

REFLEXIÓN



LA IMPORTANCIA DEL TECNÓLOGO EN EL ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA

THE IMPORTANCE OF THE TECHNICIAN IN THE ANALYSIS OF DIFFERENT HEALTH SYSTEMS IN AMERICA

Orlando de Jesús Sandoval Arciniegas¹ |

RESUMEN

El documento trata en su generalidad del papel que desde la academia debe tener el tecnólogo de gestión de procesos administrativos de salud, como capacidad para realizar un análisis de los diferentes Sistemas de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de las Américas, contando como referentes los factores que determinan un sistema de salud y el reconocimiento de sus componentes como son: la evolución histórica o antecedentes, la estratificación socio-económica de la población, la clasificación del aseguramiento, afiliación, el análisis normativo, la identificación del modelo, la trazabilidad en cada uno de los procesos en los diferentes sistemas, la protección social estatal y las fuentes de financiamiento. Para soportar este análisis se toma como referentes las normas legales nacionales y de organismos internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Interamericano de Desarrollo para la protección social (BID-PS), monografías y otros estudios realizados de cada uno de los sistemas de salud de los cinco países, Colombia, Perú, Chile, Cuba y Estados Unidos. Se realiza un comparativo de todos los aspectos, analizando sus contenidos normativos y dejando en cada postulado espacios abiertos con expectativas que permitan reflexionar, hacer propuestas y/o aportes para el mejoramiento de lo expuesto.

Palabras Clave: Administración, Salud, Sistema de salud, Gestión en Salud.

ABSTRACT

In general, the document deals with the role that the administrative technician of health administrative processes should have from the academy, as the ability to perform an analysis of the different Social Security Systems in Health (SGSSS in Spanish) of the Americas, counting as references factors that determine a health system and the recognition of its components such as: historical evolution or background, socio-economic stratification of the population, classification of insurance, affiliation, regulatory analysis, identification of the model, traceability in each of the processes in the different systems, state social protection and sources of financing. To support this analysis are taken as references, national legal norms and international entities such as World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO), Inter-American Development Bank (IDB), monographs and other studies of each of the health systems of the five countries, Colombia, Peru, Chile, Cuba and the United States. A comparison is made of all aspects, analyzing their normative contents and leaving in each postulate open spaces with expectations that allow us to reflect, make proposals and/or contributions for the improvement of the above.

Keywords: Administration, Health, Health system, Health Management.

INTRODUCCIÓN

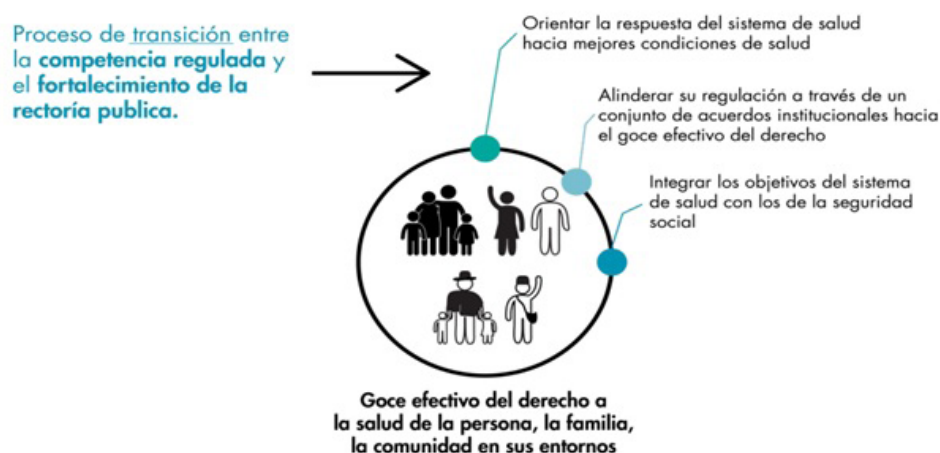
La Protección Social a nivel mundial parte de la base de la salud como derecho fundamental del ser humano y con un enfoque en principios de cobertura, igualdad, derecho y universalidad, esto nos ha llevado a evaluar el sistema de salud en otros países del continente americano y conocer cuáles son sus bases económicas, sociales y culturales así como sus fortalezas y las debilidades dentro de su estructura, haremos un análisis de la evolución de Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS de Colombia comparado con países como Cuba, Chile, Perú y Estados Unidos.

Colombia integra un sistema de salud implementado a partir de la Ley 100 de 1993 quien reúne un conjunto de normas, procedimientos y entidades que garantizan una cobertura del 100% en salud, sin embargo a través de los años nuestro sistema de salud ha tenido cambios debido a que el resultado de la calidad no ha sido el esperado en diagnósticos accesibilidad y cobertura según estadísticas y grados de satisfacción de los usuarios y como causa de esto, llega una primera reforma al sistema General de Seguridad Social en Salud con la ley 1122 del 2007 como respuesta a la inconformidad de diferentes sectores, esta genera ajustes y da como prioridad al mejoramiento en la prestación de los servicios; viene luego la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria que hace un reconocimiento a la salud como un derecho

fundamental para los colombianos con oportunidad y calidad, haciendo más eficiente el sistema, establece que de ahora en adelante no basta con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad, obligando al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten un daño en la salud de los pacientes.

La salud en nuestro país sigue siendo un indicador de calidad donde el bienestar del individuo y su comunidad son muy importantes por lo tanto es un sistema dinámico, en evolución y con la llegada de la Ley Estatutaria (ley 1751 del 2015) también llega un gran reto para la salud y es la implementación de la Política Integrada de Atención en Salud "PAIS" que lleva el sistema a las mejores condiciones de salud de la población mediante la promoción de la salud con un enfoque en la familia y la comunidad. El MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud) que busca la integralidad de la salud, el bienestar y los territorios en que se desarrollan. Con el tiempo hemos visto avances en la calidad de la salud, pero no ha sido la calidad esperada, se espera que cada reforma que se haga traerá consigo grandes cambios y siempre con un enfoque en la dignidad humana. Esto se demuestra al hacer los estudios comparativos del sistema anterior es decir a los antecedentes de la ley 100 del 1993, los referentes normativos del sistema actual partiendo de la ley 100 del 1993, ley 1122 del 2007, ley 1438 del 2011 y la ley 1751 del 2015 junto a sus decretos reglamentarios y actos administrativos que la complementen de lo cual habla el Profesor Carlos Pacheco Consuegra de la universidad Nacional de facultad de medicina sobre los Derechos a la salud y sus costos.

Figura 1. Propósito Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS



Nota: recuperado de Ministerio de Salud y la Protección Social 2019. Colombia

Haciendo un análisis comparativo de los diferentes sistemas de salud de algunos países americanos encontramos que el Sistema de Salud de Colombia se tiene en cuenta, en primer lugar el concepto de protección social, seguido de la evolución de la normatividad que soporta las diferentes decisiones del Estado, con la finalidad de brindar a la población servicios de salud oportunos, continuos, pertinentes e integrales que cubran las necesidades de todos los residentes del país. El Sistema de Salud de Chile, el cual ha tenido una evolución similar al de Colombia, en donde el estado chileno asume la responsabilidad de la salud de la población, es decir que el estado es el eje fundamental del sistema en el que gira todos los programas y la fuente de financiación y busca incrementar las coberturas, fortaleciendo la atención primaria en salud y la integralidad de los servicios.

El análisis de la situación de salud de Perú, es un referente del sistema de salud Colombiano con la diferencia de que el estado es el eje fundamental del sistema en busca de criterios de calidad para servicios de salud con integralidad, en donde el estado pretende la disminución del gasto de bolsillo de las familias y la plena satisfacción de las necesidades en salud.

Con relación al sistema de salud en los Estados Unidos, potencia mundial en la mayoría de aspectos socioeconómicos. En el sector salud goza de alta tecnología, sin embargo la cobertura no alcanza altos porcentajes, viéndose involucrado el patrimonio de las familias por los elevados costos de las atenciones en salud cubriendo parte de los servicios de acuerdo a los contextos laborales que cada uno tenga y en los últimos años se goza de los beneficios que otorga la ley Obama-care, siendo esta una de las medidas legislativas más ambiciosas en décadas en los Estados Unidos.

En el análisis al sistema de salud en Cuba, la cual presenta un régimen político social diferente a los demás países revisados, su sistema ofrece servicios de salud denominados de medicina familiar; de calidad para todo el pueblo en forma equitativa, sin tener acceso en algunas oportunidades a la tecnología de la cual gozan otros países como Estados Unidos. Su nivel académico sobresale en Latinoamérica.

Una vez finalizado este análisis, le permite al Tecnólogo en Gestión de Procesos Administrativos en Salud, tener una visión general de la situación de salud de los cinco países estudiados y tomar conciencia de la responsabilidad que tiene frente a los usuarios del sistema de salud en Colombia, cuya normatividad ha evolucionado reconociendo al individuo, su familia y la comunidad como centro de atención, for-

talesciendo el primer nivel de atención y optimizando los recursos, tanto físicos como financieros y humanos en busca del mejoramiento continuo de los resultados en salud.

Sistema de Salud en Colombia

Protección Social

La seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para organizar una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Ley 100 de 1993)

Conjunto de intervenciones públicas para asistir a personas, familias y comunidades en un mejor manejo del riesgo donde se reúnen de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos que busca la prevención el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad garantizando una vida digna como reposa en el Plan decenal de salud pública, 2012-2021 Ministerio de la protección social.

El sistema de protección social en Colombia se implementó como un mecanismo de mejoramiento del bienestar individual y social que disminuyera la vulnerabilidad y aumentara la equidad, con el fin de contribuir al desarrollo y crecimiento económico para que se evidenciara de manera clara, efectiva y duradera en la reducción de la pobreza cimentado en el manejo social del riesgo, el cual enfatiza en la prevención, mitigación y a la vez utilizando los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad para el mejoramiento continuo ante cualquier evento negativo como lo menciona la Ley 100 de 1993.

Se llega a la reflexión que el sistema general de seguridad social en salud es el conjunto de normas, de procesos y procedimientos e intervenciones y de entidades públicas y privadas con el fin de prestar servicios de salud con calidad y como todo sistema cuenta con la unidad de medida que es la Unidad de pago por capitación, (UPC) es una percepción generalizada y resumida de todas las normas en salud.

Evolución de la Normatividad

La orientación mundial en atención a la salud en la década de los 80s estuvo definida por la declaración de Alma Ata (OMS/ UNICEF, 1978). La estrategia principal fue la atención primaria en salud con unos lineamientos generales que pretendían resolver

las necesidades de las personas en salud mediante la asistencia sanitaria esencial, pues al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, sostenible, con desarrollo de otros sectores que influyen en ella como son los servicios públicos y el medio ambiente, con programas preventivos y provisión de atención médica básica.

Hasta la constitución política de 1991 la salud no existía como un derecho, pero esto cambió cuando se firmó y se adhirió a instrumentos internacionales de derechos humanos donde se hacía referencia al mismo, como la declaración universal de los derechos humanos en 1948 y el pacto Internacional de los derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1996. En el siglo XIX, las constituciones Colombianas sólo hacen mención indirecta de la salud desde una concepción de caridad y la concepción de ser de iniciativa privada más que responsabilidad del Estado. La constitución de 1936 hace una alusión más directa a la responsabilidad del estado (art. 19). La asistencia pública es función del estado. Se debe prestar a quienes careciendo de subsistencia y de derecho a exigirla a otras personas están físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado.

El concepto de asistencia pública relacionada con la salud y dirigida a sectores vulnerables de la sociedad, es desarrollado por el decreto No 3224 de 1963 que señala la asistencia pública como función del Estado para el bienestar individual, familiar y colectivo, mediante previsión a la enfermedad, promoción y recuperación de la salud de aquellos que careciendo de medios de subsistencia o d derecho para exigirla a otros, estén incapacitados para trabajar.

El Estado enfocó la preocupación y la acción sobre los pobres mediante la concepción de la asistencia social; sin concepción de derecho, y desde 1946 sobre la población trabajadora, mediante la creación de un sistema de seguridad social, implicando un derecho para sus afiliados. Así, el derecho a la atención en salud aparece en el plano legal con la Constitución Política de 1991, como un derecho irrenunciable y no como favor del Estado o caridad cristiana. La posiciona en la esfera pública y con acceso universal, no igualable a otro servicio comercial.

En 1945 según decreto 1600 fue creada la Caja de Previsión Social de los empleados nacionales, la cual es una entidad autónoma que cuenta con personería jurídica y patrimonio propio, que es independiente de los bienes del estado y su cargo es el reconocimiento y pago de las prestaciones oficiales y las adicionales que tengan derecho los empleados nacionales. La Ley 90 de 1946 establece el seguro social obligatorio y crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, donde se decreta el seguro social obligatorio a los trabajadores que tengan riesgos de enfermedades profesionales, maternidad, invalidez, vejez, accidentes de trabajo y muerte.

En 1954 es creada la primera caja de compensación familiar en el departamento de Antioquia, donde se le da paso al decreto 118 de 1957. Posteriormente en 1957 por medio del decreto 118 del mismo año donde se brindan aumentos de salarios, se establece el subsidio familiar y se crea el Servicio Nacional de Aprendizaje, los patronos obligados, destinarán un cinco por ciento (5%) de su nómina mensual, donde el cuatro por ciento (4%) será destinado a los subsidios y el uno por ciento (1%) al Servicio Nacional de Aprendizaje.

Así mismo, el Decreto 056 de 1975 se crea el Sistema Nacional de Salud que está conformada por organismos, instituciones y entidades que buscan la salud de la comunidad en los procesos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Y se presenta la Ley 10 de 1990 la cual reorganiza el sistema nacional de salud y la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público que se encuentra a cargo de la Nación, y es gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y es administrado en conjunto de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, y en los términos que establece la presente ley. En el año 1991 fue renovada la constitución política de Colombia, donde se incorpora el derecho de todos los colombianos a la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado. Y tres años después la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sistema General de Seguridad Social en Salud), en esta reforma se hace un cambio de un modelo asistencial a un modelo de seguridad social integral con cobertura universal, y se pasa de un modelo de unidad institucional bajo regulación estatal, a un modelo insolidario a uno solidario en atención, cotización y costo.

Con esto se busca garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para tener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de salud y servicios complementarios. En el mismo año de la ley 100, Ley 60 de 1993 brinda disposiciones especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud por parte de los municipios y se dictan las competencias de los entes territoriales. Casi diez años después en el año 2002 se crea el Ministerio de Protección Social por la unificación del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, esta fusión exige el ajuste de las funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial de las de modulación y articulación, para las cuales no hay tradición, cultura institucional o desarrollo de funciones claras en el país.

Decreto 1011 de 2006, el cual se establece el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde las acciones que desarrolla el SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de

la atención en salud, centrado en el usuario, que van más allá de la verificación de la estructura o de la documentación de procesos. Ahora, frente a la aprobación de la ley 1122 de 2007 produce modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Por el cual se hacen cambios en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortaleciendo los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

En el 2011 se aprueba la Ley 1438 por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud, en esta norma se busca el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente saludable, que garantice servicios de mayor calidad, equitativo, donde el objetivo de todos los esfuerzos sean los habitantes del país.

Se dictan disposiciones para unificar del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país. Para el año 2014 entra en vigencia la resolución 2003 de 2014 donde se dictan los procesos y las condiciones para el proceso de habilitación de los prestadores de servicios de salud adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Ley estatutaria 1757 de 2015 la cual regula el derecho fundamental a la salud y busca garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección donde se promueve el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable a nivel individual y colectivo. Así mismo, comprende el acceso de los servicios de salud de forma oportuna, eficaz y con calidad para el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Ley 2353 de 2015 La cual unifica y actualiza las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y satisfacción del derecho a la salud.

En el año 2016 se aprueba la Ley 780 que tiene por objeto unificar y actualizar las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se actualiza el Sistema de Afiliación

Transaccional como un conjunto de procesos, procedimientos de orden técnico y administrativo, que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual se realizarán los procesos de afiliación y novedades, y definir los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación.

En el mismo año, la Resolución 1441 de 2016 establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud por medio de la Política de Atención Integral en Salud, determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación, así como, adoptar el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. E igualmente, la resolución 429 de 2016 por la cual se implementa la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Resolución 3280 de 2018 donde se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de), este busca desarrollar las mejores condiciones de la salud de la población, por medio la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales que garanticen la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación, se propone entonces estas rutas de carácter obligatorio en cumplimiento para las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios y demás entidades responsables.

Resolución 5095 de 2018 en la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, en el momento en que se entró en vigencia la resolución, las instituciones hospitalarias o ambulatorias que estén en la preparación de esta dicha acreditación deberán postularse para obtener la misma, en la misma vía, las instituciones acreditadas deberán acordar con la institución acreditadora el tránsito a la versión de dicha resolución para continuar con la acreditación.

Año 2019 sale en vigencia la resolución 489 en la cual se modifica la resolución 429 de 2016, se modifica únicamente el numeral 6.2 del artículo 6. El cual quedará de la siguiente manera: Progresividad y gradualidad en la implementación para la operación de la política de atención integral en salud, se requiere el desarrollo gradual de instrumentos relacionados con los componentes del modelo que permitan la implementación progresiva por ámbitos territoriales para la implementación de los componentes del modelo se tendrá un plazo de cuatro años, contados a partir de la publicación de la resolución.

Teniendo en cuenta el marco normativo planteado, el cual se considera importante en tanto cuenta la historia evolutiva del Sistema Colombiano en Salud, por tanto presentamos los componentes del sistema general de seguridad para continuar impactando en las comprensiones en la evolución normativa y conceptual de este documento.

Componentes del Sistema General de Seguridad Social

El Sistema General de Seguridad Social en Colombia está conformado por los siguientes componentes:

1. Sistema General de Seguridad Social en Salud: su objetivo es controlar el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a todos los usuarios, en todos los niveles de atención. El cuidado de la salud se desarrolla en el marco del derecho a la salud como derecho humano fundamental, inherente a la persona que busca el bienestar físico, mental y social del ser humano y supone un conjunto de obligaciones para el Estado. El derecho a la salud tiene como principios la igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y la equidad. Esta última debe ser entendida como el acceso a recursos y servicios de salud que respondan a las necesidades de los diversos grupos de la población y en la que la distribución de los recursos financieros, técnicos y humanos se base en necesidades individuales y colectivas (Rev. Gerenc. Polit. Salud, 2010, pág. 54).

2. El sistema inicia con la Ley 100 de 1993 y se basa en la mezcla pública- privada. Está formado por dos regímenes, el contributivo, que se financia con las cotizaciones de empleados y empleadores y los recursos fiscales obtenidos por impuestos generales que financian el régimen subsidiado. Las empresas promotoras de salud - EPS operan como aseguradoras y administran el sistema, mientras las instituciones prestadoras de servicios - IPS se encargan de proveer los servicios definidos en el plan de beneficios.

Inicialmente el Fondo de solidaridad y garantía FOSYGA (Ahorro de Recursos de Salud - ADRES), es el encargado de distribuir el valor de la unidad de pago por capitación - UPC a cada una de las EPS, de acuerdo al número de afiliados con los que cuenta según los diferentes grupos etarios; igualmente, traslada los recursos fiscales para el régimen subsidiado. El modelo de financiamiento mixto del Sistema General de Seguridad Social en Salud es quizás el más difundido en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. (Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas, 2011, pág. 2818).

Desde su creación el sistema de salud ha sido reformado mediante leyes y múltiples decretos y/o resoluciones. En el 2007, con la Ley 1122, se reforma el sistema con el fin de mejorar la prestación del servicio; no obstante, para fortalecer el modelo de atención primaria en salud, se da otra reforma en el 2011 con la Ley 1438. Estas reformas no resolvieron en el tiempo los problemas de cali-

dad de prestación del servicio y el estado se ve en la necesidad de implementar la Ley estatutaria, siendo la política de atención integral en salud – PAIS y el nuevo modelo de atención integrales salud – MIAS los ejes principales de la misma en busca de mejorar el acceso a los servicios con calidad y oportunidad, optimizando los recursos, de acuerdo a las características demográficas y distribución político administrativa del país.

3. Sistema general de pensiones: el Sistema General de Pensiones tiene el objetivo de garantizar a los usuarios la ayuda económica contra las contingencias derivadas de la vejez, invalidez o muerte, mediante el reconocimiento de una pensión y prestaciones determinadas en la Ley. Está compuesto por el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

4. Sistema general de riesgos laborales: el Sistema General de Riesgos Laborales se define como el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos que buscan prevenir, cuidar y atender a los trabajadores de las consecuencias de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles de acuerdo al trabajo que desarrollan.

5. Servicios Sociales Complementarios: son los subsidios con los cuales se busca proteger a las personas de la tercera edad que no cuentan con una pensión, que viven en condición de indigencia o extrema pobreza - Programa Colombia Mayor -.

Financiamiento del Sistema de Salud de Colombia

Las fuentes de financiación del sistema de salud en Colombia provienen de los recursos fiscales, es decir los impuestos y los parafiscales que se refiere a cotizaciones de los trabajadores y empleadores, copagos y cuotas moderadoras. Este flujo de los recursos pasa por las etapas de recaudo que realizan principalmente las entidades promotoras de salud (EPS) y las autoridades sanitarias. Posteriormente, los recursos son mancomunados por la Administradora de los recursos del SGSSS (ADRES) para finalmente pasar a la etapa de compra o pago, en la cual se paga a las instituciones prestadoras de servicios de salud, recurso humano en salud, proveedores entre otros, todo con el fin de convertir los recursos en salud para la población. (Universidad de Antioquia, 2018).

Esta financiación se concentra en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES -, anteriormente Fondo de Solidaridad y Garantías – FOSYGA -, a través de dos subcuentas: una para el régimen contributivo y otra para el régimen subsidiado. Frente al régimen contributivo para la unidad de pago por capacitación – UPC se conforma de la siguiente manera.

- Cotización realizada por el trabajador dependiente: El aporte es del 12,5% del ingreso base de cotización, distribuido en 8,5% a car-

go del empleador y 4% a cargo del empleado. En ningún momento puede ser inferior al salario mínimo legal vigente.

- Cotización realizada por el trabajador independiente: Aporte del 12,5% de su ingreso base de cotización a cargo del empleado.
- Cotización realizada por los pensionados: Aportan el 12% del ingreso.

- El 1,5% de la cotización de los afiliados, se traslada a la subcuenta de solidaridad del anterior FOSYGA, ahora ADRES.

- Con la Ley 1122 de 2007, el aporte de los regímenes de excepción y especiales se incrementa en 0,5% con cargo al empleador, y se destina al a subcuenta de solidaridad para completar el 1,5% indicado en el inciso anterior.

Régimen subsidiado

La Unidad de pago por capacitación del régimen subsidiado y los recursos de la subcuenta de solidaridad del ADRES son:

- El 1,5% de la cotización del régimen contributivo, de los regímenes especiales y de excepción. Los pensionados aportan un punto de la cotización.

- Aporte del gobierno nacional con un monto de \$287.000.000.000 (Doscientos ochenta y siete mil millones de pesos), más un punto adicional en lo acordado en el artículo 11 de la Ley 1122 del 2007

- Aportes de las cajas de compensación familiar 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran o el 10% de los recaudos del respectivo para aquella caja que obtengan un cociente superior al 100%.

- Otros aportes: Recursos fiscales aportes de impuestos y el 6% del consumo de rentas cedidas y juegos de azar, ventas de licores y tabaco (IVA).

Esto hace referencia a los factores determinantes en la financiación del sistema el que hace que sea sostenible por su esencia general de solidaridad y de la disposición política de seguir recaudando y asignando los impuestos a las actividades económicas que son de fácil y efectivo recaudo. Pero llama la atención que mucho de esos impuestos son los que, al revisar estadísticas, causan daños a la salud, como son el consumo de licores y al cigarrillo, los impuestos a las rifas, juegos y espectáculos, si bien estas no causan daño a la salud, si causa detrimento a la calidad de vida al invertir recursos necesarios para suplir las necesidades básicas y por ende se verá reflejado en la salud o en la enfermedad de la población consumidora. Con esto expuesto entramos a contemplar las afiliaciones al Sistema de Seguridad Social.

Afiliación

El decreto 2353 de 2015 modifica las reglas de afiliación al Sistema general de seguridad social en salud. La Ley estatutaria reconoce la salud como un derecho fundamental, la afiliación es un acto mediante el cual se establece un vínculo jurídico entre el usuario y el sistema. El usuario y su núcleo familiar se inscriben una sola vez al sistema y así adquiere los derechos y obligaciones que se derivan del mismo, el usuario tiene la responsabilidad de declarar la veracidad de los datos informados y de cumplir con los deberes que el sistema determina.

La modificación realizada busca la continuidad y la integralidad del sistema. Crea el Sistema de afiliación transaccional- SAT, mediante este registro el usuario y su núcleo familiar se debe inscribir en una sola entidad promotora de salud- EPS o entidad obligada a compensar EOC.

Inicialmente la afiliación se realizaba mediante el diligenciamiento del formulario único de afiliación y registro, que se presenta en físico en las oficinas de atención al usuario del asegurador, con el sistema de afiliación transaccional se busca la continuidad de la atención, la oportunidad en la información de todos los datos correspondientes al afiliado, la unificación de la información. El sistema de afiliación transaccional es una forma de aplicación de tecnología en el sistema de salud colombiano. El Sistema de afiliación transaccional - SAT -, es una tecnología que puede considerarse una innovación de la Revolución 4.0.

En Colombia el usuario y su núcleo familiar se inscribe solo una vez al sistema y solo se desafilia con el fallecimiento del afiliado. Así, todos los residentes en Colombia están obligados a afiliarse al sistema general de seguridad social en salud, de acuerdo a los requisitos establecidos por cada uno de los regímenes existentes. Solo se exceptúan aquellas personas que pertenezcan a los regímenes exceptuados o regímenes especiales como son las fuerzas militares, el magisterio y los empleados de Ecopetrol.

En Colombia se presentan los siguientes regímenes de afiliación: Régimen contributivo al cual se afilian las personas que tienen capacidad de pago, trabajadores dependientes o trabajadores independientes y régimen subsidiado, donde están afiliada la población más pobre y vulnerable, de escasos recursos, sin capacidad de pago, que accede a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado Colombiano. Para realizar la afiliación o efectuar cualquier tipo de novedad se requieren los siguientes documentos:

- Para menores de 3 meses el registro civil de nacimiento o en su defecto el certificado de nacido vivo.
- Para mayores de 3 meses y menores de 7 años el registro civil de nacimiento.

- Para mayores de 7 años y menores de 18 años la tarjeta de identidad.
- Para mayores de 18 años la cédula de ciudadanía.
- Para extranjeros la cédula de extranjería, el pasaporte. Carné diplomático o salvoconducto de permanencia.
- Para refugiados o asilados el pasaporte de la organización de las naciones unidas.

Para el núcleo familiar del afiliado cotizante estará constituido por:

- El cónyuge.
- A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
- Los hijos menores de 25 años de edad que dependen económicamente del cotizante.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
- Hijos del cónyuge o compañero permanente del afiliado incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en los encisos anteriores.
- Los hijos de los beneficiarios que sean menores de 25 años y que dependan económicamente del cotizante o los hijos con cualquier incapacidad.
- Los hijos menores veinticinco (25) años y los hijos cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida la patria potestad o ausencia de éstos, se encuentren hasta tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan de éste.
- A falta del cónyuge o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de este.
- Los menores de 18 años entregados en custodia legal por la autoridad competente.

El soporte documental de los beneficiarios es el siguiente:

- La calidad de cónyuge, se acredita con el Registro Civil de Matrimonio.
- La calidad de compañero o permanente de la Ley 54 se con alguno de los documentos artículo 40 1990 modificado por el artículo de 2005.

- La calidad de hijos o padres o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad se acreditará con los registros civiles correspondientes.

- La calidad de hijo adoptivo mediante el certificado de adopción o entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar o entidad autorizada.

- La incapacidad permanente de los hijos mayores de veinticinco se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS en la cual se encuentre afiliado o por la entidad competente cuando se trate de calificación por invalidez.

- Los menores en custodia legal con la orden judicial o expedido por autoridad competente.

- El afiliado cotizante es el responsable de ingresar al sistema todos los documentos requeridos, en caso de que por alguna razón especial no pueda ingresarlos en ese momento, cuenta con 1 mes para allegarlos.

- En caso de que al afiliado no halla anexado los documentos de sus beneficiarios, la EPS mediante comunicación escrita informa al cotizante que tiene un período máximo de 3 meses para incluirlos y en ese caso, los servicios diferentes al servicio inicial de urgencias, tanto del cotizante como de los beneficiarios deben ser asumidos con cargo a sus propios recursos, excepto la atención de los menores de edad. Si pasados 3 meses el cotizante no allega los documentos, la EPS suspende la afiliación con excepción de las mujeres gestantes y los menores de edad e informará.

Todo recién nacido queda afiliado al sistema de salud desde su nacimiento y desde ese momento se reconoce la UPC. El recién nacido queda inscrito en la EPS de la madre, en caso de fallecimiento de la madre en el momento del parto, quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a cargo el cuidado o la custodia del recién nacido.

Cuando la madre ostente la calidad de beneficiaria el recién nacido se inscribe como beneficiario más del núcleo familiar. Si el padre es cotizante del régimen contributivo este podrá solicitar la inclusión de beneficiario en su grupo familiar después del primer mes de vida.

Cuando los padres del recién nacido no se encuentren afiliados al sistema:

- Si alguno de los padres cumple condiciones para el régimen contributivo, el prestador registra en el Sistema de afiliación transaccional al padre obligado a cotizar en una EPS de dicho régimen.

- Cuando ninguno de los padres cumple requisitos para ser afiliados al régimen contributivo y se encuentran clasificados en los niveles I y II del Sisbén inscribe a la madre, al recién nacido y a los demás integrantes del núcleo familiar al régimen subsidiado.

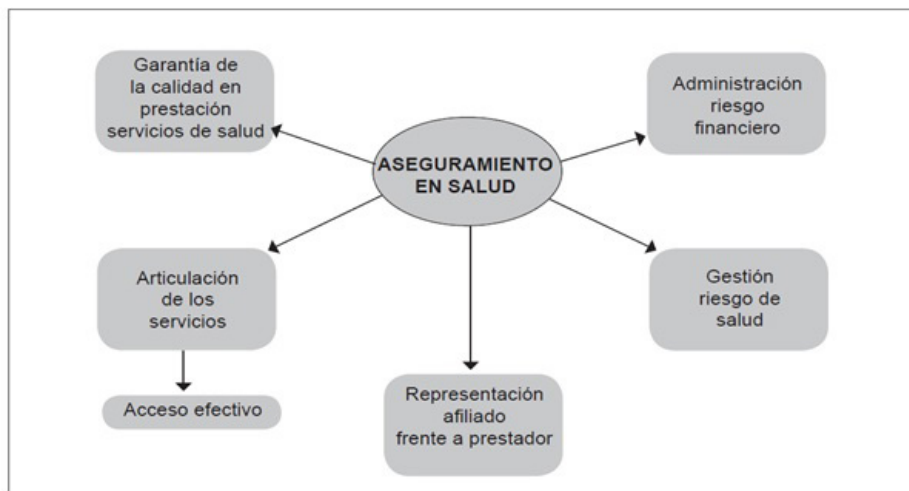
- Cuando los padres no cumplen requisitos para ser afiliados al régimen contributivo y no se encuentran clasificados en los niveles I y II del Sisbén o no les ha sido aplicada la encuesta del SISBEN, se registrará al recién nacido en una EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio.

Ninguna persona puede estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado o pertenecer al régimen especial o de excepción ni estar asegurado en más de una EPS, ni ostentar ser cotizante y beneficiaria al mismo tiempo. No puede tener una afiliación múltiple. La afiliación se suspende cuando el cotizante incurra en mora por 2 períodos consecutivos. Al suspenderse la afiliación se suspende la prestación de los servicios

Aseguramiento

A diferencia de algunos sistemas de salud del mundo, el sistema de salud Colombiano opera como intermediario entre los recursos y la prestación del servicio de salud, función que se conoce como "Aseguramiento". De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, la gestión integrada y articulada (Figura 2) del riesgo financiero, riesgo en salud, representación del afiliado ante el prestador, la articulación de los servicios y garantía de la calidad en la prestación de los mismos a través de Empresas Promotoras de Salud - EPS - a las que les corresponde realizar la gestión indelegable del aseguramiento en el país, a través de la administración de los regímenes contributivo y subsidiado.

Figura 2. Grafica 1. Elementos del Aseguramiento en Salud - Ley 1122 de 2007



Nota: Recuperado de Artículo Gestión del Aseguramiento en Salud. 2009 por la Revista EAN 67.

Así, para el Régimen contributivo se pueden afiliar las personas que tienen capacidad de pago es decir las que tienen vínculo laboral, los servidores públicos, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes que cuentan con capacidad de pago. Como lo dice la Ley 100 Artículo 157 “Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley”

Para el régimen subsidiado se pueden afiliar todas las personas que pertenecen a la población vulnerable sin capacidad de pago que se encuentran dentro de los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisbén, también todas aquellas personas que hacen parte de la población especial como desplazados, comunidades indígenas, desmovilizadas, población infantil en abandono a cargo del ICBF, personas mayores en centro de protección y población ROM. De acuerdo con Ley 100, Artículo 211, el régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley. Por otro lado, dentro del aseguramiento se encuentran la población especial desmovilizada que cuentan con cubrimiento especial según el Artículo 158, de la Ley 100, los colombianos que, acogidos a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente Ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de e contrato de trabajo. En conclusión, las normas de salud iniciando por los principios y fundamentos de la ley 100 donde explica en uno de sus principios es la obligatoriedad de pertenecer a cualquiera de los regímenes pero en el lapso de tiempo en el que se ha desarrollado el Sistema General de seguridad social en Salud no se ha cumplido este mandato por dos aspectos importantes, el primero hace referencia a que en muchos entes territoriales no se ha censado a toda la población incluyendo a la población flotante y algunos grupos indígenas y en segundo aspecto tiene que ver con quienes en el sistema se consideran los particulares que tienen capacidad de pago en el desarrollo de sus actividades económicas pero que no se aseguran con ninguna EPS y prefieren escoger su una IPS cuando necesitan los servicios y pagar por los mismos.

El rol que desempeña el Tecnólogo de Gestión en Procesos Administrativos en Salud.

Antes de analizar el papel que cumple el Tecnólogo de Gestión en Procesos Administrativos en Salud se debe analizar la realidad mundial, como la tendencia laboral que supone la pérdida de los empleos y sobre todo los que tiene funciones administrativas y que tiene una relación directa con las del tecnólogo. En este aspecto

hay que evaluar, analizar y proponer como integrar los conocimientos adquiridos mediante el desarrollo de las competencias del programa con los nuevos empleos que se crearan en el campo de la salud según la 4ª revolución Industrial 4.0 y la economía naranja. De igual manera se debe tener en cuenta la formación con calidad que hace parte del contexto laboral actual en las empresas del sector productivo donde cada día es más exigente en la formación como seres humanos es decir el ser y la integración con el saber y la integración con el entorno social y económico, que aunque nos parezca ficticio es una realidad mundial. Es preciso reconocer que en la actualidad, tanto las grandes, medianas y pequeñas empresas, han de estar a la vanguardia no sólo en tecnología, infraestructura y mercadeo; el factor humano juega un papel importante en el crecimiento de las compañías, el mercado y las sociedades.

El análisis de recursos humanos de la salud en Colombia realizado por el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) y el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX), se concluye que se evidencia en el país, un vacío en la formación tecnológica en salud, lo que ocasiona superposición de labores y sustitución de personal. Esto conduce a la necesidad de promover en el país una formación tecnológica en administración en salud, en donde se desarrollen competencias para asumir funciones administrativas delegadas en Supervisión de apoyo en áreas administrativas en salud, supervisión de información y estadística en salud, asistencia en talento humano en salud, promoción en calidad del SGSSS y mercadeo en salud.

El Desarrollo de habilidades en servicios de salud específicamente para la gestión de insumos y equipo biomédico, sistemas de información en salud, gestión de recursos humanos en salud, tecnologías del servicio, calidad, mercadeo y gestión financiera en salud, aplicando el principio de integralidad en la atención al usuario, comparar y analizar los diferentes factores que determinan la viabilidad, económica, de aseguramiento y de prestación de servicios de un sistema de salud independiente de su estructura y asumir el principio de unidad acorde a los derechos y limitantes del sistema general de seguridad social en salud de cualquier país.

El campo de la salud no puede ser indiferente a estos constantes avances y cambios, teniendo en cuenta que la razón de ser del Sistema de General de Seguridad Social en Salud, en Colombia, como en Latinoamérica se basa en la atención al usuario, el cuidado de su salud, la calidad de vida del usuario, su bienestar, el de su núcleo familiar y el de la comunidad. Es por eso que es necesario considerar este punto en la educación del país.

El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA -, con su programa de formación de Tecnólogo en Gestión de Procesos Administrativos en Salud, se integra al Sistema desde dos perspectivas complementarias: “Administración y Salud”, con el fin de dar respuesta a las necesidades productivas y de formación en el país. En este sentido

se fomenta en los aprendices la capacidad de analizar, organizar y evaluar el conjunto de conocimientos inherentes al Sistema de General de Seguridad Social en Salud, adquiridos en su etapa lectiva; el Tecnólogo en Gestión de Procesos Administrativos en Salud los pone en práctica en el momento de enfrentarse con la realidad productiva del país, a través de su experiencia laboral en diferentes empresas.

Es por ello que el Tecnólogo en Gestión de Procesos Administrativos en Salud, está en capacidad de impartir orientación al usuario, sobre todos los procesos del Sistema de Seguridad Social en Salud, desde la afiliación, el aseguramiento y la prestación de los servicios, garantizando atenciones seguras, oportunas, continuas y pertinentes. Igualmente está preparado para desempeñarse en las áreas de almacén y/o recursos físicos; se encuentra en la capacidad de interactuar con proveedores en el área de compras; conoce de la terminología médica necesaria para manejar medicamentos y dispositivos médicos o especializados, de acuerdo con las tendencias y cambios tecnológicos y las necesidades del sector empresarial y de los trabajadores.

Desde la comunicación asertiva, está en capacidad de interactuar con los clientes internos y/o externos de una entidad, de igual forma podrá apoyar los procesos de contratación de personal en todas sus etapas. Desde el punto de vista del proceso financiero, el Tecnólogo en Gestión de Procesos Administrativos en Salud, tiene cabida en la participación de los procesos de auditoría administrativa de los procesos de facturación y cartera según política institucional y normativa vigente y así garantizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De igual forma, está en capacidad de participar activamente en la implementación del Modelo de Atención en Salud – MIAS - y aportar sus conocimientos en el fortalecimiento de la atención primaria en salud, generando una información adecuada al usuario, que le permita mitigar el riesgo, cumplir con las actividades de promoción, prevención y detección temprana, las intervenciones programadas por el aseguramiento y los prestadores en las rutas de atención de mantenimiento y promoción de la salud.

Establece relaciones interpersonales dentro de criterios de libertad, justicia, respeto, responsabilidad, tolerancia y solidaridad, analiza de manera crítica las situaciones pertinentes, argumenta y acoge los criterios que contribuyen a la resolución de problemas, propone alternativas creativas, lógicas y coherentes, desarrollar actividades de autogestión orientadas hacia el mejoramiento personal, aborda procesos de trabajo colaborativo orientados hacia la construcción colectiva en contextos sociales y productivos, armonizar los componentes racionales y emocionales en el desarrollo de los procesos de trabajo colectivo e identifica e integra los elementos de su contexto que le permiten redimensionar su proyecto de vida.(programa formativo TGPAS SENA)

El Tecnólogo en Gestión de Procesos Administrativos en Salud, aporta grandes cualidades y calidades al crecimiento y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la capacidad de liderar cualquiera de las áreas mencionadas respondiendo a la dinámica del sector, trabajando en equipo, formulando, evaluando y ejecutando proyectos y proponiendo alternativas en pro del crecimiento de un mejor país.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Interamericano de Desarrollo - División de Protección Social y Salud. (2014). Palnes de Beneficios en Salud de América Latina. Ursula Giedion; Ricardo Bitrán; Ignez Tristao.

Ciência & Saúde Coletiva. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2818.

Domínguez Alonso, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53 supl 2:S168-S176. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009

Diario Oficial de la República de Colombia No. 46.506, Bogotá D.C., 09 de enero de 2007.

Ley N° 100. Diario Oficial de la República de Colombia No. 41.148, Bogotá D.C., 23 de diciembre de 1993.

Ley 1751 de 2015. Diario Oficial de la República de Colombia No. 49.427, Bogotá D.C., 16 de febrero de 2015.

Ministerio de la protección social. (2013). Plan decenal de salud pública 2012 - 2021. Recuperado de: <https://www.min-salud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. (2016). ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2016. Bogotá, D.C: Imprenta Nacional de Colombia © Ministerio de Salud y Protección Social.

Montañez Galvis, H. A., Chantre Camero, J. H., & Polo Cerquera, Z. H. (2016). Avances en los Sistemas de Salud en Chile, Colombia y Cuba durante los últimos 10 años. Fundación Universitaria del Área Andina - Facultad de Salud. Bogotá D.C.

Montes, F. J. (Enero-Junio de 2009). Presente y Futuro de la Seguridad Social en el Perú. *Revista Latinoamericana de Derecho Social* Num. 8, 275-298.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2019). Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Obtenido de <http://www.fao.org/social-protection/overview/whatissp/es/>

Organización Panamericana de la Salud, P. d. (s.f.). Resumen de país: Estados Cuba.

Pedraza, C. (2013). Cid Pedraza. Obtenido de Santo Tomás en Línea: <https://enlinea.santotomas.cl/blog-expertos/financiamiento-del-sistema-salud-chileno-otros-sistemas-salud-del-mundo-una-mirada-comparativa/>

Rev. Gerenc. Polit. Salud. (2010). Sistema General de Seguridad Social en Salud y decretos de emergencia social: Revista Gerencia Política de Salud, 54.

Salud Pública de México. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53 supl 2:S168-S176.

Universidad de Antioquía. (2018). Obtenido de Consultorio de Seguridad Social Integral: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/medicina/extension/consultorio-seguridad-social-integral/contenido/asmenulateral/sgsss/!ut/p/z/1/VVLc9owGPwr5OCjkYyf9GZck5Ty-JhDwpSPLsIFrS8SSle2vrwxt0x4IMnkUF1k>

Vega, J. (2015). Presentación Desafíos de Gestión y Financiamiento.

Villalba, H. (2012). Introducción y Sin Pérdida de Material.

Yampasi, S. C., & Martínez, A. Z. (s.f.). Monografías.com. Obtenido de <https://www.monografias.com/trabajos82/seguridad-social-peru/seguridad-social-peru2.shtml>

NOTAS

¹Especialista en gerencia hospitalaria en salud - Instructor, Investigador. Centro de Formación de Talento Humano en Salud, SENA, Regional Distrito Capital. Correo electrónico: osandovala9@gmail.com