarenta y Un Mil Ochocientos

Diez pesos (\$261.761.241.810). Ahora bien, se debe tener claridad que del 100% de estos recursos, el 5 %, es decir Trece Mil Ochenta y Ocho Millones Sesenta y Dos Mil Noventa y Dos pesos (\$13.088.062.091), estuvo destinado a garantizar las actividades de Protección Específica y Detección Temprana, es así, como partiendo de esta premisa y con el objeto de analizar financieramente al Régimen Contributivo, se tuvo en cuenta no solo la información analizada anteriormente sino la estimación de los costos de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana reportadas por las aseguradoras, valoradas a tarifas SOAT, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla No.11

**ESTIMACIÓN DE COSTOS DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Vs LAS
ACTIVIDADES REPORTADAS
REGIMEN CONTRIBUTIVO AÑOS 2005-2006-2007**

ENTIDAD	Act. Prog.	Costos actividades de P y P PROGRAMADAS	Act. Report.	Costos actividades de P y P reportadas	% cump. Act	Diferencia Costos act prog.- Costos act. reportadas	% ejecución costos
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	3.693	\$24.552.200	510	\$15.177.700	14	\$9.374.500	62
SALUDTOTAL	345.812	\$3.160.687.460	131.102	\$1.498.548.075	38	\$1.662.139.385	47
CRUZ BLANCA	416.781	\$2.959.907.800	87.043	\$803.544.800	21	\$2.156.363.000	27
SALUDCOOP	3.182.479	\$21.971.365.100	500.488	\$4.649.982.703	16	\$17.321.382.397	21
SUSALUD	300.305	\$2.648.972.006	56.607	\$449.450.700	19	\$2.199.521.306	17
FAMISANAR	3.599.847	\$28.157.958.413	606.432	\$4.532.526.765	17	\$23.625.431.648	16
REDSALUD	47.318	\$442.409.400	4.794	\$64.695.100	10	\$377.714.300	15
SOLSALUD	175.114	\$1.031.653.100	14.435	\$122.392.200	8	\$909.260.900	12
HUMANA VIVIR	1.055.434	\$7.081.599.800	66.171	\$648.569.000	6	\$6.433.030.800	9
COLMEDICA	131.869	\$1.012.908.300	4.135	\$68.635.300	3	\$944.273.000	7
SANTAS	375.619	\$3.283.105.036	33.096	\$246.158.700	9	\$3.036.946.336	7
CAFESALUD	102.931	\$2.042.809.200	17.195	\$139.167.000	17	\$1.903.642.200	7
FERROCARRILES	72.742	\$1.205.658.700	8.460	\$72.222.000	12	\$1.133.436.700	6
COOMEVA	6.847.530	\$51.113.436.924	246.460	\$2.091.621.800	4	\$49.021.815.124	4
SALUDVIDA	90.237	\$795.829.268	3.105	\$28.211.900	3	\$767.617.368	3
ISS	2.628.393	\$23.022.648.000	116.707	\$754.538.800	4	\$22.268.109.200	3
TOTAL	19.376.104	\$149.955.500.707	1.896.740	\$16.185.442.543	10	\$133.770.058.164	10

La columna “Actividades Programadas”, arroja un valor de Diez y Nueve Millones Trescientos Setenta y Seis Mil Ciento Cuatro (19.376.104) actividades programadas para los años 2005-2006-2007, cifra que resulta desfasada, si se tiene en cuenta la población afiliada al Régimen Contributivo durante el mismo periodo. Esta afirmación se fundamenta en el hecho de que para alcanzar la meta, a cada afiliado sin excepción por año se debió de haberle prestado 9.5 actividades, lo que no resulta lógico, ya que las características poblacionales no son estáticas, es decir, no toda la población pertenece al mismo género, o no se encuentran en su totalidad en los rangos de edad que exige la norma para la realización de algunas actividades, tales como planificación familiar (15 a 44 años) o medición de la agudeza visual (4,11,16 y 44 años), entre otros, además las actividades de ingreso, es decir las de primera vez, solo se realizan una vez al año.

Esta situación, puede ser una de las causas por la que el porcentaje de cumplimiento solo llega al 10 %, respecto a la meta programada.

Ahora bien, si se compara el cálculo realizado del 5 % de la UPC, el cual dio Trece Mil Ochenta y Ocho Millones Sesenta y Dos Mil Noventa y Un pesos (\$13.088.062.091), con los costos calculados de acuerdo con las actividades reportadas, se observa en un primer momento un déficit financiero de Tres Mil Noventa y Siete Millones Trescientos Ochenta Mil Cuatrocientos Cincuenta y Dos pesos (\$3.097.380.452), en contra de las EPS. Digo “en un primer momento”, toda vez, que no se tiene la información sobre los conceptos de gasto que las EPS cargan a los recursos adicionales²⁹ de la Subcuenta de Promoción del FOSYGA³⁰, lo que puede venir a cambiar las cifras a favor de las EPS.

²⁹ Recursos previstos por el sistema y que son asignados para actividades de Promoción y Prevención del Régimen Contributivo, que se incrementan a la UPC por capitación en el momento de la compensación

Sumado a lo anterior, el ente territorial no tiene claro conocimiento de que los recursos no ejecutados hayan sido reingresados a los Fondos Locales de Salud, como lo manda la norma. En caso de que dichos recursos no hayan sido reintegrados al sistema, se tiene que los mismos quedaron en mano de las aseguradoras, en detrimento de la población pobre y vulnerable.

Del análisis anterior se concluye que Cundinamarca, aparte de que tiene el problema de que sus bases de datos poblacionales no están actualizadas ni depuradas, debido a que las EPS-S no reportan las novedades al ente territorial, lo que quiere decir que el cálculo financiero que se realiza para determinar el valor de la contratación para el Régimen Subsidiado, no corresponde con la realidad; los recursos destinados de la UPC para financiar los programas de Promoción y Prevención resultar ser escasos, situación que afecta de manera directa a las IPS, por ser estas las que brindan el servicio, y a los usuarios por ser quienes se benefician del mismo.

³⁰ La subcuenta de promoción de la salud del FOSYGA, realiza asignaciones a las EPS-C de acuerdo con el “valor anual que FOSYGA reconoce por cada afiliado a las EPS-C para el desarrollo de actividades de promoción y prevención para cada anualidad”.

9. CONCLUSIONES

- El actual diseño Macroorganizacional del Sector Salud Colombiano, no garantiza el cumplimiento de los programas de Promoción y Prevención, es más, los mismos en la actualidad son incipientes, carece de concreción y de ejecución de sus políticas.
- El análisis de las relaciones dadas entre los subsistemas del Modelo de Sistema Viable para el sector salud, evidenció que uno de los principales problemas a nivel macroorganizacional que impide el adecuado cumplimiento de los programas de Promoción y Prevención, es la complejidad del mismo, caracterizado por el sinnúmero de normas que lo rigen, de actores que lo componen y de intereses que lo circunden, situación que ocasiona no solo la imposibilidad de los entes de vigilancia y control de ejercer sus funciones, sino dificultades en la coordinación del juego macroorganizacional, toda vez que los Consejos Territoriales en Salud, entes que deben cumplir con dicha función, tienen difuminado su papel. Esto impide la articulación y retroalimentación de políticas, planes y programas de Promoción y Prevención, entre el nivel central y el descentralizado.
- La complejidad de la macroorganización del sector salud, ha traído como consecuencia, como se demostró en el estudio de caso, que procesos

coyunturales como la contratación, se tornen lentos y pesados, provocando un bajo nivel de efectividad de los prestadores en el cumplimiento de sus funciones principales y una falta de liderazgo de las Direcciones de Salud Municipal y Departamental en lo que a prestación de servicios se refiere.

- El triángulo de hierro del juego macroorganizativo del sector salud, presenta debilidad en sus funciones de rendición de cuentas (control – Subsistema 3), lo que deslegitima el papel del Estado como ente garante de la salud y bienestar de los Colombianos. Esta situación hace que el sistema de salud tal y como funciona en la actualidad no sea viable para garantizar la adecuada implementación y cumplimiento de los programas de Promoción y Prevención.
- El enfoque actual de la macroorganización, va dirigido a tratar problemas coyunturales, como el proceso de contratación y los mecanismos de control, dejando al lado problemas estructurales, entre los que se encuentra la financiación, el recurso humano y las diferencias entre regímenes.

10.RECOMENDACIONES

- Sería interesante, que estudios de caso similares al realizado en esta investigación, se llevaran a cabo en otros departamentos del país, con el fin de tener un panorama más amplio de la realidad de los programas de Promoción y Prevención en el sector salud Colombiano.
- Por los aportes que al Sistema General de Seguridad Social en Salud le pueda dar los resultados de esta investigación, la misma debe darse a conocer a los principales stakeholder que influyen en el sector.

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA RAMIREZ NAYDU, “Reforma Colombiana de salud basada en el mercado: Una experiencia de “Manager care y managed competition” “ Universidad Javeriana, CENDEX, Bogotá, 2003

----- “Cuestionario Salud Pública. Congreso de la República Comisión Accidental del investigación del Sistema ral de Seguridad Social en Salud”, Documento de trabajo ASS/DT 009-04, Universidad Javeriana, Bogotá, 2004.

AHUMADA CONSUELO, “Relaciones Internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización”, 2001.

AYALA CARLOS, KROEGER ALEX, “La Reforma del Sector Salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización”, 2002.

CARDONA, H., “Las paradojas de la ley 100 de 1993”. *Revista de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, 13:47-50, 1996.

CENTRO PARA EL DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y TECNOLOGÍA EN SALUD PÚBLICA, “Seminario Internacional de Evaluación y políticas públicas: Respondiendo a los determinantes de la salud”, Cali, 2005.

CESPEDES, E.; JARAMILLO, I.; MARTINEZ, R.; OLAYA, S.; REYNALES, J.; URIBE, C.; CASTAÑO, R.; GARZON, E.; ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; FERNANDO, B. & ANGARITA, J., “Efectos de la reforma de la seguridad social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”. Revista de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 20:9-19, 2000.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, “ACUERDO 117 de 1998, Por el cual se establece el conjunto de procedimientos de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades, necesarias para lograr transformaciones positivas en la situación de salud de la población”, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

----- ACUERDO 72 de 1997, “Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado ”.

----- ACUERDO 229 de 2002, “Por el cual se define la proporción de UPC - S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”

CONSTITUCIÓN POLÍTICA NACIONAL

CONTRERAS NELSON, GORBANEFF YURY, TORRES SERGIO, “Anatomía de la cadena de prestación de servicios de salud en Colombia en el régimen Contributivo”, Gerencia y Políticas de Salud, Volumen 3 #006, Universidad Javeriana, Bogotá, 2004

DECRETO 1280 DE 2002, “Por el cual se organiza el Sistema de Vigilancia y Control del sector salud”.

FRANCO, A., OCHOA, “La ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia”. Revista de Salud Pública, Universidad de Antioquia, 13:20-41, 1995

FUNDACIÓN CORONA, “Los hospitales colombianos, en el contexto de Latinoamérica y el Caribe”, 2002.

GONZALEZ SALAS EDGAR, “Laberinto Institucional Colombiano 1974-1994”, Universidad Nacional.

HERNANDEZ ALVAREZ MARIO, “El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su realización”, Revista Salud Publica, Vol. 02, pág. 121-144, Universidad Nacional, Bogotá – Colombia, Julio 2000.

JARAMILLO IVAN, “El Futuro de la Salud en Colombia”, Cuarta Edición, Fundación Corona, Bogotá, 1998.

KONBLIT, “La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y psicosociales”, Segunda edición, Argentina, 2000

KROEGER, A.; ORDOÑEZ-GONZALEZ, J. & AVIÑA, A., “Malaria control reinvented: Health sector reform and strategy development in Colombia”. *Tropical Medicine and International Health*, 7: 450-458, 2002.

LEY 10 DE 1990, “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”.

LEY 60 DE 1993, “Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución

Política, se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones”.

LEY 100 DE 1993, “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”.

LEY 715 DE 2001, “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 los servicios de educación y salud, entre otros”.

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”

LONDOÑO BEATRIZ, JARAMILLO IVÁN, URIBE JUAN PABLO, “Descentralización y reforma de los servicios de salud: el caso Colombiano”, marzo, 2001).

MALAGA, H.; LA TORRE, M.; CARDENAS, J.; MONTIEL, H.; SAMPSON, C.; DE TABOADA, M.; GRANADOS, R. & PASTOR, D., “Equidad y reforma en salud en Colombia”. *Revista de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, 20:193-219, 2000.

MARIÑA MULLER MANUEL, “Impacto de las nuevas tecnologías informáticas y organizacionales sobre la competitividad de las empresas latinoamericanas”, Universidad Central de Venezuela, 1996

MARTINEZ FELIX, ROBAYO GABRIEL, VALENCIA OSCAR, “Hygeia no es Panacea. Condiciones para dialogar sobre cobertura de la seguridad Social en Salud”, Bogoá, 2001

MATUS CARLOS, “Sobre la Teoría de las Macroorganizaciones”, 1994.

MINISTERIO DE SALUD, “Definición del Sistema de Seguridad Social en Salud”. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 2000.

----- “Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia”, 1995.

----- “Resolución 3997 del 30 de Octubre de 1996, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

----- “Resolución 412 del 25 de Febrero de 2000, por la cual se establecen las actividades , procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, “Programa Nacional de Salud” 2002-2006, Julio 2003.

MOYADO ESTRADA FRANCISCO, “Gestión Pública y Calidad; Hacia la mejora continua y el rediseño de las instituciones del sector público”, 2004

M.T. MONTES & A. ESPINOSA, “Propuesta para organizar el sector salud en Colombia: Régimen Subsidiado”, Universidad de los Andes, Bogotá, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Promoción de la Salud: Una antología”, Publicación Científica No. 557, 1996

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “138.a Sesión del Comité Ejecutivo Washington, D.C”.., EUA, 19-23 de junio de 2006, junio 2006.

PAHO (Pan-American Health Organization), “Cooperation of the Pan American Health Organization in the Health Sector Reform Process”. Washington, DC: PAHO, 1998.

PEREZ, F., “La autofinanciación de los hospitales públicos”. *Revista Vía Salud, Gestión, Calidad y Logros*, 2:17-27, 1997.

PLAZA NAVARRETE ALVARO, “Estrategia funcional de organización y recursos humanos: Un modelo de análisis”, Universidad Adolfo Ibáñez, 2002

QUEVEDO E, “Proceso Salud Enfermedad”, Seminario permanente Salud y Administración, Bogotá Pontificia Universidad Javeriana, Postgrado en Administración en Salud, Junio 19 de 1990.

REDONDO ESCALANTE PATRICIA, “Prevención de la Enfermedad”, Universidad de Costa Rica, 2004.

RESTREPO JAIRO HUMBERTO, RODRÍGUEZ SANDRA, VELANDIA DURFARI, “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia”, Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas, 2002.

----- “Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformación funcionamiento y responsabilidades, Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas, 2002.

REUNION ESPECIAL sobre REFORMA DEL SECTOR SALUD, Washington, Septiembre 29-30, 1995.

RUIZ GOMEZ FERNANDO, “Mapa estratégico de intereses de actores en los recursos humanos en Colombia”, Documento técnico ASS/817.01, Universidad Javeriana, Bogotá, 2001.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, “Evolución del programas de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS)”, 1988-2004.

STANFORD BEER, “Modelo De Sistema Viable. Viabilidad cibernética”., 2000

STIGLITZ JOSEPH, “La economía del sector público”, 1986.

TAFUR LUIS ALBERTO, “Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007”, Universidad del Valle, Cali, 2007

VELEZ ALBA LUCIA, “Marco Político y Legal de la Promoción de la Salud”
Revista Colombia Médica, Vol. 31, Número 002, pag.86-95, Universidad del
Valle, Cali-Colombia, 2000.