

**UNA VISIÓN DE FUTURO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD DE COLOMBIA AL AÑO 2033**

Desde el enfoque de la Previsión Humana y Social

PEDRO LEÓN CRUZ AGUILAR



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN
SANTIAGO DE CALI**

2018

**UNA VISIÓN DE FUTURO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD DE COLOMBIA AL AÑO 2033**

Desde el enfoque de la Previsión Humana y Social

PEDRO LEÓN CRUZ AGUILAR

Trabajo de grado para optar al título de Doctor en Administración

Director:

JAVIER MEDINA VÁSQUEZ

PhD en Ciencias sociales



UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN

SANTIAGO DE CALI

2018

DEDICACIÓN

A mi mamá Inés, quien me enseñó desde a leer hasta que la dedicación hace posible lo imposible.

A mis hijos Pedro Fernando, Nathalie y Andrés Felipe, para quienes deseo que la búsqueda del conocimiento y el bien para humanidad sean los caminos que recorran en sus vidas.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad del Valle porque, sin su ayuda, me hubiera sido imposible cursar el Doctorado.

Al profesor Javier Medina Vásquez, por sus consejos como director, para llevar a feliz término este trabajo de grado.

Tabla de contenido

RESUMEN	26
INTRODUCCIÓN	27
1 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	29
1.1 Antecedentes investigativos.	29
1.1.1 En el Ámbito Internacional.	29
1.1.2 En el Ámbito Nacional.....	31
1.2 Planteamiento del problema	32
1.2.1 Pregunta de investigación	35
1.3 Objetivos.....	36
1.3.1 Objetivo General.....	36
1.3.2 Objetivos Específicos.....	36
1.4 Justificación	36
1.5 Delimitaciones de los alcances	38
1.6 Esquema general de la tesis	39
1.7 Reflexiones sobre este capítulo	40
2 CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE, REVISIÓN DE LA LITERATURA	41
2.1 Estado del arte	41
2.2 Revisión de la literatura.....	44
2.2.1 Relación del hombre con el Futuro	45
2.2.2 Estudios de Futuros.....	46
2.2.2.1 Características de los estudios de futuro.	51
2.2.2.2 Funciones de los estudios de futuro.	52
2.2.2.3 Propósitos de los estudios de futuros.	53
2.2.3 Definiciones de la Prospectiva.....	56
2.2.4 Enfoque Francés de la Prospectiva.	57
2.2.5 La Previsión Humana y Social.....	59

2.2.5.1	Concepto de la Visión de futuro.....	60
2.2.5.2	Concepto de Valores	61
2.2.5.3	Concepto de las Capacidades.	63
2.2.5.3.1	El enfoque de las capacidades y la orientación al futuro.....	65
2.2.6	Escenarios de futuro.....	67
2.2.7	La seguridad social.....	71
2.2.7.1	La seguridad social en Colombia	73
2.2.8	Sistemas de Salud.....	74
2.2.8.1	Modelos de sistemas de salud	75
2.2.8.1.1	Modelo Bismarckiano.....	75
2.2.8.1.2	Modelo Beveriagdno	76
2.2.8.1.3	Modelo mixto	76
2.2.8.1.4	El Estado como operador y propietario.	76
2.2.8.1.5	El estado como guardián.....	77
2.2.8.1.6	El modelo privado mixto	78
2.2.8.2	Funciones y objetivos de los sistemas de salud.....	78
2.2.8.2.1	Rectoría.....	79
2.2.8.2.2	La financiación en salud	81
2.2.8.2.3	Recursos.....	82
2.2.8.2.4	Prestación de servicios.....	83
2.2.8.2.5	Objetivos del sistema de salud.....	87
2.2.9	Dinámica de Sistemas	88
2.2.10	Marco Conceptual	90
2.2.10.1.	Atención Primaria en salud como un nivel de atención.....	90
2.2.10.2.	Atención primaria en salud ampliada	91
2.3	Reflexiones sobre este capítulo	91

3	CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	93
3.1	Estudio de caso	93
3.2	Técnicas de recolección de datos.....	94
3.2.1	Métodos basados en la evidencia.	94
3.2.2	Métodos basados en la interacción.....	95
3.2.3	Métodos basados en la experticia.....	96
3.2.4	Métodos basados en la creatividad.....	96
3.3	Proceso metodológico para la construcción de la visión de futuro, desde el enfoque de la previsión humana y social	99
3.4	Proceso metodológico para la construcción de una visión de futuro del SGSSS..	100
3.4.1	Paso 1. Descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud:.....	100
3.4.2	Paso 2. Identificación de los actores y valores.....	102
3.4.3	Paso 3. Construcción de los escenarios de futuro	102
3.4.4	Paso 4. Validación de los escenarios y formulación de una Visión de futuro	104
3.4.5	Paso 5. Matriz de Evaluación de la Visión de Futuro.	104
3.4.6	Mapa Estratégico.....	105
3.4.7	Tablero de Mando	105
3.5	Evaluación y Validez de la investigación.....	106
3.6	Reflexión sobre este capítulo.....	108
4	CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	109
4.1	Factores del entorno.....	109
4.1.1	Sector Demográfico	109
4.1.1.1	Población.....	109
4.1.1.2	Distribución de la población por grupos etarios.....	110
4.1.1.3	Composición de la población de más de 60 años, por grupos etarios... ..	111
4.1.1.4	Distribución geográfica de la población.....	112
4.1.2	Sector Socio - Económico.....	112

4.1.2.1	Desempleo.....	112
4.1.2.2	Tasa Global de participación.....	113
4.1.2.3	Tasa de ocupación.....	114
4.1.2.4	La informalidad.....	114
4.1.2.5	Salario mínimo mensual legal vigente.....	115
4.1.2.6	Inflación.....	116
4.1.3	Sector Político.....	117
4.1.4	Sector Legal.....	119
4.1.4.1	Sentencia T- 760 de 2008.....	124
4.1.4.2	Ley 1751 del 2015.....	125
4.2	Factores tecnológicos.....	126
4.2.1	Salud electrónica.....	127
4.2.2	Historia clínica electrónica.....	127
4.2.2.1.1	Beneficios de la Historia Clínica Electrónica.....	129
4.2.2.1.2	Barreras para la implementación de la historia clínica Electrónica.....	130
4.2.2.2	Gestión electrónica de farmacoterapia.....	131
4.2.3	Política farmacéutica.....	132
4.3	Factores institucionales.....	133
4.3.1	Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	134
4.3.2	Unidad de pago por capitación.....	135
4.3.3	Plan de beneficios.....	135
4.3.4	El gasto en salud total.....	136
4.3.5	Gasto per cápita en salud.....	137
4.3.6	Gasto en salud, sector público.....	138
4.3.7	Gasto en Salud, sector privado.....	139
4.3.8	Calidad.....	140
4.3.9	Acceso a los servicios de salud.....	141
4.3.10	Talento Humano.....	142

4.3.11	Tecnologías de la salud en Colombia	143
4.3.11.1	Medicamentos, dispositivos y procedimientos.....	143
4.3.12	Uso y apropiación de las TIC en el sistema de salud en Colombia	144
4.3.12.1	Las TIC en Colombia	144
4.4	Resultados en salud	148
4.4.1	Principales causas de mortalidad	148
4.4.2	Desigualdad en el estado de salud entre regiones	149
4.4.2.1	Razón de mortalidad materna.....	149
4.4.2.2	Tasa de mortalidad en menores de cinco años.....	149
4.5	Análisis comparativo de los sistemas de salud.....	150
4.5.1	Alemania	150
4.5.1.1	Rol del gobierno	150
4.5.1.2	Financiación	151
4.5.1.3	Planes de Beneficios.....	151
4.5.1.4	TIC en la Salud.....	151
4.5.2	Australia	152
4.5.2.1	Rol del Gobierno	152
4.5.2.2	Financiación	152
4.5.2.3	Planes de Beneficios.....	152
4.5.2.4	Las TIC en la salud.....	153
4.5.3	Canadá.....	153
4.5.3.1	Rol del Gobierno	153
4.5.3.2	Financiación	153
4.5.3.3	Plan de beneficios.....	153
4.5.3.4	Las TIC en salud	154
4.5.4	Costa Rica	154
4.5.4.1	Rol del gobierno	154

4.5.4.2	Financiación	155
4.5.4.3	Planes de Beneficios.....	155
4.5.4.4	Las TIC en salud. En el 2011	155
4.5.5	Dinamarca	156
4.5.5.1	Rol del gobierno	156
4.5.5.2	Financiación	156
4.5.5.3	Planes de beneficios	156
4.5.5.4	TIC en la salud	157
4.5.6	Francia.....	157
4.5.6.1.1	El rol del gobierno	157
4.5.6.2	Financiación	157
4.5.6.3	Planes de beneficios	158
4.5.6.4	TIC en la Salud.....	158
4.5.7	India.....	158
4.5.7.1	Rol del gobierno	158
4.5.7.2	Financiación	159
4.5.7.3	Planes de beneficios	159
4.5.7.4	TIC en la salud.	159
4.5.8	Inglaterra	160
4.5.8.1	Rol del gobierno	160
4.5.8.2	Financiación	160
4.5.8.3	Planes de Beneficios.....	160
4.5.8.4	TIC en la Salud.....	161
4.5.9	Israel.....	161
4.5.9.1	El Rol del Gobierno.....	161
4.5.9.2	Financiación	161

4.5.9.3 Cobertura.....	161
4.5.9.4 Las Tic en la salud.....	162
4.5.10 Japón.....	162
4.5.10.1 Rol del gobierno	162
4.5.10.2 Financiación	163
4.5.10.3 Planes de beneficios	163
4.5.10.4 Las TIC en la Salud.....	163
4.5.11 México..	164
4.5.11.1 Rol del gobierno	164
4.5.11.2 Financiación	164
4.5.11.3 Planes de beneficios	164
4.5.11.4 Las TIC en la Salud.....	165
4.6 Reflexión sobre este capítulo.....	165
5 CAPÍTULO V. ACTORES Y VALORES.....	167
5.1 Actores.....	167
5.2 Valores.....	168
5.2.1 Libertad 170	
5.2.1.1 Libre escogencia.....	170
5.2.2 Participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	172
5.3 La igualdad	174
5.4 Solidaridad.....	175
5.5 El Respeto.....	176
5.6 El Diálogo.....	177
5.7 Percepción del poder político de los actores	177
5.8 Percepción de la corrupción en Colombia.....	178
5.9 Método de actores, objetivos correlación de fuerzas (MACTOR).....	181

5.9.1	Correlación de fuerzas de los actores frente a los objetivos estratégicos	182
5.9.1.1	Garantizar el derecho a la salud a los usuarios del SGSSS, implementar un sistema de salud digital en la nube, lograr la viabilidad financiera del SGSSS en el largo plazo.....	184
5.9.1.2	Cambiar el rol de las empresas aseguradoras por el de gestoras.....	186
5.9.1.3	Crear una empresa única de aseguramiento en salud.....	187
5.9.1.4	Los objetivos: Ofrecer servicios de APS amplios e integrados, implementar una estrategia de APS amplia e integrada y Capacitar el personal médico en APS ampliada.....	188
5.9.1.5	Evaluar el costo/efectividad de las nuevas tecnologías en salud para su ingreso al plan de beneficios.....	190
5.9.1.6	Incrementar el gasto en salud público y privado.....	191
5.10	Reflexión sobre este capítulo	192
6	CAPÍTULO VI. ESCENARIOS Y VISIÓN DE FUTURO DEL SGSSS AL AÑO 2033.....	194
6.1	Ejes de los escenarios de futuros	194
6.2	Contexto.....	197
6.3	Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia	199
6.4	Evolución de la Población	201
6.5	Escuelas de los estudios de futuros.....	203
6.6	Los escenarios de futuro en los estudios de futuros	205
6.7	Metodologías para la construcción de los escenarios de futuro del SGSSS al 2033.....	206
6.8	Proceso metodológico para la construcción de los escenarios de futuro del SGSSS al 2033.....	208
6.8.1	Descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	208
6.8.1.1	En los factores del entorno en:	208

6.8.1.2	En los factores tecnológicos:.....	209
6.8.1.3	En los factores institucionales en:	209
6.8.1.4	En los resultados en Salud en:.....	209
6.8.2	La Identificación de los actores	210
6.8.3	Construcción de los escenarios de futuro.....	210
6.9	Escenario de futuro número uno: Aseguramiento con una estrategia de atención en salud curativa.....	213
6.9.1	Breve descripción del escenario y estructura organizativa	213
6.9.2	Estructura organizacional del sistema General de Seguridad Social en Salud	216
6.9.3	Dimensiones Claves	217
6.9.4	Desarrollo del escenario.....	217
6.9.4.1	Organización y financiación.....	217
6.9.4.2	Resultados en salud y el envejecimiento.....	218
6.9.4.3	Actores	219
6.9.4.4	Valores y orientación del poder político.	221
6.9.4.5	Tecnología y talento humano	222
6.9.5	Punto de quiebre.....	223
6.9.6	Implicaciones	224
6.10	Escenario de futuro número dos: Aseguramiento con una estrategia de atención orientada hacia la Atención primaria en salud como nivel de atención	225
6.10.1	Breve descripción del escenario y estructura organizativa	225
6.10.2	Estructura organizacional del sistema General de Seguridad Social en Salud	228
6.10.3	Dimensiones Claves.....	229
6.10.4	Desarrollo del escenario.....	229
6.10.4.1	Organización y financiación.....	229
6.10.4.2	Resultados en salud y el envejecimiento.....	231
6.10.4.3	Actores	232
6.10.4.4	Valores y poder político.	233

6.10.4.5 Tecnologías y Talento Humano	234
6.10.5 Punto de Quiebre.....	235
6.10.6 Implicaciones	236
6.11 Escenario de futuro número tres: Aseguramiento con una estrategia de atención orientada hacia la Atención primaria en salud ampliada.....	237
6.11.1 Breve descripción del escenario.....	237
6.11.2 Estructura Organizativa.....	240
6.11.3 Dimensiones Claves.....	241
6.11.4 Desarrollo del escenario.....	241
6.11.4.1 Organización y financiamiento	241
6.11.4.2 Resultados en salud y el envejecimiento.....	242
6.11.4.3 Actores	243
6.11.4.4 Valores y poder político.	244
6.11.4.5 Tecnología y Talento humano.....	245
6.11.5 Punto de quiebre.....	247
6.11.6 Implicaciones	247
6.12 Escenario de futuro número cuatro: Sistema Nacional de Salud con una estrategia de atención orientada hacia la Atención primaria en salud como nivel de atención.	248
6.12.1 Breve descripción del escenario.....	248
6.12.2 Estructura Organizacional.....	251
6.12.3 Dimensiones Claves.....	251
6.12.4 Desarrollo del escenario.....	252
6.12.4.1 Organización y financiación.....	252
6.12.4.2 Resultados en Salud y Envejecimiento	253
6.12.4.3 Actores	254
6.12.4.4 Valores y poder político.	255
6.12.4.5 Tecnología y Talento humano.....	256

6.12.5 Punto de Quiebre.....	256
6.12.6 Implicaciones	257
6.13 Escenario de futuro número cinco: Sistema Nacional de Salud con una estrategia de atención curativa.....	257
6.13.1 Breve descripción del escenario.....	257
6.13.2 Estructura organizativa	260
6.13.3 Dimensiones Claves	260
6.13.4 Desarrollo del escenario.....	260
6.13.4.1 Organización y financiamiento	260
6.13.4.2 Resultados en Salud y Envejecimiento	261
6.13.4.3 Actores	262
6.13.4.4 Valores y poder político.	263
6.13.4.5 Tecnología y Talento Humano.....	263
6.13.5 Punto de quiebre.....	264
6.13.6 Implicaciones	265
6.14 Validación de los escenarios	265
6.15 Prueba de calidad de los escenarios	266
6.16 Una Visión de Futuro	270
6.16.1 Una Visión de Futuro: Una salud activa con una estrategia de atención primaria amplia	271
6.16.2 Semillas de cambio	272
6.17 Reflexiones sobre este capítulo.....	273
7 CAPÍTULO VII. MODELO DE EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE LA VISIÓN DE FUTURO Y CONCLUSIONES	275
7.1 Modelo de evaluación de la visión de futuro.....	275
7.1.1 Perspectivas.....	276
7.1.1.1 Impacto.....	277
7.1.1.2 Acceso.	277

7.1.1.3	Procesos.....	277
7.1.1.4	Recursos y cultura organizacional.....	278
7.1.1.5	Sostenibilidad.....	278
7.1.2	Mapa estratégico	278
7.1.3	Tablero de Mando	280
7.1.3.1	Indicador.....	280
7.1.3.2	Meta.....	280
7.1.3.3	Capacidades:.....	280
7.1.3.4	Funcionamientos:	281
7.2	Construcción del mapa estratégico de una visión de futuro del sistema general de seguridad social en salud, de Colombia, al año 2033.....	281
7.3	Formulación del tablero de mando	284
7.4	Reflexiones sobre este capítulo	286
8	CONCLUSIONES GENERALES	287
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	291
	ANEXOS	308

Lista de tablas

Tabla 1 . Tasa de mortalidad (año 2010)	38
Tabla 2. Definiciones sobre los escenarios de futuro	68
Tabla 3. Secuencias de etapas para la construcción de escenarios de futuro.....	70
Tabla 4. Listados de Personas Entrevistadas	103
Tabla 5. Grupo de expertos participantes en el taller de Visión de futuro.....	104
Tabla 6. Ficha de definición de objetivos estratégicos	105
Tabla 7. Ficha de definición de Indicadores	106
Tabla 8. Evaluación de la Investigación	107
Tabla 9. Participación de las tutelas de salud (1999 - 2014)	124
Tabla 10. Afiliados a los Régimenes Contributivo y Subsidiado y Especial (2008-2016).....	134
Tabla 11. Cobertura en salud en Salud de Colombia, costa Rica, México y Chile (2009-2015) 134	
Tabla 12. Evolución de la UPC. Valor en pesos corrientes (199-2018).....	135
Tabla 13. Evaluación del grado de implementación de las TIC, según naturaleza y complejidad 2015-2016	147
Tabla 14. Cambios quinquenales en las diez primeras causas de mortalidad.....	148
Tabla 15. Razón de mortalidad Materna.....	149
Tabla 16. Mortalidad en menores de cinco años (2009 – 2013).....	150
Tabla 17. Calificaciones del componente de la libre escogencia en el Régimen Contributivo y Subsidiado.....	171
Tabla 18. Valor UPC Régimen contributivo y subsidiado (2012-2016)	175
Tabla 19. Índices de: Desarrollo Humano (2015), Global de Competitividad, Prosperidad de Legatum y Prosperidad de la corrupción (2017).....	198
Tabla 20. Características de las diferentes posiciones políticas con base en la igualdad social y el manejo de la economía.....	199
Tabla 21. Posibles Escenarios de Futuro del Sistema de salud de Colombia al 2033	213
Tabla 22. Semillas de Cambios.....	273
Tabla 23. Tablero de Mando	280
Tabla 24. Tablero de Mando de una Visión de Futuro del Sistema de Seguridad Social en Salud, de Colombia, al 2033	285
Tabla 25. Simulación de la evolución de la población en dinámica de sistemas 2010-2033	308

Tabla 26. Simulación de la evolución de los afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado y suma de los dos 2010-2033	309
Tabla 27. Valores y proyecciones de la UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado 2010-2033	310
Tabla 28. Percepción de los actores sobre el poder político de los otros actores	311
Tabla 29. Percepción de los actores sobre la importancia de los valores	312

Lista de gráficos

Gráfico 1. Población total nacional. Estimada (1985- 2005) y proyectada (2010-2033) (miles de personas)	110
Gráfico 2. Distribución de la población por grupo etarios (2005-2033) (miles de personas)	111
Gráfico 3. Composición etaria de la población mayor de 60 años (2005-2033)	111
Gráfico 4. Tendencia de la población urbana y rural	112
Gráfico 5. Tasa de desempleo nacional (2008-2 -2017-2).....	113
Gráfico 6. Tasa Global de Participación (2008-2 – 2017-2).....	113
Gráfico 7. Tasa de ocupación (2008-2-2017-2).....	114
Gráfico 8. Proporción de población ocupada informal 23 ciudades y áreas metropolitanas. Trimestre móvil Diciembre - Febrero (2010 – 2017)	115
Gráfico 9. Salario mínimo legal mensual vigente.....	115
Gráfico 10. Variación porcentual de la inflación año corrido	116
Gráfico 11. Siente que se le garantiza el derecho a la salud (2015)	118
Gráfico 12. Percepción de los Colombianos sobre la calidad y cubrimiento de la salud	119
Gráfico 13. El gasto en salud total (% del PIB). (2010 -2014).....	137
Gráfico 14. El gasto per cápita en salud. (2010 -2014)	137
Gráfico 15. Gasto en salud, sector público (% del PIB). (2010 -2014)	138
Gráfico 16. Proyección del gasto público en salud como % del PIB	139
Gráfico 17. Gasto en salud, sector privado (% del PIB). (2010 -2014).....	139
Gráfico 18. Porcentaje de personas con problemas de salud que no solicita o no recibe atención médica debido a las barreras de oferta.2012-2016.....	142
Gráfico 19. Pregunta: ¿Cuál es el orden de acuerdo con la importancia que debe dársele en el SGSSS a los siguientes valores? (promedio).....	169
Gráfico 20. Pregunta: ¿Qué tanto poder político considera que tienen los siguientes actores del sistema de salud? (Promedio)	178
Gráfico 21. Índice de percepción de la corrupción 2017	179
Gráfico 22. Nivel de riesgo de los Departamentos de Colombia.....	179
Gráfico 23. Nivel de riesgo de las Alcaldías Municipales de Colombia	180
Gráfico 24. Relaciones de fuerza de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud	181

Gráfico 25. Peso de los actores a favor y en contra de cada objetivo identificado.....	183
Gráfico 26. Pregunta: ¿Qué elementos y/o políticas del Sistema de Seguridad Social en Salud, considera usted que deben ser conservadas? (Porcentaje).....	194
Gráfico 27. Pregunta: ¿Cuál sería el sistema de salud futuro preferido, o deseado, por usted? (porcentaje)	195
Gráfico 28. Población total y por sexo de Colombia (1994-2033)	201
Gráfico 29. Población de 0-14 años y mayor de 60 años de Colombia (2010-2033)	202

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de evaluación y seguimiento de las capacidades generadas por una visión de futuro.....	67
Figura 2. Relaciones entre funciones y objetivos del sistema de salud	78
Figura 3. El diamante de los métodos de la prospectiva.....	94
Figura 4. Diamante de la prospectiva de los métodos de la prospectiva para la construcción de una Visión de Futuro del SGSS	98
Figura 5. Proceso metodológico para la construcción de una visión de futuro	99
Figura 6. Esquema de Farmacoterapia electrónica	132
Figura 7. Balanza del objetivo garantizar el derecho a la salud a los usuarios del SGSSS, donde todos los actores coinciden	184
Figura 8. Balanza del objetivo implementar un sistema de salud digital en la nube donde todos los actores coinciden	185
Figura 9. Balanza del objetivo lograr la viabilidad financiera del SGSSS en el largo plazo donde todos los actores coinciden	186
Figura 10. Balanza del objetivo cambiar de rol a las empresas aseguradoras por el de gestoras donde no coinciden todos los actores.....	187
Figura 11. Balanza del objetivo Crear una empresa única de aseguramiento en salud donde no coinciden todos los actores.	188
Figura 12. Balanza del objetivo Ofrecer servicios de APS amplios e integrados donde no coinciden todos los actores	189
Figura 13. Balanza del objetivo implementar una estrategia de APS amplia e integrada donde no coinciden todos los actores	189
Figura 14. Balanza del objetivo Capacitar el personal médico en APS ampliada donde no coinciden todos los actores	190
Figura 15. Balanza del objetivo Evaluar el costo/efectividad de las nuevas tecnologías en salud para su ingreso al plan de beneficios donde no coinciden todos los actores	191
Figura 16. Balanza del objetivo Incrementar el gasto en salud público y privado donde no coinciden todos los actores	192
Figura 17. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia desde el Pluralismo estructurado.....	200

Figura 18. Proceso metodológico para la construcción de una visión de futuro	207
Figura 19. Posibles escenarios de Futuro del Sistema de Salud de Colombia al 2033	212
Figura 20. Escenario de Futuro No. 1 al 2033	214
Figura 21. Escenario 1. Estructura organizacional del Sistema de Seguridad Social en Salud con una Estrategia de Atención Curativa.....	215
Figura 22. Escenario de Futuro No. 2 al 2033	226
Figura 23. Escenario 2. Estructura organizativa del Sistema de Seguridad Social en Salud en Salud con una Estrategia de Atención Primaria en salud - MIAS	227
Figura 24. Escenario de Futuro No. 3 al 2033	238
Figura 25. Escenario 3. Estructura organizativa del Sistema de Aseguramiento en Salud con una Estrategia de Atención Primaria en salud – con equipos básicos de salud como punto de contacto	239
Figura 26. Escenario de Futuro No. 4 al 2033	249
Figura 27. Escenario 4. Estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud con una Estrategia de Atención Primaria en salud	250
Figura 28. Escenario de Futuro No. 5 al 2033	258
Figura 29. Escenario 5. Estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud con una Estrategia de Atención curativa	259
Figura 30. Modelo de evaluación de la visión de futuro.....	276
Figura 31. Mapa de objetivos estratégicos.....	279
Figura 32. Mapa estratégico de una visión de futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia al 2033	283
Figura 33. Estructura modular	313
Figura 34. Diagrama causal del Submodelo de Población	315
Figura 35. Diagrama de submodelo de población	316
Figura 36. Diagrama Causal del submodelo de Empleo.....	317
Figura 37. Diagrama de submodelo de empleo	318
Figura 38. Diagrama Causal del Submodelo de Afiliación	319
Figura 39. Diagrama del Submodelo de Afiliación	320

Lista de anexos

Anexo A. Simulación de la evolución de la población en dinámica de sistemas 2010-2033....	308
Anexo B. Simulación de la evolución de los afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado y suma de los dos 2010-2033.....	309
Anexo C. Valores y proyecciones de la UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado 2010-2033	310
Anexo D. Percepción de los actores sobre el poder político de los otros actores.....	311
Anexo E. Percepción de los actores sobre la importancia de los valores	312
Anexo F. Modelo de aseguramiento en salud.....	313
Anexo G. Cuestionario para entrevista en profundidad.....	321
Anexo H. Listado de asistencia a taller de visión de futuro.....	326
Anexo I. Objetivos estratégicos	327
Anexo J. Fichas de definición de indicadores.....	333

ABREVIATURAS

ACHC: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

ADRES: Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

APB: Administradoras de planes de beneficios (antes EPS)

DANE: departamento Nacional de Estadísticas

ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles

EPS: Empresa Promotora de Salud

FEDESARROLLO: Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

PHS: Previsión Humana y Social

POS: Plan Obligatorio de Salud

RAND: Research and Development

RC: Régimen Contributivo

RS: Régimen Subsidiado

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SUPERSALUD: Superintendencia de salud

SUS: Sistema Único de Salud

UPC: Unidad de Pago por Capitación

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Quien suscribe, PEDRO LEÓN CRUZ, C. C. No. 10091560, expedida en Pereira, hace constar que es el autor de la Tesis titulada *Una Visión de Futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de Colombia, al año 2033. Desde el enfoque de la Previsión Humana y Social*. Este trabajo constituye una elaboración personal, llevado a cabo, solo, con la dirección del Doctor Javier Medina Vásquez. Por tanto, declaro, bajo juramento, que la conceptualización elaborada, la interpretación de los datos y la reflexión expuesta en las conclusiones, son originales. Y dejo establecido que los aportes intelectuales de otros autores se han referenciado debidamente en el desarrollo de este documento.

Lo declaro en la ciudad de Santiago de Cali, a los 15 días del mes de junio de 2017.

RESUMEN

Se compendian los hallazgos encontrados en un trabajo de investigación, cuyo propósito es construir una Visión de Futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, al año 2033, desde el enfoque de la Previsión Humana y Social (PHS), para contribuir a lograr un futuro diferente del presente con viabilidad financiera, manejo ético de los recursos y a crear un conjunto de capacidades en los usuarios para que tengan la salud que desean tener. Se trata de un estudio de caso prospectivo, cuyo alcance es de tipo exploratorio – descriptivo. Los métodos que se utilizaron, por su tipo de técnica, fueron cualitativos y cuantitativos y, por el tipo de fuente de conocimiento, estaban basados en: la evidencia, la experticia, la creatividad y la interacción. Por primera vez, se aplicó una nueva metodología desde el enfoque de la Previsión Humana y Social para la construcción de una visión de futuro del SGSSS de Colombia. Dicha visión se evaluó con un procedimiento, cuya arquitectura es la de Cuadro de Mando Integral compuesto por: el mapa estratégico y tablero de mando, cuyos objetivos estratégicos conducen a que los usuarios adquieran las capacidades de acceso y de gozar de una buena salud. La validez empírica de las dos metodologías se comprueba mediante su aplicación en este ejercicio.

Palabras claves: salud, escenarios, visión de futuro, valores y capacidades.

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, desde su creación (Ley 100 de 1993), ha carecido de una visión de futuro, que le permita ser proactivo frente a las incertidumbres generadas por el envejecimiento de la población, la corrupción y la crítica situación financiera de las instituciones aseguradoras y las prestadoras de servicios. Esto se manifiesta en el elevado endeudamiento de las aseguradoras con las prestadoras de servicios: dicho monto ascendía (30 de junio de 2017) a la suma de 8.2 billones de pesos, de los cuales más del 60% era cartera morosa, o sea mayor de 60 días. (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2017). Causando un daño en las instituciones que se ve reflejado entre otras cosas en la generación de capacidades en los usuarios, para que adopten estilos de vida saludables con el fin de evitar enfermedades prevenibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares, la diabetes tipo II y los cánceres, que se han convertido -en los últimos cinco años- en la principal causa de mortalidad en el país.

El sistema creció de manera desordenada y sin ninguna planificación, en medio de una crisis endémica que, en sus veinticinco años de existencia, lo llevaron a ser reformado dos veces. La primera, mediante la Ley 1122 del 2007 y la segunda, por la Ley 1438 del 2011, que aún no se ha reglamentado en su totalidad. El gobierno, ante la situación tan crítica de la salud, tuvo que presentar un nuevo proyecto de reforma, que fue aprobado por el Senado de Republica y archivado por la Cámara de Representantes y a cambio le aprobaron la ley 1751 del 2015, que reglamenta el derecho a la salud. Esfuerzos del estado que han resultado inútiles para detener el continuo deterioro del sistema. Por eso es necesario determinar el estado de salud futuro que deseamos los colombianos para que de manera conjunta entre todos construyamos un futuro diferente del presente donde cada uno pueda tener la salud que desea tener.

El énfasis que hace la Previsión Humana y Social en la visión de futuro, los valores y las capacidades; la cual como el enfoque de las capacidades de Sen (1999) considera al ser humano como el centro de sus actividades; permite complementar el primero con el segundo. Ampliando de esta manera, en los aspectos teóricos, la escuela de la Previsión Humana y Social. Se propone una metodología para la construcción de una visión de futuro, desde el enfoque de la PHS. Utilizando un Mapa Estratégico y un Cuadro de Mando, para evaluar la visión de futuro, se plantean dos perspectivas de resultado, que evalúan las capacidades creadas por la visión de futuro. En este caso, las capacidades de acceso y de tener una buena salud, o sea el bien- estar de

las personas, que es lo mismo que pretende Massini, cuando pone acento en la visión de futuro, pero no en cualquier futuro sino en uno humano. Estos aspectos son los que hacen de este trabajo de grado una tesis doctoral: por su originalidad, los aportes teóricos y metodológicos que se le realizan al enfoque de la Previsión Humana y Social.

El propósito de esta investigación es la construcción de una visión de futuro del SGSSS al año 2033, de acuerdo con el enfoque de la Previsión Humana y Social. Esta escuela promueve la construcción de un futuro humano, basado en valores que lo cualifiquen y en la evaluación de este logro. Se trabaja con el enfoque de las capacidades, entendido como un elemento, para evaluar el bien-estar individual y los propósitos de cambio en la sociedad.

El trabajo de investigación consta de siete capítulos. En el primero, se desarrollan los antecedentes, la justificación, el problema de investigación, con las unidades de análisis, la pregunta de investigación y los objetivos. En el segundo, se presenta el Marco Teórico y Conceptual, compuesto por: el estado del arte de la prospectiva, la teoría de la previsión humana y social, los escenarios y la visión de futuro, se definen los valores que necesita toda actividad para ser considerada como humana (Cortina, 2013) y se complementa el enfoque de la Previsión Humana y Social con el de las capacidades de Sen (1999). Además, se tratan temas como la seguridad social, los sistemas de salud y la dinámica de sistemas. En el tercero, se expone la metodología, cuyo instrumento fue el Estudio de caso, tipo exploratorio – descriptivo. Donde se utilizó por su tipo de técnica, métodos cuantitativos y cualitativos y por la fuente de conocimiento basados en la evidencia, la experticia, la creatividad y la interacción. En el cuarto, se describe el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a partir de los factores del entorno, institucionales y tecnológicos. En el quinto, se detallan los actores del Sistema de salud, su percepción sobre la distribución del poder político en el sector; se definen los cinco valores que toda actividad necesita observar para ser llamada humana y se establece el nivel de importancia que le dan los actores del sistema. En el sexto, se muestran los cinco posibles escenarios de futuro al año 2033 que fueron validados por los expertos quienes escogieron de estos dos escenarios entre los cuales se encuentra el deseable para la construcción de una visión de futuro. En el séptimo, se evalúa el modelo de la visión de futuro, compuesto por el Mapa Estratégico y el Tablero de Mando.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se tratan los antecedentes investigativos, el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos de la investigación, la justificación y las delimitaciones de los alcances

1.1 Antecedentes investigativos.

La preocupación por el futuro no ha sido ajena a la salud internacional ni nacional. De hecho, se ha trabajado a través de diferentes enfoques y métodos prospectivos. Entre los estudios realizados, se destacan los siguientes:

1.1.1 En el Ámbito Internacional.

El trabajo de Ruelas y Alonso (2010), denominado *Los futuros de la salud en México 2050*, tiene como propósito reflexionar -ordenada y ampliamente- sobre el futuro de la salud en México, al año 2050. No pretende plantear qué ocurrirá en la salud, en dicho país, en el horizonte de tiempo estipulado. Más bien, reflexiona sobre los posibles futuros y el futuro deseable de la salud, con el fin de dar elementos de juicios a los actores, para que tomen decisiones en el presente que orienten el sistema de salud hacia el futuro deseado.

En lo metodológico, se proyectó el escenario tendencial, con un modelo logístico de crecimiento y competencias, materializado en la ecuación de Volterra. Los otros posibles escenarios fueron obtenidos, por medio de consulta pública, en la que participaron, alrededor de 900 profesionales relacionados con la prestación de los servicios de salud. Como producto, presentaron cuatro posibles escenarios, con diferentes lógicas; cada uno proyectado a distintos periodos: 2010-2015, 2015-2020 y 2020 -2050.

En el artículo *Scenario development for an evolving health insurance industry in rural India: INPUT for business model innovation*, Gnatzy y Moser (2012) dejan claro el objetivo de su investigación: discutir y formular los escenarios de futuro, con base en el Delphi. Lo que ellos hicieron fue desarrollar modelos de negocios innovadores, que surgen en los mercados emergentes. En la parte metodológica, combinaron el análisis de las dimensiones política, económica, social y tecnológica (PEST). Con base en las variables de estas dimensiones,

formularon escenarios de futuro, a partir de los cinco grupos de actores: clientes, proveedores, aseguradores, gobierno y sociedad mediante el método Delphi. Como resultado, presentaron un conjunto de escenarios, con proyecciones al 2020, basados en los posibles patrones de comportamientos de los interesados.

El estudio *Health and Health Care in 2032*, realizado en Estados Unidos por el Institute for Alternative Futures (2012), tenía como propósito ayudar a los líderes del sistema de salud a aplicar una perspectiva de futuro en su trabajo, con creatividad y dinamismo para alcanzar el éxito. La metodología que utilizaron fue el enfoque de los ‘Aspirational Futures’, que describe cuatro escenarios diferentes en tres zonas distintas: la de las expectativas convencionales, la de las crecientes desesperaciones y la de las grandes aspiraciones. En las dos primeras zonas, formularon un escenario de futuro y, en la última, dos. Como resultado, construyeron cuatro escenarios para el sistema de salud de los Estados Unidos de Norteamérica: a) Reformas lentas y mejor salud; b) Tendrá salud, si usted la puede conseguir; c) Big data, grandes ganancias en salud y d) Una cultura saludable.

Sheraz, Inayatullah y Shah (2013), en su estudio *E-health futures in Bangladesh*, plantearon, como objetivo, proporcionar, a los tomadores de decisiones en salud, las alternativas de futuro de la e- salud en Bangladesh. En esta investigación, se utilizó la metodología de los seis pilares de Inayatullah (2008), que se focaliza en la visión deseada. Mediante un paso a paso, centralizado en el futuro, se enfocaron en entender mejor los procesos de cambio y la manera como se construyen los futuros preferidos. El resultado fue cuatro escenarios de futuro al 2025: 1) Salto cualitativo que se distingue por el uso de tecnología Smart y de dispositivos diagnóstico de bajo costo, 2) El carro de la salud en línea. Se caracteriza por el desarrollo de soluciones personalizadas para las personas de la zona urbana y rural, 3) Salud en las nubes. Inscripta la persona en el momento del nacimiento se le puede hacer seguimiento y control de sus ciclos de vida y 4) Copagos 2025. Se les paga a las personas con recursos fiscales por permanecer sanas.

El Ministerio de Salud Trabajo y Bienestar (2015) formuló una visión de futuro compartida, con un conjunto de valores comunes, denominada: *The Japan Vision: Health Care 2035* y realizó las recomendaciones para hacerla una realidad. La visión de futuro fue formulada, por medio de consulta a expertos, entre los que se encontraban docentes, funcionarios del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, Directores Ejecutivos de ONG, representantes de las organizaciones de usuarios del sistema de salud e investigadores. Sus resultados fueron: Se

construyó una visión de futuro al 2036, cuya meta era: La construcción de un sistema de salud sostenible que ofrezca resultados inigualables, a través del cuidado responsable y equitativo de cada miembro de la sociedad y que contribuya a la prosperidad de Japón y el mundo. Está fundamentada en los principios de justicia, solidaridad; fue construida con autonomía y prosperidad.

1.1.2 En el Ámbito Nacional

Ortiz y Mejía (2005) publicaron un artículo denominado: *Las alternativas de futuro de la salud pública en el municipio de Bello (Antioquia)*, cuyo propósito era explorar las alternativas de futuro de la salud pública en dicho municipio. Se trata de un estudio de caso, realizado con técnicas cualitativas “para indagar los anhelos, proyectos y temores de los actores sociales involucrados en el desarrollo de políticas y estrategias para la salud pública” (Ortiz y Mejía, 2005, p.9)

La Federación para la Educación Superior y Desarrollo (Fedesarrollo) realizó proyecciones sobre el régimen contributivo, publicadas en la Revista Coyuntura Económica No. 2, del segundo semestre del 2009. Artículo: “*Equilibrio financiero del régimen contributivo de aseguramiento en salud, 2010-2050: dinámica laboral, poblacional y crecimiento económico*” Autor: González, J. En este documento, se analiza el equilibrio financiero del Régimen Contributivo de aseguramiento en salud, para el período 2010-2050. Construyeron un modelo que simula el comportamiento de afiliación y financiación de este régimen. E incorporaron elementos de la dinámica laboral, poblacional (fenómeno de transición demográfica) y crecimiento económico en Colombia.

Entre los trabajos de grado que han realizado estudios de futuro, respecto a la salud en Colombia, están los siguientes:

- La Tesis Doctoral “*Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para las enfermedades de alto costo en una EPS Colombiana*” de Toro (2004), en la Universidad Politécnica de Valencia. Este investigador diseñó un modelo de simulación prospectiva del comportamiento de las variables relacionadas con la demanda de servicios de salud para el tratamiento de enfermedades de alto costo en la EPS Cruz Blanca.
- El trabajo de grado “*El estudio prospectivo del servicio en el sistema integral de Salud al*

año 2015, en el municipio de Balboa Cauca”, presentado en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, por los estudiantes de Administración de Empresas, Cortes, S., Ledezma, P. y Bambague, E. en 2009. En este estudio, se identificaron los problemas que involucrados en la prestación de los servicios del municipio de Balboa. Se caracterizaron las principales variables y relaciones.

- En la Universidad de Rosario, los estudiantes de Administración de Negocios - Forero, Lara y Wilches (2010) presentaron el trabajo de grado *“Análisis prospectivo de la empresa Salud Total EPS-S a 2020”*. Esta investigación considera los posibles futuros de la empresa. Utilizaron la planeación estratégica por escenarios, para disminuir la incertidumbre sobre la perdurabilidad de la EPS y el funcionamiento del sistema de salud. En ámbito internacional, las investigaciones realizadas -en México, India, Estados Unidos y Bangladesh- tenían como objetivo encontrar los escenarios de futuro de la salud, o aspectos de la salud en cada uno de los países antes mencionado. Solo en Japón la investigación tuvo un propósito diferente: construir una visión de futuro.

En el ámbito nacional, el estudio realizado por Fedesarrollo está dedicados a la proyección del equilibrio financiero del régimen contributivo y los trabajos de grado citados se refieren a un modelo de simulación para la demanda de los servicios de salud para enfermedades de alto costo en una Empresa Promotora de Salud, al estudio prospectivo de los servicios de salud en un municipio o al análisis prospectivo de una EPS

Ninguna de las investigaciones –nacionales e internacionales, antes mencionadas- está enfocada a la construcción de una Visión de Futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, desde el enfoque de la Previsión Humana y Social.

1.2 Planteamiento del problema

El sistema de salud de Colombia presenta avances en: El aseguramiento de la población en salud el cual se incrementó rápidamente pasando del 23,5% en 1993 al 96,6%, en el año 2014, favoreciendo al quintil más pobre de la población que paso de 4,3% de asegurados en salud en 1.993 al 89,3% en el 2013, en el gasto de bolsillo que disminuyo del 52% del total del gasto nacional en salud en 1993 a menos del 15% en el 2006 (OCDE, 2015), en la regulación del derecho

a la salud, el desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitaria y mecanismos de regulación de precios de medicamentos.

Pero carece de un elemento estratégico para enfrentar los grandes problemas que lo aquejan como: el envejecimiento de la población; los aspectos financieros entre los que se encuentran pérdidas de las EPS, la deuda a los hospitales y clínicas y el incremento del gasto en salud; la corrupción y la baja generación de capacidades para enfrentar el crecimiento de la demanda de los servicios, el cambio en el perfil epidemiológico y la inequidad entre regiones.

El envejecimiento de la población. En el año de 1990, la población mayor de 60 años era el 7,3% del total de esta (2.5 millones de personas); según las proyecciones de la población -para el año 2020- los adultos mayores de 60 años serán el 12,7% de la población (6.4 millones de personas) y, en el año 2050, este mismo segmento de la población representará el 23,2% del total de los pobladores del país (14 millones de personas). (DANE, 2017a; Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Este proceso no se desarrollará uniformemente desde la perspectiva temporal; en el periodo 1990 a 2020, este grupo de la población se incrementará en 5.4 puntos porcentuales y, en el periodo 2020 a 2050, este mismo segmento de población crecerá 10.5 puntos porcentuales; lo que muestra un proceso de aceleramiento en el envejecimiento de las personas, a partir del 2020.

El desempeño financiero de las EPS. En el año 2017, las 42 que rindieron cuentas a la Supersalud en conjunto presentaban pérdidas por la suma de 1,121 billones de pesos de los cuales 0,98 billones de pesos corresponden al régimen subsidiado y 0,19 billones de pesos al régimen contributivo. (Supersalud, 2018). Con corte a junio 30 del 2017, les adeudaban a los hospitales y clínicas del país la suma de 8,2 billones de pesos de los cuales el 60% era cartera morosa. (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2017).

El incremento del gasto en salud. Santamaría, Navas, Gómez y López (2017) proyectaron tres escenarios al año 2032 para el gasto público en salud como porcentaje del PIB. En el escenario base o tendencial pasará del 5,3% en el año 2017 al 6,6% en el año 2032, en el escenario pesimista pasará del 5,3% en el año 2017 al 8,2% en el año 2032 y en el escenario optimista pasará del 5,3% en el año 2017 al 6,3% en el año 2032. Con un crecimiento promedio del 0,4 punto porcentual cada año.

La corrupción. De acuerdo con la encuesta nacional sobre la integridad y transparencia realizada por el Grupo de Economía de la Salud (GES) y ACTUE Colombia (2017). La

percepción que tiene la población sobre la corrupción de varios de los actores del Sistema de salud es alta y muy alta. En una escala de cero a cien donde cero significa que no hay corrupción y cien que la corrupción es muy alta, la percepción de la corrupción frente a las Secretarías de Salud fue de 88, las Empresas sociales del Estado de 83, las EPS de 81, El Ministerio de Salud y Protección social de 76, la Industria Farmacéutica de 76, La Supersalud de 75 y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de 71. Además, se piensa que la corrupción hace parte de la cultura colombiana y que es aceptada por la sociedad en general.

Es común mirar, en los diferentes medios de comunicación, las noticias sobre el mal manejo de los recursos de la salud. El caso más emblemático es el de la EPS Salucoop. Según la Contraloría General de la República, entre los años 1988 y 2010, se desviaron 1.4 billones de pesos de los dineros para la atención en salud para pagar asesorías jurídicas y técnicas, construcciones de la llamada ciudadela de la salud, gastos de viajes, amortización de créditos y hasta compra de entidades fuera del país.

Baja generación de capacidades. Según Nussbaum (2012), las capacidades son “*el conjunto de oportunidades (habitualmente interrelacionadas) para elegir y actuar*” (p.40). El SGSSS presenta restricciones en este sentido.

- 1) Aunque el país goza de un aseguramiento en salud casi universal. La afiliación le da el derecho al usuario a los servicios de salud, pero esto se vuelve tortuoso, debido a las barreras institucionales (las que son atribuibles a los prestadores de los servicios) que siguen siendo altas. “Más del 27% de las personas con problemas de salud no recibieron atención médica en el año 2016 por esta razón” (Consejo Privado de Competitividad, 2017, p.67). Lo cual se manifiesta en la demora en las citas con los especialistas, la negación de procedimientos y el engorroso y demorado proceso que deben seguir las personas enfermas de cáncer, quienes deben realizar 29 trámites, antes de ser atendidos.

- 2) En el año 2.000, la esperanza de vida de los colombianos era de 65 años, la cual se incrementó en el año 2014, a 75 años. Sin embargo la mortalidad evitable, durante el periodo 1998-2011, fue del 53%, de un total de 2.677.170 muertes reportadas en el país, 1.427.535 correspondieron a causas consideradas como evitables. La mayor proporción de estas muertes fue por enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se encuentran las cardiovasculares que son la principal

causa de muerte, seguida por los cánceres (Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud, 2014).

3) La desigualdad que presenta el estado de salud entre los departamentos del centro del país y los periféricos se puede evidenciar a través de dos indicadores: La tasa de mortalidad en menores de cinco años y la razón de mortalidad materna. En los departamentos ubicados en el centro del país en el año 2013, la tasa de mortalidad en menores de cinco años en Antioquia fue del 12.19, Cundinamarca del 13.07, Caldas del 14.64 y Risaralda del 14.25, por cada 1.000 niños nacidos vivos y la razón de mortalidad materna fue del 44.14, 46.67, 19.64 y 61.94, por cada 100.000 niños nacidos vivos; respectivamente. En los departamentos ubicados en la periferia, en el mismo año, la tasa de mortalidad en menores de cinco años en Chocó fue del 30.26, la Guajira del 22.79, en Vichada del 26.58 y Vaupés del 63.05, por cada 1.000 niños nacidos vivos; respectivamente. Y la razón de mortalidad materna fue de 163.98, 235.45, 366.64 y 175.13, por cada 100.000 niños nacidos vivos; respectivamente (Así vamos en salud, 2017a). Estos índices exponen la inequidad existente en el estado de salud entre las diferentes regiones del país.

De continuar en esta situación el deterioro del sistema de salud será cada vez mayor. Por lo tanto se hace necesario la formulación de una visión de futuro compartida como punto de partida para la construcción de un futuro diferente del presente y guía para la toma de decisiones y acciones que se realizan en el presente con el propósito de construir el futuro deseado. Carecer de este elemento estratégico conduce a una toma de decisiones y realización de acciones de acuerdo con la buena voluntad de los funcionarios de turno y no estratégicamente.

1.2.1 Pregunta de investigación

De acuerdo con el problema antes descripto se plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuál es la Visión de futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, desde el enfoque de la Previsión Humana y Social, al año 2033?*

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Construir una Visión de Futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, desde el enfoque de la Previsión Humana y Social, al año 2033.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus componentes, haciendo énfasis en: los factores del entorno, los factores institucionales y factores tecnológicos.
- Precisar el nivel del poder político de los actores del sistema y el nivel de importancia que estos le dan a los cinco valores que debe observar cualquier actividad para denominarse humana.
- Formular los escenarios de futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud al año 2033.
- Construir una visión de Futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al año 2033.
- Evaluar las capacidades, generadas por la Visión de futuro, desde el enfoque de las capacidades de Amartya Sen.

1.4 Justificación

Aunque se ha avanzado en el aseguramiento de la población (96%, o sea, una cobertura universal) y -entre el 2000 al 2014- se ha incrementado, en 14 años, la esperanza de vida al nacer, el SGSSS vive una crisis crónica, debido a problemas estratégicos, problemas de corrupción y a la no generación de capacidades en los usuarios. Todo esto pone en peligro su sostenibilidad en el corto, mediano y largo plazo. Por tanto, es urgente formular una visión de futuro, que, además de privilegiar lo estratégico, tenga en cuenta los valores y las capacidades. De hecho, esta es la primera piedra para la construcción de un futuro diferente al presente, cuya característica es la crisis.

El SGSSS, a diciembre 30 del 2016, contaba con 46.398.245 asegurados en salud, en los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción. Estas personas, ante las barreras que se les presentaron para acceder a los servicios de salud, se vieron obligadas a saturar los servicios de urgencias y a transformar soluciones extraordinarias en ordinarias, como la tutela. También, lo organizacional, la debilidad en la regulación (son las normas o leyes que rigen en el sistema de salud), la rectoría (es una competencia del gobierno que la ejerce el ministerio de salud) y la vigilancia, por parte del Estado, ha permitido el ineficiente flujo de los recursos entre los actores, y la desviación de los dineros destinados a la atención en salud. Esta situación se manifiesta en los indicadores sobre la salud de los colombianos. Una visión de futuro ayuda a definir el estado de salud que queremos; especialmente, iniciar el camino hacia la construcción de un sistema de salud sostenible, humano y con una estrategia de atención fundamentada en la promoción y prevención; así, se beneficiaría el 95% de la población colombiana.

La Previsión Humana y Social acentúa en la visión de futuro, los valores y las capacidades. Una visión de futuro es un enunciado sobre el futuro, que refleja los valores de los actores del sistema que participaron en su formulación y que puede ser verificado y evaluado. Si se contempla el concepto de que cualquier persona, institución o actuación -para llamarse humana- debe observar los valores morales de libertad, igualdad, solidaridad, respeto y diálogo (Cortina, 2013). Ética mínima en los sistemas de salud que conduciría al respeto de la dignidad humana. En efecto, evaluar las visiones de futuro, desde el enfoque de las capacidades, es centrarse en la búsqueda de funcionamientos que son constitutivos del bien – estar de las personas (Sen, 1999). En la salud, se reflejarían en la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud, y gozar de una buena salud. Aspectos teóricos que amplían y complementan el enfoque de la Previsión Humana.

En esta investigación, se propone una metodología para construir una visión de futuro, desde el enfoque de la Previsión Humana y Social. Se combinan los métodos cualitativos con los cuantitativos y se realiza la evaluación de dicha visión con el propósito de lograr las capacidades y los funcionamientos, que conduzcan a los usuarios a tener la salud que desean tener. De hecho, estos aspectos teóricos y metodológicos amplían el enfoque de la Previsión Humana y Social.

El enfoque de las capacidades se focaliza en la libertad que tienen las personas para hacer o ser lo que le resulta valioso lo cual se materializa en la construcción de futuros humanos, que son el propósito de la Previsión Humana y social, en el único tiempo (el futuro) donde el ser

humano goza de la libertad para construir lo que desea y considera valioso. A través de una visión compartida de futuro que permita el desarrollo de las vidas humanas con ética y desde las capacidades para que las personas puedan vivir una vida con dignidad.

Esta investigación es pertinente en varios sentidos: 1) En lo social, debido a la conveniencia y relevancia que tiene la elaboración de una Visión de Futuro del SGSSS, la cual será el punto de partida para construir un futuro de la salud diferente del presente de deterioro paulatino por la crisis crónica que vive debido a: la incertidumbre, la corrupción en el manejo de los recursos y la baja generación de Capacidades en los usuarios. 2) En lo teórico, porque se fortalece la Previsión Humana y Social, con el concepto de valores morales y el enfoque de las capacidades y 3) En lo metodológico, porque se plantea un nuevo método para la construcción de la visión de futuro, en la que se combinan métodos cualitativos con cuantitativos y se formula un modelo de evaluación que tiene -como resultado- el logro de las capacidades de acceso y de gozar de una buena salud.

1.5 Delimitaciones de los alcances

El alcance de esta investigación está determinado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la Ley 100 de 1993. Dicho sistema está conformado por todas las instituciones encargadas de realizar actividades, tendientes a la recuperación de la salud de los colombianos. Se hicieron varias simulaciones:

1. En el submodelo de población, se asume una tasa de natalidad de 15 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes por año. Las tasas de mortalidad, por cada rango de edad, están detalladas así:

Tabla 1 . Tasa de mortalidad (año 2010)

edad	Tasa Mortalidad (por 1.000)
De 0 a antes de 1 año	9,73
De 01 a 04 años	0,56
De 05 a 14 años	0,28
De 15 a 18 años	1,28
De 19 a 44 años	1,77
De 45 a 49 años	2,63
De 50 a 54 años	3,92
De 55 a 59 años	5,71
De 60 a 64 años	8,83
De 65 a 69 años	13,91
De 70 a 74 años	22,59
De 75 años o más	67,43

Fuente: El autor, con base en DANE (2017 d)

2. En el submodelo de empleo, se asume que para todos los años, la tasa de informalidad es del 47,5%; la tasa de desempleo del 10% y la tasa global de participación es del 64%.
3. En el submodelo de aseguramiento -con el propósito de obtener el número de afiliados a los regímenes subsidiado, contributivo y afiliados total- se trasladan variables de los otros modelos como: POBLACIÓN TOTAL, CEINFOEZ, EFORM y EFORMREZ.
4. Las proyecciones de la UPC del régimen contributivo y subsidiado se realizaron, por medio de una ecuación lineal con $R^2 = 0,9779$, para la primera y un $R^2 = 0.8817$, para la segunda.
5. En el taller de validación de los escenarios de futuros, no había un experto en Tecnologías de la Información y la Comunicación.

1.6 Esquema general de la tesis

Este viaje hacia la construcción de la visión de futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia consta de siete estaciones (capítulos). En la primera estación se plantea el problema. Aunque el SGSSS ha avanzado en la cobertura en el aseguramiento y disminuido el gasto de bolsillo de los usuarios; carece de un elemento estratégico para enfrentar el envejecimiento de la población, el mal desempeño financieros de las EPS, el incremento del gasto en salud, la corrupción y la baja generación de capacidades en los usuarios para que estos puedan tener la salud que desean tener; dando pie a la pregunta de investigación que se responde en el objetivo general: Construir una visión de futuro del SGSSS de Colombia al 2033, que sea la cuota inicial de un futuro diferente del actual presente crisis crónica.

En la segunda estación se describe el estado del arte de la prospectiva y se comienza la revisión de la literatura de esta que se inicia planteando la relación del hombre con el futuro, y se definen: los estudios de futuro (sus fundamentos, características, funciones y propuestas) y la prospectiva; se describe el enfoque Francés del cual se derivan la Prospectiva Estratégica y la Previsión Humana y Social, se reseña la metodología para la formulación de escenarios de futuro planteada por Masini y Medina (2000) y teniendo en cuenta dos de los énfasis de la PHS (valores y capacidades) se detallan los valores que según Adela Cortina debe tener toda actividad para ser considerada como humana y las capacidades desde el enfoque de Sen. A continuación, se definen: la seguridad social, el sistema de salud y la Dinámica de Sistemas. Puesto los lentes para interpretar el fenómeno del sistema de salud.

Se aborda la tercera estación, la de la metodología, se considera que esta investigación es un estudio de caso donde se combinan métodos cuantitativos y cualitativos y se plantean dos metodologías una para la construcción de una visión de futuro desde el enfoque de la PHS y otra basado en la arquitectura del cuadro de Mando Integral para la evaluación de la visión de futuro. Cuyo desarrollo se inicia a continuación.

En la cuarta estación se realizaron el análisis de: los factores del entorno, los institucionales y los tecnológicos y los resultados en salud con el fin de determinar las variables claves del SGSSS para la construcción de los escenarios de futuro y teniendo en cuenta que la PHS, tiene como centro al ser humano se aborda la siguiente estación.

La quinta que corresponde en este viaje a la identificación de los actores. Se describen los actores que conforman el SGSSS, los valores compartidos por estos, el poder político de cada uno de ellos y se realiza un ejercicio de Mactor. Con estos insumos se inicia un nuevo trayecto.

En la sexta estación donde se describen los posibles escenarios de futuro y una visión de futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y finalmente se llega a la séptima estación se plantea un método para la evaluación de la visión de futuro desde el enfoque de las capacidades de Sen y se exponen las conclusiones finales de la investigación.

1.7 Reflexiones sobre este capítulo

En este capítulo se sientan las bases para esta investigación. Se precisó mediante la búsqueda de antecedentes que hasta la fecha no se ha realizado una investigación a nivel nacional e internacional con el propósito de construir una visión de futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Se realizó el planteamiento del problema donde se estableció que el sistema sufre un proceso de deterioro paulatino que lo ha conducido a un estado de crisis permanente por la falta de un elemento estratégico que le permita enfrentar los problemas de: el envejecimiento, el desempeño financiero de las EPS, el incremento en el gasto en salud, la corrupción y la baja generación de capacidades.

Con base en el problema se realizó la pregunta de investigación y como respuesta a esta se formularon el objetivo general y los objetivos específicos, que conducen a la formulación de una visión de futuro del SGSSS de Colombia como el primer elemento para orientar la toma de decisiones en el presente para la construcción de un futuro diferente donde los colombianos tengan la oportunidad de tener la salud que desean tener y sacar el sistema de salud de la crisis donde se encuentra. Lo cual justifica la realización de esta investigación que se presenta en siete capítulos.

CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE, REVISIÓN DE LA LITERATURA

En este apartado, se desarrollan los aspectos teóricos y conceptuales del trabajo de investigación. Se inicia con la presentación del estado del arte de la prospectiva, posteriormente se detalla la revisión de la literatura que consta de las partes referidas a los estudios de futuros, las definiciones de: la prospectiva, la Previsión Humana y Social, los escenarios de futuros, la visión de futuro, el concepto de valores, las capacidades, las seguridad social, los sistemas de salud y Dinámica de Sistemas

2.1 Estado del arte

Los estudios de futuro toman fuerza, en Estados Unidos y Francia, después de la finalización de la Segunda Guerra Mundial. En ese periodo, se inició el uso del método científico y de la racionalización, para la creación de enunciados sobre el futuro. (Son, 2015). Para todo esto, en términos de cálculo, se necesitó una metodología, que la aplicó un experto sobre el tema; lo cual generó la profesión futurista, o prospectivista.

De las proyecciones del futuro, se utilizaron, inicialmente, las extrapolaciones de tendencias, con el fin de proyectar el porvenir de manera determinista, como si este se comportará igual que el pasado. En 1948, se fundó la Corporación RAND (Research and Development), tanque de pensamiento. Helmer y Gordon –iniciando los años cincuenta- crearon el método Delphi (el nombre es en referencia a Delfos, lugar donde estaba el oráculo griego), como una herramienta para realizar predicciones; en un comienzo, sobre una posible catástrofe nuclear; posteriormente, para obtener información sobre el futuro. El Delphi fue definido como *“un método para estructurar una comunicación de grupo de manera eficaz para permitir que un grupo de individuos, como un todo, Traten un problema complejo”* (Listone y Turoff, 1975, p.3). Exponiendo la convergencia de opiniones de los expertos en la búsqueda de un consenso. En 1964, Gordon y Helmer publicaron los métodos de extrapolación de tendencias y el Delphi, los cuales apuntan a un solo futuro sin alternativas.

En la década de los cincuenta y en el mismo tanque de pensamiento, la Corporación RAND, en la cabeza de Herman Khan –buscando caminos diferentes para encontrar varias alternativas de futuro, desde la más probable hasta las poco probables (Bell, 2011)- creó el método de los escenarios de futuro. Estos escenarios no presentaban solamente un futuro único,

sino distintas alternativas de futuro. Esto le dio un mayor rigor científico a los estudios de futuro. Además, instauró una metodología con posibilidades de explorar diferentes futuros, que contrastaban con la extrapolación de tendencias y el Delphi que promueven la búsqueda de un futuro único.

En Francia, en la misma década, más exactamente el primero de febrero de 1957, Gaston Berger publicó un artículo, en la revista *Revue des deux mondes*. En él, definió la prospectiva “*antes que un método o una disciplina como una actitud*” (Berger, 1964, p. 270). Esta tiene cinco características: Mirar lejos, Mirar ampliamente, Mirar profundamente; Tomar riesgos y Pensar en el hombre. Actitud que encuentra su razón de ser en las acciones realizadas en el presente, en función del porvenir. Estos conceptos dieron lugar al nacimiento de la Escuela Voluntarista y la Prospectiva Francesa. De esta, también hizo parte Bertrand De Jouvenel, quien precisó que la razón por la que se realizan los estudios de futuro es para acercar los futuros probables a los deseables. (De Jouvenel, 1966). “*Porque no hay manera de comprender el futuro sino solo conjeturar acerca de él*” (Masini, 2013a, p. 135). Debido a que existen muchos futuros, creó una categoría que denominó los futuribles, de la que hacen parte los futuros que, a partir del presente son imaginables y plausibles.

En el año de 1955, Fred Polak publicó en Holanda su libro *Imágenes de Futuro*, en el que relaciona los futuros imaginados con la evolución de las diferentes culturas. De hecho, se convirtió en uno de los primeros sociólogos en tomar la Visión, como objeto de investigación. Lo que Polak trataba de hacer era dar respuesta a la pregunta ¿Cuál es la relación que hay entre la visión de futuro y la dinámica de las diferentes culturas? Aunque Polak no da respuesta a esta pregunta, la formulación de este interrogante, con el tiempo, se ha transformado; en efecto, continuamente, se están creando las bases para las futuras investigaciones sobre la visión.

Estos precursores de la prospectiva tuvieron continuidad, principalmente en: La Escuela Voluntarista de Godet en Francia, con la Previsión Humana y Social, de Eleonora Masini en Italia y Wendell Bell, en los Estados Unidos de Norteamérica. Godet continuó con el concepto de Berger: la prospectiva es una actitud con cinco características a las cuales le añadió tres más: “*mirar de otro modo...juntos... y utilizar los métodos más rigurosos y participativos*” (Godet y Durance, 2011, p. 24). Partieron del concepto de que la prospectiva y la estrategia se complementan la una con la otra, porque la previsión sin acción es un simple sueño y la estrategia sin puerto de llegada carece de propósito. La primera da respuestas a la pregunta ¿Qué

puede ocurrir? Y la segunda, a la pregunta ¿Qué puedo hacer? Esta unión dio origen a la Prospectiva Estratégica.

En la década de los setenta, la Previsión Humana y Social nació en Italia, de la mano de la Profesora Eleonora Massini. Lo hizo como una alternativa para el estudio de los futuros en países diferentes a Estados Unidos y Francia, cuyos futuristas no se interesaron por la construcción de cualquier futuro sino por futuros humanos, deseados, compartidos y con valores. Haciendo énfasis en “*la visión de futuro, el desarrollo de capacidades y los valores*. (Alonso y Medina, 2013, p.14). Y considera que la visión de futuro es un estímulo para la construcción de un futuro diferente al presente actual.

Para Bell (2011), los estudios de futuro son una herramienta para el conocimiento y evaluación de los futuros posibles, probables y preferibles.; los cuales tienen nueve propósitos :

- 1) El estudio de los futuros posibles, 2) El estudio de los futuros probables, 3) El estudio de las imágenes de futuro, 4) El estudio de los conocimientos fundamentales de los estudios de futuro, 5) El estudio de los fundamentos éticos de los estudios de futuro, 6) La interpretación del pasado y la orientación del presente, 7) La integración del conocimiento y los valores para el diseño de la acción social, 8) El incremento de la participación democrática en el diseño de imágenes de futuro y 9) Comunicación y defensa de una determinada imagen de futuro

Godet, Massini y Bell proponen futuros normativos; esta característica distingue a los prospectivistas de la décadas de los setenta y los ochenta del siglo pasado. A partir de los noventa, la prospectiva sigue ganando terreno y aparecen teóricos como: Richard Slaughter, Sohail Inayatullah y Ruud Van der Helm.

Los estudios de futuros críticos se valen de unidades de análisis problemáticas, para definir el porvenir. Lo hacen perturbando las actuales relaciones de poder, para conducir a la creación de posibles escenarios de futuro, que critican el existente. No se trata de interpretar las posibles evoluciones de la unidad de análisis, sino de mirar por qué esta y no otra, y cuáles son las formas de poder que han permitido que se convierta en hegemónica. Para estos futuristas, el presente es el triunfo de un determinado discurso, o de un modo de saber sobre otro; por eso, su propósito es alterar las relaciones actuales, buscando escenarios de futuro diferentes del presente, como en el caso de las globalización, a la cual critican porque ha permitido que problemas sociales -como la violencia, la miseria y las desigualdades- se profundicen. Definen la prospectiva como “*la habilidad de crear o mantener una visión de futuro funcional, coherente,*

de alta calidad y útil; para detectar las condiciones adversas y poder así, orientar la creación de nuevos futuros diferentes del presente” (Slaugther, 1999, p. 287).

Otro de los nuevos enfoques de los estudios de futuros críticos es el de los seis pilares (Inayatullah, 2008). Este autor parte de seis conceptos fundamentales sobre el futuro: El futuro usado, el futuro desconocido, los futuros alternativos, la alineación, los modelos de cambio social y los usos del futuro. Todo esto, fundamentado en seis pilares: mapeo, anticipación, sincronización, profundización, creación de alternativas y transformación. Que proporciona -a los estudios de futuro- métodos y herramientas, para ser aplicados en ejercicios prácticos. En la construcción de los escenarios de futuro, se utiliza el Análisis Causal por capas (sigla en inglés, CLA), que consta de cuatro niveles: la letanía, las causas sociales, la visión del mundo y mito/metáfora.

Van der Helm (2009), por su apariencia, considera la visión de futuro (un enunciado sobre el futuro y para el futuro) como un *fenómeno* y la define así: *“La reivindicación o expresión más o menos explícita de un futuro que es idealizado con el fin de movilizar el potencial del presente para avanzar en la dirección de este futuro”* (p.100). Dice que se caracteriza por ser a largo plazo, tener un ideal, ser transformadora, buscar –deliberadamente- un futuro diferente del presente.

Se puede encontrar en siete contextos diferentes: el Humanista, el religioso, el político/ideológico, organizacional, comunitario, de las políticas públicas y personal. Aunque la visión es un enunciado futuro que no existe, es real en su funcionamiento, en cuanto a que se constituye un ideal, que inspira una transformación que se hará realidad en un periodo de tiempo determinado. La prospectiva es una disciplina rigurosa, metódica y con un sustento teórico, que se ha convertido en una herramienta para la interpretación de los posibles futuros.

2.2 Revisión de la literatura

En las referencias teóricas se tratarán dos aspectos teórico: 1) El relacionado con los estudios de futuro, donde se definen los estudios de futuro, la prospectiva, el enfoque Francés y la previsión humana y Social con los conceptos que la caracterizan: Visión de futuro, valores y capacidades y los escenarios y 2) El relacionado con la seguridad social, los sistemas de salud, sus funciones y objetivos y la dinámica de sistemas

2.2.1 Relación del hombre con el Futuro

La preocupación del hombre por el futuro no es nueva. Es un fenómeno, cuyas manifestaciones han hecho parte de todas las civilizaciones. En cada una de las épocas de la humanidad, las sociedades tuvieron una concepción sobre el tiempo pasado y el futuro, con diferentes énfasis y grados de elaboración (Bell, 2011; Massini, 2013b). En efecto, cinco de las tradiciones intelectuales de la humanidad -las religiones, las utopías, el historicismo, la ciencia ficción y el pensamiento sistémico- han servido de nutrientes a los estudios de futuros (Son, 2015).

- **Religiones.** Van del determinismo al libre albedrío. Por un lado, han creado una actitud pasiva en las personas que los conduce al determinismo, pues creen que el futuro de las personas y de la sociedad está en manos de un Dios todopoderoso; por otro lado, el Jesuita Luis de Molina (1535- 1609), en su libro *La Concordia*, presenta -desde la perspectiva teológica- una forma de ver el futuro en la conexión que se establece entre el conocimiento de Dios y la libertad humana, o libre albedrío, que él denominó la “scientia media”, que se materializa en la libertad que Dios le da a los hombre para escoger los medios para lograr su salvación: el “futuro contingente”. Así es como Dios conoce todos los futuros contingentes, sin afectar la libertad humana de los hombres (Massini, 2013c).
- **Utopías.** Son visiones de futuro que buscan el mejoramiento de la humanidad, mediante la descripción de sociedades ideales; entre las principales, están: La Republica de Platón, cuya visión de la sociedad futura está basada en la justicia; la Ciudad de Dios de San Agustín plantea que la nueva sociedad, que el hombre debe lograr, está basada en el amor; la Nueva Atlantis de Francis Bacon, en la que se hace énfasis en el conocimiento humano y la Utopía de Tomas Moro, que se focaliza en la propiedad comunitaria de los bienes y en la subordinación de los individuos a la comunidad.
- **Historicismo.** Cuando se asume el pasado como un hecho cumplido (facta: palabra del latín que significa ‘hecho’ y que De Juovenel (1966) utilizó para denominar el pasado.), en el cual se pueden identificar las tendencias y la evolución de las variables que se utilizarán en la construcción de los posibles futuros, a través de diferentes métodos.
- **Ciencia Ficción.** En la que los autores, a través de sus textos, plantean diferentes alternativas de futuro para la sociedad, la cultura; especialmente, nuevas tecnologías.

- **Pensamiento Sistémico.** Se ha encargado de desarrollar, en los estudios de futuro, los enfoques trans e intra disciplinarios, que se constituyen en una de las principales características de esta disciplina.

Los estudios de futuro modernos nacen, formalmente, después de la Segunda Guerra Mundial (Bell, 2011; Massini, 2013b y Son, 2015). Y se desarrollaron en los Estados Unidos y Francia. En los Estados Unidos, en 1929, el Presidente Roosevelt creó el Comité de las Tendencias Sociales, liderado por el Sociólogo William Ogburn. En 1933, publicó el informe denominado Las Recientes Tendencias en los Estados Unidos; en 1937, las Tendencias Tecnológicas y la Política Nacional, incluyendo las implicaciones sociales de los nuevos inventos. Después de la Segunda Guerra Mundial, a finales de 1945, el General H.H. Arnold, Comandante del Cuerpo Aéreo del Ejército, realizó un convenio con la Douglas Aircraft Company, para la creación del proyecto Research And Development (RAND). (Bell, 2011). Y, en 1948, se convirtió en la Corporación RAND. En esta -bajo la dirección de Olaf Helmer, Theodore Gordon y Herman Kahn crearon los primeros métodos de la prospectiva: el Delphi y los escenarios.

En Francia, el filósofo Gaston Berger, seguidor de la fenomenología, en su artículo publicado en 1957, en el No. 3 de la Revue des Deux Mondes, reinventa el término “prospectivo”, pues lo usa como sustantivo y no como adjetivo; como figuraba desde 1908 en el Diccionario Larousse. Lo definió como el resultado deliberado o involuntario de nuestras acciones en el presente (Casez, 1997). Posteriormente, el politólogo y economista, De Jouvenel (1966) acuñó el término de “Futuribles”, en plural, para señalar que no hay un solo futuro posible, sino muchos.

2.2.2 Estudios de Futuros

En esta sección, se detallan los fundamentos, las características, las funciones y los propósitos de los estudios de futuros.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se iniciaron los estudios de futuros con base en dos raíces teóricas: el Forecasting, en los Estados Unidos y la Prospectiva, en Francia. El Forecasting significa en español ‘pronóstico’. Anglicismo que ha sido adoptado en los diferentes idiomas. Jantach (1967) lo define como “*la evaluación probabilística, con un nivel relativamente alto de confianza*” (p. 15), de una declaración sobre el futuro. El matemático Olaf Helmer, a

mediados de la década de los cincuenta, en la Corporación RAND, realizó los primeros estudios de Forecasting, guiado por el concepto que el mundo evolucionará en el futuro, con respecto al presente, de la misma manera que lo hizo en el pasado con respecto al presente. Consideró que los diferentes eventos económicos, demográficos, culturales, sociales, políticos, etc. tendrán un comportamiento lineal que se podrá precisar con un alto nivel de asertividad, mediante el uso de la extrapolación.

Berger creó la prospectiva, a mediados de la década de los cincuenta. Motivado porque los cambios sucedían de manera más rápida que los procesos de toma de decisiones (Durance, 2010), desarrolló una ‘antropología prospectiva’, para estudiar los diferentes aspectos de la situación del hombre en el futuro. Él contempla una serie de tendencias establecidas, y les ofrece -a los seres humanos- todo tipo de posibilidades para la construcción de un mundo más eficaz y feliz (Durance, 2012). Para Berger (1964), la prospectiva -más que una disciplina o un método- es una actitud, que tiene cinco características: Mirar lejos, visión amplia, analizar profundamente, correr riesgos y pensar en el hombre.

- **Mirar Lejos.** *“Es la principal característica de la actitud prospectiva, que consiste en la intensidad con que se centra nuestra atención en el futuro”* (Berger, 1964, p. 271). En una época en que la velocidad del cambio se incrementa de manera constante, no solo se deben tener en cuenta los resultados de nuestras acciones en el corto plazo, sino sus consecuencias, en el largo plazo. Berger (1964) asegura que nuestra generación es comparable con un carro que viaja en la noche, cada vez más rápido, por un camino desconocido y debe aumentar la potencia de la luz de sus farolas para que el conductor vea más lejos y evitar chocarse. Aunque el futuro es continuación del presente, no son lo mismo. La Prospectiva *“es, por lo tanto, esencialmente, el estudio del futuro lejano”* (Berger, 1964, p.271).
- **Mirar de manera amplia.** El mundo actual, como el futuro, es complejo e interdependiente. Por esto, para formular los posibles futuros, se debe recurrir a personas experimentadas en diferentes disciplinas, con el fin de lograr una visión de futuro común que sea complementaria. Así, se reafirma la intra y trans disciplinariedad de la prospectiva.
- **Analizar Profundamente.** Las extrapolaciones y las analogías son válidas para justificar una toma de decisiones, cuando se realizan en un medio ambiente, o en situaciones estables porque ahorran tiempo en los análisis. Pero, cuando se trata de entornos complejos, que

cambian a grandes velocidades, se deben realizar análisis profundos y rigurosos, recurriendo a varias disciplinas, entre las cuales Berger (1964) destacaba la filosofía, la psicología y el psicoanálisis. Hoy, es claro que, en estos análisis, se deben incorporar ciencias como la economía, la sociología, las matemáticas, etc.; las cuales demandan, para los ejercicios prospectivos, una atención extrema y un trabajo persistente. Una Visión prospectiva -contraria al sueño que nos hace disfrutar, en la imaginación, de algo que no hemos logrado- es una recompensa a la culminación de un largo y riguroso proceso de análisis, en el que han confluído diferentes disciplinas del conocimiento. Y se convierte en una invitación a la acción, para la construcción de un futuro diferente del presente.

- **Correr riesgos.** La prospectiva se debe realizar a largo plazo y conducirse por el más alto nivel directivo. De esta manera, es posible asumir los riesgos que demandan las acciones que se deben realizar para la construcción de un futuro, escogido entre los posibles. Dicho futuro debe ser el resultado de un cambio provocado, que no puede estar exento de riesgos, en un mundo, cuya característica principal es la incertidumbre.
- **Pensar en el hombre.** La finalidad de la prospectiva no es únicamente -entre los diferentes futuros posibles- formular el futuro más probable que ocurra; por el contrario, hay que formular el futuro que queremos que ocurra. Para Berger (1964), no sirve prever lo que sucederá; hay que prever qué ocurrirá, si no se hace nada por cambiar el transcurso de las acciones. Así, se convierte la prospectiva en una invitación a la acción, para que el hombre entre de frente al futuro y se libere de las sorpresas y desastres que le depararan el mañana. El creador de la prospectiva la define como una actitud para mirar hacia adelante. No como un sueño, sino para actuar; es decir, la adhiere a la acción, con el fin de entrar al futuro de frente y transformarlo, para que el mañana no sea una prolongación del pasado.

Para De Jouvenel (1.966), prever es un arte que hace parte de la vida de la humanidad.

Ocupa un espacio en el porvenir, que se materializa en un dominio diferente. El ser humano se siente, con toda la libertad, para colocar las posibles imágenes de futuro que se convertirán en un hecho, dependiendo de la voluntad y el poder que tengan los actores para hacerla una realidad.

Dichas imágenes de futuro las denomino *conjetura*, que es “*la construcción intelectual de un futuro verosímil, que se constituye en una verdadera obra de arte en el sentido pleno del término (...) cuyo enunciado es transparente y susceptible de críticas*” (De Jouvenel, 1.966, p. 40 y 41).

En 1943, Flechteim acuñó el término Futurology, para describir los estudios de futuro. Posteriormente, De Jouvenel propuso la etiqueta (Son, 2015) *futuribles*, que son el nombre “de una empresa intelectual (...) que es objeto del pensamiento orientado hacia el porvenir (...) que considera los futuros posibles” (De Jouvenel, 1966, p.42). Estos futuribles son descendientes de unos posibles estados presentes, desde donde se proyecta una imagen que se va a realizar, que se convierte en el principio de las acciones que, si se ejecutan estructuradamente, se hacen realidad, gracias a un proyecto.

Según De Jouvenel (1966), proyectar es:

Arrojar algo hacia el provenir ¿Pero ¿qué es lo que se arroja? La imaginación; es ella la que se sitúa en un tiempo que aún no ha llegado y allí construye algo: un signum y esta construcción me atrae, me llama y ejerce sobre mí una acción actual, de tal manera que el porvenir imaginado determina acciones que preceden en el tiempo y se preparan racionalmente (p. 51).

Tirar algo hacia adelante, en la imaginación, crea un objetivo. Para que este se convierta en un hecho en el futuro, debe estar precedido por la fuerza de la intención; luego, se materializa en un proyecto, para lograr lo que se lanzó hacia adelante, en la imaginación. El concepto de los futuribles situó el porvenir como el espacio, donde los seres humanos tienen la libertad de actuar ante el conjunto de opciones que les ofrece el porvenir. De esas opciones, puede escoger una y realizar las acciones en el presente, con el fin de acercar lo probable a lo deseable (De Jouvenel, 1966).

Pierre Massé trabajó con Berger, en el Centro Nacional de Prospectiva en Francia. Ellos buscaban métodos cuantitativos y cualitativos que se complementaran, para darle más rigurosidad a la prospectiva. Querían que esta ‘indisciplina intelectual’ (como la denominaba Massé) continuara siendo más fecunda y creíble (Godet y Durance, 2009). Establecieron la diferencia entre la prospectiva y la planeación. La primera hace énfasis en el futuro, para tomar las decisiones en el presente; explorando y criticando el orden mecanicista de las cosas. La segunda prescribe -en el mediano y largo plazo- un conjunto de preguntas para trazar unos objetivos y reproducir el futuro de acuerdo con estos. (Godet y Durance, 2009 y Massini, 2013b).

La principal cualidad de la Prospectiva radica en la capacidad de entender lo que hay más allá de lo visible, para comprender las verdaderas fuerzas que condicionan el cambio en el sistema con el fin de individualizar los denominados ‘Hechos portadores de Futuro’ (Godet y Durance, 2009 y Massini, 2013d). La Prospectiva norteamericana se interesó, principalmente, en

la tecnología, mientras que la francesa, en la política. Esto la condujo a incorporar las ciencias humanas en la disciplina y establecer conceptos como ‘la actitud prospectiva’, los ‘futuribles’ y ‘los hechos portadores de futuro’, los cuales dieron paso a diferentes enfoques de la prospectiva y crearon el interés de las empresas en los estudios de futuro.

Con diferentes nombres, el pensamiento sobre el futuro se globalizó: *Forecasting y Foresight*, en los países de habla inglesa; *Prospectiva y futuribles*, en las regiones francófona y *Previsión Humana y Social*, en Italia. En Latinoamérica y en las colonias francesas de África, se popularizó el término *Prospectiva*, el cual, a partir de la década de los ochenta, está siendo desplazado por el vocablo *Foresight*, debido, entre otras cosas, a que -tanto en los buscadores como en las bases de datos- los resultados y los artículos en inglés superan ampliamente los publicados en otros idiomas.

La Federación Mundial de los Estudios de Futuros, sin desconocer el contexto social y cultural donde se originaron cada uno de los términos, propuso -como término universal para esta disciplina- el de *Estudios de Futuros*, con doble ese, porque recoge los distintos enfoques que existen en el mundo occidental y da la oportunidad para acoger enfoques diferentes a los occidentales.

Las diferencias fundamentales -entre el Enfoque Americano y el Francés, para realizar los estudios de futuros- se presenta, esencialmente, en el término *Foresight*: “*no tiene plural en el idioma inglés, en realidad no existe foresights*” (Sadar, 2010, p. 180). Es decir, limita el resultado a la imagen de un futuro dado; sugiere un futuro único con una etiqueta de ‘preventivo’. En cambio, *Prospectiva* es un proceso para precisar un conjunto de futuros posibles, probables y deseables; cuyo resultado invita a la acción para convertir en realidad el futuro escogido. Por tanto, *Foresight* termina con la construcción de una imagen de futuro; y *Prospectiva* va más allá: incorpora la acción, como medio, para que un enunciado, sobre un futuro, se convierta en un hecho.

En el *foresight*, se considera al futurista, como un creador de una imagen de futuro para los clientes. Este proceso, aunque se realiza transparentemente, los actores no participan en él; son, simplemente, los receptores de un enunciado sobre un futuro dado. Con la *Prospectiva*, sucede lo contrario: los actores son los mismos creadores de sus imágenes de futuros y el rol del futurista es acompañarlos y poner a su disposición su experiencia y conocimientos sobre los

métodos; combina la imaginación con el rigor y los alienta a que realicen las acciones necesarias para lograr que las imágenes de futuros construidas se conviertan en una realidad.

Para otros autores, como Massini (2013d) y De Jouvenel (2006), la diferencia entre los dos enfoques está en el concepto de pronóstico y prospectiva. Los pronósticos suponen que el mundo evolucionará mañana, de la misma manera que lo hizo en el pasado; sus instrumentos, por excelencia, son las analogías y las extrapolaciones, a través de las cuales se reproduce la evolución futura de un subsistema, mediante la representación de sus variables; aisladas de su contexto. La prospectiva es sistémica, multidisciplinaria, participativa; en el largo plazo, integra el pasado y el presente, con el futuro y las rupturas a la evolución del sistema, mediante la exploración y discusión crítica de las variables, con el fin de generar futuros diferentes al presente.

El enfoque americano se concentra en la búsqueda de un único futuro, en cambio, el francés se focaliza en la exploración de los futuros posibles, con la participación de los diferentes actores. Entre todos, escogen un futuro que los ayude a realizar las acciones necesarias para convertirlo en una realidad. Para Académicos como Massini, creadora de la Previsión Humana y Social, los estudios de futuro presentan unas características aceptadas por todos los futuristas y otras no aceptadas por ellos mismos.

2.2.2.1 Características de los estudios de futuro.

Entre las características aceptadas por todos los futuristas, se encuentran: la inter y transdisciplinariedad, la complejidad, la globalidad, la normatividad y la científicidad (Massini, 2013b).

- **Inter y transdisciplinariedad.** Los estudios de futuro no solamente están recibiendo conocimientos de parte de las otras disciplinas. Están permeando cada una de las disciplinas con las que se relaciona. Y promueven la creación de macrosistemas que buscan una integración total entre disciplinas. Esta situación se profundiza, cuando la complejidad se incrementa.
- **Complejidad.** Ante una sociedad, cada vez más interrelacionada, los estudios de futuro no solo deben analizar más variables, sino también las crecientes relaciones entre los diferentes componentes. Esto crea la necesidad de recurrir a la transdisciplinariedad, como

instrumento para afrontar la complejidad (Massini, 2013b).

- **Globalidad.** En este tipo de estudios, es necesario precisar las variables claves de los diferentes entornos del contexto nacional, regional o local.
- **Normatividad.** Los estudios sobre el futuro “*no pueden ser objetivos, en ellos hay siempre una presencia más o menos fuerte de los valores debido al surgimiento de lo que se teme o se desea cuando se mira hacia delante*” (Massini, 2013b, p.121).
- **Cientificidad.** El objeto de estudio de esta disciplina es algo que aún no ha sucedido: el futuro. Por eso, el modo con el que se busca comprender cómo evolucionarán las diferentes variables en el futuro debe ser riguroso y científico. Esta característica genera mucha discusión, debido a la fragmentación metodológica que se presenta en los estudios de futuro.

Hay dos características no aceptadas por todos los futuristas: la dinámica y la participación (Massini, 2013b). La primera es verificar si los métodos que utilizan en el ejercicio son pertinentes para el contexto y la realidad histórica en la que se aplican. La segunda se refiere a la necesidad de que, en la formulación de los diferentes futuros, participen los actores del sistema objeto de estudio. Todo, para que la visión de futuro escogida se convierta en la cuota inicial de las acciones que se van a realizar en el presente, para lograr lo proyectado en el futuro.

Estas características -debido a la incertidumbre y a los constantes cambios que se presentan en los entornos y a los deseos y los temores de los diferentes actores- se hacen necesarias en cualquier ejercicio prospectivo que se realice. Para cumplir con las funciones propias de este tipo de intervenciones.

2.2.2.2 Funciones de los estudios de futuro.

Entre las actividades propias que se desprenden de los estudios de futuro, se encuentran: la función previsional, la normativa y la educativa (Massini, 2013b). Estas tres actividades son inherentes a los estudios de futuros, y conducen al logro de sus propósitos.

- **Función previsional.** Se da, cuando los estudios de futuro determinan las posibles consecuencias de las acciones que se realizan en el presente.
- **Función normativa.** Esta se materializa, cuando la prospectiva precisa las acciones que se deben realizar en el presente, en función de un futuro determinado.

- **Función educativa.** Cuando las personas tienen una actitud prospectiva (Berger, 1964). En otras palabras, deben aprender a mirar hacia adelante y a vivir con el cambio, no para sufrirlo y administrarlo, sino para provocarlo. Todo esto, para superar las crisis y construir futuros diferentes al presente.

2.2.2.3 Propósitos de los estudios de futuros.

Los propósitos de “*los estudios futuro son descubrir o inventar, examinar y evaluar los futuros posibles, probables y preferibles*” (Bell, 2011, p. 73). Para lograr este fin, se debe realizar un conjunto de acciones en el presente, que conduzcan a los futuros posibles (los que podrían suceder), a los probables (los que es probable que sucedan) y a los preferibles (los que deberían suceder). Estas acciones, si son realizadas con base en un futuro deseado, harán del mundo un mejor lugar para vivir; siempre y cuando, contribuyan a la sostenibilidad de la tierra. Según Bell (2011), se generan nueve propósitos principales, para los estudios de futuros.

1. El estudio de los futuros posibles
2. El estudio de los futuros probables
3. El estudio de las imágenes de futuro
4. El estudio de los conocimientos fundamentales de los estudios de futuro
5. El estudio de los fundamentos éticos de los estudios de futuro
6. La interpretación del pasado y la orientación del presente
7. La integración del conocimiento y los valores para el diseño de la acción social
8. El incremento de la participación democrática en el diseño de imágenes de futuro
9. Comunicación y defensa de una determinada imagen de futuro.

A continuación, se explican estos 9 propósitos:

- **Estudio de los futuros posibles.** Los estudios de futuro no solamente deben preguntarse qué sucederá probablemente, sino qué es posible que suceda. Deben dar la posibilidad de que se puedan explorar las diferentes alternativas de futuro. Y ampliar el rango de futuros que tienen los actores para elegir. Deben poner especial atención en las semillas, las que, en el futuro, se convertirán en tendencias pesadas y los futuros deseados por los diferentes actores.
- **El estudio de los futuros probables.** Los estudios de futuro, para dar respuesta a los

futuros probables, deben formularse esta pregunta: ¿Cuál será el futuro más probable? Este interrogante, de por sí, es circunstancial, pero abre un conjunto de posibilidades, como contingencias posibles, para que puedan identificarse. O, en el caso de fenómenos influenciados por el comportamiento humano, como los cambios comportamentales, para que puedan identificarse. Así las cosas, es posible cambiar la pregunta por: ¿Cuál debe ser el futuro más probable, si tal o cual condición cambia, o las personas se comportan de forma diferente a como los están haciendo ahora? La búsqueda del futuro más probable, teniendo en cuenta la cantidad de supuestos posibles, requiere un conocimiento de las diferentes tendencias y el conocimiento de una gran cantidad de información que permita -a los futuristas y actores- conocer las causas y los efectos de la evolución de las distintas variables de un sistema, en el tiempo. Esto convierte los estudios de futuro en una actividad transdisciplinaria.

- **Estudio de las imágenes de Futuros.** Un objetivo de los estudios de futuros es la investigación de las imágenes de futuros, su contenido, sus causas y sus consecuencias. De hecho, este uno de los elementos conceptuales y teóricos compartidos por los futuristas que ven -en las imágenes de futuros- las causas del comportamiento, en el presente de los actores de un sistema. Las imágenes de futuro no aparecen por arte de magia, por eso, han sido objeto de estudio por parte de algunos futuristas. Polak (1973) fue quien realizó el estudio más general, desde la perspectiva temporal y geográfica. Los sumerios lo han hecho hasta la era industrial, en regiones del hemisferio occidental. Se han interesado en las consecuencias de las imágenes de futuro, mostrando cómo la capacidad de imaginar el futuro ha contribuido a la subida y caída de las diferentes sociedades occidentales.
- **El estudio de los conocimientos fundamentales de los estudios de futuro.** Los académicos, dedicados a los estudios de futuro, han priorizado los aspectos metodológicos, como objeto de trabajo para sus investigaciones; campo en el que han sido prolíficos en la construcción, uso y crítica de los métodos. Y le han puesto menos atención a la construcción de las bases de sus afirmaciones sobre los futuros posibles, probables y preferidos (Bell, 2011). Por estos motivos, se convierte -en uno de los propósitos de los futuristas- el investigar las bases filosóficas de los estudios de futuro, para proveer esta disciplina de unos elementos epistemológicos suficientes y adecuados.
- **El estudio de las fundamentaciones éticas de los estudios de futuros.** Entre los más

valiosos propósitos de los estudios de futuro, se encuentra el de cuidar que los enunciados sobre los posibles futuros sean humanos. Especialmente, el de los futuros preferidos que están relacionados directamente con las éticas, en los que debe evaluarse si sus metas no van en contra de los valores morales (justicia, libertad, igualdad, honestidad y solidaridad), los cuales son los que cualquier sociedad, persona o institución debe practicar para ser llamada humana, y no atentar contra la sostenibilidad de las futuras generaciones.

- **Interpretación del pasado y orientación del presente.** Los estudios de futuros efectúan interpretaciones del comportamiento de las tendencias en el pasado, que les ayudan a orientar el presente y realizar las acciones necesarias para construir las imágenes de los futuros posibles, probables y preferidos. Las imágenes de futuro son la suma de las diferentes tendencias del pasado que prevalecen y de las acciones perpetradas en el presente, con el fin de lograr uno de los futuros posibles. Por eso, el pensamiento sobre el futuro es indispensable para: 1) interpretar el pasado, 2) entender el presente, 3) orientar la toma de decisiones y acciones en el presente y 4) balancear el uso de los recursos presentes y futuros (Bell, 2011).
- **Integración del conocimiento y de los valores, para el diseño de la Acción Social.** En el diseño del presente de la acción social -con miras a lograr un futuro posible, deseado, o para evitar una crisis o una catástrofe- se debe integrar el conocimiento con los valores. Los estudios sobre el futuro deben ser transdisciplinarios. Se deben fundamentar en los diferentes conocimientos (político, social, legal, económico, tecnológico, demográfico, ambiental y cultural), los cuales demandan la interpretación de la evolución de un determinado sistema, que debe ser analizado integradamente, en su contexto y no de forma reduccionista: por partes y aislado de su medio, para determinar las acciones que deben realizarse. Estas, por ser holísticas, estarán interconectadas y crean un conjunto complejo de interrelaciones. La acción social, realizada para lograr una determinada imagen de futuro, contiene metas y motivaciones que pueden ser el futuro deseado por un grupo social, una organización o una persona, quien, para ser creadora de un futuro humano, debe incorporar los valores humanos. Una imagen de futuro que integre el conocimiento y los valores morales en su diseño es una poderosa guía para la acción social. Pero no pasará de ser un enunciado, si no hay personas con capacidad para hacerlas una realidad. Muchas crisis, o catástrofes, se habrían podido evitar en el mundo, si los tomadores de decisiones

hubieran escuchados a los portadores del conocimiento y hubieran diseñado acciones, de acuerdo con los valores morales; por ende, humanas.

- **Incremento de la participación en el diseño de las imágenes de futuros.** Los futuristas deben propender por la participación democrática de todos los actores del sistema sujeto de estudio, en la construcción de los futuros posibles. Hacerlo, mediante el uso de métodos interactivos que permitan el diseño de un futuro posible concertado (por lo general, el futuro deseado), en el cual se sientan todos representados. Esta participación se debe materializar en la puesta en práctica de métodos de interacción, como talleres, paneles de ciudadano, análisis DOFA, lluvia de ideas, etc.
- **Comunicación y defensa de una determinada imagen de futuro.** Las imágenes de futuro -convertidas en visiones de futuro, mediante la participación activa de todos los actores del sistema sujeto de estudio- deben convertirse en el partidario, para que la acción las convierta en una realidad, con la participación de quienes que la formularon. Las acciones tienen consecuencias en la vida de las personas: en el futuro, las convierten en algo mejor o peor. Por eso, los estudios de futuros deben reflejar claramente los conocimientos y los valores de la construcción de los posibles futuros, los cuales deben verse con mente abierta y sentido crítico. El compromiso de los estudios de futuro es con la verdad y con la humanidad, o sea con la justicia, la libertad, la solidaridad, la igualdad y la honestidad.

2.2.3 Definiciones de la Prospectiva

Estos estudios han sido definidos de diferentes maneras, por diversos autores y con distintos enfoques. La Escuela Francesa define la Prospectiva como:

Una actitud: *“antes de ser un método o una disciplina es una actitud.... Es, esencialmente, el estudio de un futuro lejano, un arte”* (Berger 1964, p. 270 y 271).

El arte de las ‘conjeturas’, entendidas, como la construcción intelectual de un futuro verosímil (De Jouvenel, 1966) y una actividad de previsión.

“Sin duda una previsión (preactiva y proactiva) que permite aclarar las acciones del presente a la luz de los futuros posibles y deseables” (Godet y Durand 2011, p. 23).

La Previsión Humana y Social la define como:

Una herramienta

... intelectual y operativa muy importante para tratar de cerrar la brecha humana...con un fuerte compromiso tanto con el cambio como con la acción humana...basados en el ser humano... y con una visión holística y de largo plazo de la sociedad. (Massini, 2013e, p. 132 y 133)

Un campo multidisciplinario *“del conocimiento para pensar, debatir y modelar el futuro que utiliza variados métodos y técnicas de análisis y monitoreo de los cambios presentes”* (Medina, Becerra y Castaño 2014, p. 56).

Los Estudios de Futuro Crítico la definen como:

La habilidad de crear y mantener una visión a futuro funcional, coherente y de alta calidad, y de utilizar los conocimientos que surjan con utilidad organizacional, por ejemplo, para detectar condiciones adversas, orientar las políticas públicas, moldear estrategias y explorar nuevos mercados, productos y servicios (Slaugther 1999, p. 287).

En este trabajo, se definen los estudios de futuro igual que la Previsión Humana y Social como:

Una herramienta que -mediante la exploración, discusión crítica y multidisciplinaria sobre la evolución de un sistema, con participación de los actores- construyen una visión de futuro, alineada con los valores morales (Justicia, Libertad, Igualdad, Honestidad y Solidaridad.). Que se constituye en un ideal para generar en el presente acciones que contribuyen a la construcción de un futuro que cree capacidades en las personas para que puedan tener la vida que desean tener.

2.2.4 Enfoque Francés de la Prospectiva.

De este enfoque, se derivaron, en la década de los setenta, en Francia, la Prospectiva Estratégica, liderada por Michael Godet. En Italia, la Previsión Humana y Social, liderada por Eleonora Massini. El primer enfoque es uno de los más difundidos en el mundo y del cual, sin desconocer su importancia, se hará -a renglón seguido- una breve descripción. Del segundo enfoque, por ser la teoría escogida para realizar este trabajo de investigación, se hará con sus tres componentes esenciales: visión de futuro, los valores y las capacidades.

La Prospectiva estratégica parte del concepto de que la previsión, sin acción, es una ilusión y que la acción, sin un propósito, carece de sentido. Esto crea un matrimonio indisoluble

entre la prospectiva y la estrategia (Godet y Durance, 2011), que se materializa en el ejercicio de la planificación prospectiva estratégica.

Godet y Durance (2011) consideran, como Berger (1964), que la prospectiva es una actitud a la que, además de las cinco características señaladas por Berger, hay que sumarle tres más: 1) Mirar de otro modo desconfiando de los estereotipos, las modas y las ideas dominantes, 2) Mirar juntos logrando apropiación intelectual y afectiva de los enunciados de futuro por parte de los actores, siendo este el único camino para que se conviertan en realidad y utilizar métodos más rigurosos y participativos con el fin de reducir las inevitables incoherencias colectivas (Godet y Durance, 2011). Pero el hombre puede tener cuatro actitudes diferentes ante el futuro: Una pasiva, que sufre el cambio; una reactiva, que actúa como bombero; una preactiva, que se prepara para los posibles cambios y una proactiva, que actúa para generar los cambios deseados. Aunque, en la actualidad, prevalece la actitud reactiva frente a las otras, se han creado metodologías que permiten reflexionar sobre los futuros posibles y las estrategias para hacerlos una realidad.

Esta prospectiva es una de las metodologías más desarrolladas. Cuenta con una caja de herramientas y consta de tres procesos: la reflexión colectiva, la preparación para la decisión y la acción, los cuales se desarrollan en nueve etapas.

- **La reflexión colectiva** comprende el diagnóstico de la empresa y los escenarios de futuro. Consta de seis etapas: 1) análisis del problema estudiado y delimitación del sistema, 2) diagnóstico de la empresa, 3) variables claves internas y externas, 4) dinámica de la empresa en su entorno, 5) escenarios de entorno y 6) opciones estratégicas.
- **La preparación de la decisión** comprende las decisiones de la empresa. Consta de dos etapas: 7) evaluación de las opciones estratégicas y 8) Decisiones estratégicas.
- **La Acción.** Como su nombre lo indica, en esta etapa, se implementa la novena etapa del plan de acción.

A partir de la década de los noventa, se presenta un dominio del foresight. La prospectiva, cada vez, está más ligada a la planeación estratégica. La falta de consenso, entre los futuristas, ha generado una fragmentación de los estudios de futuro. En contraposición, el foresight experimenta un avance en los estudios críticos de futuro (Son, 2015).

2.2.5 La Previsión Humana y Social.

Tiene su origen en Italia, en el siglo pasado, en la década de los setenta. Nace de la mano de la profesora Massini, bajo la influencia de los dos pioneros de la prospectiva francesa: Gaston Berger, quien explica los aspectos humanos y Bertrand de Jouvenel, que se refiere a los posibles futuros y además por la sociología. Este enfoque de la prospectiva no se interesa en la construcción de cualquier futuro, sino en los futuros humanos, deseados, compartidos por todos los actores del sistema y con valores. Estos atributos se reflejan en una visión de futuro, en la que se manifiesta lo que debe suceder. Y se hace realidad a través de la construcción social del futuro, creando nuevas capacidades en los actores del sistema. Su metodología predilecta es la de los escenarios.

Según Massini, el enfoque de la Previsión Humana y Social:

Se caracteriza por la necesidad de analizar rigurosamente la realidad humana y social cambiante, además de tener un carácter decididamente normativo actualmente reconocido por muchos estudiosos; puede decirse que la Previsión Humana y Social considera no solo lo que está aconteciendo, sino también lo que podría acontecer. (Massini, 2013f, p. 167)

Ante las necesidades presentadas por países diferentes a Francia y Estados Unidos, respecto a sus visiones de futuro, métodos y valores, la Previsión Humana y Social:

Surgió como una alternativa para aquellas personas que deseaban explorar la ética, la cultura y la educación y ahondar en las raíces de los estudios de futuro. Este enfoque mantiene muchos puntos de contacto con la Escuela Francesa, sobre todo con el trabajo de los pioneros de la primera generación. (Barbieri y Medina, 2000, p. 51)

Uno de los pioneros es Berger, con la idea de una antropología prospectiva (Medina, 2003), que *“serviría para contribuir a que las aspiraciones humanas pasen a un primer plano en el estudio de las diferentes situaciones donde la humanidad podría encontrarse en un futuro”* (Durance, 2010, p. 1470) y su *“noción de elección, acción y propósito de cambio”* (Stevenson, 2006, p. 1148). Otro de ellos es De Jouvenel, para quien el futuro es una construcción social de las personas y la escogencia de las diferentes alternativas de futuro, implica la selección de unas opciones de futuro entre un conjunto de posibles futuros (Stevenson, 2006).

En su labor investigativa, la Previsión Humana y Social *“se orienta al análisis de las transformaciones de las sociedades en el largo plazo, haciendo énfasis en los cambios en los*

valores, las capacidades, las culturas, la educación y la familia” (Medina, Becerra y Castaño, 2013, p. 44). Para Barbieri y Medina (2000), *“Su objetivo es la construcción social del futuro”* (p. 51), lo cual implica que -de un conjunto de posibles futuros, que hay en juego, mediante un proceso participativo- se escojan las opciones que permitan la construcción de una Visión de Futuro compartida, que sea estructurada, transformadora, innovadora y realizable, para que se transforme en proyectos que la conviertan en una realidad (Medina, 2003; Medina y Ortigón, 2006 y Medina, Becerra y Castaño, 2014).

La Previsión Humana y Social *“se caracteriza por el acento que pone en la visión de futuro, los valores y el desarrollo de capacidades”* (Alonso y Medina, 2013, p. 14). Y utiliza, como metodología, para la construcción de la visión de futuro los escenarios de futuro.

2.2.5.1 Concepto de la Visión de futuro

“El enfoque de las visiones se centra en los futuros deseables y hace énfasis en los valores” (Massini, 2006, p. 1.163).

Dos décadas antes de finalizar el siglo XX, las visiones fueron construcciones muy populares, que presentaban aspectos sobre y para el futuro (Van der Helm, 2009). *“Las visiones nos inspiran indicando: lo que estamos tratando de llegar a ser, porque hacemos lo que hacemos y cuál es la contribución más alta que fluye de nuestro esfuerzo”* (Bezold, 2009, p. 84). Las visiones se clasifican en siete tipos diferentes: por un lado, están las visiones religiosas, las políticas y las humanísticas (las tres se refieren a un enfoque particular) y, por el otro lado, están las visiones de negocio u organizacionales, las de la comunidad, las de las políticas públicas (apoyo) y las personales, definidas por su ámbito respectivo de uso (Van der Helm, 2009).

La profesora Massini:

Cree que las diferentes visiones o deseos de futuro están incrustadas en las estructuras sociales de la cuales emergen, ligadas a las necesidades y esperanzas que viven las personas en ese momento. Ella exhorta a ir más allá de la utopía “maravillosamente concebida” no solo para prever y soñar con el futuro, sino también para elegirlo y construirlo. (Stevenson, 2009, p. 247)

Las visiones del futuro nacen *“de la comprensión del y las acciones para el futuro, estando consciente al mismo tiempo de lo que “debería ocurrir”* (Massini, 2013c, p. 208); y *“de la capacidad de reconocer las semillas de cambio que yacen en el pasado y el presente”*

(Massini, 2006, p. 1163).

Las semillas de cambio son:

Los aspectos de la sociedad que entran en el proceso de desarrollo y que requieren nuevas formas de comprensión que van más allá de lo racional y funcionan a nivel de la intuición y de la emoción. Con frecuencia, la mente inconsciente ofrece una interpretación más rica, aunque menos explícita, que las interpretaciones brindadas únicamente por un análisis lógico. (Massini, 2006, p. 1.163)

Una Visión de Futuro auténtica debe ser: a) Estructurada: surge de la realidad y es coherente tanto en lo conceptual como en lo operativo. Tiene la capacidad de integrar las imágenes de futuro de los diferentes actores. b) Transformadora: plantea un futuro diferente del presente en lo estructural, o un cambio de estado de las cosas. c) Innovadora, porque debe aportar elementos que inspiren a la consecución de logros de vital importancia para el grupo de interés y realizable. Su formulación y enunciado debe ser una invitación a la acción colectiva. En caso de que se necesite la actuación del gobierno para su materialización, debe ser acorde con los principios de la sociedad. El horizonte de tiempo para su ejecución debe ser el necesario para que se convierta en una realidad. (Medina, 2003). Y lo más importante no deben conducir a la construcción de cualquier futuro sino a la de un futuro humano.

2.2.5.2 Concepto de Valores

Desde Sócrates que se interesó en las cuestiones éticas a partir de la virtud hasta la fecha *“La evolución de lo moral no es un simple cambio histórico sino progreso moral, de forma que históricamente hemos ido recorriendo una etapas”* (Cortina, 2005, p. 56). Que han conducido a que los valores se definan desde diferentes perspectivas, como:

- *Conceptos o creencias duraderas en las personas*, que les sirven para establecer, si un determinado modo de comportamiento, o conducta, es preferible que otro y de guía para seleccionar o evaluar el comportamiento priorizado, en función de su importancia relativa (Rokeach, 1973, Schwartz, 1992).
- *Aprendizajes estratégicos*. “Relativamente estables en el tiempo de que una forma de actuar es mejor que su opuesta para conseguir nuestros fines o, lo que es lo mismo, para conseguir que nos salgan bien las cosas (Soto, Dolan y Johansen, 2005, p. 175) .
- *Ayuda para construir un mundo habitable*. “Son, por lo tanto, cualidades de las cosas, de

las acciones, de las personas, que nos atraen porque ayudan a hacer un mundo habitable (...) El “valor” de los valores no puede recogerse en medidas de calidad, sino que valen por sí mismo” (Cortina, 2013, p. 26 y 29).

Según Cortina (2005), los valores se clasifican de la siguiente manera:

- ✓ *Sensibles* (Placer /Dolor; Alegría/Pena);
- ✓ *Útiles*: Capacidad/incapacidad; Eficacia/Ineficacia,
- ✓ *Vitales*: Salud/Enfermedad; Fortaleza/Debilidad,
- ✓ *Estéticos*: Belleza/Feo; Elegante/inelegante;
- ✓ *Armonioso*/Caótico),
- ✓ *Intelectuales*: Verdad/Falsedad; Conocimiento/Error,
- ✓ *Morales*: Libertad/Esclavitud; Igualdad/desigualdad; Respeto/ Irrespeto y *Solidaridad*/Insolidaridad) y dialogo/monologo.
- ✓ *Religiosos*: Sagrado/Profano. (p. 45)

Cualquier actividad que pretenda denominarse como humana debe practicar estos valores morales. Su realización depende de nosotros mismos; por eso, todas las personas deben intentar hacerlos una realidad, porque carecer de ellos nos conduce a una vida sin humanidad; además, permiten integrar -de una forma plenamente humana y de un modo armónico- los demás valores (Cortina, 2005).

Los valores morales son: la libertad, la igualdad, la solidaridad, el respeto y el dialogo. Cualquier persona, institución o actuación debe poseerlos, si quiere denominarse humana, en todo el sentido de la palabra. Esto, en nuestra sociedad, se viola de manera sistemática. De hecho, se convierte en una de las principales tareas del siglo XXI: hacer que los valores morales se transformen en creencias que sean observadas en la cotidianidad de todas las personas (Cortina, 2013). *“La Moral es un tipo de saber, encaminados a forjar un buen carácter, que ha formado y forma parte de la vida cotidiana, de las personas y los pueblos (...) la ética, sería filosofía moral, es decir, una reflexión sobre la moral cotidiana hecha por los filósofos”* (Cortina, 2005, p. 42).

En las sociedades latinoamericanas como la nuestra, las constituciones, por lo general, son “Rawlsianas”; pero la realidad nacional es Hobbesiana. Rawls, en la elaboración de su teoría de la justicia, parte de la base de que la cultura política del pueblo norteamericano ya está impregnada del sentido de la justicia que él intentó poner en conceptos, a través de la

Constitución y las leyes, para reforzar lo que los ciudadanos, en el fondo, ya sentían. Pero nuestros pueblos son diferentes: se acercan más a lo planteado por Hobbes, quien trataba de construir su propuesta filosófica, en un mundo en el que todavía no había sentido moral, donde la única posibilidad de construir una moral cimentada y estable es que esta responda a los intereses de los diferentes individuos, o actores. Por eso, las normas, para que sean correctas, tienen que ser resultado de un diálogo entre todos los actores afectados y ser aceptadas unánimemente por estos, porque satisfacen intereses universalizables, y no de unos pocos, o de los más poderosos (Cortina, 2013). Solo es posible conocerlas, mediante un ejercicio, en el que se establezcan los valores compartidos por los diferentes actores, para conseguir un acuerdo unísono sobre unos valores mínimos.

Ética de los mínimos trata “*sobre cuestiones de justicia exigible moralmente a todos los ciudadanos*” (Cortina, 2013, p. 50). Y cuya práctica determina que las actividades realizadas por el ciudadano en la cotidianidad sean denominadas humanas. Según la misma autora, debe estar constituida por cinco valores muy universales como: la libertad, la igualdad, la solidaridad, el respecto activo y el diálogo. Lo justo, en una sociedad, que todas las personas tengan las capacidades para lograr los funcionamientos que les permitan llevar la vida que desean tener (Sen, 1999).

2.2.5.3 Concepto de las Capacidades.

Sen (1999) definió las capacidades como:

Un conjunto de vectores de funcionamientos, que reflejan la libertad del individuo para llevar un tipo de vida u otro. Así como el <<conjunto presupuestario>> en el espacio de los bienes representa la libertad de una persona para comprar haces de productos, el <<conjunto de capacidad>> en el ámbito del funcionamiento refleja la libertad de las personas para elegir entre los posibles modos de vida. (p. 54)

Esta definición fue complementada por Urquijo (2008), quien señala que “*una capacidad, en otras palabras, no es más que las diversas combinaciones de funcionamientos que se pueden conseguir, como la habilidad para estar bien nutrido, tener una buena salud y la posibilidad de escapar de la mortalidad evitable y prematura*” (p. 51).

Las capacidades, de acuerdo con Nussbaum (2012), se dividen en combinadas e internas. Las combinadas son las posibilidades que dispone una persona para elegir y actuar, cuando se

encuentra frente a una situación política, social y económica concreta. Las internas comprenden las características de las personas, entre las que se encuentran los rasgos de la personalidad, las capacidades intelectuales y emocionales, el estado de salud y de forma física y el aprendizaje.

El enfoque de la capacidad se caracteriza, principalmente, por: 1) Se concentra en un foco de información, es decir, se centra en la información necesaria para evaluar y contrastar las condiciones de las personas, de acuerdo con los fines y la disponibilidad de información y 2) La pluralidad, o habilidad, para lograr varias combinaciones (Sen, 2011b), “*que podamos comparar y juzgar entre sí desde el punto de vista de lo que tenemos que valorar*” (Sen, 2011b, p. 263).

La libertad está constituida por dos elementos básicos íntimamente relacionados: la capacidad y los funcionamientos (Sen, 1999). Que “*son constitutivos del estado de una persona y la evaluación del bien-estar tiene que consistir en una estimación de estos elementos constitutivos*” (Sen, 1999, p. 53). Los funcionamientos son los estados y acciones que una persona puede lograr (Sen, 1999). De acuerdo con Urquijo (2008), se pueden clasificar en simples y complejos.

Los funcionamientos simples son aquellas funciones elementales, como estar bien alimentado, tener buena salud, no padecer enfermedades evitables ni mortalidad prematura, entre otros. Los funcionamientos complejos se representan por funciones de mayor complejidad como ser feliz, tener dignidad y ser capaz de participar en la vida de la comunidad entre otros. (p. 32)

Cuando se trata de evaluar, hay que cuestionarse sobre cuál es la mejor manera de hacerlo. En el caso de las capacidades, se puede realizar, mediante tres enfoques prácticos: 1) *El enfoque directo*, cuando se evalúan, directamente, todos los elementos que caracterizan las ventajas. Debe hacerse analizando y comparando los funcionamientos y capacidades de la siguiente manera: a) comparación total, cuando se tiene en cuenta todos los factores evaluables, b) ordenación parcial, cuando solo exige tener en cuenta algunos de los factores y c) la comparación de capacidades específicas, cuando la evaluación se concentra en un grupo de funcionamientos y capacidades escogidas. 2) *El enfoque complementario*, cuando hay necesidad de complementar los procedimientos tradicionales de la evaluación, de las comparaciones interpersonales. Hay que basarse en la renta, con elementos relacionados con las capacidades, con el fin de ampliar la información y contribuir a la mejor comprensión de la desigualdad y la pobreza y 3) *El enfoque indirecto* sigue focalizado en el procedimiento de evaluación basado en

la renta. Y se ajustan con funcionamientos o capacidades diferentes de la renta. Por ejemplo, cuando se juntan los bajos niveles de renta con la educación (Sen, 2011a).

2.2.5.3.1 El enfoque de las capacidades y la orientación al futuro

Aunque el enfoque de las capacidades no tiene una orientación explícita sobre el futuro, buscar el bienestar de las personas, mediante los funcionamientos, es un hecho futuro durante todo el ciclo vital que “*refleja las diversas cosas que una persona puede valorar hacer o ser*” (Sen, 2011, p. 99). Estas cosas van desde las más básicas, como estar adecuadamente alimentado y no padecer enfermedades prevenibles; hasta las más complejas, como participar de las actividades sociales de la comunidad y respetarse uno mismo.

La capacidad de una persona “*se refiere a las diversas combinaciones de funciones que puede conseguir*” (Sen, 2011a, p. 99). La capacidad es la libertad para lograr las distintas combinaciones para tener la vida que se desea tener. Esta se logra en un tiempo futuro: el único tiempo que el hombre tiene la libertad para actuar. Y lo puede hacer de manera explícita, construyendo un conjunto de historias que describan los posibles futuros, presentados en distintos escenarios. También, lo puede hacer de manera normativa, mediante una visión de futuro. Así, la orientación hacia el futuro se convierte en un aspecto constitutivo del enfoque de las capacidades, aunque no esté contemplado de manera explícita. Además, coincide con el enfoque de la Previsión Humana y Social, que considera al hombre como el centro de sus actividades.

El logro de las funciones se puede medir cuantitativamente a través de los vectores de funciones donde se precisa la cantidad, o el grado, que una persona disfruta de estas en la realidad. Las capacidades estarían conformadas por los distintos vectores de funciones, elegidos entre los vectores que se pueden elegir (Sen, 2011a). Las funciones reflejan los logros reales de las personas, o sea, lo que estas son capaces de hacer. Dichos logros se convierten en el centro de atención valorativo. De esta manera, se refleja la libertad para elegir las distintas combinaciones de funciones, entre las posibles para escoger.

Robeyns (2005) define el enfoque de las capacidades como: “*Amplio marco normativo para la evaluación y valoración: del bien-estar individual y las disposiciones sociales, de diseño de políticas y propósitos de cambio social en la sociedad*” (p. 95).

Este enfoque no evalúa únicamente los recursos logrados por la ejecución de una acción; sino también su impacto en las capacidades de las personas. Para evaluar la salud de las personas, pregunta si *“gozan de un buen estado de salud y tienen los medios o recursos necesarios para que estas capacidades estén presentes, como son: agua potable, acceso al médico, protección de las infecciones y enfermedades, conocimiento básicos sobre la salud* (Robeyns, 2005, p. 95, 96). De ahí que se cree la necesidad de establecer los aspectos -que obstaculizan o contribuyen en la conversión de los bienes o servicios- en capacidades, que les permitan a las personas elegir los funcionamientos logrados, para tener la salud que desean.

Según Robeyns (2005), cuando se convierten los bienes y servicios en funcionamiento, hay tres factores que inciden: los personales, los sociales y los medioambientales:

La relación entre los bienes y funcionamientos para lograr ciertos haceres y seres está influenciada por tres grupos de factores. Primero, factores personales (por ej., metabolismo, condición física, sexo, habilidades para la lectura, inteligencia) que influyen en como una persona puede convertir las características de los bienes en un funcionamiento. Si una persona es discapacitada o tiene una mala condición física o nunca ha aprendido a montar en bicicleta, entonces la bicicleta será una ayuda limitada para lograr el funcionamiento de la movilidad. Segundo. Factores sociales (por ej., políticas públicas, normas sociales, prácticas discriminatorias, roles de género, jerarquías sociales, relaciones de poder) y tercero. Factores medioambientales (por ej., clima, locación geográfica) juegan un rol en la conversión de las características de un bien en un funcionamiento. Si no hay carreteras pavimentadas o si el gobierno o la cultura social dominante imponen normas sociales o legales y a las mujeres no se les permite montar en bicicleta sin la compañía de un hombre de la familia, entonces se vuelve mucho más difícil o imposible utilizar el bien para permitir el funcionamiento. Por lo tanto, conocer los bienes que una persona posee o puede utilizar no es suficiente para saber que funcionamientos él o ella puede lograr, por lo que necesitamos saber mucho más sobre la persona y las circunstancias en que él o ella viven. (p. 99)

Las capacidades representan la libertad que tiene la persona para elegir el conjunto de ‘haceres’ y ‘seres’, que determinan su capacidad de funcionar. Se entiende por ‘haceres’ lo que una persona logra que suceda en su vida; por ‘seres’, el tipo de vida que desarrolla. Por eso, los modelos de evaluación -o seguimiento, fundamentados en el enfoque de las capacidades- deben focalizarse en lo que una persona es capaz de hacer y ser, en su calidad de vida y en la eliminación de los obstáculos que no permiten su libre elección de los funcionamientos necesarios para vivir la vida que considera valiosa.

Aunque las personas tengan el mismo conjunto de capacidades, pueden tener diferentes niveles de funcionamientos logrados. Dos personas que gozan de las mismas capacidades, para la elección de los funcionamientos, podrán tener diferentes niveles de funcionamiento logrados, debido a que hicieron su elección, de acuerdo con la idea que cada una tiene acerca de lo que considera la buena vida. Por eso, la evaluación y el seguimiento de una visión de futuro -desde el enfoque de las capacidades- no se pueden realizar únicamente, basándose en los bienes y/o servicios que esta genera, en el momento de su realización. Todo lo contrario, debe hacerlo uniendo los bienes y/o servicios, capacidades y funcionamientos logrados. Estos últimos son el resultado, en ellos, se refleja si la persona está gozando del tipo de vida que considera buena.

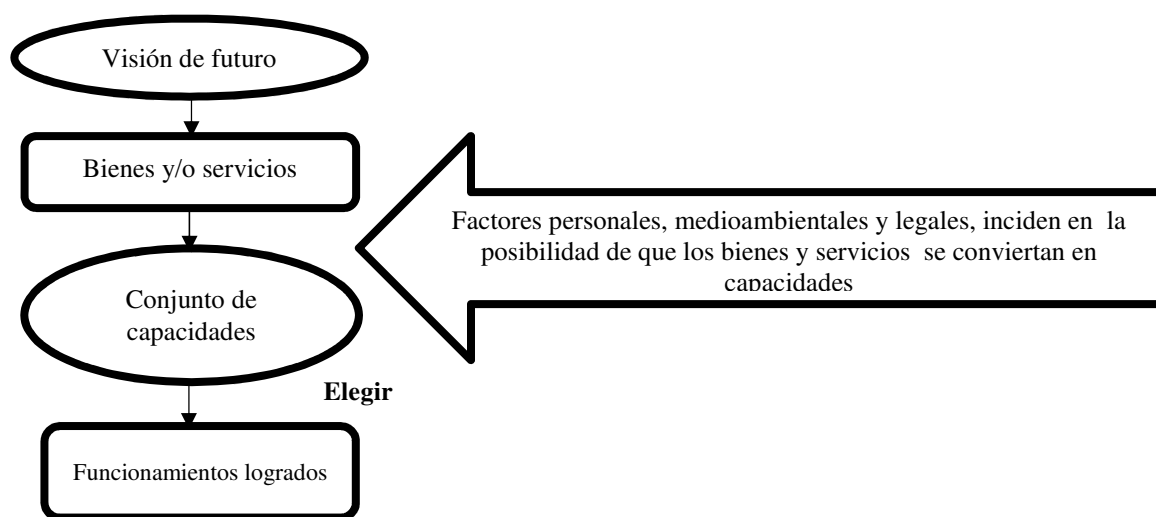


Figura 1. Modelo de evaluación y seguimiento de las capacidades generadas por una visión de futuro

Fuente: El autor, con base en Robeyns, 2005 y Voget –Kleschin, 2013.

2.2.6 Escenarios de futuro

El estudio de los escenarios de futuro tiene su origen en los Estados Unidos, en la postguerra, en el periodo comprendido entre la década de los cincuenta y los sesenta. Su precursor fue Herman Kahn, inicialmente en la Corporación RAND. Posteriormente, en el Instituto Hudson, fue Pierre Wack, quien le dio una nueva dimensión a los escenarios, cuando los introdujo en una empresa privada, la Shell (Frittaion, Duinker y Grant, 2010 y Saritas y Aylen, 2010). Durante el transcurso del tiempo (los escenarios de futuro), han sido definidos de

diferentes maneras. A continuación, se ofrece una tabla que ilustra diferentes definiciones sobre los Escenarios de Futuro. (Tabla 3).

Tabla 2. Definiciones sobre los escenarios de futuro

Autores	Definiciones
Bezold (2010) y Saritas y Aylen (2010)	Los Escenarios de Futuro son historias paralelas o que anticipan la manera sobre cómo se desarrollará el futuro, construidas por los investigadores, o por los participantes, en un taller realizado para tal fin.
Dammers (2010, p.785)	Los Escenarios de Futuro: Describen un futuro posible, mediante el desarrollo de los pasos de los flujos lógicos “de causa y efecto” hacia un resultado, basados en el comportamiento de ciertas variables claves. Se realizan usualmente para explorar el largo plazo, a través de un periodo de 10 – 30 años. Ya que las direcciones en la que los procesos podrían evolucionar, en el largo plazo, son inciertas. Se presentan como un conjunto, donde cada escenario explora una posible orientación.
De Brabandere e Iny (2010, p.1508)	Los Escenarios de Futuro son: “(…) una herramienta para multiplicar nuestro conocimiento de los posibles futuros que nos esperan. En otras palabras, proporcionan otra medio para cambiar nuestra percepción de las cosas, ampliando y variando nuestra visión del mundo”
Frittaion, Duinker y Grant (2010, p. 1157).	Los Escenarios de Futuro “pueden utilizarse para estimular el pensamiento creativo y las discusiones sobre el futuro, para exponer y planificar incertidumbres o eventos inesperados, o para poner a prueba las políticas frente a los posibles resultados”
Kaltenborn, Thomassen y Linnell (2012, p.329).	Los Escenarios de Futuro “son una manera informada y estructurada de pensar en el futuro”
Durance y Godet (2010, p.1488)	Un escenario de futuro “no es una realidad futura, sino un medio para representarla, con el objetivo de direccionar la acción del presente a la luz de los futuros posibles y deseables”.

Fuente: Elaboración propia.

Para Varum y Melo (2010, p. 356), “*Ningún escenario puede proporcionar una descripción precisa del futuro*”. Pero, para Saritas y Aylen (2010. Contribuyen “*a dirigir la atención a las fuerzas motrices, las posibles formas de evolución y la envergadura de las contingencias que pueden enfrentar*” (p. 1064). La credibilidad de estos, según Durance y Godet (2010), depende de qué tan pertinentes, coherentes, verosímiles, importantes y transparentes sean.

Durante los últimos cincuenta años, se han desarrollado varios enfoques para la construcción de escenarios, los cuales se pueden clasificar en tres tipos: 1) El *enfoque de modelo*, que tiene su origen en los escenarios militares de la corporación RAND. Son construidos únicamente con la participación de los expertos, que parten de supuestos y de argumentos, como: ¿y si? Aunque gozan de amplio poder explicativo, su alcance es muy limitado: excluye del

modelo las variables que no pueden ser calculadas, evita la introducción de nuevas variables y presenta un bajo contraste entre los diferentes escenarios formulados; 2) el *enfoque de diseño* tiene sus raíces en la DATAR (Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale). Últimamente, los escenarios son construidos con la participación de los expertos, los formuladores de políticas y los usuarios finales; Utilizan formas de pensamiento creativo, especialmente, mediante el diseño de actividades. El alcance de estos escenarios es muy amplio, porque explora, integralmente, una gran variedad de aspectos y los escenarios presentan un gran contraste entre ellos y 3) *el enfoque de conversación estratégica* se originó en los inicios de la década de los setenta en la Shell; posteriormente, con la asesoría de la misma empresa, se extendió al sector público. Estos escenarios se formulan en una serie de talleres estratégicos, en los que los expertos, los formuladores de políticas y los interesados, interactivamente, a la vez que aportan ideas sobre los escenarios, aprenden a construirlos. Su ámbito de aplicación es muy amplio y su poder explicativo es moderado. Los escenarios formulados presentan un significativo contraste entre unos y otros, puesto que exploran, en diferentes direcciones, la posible evolución de las tendencias y las fuerzas impulsoras (Dammers, 2010).

De acuerdo con Hojer, Dreborg, Engstrom, Gunnarson – Ostin y Svenfelt (2011), los escenarios de futuro se clasifican en tres tipos: *El Predictivo* responde a la pregunta ¿Qué sucederá?; *el Exploratorio* responde a la pregunta ¿Qué puede suceder?; y *el Normativo* responde a la pregunta ¿Qué debe suceder? Por su parte, Durance y Godet (2010) y Saritas y Aylen (2010), los clasifican en dos tipos: Los Exploratorios y Los Normativos.

Los escenarios exploratorios tienen que ver con las tendencias pasadas y presentes y conducen a futuros probables. Los normativos se construyen a partir de imágenes alternativas del futuro que pueden ser deseables y temidas y se conciben de una manera retrospectiva. Mientras los escenarios exploratorios están desprovistos de los valores, los normativos son una expresión de los valores. (Durance y Godet, 2010, p. 1489)

Las metodologías, más utilizadas para la construcción de los escenarios, son: la francesa, desarrollada en el SEMA (Sociedad de Economía Aplicada y Matemáticas) y, posteriormente, continuada en el CNAM (Conservatorio Nacional de Artes y Oficios); la norteamericana, desarrollada en el SRI (Instituto de Investigación de Stanford). Sus enfoques son muy similares y se diferencian ligeramente en las distintas fases y funciones (Durance y Godet, 2010).

Para Barbieri y Medina (2000), los escenarios “*son instrumentos para la toma de*

decisiones en situaciones de rápido cambio social y de compleja interacción social. Sirven para gestionar y reducir el error y el nivel de incertidumbre” (p. 53). Para la construcción de los escenarios, Barbieri y Medina (2000) propusieron una metodología que consta de siete etapas, desarrolladas para identificar: ¿Qué está cambiando?, ¿Qué se puede cambiar? Y, por último, ¿Qué hay que cambiar? A continuación, se describen:

Tabla 3. Secuencias de etapas para la construcción de escenarios de futuro

Secuencia de etapas	
1.	Construcción de una base de datos (descripción del sistema escogido en el presente)
2.	Delimitación del sistema escogido y de su contexto general, a través de entrevista, cuestionarios, seminarios de especialistas, tormentas de ideas, etc.
3.	Descripción del sistema y sus componentes
3.1.	Identificación de las variables internas y externas del sistema
3.2.	Identificación de las variables claves por parte de un grupo de decisores
3.3.	Identificación de los factores de ruptura
4.	Identificación de los actores en el presente y el pasado y de sus decisiones estratégicas (se hace una relectura de las variables claves, se requiere documentación)
5.	Formulación de las preguntas claves o hipótesis de los escenarios
6.	Construcción de los escenarios y definición del horizonte temporal
7.	Identificación de las acciones necesarias a los diversos escenarios

Fuente: (Barbieri y Medina, 2000, p. 54).

Preguntas que buscan la construcción de diferentes alternativas de futuros y entre estas configurar un futuro deseado antes que predecir un futuro. Medina y Barbieri (2000). Proponen la construcción de los siguientes escenarios: Tendencial, utópico y normativo.

- **El escenario tendencial.** Es aquel que describe la prolongación de la situación actual, o sea “más de lo mismo”, en este escenario todo permanece constante nada cambia y si se realizan cambios es para mantenerse en el futuro como en el pasado. Proporciona metodológicamente la línea de base para la construcción de los demás escenarios y muestra a los tomadores de decisiones que puede ocurrir en el futuro si las cosas no cambian.
- **Escenario utópico.** Es el mejor de los mundos posibles, aunque por lo general inalcanzable, aunque puede ser el escenario deseable; puede tener un valor didáctico muy alto al mostrar un ideal tipo hacia donde debe moverse la organización o el sistema.
- **Escenario normativo.** Es el escenario que tiene dos características el ser deseable y

además lográble, donde se formula un enunciado de un posible futuro mejor que el tendencial pero no igual que el utópico. A partir de este escenario se pueden construir los objetivos para el futuro con las diferentes etapas para hacerlos una realidad lo que obliga a que estos sean estructurados y realizables.

Los escenarios de futuro, aunque no son una realidad futura, sino unos enunciados sobre unos futuros posibles y deseables, De acuerdo con Godet y Durance (2011) *“los escenarios solo son creíbles y útiles si cumplen con cinco condiciones de rigor: Pertinencia, Coherencia, verosimilitud, importancia y transparencia”* (p. 47).

Una visión de futuro se puede formular como resultado de cualquiera de los escenarios construido, la elección se debe realizar en un taller y depende las condiciones de la organización o sistema en la cual se realiza el ejercicio prospectivo.

2.2.7 La seguridad social.

La seguridad social tiene su origen en la ley de la pobreza aprobada por el parlamento Ingles en 1597 (Scholz, 2015). Que creo un sistema de recaudaciones locales para contribuir con los enfermos o los pobres imposibilitados para trabajar a quienes se les daba comida y ropa. Posteriormente debido a los cambio en las relaciones laborales causados por la revolución industrial (1780 -1850) se crea la necesidad de que los obreros gocen de unos beneficios ante el riesgo que le generaba el trabajo en las fábricas, para mitigarlos se propusieron en el mundo dos modelos: El de Bismarck originado en Alemania y el de Beveridge en Inglaterra, los cuales son *“resultados de una experiencia histórica que golpeo las sociedades europeas, donde luego de la tragedia”* (Llanos, 2013, p. 225). La seguridad social se pensó como una herramienta para liberar a la sociedad de las tensiones. Además, han dado origen a la mayoría de los modelos de seguridad social existentes.

A finales del siglo XIX, Bismarck implantó en Alemania un sistema de seguros sociales. Como *“un mecanismo político para evitar que las mayorías, poco educadas en asuntos del Estado, terminasen manipuladas por la revoltosa clase media liberal”* (Ortega, 2017, p. 58). Debido entre otras cosas al cambio que se presentaba en la demografía de la población Alemana donde se incrementaba de forma acelerada la expectativa de vida y por lo tanto el número de personas que

llegaban a la vejez sin ninguna protección; a los que el estado debía responder asegurándoles una vida digna y con el mínimo de bienestar.

Este sistema se fundamentaba en una relación bilateral en la cual los asegurados (los trabajadores) a cambio de una contribución periódica obligatoria a la cual también contribuían los patrones; recibían una indemnización para mitigar los riesgos asegurados. El 15 de junio de 1883, se promulgo en Alemania la ley sobre el seguro de enfermedad donde por primera vez se compilaron en una ley los principios básicos de los seguros de enfermedad y se fijaron las proporciones en las contribuciones que se debían realizar a las aseguradoras: 2/3 para los obreros y 1/3 para los empleadores. A cambio de esto los trabajadores adquirirían el derecho de acceder a los servicios médicos y a los medicamentos.

Después de la primera guerra mundial los sistemas de protección contra los riesgos a los habitantes de los diferentes países se desarrollaron por todo el mundo pero fue el Presidente Roosevelt el primero en denominarlos de seguridad social al promulgar en el año de 1935 en los Estados Unidos de Norteamérica la ley de la seguridad social.

La seguridad social se convirtió en una preocupación de los gobernantes de los principales países del mundo. El 14 de agosto del año de 1941 el presidente Roosevelt y el primer Ministro de Inglaterra Winston Churchill, suscribieron La Carta del Atlántico que tenía como uno de los propósitos conseguir los mejores niveles de seguridad social para todos (Naciones Unidas, 2017). El 10 de junio del año antes mencionado el gobierno inglés creó la comisión interdepartamental de la seguridad social y servicios afines, dirigida por Sir William Beveridge, con el propósito de realizar un estudio sobre la seguridad social y los servicios afines. Entendida esta (la seguridad social) como el ingreso destinado a remplazar los recursos económicos que la personas dejan de recibir a causa de la desocupación, enfermedad, accidente o envejecimiento.

El 19 de diciembre de 1942 se presenta el informe al congreso que tiene como propósito central e histórico “*la abolición de la necesidad (abolition of want), mediante la creación de un sistema de seguridad social (Social Security) que resguardara el bienestar*”. (Llanos, 2013). El cual estaba integrado por tres partes: la salud, las eventualidades y el desempleo, con el fin de que en la Gran Bretaña a ningún habitante idóneo para trabajar le faltarán los ingresos necesarios para solventar durante su vida las necesidades básicas de él y de su familia.(Beveridge, 1987).

La cobertura es universal abarca a todos los habitantes del país no únicamente a quienes trabajan, aunque no se aplica de igual forma a el conjunto de los asegurados. La totalidad de los contribuyentes y sus familias tienen cubiertos los riesgos básicos que necesitan mitigar para tener una vida digna: Pensión de vejez, gastos mortuorios y todos los servicios médicos para recuperar la salud y prevenir las enfermedades. A cambio los contribuyentes solo estaban obligados a pagar un tributo único semanal. La gestión de este Plan de Seguridad Social estaría a cargo de un ministerio que sea capaz de integrarlo en un solo proyecto y garantizarles a los ciudadanos y sus familias los beneficios prometidos (Beveridge, 1987).

El modelo Bismarckiano se caracteriza principalmente porque la cobertura depende de la condición laboral de las personas; la financiación se realiza en base a las contribuciones pagadas por los asegurados y tener múltiples aseguradores. Mientras que en el modelo Beveridgeano se busca la universalización de la cobertura, la financiación se realiza principalmente con los impuestos del estado y la unificación de los riesgos.

2.2.7.1 La seguridad social en Colombia

El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991, señala que la seguridad social es un derecho irrenunciable de todos los habitantes del país, la cual debe ser garantizada por el estado con la participación de entidades públicas o privadas. La define como: *“Un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”*.

La Sentencia T-116 de 1993 de la Corte Constitucional la define como: *“El conjunto de medios de protección institucionales frente a los riesgos que atentan contra la capacidad y oportunidad de los individuos y sus familias para generar los ingresos suficientes en orden a una subsistencia digna”*.

La ley 100 de 1993 creó el Sistema Social integral que es *“el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos”* (Art. 8). Que conforman: el sistema general de: Pensiones, seguridad social en salud y riesgos profesionales.

En esencia la seguridad social es el derecho que tienen las personas a gozar de un sistema de protección frente a los riesgos que corren de perder la capacidad para generar los ingresos

para él y su familia que les permitan vivir dignamente desde que nacen hasta que mueren. Para lo cual los países han diseñado diferentes sistemas de protección entre los que se encuentran: Pensiones, salud y riesgos profesionales; en esta investigación nos focalizaremos en los sistemas de salud.

2.2.8 Sistemas de Salud

Los sistemas de salud en el mundo se han convertido en parte de la vida de las personas desde que nacen en un centro hospitalario hasta que necesitan recuperarse de una enfermedad. Especialmente en la vejez donde esperan recibir una atención digna y humanizada; mediante la prestación de servicios oportunos, de alta calidad, sin riesgo financiero y con una cobertura universal. Para lo cual se deben formular estrategias que les permitan dar respuestas a los cambios demográficos, en los perfiles epidemiológicos, en las tecnologías y a la mayor exigencia de recursos para su financiación.

El sistema de salud ha sido definido como:

Todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Se entiende por una actividad de salud todo acto, en el ámbito de salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo objetivo sea mejorar la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. xiii).

De acuerdo con Schmets, Rajan y Kadandale (2016) el sistema de salud es:

El conjunto de organizaciones, instituciones y recursos públicos y privados dedicadas a mejorar, mantener o restaurar la salud. Esto incluye tanto la población como el personal, y los servicios, así como las actividades realizadas para direccionar las políticas y las acciones hacia los determinantes sociales de la salud de otros sectores como el político, económico, social y ambiental. (p. 7)

La ley estatutaria 1751 del 2015, por medio de la cual se regula el derecho a la salud definió en el artículo cuarto el sistema de salud como:

El conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación que el estado disponga para la garantía y materialización del derecho a fundamental de la salud.

Derecho que según el artículo segundo de la ley antes mencionada se enmarca en el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

En resumen se pueden definir los sistemas de salud como el conjunto de organizaciones e instituciones y personas que tienen como objetivo lograr el máximo nivel de salud posible de la población de manera humana y con viabilidad financiera. Las instituciones entendidas estas como las reglas de juego del sistema (North, 1993).

Son diferentes las estructuras organizativas y características de los modelos de los sistemas de salud que se han puesto en práctica en los distintos países para lograr los objetivos propuestos

2.2.8.1 Modelos de sistemas de salud

Los sistemas de salud los clasificaremos de dos maneras: según la fuente de financiación y de acuerdo como el estado organiza la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo con la fuente de financiación los modelos de los sistemas de salud pueden ser: De aseguramiento, Sistema Nacional de Salud y mixto.

2.2.8.1.1 Modelo Bismarckiano

Tiene su origen en Alemania en junio de 1883, cuando se promulgo en este país la ley sobre el seguro de enfermedad. El acceso a los servicios de salud depende de la posibilidad de estar empleado y de las normas sobre el alcance de las empresas aseguradoras en salud que promulgue el Estado.

El modelo está fundamentado en un seguro que se financia principalmente mediante las contribuciones de los empleados y los patrones. La cobertura depende del nivel de empleo del país donde se implemente, ya que es obligatorio asegurar en salud a los empleados.

2.2.8.1.2 Modelo Beveriagdno

Fue implementado en el año de 1942, en Inglaterra, tras la presentación del informe Beveridge al parlamento inglés. Se financia principalmente con impuestos de los órdenes nacionales, regionales y locales.

El estado ejerce tanto la rectoría como la prestación de los servicios. Tiene como principal propósito lograr la cobertura universal mediante el acceso de todos los habitantes a la atención médica independiente de que sean empleados. Y los servicios son prestados principalmente por instituciones del estado y por aseguradoras privadas

2.2.8.1.3 Modelo mixto

Este modelo se caracteriza porque en él se conjugan los diferentes modelos de los sistemas de salud: El de aseguramiento y el beveriadno; los cuales son reglamentados por el estado.

La cobertura universal se logra mediante el aseguramiento en salud a las personas con capacidad de pago y el subsidio del estado a las personas sin capacidad de pago. Se financia mediante aporte de los empleados y patrones que de manera obligatoria contribuyen con la financiación del aseguramiento en salud de los empleados y el estado subsidia el aseguramiento de las personas sin capacidad de pago mediante impuesto. Los servicios son prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de las aseguradoras o las contratadas por estas y los hospitales del estado que por lo general atienden a las personas sin capacidad de pago.

Según Snowdon y Cohen (2011) los sistemas de salud de acuerdo como se organizan la prestación de los servicios de salud se dividen en los siguientes modelos: El estado como operador y propietario, el Estado como guardián y el modelo privado mixto.

2.2.8.1.4 El Estado como operador y propietario.

En este modelo el estado como dueño y operador de los servicios de salud. Tiene una gran participación en la prestación de estos y determina qué tipo de atención en salud se ofrece y donde se ofrece.

Es el encargado de la rectoría y garantiza la cobertura universal a través de un paquete específico de beneficios. Tiene como propósito la atención universal en salud, a través del acceso en igualdad de condiciones todos los pobladores; con el fin de minimizar el riesgo financiero de las familias cuando uno de sus miembros tiene problemas de salud.

El Estado es el único pagador del sistema y los servicios son financiados principalmente con impuestos que se recaudan a nivel nacional, regional y local.

La prestación servicios se realiza a través de los hospitales públicos que se financian con presupuesto del estado y de aseguradores privados que realizan actividades complementarias. (Snowdon y Cohen, 2011). Este modelo es practicado entre otros países en Australia, Canadá y Reino unido.

2.2.8.1.5 El estado como guardián.

En este modelo el estado es un tutor o guardián de los servicios de salud. Los cuales son prestados por las empresas aseguradoras en salud de origen privado, que se regulan mediante la competencia en el mercado

El estado garantiza la cobertura universal mediante la obligatoriedad del aseguramiento a todos los ciudadanos. Esta fundamentalmente basado en el principio de la solidaridad por lo cual los asegurados reciben un paquete de beneficios en salud el cual está disponibles para todos los ciudadanos sin discriminación y ninguna selección del riesgo.

Se financia principalmente con las contribuciones de los empleados y empleadores las cuales se realizan teniendo como base el salario que devengan los trabajadores, mediante impuestos con los que el estado subsidia las primas de las personas sin capacidad de pago y a través primas pagada directamente por los usuarios a las aseguradoras.

La prestación de los servicios se realiza a través de las instituciones prestadoras de servicios de las aseguradoras privadas o contratadas por estas (Snowdon y Cohen, 2011). Este modelo es practicado entre otros países en como Francia, Suiza y Holanda.

2.2.8.1.6 El modelo privado mixto

En este modelo el estado no controla el sistema de salud, pero si contribuye a su financiación. No se caracteriza por la solidaridad y la cobertura universal, sino por la alta calidad, entendida como atención especializada y la prescripción de las últimas tecnologías lo cual eleva sus costos solo haciéndolo accesible solo para aquellos que tienen capacidad de pago.

Se financia en una proporción con el 55% de recursos públicos y el 45% de recursos privados. La compra de los seguros depende de la disposición e ingresos de los usuarios.

Los servicios se prestan a través de los seguros médicos privados, y por parte del Estado por medio de Medicare, Medicaid, el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños y otros como el Programa Veterans Affairs y además se prestan con el respaldo del estado en los centros de salud comunitarios servicios a las personas que carecen de seguros. (Snowdon y Cohen, 2011). Este modelo es practicado únicamente en Estado Unidos de Norteamérica.

2.2.8.2 Funciones y objetivos de los sistemas de salud

Según la Organización Mundial de la salud (2000) los sistemas de salud tienen unas funciones y unos objetivos. Las funciones son: La de la rectoría (política sanitaria: visión del futuro, reglamentación y gestión de la información); de financiamiento (recaudación del ingreso, mancomunación y compra); de recursos (humanos, equipos, mantenimiento de la infraestructura existente) y prestación de servicios (plan de beneficios y tecnologías) y los objetivos son el de: la salud, capacidad de respuesta y equidad.

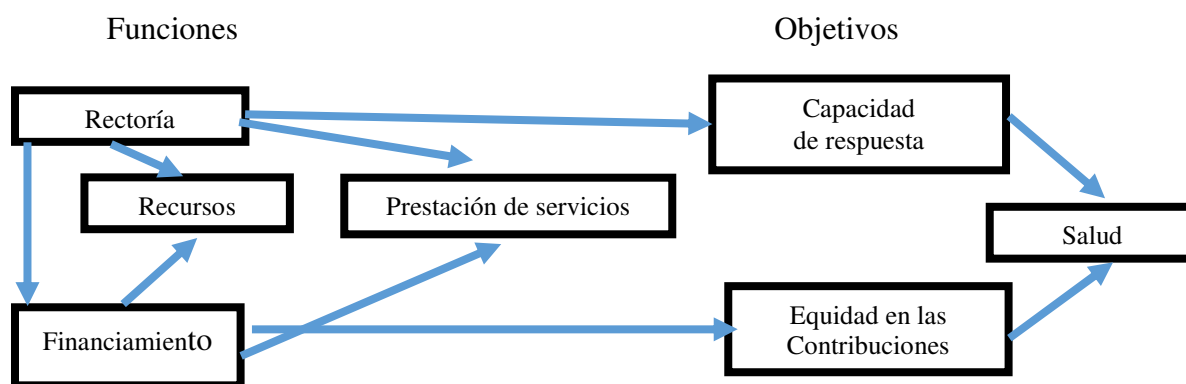


Figura 2. Relaciones entre funciones y objetivos del sistema de salud

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2000, p. 20).

2.2.8.2.1 Rectoría

La rectoría es la más importante de todas las funciones de los sistemas de salud, hecho por el cual debe ser ejercida por el gobierno a través del ministerio o institución destinada para tal efecto. El ejercicio de esta función permite alcanzar los objetivos propuestos para los sistemas de salud en cuanto al estado de salud de la población, la percepción de las personas sobre el sistema y el nivel de humanidad de este. Según la Organización Mundial de la Salud (2000), esta función consiste en la capacidad que tenga el gobierno a través del ministerio de salud de formular una visión de futuro del sistema, de ejercer influencia por medio de las normas y de recaudar y utilizar la información con el fin de supervisar y guiar la realización y ejecución de las actividades sanitarias en el país y en el mismo

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2007). La función rectora en salud se define como:

El ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de las políticas públicas en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre el gobierno y sociedad en el estado moderno; es una competencia del gobierno y la ejerce la autoridad sanitaria nacional. (p. 5)

La rectoría se define como la competencia indelegable que tiene el gobierno para formular estrategias, promulgar y hacer cumplir las normas y recaudar y sistematizar la información con el propósito de lograr el estado de salud de la población propuesto, responder a las expectativas de esta y protegerlos financieramente del riesgo de la enfermedad.

Para lo cual la Organización Mundial de la Salud (2000) señaló tres tareas de la rectoría: formular una visión de futuro, promulgar y hacer cumplir la norma y recaudar y sistematizar la información.

- **Formular una visión de futuro.** Partiendo del concepto de Masini (2013a) que las visiones de futuro “*nacen de la comprensión del y las acciones para el futuro*” (p. 208), y “*de la capacidad de reconocer las semillas de cambios que yacen en el pasado y presente*” (Massini, 2006, p. 1.163) que permitan la construcción de un futuro diferente del presente actual.

Los ministerios de salud deben definir una visión de futuro concertada con los actores del sistema del estado de salud deseado por estos. Mediante la identificación de las semillas de cambios en el pasado y presente que permitan trazar las estrategias para hacerla una

realidad, para lograr un estado de salud diferente del presente donde se generen las capacidades necesarias para que las personas puedan tener la salud que desean tener. Una Visión de futuro debe estar enmarcada en el plan de desarrollo nacional y articulada con los sectores que hacen parte de los determinantes sociales de la salud.

- **Promulgar y hacer cumplir las normas.** Promulgar y hacer cumplir las normas que garanticen a los distintos actores del sistema reglas de juego, transparentes, estables y que generen comportamientos que permitan crear confianza entre los actores para lograr los objetivos propuestos en el sistema.
- **Recaudar y sistematizar la información.** Es obligación del ministerio de salud recaudar la información que le permita al regulador tener la información necesaria para realizar una toma de decisiones con el mínimo de los riesgos y además cerrar la brecha de la asimetría de la información entre el regulador y el regulado que no le permite a los tomadores de decisiones formular normas que interpreten las necesidades de la población en salud y a los funcionarios hacerlas cumplir.

Un buen sistema de información puede ser el mejor antídoto contra la incompetencia y la corrupción de aquellos actores que quieren apoderarse de los recursos de la salud.

El envejecimiento de la población cada vez más incrementara la carga de enfermedad en las personas y de hecho la demanda de los servicios de salud y la satisfacción de este aumento de la demanda depende en gran parte de la manera como se ejerce la rectoría del sistema de salud (Basanik, 2015).

La rectoría es una función esencial para que los sistemas de salud sean eficaces y tengan un buen desempeño. Mediante el desarrollo de las siguientes actividades: 1) La formulación de una visión de futuro y las estrategias que permitan el logro del estado de salud deseado; 2) una buena gestión de la información que les permita a los tomadores de decisiones reducir la incertidumbre al máximo y 3) la promulgación y cumplimiento de normas que interpreten las necesidad de la población en salud, contribuyan a la creación de comportamiento saludables y la protejan del riesgo financiero.

2.2.8.2.2 La financiación en salud

Es el proceso mediante el cual se recaudan los fondos para la salud provenientes de las diferentes fuentes, se reúnen en un fondo común y se asignan a las actividades de proveeduría del sistema mediante compras inteligentes. En esta función se desarrollan tres actividades: recaudación de los ingresos, mancomunación y compras (Organización Mundial de la Salud, 2000).

- **Recaudación de los ingresos.** Son las actividades que realiza el estado para recolectar los dineros que aportan los trabajadores y los patrones a través de los seguros obligatorios vinculados por lo general al valor del salario, los impuestos destinados a las actividades de la salud y las donaciones. Recursos económicos que se mancomunan.
- **La mancomunación.** Consiste en la creación de un fondo donde se depositan todos los ingresos con el fin de compartir el riesgo en salud entre todas las personas y no que cada uno de los contribuyentes lo corra de manera individual. Esta actividad se conoce como la de aseguramiento que es explícita cuando las personas de manera obligatoria o voluntaria se afilian a un asegurador que les garantiza un plan de beneficios en el momento de sufrir una enfermedad o de manera implícita cuando el gobierno con los impuestos les garantiza a las personas el cubrimiento del riesgo en salud.

Esta actividad se realiza de manera solidaria para compartir el riesgo financiero en salud entre todas las personas y garantizar que las familias no van a sufrir la ruina económica por recuperar la salud.

- **Las compras estratégicas.** Son el proceso mediante el cual con los dineros recaudados para las actividades de la salud se les compra a los proveedores los insumos y servicios de salud necesarios para garantizar la recuperación de la salud de los usuarios.

La compra puede ser pasiva o estratégica, la primera se realiza de acuerdo con un presupuesto o de acuerdo con las facturas que se le presenten. La estratégica “*supone una búsqueda continua de la mejor forma de lograr el máximo rendimiento del sistema de salud decidiendo que intervenciones deben comprarse, como y a quienes*” (Organización mundial de la Salud, 2000, p. 111).

2.2.8.2.3 Recursos

Entre los recursos del sistema de salud el más importante es el humano, el cual necesita de los equipos y las instalaciones para la prestación adecuada de los servicios de salud. En este apartado no concentraremos en el recurso humano.

- **Recurso Humano.** El recurso humano en salud está compuesto por todas aquellas personas de las áreas asistenciales o de apoyo que realizan intervenciones en salud (Organización Mundial de la Salud, 2.000). Con el propósito de mantener o mejorar el estado de salud de las comunidades de su área de influencia (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Los elementos que determinan el personal en salud son tres: las necesidades en salud, la situación financiera y los avances tecnológicos y el contexto. 1) Las necesidades en salud. Están determinadas por la demografía de la población y el perfil epidemiológico de esta que precisan la cantidad y los profesionales en salud necesarios para atender adecuadamente la demanda de servicios de salud; 2) La situación financiera y los avances tecnológicos del sistema de salud. Le generan la capacidad para contratar la cantidad de trabajadores tanto asistenciales como de apoyo que necesita para atender la carga de enfermedad de los usuarios y 3) El contexto. Específicamente el mercado laboral y educativo le ofrece al sistema de salud los trabajadores con las competencias necesarias para para satisfacer la demanda de servicios de salud de manera oportuna y con calidad. El ciclo del recurso humano en salud tiene tres etapas: Preparación, laboral y salida.

- **Etapas de preparación.** Tiene como propósito capacitar el número de trabajadores suficientes con las competencias necesarias para el buen desempeño en el sistema de salud. Para lograr este propósito deben desarrollarse instituciones educativas de calidad que garanticen que cada año pondrán en el mercado laboral el número suficientes de profesionales con las competencias que demanda el medio y que sean capaces de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Se debe coordinar la demanda con la oferta laboral con el fin de que el sistema de salud tenga los cupos necesarios para reclutar a los egresados de las diferentes instituciones educativas y estas gradúen los profesionales en el número que demandan las necesidades del sistema de salud y tanto mercado laboral como educativo estén alineados

cualitativamente (las profesiones con las competencias que necesita el medio) y cuantitativamente (la cantidad que se necesita).

- **Etapas laborales.** En esta etapa el trabajador de la salud ya hace parte del sistema de salud, su desempeño debe ser evaluado para establecer las diferencias entre las competencias que le exigen el cargo y las que él tiene; con el fin de formular los planes de capacitación que le permitan estar actualizado y gozar de una remuneración adecuada con sus respectivos incentivos.

La distribución del personal de salud debe ser equitativa de acuerdo a las necesidades de las regiones con el fin de que no se presenten grandes concentraciones de profesionales de la salud en las ciudades y las periferias de los países donde más se necesitan permanezcan sin el personal necesario para atender la demanda en salud de la población.

- **Etapas de salida.** La salida de los trabajadores de la salud por lo sensible de este sector debe ser planificada con el fin de que las instituciones prestadoras de servicios de salud tengan el personal necesario para atender de manera adecuada la demanda de servicios de salud y la población no se vea afectada por la falta de personal que lo atienda en el momento que necesitan recuperarse de una enfermedad.
- **Anticiparse al futuro.** Realizando planes prospectivos estratégicos nacionales del recurso humano en salud, basados en el crecimiento de la población y el perfil epidemiológico, donde se contemplen los posibles escenarios de futuro; con el fin de trazar estrategias para la preparación del personal en salud tanto en las áreas del conocimiento como en la cantidad necesaria.

Del recurso humano en salud hacen parte todas las personas que realizan actividades con el fin de mantener o mejorar la salud de las comunidades, generándoles bienestar y elevándoles la calidad de vida.

2.2.8.2.4 Prestación de servicios.

La prestación de servicios de salud es el proceso en el que intervienen diferentes organizaciones y mediante el cual se le ofertan a las personas un conjunto de bienes y servicios como son los servicios médicos, los servicios hospitalarios y productos farmacéuticos (Restrepo, 2008).

Ante la incapacidad de los países de financiar la totalidad de los servicios de salud que demandan las personas porque “*ningún sistema de salud puede satisfacer todas las necesidades, ni siquiera los países ricos*” (Organización Mundial de la Salud, 2000). Por lo tanto, se debe priorizar para financiar y prestar un conjunto de prestaciones clínicas esenciales (Banco Mundial, 1993) o planes de beneficios a las cuales tengan derecho toda la población.

- **Planes de beneficios.** Los planes/paquetes o canastas de beneficios se definen como la totalidad de los servicios, actividades y bienes cubiertos por una póliza de seguro en el caso de un esquema aseguramiento o con recursos del estado en el caso de los Servicios Nacionales de salud financiados con impuestos (Schreyögg, Stargardt, Velasco-Garrido y Busse, 2005). Los cuales constan de tres elementos: 1) La categoría de los servicios financiados, se refiere a los servicios financiados con recursos del sistema; 2) Las reglas y protocolos que rigen el uso adecuado de los servicios y 3) las limitaciones que tienen los planes de beneficios determinando cuales servicios se proporcionan gratuitamente y cuales tienen un costo para el usuario. (Rumbold, Alakeson y Smith, 2012).

Los planes de beneficios pueden ser explícitos o implícitos; los primeros son aquellos donde se detalla el conjunto de servicios y tecnologías que se proveerán a las personas y en el segundo no se definen los servicios y las tecnologías a prestar pero por lo general va acompañado de una lista de restricciones de servicios y de tecnologías que no se prestaran.

- **Tecnología.** Se entiende por tecnología los medios que una organización utiliza para convertir las materias primas en producto final independientemente de si estos son productos o servicios.

Se puede definir como tecnología en salud como “*cualquier método utilizado para promocionar la salud, prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, o mejorar la rehabilitación o los cuidados sanitarios a largo plazo*” (Lopez, Oliva, Antoñanzas, Garcia, Gisbert, Mar y Puig, 2010, p. 155). No solamente se entiende por tecnología los medicamentos o dispositivos del más alto nivel de sofisticación, sino también los diferentes cuidados e intervenciones que contribuyen a la conservación y recuperación de la salud de la población.

Teniendo en cuenta los aspectos administrativos y de E-health o salud electrónica la tecnología en salud se pueden definir como cualquier conocimiento, información, gestión administrativa, dispositivo, procedimiento, tratamiento y actividad E- health realizadas

para conservar o mejorar el estado de salud de la población. Las tecnologías en salud siguen unas pautas durante determinado tiempo o ciclo de vida.

- **Ciclo de vida.** El ciclo de vida de una tecnología describe el comportamiento de esta durante un periodo de tiempo generando información que permite tomar decisiones con un bajo nivel de incertidumbre (Villanueva y Martínez, 2010).

Entre los ciclo de vida propuestos está el de la World Health Organization (2003), en el que intervienen tres personas diferentes el fabricante, el vendedor y el usuario y cada uno de ellos desarrolla distintos pasos:

- Fabricante
 - Concepción y desarrollo de una idea
 - Fabricación
 - Empaquetado y etiquetado del producto final
- El vendedor
 - Publicidad
 - Venta
- Usuario
 - Uso
 - Disposición final

De acuerdo con Villanueva y Martínez (2010). Una vez la tecnología es adquirida por el centro hospitalario, se pueden considerar tres fases de acuerdo con la intensidad de uso:

- **Fase de difusión:** es la etapa en la cual la tecnología en salud se introduce a la institución hospitalaria y comienza a ser utilizada en las áreas específicas donde es aceptada de acuerdo con su utilidad.
- **Fase de utilización y conservación:** es la fase donde la tecnología en salud es ampliamente utilizada en las prácticas en salud que se realizan en la institución y como el personal tiene pleno conocimiento del manejo de esta, se utiliza en todos los tratamientos, procesos y procedimientos que la requieren.
- **Fase de disposición final:** esta fase da cuando la tecnología ya no es útil o no cumple con los propósitos para la cual fue adquirida, por lo que se la sustituye por una nueva opción. Dando lugar a un rápido incremento de las tecnologías en salud.

- **Evaluación de las tecnologías en salud.** El rápido incremento en el mercado de las tecnologías en salud con alto costo y algunas con baja efectividad y las limitaciones económicas de los sistemas de salud ante los cada vez más creciente costos de estas, crearon la necesidad por parte de los gobiernos de evaluar las tecnologías en salud antes de ser incorporadas a los planes de beneficios.

La evaluación de las tecnologías en salud (ETES) consiste “*en la evaluación sistemática de las propiedades, efectos u otros impactos de la tecnología*” (Goodman, 2014, p. 15).

Realizada por un grupo interdisciplinario. Dándole prioridad a los aspectos relacionados con costo – efectividad, así como a los impactos sociales, legales, éticos y políticos.

El propósito de la ETES es apoyar la toma de decisiones sobre las tecnologías que se incorporan al sistema de salud desde el medico que se enfrenta al paciente en un consultorio hasta los tomadores de decisiones a nivel regional o nacional que determinan que nuevas tecnologías se incorporan y cuales se excluyen de los planes de beneficios.

La evaluación de las tecnologías es un proceso de investigación que en Colombia es realizado por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y consta de los siguientes pasos:

- Definición de la tecnología a evaluar
- Diseño y refinamiento de la pregunta de evaluación
- Revisión de la efectividad y la seguridad
- Diseño del refinamiento de la pregunta económica
- Evaluación económica
- Análisis del impacto presupuestal
- Elaboración de informe para los tomadores de decisiones

Es un proceso que ante los incontables avances tecnológicos permite la incorporación de nuevas tecnologías costo efectiva al sistema de salud sin atentar contra la sostenibilidad financiera de este y el gasto de bolsillo de los usuarios.

2.2.8.2.5 Objetivos del sistema de salud

Los objetivos de un sistema de salud, según la Organización mundial (2000), son la salud, capacidad de respuesta y equidad en la contribución financiera

- **La salud.** Lograr el mejor nivel de salud posible es el propósito de todo sistema de salud. Objetivo que debe ser conseguido de manera equitativa con el fin de que no se beneficien únicamente los que tienen una mejor salud y siga deteriorándose la de los que tienen la peor salud. Mejorar la salud y disminuir las desigualdades en la salud de la población deben ir de la mano. Porque no es del todo satisfactorio lograr una mejor situación en salud promedio para toda la población mientras se incrementan las desigualdades entre los diferentes estratos socioeconómicos de la población. Lo adecuado es lograr la mejor situación de salud posible para toda la población de manera equitativa. Entre los indicadores con que se mide el nivel de salud están los asociados a la mortalidad y la esperanza de vida.
- **La capacidad de respuesta.** Comprende aspectos que no están vinculados a la salud sino a los referentes a la satisfacción o insatisfacción de los usuarios frente las expectativas que estos tienen con respecto al trato que deberían recibir durante su tránsito por el sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud (2000) ha dividido la capacidad de respuestas en dos categorías una subjetiva relacionada con las personas y otra objetiva de orientación al cliente.
 - Relacionada con las personas
 - Respeto a la dignidad de las personas
 - Confidencialidad
 - Autonomía para participar en las decisiones sobre su salud
 - Con relación al cliente
 - Oportunidad en la atención
 - Calidad adecuada
 - Acceso a las redes de apoyo
 - Escogencia de proveedor

La capacidad de respuesta de los sistemas de salud tiene que ser por igual para todas las personas que hagan parte del mismo, en un sistema equitativo no debe haber diferencia en la capacidad de respuesta entre los diferentes estratos socioeconómicos.

- **Equidad en la contribución financiera.** Un sistema de salud es equitativo financieramente cuando los riesgos financieros que corre cada familia en el momento de que uno de sus miembros es asaltado por la enfermedad se distribuyen según la capacidad de pago de esta y no de acuerdo con la gravedad de la enfermedad.

Lo que más genera equidad financiera en un sistema de salud es el pago anticipado o aseguramiento porque permite la mancomunación de los fondos y la distribución de los riesgos entre los usuarios del sistema y evita la ruina financiera de las familias en el momento que uno de sus miembros se enferma.

2.2.9 Dinámica de Sistemas

La Dinámica de Sistemas “*Es una técnica de creación de modelos de simulación de entornos complejos*” (Martin García, 2012, p. 4).

Ha mediado de la década del cincuenta del siglo pasado, con el nombre de Dinámica Industrial, fue creada por Forrester, en una empresa de electrónica que teniendo un mercado estable presentaba importantes oscilaciones en la producción debido a los retrasos que se daban en la transmisión de la información. Diez años después su creador la aplico a los sistemas urbanos dando paso a la Dinámica Urbana; posteriormente a finales de la década de los sesenta se presentó el primer informe del club de Roma sobre los límites del crecimiento, cuyos modelos y simulaciones se habían realizado con esta metodología poniendo de presente, que esta, además de aplicarse en los sistemas industriales y urbanos también podía ser utilizada en los sistemas sociales. Actualmente la simulación mediante dinámica de sistemas se aplica en: la psicología, la ecología, la prospectiva, la salud, etc.

La Dinámica de Sistemas considera que la información relevante siempre está relacionada con la manera como se producen las interacciones, por eso en este campo todas las dinámicas surgen de la interacción entre dos tipos de bucles de retroalimentación: los positivos (reforzantes) y los negativos (correctores).

Los bucles positivos son los que tienden a reforzar lo que está sucediendo en el sistema, o sea, todos los procesos que generan su propio crecimiento y se identifican con la letra **R**; los bucles negativos son los que se oponen y contrarrestan el cambio, de estos hacen parte todos los procesos que tienden a ser autolimitados y que buscan el balance y el equilibrio y se identifican con la letra **B**.

Independientes de lo complejo que sean los sistemas están compuestos por un conjunto de bucles de retroalimentación positivos y negativos y todas las dinámicas son generadas por la interacción entre uno de los bucles con otros.

El objetivo principal de esta metodología es asociar la estructura del sistema con su comportamiento con el fin de realizar el modelado y la simulación de un problema complejo (Aracil, 1995).

En resumen, la dinámica de Sistemas es un método poderoso que para obtener conocimiento útil (Sterman, 2000) de un modelo mediante un proceso de modelación para la simulación y evaluación del modelo.

Uno de los procesos de modelación de Dinámica de Sistemas más utilizado es el de Sterman (2000), que consta de cinco pasos:

1. Articulación del problema
2. Formulación de la hipótesis dinámica
3. Formulación de un modelo de simulación
4. Prueba
5. Diseños de política y evaluación.

- **La Articulación del problema.** Es la etapa más importante del proceso de modelación en dinámica de sistemas y consta de cuatro elementos: a) La selección del tema, donde se da respuesta a la pregunta ¿Cuál es el problema? Y ¿Por qué es un problema? b) Las variables claves, donde se precisan cuáles son las variables claves que hacen parte del sistema a simular y cuáles son los conceptos que se deben considerar. c) El horizonte de tiempo a considerar y donde tiene sus raíces el problema en consideración y d) La Definición dinámica del problema. –modos de referencia- donde se precisa cual es el comportamiento histórico de los conceptos y variables claves y cuál debe ser su comportamiento futuro.
- **La formulación de la hipótesis dinámica.** Se inicia con la generación de hipótesis donde se explora cuáles son las corrientes teóricas del comportamiento problemático,

posteriormente se formula una hipótesis dinámica que explicita la dinámica como una consecuencia endógena de la estructura de retroalimentación y finalmente se desarrollan los mapas de la estructura casual con base en la hipótesis inicial, las variables claves, los modos de referencia y otros datos disponibles.

- **La formulación de un modelo de simulación.** Se comienza con la especificación de la estructura, las reglas de decisiones; se continúa con la estimación de los parámetros, las relaciones de comportamiento y las condiciones iniciales; se finaliza con las pruebas de consistencia con el propósito y los límites.
- **La Prueba.** Consiste en la comparación con los modos de referencia, se prueba: Si el modelo reproduce adecuadamente el comportamiento problemático, si tiene robustez en las condiciones extremas comportándose de manera real cuando es estresados por estas y el grado de sensibilidad que mide cómo se comporta el sistema dada la incertidumbre en los parámetros, las condiciones iniciales, los límites del modelo y las posibles agregaciones.
- **Diseño y evaluación de políticas.** Comienza con las especificaciones de los diferentes escenarios de acuerdo con las condiciones ambientales que se pueden presentar ; continua con el diseño de las políticas donde se presentan las nuevas reglas de decisión, estrategias y estructuras que podrían ser probadas en el día a día y como son representadas en el modelo y se determina cuáles son sus efectos; se analiza su sensibilidad estableciendo que tan robusta son las políticas en los diferentes escenarios y se finaliza estableciendo el grado de interacción entre las diferentes políticas formuladas.

2.2.10 Marco Conceptual

Se definirán dos enfoques de la atención primaria en salud:

2.2.10.1. Atención Primaria en salud como un nivel de atención.

Es la que se refiere a la puerta de entrada al sistema de salud y al sitio donde se realiza la atención de manera continua para toda la población y desde donde se realizan todas las remisiones a los niveles más elevados. Por lo general este enfoque está ligado a la disponibilidad de un médico especializado en salud familiar.

2.2.10.2. Atención primaria ampliada.

Es la definida por la declaración de ALMA – ATA Como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, p. 2)

2.3 Reflexiones sobre este capítulo

El envejecimiento de la población, la velocidad en el incremento de nuevas tecnologías que aumentan los costos en salud y los cambios en los perfiles epidemiológico, obligan a los sistemas de salud a la formulación de una visión de futuro para lograr la construcción de un futuro diferente del presente. Es allí donde los estudios de futuro toman la máxima importancia porque aunque no predicen el futuro; crean alternativas de futuro o configuran los futuros deseados, lo cual le da a los tomadores de decisiones la posibilidad que con las acciones realizadas en el presente, construyan el futuro propuesto, en resumen que sean constructores de su propios futuros.

Carecer de un elemento estratégico, una visión de futuro, es no saber para donde vamos y embarcarnos en la buena voluntad del tomador de decisión de turno. La Previsión Humana y Social hace énfasis en la visión de futuro, los valores y las capacidades, fundamentos teóricos que contribuyen a una interpretación adecuada de los fenómenos que se presentan en la gestión de un sistema y a la creación de futuros alternativos, que no pueden ser cualquier futuro sino futuros humanos, los cuales para ser considerados humanos deben practicar los valores morales: libertad, igualdad, solidaridad, respeto y dialogo; creando en los colombianos las capacidades para que puedan tener la salud que desean tener.

El enfoque de las capacidades, aunque no tiene una referencia explícita hacia el futuro cuando parte del concepto de apreciar las diferentes cosas que una persona valora ser o hacer.

Sitúa en el porvenir la conquista de las capacidades entendidas como la libertad que tienen las personas para lograr las diferentes combinaciones que le permitan tener la vida que desea tener. Se refiere al futuro donde es el único tiempo donde el ser humano tiene la libertad para construir las diferentes alternativas de futuros y entre esas la que desea o prefiere tener.

En el caso de la salud el enfoque de las capacidades, se refiere a la libertad que tienen las personas para lograr las diferentes combinaciones de funcionamientos que les permitan tener la salud que desean tener; lo cual se enmarca en un tiempo futuro y por lo tanto en la búsqueda de diferentes alternativas de futuros para formular una visión de futuro humana para que las personas logren tener la salud que desean tener. Mitigando los riesgos que se corren cuando se pierde la salud.

Para mitigar los riesgos en salud y evitar que las familias lleguen a la ruina económica en el momento que uno de sus miembros se enferme se crearon dos modelos de financiación el de aseguramiento en salud y el sistema nacional de salud o financiado por impuestos. En el primero, su cobertura se limita a las personas asalariadas que por obligación pagan una cuota que es un porcentaje de su salario y a cambio reciben un plan de beneficios en el momento que se enferman y el sistema Nacional de Salud financiado mediante impuestos es donde el gobierno garantiza a las personas que habitan en un país un plan de beneficios en el momento que se enferman. El aseguramiento en salud ha recibido modificaciones en algunos países como Colombia donde el gobernó fija un valor a pagar a las aseguradoras por la persona afiliada y asume con impuestos el pago de aquellas sin capacidad de pago garantizando de esta manera una cobertura universal en el aseguramiento.

Surge la pregunta ¿Cuál de los dos modelos es mejor? Depende de país donde se aplique el modelo si este goza de pleno empleo el aseguramiento permitiría que se logre la cobertura universal y si además se goza de un nivel de salario adecuado el aporte por personas permitirá a las aseguradoras prestar servicios de calidad; pero si no se goza de pleno empleo y el país tiene un bajo nivel de productividad. Mediante el aseguramiento en salud solo logrará la cobertura universal con los subsidios que el estado da a las personas sin capacidad de pago para cubrir el valor del seguro y el porcentaje del aseguramiento que está obligado a cubrir el patrón por encarecer el valor de los productos y hacerlos menos competitivos se recauda vía impuesto. En Europa países como Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, España, Suiza y Reino unido, que tienen un nivel de ingreso alto financian su sistema de salud mediante impuestos. Ejemplos que muestran que esta decisión parece que es más política que técnica y depende de quien este gobernado el país.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En este capítulo, se explica todo lo relacionado con la Metodología que se trabajó en esta investigación. En primer lugar, hay que decir que se llevó a cabo un estudio de caso, con todos los rigores que amerita este tipo de herramienta. Por tal motivo, en este apartado, encontrarán: la definición de las diferentes técnicas de recolección de datos, la gráfica del diamante de la prospectiva, el proceso metodológico para la construcción de una visión de futuro con sus respectivos pasos, el mapa estratégico y el tablero de mando. Se explica la nueva metodología que se utilizó para la formulación de la visión de futuro, con base en el enfoque de la Previsión Humana y Social.

3.1 Estudio de caso

Para llevar a cabo este trabajo, se utilizó la metodología del Estudio de Casos, por ser una investigación empírica que ayuda a esclarecer fenómenos poco conocidos, complejos y dinámicos dentro de su propio contexto de ubicación. Puede ser utilizada en investigaciones cuantitativas o cualitativas, sea en tareas exploratorias, descriptivas (cómo) o explicativas (por qué). Yin (2004) asevera que debe tener los siguientes componentes: a) preguntas del tipo cómo y por qué; b) especificaciones: formulación de un problema u objetivos específicos de la investigación; c) unidades de análisis: es la definición de las partes constituyentes del caso; d) recolección de informaciones: puede venir de documentos, archivos y registros, entrevistas, observación directa, observación participante y artefactos físicos; e) lógica que une los datos a las especificaciones: es la forma en la que se analizan los datos para responder a las preguntas de especificación; y f) criterios para interpretar los resultados: son los factores que inciden “causalmente” en el fenómeno estudiado.

En este sentido, esta metodología es apropiada porque se trata de una investigación empírica que analiza la evolución y los posibles futuros del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Se utilizaron los métodos cualitativos y cuantitativos, para obtener una mayor riqueza de información y conocimiento sobre el caso. Este fue tratado “*con profundidad, buscando el completo entendimiento de su naturaleza, sus circunstancias, su contexto y su característica*” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 332).

3.2 Técnicas de recolección de datos

Se utilizaron métodos que se clasifican, según el tipo de fuente de conocimiento, basados en: la evidencia, la experticia, la creatividad, la interacción y por el tipo de técnica, cualitativas y cuantitativas. (Popper, 2011). Todas se ubican en el diamante de la prospectiva que contiene 33 métodos. En el caso de esta investigación, solo se utilizaron seis métodos y la dinámica de sistemas.

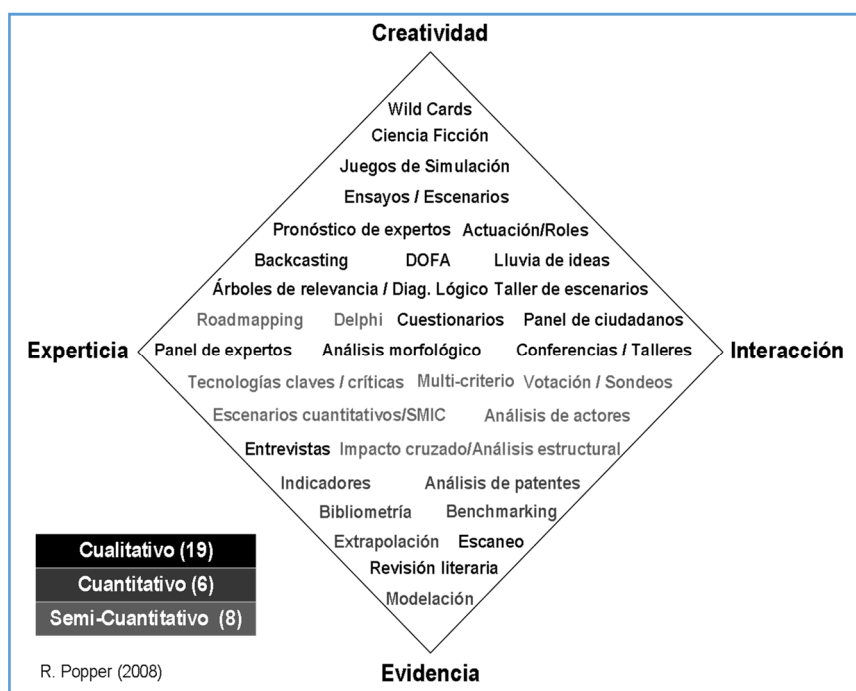


Figura 3. El diamante de los métodos de la prospectiva
Fuente: (Popper, 2011).

3.2.1 Métodos basados en la evidencia.

Sirven para “*explicar o pronosticar un fenómeno concreto, con el apoyo de documentación y medios confiables de análisis*” (Popper, 2011, p. 122). Entre los métodos utilizados, con estas características, se encuentran: el análisis de contenido de los documentos, el análisis de los factores del entorno, el análisis de los factores institucionales y la vigilancia tecnológica

- **Análisis de Contenido de los documentos.** Se entiende por documentos todas las fuentes

e información secundaria, contenidas en textos, revistas, actos de reuniones y páginas web. “Es una técnica de investigación, para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, con el fin de interpretarlas” (Zapata & Rodríguez, 2008, p. 480).

- **Análisis del entorno.** Se refiere “a la observación, examen, supervisión y descripción sistemática de los contextos” (Popper, 2011, p. 98). En los sectores económico, demográfico, social, político, legal, cultural, tecnológico y físico; con el fin de localizar las variables claves externas.
- **Vigilancia Tecnológica.** Es el esfuerzo sistemático y organizado que realiza una organización, o académicos, “*de observación, captación, análisis, difusión precisa y recuperación de información sobre los hechos*” (Palop & Vicente, 1999, p. 22); sobre tecnología, de tanto interés para las empresas o sistemas.

3.2.2 Métodos basados en la interacción.

Son las actividades, en las que participan personas expertas y no expertas, que enriquecen los ejercicios de prospectiva, gracias al intercambio de opinión entre ellas. En las sociedades de tradición democrática, los ejercicios prospectivos suelen nacer desde las bases y no están basados únicamente en las evidencias y la participación de personas expertas (Popper, 2011). En la presente investigación, se utilizaron las entrevistas en profundidad y los talleres.

- **Entrevista en profundidad.** Participan dos personas: el entrevistador y un informante. Se caracteriza por ser no estructurada, flexible, se realiza con el objeto de comprender, desde el punto de vista del entrevistado, lo que es importante y significativo para él. “*Se aplica un cuestionario detallado en la temática analizada, respecto a una o más variables a medir, al entrevistado. Su contenido puede ser tan variado como los aspectos que se midan. Se recomiendan las preguntas abiertas*” (Zapata & Rodríguez, 2008, p. 481), para encontrar los factores de ruptura.
- **Talleres.** Son eventos o reuniones programadas, con unas determinadas horas de duración, o unas cuantas jornadas. En ellos, se combinan charlas, presentaciones o debates sobre un tema concreto y una agenda delimitada (Popper, 2011).

3.2.3 Métodos basados en la experticia.

Son los que se realizan con especialistas, en diferentes temas y cuyo desarrollo está fundamentado en el conocimiento de quien lo aplica (Popper, 2011). Son utilizados para la proyección de tendencias, mediante series de tiempos, u otros algoritmos y la simulación de los sistemas, por medio de la dinámica de sistemas. Como en el caso de esta investigación.

- **Dinámica de sistemas.** Es un instrumento para la simulación. Permite modelar problemas sociales y construir escenarios, fundamentados en supuestos de deficiente información. Como lo que se presenta en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.
- **Mactor.** Es un método que tiene como propósito establecer la correlación de fuerzas entre los diferentes actores de un sistema y determinar las convergencias y divergencias frente a un objetivo (Godet y Durance, 2011).

3.2.4 Métodos basados en la creatividad.

Son aquellos que requieren de conocimientos originales e imaginativos. *Originales* porque pueden venir de expertos sobre el tema que se está tratando, o de actores que -por sus vivencias- pueden plantear conceptos únicos. *Imaginativos* porque provienen de aquellas personas de gran talento, que, muchas veces, están contra la corriente de lo establecido, pero que son capaces de generar semillas de futuro (Popper, 2011).

- **Redacción de ensayos/escenarios/.** Es la construcción de versiones de futuro a partir de ensayos creíbles, mediante una combinación creativa de datos, hechos e hipótesis. El desarrollo de este ejercicio demanda, de quien lo realiza, un pensamiento agudo e intuitivo acerca de los posibles futuros. “*Los ensayos se concentrarían en una imagen o un pequeño conjunto de imágenes del futuro, con una detallada descripción de las principales tendencias que marcan la evolución del escenario*” (Popper, 2011, p. 107). Este método es el resultado de sesiones de trabajo, en las que interactúan expertos y no expertos, como los talleres de escenarios y de visión de futuro.

La metodología propuesta en esta investigación, para la formulación de la visión de futuro, está basada en una combinación de métodos, que se lleva a cabo en secuencia Forward, o sea, hacia adelante. Se trabaja así: 1) Se comienza con *los métodos basados en la evidencia*: El

análisis de contenido de los documentos y bases de datos, el análisis de los factores del entorno y el análisis de los factores institucionales. 2) se trabajan *los métodos basados en la interacción*, como la entrevista en profundidad y el taller de visión de futuro 3) se continúa con *los métodos basados en la experticia*: la simulación de la población y el aseguramiento por dinámica de sistemas y el métodos de análisis de los juegos de actores (MACTOR), 4) se hace uso de *los métodos basados en la creatividad*: se redactan los ensayos de los escenarios de futuro propuestos, 5) se vuelve a los *métodos basados en la interacción*: la construcción de un taller de la visión de futuro donde se validan los escenarios propuesto y se escoge el escenario deseado, 6) se hace uso de *los métodos basados en la creatividad*: se redacta a partir del escenario deseado la visión de futuro y 7) la Construcción de una herramienta para la evaluación de la visión de futuro. (Ver Figura 4).

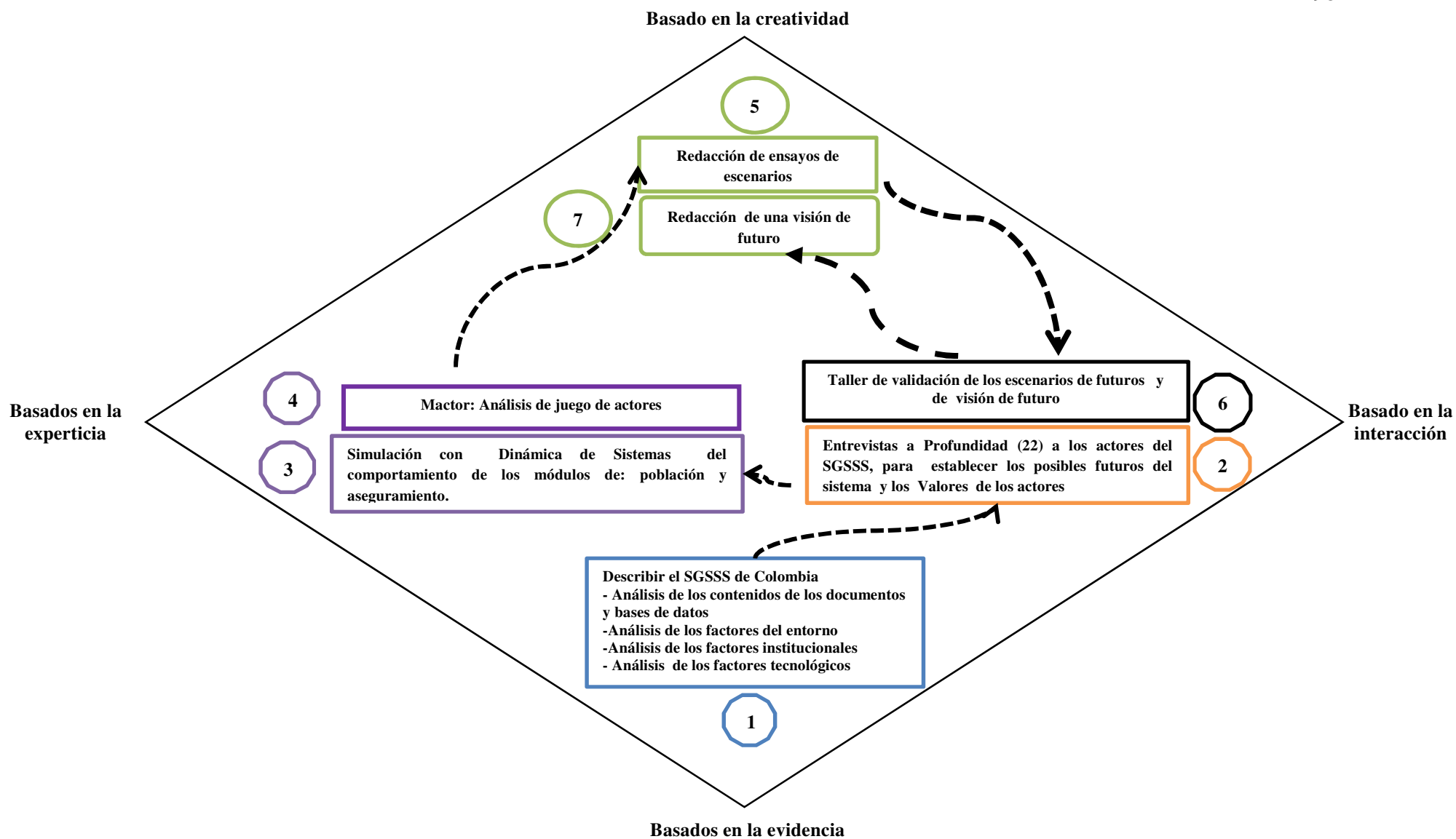


Figura 4. Diamante de la prospectiva de los métodos de la prospectiva para la construcción de una Visión de Futuro del SGSS

Fuente: Elaboración propia. Con base en Popper (2011)

3.3 Proceso metodológico para la construcción de la visión de futuro, desde el enfoque de la previsión humana y social

Para la construcción de una visión de futuro, desde el enfoque de la Previsión Humana y Social, se planteó un nuevo proceso metodológico. Este proceso demanda el uso de nuevas herramientas, como la dinámica de sistemas y un mapa estratégico, con su tablero de mando, para la evaluación de la visión de futuro. (Ver Figura 5).

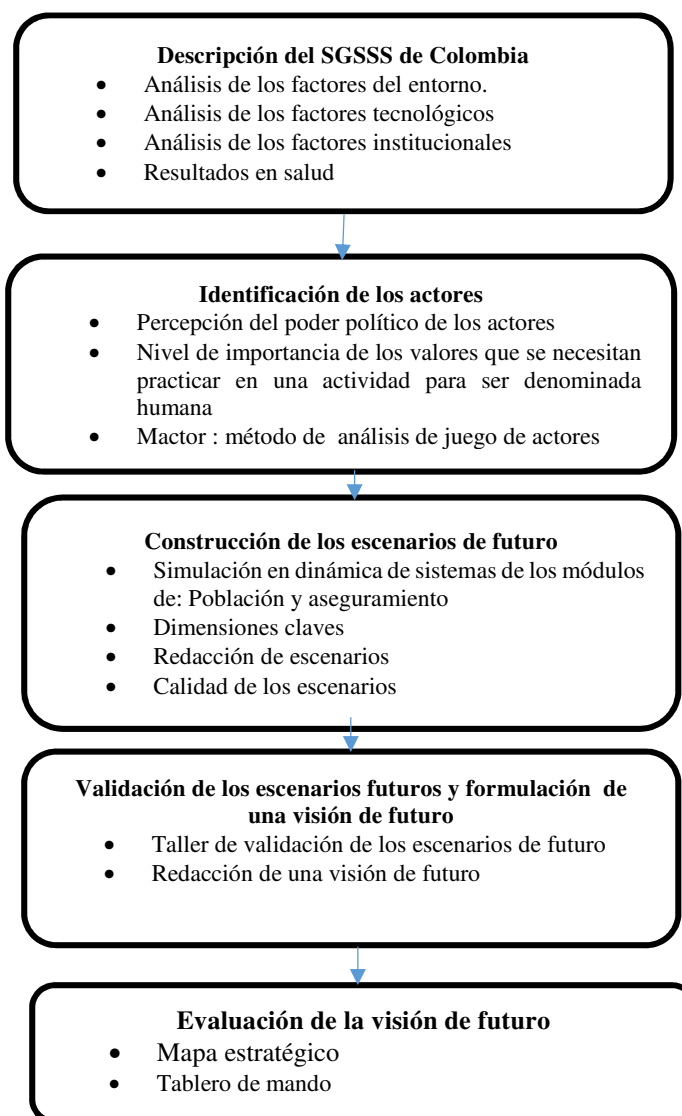


Figura 5. Proceso metodológico para la construcción de una visión de futuro

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Proceso metodológico para la construcción de una visión de futuro del SGSSS

Para la construcción de la visión de futuro del SGSSS, se realizó un proceso metodológico que consta de los siguientes pasos:

3.4.1 Paso 1. Descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Se examinaron los factores del entorno, los institucionales y los tecnológicos. Posteriormente, se analizaron en diferentes sectores o partes. En los factores del entorno, se analizaron los sectores demográfico, socioeconómico, político y legal.

En el análisis del sector demográfico, se consultaron: 1) Las base de datos del DANE Visor: Proyección de población total por sexo y grupo de edad de 0-80 años y más (2005-2020) y la estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área (1985-2020); 2) las proyecciones de población por edad, elaboradas por el tesista, en Dinámica de Sistemas (2010 – 2033), con una tasa de natalidad de quince nacimientos por cada mil habitantes (Anexo A) y 3) La distribución geográfica de la población se realizó con base en los datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la CEPAL.

En el estudio del sector socioeconómico, se consultó la base de datos del DANE: 1) Sobre el tema de mercado laboral, en la Gran Encuesta Integrada de Hogares: El boletín técnico Principales Indicadores del Mercado Laboral, febrero de 2017 y el boletín técnico Indicadores del Empleo informal y seguridad social. Trimestre móvil diciembre 2016 – febrero 2017 y 2) las bases de datos del Banco de la República sobre la PIB, producción, salario y empleo y precio.

En la exploración del sector político, se consultó el Informe sobre Desarrollo Mundial de 1.993. Invertir en salud, el documento de trabajo del Banco de la Republica. Ayala (2014). La Salud en Colombia: más coberturas, pero menos Acceso, la Constitución Política de 1.991, las bases de datos de la red de ciudades Cómo Vamos y la Encuesta de Gallup de abril de 2018.

En la indagación del sector legal, se revisaron las siguientes leyes: La ley 100 de 1993, la 1122 de 2007 y la 1438 del 2011. Todo esto, para observar la evolución de aspectos como el aseguramiento, la prestación de servicios, la financiación, la inspección, la vigilancia y el control, la dirección, la regulación y la salud pública, la promoción y la prevención y la atención primaria en salud. El informe de la Defensoría del Pueblo, titulado La tutela y los derechos a la

salud y a la seguridad social 2014. La sentencia de la Honorable Corte Constitucional T- 760 de 2008 y la Ley 1751 del 2015, que consagra el derecho a la salud como fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo.

En los Factores Institucionales, se analizó: la cobertura, el plan de beneficios, la financiación, los resultados en salud (las principales causas de mortalidad, las desigualdades entre regiones) y la calidad. En el análisis de la cobertura del SGSSS, se investigó en la base de datos del Sistema Integral de información de protección Social (SISPRO), del Ministerio de Salud y se realizaron las proyecciones hasta el año 2033, en Dinámica de sistemas del aseguramiento en salud, en los regímenes contributivo y subsidiado (ver Anexo B).

En la exploración de la evolución de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), se consultó la base de datos del observatorio Así Vamos En Salud. Esos datos se proyectaron hasta el año 2033, mediante una ecuación lineal: la UPC-C, con un coeficiente de correlación $R^2 = 0.9779$ y la UPC-S, con un coeficiente de correlación $R^2 = 0.8817$. (Ver Anexo C).

Para el estudio del plan de beneficio, se consultó lo siguiente: La Ley 1751 del 2015, que fija las exclusiones del plan; la Resolución No. 6408 de 2016, que modifica el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, o sea, las prestaciones de protección colectiva; la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 del mismo año, que determinó el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud; no contempladas en las prestaciones de protección colectiva que se pagan con dinero de la UPC.

Para construir el cuadro sobre los cambios quinquenales de las principales causas de mortalidad -desde el año 1990 hasta el 2005- se consultó la base de datos de Demografías y Población, de la página web del DANE, en el apartado de Nacimiento y Defunciones; específicamente, en las estadísticas de defunciones no fetales; en el periodo antes mencionando.

La indagación sobre las desigualdades entre regiones, se hizo en la base de datos de la página web de Así vamos en salud, a partir de la razón de mortalidad materna y la mortalidad en menores de cinco años.

En la calidad en salud, se examinó la Constitución Política de 1991, la Ley 100 de 1993, el Decreto 11001 y la resolución 1448 de 2006 y la página web del Ministerio de Salud, en el vínculo Calidad en la atención en salud.

3.4.2 Paso 2. Identificación de los actores y valores.

Para elaborar el *listado de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, se tomó, como base, el propuesto en la Resolución No. 330 del 14 de febrero de 2017, del Ministerio de Salud.

Se estableció la jerarquía de la percepción que tienen los diferentes actores del sistema sobre el poder político de cada uno de ellos y el nivel de importancia que estos le dan a los valores (libertad, igualdad, solidaridad, respeto y diálogo), que debe observar una actividad para denominarse humana lo cual se explora en dos preguntas específicas de la entrevista en profundidad (ver Gráficos 19 y 20 y Anexos D y E). Se realizó el análisis de la correlación de fuerza entre los actores para estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a determinados retos y objetivos, por medio del MACTOR.

Sobre la corrupción se consultó en: 1) Las páginas web de transparencia internacional, para identificar el nivel de corrupción de Colombia y otros países referentes como: Uruguay, Chile, Costa Rica, Brasil y México y 2) La página web de transparencia por Colombia, para determinar el nivel de riesgos de los departamentos y municipios del país.

3.4.3 Paso 3. Construcción de los escenarios de futuro

Se construyeron los escenarios de futuro, simulando los subsistemas de: población y aseguramiento con dinámica de sistema (Anexo F). Se solicitaron 38 entrevistas en profundidad a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se realizaron 22 para un nivel de respuesta del 57% (Ver Tabla 4). Estas personas contestaron un cuestionario (Ver Anexo G) y las entrevistas se procesaron con el Programa Atlas T.I. Versión 7.

Tabla 4. Listados de Personas Entrevistadas

No.	Nombre y Apellidos	Cargo	Nivel Académico	Fecha entrevista
1	Alba Lucía Ospina Martínez	Directora del Instituto Nacional de Salud	Magíster en epidemiología	Febrero 10 de 2017
2	Jorge Robledo Castillo	Senador de la República	Arquitecto	Junio 2, de 2016
3	Jorge Iván Ospina Gómez	Senador de la República	Médico cirujano	Noviembre 5 de 2016
4	Alex Duran Peñafiel	Secretario de Salud del municipio de Cali	Especialista en Gerencia, en Servicios de Salud	Agosto 23 de 2016
5	Armando González Materón	Director Clínica Centro Médico Imbanaco	Médico Cirujano	Julio 25 de 2016
6	Carlos Fajardo Pabón	Gerente General EMSSANAR EPS	Economista	Junio 27 de 2016
7	Luz Ángela Tascón	Gerente Clínica Los Andes	Magíster en Gerencia de Servicios de Salud	Diciembre 21 de 2016
8	Carlos Augusto Hernández Ávila	Subdirector de Salud Comfandi	Magíster en salud Pública	Octubre 6 de 2016
9	Hellen Mendoza	Gerente de Mercadeo y Ventas de la Clínica Versalles	Magister en Administración	Abril 30 de 2017
10	Diego Fernando Gómez Sánchez	Director General Fundación ECSIM	PhD en Ingeniería de sistemas	Agosto 11 de 2016
11	Germán González Echeverri	Director de Proyectos Fundación ECSIM	PhD Epidemiología	Agosto 11 de 2016
12	María Inés Delgado	Directora de la Asociación Colombiana de Enfermos Hepáticos y Renales		Junio 2 de 2016
13	Julián Durán	Usuario Afiliado a Coomeva	Magíster en Economía	Mayo 30 de 2016
14	Fabián Osorio	Presidente Sintrahospiclinicas HUV	Magíster en Gestión Pública	Enero 18 de 2017
15	Mario Hernández Álvarez	Director Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional	PhD en Historia	Mayo 26 de 2016
16	María Alexandra Matallana Gómez	Directora de Servicios del Instituto de Salud Pública de la UPJ	Magíster en Salud Pública	Mayo 26 de 2016
17	Fabián Méndez Paz	Director de la Escuela de Salud Pública Universidad del Valle	PhD Epidemiología	Septiembre 21 de 2016
18	Felipe García Vallejo	Director de Internacionalización de la Universidad del Valle	PhD en Química	Marzo 13 de 2017
19	Martha Cecilia Valbuena	Decana Facultad de Salud Universidad Santiago de Cali	Magíster en Administración en Salud	Diciembre 20 de 2016
20	José Óscar Gutiérrez Montes	Director Grupo de investigación Farmacología Universidad del Valle	Magíster Farmacología	Septiembre 29 de 2016
21	Janeth Cristina Vásquez	Miembro de la Junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas	Especialista en Contraloría Financiera	Enero 24 de 2018
22	German Morales Cobo	Presidente Ejecutivo de AFIDRO	Especialista en Estudios Internacionales	Febrero 26 de 2018

Fuente: Elaboración propia.

3.4.4 Paso 4. Validación de los escenarios y formulación de una Visión de futuro

Se realizó con un taller, en el que participaron ocho expertos (ver Tabla 5 y Anexo H), a quienes se les dio a conocer, de antemano, los cinco posibles escenarios de futuro: 1) Sistema de aseguramiento, con una estrategia de atención curativa; 2) Sistema de aseguramiento, con el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS); 3) Sistema de aseguramiento, con una estrategia de atención primaria en salud con equipos básicos de salud; 4) Sistema Único de Salud, con una estrategia de atención primaria en salud y 4) Sistema Único de Salud, con una estrategia de atención curativa.

Tabla 5. Grupo de expertos participantes en el taller de Visión de futuro

No.	Nombre y Apellido	Cargo	Entidad
1	Carlos Alberto García	Director Dpto. Economía y Finanzas	Universidad Santiago de Cali
2	Jean Paul Pinto	Asesor	Instituto de Prospectiva
3	Felipe García Vallejo	Director Internacionalización	Universidad del Valle
4	Elsa P. Muñoz	Docente Sistemas y Servicios	Universidad del Valle
5	Julio Cesar Mateos	Profesor Escuela de Salud Pública	Universidad del Valle
6	María Fernanda Tabares	Profesora Escuela de Salud Pública	Universidad del Valle
7	Maritza Rengifo	Profesora Facultad de Administración	Universidad del Valle
8	Sonia Quebrada	Facultad de Salud	Universidad Santiago de Cali

Fuente: (Anexo H).

Los asistentes al taller los escenarios de posibles futuros mediante un proceso participativo escogieron dos opciones: El escenario hacia cual el gobierno está haciendo migrar el sistema, el número dos, el Modelo de atención integral en salud (MIAS). Y, como el escenario deseado, el número tres, Sistema de aseguramiento, con una estrategia de atención primaria en salud con equipos básicos de salud, un modelo de salud activa en búsqueda de la gente para mantenerla sana y mejorar la calidad de vida de los enfermos.

3.4.5 Paso 5. Matriz de Evaluación de la Visión de Futuro.

Las visiones de futuro, cuando se hacen realidad, producen bienes y servicios, que -como en este caso- se ponen al servicio de los usuarios del sistema. Pero su evaluación no puede hacerse únicamente por este aspecto, sino por varios: su impacto en los usuarios, los

funcionamientos y las capacidades que se generan en los asegurados. Tal como lo señala el enfoque de las capacidades de Sen (2011a). En efecto, con base en este, se construyó el mapa estratégico y el cuadro de mando.

3.4.6 Mapa Estratégico

En la formulación de los objetivos del Mapa Estratégico, se utilizó la ficha de definición de objetivos estratégicos.

Tabla 6. Ficha de definición de objetivos estratégicos

Problema Actual
Causas del problema
Consecuencias del problema
Objetivo
Definición del objetivo
Responsable

Fuente: Elaboración propia.

En esta ficha, se formularon los diferentes objetivos estratégicos, propuestos en el Mapa Estratégico, de acuerdo con las diferentes perspectivas. (Ver Anexo I.)

3.4.7 Tablero de Mando

En la formulación de los indicadores del Tablero de mando, se utilizó la ficha de definición de indicadores. Esta ficha se aplicó a cada uno de los objetivos propuestos en el Mapa Estratégico y trasladado al Tablero de mando. (Ver Anexo J).

Tabla 7. Ficha de definición de Indicadores

Objetivo
Indicador
Responsable de la medición
Formula de calculo
Fuente de verificación
Frecuencia de verificación

Fuente: Elaboración propia.

3.5 Evaluación y Validez de la investigación

Se utilizaron cuatro pruebas para determinar la calidad de la investigación: validez de constructo, validez interna, validez externa y confiabilidad (ver Tabla 8). En cada una, se desarrollaron las tácticas establecidas para los estudios de casos (Yin, 2004).

- **La validez de constructo.** Determina las actividades correctas que se deben realizar para el estudio de los conceptos de la investigación (Yin, 2004).
- **Validez Interna.** Es el grado en que la investigación realizada interpreta la realidad de la situación, analizada de manera adecuada. Estableciendo una *“relación causal por medio de la cual se muestran ciertas condiciones que conducen a otras condiciones, a diferencia de las relaciones espurias”* (Yin, 2004, p. 56). Para lograr la validez interna de esta investigación se adoptaron diferentes estrategias:

Se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos como: Revisión bibliográfica, análisis de entorno, entrevistas en profundidad, talleres, redacción de escenarios y visión de futuro y simulación con dinámica de sistemas.

Se realizaron 22 entrevistas en profundidad a los actores del sistema y con base en estas se formularon los escenarios de futuro, lo cual le da una gran credibilidad y participación a estos.

- **Validez externa.** Establece el grado de generalización que se puede hacer de los resultados obtenidos en una investigación, a una población, o sistema objeto de estudio. Este estudio: En este estudio de caso se recogió mucha información detallada para la comprensión de la problemática planteada y de Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

en particular. Es conocido por todos los investigadores que no es de ninguna utilidad generalizar a partir de un estudio cualitativo de caso. Pero en este caso se validó una metodología para la construcción de una visión de futuro elaborada con base en la metodología formulada por Barbieri y Medina (2000) para la construcción de los escenarios desde la perspectiva de la Previsión Humana y Social. La cual puede ser utilizada en otras situaciones donde se pretenda construir un futuro humano.

Confiabilidad. Tanto los métodos como los procedimientos utilizados para la recolección de datos al ser aplicados, repetidamente, producen los mismos resultados. Para lograr la fiabilidad en esta investigación se utilizaron los siguientes mecanismos:

La investigación se fundamenta en un marco teórico que contempla:

La Previsión Humana y Social, el enfoque de las Capacidades de Sen y Dinámica de Sistemas entre otras.

Se evaluó la calidad de los escenarios de futuros los cuales con las cinco condiciones propuestas por (Godet y Durance, 2011). Pertinencia, coherencia, verosimilitud, importancia y rigor.

Tabla 8. Evaluación de la Investigación

Prueba	Táctica del Estudio de Caso	Etapas de la investigación en la que se aplicaron
Validez constructiva	Se utilizaron múltiples fuentes de evidencias.	En la recolección de datos. Se utilizaron varios métodos: Análisis de contenido de documentos, análisis de entorno, vigilancia tecnológica y entrevistas en profundidad.
Validez Interna	Representación adecuada y creíble de la realidad investigada	- Se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos. 22 entrevistas en profundidad - Expertos validaron los resultados (validación de los escenarios de futuro).
Validez Externa	Grado de generalización que se puede hacer de los resultados de la investigación	- Se buscó la máxima comprensión de la problemática estudiada, ya que los estudios de caso no permiten la generalización de los resultados referidos específicamente a la problemática. - Se validó la metodología para la construcción de una visión de futuro planteada en la investigación la cual se realizó con base en la formulada por Barbieri y Medina (2000)
Confiabilidad	Resultados coherentes, consistentes y fiables	- La investigación se realizó de acuerdo al marco teórico de la Previsión Humana y Social, valores, Dinámica de sistemas, Seguridad Social en Salud y Enfoque de las capacidades de Sen. - Se evaluó la calidad de los escenarios de futuros con cinco condiciones propuestas por (Godet y Durance, 2011): Pertinencia, coherencia, verosimilitud, importancia y rigor

Fuente: El autor con base en Yin (2004).

3.6 Reflexión sobre este capítulo

En este capítulo se presenta la metodología para la formulación de una visión de futuro que se utilizó en esta investigación la cual consta de cinco pasos: 1) Descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2) Identificación de los actores del sistema de salud, 3) construcción de los escenarios de futuro 4) validación de los escenarios de futuros y formulación de una visión de futuro y 5) evaluación de la visión de futuro. La cual se formuló con base en la metodología propuesta por Barbieri y Medina (2000) para la construcción de los escenarios de futuro desde el enfoque de la Previsión Humana y Social.

En el paso a paso metodológico se aplicaron métodos cualitativos y cuantitativos, triangulación de métodos, que se realizó en el marco del Diamante de la Prospectiva, con una metodología forward, o sea, hacia adelante y que puede ser replicado en otras investigaciones que tengan como objetivo la construcción de una visión de futuro en similares contexto que el del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia lo cual se constituye en el principal aporte metodológico de este trabajo.

CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En este capítulo, se describe el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, para dar cumplimiento al primer objetivo específico del trabajo de investigación. De esta manera, se pudo obtener un diagnóstico, que condujo a plantear las variables claves que se utilizaron para la construcción de los escenarios de futuro. También, se describen los factores del entorno, los factores institucionales y los factores tecnológicos.

4.1 Factores del entorno

En esta parte, se analizan los sectores de los entornos demográficos, socioeconómicos, políticos y legales.

4.1.1 Sector Demográfico

Colombia está atravesando la fase transición demográfica plena, que se caracteriza por tener tasa de natalidad en descenso y de mortalidad entre moderadas y bajas. Esto conduce a una mayor esperanza de vida para la población y a la profundización del proceso de envejecimiento.

4.1.1.1 Población.

El país presenta un incremento sostenido de la población, con una tasa de crecimiento decreciente, entre un quinquenio y otro. Según las estimaciones y proyecciones del DANE (2015), en el quinquenio 1985 -1990, la población del país se incrementó 11% y, en el quinquenio 2000-2005, 6%. De acuerdo con las proyecciones del tesista (ver Anexo A), en el quinquenio 2010 -2015, la población se incrementó 5% y en el quinquenio 2025 – 2030, se incrementará 3%. Entre el año 2030 y el 2033, se incrementará 2%. Tendencia que continuará a la baja, pues, en el largo plazo, se espera que converja a cero y, en el 2050, se sitúe en 0,1%. (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha 2015). Esto indica que se está profundizando el proceso de envejecimiento del país.

Entre el año 2005 y el 2020, la población en Colombia se incrementará un 18% (pasará de 42,88 millones de habitantes a 50,74 millones de habitantes). Entre el 2020 y el 2033, la población se incrementará un 9% (pasará de 50,74 millones de habitantes a 54,88 millones de habitantes). Esto muestra la tendencia del crecimiento de la población hacia la baja, en el largo plazo.

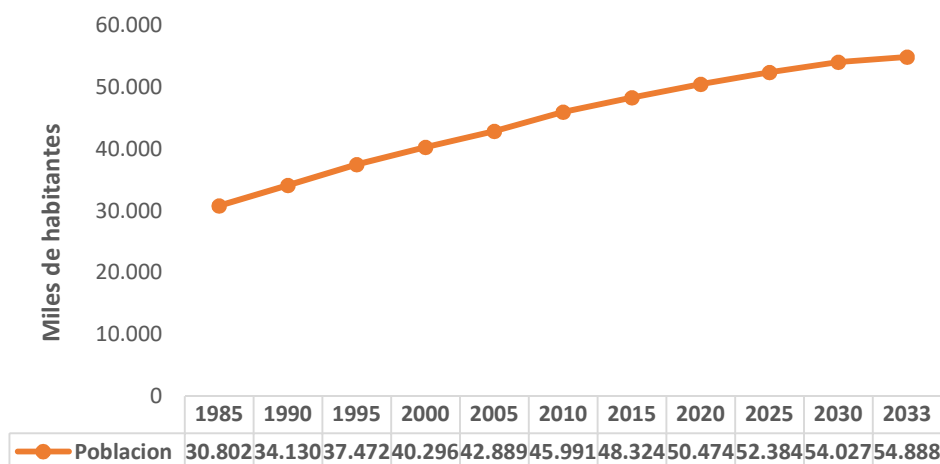


Gráfico 1. Población total nacional. Estimada (1985- 2005) y proyectada (2010-2033) (miles de personas)

Fuente: El autor, con base en DANE (2017 c) y proyecciones propias (2010-2033).

4.1.1.2 Distribución de la población por grupos etarios.

En el país, el proceso de envejecimiento se está realizando más aceleradamente que en los países desarrollados. Este dato es posible explicarlo, con la forma como se incrementa la población mayor de 60 años. El proceso de envejecimiento se ha profundizado de moderado a avanzado. La población menor de 14 años pasará de ser - en el año 2005-el 31% del total de la población a ser el 21% del total de la población, en el año 2033; cosa contraria sucede con la población mayor de 60 años que pasó de ser -en el año 2005- el 9% del total de la población, a ser el 23% del total de la población, en el año 2033.

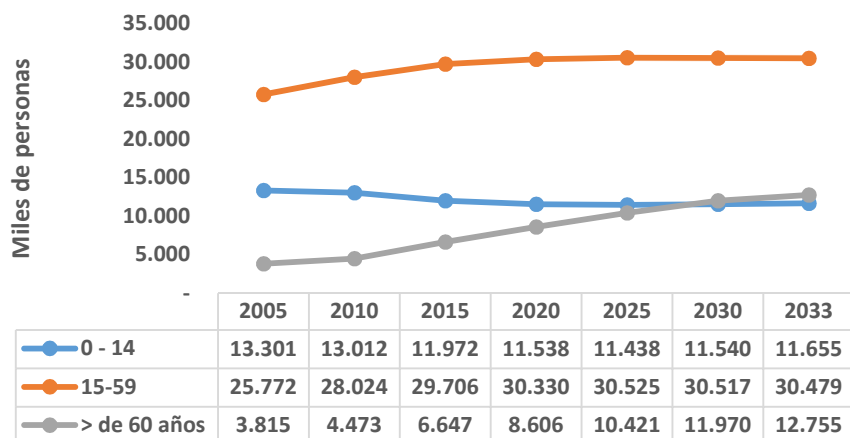


Gráfico 2. Distribución de la población por grupo etarios (2005-2033) (miles de personas)

Fuente: El autor, con base en DANE (2017a) y proyecciones propias (2010-2033).

4.1.1.3 Composición de la población de más de 60 años, por grupos etarios.

Entre los grupos etarios de la población de más de 60 años, se presentan grandes diferencias. Los de 60-64 años y los de 65-69 años se incrementaron, pero no con la velocidad del grupo etario de 75 y más años; este -entre el 2005 y el 2010- se incrementó 0,59%, mientras que -en el año 2025 y 2030- se incrementará 26,48%. El crecimiento de la población mayor de 60 años viene acompañado de un crecimiento de la población “muy mayor”; lo cual tiene unas implicaciones sociales para los formuladores de políticas públicas en salud, vivienda y cuidado; entre otros.

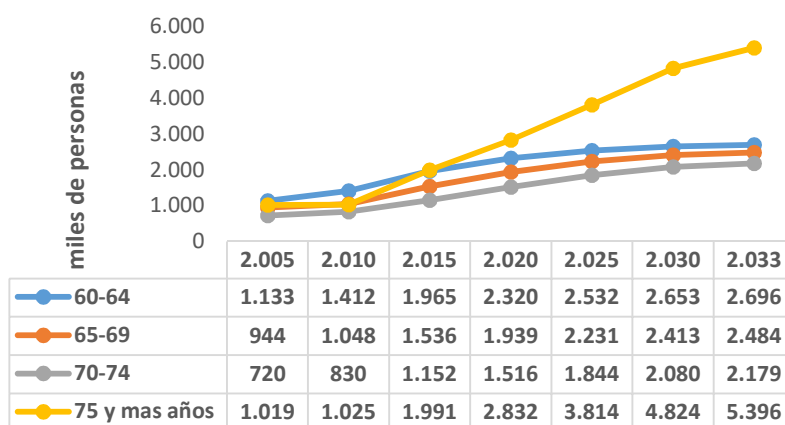


Gráfico 3. Composición etaria de la población mayor de 60 años (2005-2033)

Fuente: El autor, con base en DANE (2017a) y proyecciones propias (2010-2033).

4.1.1.4 Distribución geográfica de la población.

Colombia está en un proceso de urbanización de la población, y se espera que continúe. En el año 2030, el 83,4% de la población vivirá en la zona urbana, mientras el 16,6% residirá en la zona rural.

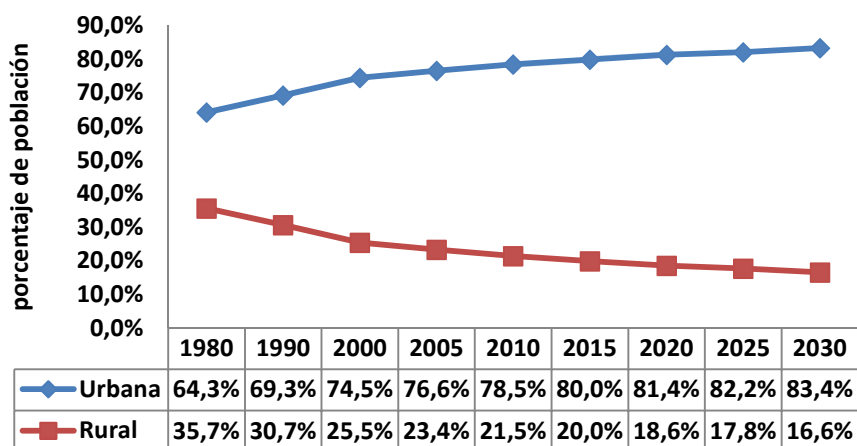


Gráfico 4. Tendencia de la población urbana y rural

Fuente: El autor, con base en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2012).

4.1.2 Sector Socio - Económico

En este sector, se mostrarán las variables de desempleo, la tasa global de participación, la población ocupada, la informalidad, el salario mínimo legal vigente y la inflación.

4.1.2.1 Desempleo.

En los últimos años, este indicador ha presentado una tendencia moderada a la baja, que lo situó -en el mes de febrero del 2017- en el 10,5%; medio punto porcentual por encima del resultado del año anterior. Y 2,4, punto porcentual por debajo del 2011-2, mes en el que alcanzó su mayor valor en la última década. A partir de febrero de 2016, presenta una tendencia moderada al alza.

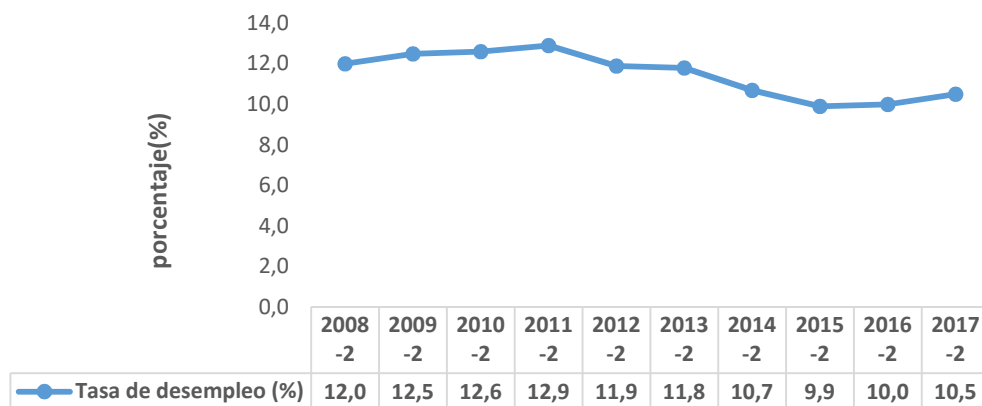


Gráfico 5. Tasa de desempleo nacional (2008-2 -2017-2)

Fuente: El autor, con base en DANE (2017e).

4.1.2.2 Tasa Global de participación.

Representa el porcentaje del total de la población que integra el mercado laboral. Se ha mantenido, en la última década, entre un rango del 59% en el 2008-2 y el 64%, en el 2017-2. Algunas veces, con tendencia moderada al alza; otras, con tendencia moderada a la baja. En el 2016-2, fue del 64,4% y, en el 2017-2, fue del 64%.

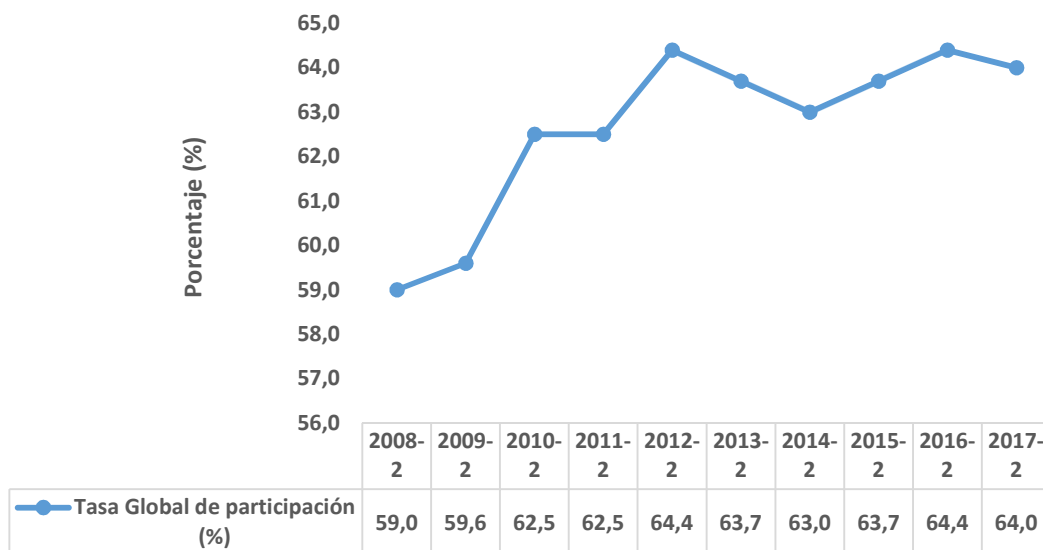


Gráfico 6. Tasa Global de Participación (2008-2 – 2017-2)

Fuente: El autor, con base en DANE (2017e).

4.1.2.3 Tasa de ocupación.

Ha mantenido, en la última década, una tendencia moderada a subir, que fluctúa entre 51,9%, en el 2008 -2 y 57,9%, en el 2016-2. En el 2017-2, ha iniciado una tendencia muy moderada a la baja, con 57,3%; lo cual muestra que la oferta laboral solo alcanza a ocupar entre el 51.9% y 57,9 % de la demanda laboral.

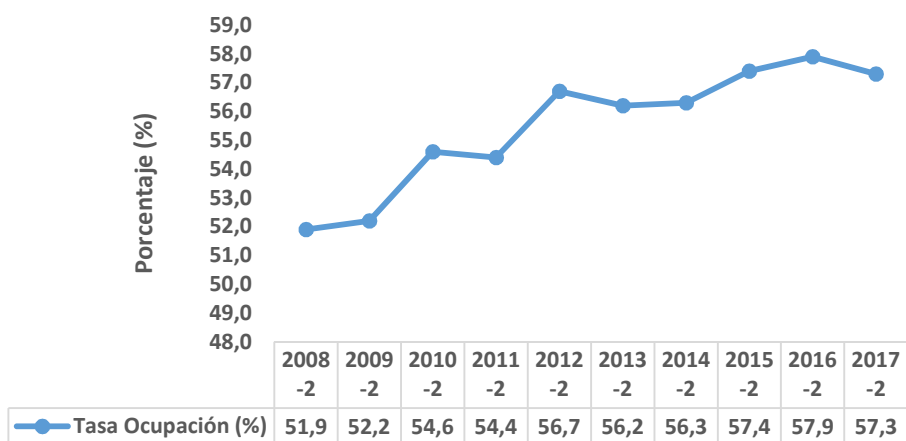


Gráfico 7. Tasa de ocupación (2008-2-2017-2)

Fuente: DANE (2017e).

4.1.2.4 La informalidad.

En Colombia, la informalidad sigue siendo alta y, aunque ha disminuido, a partir del trimestre móvil de diciembre 2010 – febrero 2011, inició una tendencia a la baja, que se ha mantenido hasta el trimestre diciembre 2016 - febrero 2017. Pasó del 52,6% al 48,2%, respectivamente, en los trimestres antes mencionados.

Se espera que la informalidad a futuro, de acuerdo con el crecimiento económico y las tasas de desempleo, no sufrirá grandes variaciones. Y se mantendrá en un promedio del 50%, lo cual afecta, estructuralmente, la sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social en Salud. Debido a que las personas, ante la inestabilidad y calidad del empleo, prefieren permanecer en el régimen subsidiado, y no afiliarse al contributivo.

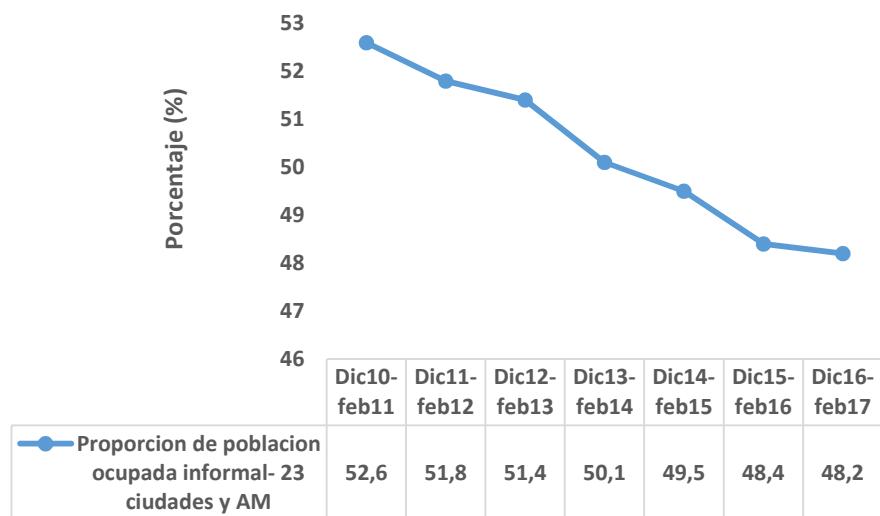


Gráfico 8. Proporción de población ocupada informal 23 ciudades y áreas metropolitanas.
Trimestre móvil Diciembre - Febrero (2010 – 2017)

Fuente: DANE (2017f).

4.1.2.5 Salario mínimo mensual legal vigente.

El salario mínimo legal mensual, en Colombia, aunque se incrementa cada año, de acuerdo con la inflación, no alcanza a compensar la pérdida de poder adquisitivo.

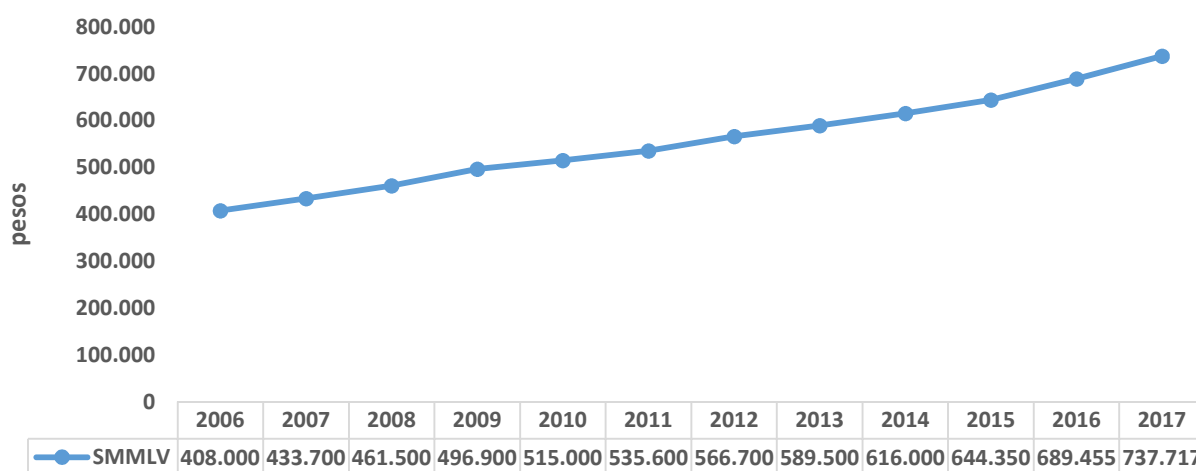


Gráfico 9. Salario mínimo legal mensual vigente

Fuente: El autor, con base en Banco de la Republica (2017a).

El salario mínimo presenta una tendencia ascendente. Crece de acuerdo con el índice de inflación promedio, que se presenta entre un año y otro, con el fin de que este no pierda el poder adquisitivo. Por lo general, los alimentos, que representan un gran porcentaje del gasto de las personas de los estratos más bajo, suben por encima de este promedio; y hacen perder poder adquisitivo al salario mínimo. De esta manera, se ahonda, aún más, la brecha entre el salario mínimo legal y el salario mínimo de subsistencia, que necesita una familia para cubrir las necesidades básicas. Según Oxfam (2015), en el año 2011, el salario mínimo legal en Colombia equivalía al 91% del salario de subsistencia.

4.1.2.6 Inflación.

La inflación se mantuvo controlada dentro de las metas propuestas por el Banco de la Republica ($3\% + o - 1\%$), desde el año 2009 hasta el año 2014.

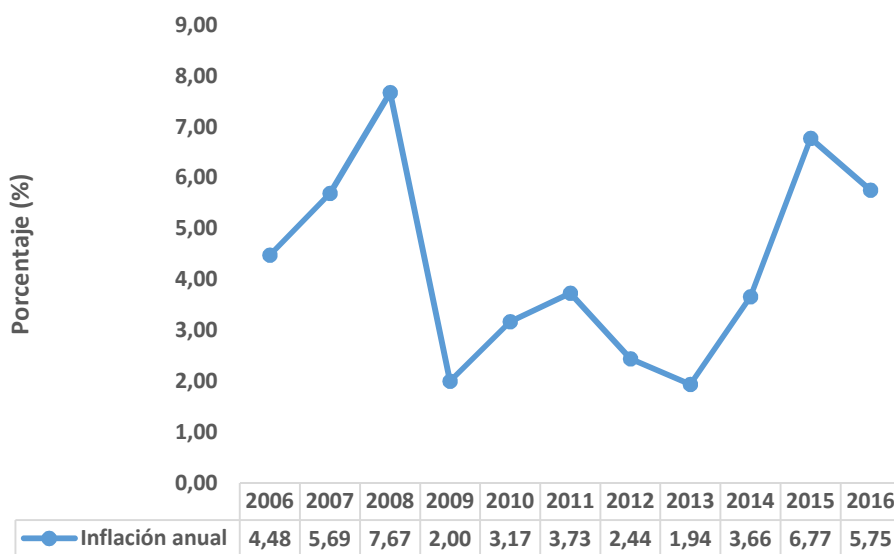


Gráfico 10. Variación porcentual de la inflación año corrido

Fuente: El autor, con base en Banco de la Republica (2017b).

La inflación, en Colombia, se ha mantenido controlada, con tendencia a la baja. Su máximo valor -durante los años 2007 y 2008- ascendió a 5,69% y 7,67%, respectivamente. Y su mínimo valor fue 1,94%, en el año 2013. Después, se inició una tendencia ascendente hasta el año 2015, con un 6,77%. Aunque, a partir de este año, comenzó una tendencia a la baja

moderada: en el 2016, este índice alcanzó el valor del 5,75%. A marzo del 2017, fue de 2,52 %. Esto hace suponer que, en este año, se superara la meta propuesta por el Banco Emisor; lo mismo que sucedió en los dos años anteriores.

4.1.3 Sector Político

Debido a la alta carga de morbilidad y al incremento de los costos en salud (que comenzaban a experimentar los países en desarrollo, por el envejecimiento de la población y la presión de las nuevas tecnologías) el Banco Mundial -en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud- recomendó a los países en desarrollo (entre estos, Colombia) invertir más en la salud de sus pobladores, reorientar el gasto de este sector hacia programas más eficaces, en función de los costos y la participación de la empresa privada en la administración de los sistemas de salud. Todo esto, para facilitar una mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

Así, en 1991, se expidió -por parte de la Asamblea Nacional Constituyente- una nueva constitución, que, en su Artículo 49, consagró la atención en salud, como un servicio público a cargo del Estado. Esta prestación la reglamentó con la Ley 100 de 1993, a través un modelo de aseguramiento en salud, con competencia regulada. A ella, concurren organizaciones de origen público y privado. Con la rectoría del Ministerio del ramo.

El riesgo individual está gestionado por las Empresas Promotoras de Salud, que aseguran a los usuarios con sus propios recursos, o mediante subsidios que otorga el gobierno a la población sin capacidad de pago. El riesgo colectivo, al que están expuestos los habitantes, está cubierto con acciones de salud pública, formuladas en el Plan Decenal de Salud Pública. El sistema ha tenido logros importantes, como:

- El de la cobertura en salud que pasó de ser el 24%, en 1996, al 95%, en el año 2016;
- La igualación de los planes de beneficios en salud, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado
- La protección del riesgo financiero de la familia, ante la eventualidad de que uno de sus miembros se enferme, pasó del 45% del gasto total en salud -en 1994- al 14%, en el año 2013.

A pesar de lo anterior, persisten barreras que no permiten el acceso real de los usuarios a los servicios de salud, entre las cuales se encuentran las barreras de oferta y demanda. Las de oferta de son de tipo institucional: disponibilidad del recurso médico, aspectos geográficos y calidad en el servicio. Y las de demanda son: el costo de los servicios, la percepción sobre la gravedad del problema de salud y el conocimiento del sistema de salud. (Ayala, 2014). Gracias a esto, en el año 2015, en Cali y Cartagena, menos de la mitad de las personas siente que le están garantizando el derecho a la salud. Y, en Barranquilla, Cartagena y Medellín, un porcentaje ligeramente por encima de la mitad de la población estaba satisfecha con el ejercicio del derecho a la salud.

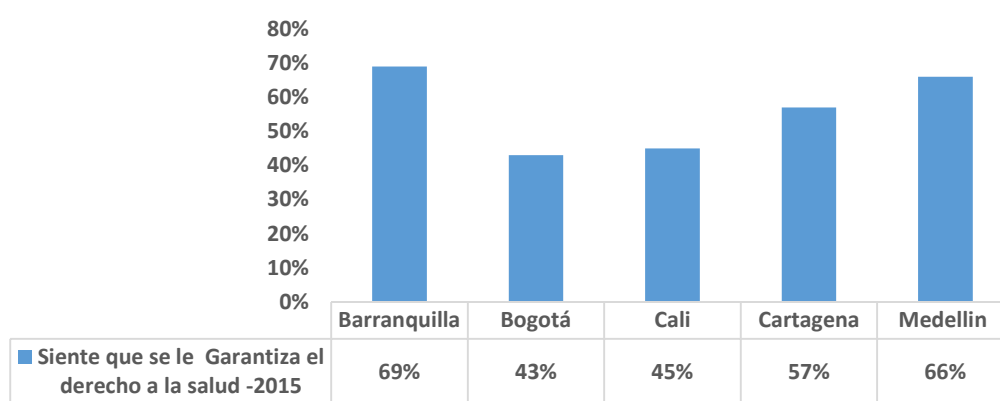


Gráfico 11. Siente que se le garantiza el derecho a la salud (2015)

Fuente: El autor, con base en Red de Ciudades Como Vamos (2015).

Aunque el país goce de una cobertura universal en salud, las barreras de acceso -para la prestación de los servicios de salud- han hecho que la percepción, sobre la calidad y cubrimiento en salud, cada vez vaya empeorando entre los colombianos. En abril del 2018, el 76% de los encuestados consideraba que la calidad y el cubrimiento en salud estaba empeorando, y el 17%, que estaba mejorando (Gallup, 2018). Situación que incide políticamente en los índices de favorabilidad y aprobación del gobierno.

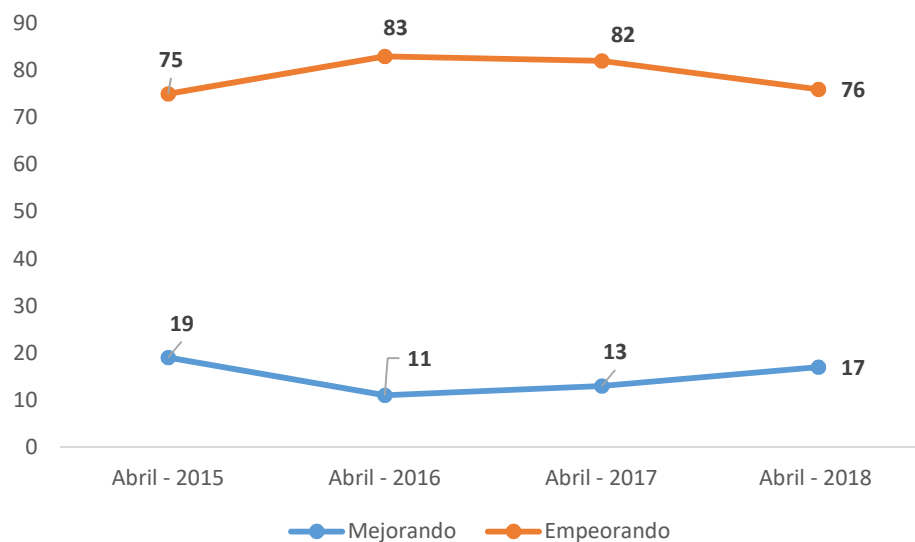


Gráfico 12. Percepción de los Colombianos sobre la calidad y cubrimiento de la salud
Fuente: Gallup (2018).

4.1.4 Sector Legal

El Banco Mundial -ante el creciente costo de los sistemas de salud, en los países en desarrollo- recomendó la adopción de sistemas de aseguramiento en salud, en los que confluyan los sectores públicos y privados, con incentivos para fortalecer el mercado de los seguros privados, ampliar la cobertura y controlar los costos. Esta recomendación fue acogida en nuestro país.

El artículo 48 de la Constitución de 1991 estableció la creación del Sistema de Seguridad Social, como un servicio público, bajo el control del Estado, que puede ser prestado por entidades públicas y privadas. A renglón seguido, el Artículo 49 de la Carta Magna declara la atención en salud, como un servicio público, cuyo acceso a todos los habitantes del país debe ser garantizado por el Estado.

Estos artículos fueron convertidos en políticas públicas, mediante la expedición de las siguientes leyes:

- **Ley 100 de 1993.** Creó el Sistema de Seguridad Social Integral, con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la seguridad social, a todos los pobladores, con los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

- **Ley 1122 de 2007:** Reformó la Ley 100 de 1993, en aspectos relacionados con: dirección y regulación, financiación, el aseguramiento, la prestación de los servicios de salud, la salud pública e inspección, vigilancia y control.
- **Ley 1438 de 2011:** Su propósito es fortalecer el SGSSS, mediante un modelo de prestación de servicios de salud que tenga, como estrategia, la atención primaria en salud y, como centro de atención, los habitantes del país (Artículo 1, Ley 1438 de 2011).

La sentencia T-760 de 2008 consagró la salud, como un derecho fundamental y realizó unos mandatos para los diferentes actores del sistema. Este derecho se reafirmó en la revisión de la Ley 1751 de 2015.

En las tres primeras leyes, se crea el modelo de aseguramiento en salud y sus consiguientes reformas. Y se exponen aspectos como: aseguramiento, prestación de servicios, financiación, inspección, vigilancia y control, dirección y regulación y salud pública, promoción y prevención y atención primaria en salud. Cuya evolución se explicita a continuación.

- **Aseguramiento en Salud.** La Ley 100 de 1993, con el fin de lograr el acceso de toda la población a la atención en salud, creó el sistema de aseguramiento en salud, con dos regímenes: el contributivo, para asegurar a las personas con capacidad de pago y el subsidiado, para asegurar a las personas sin capacidad de pago. Estos regímenes son administrados por las Empresas Promotoras de Salud: por cada afiliado al sistema, reciben un valor anual, denominado unidad de pago por capitación. Para, de esta manera, garantizarle un plan de beneficios, cuando se enfermen. La Ley 1122 de 2007 definió el aseguramiento en salud, como:

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 de los servicios de salud y la representación de los afiliados ante el ente prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. (Colombia, 2007, art. 14)

Y responsabilizó a las EPS de la administración del riesgo en salud.

La Ley 1438 del 2011 fijó el 10% de la UPC, como tope máximo para los gastos de administración de las EPS. Y prohibió el uso de los recursos de salud para actividades distintas a

las de la prestación de los servicios de salud. También, estableció -cada dos años- como periodo fijo para la actualización de los planes de beneficio.

- **Prestación de los Servicios de Salud.** La ley 100 de 1.993 creó las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas son las encargadas de prestar los servicios de salud, dentro de su nivel de atención, a los afiliados y beneficiarios del sistema de salud. Bajo los principios básicos de la calidad y la eficiencia. Además, categorizó las IPS del Estado, como Empresas Sociales del Estado (ESE).

La Ley 1122 de 2007 estableció la habilitación, como un requisito obligatorio para que una IPS inicie la prestación de los servicios de salud. Ordenó la clasificación de los prestadores de servicios de salud en un ranking, con base en indicadores del sistema de calidad y permitió la conformación de redes para la prestación de los servicios de salud. También, autorizó el uso de la telemedicina, para el mejoramiento de la oportunidad y la calidad en la prestación de los servicios y la disminución de costos.

La Ley 1438 de 2011, en el Artículo 60, definió las redes de prestación de servicios, como el conjunto de instituciones que prestan servicios de salud individuales y/o colectivos de manera equitativa, integral y eficiente, a una población definida, de acuerdo con su demanda.

- **Financiación.** La Ley 100 de 1993 creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), compuesto por cuatro subcuentas: compensación interna del régimen contributivo, solidaridad del régimen subsidiado en salud, promoción de la salud y seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Determinó el valor de las cotizaciones para los afiliados al régimen contributivo, el cual equivalía al 12% del salario base de cotización (8% patrón y 4% empleado).

La Ley 1122 del 2007 incrementó las contribuciones del régimen contributivo al 12,5% del valor del salario, de los cuales el 8,5% será pagado por los patrones y el 4% por los empleados.

Con el fin de establecer la eficiencia en el manejo de los recursos económicos de las Empresas Sociales del Estado, la Ley 1438 ordenó -al Ministerio- determinar cada año el nivel de riesgo de las ESE y las que se encuentren en riesgo -medio o alto- estarán obligadas a someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud. Después de aplicar el programa de

saneamiento, las ESE, que se encuentran en alto riesgo y no logren categorizarse en medio, deberán realizar la reestructuración de pasivos, con intervención de la Superintendencia, o la liquidación, o la fusión de la entidad.

La Ley 1753 del 2015 creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que entró en funcionamiento a partir del 1 de abril del 2017, en remplazo del FOSYGA y de Salvamento y Garantía para el Sector Salud (FONSAET). Tiene como propósito ser el único fondo para administrar los recursos del sector de la salud.

- **Inspección, vigilancia y control.** La Ley 100 de 1993 determinó la Superintendencia Nacional de Salud como un organismo adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera. Ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control.

La Ley 1122 del 2007 creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, en cabeza de la Superintendencia de Salud. Tiene, como base, los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, eje de acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud. Y ordenó la creación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

Se definieron los términos de inspección, vigilancia y control: 1) Inspección: *“el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación... sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica”* (Colombia, 2007, Literal A, Artículo 35), de las entidades que conforman el SGSSS, 2) Vigilancia son: Las atribuciones que tiene 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... cumplan con las normas que regulan el SGSSS. (Literal B, Artículo 35, Ley 1122 de 2007). Y 3) 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. (Colombia, 2007, Literal C, Artículo 35).

La Ley 1438 del 2011, para mayor efectividad en la inspección, vigilancia y control autorizó a la Superintendencia de Salud, la delegación de estas funciones en las direcciones departamentales y distritales.

- **Dirección y regulación.** La Ley 1122 del 2007 comisionó al Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sistema, definir los indicadores de gestión y de resultados, para evaluar a todos los actores del sistema de salud. De acuerdo con los resultados de estos indicadores, podrá generar estímulos, la firma de convenios de cumplimiento o, dependiendo de la gravedad del asunto, le puede solicitar -a la Superintendencia de Salud- la imposición de sanciones.
- **Salud pública, promoción y prevención y atención primaria en salud.** La Ley 1438 del 2011 estableció que el plan de salud pública, a partir del año 2012, será decenal. Y se formulará con una amplia participación social. Tendrá, como estrategia, la atención primaria en salud. El gobierno Nacional será el responsable de la ejecución y de los resultados de las acciones de promoción y prevención de la enfermedad. Ordenó al Ministerio de Salud crear el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de salud, para monitorear los indicadores de salud pública en cada municipio y departamento. Igualmente, adoptó la Atención Primaria en Salud, como estrategia de coordinación intersectorial, para brindar una atención integrada e integral, en todos los niveles de complejidad.
- **Tutela.** Además de lo anterior, los usuarios del sistema de salud de Colombia incorporaron la tutela, como mecanismo legal, para la defensa de sus derechos. La tutela es un mecanismo creado por el Artículo 86 de la Constitución Nacional, (Colombia, 1991). para proteger los derechos fundamentales de los residentes en Colombia. Se presenta ante un juez o tribunal con jurisdicción, en el lugar donde ocurrió la violación del derecho. Y este, mediante un procedimiento preferente, debe proteger los derechos fundamentales del accionante, cuando estos sean vulnerados por cualquier autoridad pública o por particulares.

La tutela se convirtió en el medio, por excelencia, de aquellas personas que sentían vulnerados sus derechos en salud. En el periodo -1999 al 2014- se accionó un total de 4.698.597 tutelas, de las cuales 1.323.292 (el 29%) correspondían a reclamaciones por la

vulneración del derecho a la salud. Así, se convirtió la tutela en salud, en el segundo derecho más invocado por los querellantes, después del Derecho de Petición.

Tabla 9. Participación de las tutelas de salud (1999 - 2014)

Año	Tutelas	
	Total	Salud
1999	86.313	21.301
2000	131.764	24.843
2001	133.272	34.319
2002	143.887	42.734
2003	149.439	51.944
2004	198.125	72.033
2005	224.270	81.017
2006	256.166	96.226
2007	283.637	107.238
2008	344.468	142.957
2009	370.640	100.490
2010	403.380	94.502
2011	405.359	105.947
2012	424.400	114.313
2013	454.500	115.147
2014	498.240	118.281

Fuentes: El autor, con base en los datos de Defensoría del Pueblo (2015).

Las tutelas en salud -de 1999 a 2014- se incrementaron cinco veces: pasaron de 21.301 a 115.147. Se esperaba que, con la Sentencia T-760 del 2008, se redujeran sustantivamente, aunque disminuyeron hasta el 2010. A partir de esta fecha, inició una tendencia ascendente, y se espera que continúe. La Honorable Corte Suprema de Justicia, en el año 2008, revisó 21 tutelas que accionaban reclamaciones en salud; por esto, se vio en la necesidad de promulgar la Sentencia T-760 del 2008.

4.1.4.1 Sentencia T- 760 de 2008.

El Artículo 49 de la Constitución ordena al Estado garantizar el acceso a la salud a todos los colombianos. Este derecho venía siendo protegido desde la promulgación de la Sentencia T-406 de 1992, en conexidad con el derecho a la vida y al mínimo vital. Ante los miles de tutelas que se presentan por la violación al derecho a la salud, la Sentencia T-760 de 2008 alineó el sistema de salud con los derechos constitucionales y los tratados internacionales; así, le dio a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo.

En consecuencia, la salud -como derecho fundamental- genera el derecho a todos los residentes en Colombia de acceder -de manera oportuna, eficaz y con calidad- a los servicios de salud.

Por este motivo, la Corte Constitucional ordenó:

- La revisión integral de estos, por lo menos, una vez al año, con el propósito de adaptarlo a las nuevas condiciones de salud que se presentan en el país.
- Que el Ministerio de Salud tome las medidas necesarias, para que todas las EPS envíen -a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia y la Defensoría del Pueblo- la información sobre los servicios ordenados por los médicos tratantes, que fueron negados, sin ser tramitados en el Comité Técnico Científico.
- La Unificación inmediata de los planes de beneficios del Régimen contributivo y subsidiado para niños y niñas y la unificación en forma progresiva y sostenible para los demás sectores de la población.
- La adopción de las medidas necesarias, para regular el trámite interno que deben realizar los médicos tratantes, para que las EPS autoricen los servicios de salud no incluidos en el POS, diferentes a los medicamentos.
- Corregir las trabas en el sistema de recobros.
- Proteger el derecho a la información y la entrega al usuario en el momento de su afiliación, a cualquiera de los dos regímenes; una carta de derechos del paciente y una carta acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS, a las cuales se puede afiliarse y de las IPS.
- Al Ministerio de Salud la adopción de las medidas necesarias para lograr la cobertura universal en salud de manera sostenible en el largo plazo.

La Corte Constitucional, con esta y otras sentencias, ha generado una amplia jurisprudencia en torno al derecho a la salud, el cual finalmente fue consagrado en la Ley 1751 del 2015.

4.1.4.2 Ley 1751 del 2015.

Consagra la salud, como un derecho fundamental autónomo, irrenunciable en lo individual y lo colectivo. Porque es titular de este, el ser humano, por el solo hecho de ser humano y de participar en las relaciones entre humanos. Señaló su alcance y lo limitó al acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Puso, en cabeza del Estado, la responsabilidad de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a los residentes del país en igualdad de condiciones. Determinó que se hiciera a través de redes integrales de servicios de salud pública o privada, para que los usuarios puedan disponer

de los servicios, las tecnologías organizadas; con una concepción integral de la salud, que incluya la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la recuperación de sus secuelas.

También, precisó los servicios y tecnologías que no pueden costearse con los recursos públicos destinados a la salud entre los que se encuentran: 1) Los que tienen como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario; 2) no existe evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica; 3) su uso no está autorizado por la autoridad competente y 4) se encuentran en fase de experimentación, o solo son prestados en el exterior. Por todo esto, deben ser excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; pero antes se les debe hacer un procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo y transparente, en el que participen las asociaciones de profesionales de la especialidad correspondiente, los expertos de alto nivel y los pacientes que serán afectados con la exclusión propuesta. Esta ley obliga al Estado a adoptar políticas públicas para la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud.

4.2 Factores tecnológicos

La tecnología en salud es la aplicación de los conocimientos científicos a la salud, que van desde las investigaciones que se realizan para una enfermedad en particular, la mejora en el acceso a los servicios de salud hasta la generación de nuevos modelos de prestación de servicios; lo cual se ha convertido en un elemento clave en los avances en la salud y el bienestar de los seres humanos. Tal es el caso de la teoría microbiana que, aplicada a las diferentes causas de mortalidad por enfermedades infecciosas, logró la disminución de estas, y el incremento de la esperanza de vida tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos.

Es así como a través del tiempo se han incorporado nuevas tecnologías en el ejercicio de la medicina y se han puesto a disposición de las personas nuevos medicamentos que contribuyen de manera exitosa a la recuperación de la salud de los enfermos. Pero en este análisis no focalizaremos en la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la gestión de los sistemas de salud, denominada de e-salud o salud electrónica, cuyo nivel de adopción es diferente en cada uno de los países.

En los países de ingresos medios, con grandes diferencias entre las regiones y con un alto

nivel de aseguramiento en salud es prioritario garantizar el acceso de las personas a los servicios de salud de manera oportuna y con calidad; pero también es primordial lograr la sostenibilidad financiera del sistema de salud que se puede poner en riesgo por el aumento de la demanda en los servicios, cuyos costos se pueden reducir mediante el uso de la salud electrónica y la m- salud que permiten optimizar los procesos de atención, prestarlos de manera oportuna y controlarlos.

4.2.1 Salud electrónica

Las tecnologías de información y la comunicación están generando cambios acelerados en la manera de intercambiar y gestionar la información. Lo que ha conducido a la aparición de nuevas formas de comunicación y de interactuar con las personas a través de infraestructuras digitales que en salud básicamente estarían compuesta por: Los programas en salud, los equipos de cómputo, el internet y los dispositivos móviles. Los grandes volúmenes de información y la necesidad de intercambiarla entre los diferentes actores del sistema harían necesario recurrir a la nube para el almacenamiento y gestión de esta y a la normalización de la misma para la transferencia o intercambio. Lo cual permitirá el intercambio de información cada vez más abierto y fluido entre el personal de salud y los pacientes haciendo que el enfermo se conecte con el cuidador de la salud correcto, evitando el tamizaje y disminuyendo los costos en la atención en salud.

La salud electrónica tiene múltiples aplicaciones relacionadas con las distintas actividades que se realizan como la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación del paciente; así como la planificación, gestión y control de los servicios y sistemas de salud a través de elementos como: La historia clínica electrónica, la imagen medica digital, la gestión de las farmacias, la identificación única del paciente, la telemedicina, la gestión administrativa de las instituciones de salud, la vigilancia de salud pública y educación a distancia en salud, entre otros.

4.2.2 Historia clínica electrónica

La historia clínica es un elemento esencial en el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, la educación de los profesionales de la salud y la gestión en los hospitales, las

cuales en muchos casos aún son llevadas en papel sin tener en cuenta los beneficios que tiene para el acceso, almacenaje y demás aspectos la historia clínica electrónica (HCE). La cual se define como:

El registro que se realiza en soporte electrónico en todos los casos donde una persona demanda asistencia médica, desde la atención primaria hasta el ingreso hospitalario, de toda la información sobre los servicios de salud y la atención que se le presta al usuario para la conservación y recuperación de la salud. (Alfaro, Bonis, Bravo, Fluiters y Minue, 2012)

Un registro electrónico longitudinal de la información sobre la salud de un paciente, generada en los diferentes encuentros con los profesionales de la salud en cualquier contexto. En la que se incluyen los datos demográficos del paciente, notas de progreso, problemas, medicamentos, signos vitales, el historial médico pasado, diagnósticos de laboratorio y reportes de radiología (Healthcare information and management systems society, 2017)

Una nueva forma de almacenar y organizar la información sobre los pacientes que por la interconectividad de las TIC, da acceso desde cualquier lugar y momento a los interesados teniendo en cuenta las normas de reserva, protección de datos personales y de seguridad de acceso. (Rojas, Cendamanos y Vargas, 2015).

La historia clínica electrónica se puede convertir en el centro de las acciones que generan un mayor impacto sobre la salud de la población debido a que contribuyen a: Mejorar la seguridad del paciente, la prestación de los servicios de manera eficaz y eficiente y la adecuada gestión de las enfermedades crónicas, además puede ser implementada en diferentes tipos de organizaciones de salud (Gonzales y Luna, 2011). Como:

- El consultorio particular de un profesional de la salud.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud desde primer hasta el tercer nivel.
- Integradora de la información de un conjunto de instituciones de diferentes niveles, donde se crea la necesidad de la estandarización de la información y de protocolos de información incrementando la complejidad del proyecto.

Siendo la HCE como lo es el primer elemento donde los profesionales de la salud consignan la información sobre los pacientes en cualquiera de los niveles de las estructuras organizativas donde se prestan los servicios de salud. Es así como un adecuado uso de esta puede generar entre otros los siguientes beneficios.

4.2.2.1.1 Beneficios de la Historia Clínica Electrónica.

Entre los beneficios de la implementación de la HCE, se presentan entre otros la disponibilidad, la comunicación con otros profesionales y pacientes, el manejo de las enfermedades crónicas, promoción de la salud y atención primaria y costo –beneficio, las cuales se explican a continuación:

Disponibilidad. La información de la historia clínica está disponible en todo momento y puede ser consultada a la vez desde distintos lugares por el personal de salud autorizado y por los usuarios, lo que permite al médico tratante de cualquier institución tener la información completa sobre los diferentes servicios que se le han prestado al paciente optimizando el diagnóstico y asegurando la continuidad de la atención en salud al usuario.

Comunicación con otros profesionales. Facilita la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud, debido a que una vez autorizados estos pueden consultar en cualquier momento la historia clínica y emitir su concepto. Facilitando la opinión de especialistas en diferentes campos, ahorrando recursos y evitando traslados innecesarios.

Comunicación con los pacientes. Permite conocer si los pacientes se han realizado los exámenes que se le ordenaron para el diagnóstico o para saber cómo está evolucionando la enfermedad, en caso de que no se los hayan realizados, crear una herramienta para generar llamados de atención donde se los motive a realizarse los exámenes convirtiéndose la HCE en un canal de comunicación entre el personal de salud y el paciente. Se han elaborado aplicaciones donde los pacientes pueden ingresar a su historia clínica desde su celular digitando el número de su documento de identificación y su contraseña como es el caso del Hospital Italiano

El manejo de las enfermedades crónicas. La HCE da la oportunidad de mejorar el cuidado de los enfermos, al permitir determinar cuáles son las mejores prácticas en el cuidado de los pacientes crónicos para que estas sean comunicadas e implementadas. (Asociación colombiana de empresas de Medicina Integral, 2014). Por medio de esta se puede identificar los pacientes que no están reportando los datos sobre la evolución de su tratamiento o que no realizan las visitas al profesional de la salud y motivarlos para que sigan las prescripciones realizadas e identificar los pacientes que se han beneficiados con los cambios de medicamentos. Convirtiendo esta herramienta en un soporte para identificar las evidencias que pueden mejorar el tratamiento de los enfermos.

Promoción de la salud y atención primaria. La HCE, permiten identificar las acciones de promoción y prevención que no se la han prestado a los usuarios del sistema de salud, dando la oportunidad al personal de salud de ser proactivos al involucrarse en la realización de las acciones necesarias para que a quien no se le hayan prestado el servicio ordenado por cualquier circunstancia pueda acceder a este, cerrándose la brecha que el usuario presentaba con los otros. Por ejemplo, si una enfermera identifica que la usuaria del programa a su cargo necesita una mamografía, puede realizar la orden para que el médico la firme electrónicamente y se le realice el examen. La HCE se puede convertir en un sistema de información único que acompañado de otras estrategias de comunicación le permite al médico hacer seguimiento al paciente dentro y fuera del consultorio. Por ejemplo, notificar al médico que su paciente no se ha realizado el examen de próstata que le puede salvar la vida al detectarle en un estado inicial el cáncer de próstata.

Costo – beneficio. La adopción de la HEC, como es lógico en los relacionado con los costos evita la duplicación de exámenes y medicamentos que se presentan cuando un paciente es tratado por distintos médico o en diferentes instituciones y mejora la capacidad de captura de los servicios que se facturan por la atención a un paciente ya que permite que se registren con precisión y facilita su reporte a facturación para el cobro, lo que evita la subfacturación que se presenta cuando las historias clínicas son llevadas en papel.

4.2.2.1.2 Barreras para la implementación de la historia clínica Electrónica

Aunque HCE ha generado gran interés en las instituciones de salud por los resultados positivos que se generan en las instituciones que la adoptan. Su nivel de adopción aun es bajo, lo que pone de presente la existencia de unas barreras, entre las que se encuentran entre otras según (Boonstra y Broekhuis, 2010) las siguientes:

Financieras: Los altos costos que demandan la inversión inicial para poner en funcionamiento la HCE como el mantenimiento de esta, la incertidumbre sobre el retorno de la inversión y la falta de líneas de financiamiento.

Técnicas. El tratar de implementar la HCE en su totalidad de una vez y no modulo por modulo, bajo nivel de capacitación en informática de los médicos y auxiliares, problemas de interoperabilidad e interconexión con el sistema de información instalado que no permiten la

incorporación de la historia a las practicas existentes, el bajo nivel de promoción de la confiabilidad y disponibilidad de la historia.

Tiempo. La elevada cantidad de tiempo que hay que dedicarle a la implementación, digitalización de las historia clínicas en papel y a la capacitación a los usuarios cuando se pone en marcha en una institución de salud la HCE y la carencia de ayudas fáciles de usar para las personas que las necesitan.

Psicológicas. Resistencia al cambio debido a las dudas sobre la utilidad de la HCE, el no introducir a los profesionales de la salud de forma voluntaria en el uso HCE, no adaptar el sistema a la práctica médica actual y no establecer un periodo de prueba,

Sociales. Cuando no se discute las ventajas y desventajas de la HCE tanto para los médicos como para los pacientes, la falta de apoyo a los profesionales de la salud que ya son usuarios del sistema y el bajo o nulo respaldo de los directivos de la institución.

Legales. Cuando no se tratan adecuadamente los aspectos relacionados con la seguridad y privacidad de la información.

Organizacionales. El tamaño de la organización las HCE son adoptadas más rápidamente en las organizaciones de mayor tamaño que en los consultorios particulares.

Proceso de Cambio. La falta de un médico líder que oriente el proyecto y promueva la participación de los demás para una adecuada transición de la historia clínica en papel a la digitalizada.

La HCE, permite crear alrededor de ella un sistema de atención que incluye la gestión electrónica de la farmacia, de las imágenes diagnósticas y los sistemas de información de los laboratorios que ponen en el centro de la atención al paciente el cual mediante el uso de las TIC, el cual podrá acceder cada vez a más servicios fuera de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

4.2.2.2 Gestión electrónica de farmacoterapia

La prescripción de los medicamentos a las personas que presentan problemas de salud es una de las actividades más frecuentes que realizan los profesionales por eso la Organización Mundial de la Salud (1985) considero que se debe hacer uso racional de estos, por lo tanto los pacientes deben recibir únicamente los medicamentos que necesitan de acuerdo con su

enfermedad, en la dosis correspondiente, por un periodo adecuado de tiempo y al menor costo posible para él y el sistema de salud.

Entre los factores que más contribuyen al logro de un uso racional de los medicamentos se encuentran los siguientes elementos que hacen parte de la gestión de la farmacoterapia: adquisición, prescripción, dispensación y facturación; los cuales cuando son realizados con el uso de las TIC dan paso a la gestión electrónica de la farmacoterapia.

Los elementos básicos de la gestión electrónica de acuerdo con Martin y Ceruelo (2012) son las Base de datos de medicamentos y los sistemas de información, además de la receta electrónica, la dispensación, facturación y adquisición de medicamentos.

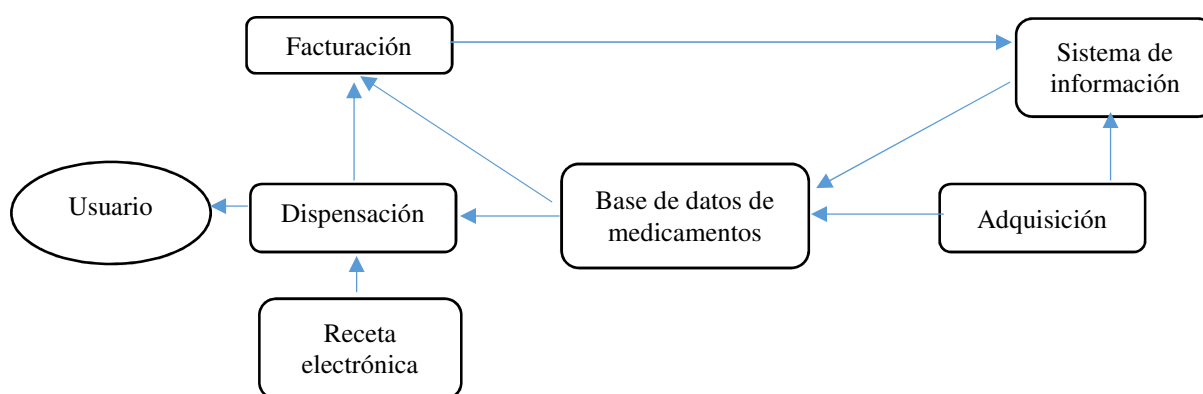


Figura 6. Esquema de Farmacoterapia electrónica

Fuente: El autor con base en Martin y Ceruelo (2012).

4.2.3 Política farmacéutica

El país cuenta con una política farmacéutica nacional que se adoptó mediante el Conpes 155 de 2012, que parte del diagnóstico que en el país hay un acceso inequitativo a los medicamentos con base en este plantea como objetivo central: Contribuir al logro de los resultados en salud de los colombianos mediante el acceso equitativo de la población a medicamentos efectivos y a servicios farmacéuticos de calidad.

Para el logro de su objetivo diseño diez estrategias: 1) Información confiable, oportuna y publica, con el propósito de resolver los problemas que se presentan de transparencia, asimetría en la información de los precios, gasto, consumo, uso y calidad de los medicamentos. 2) institucionalidad eficaz, eficiente y coherente, con la cual se pretende crear la institucionalidad para el seguimiento de la política farmacéutica, 3) adecuación de la oferta y competencia del

recurso humano, se busca la actualización curricular de los programas de formación de acuerdo a las competencias que necesita la industria y la cantidad que esta demanda, 4) instrumentos para la regulación de precios, la cual tiene como propósito empoderar la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos para la definición de una metodología y los mecanismos para la regulación de los precios de los medicamentos, 5) fortalecimiento de la rectoría y del sistema de vigilancia con enfoque de gestión de riesgos. Busca asegurar la calidad y la efectividad clínica de los medicamentos, 6) compromiso con la sostenibilidad ambiental y aprovechamiento de la biodiversidad. Lograr la articulación a la normatividad vigente de la gestión de los residuos farmacéuticos y los procesos de producción sustentable de los medicamentos que se fabrican mediante el aprovechamiento de la biodiversidad, 7) adecuación de la oferta de los medicamentos a las necesidades nacionales y regionales. Realizar la investigación de mercado y la producción de medicamentos genéricos que garanticen la disponibilidad de medicamentos en el país, 8) desarrollo de programas especiales de acceso a medicamentos. Tiene como propósito desarrollar programas que incorporen negociación centralizada de precios, programas de gestión de beneficios de alto costo y baja prevalencia para enfermedades priorizadas, 9) diseño de redes de servicios farmacéuticos. La creación de programas de acreditación en calidad para la cualificación y mejoramiento de los servicios farmacéuticos y 10) promoción del uso racional de medicamentos. Consiste en la incorporación de la TIC para el seguimiento de los resultados en salud al uso de los medicamentos.

Posteriormente el gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, contempla la posibilidad de realizar negociaciones centralizadas de medicamentos con el fin de alcanzar mayores eficiencias en los precios que los alcanzados mediante el control de estos.

4.3 Factores institucionales

Entre los factores institucionales tratados, se encuentran los temas de cobertura en salud, la unidad de pago por capitación, el plan de beneficios, las finanzas, las principales causas de mortalidad, la desigualdad en los estados de salud, entre regiones y calidad.

4.3.1 Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Uno de los aspectos en los cuales el actual sistema de salud colombiano presenta grandes avances es el de la cobertura, aunque aún no se ha logrado su totalidad, en las dos fechas propuestas para tal fin. La primera fue en el 2000 y, posteriormente, en el 2010; en esta fecha, el aseguramiento en salud era del 88,05%. Esta cifra se ha incrementado hasta alcanzar -en el 2017- el 94,41% del total de la población. Se podría decir que es una cobertura universal.

Tabla 10. Afiliados a los Régimenes Contributivo y Subsidiado y Especial (2008-2016)

Año	Régimen contributivo	Porcentaje de afiliados RC	Régimen Subsidiado	Porcentaje de afiliados RS	Régimen Especial	Total Afiliados	cobertura
2008	18.405.579	41,41%	18.603.005	41,85%		37.008.584	83,26%
2009	18.046.744	40,12%	21.014.614	46,72%		39.061.358	86,84%
2010	18.462.916	40,57%	21.606.423	47,48%		40.069.339	88,05%
2011	19.756.257	42,91%	22.295.165	48,42%	371.269	41.210.965	89,50%
2012	19.957.739	42,84%	22.605.295	48,53%	389.799	42.952.766	92,21%
2013	20.150.266	42,76%	22.669.543	48,11%	387.664	42.752.241	90,73%
2014	20.760.123	43,56%	22.882.669	48,01%	1.849.615	45.492.407	95,45%
2015	21.267.181	44,12%	23.224.765	48,18%	2.038.543	46.363.560	96,18%
2016	22.199.204	47,84%	22.171.463	47,79%	2.027.578	46.398.245	95,18%
2017	22.045.454	47,37%	22.434.577	48,21%	2.054.181	46.534.212	94,41%

Fuentes: El autor con base en SISPRO (2018).

Comparada la cobertura en salud de Colombia con países como Costa Rica, México, Chile y Japón. El primero, muestra un mayor nivel de cobertura en salud que los otros países superando a Costa Rica por un 11,41%, a Chile por el 4,18% y a México por el 3,88% y muy cerca de los países como Japón que cuentan con el 100% de cobertura; reafirmandose los grandes avances del país en materia de aseguramiento en salud.

Tabla 11. Cobertura en salud en Salud de Colombia, costa Rica, México y Chile (2009-2015)

Año	Cobertura				
	Colombia	Costa Rica	México	Chile	Japón
2009	86,84%		73,50%	74,00%	100,00%
2011	89,50%	85,40%	86,70%	96,80%	100,00%
2013	90,73%	85,80%	98,90%	98,20%	100,00%
2015	96,18%	84,77%	92,30%	92,00%	100,00%

Fuente: El autor con base en SISPRO (2017), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2017) y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2015).

4.3.2 Unidad de pago por capitación

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor que le reconoce -por afiliado- el sistema de seguridad social en salud a cada EPS: por organizar y prestar los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud a cada uno de estos. Teniendo en cuenta la edad, el género y los factores geográficos.

La UPC ha evolucionado, de acuerdo con el plan obligatorio en salud, hasta el año 2011. En esta fecha, el gobierno igualó los beneficios para los asegurados, tanto del régimen subsidiado como contributivo, mediante un plan de salud único. La UPC del contributivo era casi el doble de la subsidiada; esta odiosa discriminación generaba una de las más grandes inequidades del sistema de salud. Esta situación, en el año 2014, parece haberse subsanado ya que la diferencia entre la UPC de los dos regímenes es mínima. Y, según el gobierno, porque las EPS del régimen contributivo deben pagar las incapacidades de los afiliados que se enferman.

Tabla 12. Evolución de la UPC. Valor en pesos corrientes (199-2018)

Año	UPC-C	UPC-S
1999	241.577	128.530
2000	265.734	141.480
2001	289.120	155.520
2002	304.154	168.023
2003	323.316	179.768
2004	344.974	192.344
2005	365.673	203.886
2006	386.881	215.712
2007	404.215	227.578
2008	430.488	242.370
2009	467.078	267.678
2010	485.013	281.836
2011	505.627	302.040
2012	547.639	433.667
2013	568.944	508.993
2014	593.978	531.389
2015	629.975	563.591
2016	689.508	616.849
2017	746.046	667.429
2018	804.463	719.690

Fuente: Así vamos en salud (2018).

4.3.3 Plan de beneficios

Son los beneficios a que tienen derecho los afiliados EPS del régimen contributivo y subsidiado. Cuyas exclusiones están, consagradas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, que prohíbe la financiación con recursos públicos los servicios y tecnologías que: Tengan como finalidad primordial un propósito cosmético o santuario; no exista evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica; su uso no haya sido autorizado por autoridad

competente o se encuentren en fase de experimentación o tenga que ser prestado en el exterior. Las exclusiones se realizan, por medio de un mecanismo técnico – científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente consagrado en la Resolución No. 000330 de 2017 del Ministerio de Salud que consta de cuatro fases de: Nominación y priorización, Técnico – científico, de consulta a pacientes potencialmente afectados y adopción y publicación de decisiones.

Se financiarán con recursos públicos: 1) Las prestaciones que garantizan la protección colectiva del derecho a la salud. Estas se escogen con base en un examen a priori de las necesidades de los asegurados y su costo es cubierto con los recursos de la UPC y 2) las prestaciones que garantizan la protección individual del derecho a la salud, las cuales están conformadas por las prestaciones que no hacen parte del grupo de prestaciones colectivas ni de las exclusiones y que son ordenadas a través de la plataforma Mipres y financiadas en el régimen contributivo, con recursos de la nación y, en el subsidiado, con recursos de los departamentos y distritos.

Cada año, a la vez que se pone en marcha el mecanismo para las exclusiones; también se activan los procesos para la incorporación nuevos servicios y tecnologías. Los cuales son evaluados teniendo en cuenta su efectividad relativa y el costo y de acuerdo con los resultados se decide si la tecnología en cuestión entra, o no, al grupo de prestación colectiva financiado por la UPC.

4.3.4 El gasto en salud total

El gasto en salud en Colombia como porcentaje del PIB, en el periodo comprendido entre el año 2010 -2014, se ha incrementado del 6,75% al 7,20%. Aunque en este quinquenio se presentó un aumento de medio punto porcentual del PIB, aún está por abajo del gasto en países como Costa Rica y Canadá que en el año 2014, desembolsaron por este rubro el 9,31% y el 10,44% respectivamente y del promedio mundial por este concepto que en el año antes mencionado fue del 9,89%.

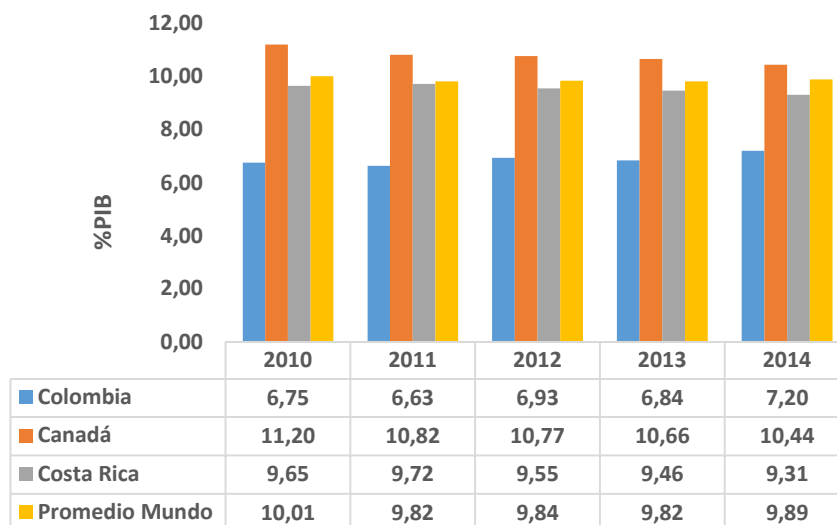


Gráfico 13. El gasto en salud total (% del PIB). (2010 -2014)

Fuente: El autor, con base en Banco Mundial (2018)

4.3.5 Gasto per cápita en salud

El gasto per cápita en salud en Colombia durante el periodo 2010 -2014, se ha incrementado de manera sostenida paso de 422,39 dólares a 569,18 dólares; valor que esta por abajo del promedio mundial que en el 2014 fue de 1.058,51 dólares y de países como Costa Rica y Canadá que fue de 970 y 5.291,74 dólares respectivamente.

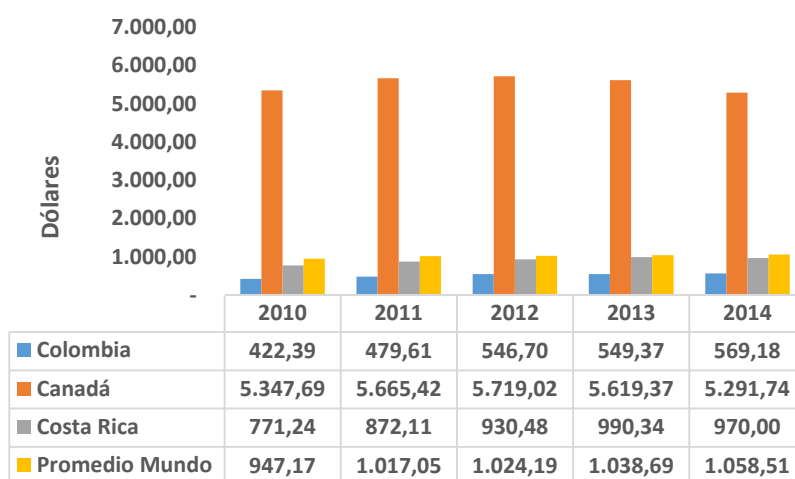


Gráfico 14. El gasto per cápita en salud. (2010 -2014)

Fuente: El autor, con base en Banco Mundial (2018).

4.3.6 Gasto en salud, sector público.

El gasto en salud en el sector público como porcentaje del PIB en Colombia durante el periodo 2010 – 2014, se incrementó pasando del 4,98 a 5,41% %; valor por abajo del promedio mundial que durante el año 2014 fue de 5.96% y de países como Canadá y Costa Rica que fue en el año antes mencionado de 7,41% y de 6,77%, respectivamente.

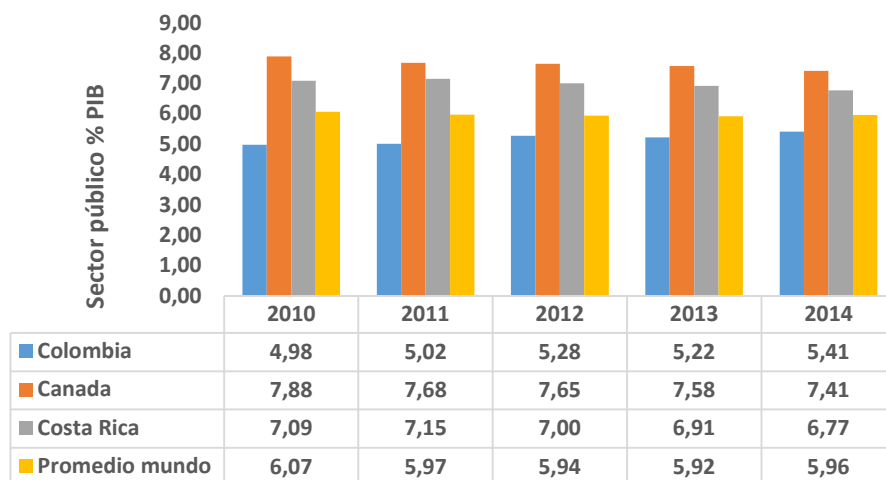


Gráfico 15. Gasto en salud, sector público (% del PIB). (2010 -2014)

Fuente: El autor, con base en Banco Mundial (2018).

El gasto público en salud en el país fue proyectado por Santamaría, Navas, Gómez y López (2017) en tres posibles escenarios: En el escenario base pasó de 5,3% como porcentaje del PIB en el año 2017 a 6,68 en el año 2033 con un incremento cada cinco años de 0.4 puntos porcentuales; en el escenario pesimista paso de 5,3% como porcentaje del PIB en el año 2017 a 8,43% en el año 2033 con un incremento cada cinco años de 1,1 puntos porcentuales y en el escenario optimista paso de 5,3% como porcentaje del PIB en el año 2017 a 6,37 % en el año 2033 con un incremento cada cinco años de 0.3 puntos porcentuales.

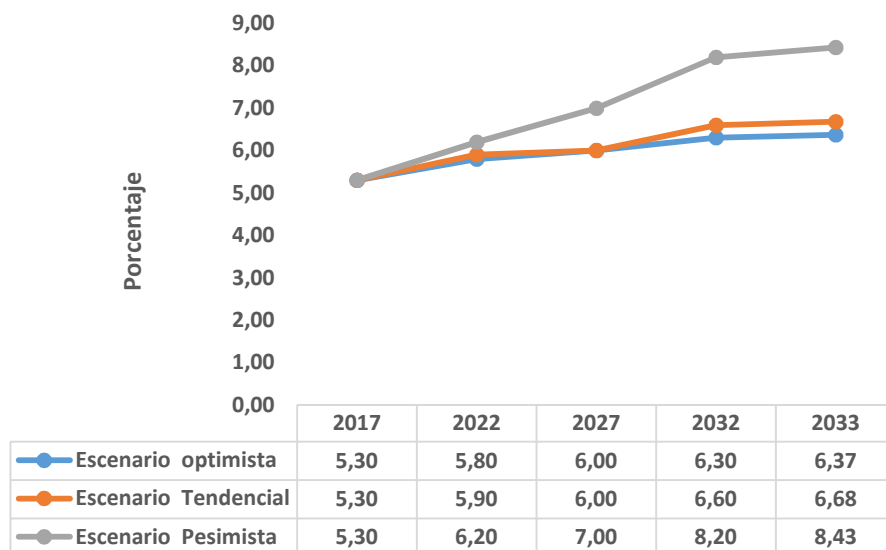


Gráfico 16. Proyección del gasto público en salud como % del PIB

Fuente: El autor, con base en Santamaría, Navas, Gómez y López (2017).

4.3.7 Gasto en Salud, sector privado

El gasto en el sector privado en Colombia expresado en porcentaje del PIB durante el periodo comprendido entre el 2010 -2014, se mantuvo estable pasando de 1,78% al 1,79% muy por abajo del promedio mundial que en el año 2014 fue del 3,931% y de países como Canadá y Costa Rica que durante el año antes mencionado fue de 3,04% % y 2,55% respectivamente.

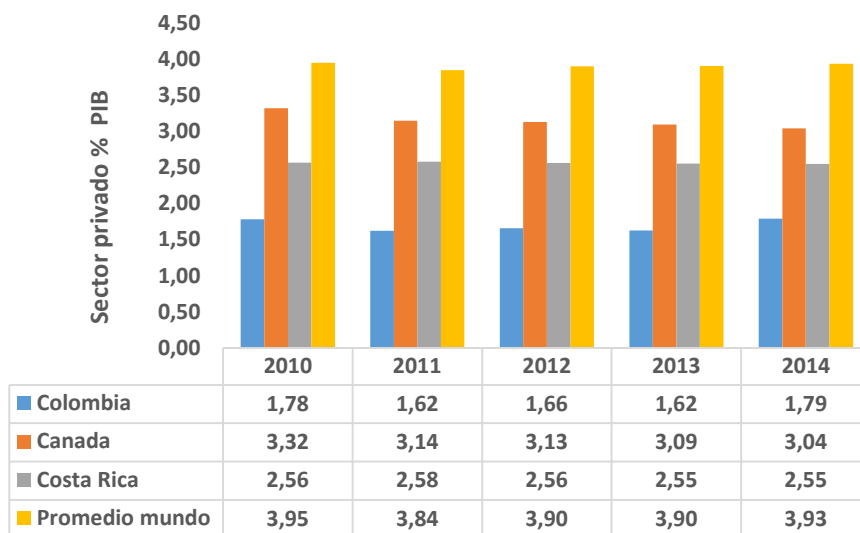


Gráfico 17. Gasto en salud, sector privado (% del PIB). (2010 -2014)

Fuente: El autor, con base en Banco Mundial (2018).

4.3.8 Calidad

La ley 100 de 1993 estableció: 1) La calidad, como uno de los fundamentos de la prestación de los servicios de salud. Esto, con el fin de garantizar una excelente atención a los usuarios de los servicios (Colombia, 1993, art. 153); 2) El Sistema de Acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Colombia, 1993, art. 182) y 3) El Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención de salud, que debe incluir la auditoría médica obligatoria, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, para Garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud (Colombia, 1993, art. 227). Y lo definió así:

El conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud...que se orientarán a las mejoras de los resultados en salud. (Ministerio de Salud, 2006, arts. 2 y 3)

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad está compuesto por el Sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, el Sistema Único de Acreditación y el sistema de información para la calidad. Los cuales se definen a continuación:

- **El Sistema Único de Habilitación.** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos que establece la norma. Esta determina si una institución Prestadora de Servicios de Salud, o una Empresa Promotora de Salud, tiene tanto la capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera como la capacidad técnico administrativa básica, para ingresar y permanecer en el SGSSS. Así, se les da seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos en salud. (Ministerio de Salud, 2006, art. 41).
- **La auditoría de mejoramiento de la calidad.** Es la evaluación continua de la calidad de la atención en salud. Se observa, si la atención en salud está planificada para la retroalimentación y mejoramiento continuo. Así, se podrá dar el salto de los estándares básico de habilitación, hacia estándares superiores que se materializan en la acreditación en salud.
- **El sistema único de acreditación en Salud.** es un: Conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa; destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales, que voluntariamente

decidan acogerse a este proceso”. (Ministerio de Salud, 2006, art. 41).

- **El sistema de Información de la Calidad.** Es un espacio que -a través del monitoreo de indicadores, creados para las EPS y las IPS- se propone evidenciar el nivel de calidad de la atención en salud, que se recibe en el país, y cómo mejorarla. Actualmente, el gobierno ha creado un observatorio de la calidad, cuyo propósito es responder las preguntas: ¿Cuál es la atención en salud que reciben los colombianos? y ¿Cómo mejorarla? Para lo cual: 1) Ha definido unos indicadores para las EPS, en cuatro categorías: Accesibilidad/oportunidad, calidad técnica, gerencia de riesgo y satisfacción/lealtad y 2) para las IPS, en varias categorías: a) Oportunidad en la asignación de citas médica, especializada y odontológica; b) Oportunidad en la atención de urgencia e imagenología; c) Tasas de reingresos y de satisfacción global; d) Tasa de infección intrahospitalaria; e) Proporción de cancelación de cirugías programadas y f) Tasa de mortalidad intrahospitalaria, después de 48 horas; entre otros. Además, realiza una encuesta a los usuarios sobre la calidad de los servicios que les brindan las EPS. Con estos insumos, produce unos informes de calidad de la atención en salud y un Ranking sobre la calidad de las EPS y la IPS.

Hoy en día, cualquier clínica, hospital, consultorio, laboratorio que preste servicios de salud debe estar habilitado para poder iniciar sus labores, pero no sucede lo mismo con el proceso de acreditación. Solo hay 33 instituciones acreditadas (30 son privadas y 3 públicas), de las más de 36.000 IPS, inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, del Ministerio del Ramo.

4.3.9 Acceso a los servicios de salud

Colombia cuenta con una cobertura del aseguramiento en salud que se podría decir es universal. Pero el acceso a los servicios (la capacidad de los usuarios para entrar en el sistema de salud, definida como la identificación de la necesidad de la atención en salud que la persona necesita), su búsqueda y el logro de la prestación del servicio de salud, en forma satisfactoria (Levesque, Harris y Russell, 2013), no es universal. En el año 2016 el 27% de las personas con problemas de salud no recibió atención en salud debido a las barreras de oferta, que son aquellas atribuibles al prestador como: El centro de atención queda lejos, no lo atendieron, muchos

trámites para la cita, mal servicio o cita distanciada en el tiempo, consulto antes y no le resolvieron el problema y lo hacen esperar mucho para atenderlo. (Consejo Privado de Competitividad, 2017)

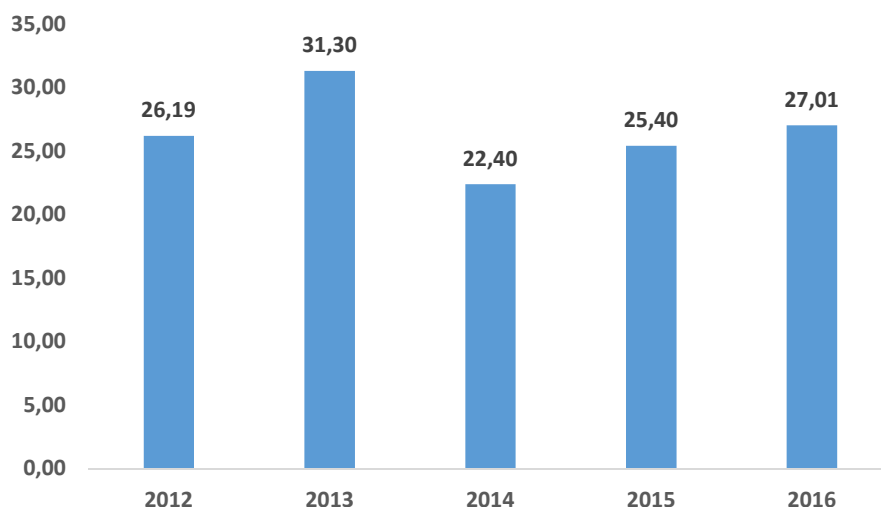


Gráfico 18. Porcentaje de personas con problemas de salud que no solicita o no recibe atención médica debido a las barreras de oferta. 2012-2016

Fuente: El autor, con base en Consejo Privado de Competitividad (2017).

Es claro que la demanda de servicios de salud en el país se incrementado por encima de la oferta, lo cual le ha impedido al sistema de salud cumplir con uno de los principales retos que es garantizar el derecho a la salud mediante el acceso efectivo de las personas a los servicios debido a las barreras de oferta que subsisten en el sistema.

4.3.10 Talento Humano

El talento humano es un factor importante en el desarrollo de un sistema de salud. Aunque el país cuenta con un número de profesionales de la salud que de manera agregada están dentro de los mínimos exigidos por la organización mundial de la salud. En el año 2016 el país contaba 97.483 médicos y 58.470 enfermeras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Pero mirado de manera desagregada el número de médicos encontramos que hay grandes diferencias entre los departamentos mientras en el año 2016: Bogotá contaba con 37,41 médicos por cada 10.000 habitantes; Santander con 22,70; Risaralda con 21,54 y el Valle del Cauca con 20,83 otros departamentos como el Vaupés cuentan con 3,80 médicos por cada 10.000

habitantes; El Chocó 4,92; El Caquetá 8,13 y La Guajira 8,94. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Resultados que muestran la gran concentración de los profesionales de la salud en los centros urbanos mientras en las zonas rurales del país donde habitan 14 millones de habitantes la disponibilidad de médicos es muy baja.

Aunque en el país se ha experimentado un incremento de facultades de salud se presenta un déficit de especialistas para atender las necesidades de la población y para abastecer el modelo de salud propuesto por el Ministerio del ramo. Es así como el Modelo Integral de Atención en Salud necesitara 11.664 médicos especialistas en medicina familiar (1 por cada 4.000 asegurados en salud) y en el año 2016, el país solo contaba 723 profesionales de esta especialidad. En otras especialidades como medicina interna, anestesiología, oncología y urología los pacientes deben esperar más de sesenta días para una cita.

El Ministerio de Salud en los últimos años ha desarrollado el observatorio de talento humano en salud donde se realiza una recolección de datos que les permite a los tomadores de decisiones conocer el número de personas disponibles en el país con formación en salud, la densidad del talento humano en salud por 10.000 habitantes. Pero aún el Ministerio de Salud, el de educación y las Universidades no han podido construir una política que le permita abastecer al sistema de salud del talento humano necesarios para un funcionamiento adecuado.

4.3.11 Tecnologías de la salud en Colombia

La tecnología en salud puede ser evaluada desde dos aspectos la de los dispositivos, medicamentos y procedimientos y el de apropiación por parte del sistema de salud de un país de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

4.3.11.1 Medicamentos, dispositivos y procedimientos

En Colombia por un lado las tecnologías en salud como medicamentos, dispositivos y procedimientos son evaluadas por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) creado por la Ley 1438 del 2011, quien de acuerdo con la evidencia científica recomienda a los tomadores de decisiones que se incorpore al plan de beneficios para ser cubierta con los recursos públicos.

Para la realización de la evaluación de una tecnología en salud en Colombia el IETS, realiza una investigación que parte de una pregunta de investigación que es desarrollada con una metodología, la cual permite tener unos resultados que son válidos y reproducibles y se les transmiten a los tomadores de decisiones para que apoyados en estos determinen si el medicamento, dispositivo o procedimiento en discusión cumple las condiciones para ser pagado con recursos de la Unidad de pago por capitación que entrega el gobierno a las aseguradoras por cada paciente que tienen afiliado.

El cambio tecnológico explica gran parte del crecimiento del gasto en salud en el país, según Gutiérrez y Gómez (2018), teniendo en cuenta dos escenarios: 1) con absorción tecnológica acelerada el gasto público en aseguramiento pasara de representar el 4,3% del PIB en el 2014 al 6,2% en el 2030 y 2) en un escenario más conservador asumiendo que el cambio tecnológico se incrementa como en el pasado el gasto público en aseguramiento pasaría del 4,37% del PIB al 5,35%. En el primer caso el aumento sería de dos puntos porcentuales del PIB y en segundo de un punto porcentual.

4.3.12 Uso y apropiación de las TIC en el sistema de salud en Colombia

Para establecer el uso y Apropiación de la TIC en el sistema de salud iniciaremos por establecer el estado de las TIC en el país y con la situación de las TIC en los hospitales y clínicas públicos y privados de la nación.

4.3.12.1 Las TIC en Colombia

El índice de penetración del internet en el país medido en número de conexiones de internet de banda ancha en el cuarto trimestre del 2017, era de 30.259.849 conexiones que equivalían al 61.4% del total de la población.

En la misma fecha el número de abonados de telefonía móvil era de 62.222. 011 celulares que equivalen a 126,2% de la población, o sea que hay en el país más de un celular por persona; de los cuales 49.539.228, que equivalen al 79,62% son prepagos y 12.682.783 que equivalen al 20,38% son pospago.

En la agenda estratégica de innovación en el nodo de la salud el gobierno identificó seis vectores de desarrollo (Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, 2014):

1. **Entorno normativo y de estandarización.** Se refiere a la normatividad y políticas que debe expedir el ministerio de salud para el funcionamiento de la salud electrónica en el país y para la adopción de estándares técnicos que permitan la interoperabilidad entre los distintos actores del sistema.
2. **Infraestructura TIC para el sector salud.** Desarrollar una infraestructura con hardware, software, procesos y talento humano por parte de las organizaciones que hacen parte del sistema de salud, pero especialmente de las clínicas y hospitales con el fin de mejorar la prestación de los servicios.
3. **TIC para el acceso a la salud.** Con este vector se pretende fortalecer la capacidad resolutoria de las entidades de baja y mediana complejidad aprovechando el nivel de penetración de la TIC con que cuenta el país para prestar servicios de salud a través de herramientas como la telesalud que incluye la telemedicina para consulta; así como el uso de las tecnologías móviles (msalud) que permite a través del celular enviar mensaje o comunicarse con los pacientes para darle información acerca del cuidado de su salud o realizar recordatorios para una cita médica o tomar un medicamento.
4. **Sistemas de información para los pacientes.** Mejorar y hacer más efectiva la gestión sectorial mediante el desarrollo de un sistema de interoperabilidad que permita acceder a las bases de datos, incluso a través de dispositivos electrónicos portables con el fin de incrementar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y uso de la información para la toma de decisiones.
5. **Seguridad del Paciente.** Desarrollar soluciones y aplicaciones que contribuyan a garantizar la trazabilidad de la seguridad del paciente durante el proceso de atención de manera que se puedan determinar los patrones, establecer las variables que permitan definir los elementos necesarios para la futura prevención.
6. **Educación, formación y divulgación.** Es el uso de las herramientas que brindan las TIC para la educación, actualización y formación del recurso humano en salud.

Vectores que se focalizan en el incremento del acceso a los servicios de salud de manera oportuna, efectiva y eficiente y con calidad para contribuir a garantizar el derecho a la salud.

Apropiación de las TIC en las clínicas y hospitales de Colombia

El uso de las TIC en el sector de la salud contribuye al desarrollo de nuevas soluciones que permiten mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud de manera oportuna aportando a la reducción de las desigualdades entre las personas, a la coordinación de los diferentes actores del sistema y al mejoramiento de la eficiencia y calidad de la gestión de las clínicas y hospitales.

Según Delgado (2016) el 48% de los hospitales y clínicas afiliados a la Asociación de hospitales y clínicas (ACHC) se encuentran satisfecho con el nivel de conectividad y equipamientos de las TIC; por su naturaleza los privados están más satisfechos que los públicos (58,96% a 35,7%) y por el grado de complejidad las Instituciones prestadoras de servicios de alta complejidad están más satisfechas que las de baja complejidad (60,8% a 29,0%). Realizada una evaluación del grado de implementación de las TIC según la naturaleza y la complejidad de las clínicas y hospitales para el periodo 2015 -2016. Se presenta la siguiente situación. (Ver Tabla 13). Por su naturaleza que son las instituciones privada las que tienen en un mayor porcentaje totalmente implementadas las historias clínicas electrónicas, la presencia en las red y redes sociales, el intranet institucional, los trámites en línea, los programas de capacitación para los paciente y los programas de formación en líneas

Tabla 13. Evaluación del grado de implementación de las TIC, según naturaleza y complejidad 2015-2016

Aspecto evaluado	Nivel de implementación	Naturaleza			Complejidad		
		Publica	Mixta	Privada	Baja	Media	Alta
Historia clínica electrónica	Totalmente implementada	54,8%	100,0%	82,1%	61,3%	61,1%	80,4%
	Parcialmente implementada	33,3%	0,0%	17,9%	32,3%	27,8%	17,6%
	No	11,9%	0,0%	0,0%	6,5%	11,1%	2,0%
Presencia de su institución en la red	Totalmente implementada	57,1%	100,0%	71,4%	45,2%	77,8%	74,5%
	Parcialmente implementada	33,3%	0,0%	25,0%	41,9%	22,2%	21,6%
	No	7,1%	0,0%	3,6%	9,7%	0,0%	3,9%
Intranet Institucional	Totalmente implementada	47,6%	100,0%	76,8%	41,9%	61,1%	80,4%
	Parcialmente implementada	28,6%	0,0%	16,1%	25,8%	33,3%	13,7%
	No	23,8%	0,0%	7,1%	32,3%	5,6%	5,9%
Presencia en redes sociales	Totalmente implementada	54,8%	100,0%	58,9%	45,2%	61,1%	64,7%
	Parcialmente implementada	19,0%	0,0%	25,0%	22,6%	33,3%	17,6%
	No	26,2%	0,0%	16,1%	32,3%	5,6%	17,6%
Tramites en línea	Totalmente implementada	9,5%	50,0%	16,1%	6,5%	11,1%	19,5%
	Parcialmente implementada	16,7%	50,0%	25,0%	9,7%	16,7%	31,4%
	No	73,8%	0,0%	58,9%	83,9%	72,2%	49,0%
Programa de capacitación y/o talleres en línea para pacientes	Totalmente implementada	2,4%	50,0%	10,7%	3,2%	5,6%	11,8%
	Parcialmente implementada	4,8%	0,0%	10,7%	3,2%	0,0%	13,7%
	No	92,9%	50,0%	78,6%	93,5%	94,4%	74,5%
Programa de formación en línea para los profesionales adscritos a su institución	Totalmente implementada	9,5%	0,0%	19,6%	3,2%	11,1%	23,5%
	Parcialmente implementada	16,75	50,0%	30,4%	6,5%	27,8%	35,3%
	No	73,8%	50,0%	50,0%	90,3%	61,1%	41,2%

Fuente: Delgado (2016) .

4.4 Resultados en salud

Se analizaron las principales causas de mortalidad y la desigualdad entre regiones que se evidencio a través de la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad en menores de cinco años.

4.4.1 Principales causas de mortalidad

Desde el año de 1990, las enfermedades isquémicas del corazón comenzaron a estar entre las dos primeras causas de mortalidad en el país, y las enfermedades de hipertensión, como la décima causa. En el año 2000, ya comenzaba a ser clara la prevalencia de las enfermedades isquémicas: segundo lugar; las enfermedades cerebro vasculares: tercer lugar; las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores: cuarto lugar y la diabetes mellitus y las enfermedades hipertensiva: sexto y séptimo lugar; respectivamente. En el 2005, las enfermedades isquémicas del corazón ocupaban el primer lugar. En el año 2015, las enfermedades cerebrovasculares, las crónicas de vías respiratorias inferiores, la neumonía, las hipertensivas, la diabetes mellitus, los tumores malignos del estómago y las de tráquea y bronquios se posicionaron entre las diez primeras causas de mortalidad. Las prevenibles son: las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares y las diabetes tipo 2, en un 70%. Y los cánceres, en un 30%.

Tabla 14. Cambios quinquenales en las diez primeras causas de mortalidad

1990	1995	2000	2005	2010	2015p
HOM 70,42	HOM 62,56	HOM 71,44	EIC 61,38	EIC 61,38	EIC 16,3
EIC 49,09	EIC 53,47	EIC 55,59	HOM 44,02	HOM 44,02	ECV 7,00
OEAR 36,57	OEAR 38,96	ECV 34,69	ECV 32,26	ECV 32,26	ECVRI 6,5
ECPYC 33,88	ECV 34,12	ECVRI 20,47	ECVRI 23,24	ECVRI 23,24	HOM 4,9
ECV 28,95	TMOD 23,18	ACC TRANS 19,10	DIAB MELL 6,95	DIAB MELL 16,95	NEUM 3,9
TMOD 23,03	ECPYC 22,70	DIAB MELL 16,62	IRA 15,47	IRA 15,47	EHIP 3,9
AOPP 16,38	ACC TRANS 19,10	EHIP 13,75	ACC TRANS 14,14	OESISTDIG 11,32	DIAB MELL 3,4
OTROS ACC 16,82	EOPAD 16,45	IRA 12,43	OESISTDIG 11,32	EHIP 12,05	ACC TRANS 2,8
EOPAD 15,95	EHIP 13,75	TREPP 11,92	EHIP 12,05	ACC TRANS 14,14	TMESTOM 2,4
EHIP 14,26	EGEMTI 13,50	OESISTDIG 11,32	TMESTOM 10,59	ESISTURI 11,51	TM DE TBRON 2,2

Fuente: DANE (2017 g).

4.4.2 Desigualdad en el estado de salud entre regiones

Los estados de salud de la población de los departamentos y distritos, ubicados en el centro del país, son mejores que los estados de salud de los departamentos de la periferia. Esto se puede medir con dos indicadores: la razón de mortalidad materna y la mortalidad en menores de cinco años

4.4.2.1 Razón de mortalidad materna.

La Razón de mortalidad materna (RMM), en Colombia, no ha logrado la meta que se fijó en los objetivos del milenio (ODM). Para cumplirlo, se debió reducir (entre 2010 y el 2014), cada año, la RMM, en 6,5 puntos hasta lograr la meta 48,8. Hasta el año 2013, solo Antioquia, Bogotá y Caldas habían logrado la meta y el promedio nacional era de 58,59. Otros departamentos -como Amazonas, Vichada, Chocó y Guajira- presentan RMM que van desde 140,85 hasta 447,43. Como se puede observar, existe una gran desigualdad entre las diferentes regiones del país.

Tabla 15. Razón de mortalidad Materna

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013
Antioquia	60,50	52,42	58,89	53,15	44,47
Bogotá D.C.	53,54	39,66	44,86	43,62	25,18
Caldas	104,50	73,54	774,83	66,32	19,64
Valle	58,24	60,48	58,83	80,49	51,41
Amazonas	391,85	n/d	146,09	127,96	141,84
Vichada	235,57	118,34	228,57	188,32	366,64
Chocó	126,88	196,53	341,63	240,65	163,98
Guajira	220,46	154,95	173,56	135,81	235,45
Promedio Nacional	72,88	74,09	71,22	68,70	58,59

Fuente: Así vamos en salud (2017).

4.4.2.2 Tasa de mortalidad en menores de cinco años.

Este es otro indicador el país cumplió la meta de los ODM: 14 muertes por cada 1000 nacidos vivos, en el año 2015. Departamentos como Antioquia, Bogotá, Quindío y Valle, desde hace varios años, presentan indicadores por debajo de la meta propuesta. Otros departamentos -

ubicados en las zonas más alejadas del centro del país, como Amazonas, Guainía, Chocó y Vaupés- presentan sobrepasan ampliamente la meta nacional. Aquí, se evidencia la desigualdad que existe entre las regiones del centro del país y las de la periferia.

Tabla 16. Mortalidad en menores de cinco años (2009 – 2013)

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013
Antioquia	14,12	14,28	12,68	11,84	11,75
Bogotá D.C.	13,82	13,78	15,05	15,24	13,62
Quindío	18,51	15,77	12,44	11,42	10,51
Valle	13,81	13,84	14,62	14,53	14,12
Amazonas	39,67	32,49	16,90	21,21	29,58
Guainía	60,26	47,46	25,21	25,00	29,11
Chocó	46,76	42,34	23,63	28,11	22,62
Vaupés	53,40	49,13	49,16	26,43	40,00
Promedio Nacional	16,63	15,69	14,81	14,51	14,12

Fuente: Así vamos en salud (2017).

4.5 Análisis comparativo de los sistemas de salud

Con el fin de tener una visión sobre la realidad de los sistemas de salud en el mundo se presentan 11 sistemas de salud de diferentes partes del mundo a los cuales se les revisa teniendo en cuenta las siguientes variables: rol del gobierno, financiación, plan de beneficio y Las TIC en la Salud

4.5.1 Alemania

4.5.1.1 Rol del gobierno

El aseguramiento en salud es obligatorio para todos los ciudadanos y residentes en el país, quienes se afilian al Sistema de Seguros Obligatorio de Salud, que tiene dos tipos de instituciones: 1) Los fondos de seguro de salud o “fondos de enfermedad” que son organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, (en enero del 2016, estaban funcionando 118) que hacen parte del Sistema de Seguros Obligatorio de Salud y 2) los Seguros Sustitutivos de Salud Privados, los cuales son más atractivos para las personas joven con altos ingresos ya que las aseguradoras pueden ofrecerles un amplio rango de servicios con bajas primas.

El sistema de salud se caracteriza por lo siguiente: 1) La manera como comparten el poder en la toma de decisiones los estados, el gobierno federal y las organizaciones autorreguladas de proveedores y pagadores y 2) La separación entre el Seguro obligatorio de Salud y los Seguros privados de Salud, aunque utilizan los mismos proveedores. El Federal Joint Committee es el encargado de determinar la cobertura de los servicios que cubrirán los fondos de enfermedad y el nivel de la calidad con que deben ser prestados los servicios de salud por los proveedores.

4.5.1.2 Financiación

Con contribuciones a la nómina pagados por los empleados y empleadores e impuestos federales. En el año 2014, el gasto total en salud de del 11,2% del PIB, de los cuales el 74% correspondían a recursos públicos, en el Seguro Obligatorio de Salud se gasta el 58% del gasto total en salud. (Blumel y Busse, 2017).

4.5.1.3 Planes de Beneficios

El Seguro Obligatorio de Salud, cubre servicios tales como: La atención preventiva en salud, servicios médicos, cuidados hospitalarios, cuidados de salud mental, odontología, optometría, terapia física, medicamentos, medicamentos para el SIDA, rehabilitación y cuidados paliativos. Los cuidados preventivos incluyen chequeo odontológico regular, vacunación, control de las enfermedades crónicas no transmisibles y detección temprana del cáncer.

4.5.1.4 TIC en la Salud

A partir del 2015, todos los afiliados al seguro obligatorio de salud, portan una tarjeta con chip electrónico, donde se codifica la información de la persona como : nombre, dirección, fecha de nacimiento, fondo de enfermedad al que pertenece con los detalles sobre la cobertura del seguro y el estado de salud de la persona. En el 2015 se aprobó la ley para la comunicación digital segura y el uso de las aplicaciones para el cuidado en salud (E- health act) que señala plazos concretos para la implementación de la infraestructura electrónica y las aplicaciones en salud con sus respectivos incentivos y sanciones para quienes la incumplen.

4.5.2 Australia

4.5.2.1 Rol del Gobierno

Los tres niveles del gobierno (federal, regional y local) son responsables de la provisión universal de los cuidados de salud: El gobierno federal provee los fondos para subsidiar la provisión de los cuidados primarios en salud a través de los esquemas de beneficios de cuidados médicos y del esquema de beneficios farmacéuticos; el gobierno regional es el responsable de la prestación de los servicios de salud a través de los hospitales públicos, servicios de ambulancia y odontología y el gobierno local presta los servicios de salud preventiva y comunitaria.

4.5.2.2 Financiación

Se financia con impuestos generales y de destinación exclusiva. El gasto en salud en el periodo 2014 – 2015, ascendió al 10% del PIB, el gasto público en salud asciende a las dos tercera partes del gasto total (Glover, 2017) y se financia por medio de impuestos generales y de destinación exclusiva.

4.5.2.3 Planes de Beneficios

Todos los Ciudadanos Australianos, residentes con visa permanente y ciudadanos de Nueva Zelanda gozan a un *medicare* que les da derecho a la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos y cuidados hospitalarios que el estado provee de manera gratuita a través de los hospitales públicos (698 hospitales con un número aproximado de 60.300 camas) organizados en las redes locales de hospitales. Los servicios de atención primaria solo pueden ser prestados por entidades públicas a través del Medicare que tiene una cobertura universal. También están los seguros de salud privados de salud cuyos servicios son prestados en los hospitales privados (624 con una capacidad de 32.000 camas) que presentan una mayor oportunidad en el acceso a los servicios de salud.

4.5.2.4 Las TIC en la salud

La Agencia Australiana de la Salud Digital, creada en el año 2016, es la responsable de la estrategia digital en salud, que actualmente está operando un programa de e-salud a nivel nacional basado en un código único de identificación. En el año 2016 se habían registrado cuatro millones de pacientes y más de 8.900 proveedores.

4.5.3 Canadá

4.5.3.1 Rol del Gobierno

El gobierno federal cofinancia con el provincial y el territorial los programas contemplados en la ley de salud de Canadá (1985) que establece los estándares “médicos necesarios” a que tienen derecho las personas en cuanto a hospitalización, diagnóstico y servicios médicos. Por el alto nivel de descentralización las provincias lideran la administración y gobernanza de los sistemas de salud. Son las responsables de la organización, prestación de los servicios de salud y supervisión a los prestadores de servicios de salud. Muchas han establecidos una autoridad regional que planifica y financia la prestación de la atención hospitalaria, comunitaria y a los adultos mayores; así como los servicios de salud mental y pública. Cada provincia administra su propio programa de seguros de salud con cobertura universal y portabilidad entre las provincias.

4.5.3.2 Financiación

El gasto en salud se financia con ingresos fiscales federales y provinciales, se estima que en el 2016 alcanzó un valor comprendido entre 8% - 11.1% del PIB, de los cuales 69,8% se corresponden a recursos públicos. En el año 2014 el gasto de bolsillo representaba el 14% del gasto total en salud. (Allin y Rudoler, 2017).

4.5.3.3 Plan de beneficios

La financiación pública de los cuidados de salud cubre los servicios medicamente necesarios, diagnóstico y servicios de hospitalización incluyendo los medicamentos para todos los residentes.

El plan de beneficios no está definido a nivel nacional. Las decisiones sobre la cobertura de los planes de beneficios se toman entre los gobiernos provincial y territorial con los profesionales de la salud. Es así como varios gobiernos provinciales proveen en sus planes de beneficios servicios que no están contemplados en las otras provincias. Además prestan servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los pacientes pueden escoger libremente el médico para los cuidados primarios. Los seguros privados cubren los servicios de salud que no son financiados con recursos públicos. La mayoría de las primas son pagadas por los empleadores y organizaciones gremiales que afilian a sus miembros en conjunto. Estas organizaciones percibieron en el año 2014 el 12% del gasto total en salud.

4.5.3.4 Las TIC en salud

No hay una estrategia nacional para la implementación de la historia clínica electrónica ni de un número único de identificación del paciente. Cada provincia y territorio es responsable por el desarrollo de su sistema de información electrónico apoyado por el Canada Health Infoway.

4.5.4 Costa Rica

4.5.4.1 Rol del gobierno

El sistema de salud de Costa Rica además de la gestión de los servicios de salud, presta servicios de acueductos y saneamiento. El Ministerio de Salud ejerce la rectoría del sistema, es el responsable de la dirección estratégica de la salud, de regular los proveedores, de la vigilancia epidemiológica y de orientar la investigación y el desarrollo tecnológico del sector. Es en compañía de la Caja Costarricense de Seguro social el responsable de financiar ciertos servicios de salud como la vacunación. La Caja Costarricense de Seguro Social es el principal asegurador y proveedor de servicios de salud, es la encargada de administrar el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte y el régimen no contributivo. Lo cual le permite financiar la compra y la provisión de la mayoría de los servicios de salud en sus propias instalaciones o mediante contratos al sector privado.

El Instituto Nacional de Seguros. Cubre la demanda de servicios de salud ocasionados por los riesgos laborales o accidentes de tránsito.

Este país goza infraestructura de atención primaria en salud que tiene como punto de contacto con los usuarios la Equipos Básicos de Atención Integral de Salud que son la unidad funcional de prestación de servicios de atención primaria a un grupo máximo de 1.000 hogares.

4.5.4.2 Financiación

El sistema de salud se financia con impuestos y contribuciones de los empleados y patrones el gasto en salud en el año 2014, ascendió al 9,3% del PIB. El gasto de bolsillo se ha incrementado paso del 18,7% en el año 2.000 al 24,9% en el año 2014. (OCDE, 2017).

4.5.4.3 Planes de Beneficios

El Seguro de enfermedad y maternidad cubre los siguientes servicios de salud: Las acciones de promoción y prevención, curación y rehabilitación, asistencia médica especializada, hospitalización, servicios diagnósticos y odontología. El seguro de vejez, invalidez y muerte cubre pensión por vejez, invalidez y por orfandad y viudez y el régimen no contributivo ofrece las prestaciones ordinarias del seguro de enfermedad y maternidad.

4.5.4.4 Las TIC en salud. En el 2011

La Asamblea legislativa de la República de Costa Rica aprobó la ley que creaba el Expediente Digital Único en Salud, que es un sistema digital que permite el acceso rápido y seguro desde cualquier lugar del país a los datos en salud de los usuarios asegurados. La primera etapa ya se realizó en la totalidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel los EBAIS, clínicas y áreas de salud y la segunda etapa que aborda el nivel hospitalario se ha implementado en un 98%, lo cual le permitirá a los usuarios acceder a sus datos en salud a través de la aplicación EDUS y los medico realizarán sus apuntes en una tableta.

4.5.5 Dinamarca

4.5.5.1 Rol del gobierno

El gobierno nacional se encarga de establecer el marco regulatorio, de la planificación general y supervisión de los servicios de salud incluidos los mecanismos de control de costos, la supervisión del personal de salud y el desarrollo de la gestión de la calidad. La aprobación de los planes regionales de salud y de los acuerdos de salud entre las regiones y las municipalidades para coordinar la prestación de los servicios de salud. Las regiones son las encargadas de la prestación de los servicios especializados, de la gestión y financiación de los hospitales y las municipalidades son los responsables de la financiación y prestación de los servicios de prevención, de los hogares de ancianos y cuidados de enfermería en casa.

4.5.5.2 Financiación

El gasto total en salud en el 2015, fue del 10.6% del PIB, del cual el 84.2% correspondía al gasto público en salud que proviene del impuesto nacional de salud que es del 8% de los ingresos gravables. (Vrangbaek, 2017).

4.5.5.3 Planes de beneficios

La asistencia sanitaria pública cubre todos los servicios de atención primaria, especialistas, hospitalización y cuidados preventivos así como las acciones de salud mental y servicios de cuidado a largo plazo. Los servicios dentales son cubiertos en su totalidad hasta los 18 años. Los medicamentos, los cuidados dentales para adultos, la fisioterapia y los servicios de optometría son subsidiados. Los seguros privados de salud son comprados de forma voluntaria principalmente para medicamentos, odontología y los servicios no cubiertos por el estado. La cobertura en salud es universal

4.5.5.4 TIC en la salud

Las TIC son usadas en todos los niveles del sistema de salud como parte de una estrategia nacional soportada por la agencia nacional de tecnologías de la salud. Cada región tiene su propio sistema de historia clínica electrónica que es compatible con los de las otras regiones

4.5.6 Francia

4.5.6.1.1 El rol del gobierno

La responsabilidad de la provisión de los servicios de salud es de la nación. El Ministerio de Asuntos sociales, Salud y Derechos de la Mujer. Es el responsable de definir la estrategia nacional, establecer e implementar la política gubernamental en el área de salud pública, la financiación del sistema de salud en el marco de la ley de salud pública y de la negociación con los representantes de los aseguradores del seguro obligatorio en salud cuyos resultados son convertidos en ley por el parlamento.

En las regiones el Ministerio está representado por las Agencia Regionales de Salud que son las encargadas de la prestación de los servicios médicos, incluida la prevención y la asistencia social.

4.5.6.2 Financiación

Se financia con impuestos a la nómina pagados por empleadores y empleados, ingresos fiscales e impuestos de destinación exclusiva. En el año 2014, gasto total en salud ascendía al 12% del PIB, del cual el 76.6% era financiado con recursos públicos. El seguro obligatorio de salud es financiado por los empleados y empleadores con impuestos a la nómina (50%), por impuestos a la renta con destinación exclusiva (35%), impuesto al tabaco, alcohol y a la industria farmacéutica (13%) y subsidios del estado (2%). (Durand-Zaleski, 2017).

4.5.6.3 Planes de beneficios

La lista de procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos cubierto por *el Seguro Obligatorio de Salud* son decididos a nivel nacional y aplicados en todas las regiones. Cubre: hospitalización, rehabilitación, servicios médicos ambulatorios, imágenes diagnósticas y laboratorios entre otros.

Los seguros de salud privados son voluntarios y complementarios, por lo general prestan los servicios que no cubre el seguro obligatorio de salud.

4.5.6.4 TIC en la Salud

La iniciativa para integrar las historias clínicas electrónicas de los diferentes hospitales ha tenido muchos retrasos, menos del 1% de los pacientes tiene un número único de identificación y cualquier profesional de la salud puede acceder con autorización del paciente.

4.5.7 India

4.5.7.1 Rol del gobierno

La constitución considera como fundamental el derecho a la vida, lo cual obliga al gobierno a asegurar el derecho a la salud para todos.

El gobierno central es responsable por los tratados internacionales de salud, la educación en medicina, la prevención de adulteración de alimentos, el control de la calidad en la manufactura de los alimentos, el control nacional de enfermedades y los programas de planificación familiar, además establece la política nacional de salud incluyendo el marco regulatorio y los soportes de las regiones. Las regiones o estados son los responsables de la organización y prestación de los servicios de salud a todos los residentes.

4.5.7.2 Financiación

El gasto total en salud entre el 2013-2014, fue del 4.02% del PIB, el gasto publico ascendió al 1.15% del PIB y el gasto de bolsillo fue del 69.1% del total del gasto en salud (Gupta y Mrigesh, 2017). Lo que convierte al gasto privado en salud en el mayor porcentaje del gasto total en salud, cuyo gasto público en salud es inferior al promedio de los países de bajos ingresos: 4.5% del PIB.

4.5.7.3 Planes de beneficios

En todos los hospitales del gobierno las personas reciben de forma gratuita la atención preventiva y primaria, hospitalización y los medicamentos esenciales propuestos en un listado. Pero en la práctica las limitaciones por la falta de personal y de suministros restringen el acceso a los servicios. Más de 63 millones de Indios enfrentan el riesgo del empobrecimiento cada año debido a los costos que le generan las enfermedades catastróficas.

Son financiado con recursos público uno de los más grandes programas para la provisión de medicamentos a los enfermos de VIH y los diagnostico y tratamientos para las enfermedades transmitidas por vectores.

4.5.7.4 TIC en la salud.

Desde el año 2015 existe una página web que brinda información al público sobre las enfermedades, programas de salud y planes de seguros y otra que contiene información y datos sobre los indicadores en salud. Ante la creación de múltiples sistemas de información en salud, el ministerio propuso la creación de la Autoridad Nacional de E-salud, para que establezca las normas y los estándares con que se deben desarrollar este tipo de sistemas.

4.5.8 Inglaterra

4.5.8.1 Rol del gobierno

La Secretaria de Estado para la Salud es la encargada de promover un servicio integral de salud a través del Servicio Nacional de Salud (NHS, sigla en inglés) que garantiza el derecho al acceso a la atención en salud sin discriminación, gestiona su presupuesto y asegura que se cumplan los objetivos anuales establecidos por la Secretaria de Estado para la Salud incluidos los referidos a la eficiencia y metas de la salud. El National Institute for Health and Clinical Excellence establece las pautas para los tratamientos clínicamente efectivos y evalúa las nuevas tecnologías por su eficacia y rentabilidad y Las autoridades gubernamentales locales tienen a su cargo la ejecución de los recursos económicos para la salud pública y la organización de la Juntas de Salud y Bienestar que tienen como objetivo mejorar la coordinación de los servicios locales y reducir las inequidades en salud.

4.5.8.2 Financiación

Se Financia con impuestos generales, en el año 2014, el gasto total en salud asciende al 9.9% del PIB. De los cuales el 79,5% fueron para financiar el NHS. El gasto de bolsillo en salud en el año antes mencionado fue del 14.8% del gasto total en salud (Thorlby y Arora, 2017)..

4.5.8.3 Planes de Beneficios

Aunque la cobertura del plan de beneficios no está definido en ninguna norma el NHS proporciona o paga servicios de prevención, hospitalización, servicios médicos, medicamentos, cuidados dental clínicamente necesarios, algunos cuidados de los ojos, servicios de salud mental, cuidados paliativos y cuidados en casa. La cobertura en salud es universal.

Los seguros privados ofrecen una mayor oportunidad en la atención a los servicios hospitalarios, la mayoría de estos no prestan los servicios de salud mental, de maternidad y de urgencias.

4.5.8.4 TIC en la Salud

Cada paciente cuenta con un número de identificación único, lo que permite que todos los registros de los pacientes sean digitales y además pueden solicitar cita y pedir prescripciones. Se prevé que para 2023 el NHS tendrá un único punto de acceso digital para que los pacientes se registren con su médico familiar, reserven citas, reciban las prescripciones, accedan a aplicaciones y herramientas digitales, hablen con su médico en línea o a través de video y puedan acceder a su historia clínica.

4.5.9 Israel

4.5.9.1 El Rol del Gobierno

El gobierno a través del Ministerio de Salud es el responsable del funcionamiento del sistema general de salud. En 1995 aprobó la creación del seguro nacional de salud que tiene cobertura universal y es regulado por el estado lo mismo que los prestadores de los servicios de salud.

4.5.9.2 Financiación

En el año 2015, el Gasto total en Salud ascendió al 7,5% del PIB, de este valor el 62% fue financiado con recurso públicos, siendo este uno de los países que menos recursos le destina a la salud entre los pertenecientes a la OCDE, en el año 2014. El gasto de bolsillo ascendió al 23% del gasto total en salud. (Rosen y Waitzberg, 2017)

4.5.9.3 Cobertura

El seguro Nacional de Salud incluye la atención hospitalaria, de promoción y prevención, consulta médica general y especializada, medicamentos, odontología para niños y adultos, optometría y los servicios paliativos limitados. Se excluyen los cuidados en el hogar aunque dependiendo de la necesidad el seguro proporciona algunos recursos.

Los seguros privados son de dos tipos. 1) El Seguro de Salud Voluntario Privado que le ofrece a cada asegurado un plan de salud y 2) el comercial ofrecido por compañías de seguros con fines de lucro a individuos o grupos. Las primas de salud que se pagan son de acuerdo con la edad y el riesgo del asegurado, lo cual les permite ofrecer planes de beneficios más caros pero más completos. Estos seguros son adquiridos por los usuarios con el fin de asegurar tratamientos que no están incluidos en el plan de beneficios del seguro nacional de salud con tratamientos en el extranjero, atención en hospitales privados y elección de especialistas entre otros.

4.5.9.4 Las Tic en la salud

Cada usuario tiene un número de identificación único, todos los planes de Salud tienen un sistema electrónico de registros de salud que vincula a todos los proveedores: médicos de atención primaria, especialistas, laboratorios y farmacia. Aunque los hospitales están sistematizados no están integrados con el Sistema Electrónico de Registros de Salud de los distintos planes. Actualmente el ministerio de salud lidera un proyecto para integrar a todos los hospitales a este sistema con el fin que se pueda compartir información relevante con los diferentes planes de salud. Los pacientes pueden acceder en línea a algunos componentes de Historia clínica electrónica.

4.5.10 Japón

4.5.10.1 Rol del gobierno

El gobierno regula el Sistema de Seguros de Salud Obligatorio y Universal, conformado por 3.400 aseguradores, establece las tarifas para el aseguramiento, transfiere subsidios a los gobiernos locales, aseguradores y proveedores y hace cumplir a los aseguradores y proveedores la regulación. Las Prefecturas (47) implementan en las regiones las regulaciones nacionales, planifican y prestan los servicios de salud con los fondos transferidos por el gobierno y sus propios recursos. Los municipios (1.700) también operan algunos servicios del aseguramiento en salud y organizan las actividades de promoción de la salud en su área de influencia. Tanto el gobierno nacional como el regional están obligados por la ley a proveer servicios de salud de buena calidad y de manera eficiente.

4.5.10.2 Financiación

El seguro de salud obligatorio y universal se financia con ingresos fiscales y contribuciones de los asegurados, en el año 2013, el gasto total en salud ascendió aproximadamente al 11% del PIB, de los cuales el 84,3% fue financiado con recursos públicos. Todos los asegurados tienen que pagar un copago del 30%, del valor de los servicios de salud y medicamentos recibidos, los niños hasta los seis años y los adultos con bajos ingresos de 70 - 74 años el 20% y los adultos mayores de 75 años con ingresos bajos el 10%. (Matsuda, 2017).

4.5.10.3 Planes de beneficios

El seguro de salud obligatorio y universal, cubre atención primaria en salud, hospitalización, consulta especializada y de salud mental, medicamentos aprobados, servicios de atención domiciliaria, fisioterapia y una gran parte de los cuidados de odontología. Los exámenes de detección del cáncer son realizados por los municipios.

Los seguros privados son tomados como complementarios al seguro de salud obligatorio y universal .prestan los servicios que este no cubre como ortodoncia y lesiones por accidente entre otros.

4.5.10.4 Las TIC en la Salud

Los registros electrónicos de salud solo se han desarrollado de manera experimental en algunas áreas seleccionadas. Actualmente se desarrolla en la nube la digitalización de los datos de las historias clínicas electrónicas y de los proveedores de salud. En el 2016 se implementó un sistema de identificación único para la seguridad social y el pago de impuestos el cual se incorporará a partir del 2018 a la prestación de servicios de salud.

4.5.11 México

4.5.11.1 Rol del gobierno

La Secretaría de Salud es la encargada principalmente de la rectoría del sistema, que comprende las siguientes funciones: La planeación estratégica del sector, la regulación de la atención en salud y sanitaria, la evaluación de los servicios y la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud de la población. El aseguramiento estatal en el sistema de salud esta fraccionado principalmente en tres aseguradoras. El Instituto Mexicanos de Seguro Social (IMSS) al cual se afilian los trabajadores asalariados y los jubilados del sector privado con sus respectivas familias. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es el encargado de asegurar a los trabajadores del gobierno federal con sus respectivas familias y el Seguro Popular de Salud (SPS) que asegura a las personas sin seguridad social. Otras empresas estatales y entidades de las fuerzas armadas como la Secretaría de Defensa Nacional y La Secretaría de Marina cuentan con su propio servicio de seguridad social en salud.

4.5.11.2 Financiación

Se financia con contribuciones de los empleados y el empleador y con recursos del gobierno federal en gran parte y de los gobiernos estatales. En el año 2013, el gasto total en salud ascendía al 6,2% del PIB, inferior al promedio de los países de la OCDE, que era del 8,9% del PIB. Del total del gasto en salud corresponde al gasto público el 51%. (OCDE, 2016).

4.5.11.3 Planes de beneficios

Los afiliados al IMSS y al ISSSTE, tienen derecho a la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y provisión de medicamentos desde el primer hasta el tercer nivel. Los afiliados al SPS, tienen derecho a las intervenciones contempladas en el catalogo universal de servicios de salud (CAUSES), que en el año 2018, contempla 294 intervenciones de acuerdo al siguiente detalle: Prevención y promoción de la salud (27), medicina general y de especialidad (120), urgencias (69), cirugía general (54) y obstetricia (24). Incluido los exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y medicamentos de acuerdo al criterio del médico tratante.

4.5.11.4 Las TIC en la Salud

Se ha implementado un programa de telemedicina, el ISSSTE, mediante el Programa Nacional de Telesalud ha logrado enlazar las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud para realizar consultas con especialistas, además se ha creado una biblioteca virtual que permite al personal de salud acceder vía internet a la información médica actualizada y se realiza por el mismo sistema educación a distancia en un programa de tele- enseñanza.

Se puede concluir que los países que presentan las siguientes características : Tienen como modelo de atención en salud el de cuidados primarios o de atención primaria en salud, con aseguradores único como Costa Rica (la Caja Costarricense del Seguro social) o con aseguradores múltiples como Japón (3400) o Alemania (118), con un gasto total en salud que supera el promedio de la OCDE (en el 2013, 8,9% del PIB) y han descentralizado la prestación de los servicios en las regiones y municipios con funciones bien delimitadas y hasta el aseguramiento como en el caso de Canadá. Son los que presentan mejores desempeño en la prestación de servicios de salud. Países con modelo atención curativo como México y aseguramiento fraccionado o sistema nacional de salud con un gasto total en salud por abajo de promedio de la OCDE y con prestación de servicios centralizados son los que tienen desempeño menos eficientes. Aunque no se puede decir de manera absoluta cual es la fórmula para que los sistemas de salud tengan un desempeño eficiente, se deduce que el modelo atención, el nivel del gastos total en salud y la descentralización de la prestación de los servicios de salud son características importantes para el desempeño de los sistemas de salud.

4.6 Reflexión sobre este capítulo

Colombia ha entrado en la senda del envejecimiento de la población. Según las proyecciones de población, realizadas en Dinámica de Sistemas, por el tesista, en el año 2033, el 23% de la población total tendrá más de 60 años, pero el incremento de este segmento poblacional no será uniforme. El grupo de los mayores de 75 años crecerá a un ritmo más acelerado que el grupo comprendido entre 60 -74 años; lo cual aumentará la demanda de los servicios. De no incrementarse la capacidad instalada del sistema, al mismo ritmo del de la demanda, habrá mayor demanda insatisfecha, en el 2016, debido a barreras de oferta: más del

27% de las personas enfermas no recibieron atención, por este motivo. Esta situación impone la necesidad que tiene el sistema de salud de incrementar su capacidad instalada, al mismo nivel del crecimiento de la demanda, para lograr atender a las personas que necesiten servicios de salud.

La cobertura, en aseguramiento del sistema, continuará por encima del 96%, o sea universal. El índice de correlación entre las variables con que se calcula el valor de la unidad de pago por capitación y este, es muy bajo: 2%. Además, hay una diferencia entre la Unidad de pago del contributivo y la del subsidiado, lo cual se justifica con el argumento de que las aseguradoras del régimen contributivo deben pagar las incapacidades de los asegurados y las del régimen subsidiado no.

La sostenibilidad financiera de la empresa aseguradora está seriamente amenazada. En el año 2014, las empresas aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado presentaban pérdidas por la suma de 7,25 millones de pesos y un defecto en su patrimonio de 5,3 billones de pesos. Con el Decreto 2702 del 2014, se les dio siete años para que tuvieran el patrimonio adecuado y el capital mínimo exigido por la ley. Posteriormente, fue ampliado a diez años y se espera que, al finalizar este periodo, sobreviva un número máximo de diez aseguradoras. Y se implementó un plan de beneficios que busca equilibrar los ingresos con los gastos en salud; este tiene tres partes: 1) Unas exclusiones, propuestas y discutidas con los profesionales y pacientes afectados; 2) Una parte explícita de protección colectiva que se determina a priori y 3) una parte implícita de protección individual que se determina de acuerdo con la necesidad del usuario.

Mientras el sistema de aseguramiento se mantenga en un modelo de atención curativa, no podrá garantizar: 1) El derecho a la salud, 2) la generación de capacidades para disminuir las muertes prevenibles, por las enfermedades crónicas no transmisibles, que se han convertido en la primera causa de mortalidad en el país y 3) las diferencias en los resultados en salud, entre las regiones del centro y los lugares apartados. En los índices: la razón de mortalidad materna y la mortalidad -en menores de cinco años evaluados, en general- el país ha logrado grandes avances; pero, al desglosarse por regiones (entre las periféricas y las centrales) las diferencias son grandes. Lo que muestra la ineficiencia del modelo actual de salud.

CAPÍTULO V. ACTORES Y VALORES

En este capítulo, se describen los actores del sistema de salud, los valores con el nivel de importancia que los diferentes actores del sistema le dan a los cinco que necesita observar una actividad para denominarse humana, la percepción de los actores sobre el poder político de ellos y la percepción sobre la corrupción en Colombia, en los departamentos y los municipios de los cuales hacen parte las secretarías seccionales de salud actores del SGSSS.

Los escenarios de futuro son enunciados que se realizan sobre el futuro. Y se convierten en una realidad, cuando son ejecutados por unos actores, quienes tienen valores y actúan de acuerdo con esto y en este caso como lo señala la Previsión Humana y Social deben conducir a la construcción de futuros humanos por eso se han escogidos los cinco valores que según Cortina (2013) determinan que cualquier actividad sea humana.

La práctica de estos valores determina si sus acciones son o no humanas. Sea cual fuere el sistema de salud, tanto en el presente como en el futuro debe ser humano, para que una actividad sea denominada como humana, debe observar, en su práctica, cinco valores: Igualdad, libertad, respeto, diálogo y solidaridad. (Cortina, 2013). Sobre los cuales, los diferentes actores tienen un nivel de percepción sobre su importancia; de acuerdo con esta, ejercen su práctica en el día a día afectando con las acciones presentes el futuro por venir.

5.1 Actores

Cuando se realizan ejercicios prospectivos, se presentan los diferentes escenarios de futuro y la visión de futuro obtenida, por medio de métodos cuantitativos y cualitativos que permiten hacer enunciados sobre los posibles futuros de una organización, o sistema, como es el caso que nos ocupa. Pero son los actores los que -de una u otra manera- hacen que el futuro escogido se convierta en una realidad, o se quede en un simple enunciado. Aunque -en el caso que nos ocupa- una buena parte de las acciones son tomadas por actores que están fuera del sistema de salud. Por ejemplo, los actores del sector de la educación, quienes, con sus decisiones, determinan aspectos que afectan notablemente el sector de la salud, como la calidad de la educación de los profesionales de la salud.

En un sistema tan complejo y con tantos intereses, como el de la salud en Colombia, son muchos los actores que intervienen. Cada uno con su agenda propia y con sus deseos y temores

que los conducen a actuar, de acuerdo con sus intereses y conveniencias. No hay mecanismo, ni autoridad, ni liderazgo en el gobierno colombiano, que le permita, por un lado, fijar objetivos comunes para la coordinación eficaz, entre los actores del sistema. Y, por el otro, negociar los conflictos de intereses, ya que, entre ellos, predomina la desconfianza, debido a la poca transparencia en sus relaciones.

Entre los actores del Sistema de Salud, de acuerdo con la Resolución No. 330 del 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran los siguientes:

1. Empresas Promotoras de Salud (EPS)
2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
3. Sindicatos de trabajadores de la salud
4. Usuarios y pacientes de los servicios de salud
5. Asociación de profesionales de la salud
6. Instituciones Académicas y de investigación
7. Industria Farmacéutica y de dispositivos
8. Congreso de la República
9. Ministerio de Salud
10. Superintendencia Nacional de Salud
11. Instituto Nacional de Salud
12. Secretarías de Salud Departamental, Distrital y Municipal

5.2 Valores

El ingreso y la salud son los dos componentes más importantes del bienestar de las personas (Deaton, 2015). Por lo tanto, los sistemas de seguridad social en salud deben ser humanos, tanto en su presente como en su futuro. La Previsión Humana y Social no está interesada en la construcción de cualquier futuro, sino en la de un futuro humano (Massini, 2013e). Cualquier actividad que pretenda denominarse humana debe practicar los cinco valores morales: Libertad, igualdad, solidaridad, respeto y diálogo (Cortina, 2013)

La Ley 100 de 1993, cuando creó el Sistema General de Seguridad Social en salud, lo dotó de nueve principios: Equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa y participación social; los cuales,

posteriormente, fueron modificados por la Ley 1438 del 2011, en la que el legislador señaló veinte principios: universalidad, solidaridad, obligatoriedad, prevalencia de los derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad.

Posteriormente, en la Ley 1751 de 2015, en la que se consagra el derecho a la salud, se establecieron dieciocho principios: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y protección a pueblos y comunidades indígenas, ROM, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Para el presente análisis, se usará una ética mínima, compuesta por los cinco valores que cualquier actividad debe observar, para denominarse humana (Cortina, 2013). A continuación, se mostrará la práctica del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De los cinco valores que necesita cualquier actividad para ser considerada como humana, los entrevistados consideraron que la igualdad era el más importante; seguido por el respeto y la solidaridad.

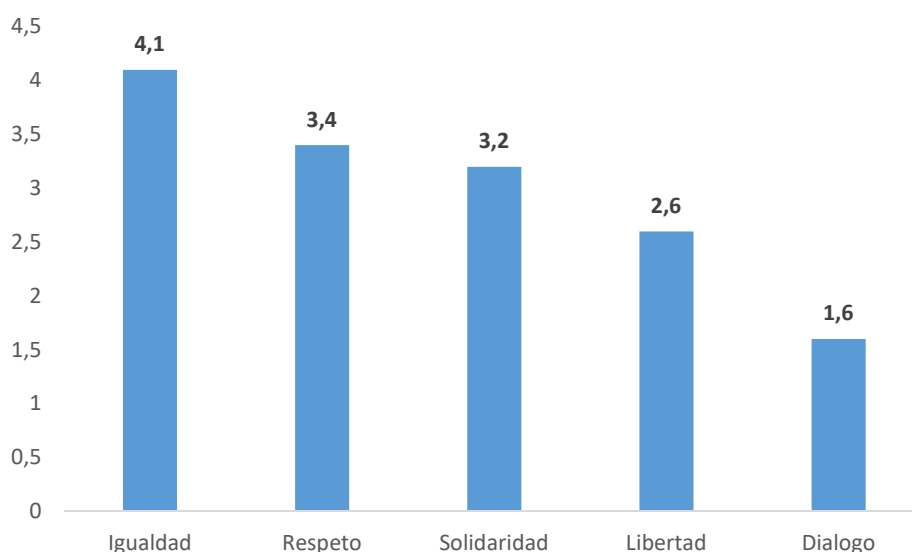


Gráfico 19. Pregunta: ¿Cuál es el orden de acuerdo con la importancia que debe dársele en el SGSSS a los siguientes valores? (promedio)

Fuente: El autor, con base en las entrevistas en profundidad a los actores.

Y los menos importantes: la libertad y el diálogo. Pero la igualdad tiene que ser frente a algo; en este caso, al respeto del derecho fundamental a la salud de los usuarios. Este se logra, por medio de la solidaridad entre los afiliados del sistema y la libre escogencia del asegurador y prestador, fundamentándose en el diálogo entre los actores. (Ver Anexo E).

5.2.1 Libertad

Existen dos formas de entender la libertad: la de “*poder actuar sin interferencias ajenas... y la de poder participar en las decisiones de la sociedad en la que vivo*” (Cortina, 2015, p. 99). Esto se materializa en el SGSSS de Colombia en dos componentes: la libre escogencia y la participación en las decisiones que se toman en este.

5.2.1.1 Libre escogencia

El Artículo 153, de la Ley 100 de 1993, define la libre escogencia como la libertad que tiene el usuario para escoger la EPS que quiera, de las que están dentro del SGSSS, y la IPS que desee -entre las que pertenecen a la red prestadora de servicios de la EPS- a la cual está afiliado.

La Corte Constitucional también se ha pronunciado, en cuanto al alcance de este componente, mediante la Sentencia T-011-2004, señala que, en virtud de la “libre escogencia”, las diferentes entidades -que ofrezcan administración de los servicios de salud- deben asegurar- a los usuarios- la libertad de escoger las EPS y las IPS que deseen, siempre y cuando, estén en la red prestadora de servicios de la EPS. Posteriormente, este órgano, en la Sentencia T-057 -2013, precisó que las EPS tienen la libertad de escoger con qué IPS celebran convenios o contratos, según los servicios que vayan a ofrecer. Esto implica que el afiliado debe escoger entre las IPS, que hacen parte de la red prestadora de servicios de la aseguradora. Puede escoger una que no haga parte de la red, si le brinda los servicios que necesita para recuperar su salud y, por ningún motivo, se pone en riesgo su estado de salud.

La Defensoría del Pueblo realizó -en los años 2003, 2005 y 2009- una encuesta para la evaluación de los servicios de salud que brindan la EPS. Preguntó a los asegurados sobre la libertad que tienen para la escoger la IPS y el profesional de la salud que lo atenderá, y se obtuvieron los siguientes resultados: (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Calificaciones del componente de la libre escogencia en el Régimen Contributivo y Subsidiado

Concepto	Encuesta					
	2003		2005		2009	
	RC	RS	RC	RS	RC	RS
Libertad de escoger médico general	62.30	54.20	53.30	43.31	45.56	35.96
Libertad de escoger lugar de atención de urgencia			40.64	36.67	34.57	20.15
Libertad de escoger odontólogo	48.90	45.50	44.29	37.81	31.71	24.03
Libertad de escoger médico especialista	41.40	23.10	34.55	30.27	21.81	15.17
Libertad de escoger IPS para cirugías	35.20	34.80	26.63	30.84	18.69	15.96
Libertad de escoger IPS exámenes de laboratorio	18.00	13.30	22.65	24.91	18.38	13.45
Libertad de escoger imágenes diagnosticas	31.60	24.50	18.79	24.59	17.89	13.04
Libertad de escogencia	41.40	34.50	36.56	32.47	27.62	19.63

Fuente: El autor, con base en Defensoría del Pueblo (2009).

Durante estas tres mediciones, la libre escogencia no alcanzó el mínimo de 70 puntos sobre 100, que era el valor propuesto para ser aceptable. Como se evidencia en el Cuadro 19, en el régimen contributivo y subsidiado, la percepción de los usuarios, sobre la libre escogencia, disminuyó en un 27.6% y al 19.6%, respectivamente.

En el año 2010, el Grupo de Investigación de Economía, Salud y Seguridad Social, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, realizó una investigación sobre el ejercicio de la libre elección, entre los usuarios del régimen contributivo en Bogotá. Los resultados fueron:

El 40% de los encuestados escogió la EPS de manera racional y libre ... resulta evidente, a partir del procesamiento de la información, que un alto porcentaje de quienes afirman haber elegido libre y racional la EPS no tiene claros los conceptos básicos del sistema: el 44.4% no sabe diferenciar entre una EPS y una IPS; el 32% no conoce la red de IPS adscrita; el 50,9% la conoce de manera parcial y apenas el 17% conoce el funcionamiento en su totalidad. (España y Jaimes, 2010, p. 213)

Por lo general, las EPS son las que les asignan a los usuarios, las IPS. Esto quedó confirmado por los expertos consultados, quienes afirmaron que, en el primer nivel de atención, las IPS son impuestas, o direccionadas. En el caso de que el usuario necesite los servicios de una institución especializada, debe aceptar la que le sea asignada (España y Jaimes, 2010).

5.2.2 Participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La participación, como componente del valor de la libertad, se plantea desde la perspectiva que el asegurado, por el hecho de pertenecer al SGSSS, tiene la posibilidad de participar en las decisiones que se toman en este.

La OMS (1978) -en la declaración de Alma Ata – URSS, emitida como resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud- estableció, en el Postulado No. IV: *“el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”*.

Posteriormente, la OMS (2000) reforzó la acción comunitaria en la Carta de Ottawa, para la Promoción de la Salud (fruto de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud), cuyo objetivo era “Salud para todos en el año 2000”, así:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

Un quinquenio después, en la VI Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud realizada en Tailandia, se expidió la Carta de Bangkok, en la que se enfatiza que *“políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional”* (OMS, 2005, p. 1).

En Colombia, la Constitución de 1991, en los principios fundamentales, Artículo 2°, señala que son fines del Estado: *“facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación”*. En el Artículo 49°, se focaliza en el sector de la salud, y ordena que los servicios de salud *“se organicen en forma descentralizada por niveles y con la participación de la comunidad”*.

En consonancia con la Constitución, la Ley 100 de 1993, en el artículo 153, estableció la participación social como regla rectora del SGSSS. Y, en el artículo 159, les garantiza a los afiliados:

... la participación... individualmente o en sus organizaciones, en todas las

instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras del Sistema de Seguridad Social en Salud”; y mediante el Decreto 1757 de 1994, se organizaron y se establecieron “las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. (Colombia, 1993, art. 159)

La Ley 1438 de 2011 -que reformó a la Ley 100 de 1993, en el Artículo 136- describe los objetivos de la política nacional de participación social en salud. Entre otros, precisa el fortalecimiento de “*la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste*”. Y la Ley 1751 del 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, en el artículo 12, consagra la participación en las decisiones del sistema de salud como parte de este derecho, lo cual incluye participar:

En la formulación de políticas de salud, así como planes para su implementación; en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema; en las decisiones de exclusión o inclusión de servicios y tecnologías; en los procesos de definición de prioridades de salud... y en la evaluación de resultados de las políticas de salud. (Colombia, 2015, art. 12)

La participación social, en el Sistema de Seguridad Social en Salud, cuenta con el suficiente respaldo legal para que los asegurados participen de manera efectiva en este. Existen investigaciones sobre las actitudes y opiniones de los actores implicados en la política participativa, como la realizada por Delgado (2007) que describe la participación en salud como:

Un hecho social, culturalmente significativo y deseable, puesto que casi todos los actores involucrados la valoran...los formuladores de políticas... perciben la participación solo a nivel de consulta -evaluación. Sus actitudes parecen no sustentarse -como era de esperarse – en el valor intrínseco de la participación contemplado en la norma, como es el de acceder por medio de aquella a la toma de decisiones en salud. (p. 356)

El personal de salud valora la participación de la comunidad, como un medio para mejorar la calidad de los servicios de salud. Pero deja a los usuarios solo en el nivel evaluativo, sin que hagan parte de la planeación y ejecución. Y menos del elemento central de la participación que es el de la toma de decisiones (Delgado, 2007). La participación, como componente del valor de la libertad, debe darse sobre la base de un diálogo permanente, en el que todos los actores sean responsables de los resultados en salud y contribuyan con sus distintos saberes a que los usuarios del sistema tengan la salud que desean tener.

El valor de la libertad se mide por los componentes de la libre elección que pueden ejercer los asegurados en salud. Sumándole las limitaciones que le imponen la regulación y la participación social en salud, en un amplio marco legislativo. Uno y otro, en la práctica, no alcanzan el umbral propuesto en las normas por el regulador. En el primero, por lo general, son las EPS, las que asignan a los usuarios el sitio y el profesional de la salud que los atenderá. En el segundo, únicamente se la percibe como un mecanismo de evaluación, sin dejar que llegue al nivel deseado, que es la participación en la toma de decisiones. Otro de los valores humanos es el de la igualdad, que se trata a continuación.

5.3 La igualdad

La igualdad es el segundo de los valores morales para considerar, en esta investigación: *“ninguna teoría de la justicia podría tener verdadera credibilidad si no valorara la igualdad en algún espacio que esa teoría considera importante”* (Sen, 2002, p. 303). Se considera que la igualdad tiene sentido, cuando trata algo valorado, como la dignidad de las personas y el acceso a los servicios de salud (Cortina, 2013). La constitución de Colombia:

Reconoce la igualdad, como un principio, como un valor, y como un derecho fundamental, que va más allá de la clásica fórmula de igualdad ante la ley, para erigirse como un postulado que apunta a la realización de condiciones de igualdad material. (Corte Constitucional, 2009)

La Ley 1438 del 2011, en el Artículo 3°, define la igualdad como: la garantía que debe dar el Estado a todos los residentes del país, para acceder a la seguridad social en salud, sin ninguna discriminación. La ley 1751 del 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, en el Artículo 2°, obliga al Estado a la adopción de 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”* (Colombia, 2015, art. 2).

La Sentencia de la Corte Constitucional, T-760 del 2008, ordenó al gobierno igualar el Plan Obligatorio de Salud (POS), tanto para los afiliados al régimen contributivo como para los afiliados al régimen subsidiado; lo mismo que el valor de la UPC, en los dos regímenes. Esto ya se realizó, a partir del año 2012, pero aún (2016) subsiste una diferencia entre el valor de la UPC del régimen contributivo: 11,77%, mayor en el valor que la UPC del régimen subsidiado. Esta desigualdad contribuye a profundizar las diferencias entre los afiliados a los dos regímenes. Si se

considera el derecho a la salud, como derecho a acceder a los servicios de salud, para que las personas puedan tener una vida digna y conservar la integridad personal, la diferencia -en el valor de la UPC de los dos regímenes de la salud, en un mercado como el de la salud, así sea regulado- conduce a que los planes de beneficios que reciben las personas sean acordes con el valor que las aseguradoras captan por el asegurado.

Tabla 18. Valor UPC Régimen contributivo y subsidiado (2012-2016)

Año	Valor UPC	
	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
2012	547.639,00	433.666,00
2013	568.944,00	508.999,20
2014	593.978,40	531.388,80
2015	629.974,80	563.590,80
2016	689.508,00	616.849,20
2017	746.046,00	667.429,00
2018	804.463,00	719.690,00

Fuente: El autor, con base en Así vamos en salud (2018)

Aunque el gobierno igualó los planes de beneficios para uno y otro régimen, pero aún se mantiene la diferencia en el valor de la UPC del régimen contributivo y la del subsidiado, justificada en que las empresas aseguradoras del régimen subsidiado no pagan incapacidades a los afiliados como las aseguradoras del régimen contributivo; lo cual puede contribuir a crear una salud para los del régimen contributivo y otra para los del régimen subsidiado degradando uno de los elementos más importante del sistema de seguridad social en salud que es la equidad.

5.4 Solidaridad

La Constitución de Colombia, en el Artículo 48°, contempla la solidaridad, como uno de los principios de la seguridad social, que se reglamenta, de acuerdo con lo establecido por la ley. El SGSSS nace con este valor que, aunque no está explícito en la ley, se materializa en el hecho de que las aseguradoras por todos los asegurados en salud reciben el mismo valor (UPC) y están obligadas a darles a todos, el mismo plan de beneficios independiente del valor cotizado. Es igual tanto para la persona que gana 20 salarios mínimos como para la que gana un salario mínimo como para la persona afiliada al régimen subsidiado como para la afiliada al régimen contributivo.

El Artículo 3°, de La ley 1438, incorporó, explícitamente, en el SGSSS, la solidaridad, y la define como: “la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los

servicios de seguridad social en salud, entre las personas”. La ley del derecho a la salud focalizó la solidaridad en las personas, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

Este es uno de los valores que distingue al SGSSS a nivel mundial ya que permite compartir el riesgo financiero en salud entre todas las personas y garantizar que la familia no va a sufrir la ruina económica por la enfermedad de uno de sus miembros. En el país las personas reciben los servicios que necesitan para recuperar la salud independiente del valor cotizado.

5.5 El Respeto

El respeto es el acato a las posiciones que no compartimos, pero que representan un punto de vista moral; no se puede respetar algo que es inmoral (Cortina, 2013), puesto que va en contra de la dignidad humana. Se irrespeta la dignidad de las personas, cuando las empresas aseguradoras las obligan a poner una tutela para acceder al plan de beneficios a que tienen derecho, por estar afiliados a una EPS, de cualquiera de los regímenes. Las tutelas en salud se incrementaron cinco veces, entre 1.999 y 2014. En el primer año, se interpusieron 21.301, reclamaciones; en el segundo (2014), se tramitaron 118.281 derechos. En promedio, el 70% de estas peticiones correspondía a servicios que hacían parte del POS y que las aseguradoras estaban obligadas a proveerlos, ya que habían recibido, por anticipado, una prima para tal efecto. (Defensoría del Pueblo, 2015).

Un ejemplo de tantos es el de la señora Rubiela Chivará, quien padecía de una valvulopatía aórtica. Para sanarse, debía someterse a una cirugía prioritaria de remplazo de válvula aórtica. Murió a la salida de la estación Pepe Sierra de Transmilenio de Bogotá, cuando se dirigía a la EPS Cruz Blanca para que le reprogramaran la operación que le habían programado y aplazado dos veces. La primera vez, la devolvieron de la camilla porque los ascensores de la clínica estaban malos; en la segunda, le dijeron que el especialista estaba ocupado. El 20 de enero del 2016 tomó un Transmilenio para ir a insistir por su cita, pero, antes de llegar a la EPS, su corazón dejó de funcionar.

Muchas de estas muertes se podrían evitar, si los diferentes actores propician diálogos para crear sinergia en el SGSSS, para contribuir al logro de los objetivos propuestos.

5.6 El Diálogo

El diálogo es un elemento ético. No es una negociación entre los actores del sistema.

Que tiene como base el reconocimiento; el reconocimiento de que el otro es un igual, carne de la propia carne y sangre de la propia sangre, de que forma parte de la propia vida. Si esto es así es cuando el dialogo es verdaderamente humano. (Cortina, 2013, p. 39)

Pero no se puede entablar un diálogo de este tipo, si no hay confianza entre los actores del sistema de salud. “La falta de confianza en las instituciones del sector constituye un problema que afecta el desarrollo de planes de trabajo conjunto e impide que los servicios de salud sean prestados de forma integral” (Acevedo y Forero, 2012, p. 305). Esta desconfianza ha generado que las EPS de los dos regímenes, uno de los actores dominantes del sector, sean, a la vez, los actores que menos confianza le generan a los otros pares del sector. Esto incrementa la desconfianza, ya que se piensa que las reformas que se le realizan al sistema son únicamente para favorecer a las empresas aseguradoras y a la industria farmacéutica.

Un sector, donde cada uno de los actores va por su lado, el actor dominante impone sus condiciones de contratación y de pago. Para que gane uno, tiene que perder otro. Así, se produce un fenómeno de suma cero, como lo que sucede en el sistema de seguridad en salud, donde se ha logrado una cobertura que podríamos decir universal, pero es notoria la falta de diálogo entre los actores. De hecho, su accionar es más en función individual que para crear sinergia entre todos, y lograr los objetivos propuestos por el gobierno.

El objetivo del SGSSS es impactar positivamente el estado de la salud de la población. Protegerla del riesgo financiero que le puede traer la enfermedad de uno de sus miembros, y responder a sus expectativas. Pero el sistema de Salud vive en crisis endémica, que se agrava cada vez más. Las aseguradoras no responden a las expectativas de los usuarios ni de las IPS, a los que, cuando necesitan un tratamiento de alto costo, o que se les paguen los servicios prestados, parece que estuvieran como la canción de Juan Luis Guerra: atravesando “el Niágara en bicicleta”.

5.7 Percepción del poder político de los actores

En la entrevista en profundidad, se les preguntó a los interrogados, sobre la percepción del poder político de los actores; y la calificaron de uno a cinco. Donde uno representaba el

menor poder político y cinco el mayor. En promedio, la calificación señaló a las EPS y la industria farmacéutica, como los actores de mayor poder político, seguidos por el Congreso de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social y las IPS. Como los de menor poder político, estaban el Instituto Nacional de Salud, los usuarios y los sindicatos. (Ver Anexo D).

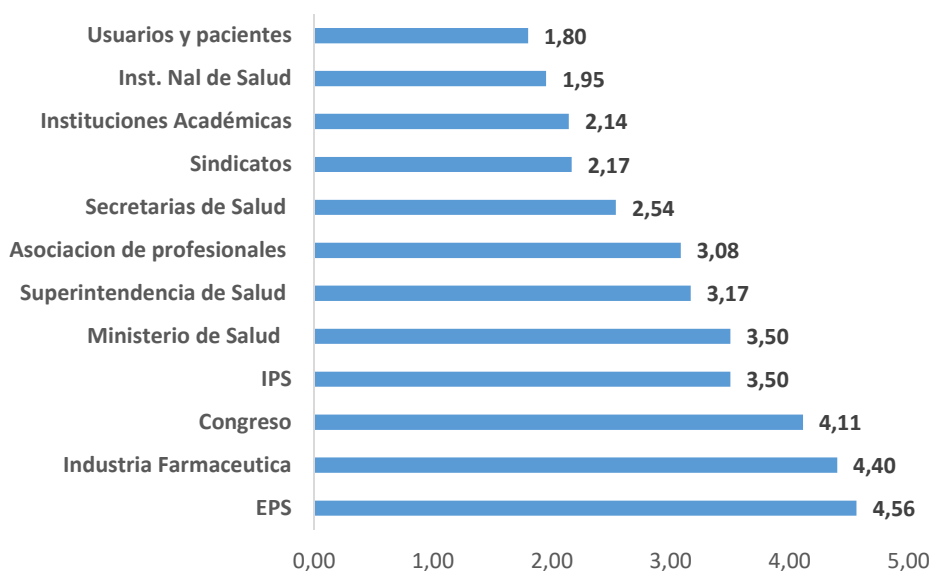


Gráfico 20. Pregunta: ¿Qué tanto poder político considera que tienen los siguientes actores del sistema de salud? (Promedio)

Fuente: El autor con base en la entrevista en profundidad.

5.8 Percepción de la corrupción en Colombia

Debido a la falta de reglas claras, para su funcionamiento, y de mecanismos, para la rendición de cuentas, el SGSSS ha estado sometido a un alto riesgo de captura de los recursos y de corrupción. Según Transparencia Internacional (2018), Colombia, en corrupción, ocupó el puesto 94, entre 157 países; con un índice de percepción de la corrupción de 37 (Vale la pena aclarar que se calificó de 0 a 100, donde 100 representa un país muy transparente y cero, un país muy corrupto). En Latinoamérica, supera a México, pero está muy lejos de países como Chile, Uruguay y Costa Rica.

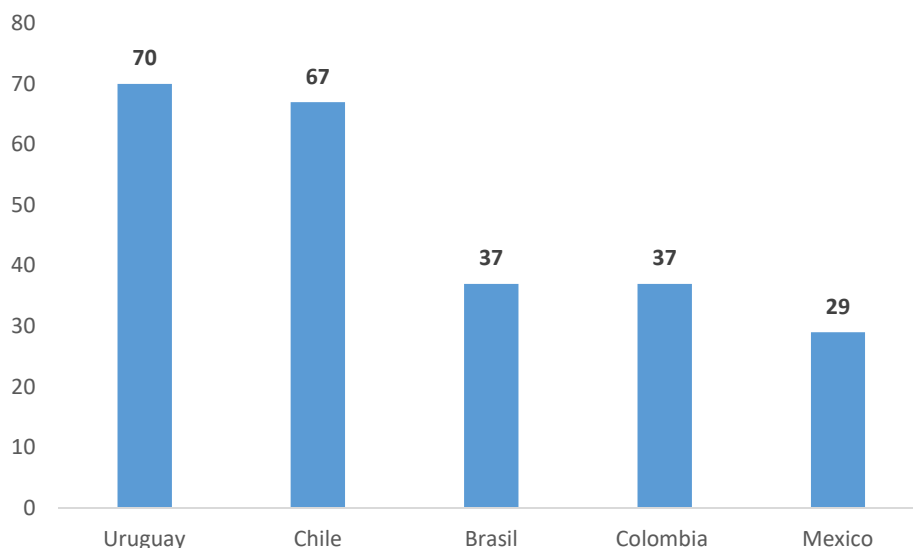


Gráfico 21. Índice de percepción de la corrupción 2017

Fuente: El autor, con base en Transparency International (2018)

En el periodo 2013-2014, según Transparencia por Colombia (2017), el Ministerio de Salud de la nación obtuvo un índice de transparencia de 73,2; la Superintendencia de Salud, 70,9 (nivel de riesgo medio) y el Instituto Nacional de Salud, 55,6 (nivel de riesgo alto).

Para evaluar el riesgo de corrupción en las seccionales de salud se toman las calificaciones sobre el nivel de riesgo de corrupción de los departamentos y los municipios. En los primeros, la calificación promedio del Índice de Transparencia Departamental (evalúa la gestión centralizada de las gobernaciones) fue de 59,1/100. Este dato evidencia el alto riesgo que corren estos entes territoriales de caer en prácticas corruptas. De hecho, la mitad de los departamentos (16) se encuentra en riesgo alto y muy alto de corrupción; solo cuatro de ellos tienen un riesgo moderado y la mayoría (12) está en riesgo medio.

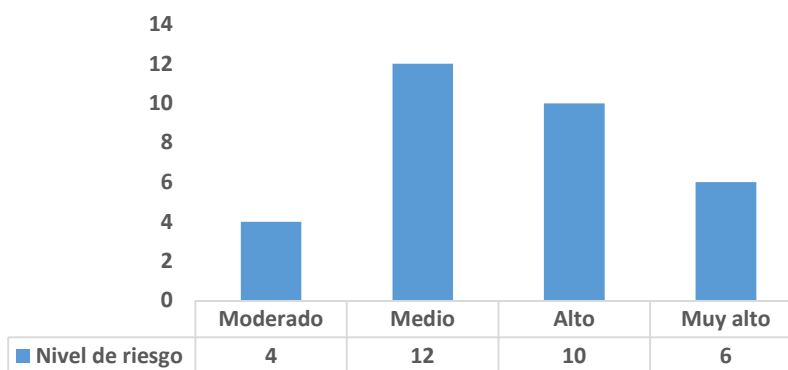


Gráfico 22. Nivel de riesgo de los Departamentos de Colombia

Fuente: El autor, con base en Transparencia por Colombia (2017).

El estudio sobre el nivel de corrupción de los municipios, para el año 2014, se realizó con una muestra de veintiocho capitales municipales diferentes a Bogotá, Cali y Medellín. El promedio del Índice de Transparencia Municipal (evalúa la gestión central de las alcaldías) fue de 57,3 puntos. De los tres factores que conforman el índice, el único que obtuvo un puntaje por encima de aceptable (62,1 pts.) fue el de Control y Sanción. Los otros dos factores, Institucionalidad (58,3 pts.) y Viabilidad (51,2 pts.).

En el ranking del nivel de riesgo de corrupción, de la muestra de las alcaldías municipales, se pudo establecer que, de las 41 instituciones analizadas, tres están en riesgo moderado de corrupción, dieciocho en riesgo medio de corrupción; trece en alto riesgo de corrupción y siete en muy alto riesgo. Estos datos muestran una mitad de los municipios con desarrollos institucionales, que pueden ser aprovechados para disminuir los riesgos de corrupción y la otra mitad, con bajos desarrollos institucionales, que ponen su gestión en máxima alerta.

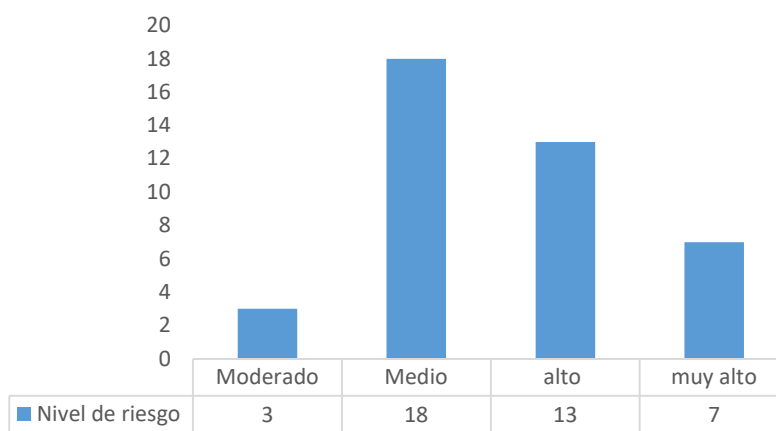


Gráfico 23. Nivel de riesgo de las Alcaldías Municipales de Colombia

Fuente: El autor con base en Transparencia por Colombia (2017).

En Colombia, el goce pleno del derecho a la salud, como derecho humano fundamental, es obstruido por la presencia de barreras de acceso de oferta y demanda, que no permiten el ejercicio de este a los asegurados y no asegurados. Es necesario realizar cambios en el SGSSS que conduzcan al goce de los colombianos, en todos de los servicios de salud y en los diferentes niveles. Este sistema está entorpecido, entre otros, por los riesgos de corrupción que se presentan en los diferentes niveles gubernamentales, donde se evidencia el desvío de rentas destinadas a la salud de las personas más vulnerables.

5.9 Método de actores, objetivos correlación de fuerzas (MACTOR)

Tiene como propósito establecer la correlación de fuerza existente entre los actores y establecer las convergencias y divergencias de estos con respecto a un determinado objetivo (Godet y Durance, 2011). En este ejercicio el grado de poder que tienen los actores fue estimado a partir de la calificación dada por los entrevistados a su percepción sobre el poder político de los mismos.

La calificación se realizó con una escala de cero a cuatro puntos teniendo en cuenta la importancia del efecto sobre el actor: Alta influencia (existencia) cuatro puntos, mediana influencia (misión) tres puntos; influencia débil (proyectos) dos puntos; baja influencia (procesos) un punto y sin influencia cero puntos.

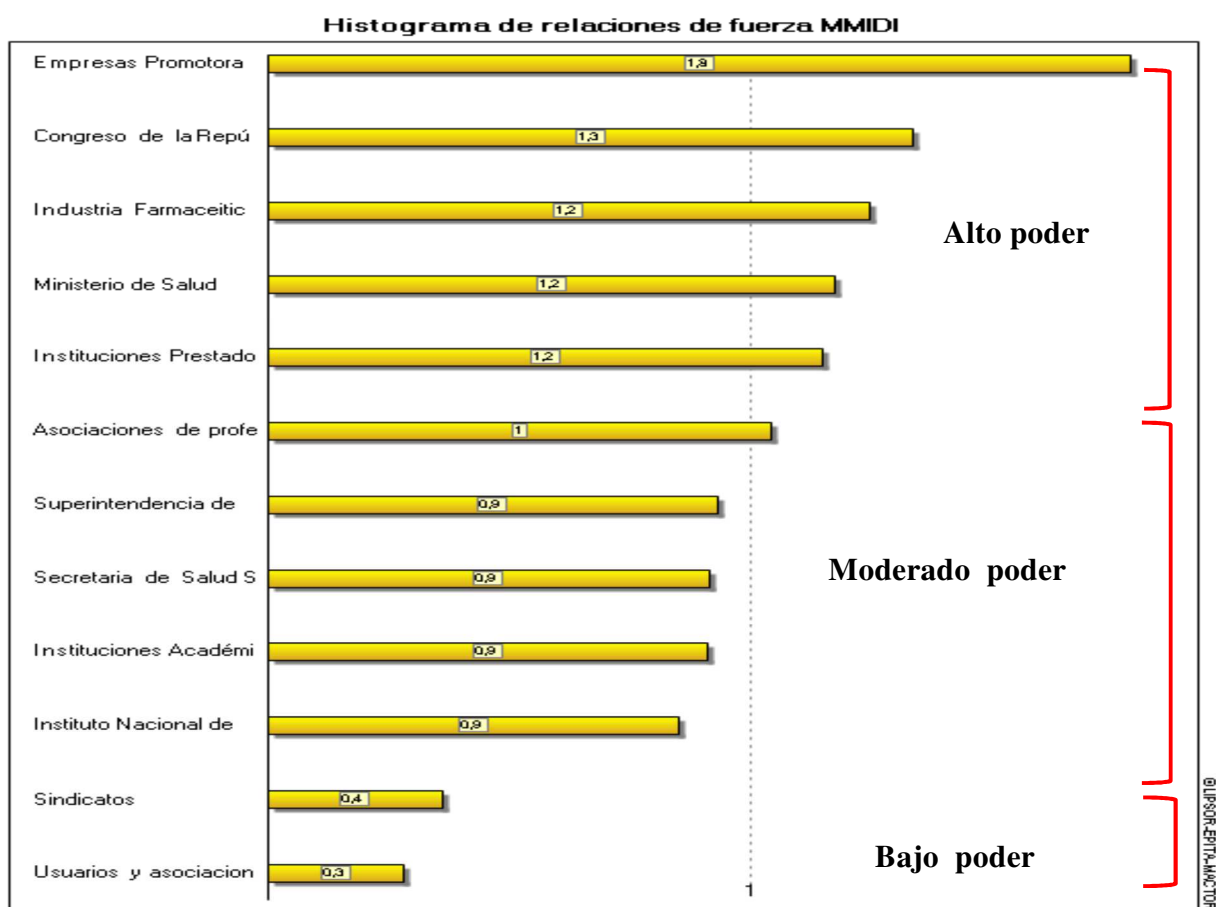


Gráfico 24. Relaciones de fuerza de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

Con base en estos resultados se pudo obtener los actores de alto poder, de poder moderado y de bajo poder. De acuerdo al siguiente detalle:

Actores de alto poder

- Empresas Promotoras de Salud
- Congreso de la Republica
- Industria Farmacéutica
- Instituciones Prestadoras de Servicios

Actores de moderado poder

- Asociaciones de profesionales
- Superintendencia de Salud
- Secretarias Seccionales de Salud
- Instituciones académicas
- Instituto Nacional de Salud

Actores de Bajo poder

- Sindicatos
- Usuarios

5.9.1 Correlación de fuerzas de los actores frente a los objetivos estratégicos

Para determinar el comportamiento de los actores se identificaron unos objetivos estratégicos que se constituyen en un verdadero desafío para los actores:

- Garantizar el derecho a la salud a los usuarios del SGSSS
- Ofrecer servicios de APS amplios e integrados
- Implementar una estrategia de APS amplia e integrada
- Evaluar el costo/efectividad de las nuevas tecnologías en salud para su ingreso al plan de beneficios.
- Capacitar el personal médico en APS ampliada
- Implementar un sistema de salud digital en la nube
- Lograr la viabilidad financiera del SGSSS en el largo plazo
- Crear una empresa única de aseguramiento en salud
- Cambiar el rol de las empresas aseguradoras por el de gestoras

➤ Incrementar el gasto en salud público y privado

Los objetivos estratégicos dividen a los actores entre quienes están a favor y quienes están en contra. El Gráfico 25 muestra la posición que tiene cada uno de los actores respecto a los objetivos estratégicos identificados.

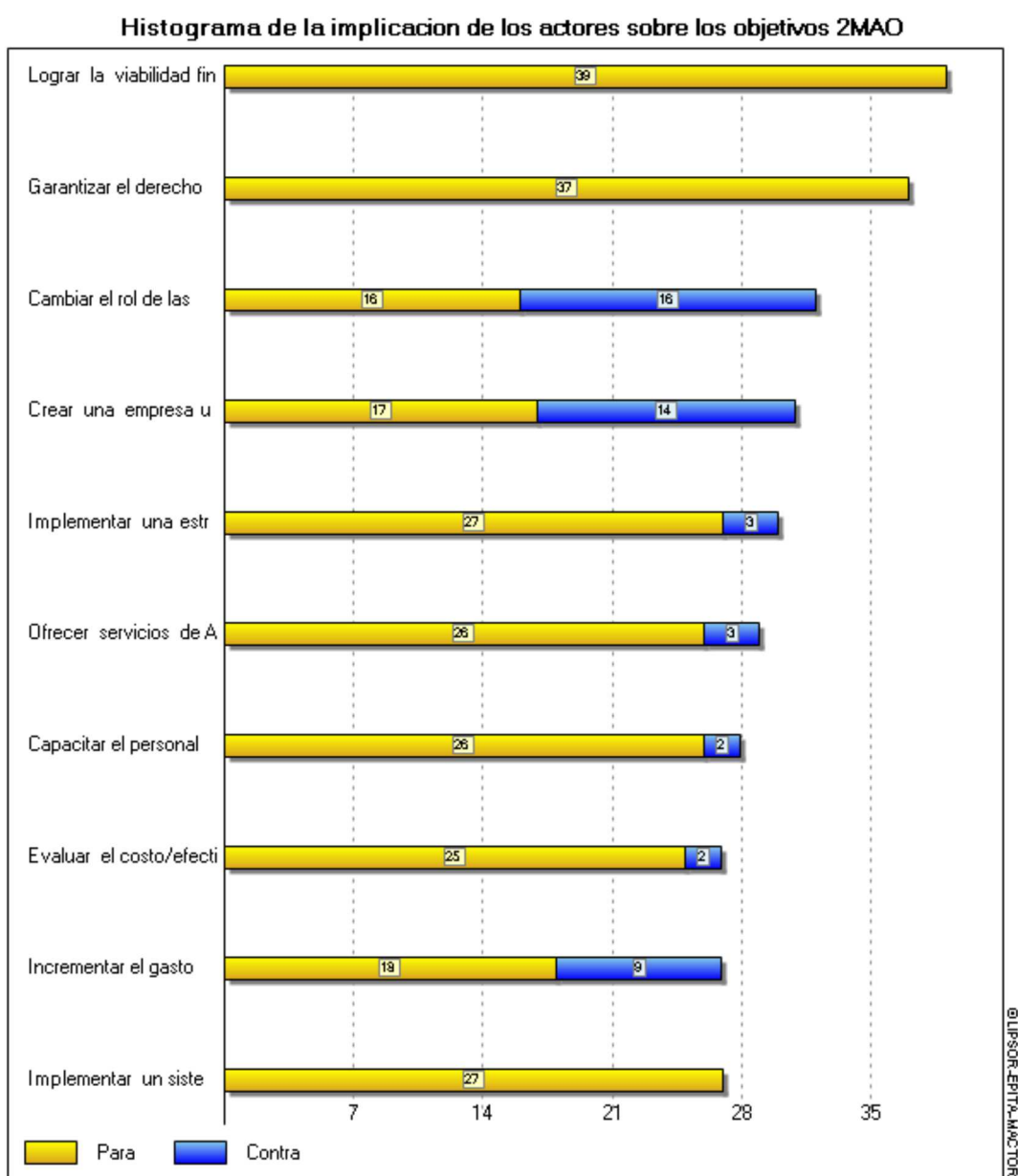


Gráfico 25. Peso de los actores a favor y en contra de cada objetivo identificado

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

5.9.1.1 Garantizar el derecho a la salud a los usuarios del SGSSS, implementar un sistema de salud digital en la nube, lograr la viabilidad financiera del SGSSS en el largo plazo

Estos tres objetivos gozan de una aceptación unánime de todos los actores del sistema de salud como lo muestra el balance de posiciones por objetivos valorados y ponderados por las relaciones de fuerza. Pero en la realidad, aunque se trabaja en esta dirección no se han logrado.

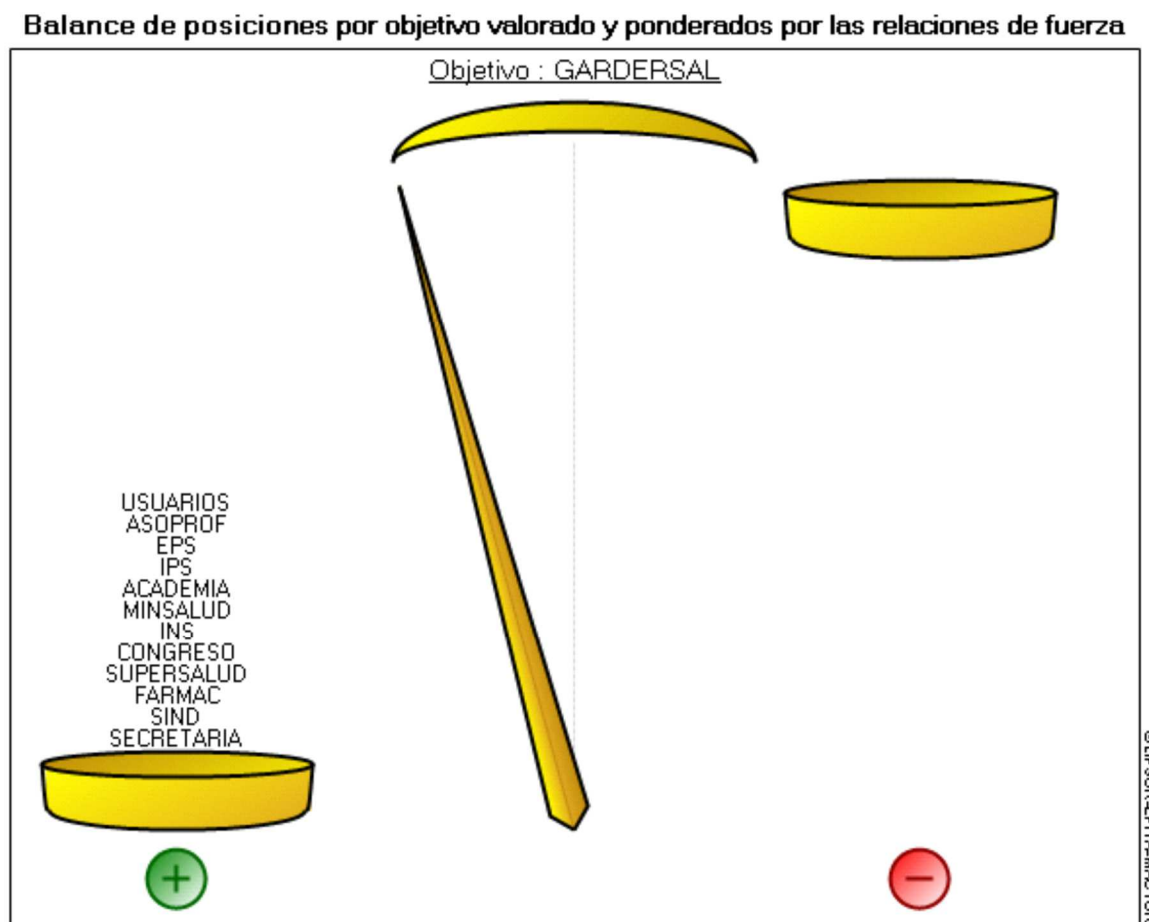


Figura 7. Balanza del objetivo garantizar el derecho a la salud a los usuarios del SGSSS, donde todos los actores coinciden

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

Garantizar el derecho a la salud a los usuarios del SGSSS. Este objetivo está respaldado por la ley 1751 del 2015, que lo concibe como el acceso a los servicios de las personas aseguradas en salud de manera oportuna eficaz y con calidad. A lo cual están obligados

todos los actores del sistema de salud pero hay barreras institucionales que no lo permiten generando insatisfacción entre los usuarios.

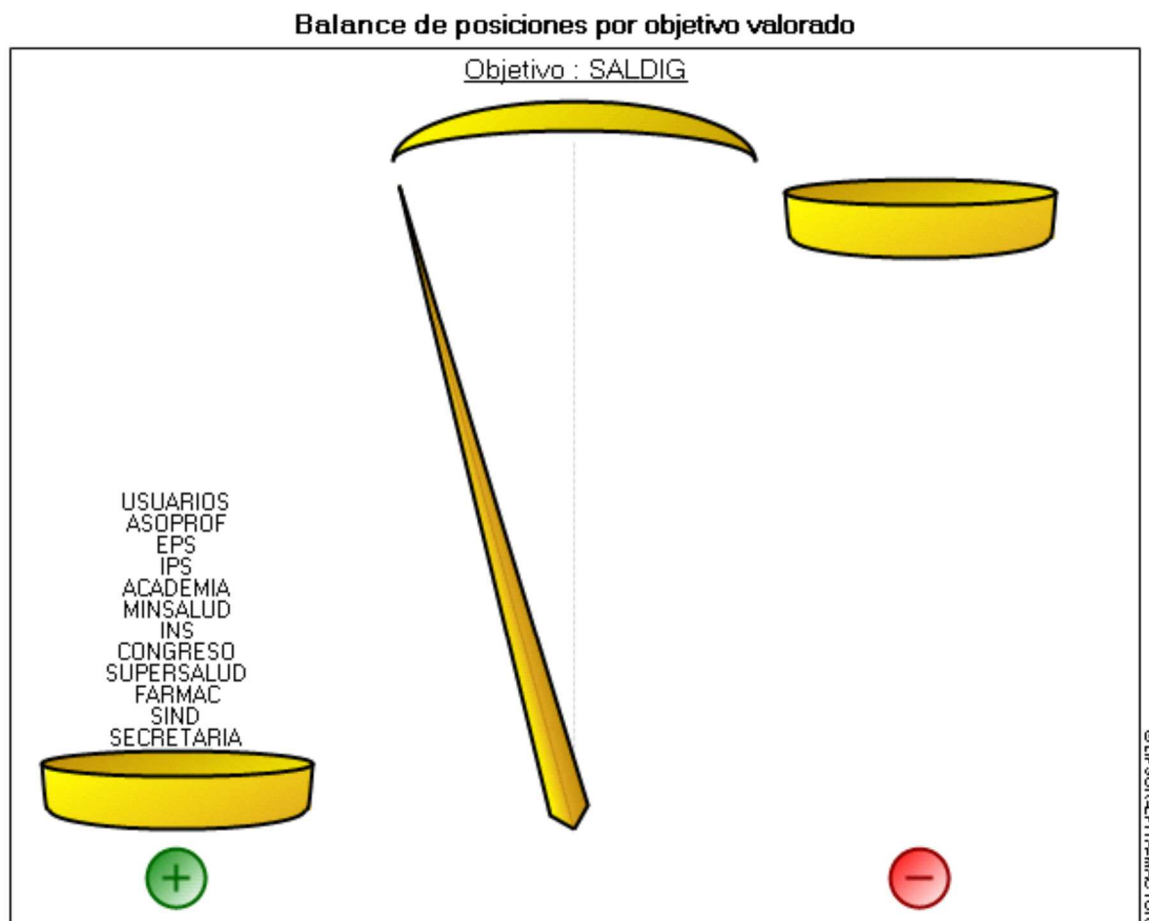


Figura 8. Balanza del objetivo implementar un sistema de salud digital en la nube donde todos los actores coinciden

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

El objetivo de la salud digital. Se fundamenta en la historia clínica sistematizada en la nube la cual se inicia con el nacimiento del niño en una institución prestadora de servicios de salud y continua hasta que cumple su ciclo vital. Dando la posibilidad de tener acceso de forma continua a todas las actividades de salud que se desarrollen en cada uno de sus ciclos de vida, evitando la fragmentación en la atención y la duplicación de exámenes.

El objetivo de lograr la viabilidad financiera del Sistema General de Seguridad social en salud. Es otro que todos los actores coinciden en su consecución. Pero en el año 2017 las EPS presentaron pérdidas por 1.1 billón de pesos (Supersalud, 2018) y a 30 de junio del mismo año les adeudaban a las clínicas y hospitales la suma de por 8,2 billones de pesos

(Asociación de hospitales y clínicas, 2018) lo que pone en riesgo la viabilidad financiera del sistema de salud.

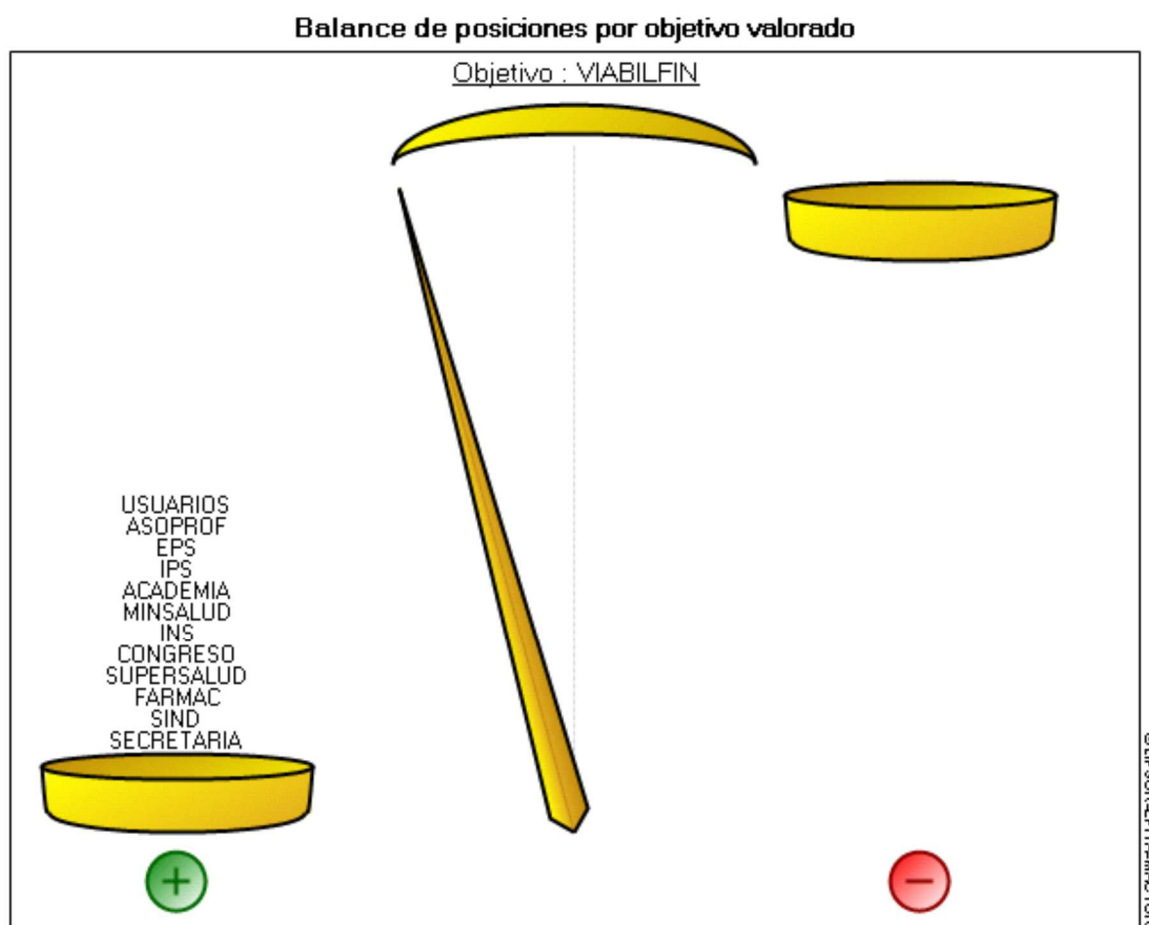


Figura 9. Balanza del objetivo lograr la viabilidad financiera del SGSSS en el largo plazo donde todos los actores coinciden

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

Los anteriores objetivos, aunque todos los actores coinciden en la necesidad de su cumplimiento por distintas circunstancias no se alcanzan de manera satisfactoria. Entre los objetivos cuyo logro no goza de la unanimidad de los actores se encuentran:

5.9.1.2 Cambiar el rol de las empresas aseguradoras por el de gestoras

En este objetivo principalmente estarían interesadas las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que las EPS, pasarían a cumplir labores de gestoras entre las que se

encuentran la auditoría de cuentas, la auditoría de la calidad, el suministro y administración de la información.

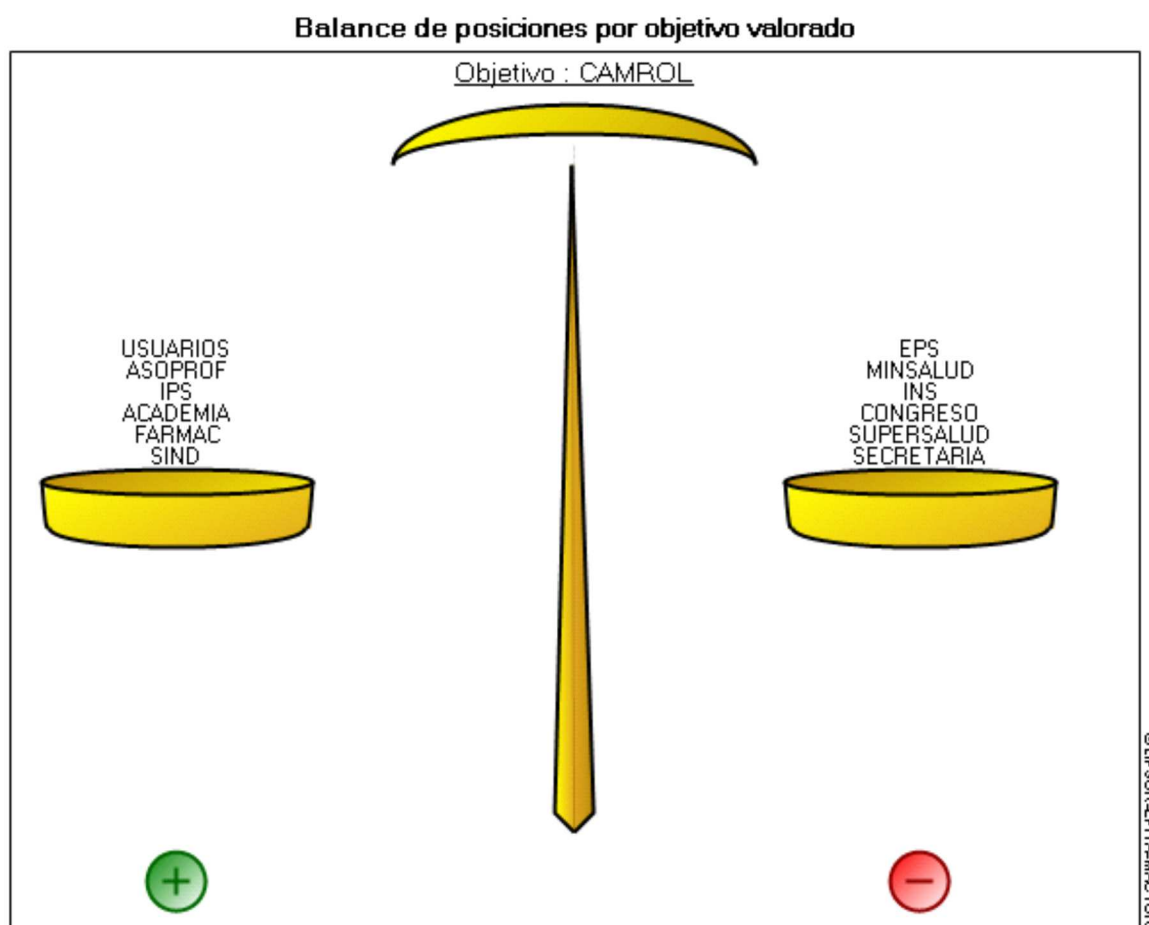


Figura 10. Balanza del objetivo cambiar de rol a las empresas aseguradoras por el de gestoras donde no coinciden todos los actores

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

Este objetivo tiene en su contra organizaciones con mucho poder político como las EPS y el congreso y entidades del gobierno como el Ministerio de Salud.

5.9.1.3 Crear una empresa única de aseguramiento en salud

En este objetivo igual que el anterior estarían interesados todos aquellos que hoy están perjudicados por el lento flujo de los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como los hospitales y clínicas a quienes se les adeuda 8,2 billones de pesos.

Esta entidad sería la encargada de administrar el riesgo financiero del sistema de salud y de evitar el mal uso de los recursos de la salud. Entre sus funciones estaría la contratación y el pago de los servicios prestados a los asegurados en salud lo cual evitaría intermediarios en el flujo de los recursos, dándole mayor agilidad al flujo de los recursos en el sector.

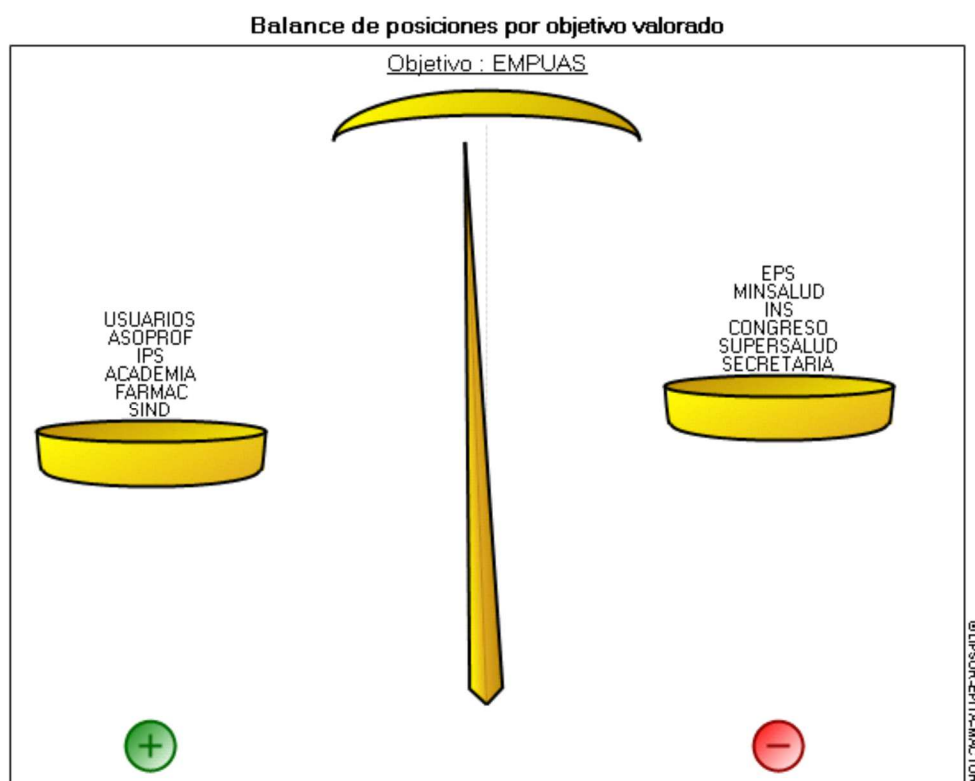


Figura 11. Balanza del objetivo Crear una empresa única de aseguramiento en salud donde no coinciden todos los actores.

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

5.9.1.4 Los objetivos: Ofrecer servicios de APS amplios e integrados, implementar una estrategia de APS amplia e integrada y Capacitar el personal médico en APS ampliada

Son tres objetivos que se complementan entre si y por eso los trataremos en conjunto. Aunque el gobierno ordeno por medio de la ley 1438 del 2011, implementar la estrategia de atención primaria en salud. La cual puede ser implementada como un nivel de atención en salud donde la puerta de entrada al sistema es un médico especializado en medicina familiar como lo contempla el Modelo Integral de Atención en salud que si bien tiene en cuenta las peculiaridades

de los territorios no propicia una búsqueda activa y continua de la población para mantenerla sana como la Atención primaria en salud ampliada; que organiza los sistemas de atención en conjunto con la sociedad para promover la salud entre estos.

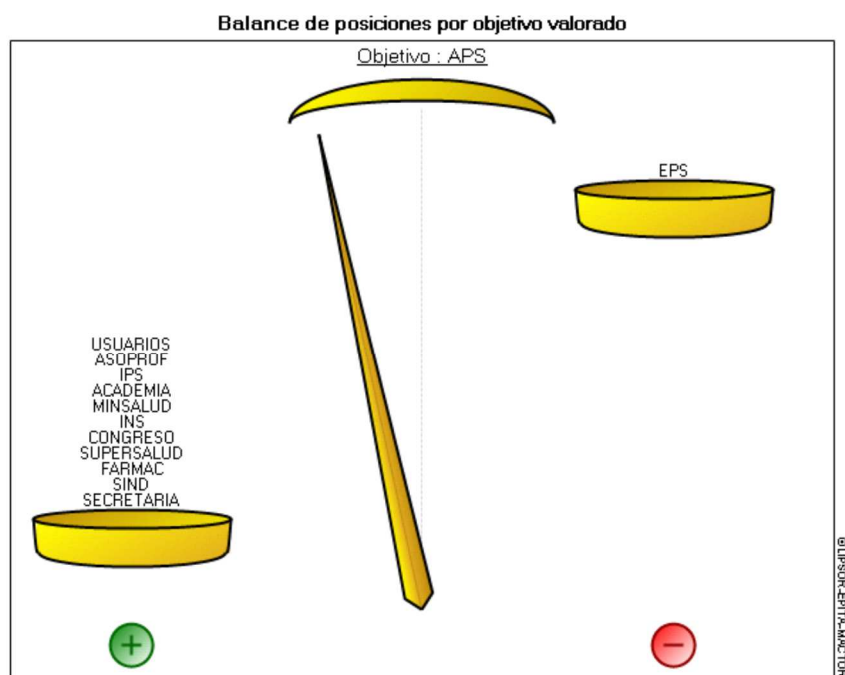


Figura 12. Balanza del objetivo Ofrecer servicios de APS amplios e integrados donde no coinciden todos los actores

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

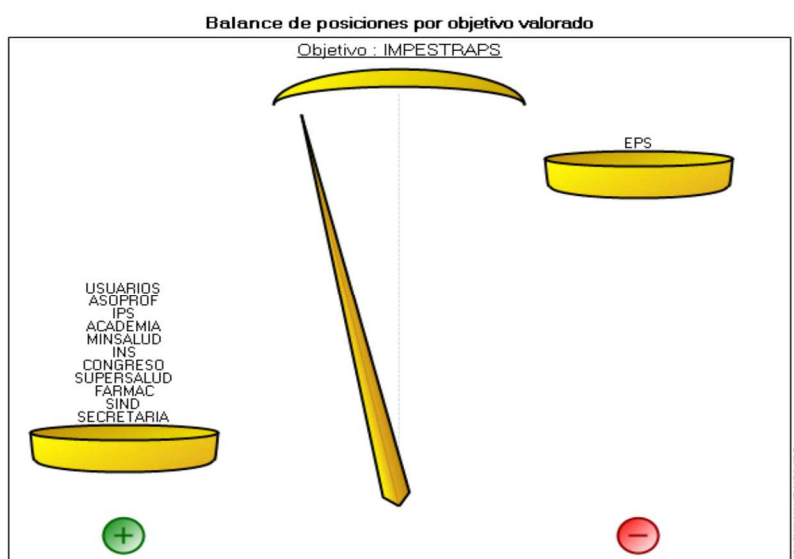


Figura 13. Balanza del objetivo implementar una estrategia de APS amplia e integrada donde no coinciden todos los actores

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

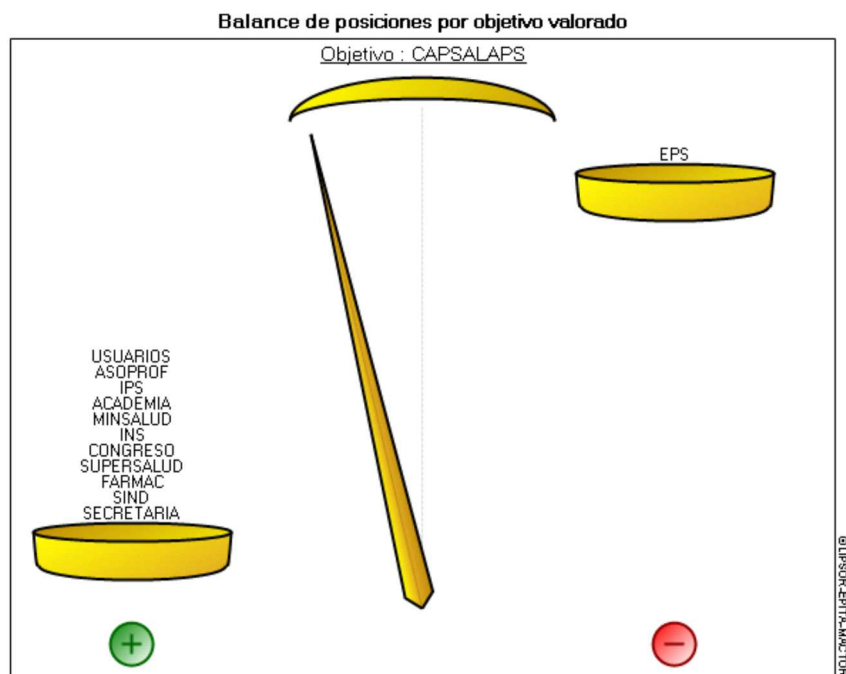


Figura 14. Balanza del objetivo Capacitar el personal médico en APS ampliada donde no coinciden todos los actores

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

Estos tres objetivos tendrían como principal opositor a la EPS, las cuales por su poder político pueden poner a su favor al ministerio de salud y demás entidades gubernamentales que aunque han formulado un modelo de atención primaria en salud que tiene como objetivo convertirse en el nivel primario de atención del SGSSS. Por la presión de otros gremios como el de las IPS, las asociaciones de profesionales, academia y los usuarios podrían migrar a un modelo a APS ampliada e integrada.

5.9.1.5 Evaluar el costo/efectividad de las nuevas tecnologías en salud para su ingreso al plan de beneficios

El gobierno creó el Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud, cuyo propósito es realizar la evaluación de las tecnologías en salud con el fin de recomendar a las autoridades competentes las que deben ser cubiertas con recursos públicos.

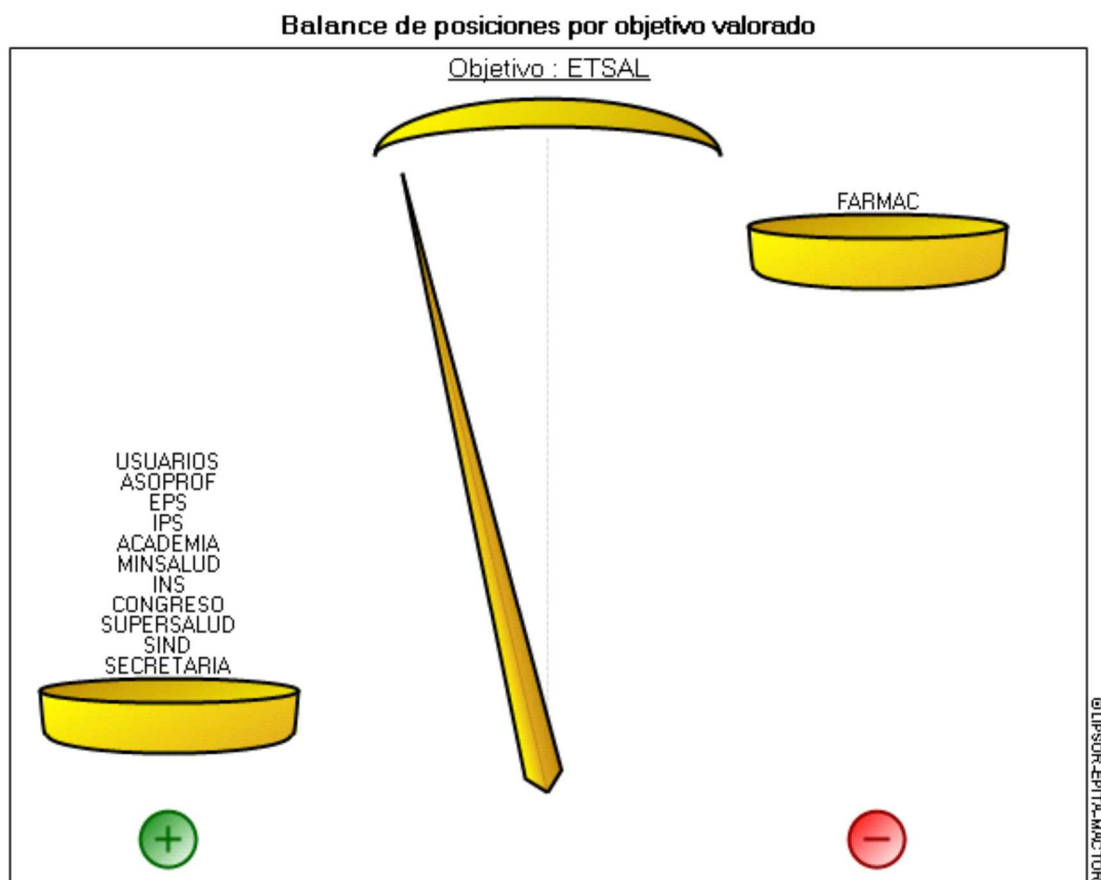


Figura 15. Balanza del objetivo Evaluar el costo/efectividad de las nuevas tecnologías en salud para su ingreso al plan de beneficios donde no coinciden todos los actores

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

Aunque la industria farmacéutica se ha mostrado de acuerdo con la evaluación del costo/efectividad de las tecnologías, también ha manifestado que esta estrategia del gobierno para controlar el incremento del costo en la salud no puede convertirse en una barrera que impida el acceso de los usuarios a las tecnologías innovadoras.

5.9.1.6 Incrementar el gasto en salud público y privado

El incremento en el gasto de salud depende en gran parte de la capacidad que tenga el gobierno para implementar en el país la estrategia de atención primaria en salud que está comprobado reduce los costos por la atención en salud en el mediano y largo plazo.

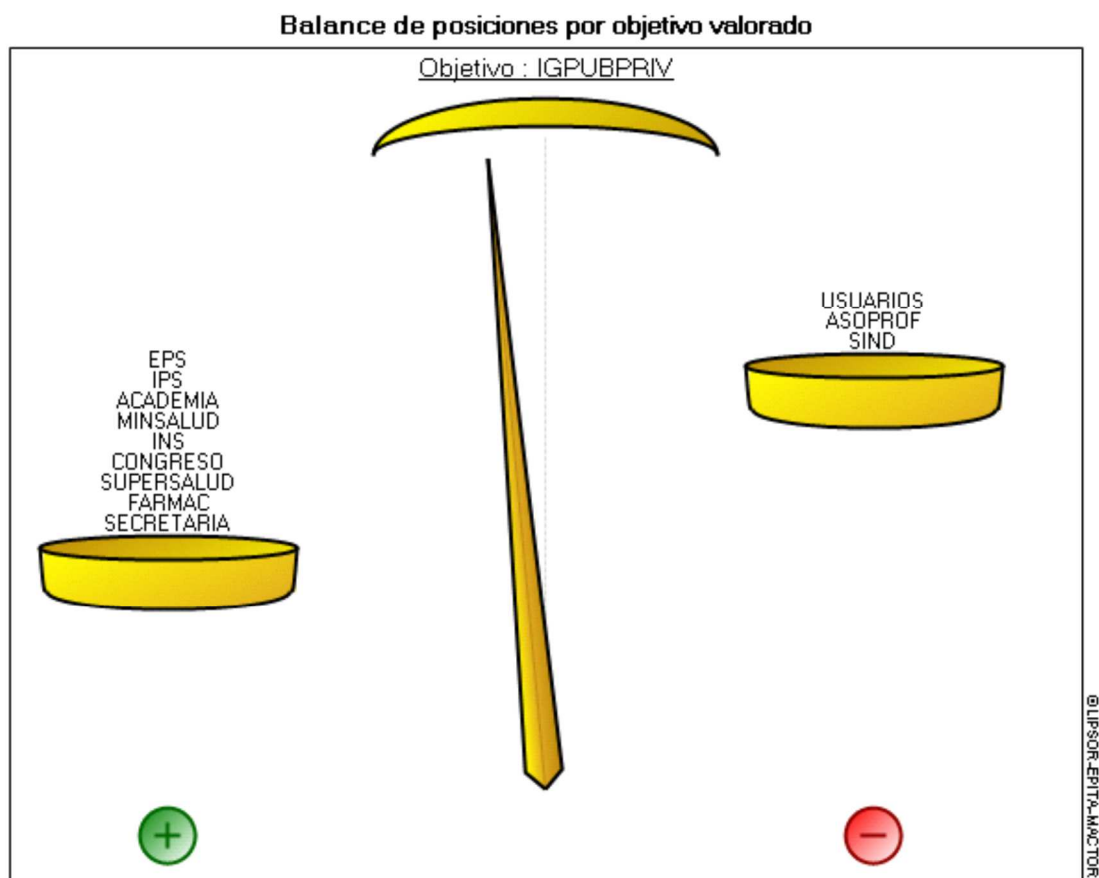


Figura 16. Balanza del objetivo Incrementar el gasto en salud público y privado donde no coinciden todos los actores

Fuente: El autor en base a las entrevistas en profundidad a los actores.

El país debe incrementar el gasto en salud público y privado en salud. Lo cual incrementara el gasto de bolsillo de las personas a lo que se oponen los usuarios, las asociaciones de profesionales y los sindicatos principalmente.

5.10 Reflexión sobre este capítulo

En el SGSSS, de Colombia, para denominarse humano debe observar los cinco valores que toda actividad debe practicar para denominarse humana. *La solidaridad* se manifiesta en la posibilidad que el sistema les brinda a todos los asegurados de recibir el mismo plan de beneficios independiente del valor cotizado. *La libertad*, aunque hay libre escogencia de institución de salud y médico, dentro de la red de prestación de servicios de la EPS, a la que el usuario se encuentra afiliado, no se practica. *La igualdad*: es verdad que todos los asegurados

tienen derecho al mismo plan de beneficios, pero los copagos que, muchas veces alcanzan varias decenas de miles, crean barreras económicas que no permiten que las personas que ganan uno o dos salarios mínimos accedan a los servicios de salud. *El respeto*: En algunos casos no hay respeto a lo más sagrado del ser humano, que es la vida. Por ejemplo, cuando la EPS le niega al afiliado los servicios de salud a que tiene derecho por estar asegurado, y debe recurrir a una tutela para hacer efectivo este derecho. El 65,74% de las tutelas presentadas corresponden a este tipo de reclamaciones. (Defensoría del Pueblo, 2015). *Dialogo*: no hay confianza entre los actores que permita un diálogo fluido para crear visiones de futuro compartidas cada actor, independientemente, quiere lograr sus objetivos. Nadie considera, a la otra persona, carne de su carne y menos sangre de su sangre; lo cual afecta el desarrollo de planes conjuntos y la confianza en el sector.

La percepción de los actores, sobre el poder político de cada uno de ellos, es que los actores de mayor poder político para influir en las decisiones que se toman en el gobierno son las EPS y las empresas de la industria farmacéuticas y que cada uno de estos defiende sus intereses particulares lo que dificulta cualquier decisión que se tenga que tomar en el sistema de salud.

El análisis del juego de actores confirmo la percepción de los encuestados, que el actor con más alto poder en el sistema de salud es el de las empresas promotoras de salud, en compañía del congreso, la industria farmacéutica, el ministerio de salud y las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Entre los objetivos estratégicos: 1) Hay un consenso en aquellos que se podrían llamar nodales como garantizar el derecho a la salud, implementar un sistema de salud digital en la nube y lograr la viabilidad financiera del sistema de salud; 2) el principal disenso se presenta en los objetivos que generan cambio en la estructura del sistema como son cambiar la forma de aseguramiento en salud dejándola en manos de una sola empresa de origen público y el rol de las EPS de aseguradoras a gestoras y 3) en el tipo de la estrategia de atención donde hay una oposición de menos actores pero no hay unanimidad en torno a si esta debe ser un punto de entrada al sistema o un sistema de búsqueda activa de los usuarios para mantener sana a la población.

CAPÍTULO VI. ESCENARIOS Y VISIÓN DE FUTURO DEL SGSSS AL AÑO 2033

Los escenarios de futuro son enunciados sobre el futuro, contruidos por los actores, de manera metódica, rigurosa y estructurada. Se convierten en visión de futuro, cuando dejan de ser lo que prevemos y soñamos, y se elige uno de ellos para construirlo. En este capítulo, se describe los ejes de los escenarios de futuro, el contexto, donde se desarrollarán los posibles escenarios de futuro, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la evolución de la población, las escuelas de los escenarios de futuro, los escenarios de futuros en los estudios de futuros, la metodología para la construcción de los escenarios de futuros del SGSSS al 2033, el proceso metodológico para la construcción de los escenarios de futuros del SGSSS al 2033, la construcción de los escenarios de futuro (cinco escenarios de futuros), prueba de calidad de los escenarios, un escenario deseado, que se constituirá en la visión de futuro y las semillas de cambio.

6.1 Ejes de los escenarios de futuros

Los ejes de los escenarios de futuro se escogieron con base en: 1) Las repuestas de los entrevistados, los cuales a la pregunta ¿Qué elementos y/o políticas del Sistema de Seguridad Social en Salud, considera usted que deben ser conservadas? Contestaron un 54,54% que se debía conservar el modelo de aseguramiento, un 22,72% la cobertura universal, un 18,20% nada y un 4.54% % la integralidad y la UPC y 2) la ley 1438 de 2011, que determina que el sistema general de seguridad social en salud debe migrar en su orientación de una estrategia de atención curativa a una de atención primaria en salud.

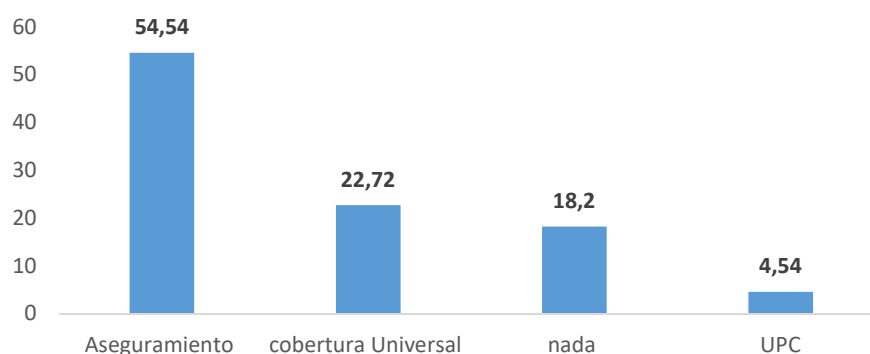


Gráfico 26. Pregunta: ¿Qué elementos y/o políticas del Sistema de Seguridad Social en Salud, considera usted que deben ser conservadas? (Porcentaje)

Fuente: El autor en base a las respuestas de las entrevistas en profundidad.

Los escenarios se plantearon con base en las respuestas que dieron los encuestados sobre el sistema de salud deseado por cada uno de ellos, el 59% prefieren un sistema de salud orientado hacia la atención primaria en salud, el 22,72 % desea un sistema de salud fundamentado en el aseguramiento con una financiación adecuada, efectividad y eficiencia en el desempeño, el 9% se inclinó por un sistema único de salud, el 4,54% , se decidió por un sistema de salud de atención universal y el mismo porcentaje desea un sistema de salud orientado hacia la humanización o donde únicamente se brinden las prestaciones básicas.

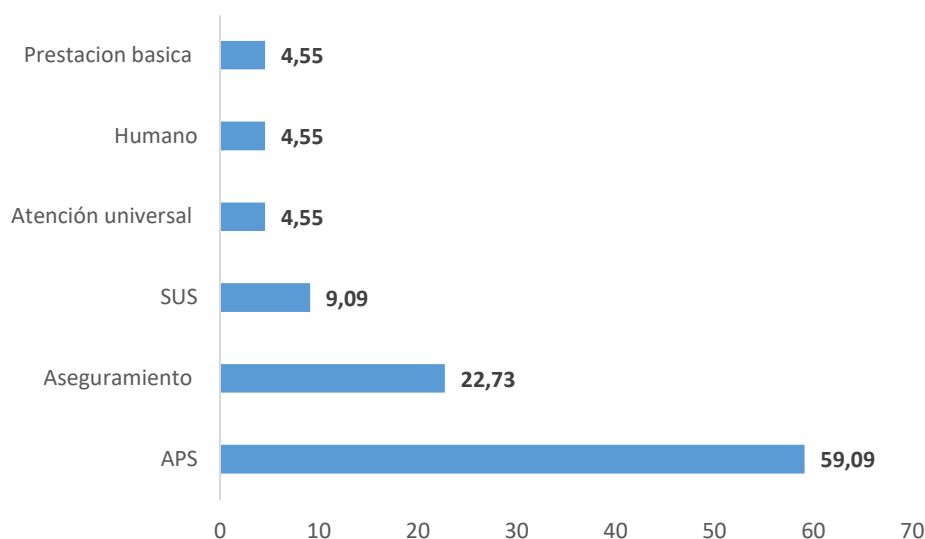


Gráfico 27. Pregunta: ¿Cuál sería el sistema de salud futuro preferido, o deseado, por usted? (porcentaje)

Fuente: El autor en base a las respuestas de las entrevistas en profundidad.

También se tuvo en cuenta las posiciones expuestas por:

Giraldo, Bohórquez, Delgado y Cuadros, J.G. (2012) de La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas quienes proponen un sistema de cuatro niveles: El primer nivel orientado hacia la atención primaria con equipos de atención básica, que se encarguen de mantener la población a su cargo sana; el segundo nivel conformado por las redes integradas de servicios de salud; en el tercer nivel que sería el de coordinación donde se ubican las EPS que cambiarían su rol aseguradoras para cumplir funciones previamente establecidas como coordinación y logística, auditoria y revisiones de comportamiento, que se remuneraría a posteriori mediante una tarifa fija y un pago variable por desempeño y el ultimo nivel conformado por un banco o caja única

encargada de manejar los recaudos por impuestos y recursos parafiscales y de administrar el riesgo financiero.

La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (2018) expuso cinco principios básicos que se deben tener en cuenta: No a la intermediación, trabajo decente en condiciones dignas para el personal de salud, protección a la profesión médica, mayor vigilancia y control por parte del estado a los actores del sistema y desarrollo de la ley estatutaria

La Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Investigación y Desarrollo (2018) parte del concepto de que es posible construir un sistema de salud sostenible a partir de las estructuras creadas por la ley 100 de 1993, por lo que sus propuestas consisten en mejorar el existente no en rehacerlo para lo cual se debe permitir y promover la competencia entre las EPS, pago por resultado a los prestadores de servicios, promoción del MIAS y las Rutas integrales de atención en salud (RIAS), historia clínica nacional, fortalecimiento de la supervisión y control, aumentar el nivel de inversión en salud por parte del gobierno nacional, nivelar el gasto de bolsillo en salud de Colombia frente a otros países y generar eficiencias en el manejo de los recursos.

Con base en lo anterior, los posibles escenarios de futuro del sistema de salud se enmarcan entres dos ejes: El del modelo del sistema de salud que va desde el aseguramiento hasta el Sistema Nacional de Salud y el de la orientación de la estrategia de atención en salud. Que se mueve entre curativo y de atención primaria en salud. Así pues, se formularon cinco escenarios de futuro: 1) El que se encuentra el país actualmente que corresponde al modelo de aseguramiento con una estrategia de atención con orientación curativa; 2) El modelo de aseguramiento con una estrategia de atención con orientación hacia la atención primaria en salud a través de un Modelo de atención integral en salud (MIAS) que tiene como punto de contacto con el usuario el Médico en salud familiar 3) El modelo de aseguramiento con una estrategia de atención orientada hacia la atención primaria en salud y con equipos básicos de salud como punto de contacto con el usuario; 4) Un Sistema Nacional de salud con una estrategia de atención orientada hacia la atención primaria en salud en el primer nivel, con un aseguramiento complementario en los niveles de atención más complejos y 5) Un Sistema Nacional de Salud con una estrategia de atención curativa.

De los escenarios de futuro anteriores en un taller en el que participaron un grupo de expertos se identificó el dos como el escenario hacia el cual el gobierno se propone conducir el sistema de salud y como el escenario deseado, se escogió el tres, o sea, la visión de futuro.

6.2 Contexto

Con el propósito de establecer la posición de Colombia frente a los demás países del mundo se tomaron como referencia los siguientes índices de desempeño:

El índice de desarrollo humano. Es un índice compuesto que se centra en tres dimensiones la esperanza de vida al nacer, los años promedio de escolaridad y los años esperados de escolaridad y el ingreso nacional percapita. Los cuales reflejan respectivamente la capacidad de tener una vida larga y saludable, de adquirir conocimiento y de tener un nivel de vida digno (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016). Emplea una escala de 0-1, donde 1 indica el mayor desarrollo humano y 0 el menor desarrollo humano.

Índice de competitividad global. Es un índice que publica cada año el Foro Económico Mundial que mide el nivel de productividad de la economía de un país en el largo plazo, estableciendo a la vez el nivel de prosperidad que esta puede lograr, a través de doce pilares: Instituciones, infraestructura, ambiente macroeconómico, salud y educación básica, educación superior y capacitación, eficiencia del mercado de bienes, eficiencia del mercado laboral, desarrollo del mercado financiero, preparación tecnológica, tamaño de mercado, sofisticación de los negocios e innovación. Emplea una escala de 0 – 7, donde 7 implica mayor competitividad y 0 menor competitividad.

Índice de prosperidad de Legatum. Es un índice que publica cada año El Instituto Legatum donde se muestra como los países se acercan o se alejan de las condiciones requeridas para la prosperidad, con base en nueve pilares: Calidad de la economía, ambiente para los negocios, gobernabilidad, libertad personal, capital social, seguridad y protección, educación, salud y medioambiente natural.

Índice de percepción de la corrupción. Es un índice publicado anualmente por Transparencia internacional que clasifica según la percepción de expertos y empresarios el nivel de corrupción del sector público en un país. Emplea una escala de cero a cien donde cien es muy transparente y cero es muy corrupto.

El índice de desarrollo humano nos muestra que Colombia es un país que se encuentra ubicado en desarrollo humano cinco puestos por abajo de la media de los países del mundo con una esperanza de vida al nacer que se posiciona en el mismo lugar.

Tabla 19. Índices de: Desarrollo Humano (2015), Global de Competitividad, Prosperidad de Legatum y Prosperidad de la corrupción (2017)

Índice	Año	General		Salud	
		Posición	Calificación	Posición	Calificación
Desarrollo Humano	2015	95/181	0,727		
Global de Competitividad	2017	66/137	4,3	88/137	5,5
Prosperidad de Legatum	2017	66/149		61/149	
Percepción de la corrupción	2017	96/180	37		

Fuente: El autor con base en Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2016), Foro Económico Mundial (2018), Legatum Institute (2017) y Transparency International (2018).

En competitividad y prosperidad el país se posiciona dos y ocho puestos respectivamente por encima de la media de los países del mundo, pero en corrupción esta seis puesto por abajo de la media de los países del mundo. Lo que nos muestra que Colombia en desarrollo humano, competitividad y prosperidad está ubicada en la zona media de los países del mundo, pero con un elevado nivel de corrupción que la ubica en el puesto 96 entre 180 países.

Cuando se analiza la posición del pilar de salud en el índice de competitividad encontramos que el país está ubicado en el puesto ochenta y ocho entre ciento treinta y siete países y en el de prosperidad en el puesto 71 entre 149 países, posiciones que nos siguen manteniendo en la zona media del mundo.

Los sistemas de salud de cada país son el resultado de la Ideología política del gobierno que los instaura o los conserva; puede ser de derecha, izquierda o centro de derecha o izquierda. Estas se caracterizan por la búsqueda del bienestar social; cuando la posición es de derecha, se trata de una economía centrada en el individuo; cuando es de izquierda, está centrada en la comunidad. Teniendo en cuenta dos temas: la igualdad social y el manejo de la economía, explicitado a través de las variables de igualdad social, propiedad privada y provisión de bienes y servicios (Mojica, 2017), cada una de estas posiciones se puede determinar, de acuerdo con el siguiente detalle (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Características de las diferentes posiciones políticas con base en la igualdad social y el manejo de la economía

Posición Política	Igualdad Social		Manejo de la economía			
			Propiedad Privada		Los bienes y servicios son provistos por	
	Si	No	Si	No	El Estado	La empresa privada
Derecha		x	x			x
Izquierda	x			x	x	
Centro	x		x		x	x

Fuente: Mojica (2017)

6.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

El SGSSS, de Colombia, fue creado por el Gobierno de Cesar Gaviria Trujillo, mediante la Ley 100 de 1993, siguiendo las recomendaciones del Banco Mundial (1993) en su informe invertir en salud de financiar los sistemas de salud mediante el aseguramiento, lo cual se materializó en nuestro país a través del modelo del Pluralismo Estructurado. Su propósito era evitar el monopolio del sector público, la atomización del sector privado, los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas de juego transparentes. Todo, para impedir, o compensar, las fallas del mercado (Londoño y Frenk, 1997).

En Colombia, la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable de carácter obligatorio el cual se presta bajo la dirección, coordinación y control del estado. Que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad; para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. (Ley 1751 del 2015) y se les garantiza a las personas, a través de dos regímenes: el contributivo, al que se afilian las personas con capacidad de pago y el subsidiado, al que se afilian las personas sin capacidad de pago.

La *rectoría* del sistema, está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social; su *financiamiento* se realiza a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y la *articulación*, a través de las Empresas Promotoras de Salud, las encargadas de asegurar a los usuarios de ambos regímenes; a cambio, reciben el valor de una unidad de pago por capitación y le garantizan a este un plan de beneficios, que es el mismo para los dos regímenes. La prestación de los servicios a los usuarios se realiza, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). (Ver Figura 17).

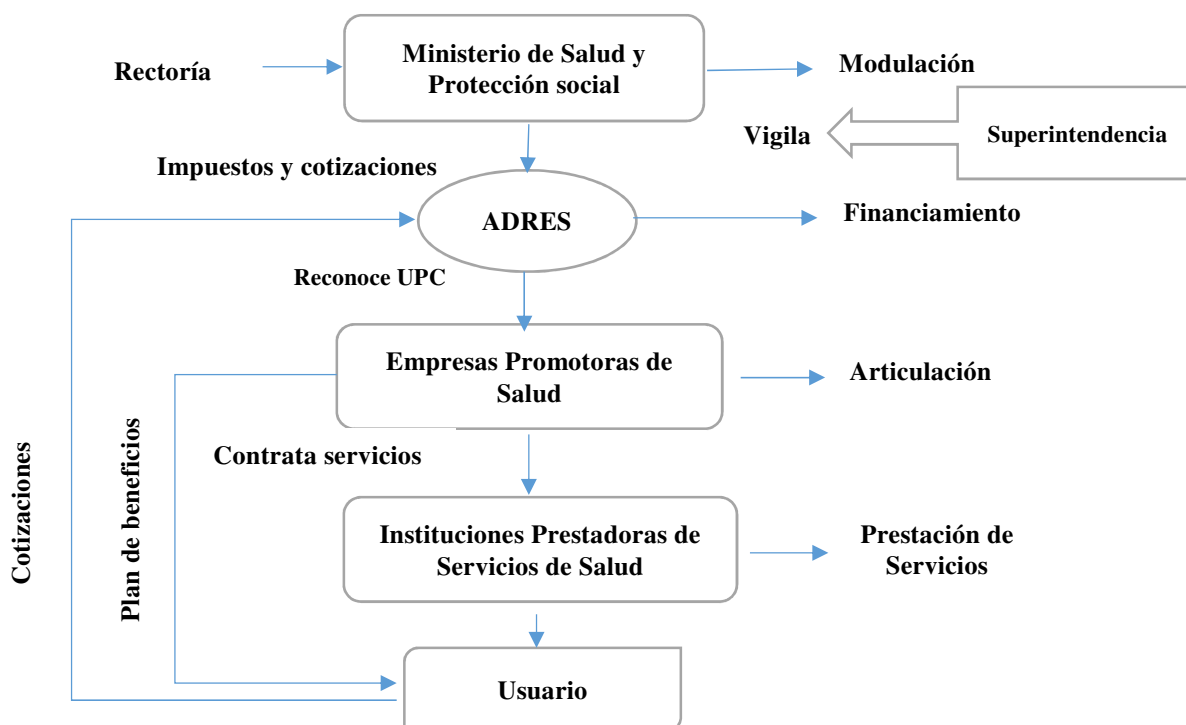


Figura 17. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia desde el Pluralismo estructurado

Fuente: El autor a partir de Londoño y Frenkel (1997).

La Ley 1122 de 2007 creó el sistema de inspección, vigilancia y control, dirigido por la Superintendencia Nacional de Salud. Y definió cada uno de los términos antes mencionados: La inspección: conjunto de las actividades para el seguimiento y monitoreo de la situación jurídica, financiera, técnico científica, administrativa y económica; la vigilancia: las atribuciones que tiene la entidad para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender, para que las entidades vigiladas cumplan con las normas del SGSSS; el control: las atribuciones que tiene la Superintendencia para ordenar los correctivos tendientes a superar una situación crítica o irregular, de cualquiera de sus vigilados y sancionar a quienes se aparten del ordenamiento legal vigente.

Son más de 6.000 las normas que se han expedido desde que se promulgo la ley 100 de 1993 y dos las reformas que se le han realizado. Pero a pesar de la continua crisis en que vive el sistema de salud, la estructura organizativa de este permanece inamovible, sin cambios.

Descrito el contexto y el SGSSS continuamos con la reseña sobre la evolución de la población en el país.

6.4 Evolución de la Población

De acuerdo con las proyecciones de población (de 1994 a 2009), realizadas por el DANE (2017c) y las simulaciones realizadas (entre el año 2010 y el 2033) en esta investigación, con Dinámica de sistemas (Anexo A), la población de Colombia, en el año 2033, ascenderá a 54.888,452 habitantes. Su crecimiento será menor, en la medida que transcurre el tiempo. Entre el 2024 y el 2033, se incrementará, en un promedio anual, de 0.59%. “*Se espera que en el largo plazo converja a cero, y que, en el 2050, se sitúe en un 0.1%. Las mujeres aportan, en promedio, un 51% de la población*” (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2014, p. 41). Este porcentaje se ha mantenido estable a lo largo del periodo de análisis.

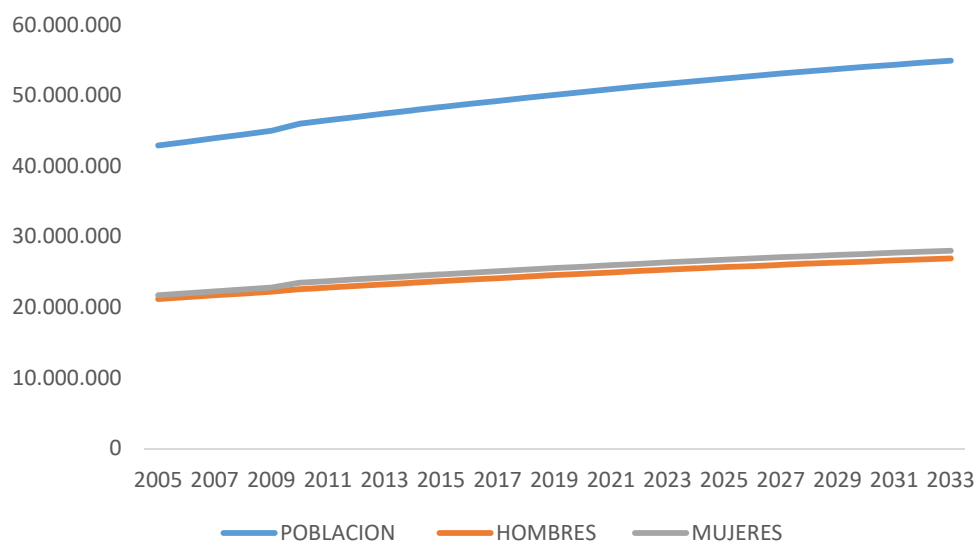


Gráfico 28. Población total y por sexo de Colombia (1994-2033)

Fuente: El autor, a partir del DANE (2017c) y simulación con dinámica de sistemas realizada para esta investigación.

Según la simulación realizada -en los años 2010 al 2033, en esta investigación- en el 2010, la población de 0 a 14 años era de 12.809.224 habitantes y la mayor de 60 años era de 4.801.061 personas. En el año 2033, la población -0 a 14 años- será de 11.654.542 habitantes y la población mayor de 60 años, de 12.755.270 personas. O sea, el doble del año inicial del periodo analizado. En el año 2029, la población mayor de 60 años ascenderá a 11.683.997 habitantes y la que está entre 0 y 14 años será de 11.508.540. Como se puede ver, los primeros superan, por

primera vez, a los segundos. Estos cambios -en la estructura por grupo de edad- muestran que Colombia entró en la etapa de envejecimiento demográfico.

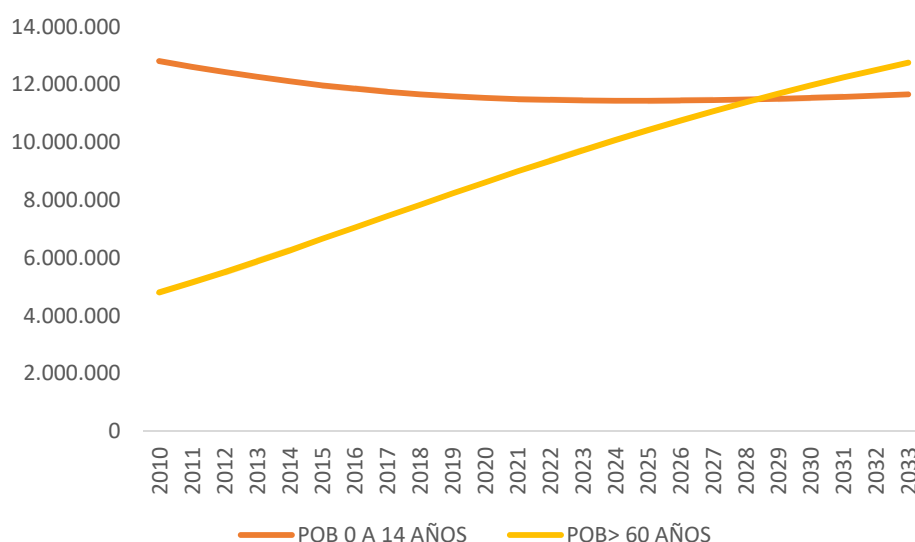


Gráfico 29. Población de 0-14 años y mayor de 60 años de Colombia (2010-2033)

Fuente: El autor, partir de la simulación con dinámica de sistemas realizada para esta investigación.

El envejecimiento demográfico no será igual en todas partes: en los centros poblados, será más acelerado. En el año 2033, la población mayor de 60 años, en Bogotá, será del 21,4% de la población total; en Medellín, 26,3%; en Cali, 21,3% y en Barraquilla, 20,6%. En cambio, en el mismo año, la misma población tendrá, en ciudades intermedias, como Riohacha, el 10,2% de la población total; Montería, 15,6% y Pasto, 18,6% (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2014). Lo que muestra claramente que la demanda de los servicios de salud se incrementará, sustancialmente, en las grandes ciudades, en los próximos 20 años.

La población rural colombiana, en la medida que avanza el tiempo, tiende a disminuir: en el año 2030, será el 16,6% y, en el 2050, el 14% del total de la población. Caso contrario sucede con la población urbana que presenta una clara tendencia al alza en el año: el 83,4% y, en el 2050, el 86% del total de la población. (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2012 y Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2014).

6.5 Escuelas de los estudios de futuros

Los estudios de futuros a partir de la segunda guerra mundial han evolucionado paralelamente con las transformaciones que se presentan en el mundo y como respuestas a los cambios en el entorno de este. Según Medina, Becerra y Castaño (2014). Desde 1950 hasta la fecha se pueden identificar cuatro generaciones de estudiosos del futuro:

- La primera generación se desarrolló entre las décadas de 1950 – 1960, por los denominados pioneros quienes desarrollaron como conceptos principales la predicción y los pronósticos del cambio tecnológico y hacían énfasis en el desarrollo de las bases filosóficas y metodológicas de la disciplina.
- La segunda generación se inicia en la década de 1970 y finaliza en la de 1980, tuvo como líderes a las asociaciones internacionales y los programas de formación las cuales desarrollaron como conceptos principales la comprensión, interpretación y crítica de los cambios sociales y ponían su énfasis en el desarrollo de instrumentos y caja de herramientas para la formulación de los posibles futuros.
- La tercera generación se desarrolló entre las décadas de 1990 y del 2000 en el nuevo siglo en este periodo se consolidaron los centros, institutos y redes de conocimiento que hacían énfasis en el desarrollo de procesos y sistemas de aprendizaje, así como en dar respuestas a los cambios que se presentaban a través de conceptos como la construcción social, la creación de alternativas y la solución de problemas.
- La cuarta generación es la que estamos viviendo se inicia en la década del 2010, en lo institucional profundiza en la profesionalización de la prospectiva y su conexión con la toma de decisiones, haciendo énfasis en el desarrollo de las capacidades para la gestión del cambio a través de conceptos como las innovación, convergencia tecnológica y sostenibilidad del planeta.

A partir de la finalización de la segunda guerra mundial en la década de 1950 en la medida que se desarrollaban nuevos conceptos en la prospectiva aparecían nuevas escuelas con sus respectivos enfoques y seguidores. Entre las escuelas que han logrado una mayor visibilidad entre los estudiosos de los futuros se encuentran la investigación de futuros, el foresight, la prospectiva, la planificación por escenarios la previsión humana y social y la de los análisis del futuro de las tecnologías entre otras.

De acuerdo con Medina, Becerra y Castaño (2014) las escuelas de la prospectiva se inician en la década de 1950 después de la segunda guerra mundial. En Europa se quería evitar a toda costa la posibilidad de una nueva guerra entre países hermanos y guiar el desarrollo del continente hacia el bien común, mientras en los Estados Unidos se buscaba conocer los futuros especialmente el de las nuevas tecnologías para ganarle la guerra fría al bloque oriental. Es así como las primeras escuelas nacieron de las manos de los gobiernos y en el caso de los norteamericanos en los tanques de pensamiento militares como la corporación RAND.

En los Estados Unidos de Norteamérica en la década de 1950 aparece la escuela de la planificación de largo plazo (long-range planning) la cual tiene su origen en la investigación de operaciones y se focaliza en el desarrollo de la tecnología, las aplicaciones militares, los mercados y los procesos de innovación mediante la aplicación de los métodos cuantitativos. Posteriormente apareció la escuela de investigación sobre futuro (futures research) fundamentada en los mismos elementos que la anterior. En el año de 1974 la Asociación Internacional de Sociología constituyó el comité de investigaciones sobre el futuro. Estas dos grandes vertientes dan origen en la década de 1970 a las escuelas del pronóstico tecnológico (technological forecasting) y la de la planificación por escenarios que han desarrollado ampliamente y aún siguen siendo muy utilizadas.

En Europa en el año de 1955, específicamente en Francia Gaston Berger pone de presente los primeros elementos de la prospectiva y desarrolla una antropología de la prospectiva con el propósito de estudiar los diferentes aspectos del hombre en el porvenir (Durance, 2012). En la década de 1960 De Jouvenel (1966) define la prospectiva como el arte de la conjetura y señala que se debían investigar diferentes futuros posibles en vez de un futuro único. En la década de 1970, de esta corriente de la prospectiva se desprendieron dos grandes escuelas la de la prospectiva estratégica, bajo la tutela de Michel Godet que es ampliamente conocida por los practicantes de esta disciplina por su caja de herramienta que consta de métodos que se ejecutan a través de software como el Micmac, Mactor, Smic-prob entre otros y la Prevision Humana y Social, liderada por la Profesora Masini que se caracteriza por hacer énfasis en las visiones, los valores y las capacidades y por la construcción de futuros humanos.

En la misma década de 1970, bajo el auspicio del Club de Roma surgen otras corrientes entre las que se encuentran la que tiene como propósito la elaboración de visiones (visioning) y la que tiene como objeto de estudios la problemática global (global studies). El trabajo más

conocido de esta escuela es los límites del crecimiento que fue publicado en 1972, del cual se publicaron tres versiones actualizadas, 20 años después en 1992, con el título *Mas allá de los límites del crecimiento*; en el 2004, 30 años después, con el título *Los límites del crecimiento 30 años después* y finalmente en el 2012, se realiza en francés la última edición titulada *Les limites a la croissance (dans un monde fin)*.

Ha mediado de la década de 1980, se comienza a usar el término de foresight vinculado a la identificación de las nuevas tecnologías, que ha recibido un gran impulso a través de los programas nacionales de prospectiva en Europa y Latinoamérica. En la década del 2000 se agruparon en una sola familia denominada Technology futures análisis (TFA) todas las escuelas dedicadas al análisis sobre los futuros de la tecnología de la cual hacen parte los pronósticos tecnológicos, la prospectiva tecnológica y la evaluación tecnológica.

En la medida que la velocidad del cambio genera más incertidumbre en el mundo son más los líderes y departamentos de planificación de las organizaciones y naciones del mundo que adoptan los estudios de futuros como una herramienta para gestionar el porvenir y en especial los escenarios de futuro.

6.6 Los escenarios de futuro en los estudios de futuros

Los escenarios de futuro “desde comienzo de los años sesenta, se han convertido en un concepto y metodología importante en la investigación de los futuros” (Godet y Roubelat, 2000). Desde su aparición en los trabajos de geostrategia de Herman Khan, su posterior entrada en la planificación estratégica de las organizaciones públicas y privadas son varios los números especiales que la revista Technological Forecasting and Social Change le ha dedicado a esta metodología, entre los más conocidos se encuentran el del año 2000 y el del 2010.

En número publicado en el año 2000, Michael Godet presenta el especial con el artículo denominado “El arte de los escenarios” , Wilson reafirma la vinculación existente entre el concepto de los escenarios y la acción, Kees Van de Heijden realiza la diferencia entre los pronósticos y los escenarios y Hughes de Jouvenel repasa los pasos que se siguen para la construcción de los escenarios de futuro.

En este mismo número la Profesora Barbieri y Medina (2000) presentan el concepto de los escenarios desde la perspectiva de la previsión humana y social. Y para la construcción de

estos propusieron una metodología que consta de siete etapas, desarrolladas para identificar: ¿Qué está cambiando?, ¿Qué se puede cambiar? Y, por último, ¿Qué hay que cambiar? A continuación, se describen:

1. Construcción de una base de datos (descripción del sistema escogido en el presente)
2. Delimitación del sistema escogido y de su contexto general, a través de entrevista, cuestionarios, seminarios de especialistas, tormentas de ideas, etc.
3. Descripción del sistema y sus componentes
4. Identificación de los actores en el presente y el pasado y de sus decisiones estratégicas (se hace una relectura de las variables claves, se requiere documentación)
5. Formulación de las preguntas claves o hipótesis de los escenarios
6. Construcción de los escenarios y definición del horizonte temporal
7. Identificación de las acciones necesarias a los diversos escenarios.

Pasos que tienen como propósito la construcción de diferentes alternativas de futuros y entre estas la del futuro deseado poniendo en práctica un conjunto cada vez más amplio de metodologías.

6.7 Metodologías para la construcción de los escenarios de futuro del SGSSS al 2033

Con el propósito de seleccionar los artículos en los que se presentaban ejercicios sobre escenarios de futuro para evaluar en estos la frecuencia del uso de los métodos de acuerdo con la naturaleza de estos: cuantitativa, cualitativa y mixta. Cruz y Medina (2015) revisaron 2.603 abstract de artículos publicados en tres de las revistas indexadas más prestigiosas sobre estudios de futuros durante el periodo comprendido entre 2003-2013; de los cuales 1.169 abstract corresponden a la revista *Technological Forecasting and Social Change*, catalogada en Scimago como Q1, 1.009 abstract pertenecen a la revista *Futures*, catalogada en Scimago como Q1 y 425 abstract corresponden a la revista *Foresight*, catalogada en Scimago como Q3. Confirmándose la importancia de la naturaleza de los métodos en la construcción de los ejercicios de escenarios de futuro.

En la investigación antes mencionada se encontró que la mayoría de los métodos usados en los ejercicios de escenarios de futuro son los cualitativos (66,7%) seguidos por los mixtos (19%) y los cuantitativos (14.3%). (Medina y Cruz, 2015). Se hace necesario que en esta

disciplina se fomente la triangulación de métodos con el fin de captar tanto la realidad objetiva como la subjetiva y tener más elementos de juicio para la construcción de los escenarios.

Para este ejercicio se presenta en cinco pasos una metodología que combina los métodos cualitativos y cuantitativos, de acuerdo al siguiente detalle:

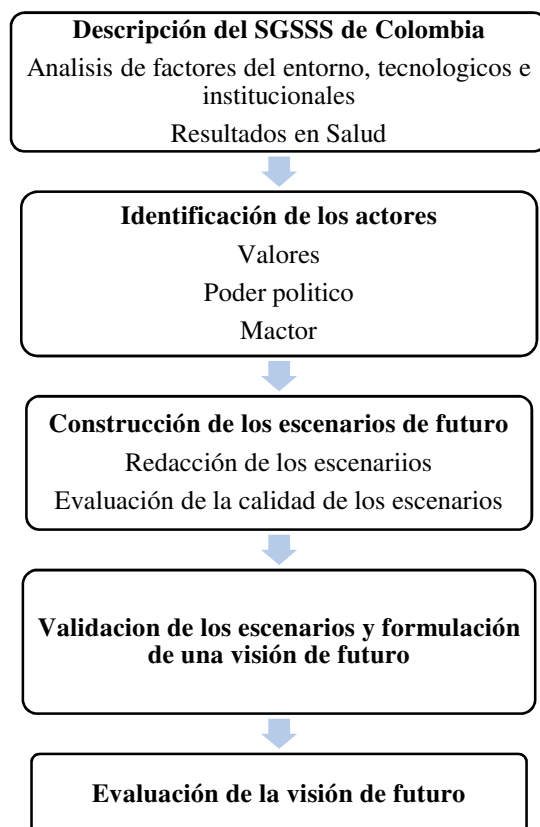


Figura 18. Proceso metodológico para la construcción de una visión de futuro

Fuente: Elaboración propia.

Metodología que se desarrolló siguiendo el proceso metodológico que a continuación se detalla

6.8 Proceso metodológico para la construcción de los escenarios de futuro del SGSSS al 2033

Se realizó de acuerdo al siguiente detalle:

6.8.1 Descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En esta sección se analizaron los factores del entorno, tecnológicos, institucionales y los resultados en salud.

6.8.1.1 En los factores del entorno en:

Lo demográfico se consultaron: La bases de datos del Dane, específicamente las proyecciones de la población del 2005 – 2020 y los informes del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la CEPAL. Se realizaron mediante Dinámica de Sistemas las proyecciones de la población al año 2033.

En el socioeconómico se consultaron: La base de datos del Banco de la Republica sobre el PIB, precio y producción, salario y empleo y la Gran Encuesta integrada de Hogares de Febrero de 2017 del DANE.

En la exploración del sector político, se consultó el Informe sobre Desarrollo Mundial de 1.993. Invertir en salud, el documento de trabajo del Banco de la Republica. Ayala (2014) La Salud en Colombia: más coberturas, pero menos Acceso, la Constitución Política de 1.991, las bases de datos de la red de ciudades Cómo Vamos y la Encuesta de Gallup de abril de 2018.

En el sector legal se revisaron las siguientes normas: La Constitución Política Nacional, la ley 100 de 1.993, que creo el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 del 2011 que reformaron a la ley 100 y la ley 1751 de 1915 que reglamento el derecho a la salud. Además, los informes de la Defensoría del pueblo sobre el derecho a la tutela y la sentencia de la Honorable Corte Constitucional T- 760 de 2008.

6.8.1.2 En los factores tecnológicos:

Se consultaron las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre gestión de tecnologías sanitarias, las publicaciones de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) sobre tecnología e innovación en los modelos de prestación en salud.

6.8.1.3 En los factores institucionales en:

La Cobertura del SGSSS, se analizó la base de datos del Sistema integral de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y protección social en el aparte de aseguramiento y en el comparativo con los otros países se recolectaron los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

En la evolución de la Unidad de Pago por capitación se consultó la base de datos del observatorio Así Vamos en Salud.

Para el plan de beneficios se consultó lo siguiente: la Ley 1751 del 2015, que fija las exclusiones del plan; la resolución No. 6408 de 2016, y resolución 3951 de 2016.

Para la financiación del gasto público en salud se consultó a Santamaría, M., Navas, V., Gómez, M. y López, J.M. (2017) en el texto La salud en Colombia avanza en terrenos difíciles

6.8.1.4 En los resultados en Salud en:

El acceso a los servicios de salud, se consultó los Informes Nacional de Competitividad de los últimos años

Las principales causas de mortalidad, se analizaron de 1990 – 2015, con base en las estadísticas vitales del DANE.

Las desigualdades entre las regiones se analizaron a partir de la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad en menores de cinco años con los datos tomados de la base de datos de Así Vamos en Salud.

6.8.2 La Identificación de los actores

Para elaborar el *listado de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, se tomó, como base, el propuesto en la Resolución No. 330 del 14 de febrero de 2017, del Ministerio de Salud.

Se estableció la *percepción que tienen los diferentes actores del sistema sobre el poder político* de cada uno de ellos y el nivel de importancia que estos le dan a los valores (libertad, igualdad, solidaridad, respeto y diálogo), que debe observar una actividad para denominarse humana. Esto se realizó por medio de la entrevista en profundidad a 22 actores, con dos preguntas específicas: ¿Cuál es la importancia que se le debe dar a los cinco valores que necesita practicar un sistema de salud par denominare humano? Califique de cero a cinco siendo cinco el más importante y cero el menos importante y Del listado de actores que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud que le estoy entregando ¿Qué tanto poder político considera que tienen estos actores del sistema de salud, calificando con cinco la que tiene el mayor poder político y con cero el que no tiene ningún poder político?

Se consultaron las páginas web de transparencia internacional, para identificar el nivel de corrupción de Colombia y otros países referentes como: Uruguay, Chile, Costa Rica, Brasil y México y la página web de transparencia por Colombia, para determinar el nivel de riesgos de caer en corrupción de los departamentos y municipios del país.

6.8.3 Construcción de los escenarios de futuro

Los escenarios de futuro fueron contruidos mediante el uso de métodos cuantitativos y cualitativos. Con dinámica de sistemas se simularon hasta el año 2033, la evolución de la población, del aseguramiento en salud y del valor de la UPC y con el método Montecarlo se proyectó hasta el 2033 el gasto en salud como % del PIB, el gasto en salud, sector privado (% del PIB) y el gasto en salud, sector público (% del PIB). Los escenarios de futuro se formularon con base en:

1. Las entrevistas con los 22 actores quienes a las preguntas ¿Que debería conservarse del sistema de salud actual? Contestaron el 54,54% que el modelo de aseguramiento en salud, el 27,27% que la cobertura, el 18,18% nada y el 4,54% la UPC y otro 4,54% la integralidad

y ¿Cuál es el sistema de salud deseado por usted? El 59% contesto un sistema de salud con una estrategia de atención en salud con base en la APS, el 22,72% un sistema de salud con un modelo de aseguramiento, el 9% un sistema único de salud, 4,54% un sistema de salud con un modelo de atención universal, otro 4,54% un sistema de salud con un modelo de atención humano y el 4,54% restante un sistema de salud con un nivel de prestación básica.

2. Dos ejes de incertidumbre para la construcción de los escenarios de futuro el del modelo del sistema y el de la estrategia de atención.

Los modelos de sistemas de salud van desde el modelo de aseguramiento al de Sistema Nacional de Salud, es por este motivo que este eje se moverá entre estas dos alternativas.

El eje de la estrategia de atención está delimitado por dos estrategias: la curativa, cuyo objetivo es atender la enfermedad de los afiliados y el de atención primaria. La declaración de Alma Ata lo definió así:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Organización Mundial de La Salud, 1978, p. 3)

Los diferentes actores del sistema están de acuerdo que se debe pasar de la estrategia curativa a la de atención primaria en salud, como lo señala la Ley 1438 del 2011. Después de describir las diferentes dicotomías que se presentan en el Sistema de Salud, se proponen los posibles escenarios de futuro del sistema de Salud de Colombia para el año 2033.

En cuatro Dimensiones claves escogidas por el autor donde se agruparon las diferentes variables de acuerdo al siguiente detalle:

Organización y financiación: Cobertura, demanda, política farmacéutica, UPC, Plan de Beneficios, gasto público en salud y contención del gasto.

Resultados en salud y envejecimiento: Causas de mortalidad, inequidad entre regiones y envejecimiento de la población.

Actores: Ministerio de Salud, Supersalud, congreso, EPS, IPS, Industria Farmacéutica Secretaria seccional de Salud y Usuarios.

Valores y poder político: Se priorizaron por el orden de importancia los cinco valores que se deben observar para que una actividad sea denominada como humana y se presenta la percepción de los actores sobre el poder político de los otros pares.

Tecnología y Talento Humano: Se presenta la evolución de la tecnología y en talento humano se enfatiza en la demanda, la formación y el mercado laboral.

Los posibles escenarios de futuro del SGSSS para el año 2033, se ubican: El escenario uno, con un modelo Bismarkiano de aseguramiento y una estrategia de atención con orientación curativa; los escenarios dos y tres, con un modelo Bismarkiano de aseguramiento y una estrategia de atención con orientación hacia la atención primaria en salud; que se diferencian entre otras cosas por el punto de contacto con el usuario y el responsable del aseguramiento, los escenarios cuatro y cinco, son un modelo Beveridgian – Sistema Nacional de Salud y una estrategia de atención con orientación hacia la atención primaria en salud y una estrategia de atención curativa respectivamente (ver Figura 19).

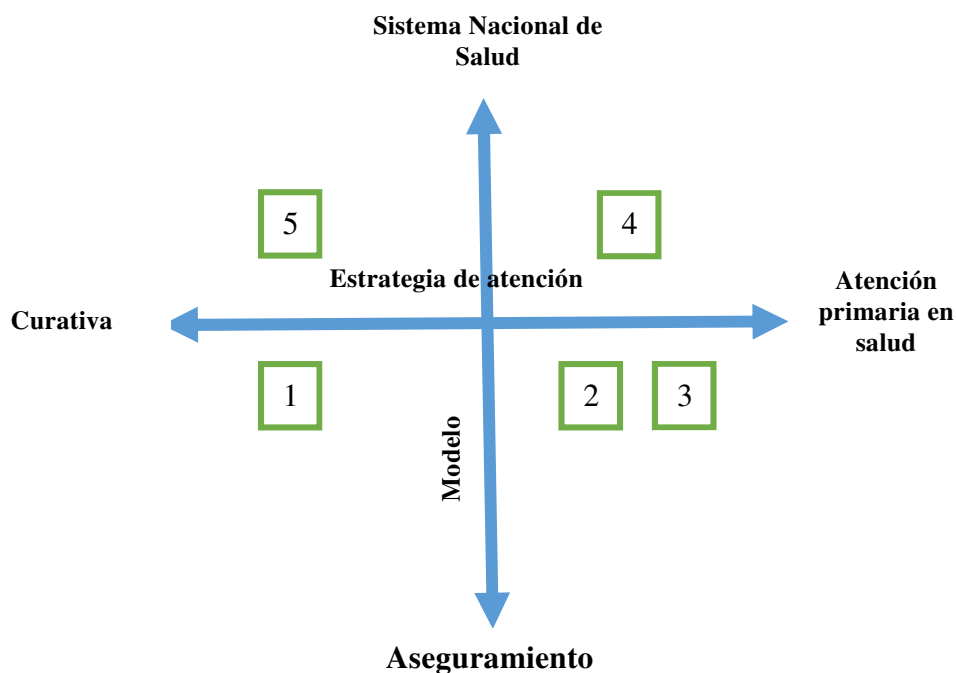


Figura 19. Posibles escenarios de Futuro del Sistema de Salud de Colombia al 2033

Fuente: El autor, con base en las entrevistas a los diferentes actores del sector y de Mojica (2017).

Los posibles escenarios de futuro del sistema de salud de Colombia al año 2033, de acuerdo con las posibles posiciones políticas de los gobiernos son los siguientes: (Ver Tabla 21).

Tabla 21. Posibles Escenarios de Futuro del Sistema de salud de Colombia al 2033

Escenario de futuro No.	Modelo	Estrategia de Atención	Posición Política
1	Aseguramiento	Curativa	Gobiernos de derecha, centro derecha y centro
2	Aseguramiento	Atención primaria en salud MIAS	
3	Aseguramiento	Atención Primaria en salud ampliada	
4	Sistema Nal. De Salud	Primer nivel del estado Atención Primaria en salud	Gobiernos de izquierda y centro izquierda
5	Sistema Nal de Salud	Sistema único de salud Curativa	

Fuente: El autor con base en Mojica (2017).

Los sistemas de salud de modelo de aseguramiento por lo general son adoptados por los gobiernos con ideologías de derecha, centro derecha y centro y los sistemas nacional de salud por lo general son adoptados por gobiernos con ideología de izquierda y centro izquierda.

6.9 Escenario de futuro número uno: Aseguramiento con una estrategia de atención en salud curativa

6.9.1 Breve descripción del escenario y estructura organizativa

Es un sistema de aseguramiento en salud con una estrategia de atención curativa que tiene como objetivo lograr el acceso de toda la población a los servicios de salud en todos los niveles. Se financia con contribuciones e impuestos y a través de empresas aseguradoras que afilian al régimen contributivo a las personas con capacidad de pago y al subsidiado a las personas sin capacidad de pago por lo cual reciben una unidad de pago por asegurado, a quien le garantizan un plan de beneficios que le permite el acceso a los servicios de salud en el momento que se enferman; que prestan a través de las clínicas y hospitales contratados. La evaluación del sistema de salud se realiza en base a la oportunidad, satisfacción del usuario y tramites. (Ver Figuras 20 y 21).

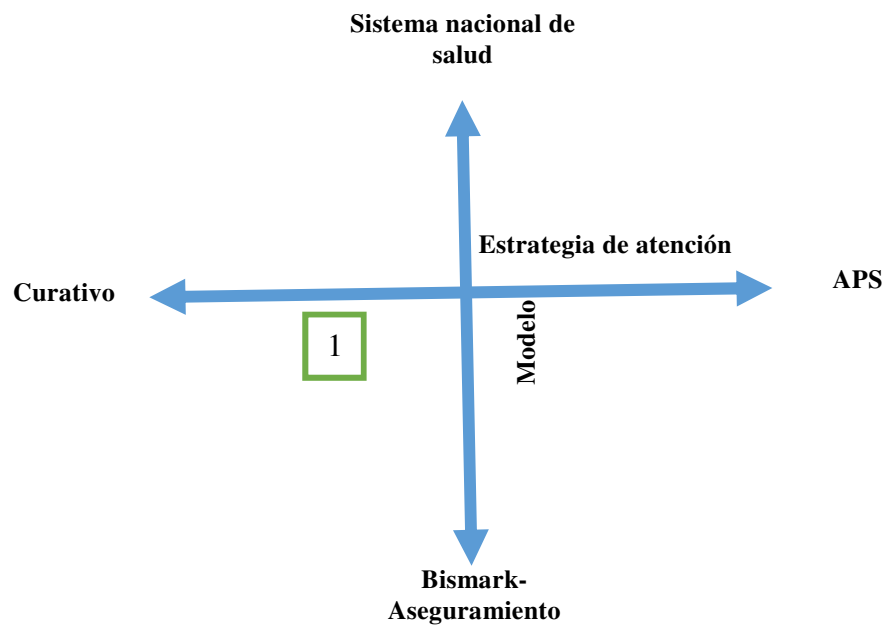


Figura 20. Escenario de Futuro No. 1 al 2033

Fuente: Elaboración propia.

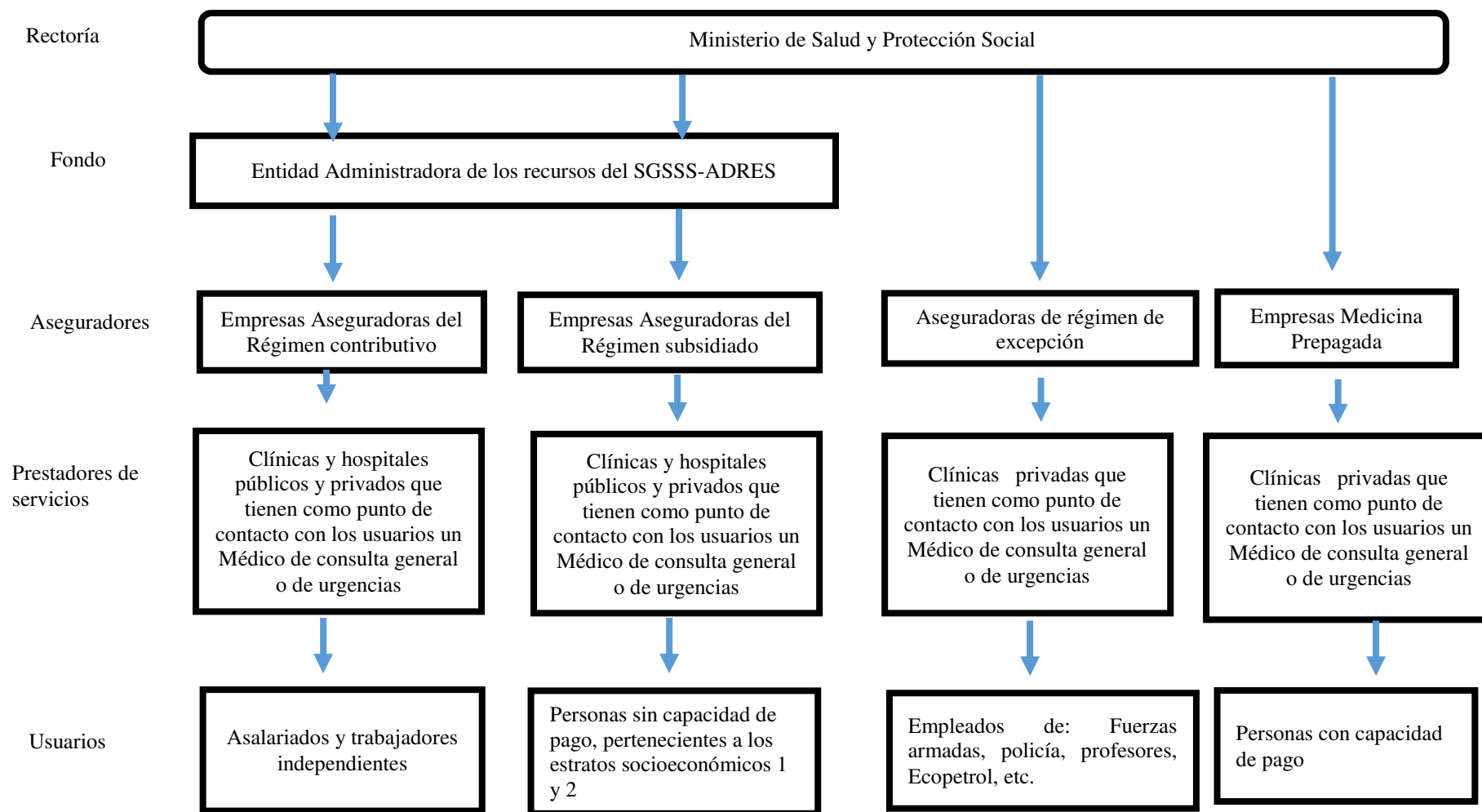


Figura 21. Escenario 1. Estructura organizacional del Sistema de Seguridad Social en Salud con una Estrategia de Atención Curativa
Fuente: Elaboración propia.

6.9.2 Estructura organizacional del sistema General de Seguridad Social en Salud

La estructura del sistema consta de cinco niveles:

El primer nivel lo ejerce el Ministerio de Salud y Protección Social que realiza la rectoría del sistema de salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento. Como la coordinación interinstitucional para políticas que involucren los determinantes sociales de la salud.

El segundo nivel corresponde a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Es una institución de orden nacional adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente que tiene por objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los recursos que financien el aseguramiento en salud y los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, en fin los recursos destinados a la salud.

El tercer nivel está ocupado por la Empresas Aseguradoras en Salud que son las encargadas del aseguramiento a la salud de las personas pertenecientes al régimen contributivo y al subsidiado y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin garantizarle a los asegurados el plan de beneficios en salud.

En el cuarto nivel las instituciones prestadoras de servicios de salud que son las encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel correspondiente a las personas aseguradas y beneficiarios bajo una estrategia de atención curativa. Lo cual lo harán inicialmente a través de un médico de consulta general o de urgencias.

El quinto nivel está ocupado por los usuarios son las personas afiliadas a las EPS del régimen contributivo y subsidiado.

6.9.3 Dimensiones Claves

Organización y financiación, resultados en salud y el envejecimiento, actores, valores y orientación del poder político y tecnologías y talento humano.

6.9.4 Desarrollo del escenario

6.9.4.1 Organización y financiación

Es un escenario que se caracteriza en lo estructural por ser un modelo de aseguramiento con una estrategia de atención curativa. La Seguridad Social en Salud es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del estado, a través de un Sistema Seguridad Social en Salud, que se financia mediante el pago de cotizaciones e impuestos y consta de dos regímenes, el contributivo al cual se afilian las personas con capacidad de pago y el subsidiado al cual se afilian las personas sin capacidad de pago; por lo cual reciben una Unidad de Pago por Capitación y en contraprestación le garantizan al asegurado un plan de beneficios en salud, con unas exclusiones que no permiten la financiación con los recursos públicos de tecnologías que: Tengan propósitos cosméticos; no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica ni sobre su efectividad; su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; se encuentre en fase de experimentación y tenga que ser prestado en el exterior. Y en el caso que un paciente asegurado en el régimen contributivo o subsidiado necesite un servicio o tecnología que no pueda ser financiada con los recursos de la UPC, el profesional de la salud podrá prescribirla a través de una plataforma tecnológica denominada MIPRES y máximo en tres días la EPS se la suministrará.

La cobertura del aseguramiento en salud podemos decir que es universal, asciende al 96%, de los habitantes, los cuales están afiliados a diez empresas aseguradoras del régimen subsidiado y contributivo. La capacidad instalada del SGSSS es insuficiente para atender la demanda de servicios de salud, se considera que hay un 27% de demanda insatisfecha así, la persona aunque tenga el derecho no lo puede ejercer de hecho.

Los servicios de salud son prestados por instituciones (Hospitales y clínicas) públicas y privadas mediante una estrategia de atención en salud de orientación curativa.

El gobierno ha consolidado una política farmacéutica que tiene como objetivo el acceso equitativo a medicamentos efectivos y la prestación de servicios farmacéuticos de calidad que se fundamenta en el control de precios de los medicamentos basado en el precio de referencia internacional que se fija con base en el precio del medicamento objeto de control en 17 países y la política de incorporación de nuevas tecnologías al plan de beneficios en salud, al cual solo se sumaran aquellas que evaluadas por el Instituto de Evaluación de las Tecnologías en Salud se compruebe que agregan valor a las ya existentes.

Se realizan las compras centralizadas para los medicamentos que son financiados con los recursos públicos diferentes a los de la UPC y prescritos por los profesionales de la salud en la plataforma MIPRES.

Según las proyecciones realizadas el gasto público total en salud, en el escenario más pesimista que sería el de continuar con la estrategia curativa en el año 2033, alcanzaría el valor del 8.43 % del PIB. Lo cual obliga a que se incremente tanto el gasto público en salud como el privado con el fin de cubrir el faltante que se presenta.

La entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ha constituido en el banco de la salud y consecuente con su propósito ha logrado mejorar el flujo de los recursos entre los actores del sector, pero aun las IPS siguen siendo sujeto de grandes deudas por parte del gobierno y las empresas aseguradoras.

La contención de gasto se realiza a través de las auditorias, los copagos, el control en el ingreso de nuevas tecnologías y las exclusiones en el plan de beneficios.

6.9.4.2 Resultados en salud y el envejecimiento

Las principales causas de mortalidad continúan siendo las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas, cánceres y diabetes entre otras, las cuales, se encuentran posicionadas entre las diez primeras causas de mortalidad.

La inequidad ente las regiones se puede evidenciar en el comportamiento de los siguientes tres indicadores:

- La razón de mortalidad materna en el país es de 73,51 mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguiente al embarazo, por cada 100.000 niños nacidos vivos, desagregado este indicador encontramos diferencias entre el centro y la periferia hay regiones del país como el Vaupés donde este índice alcanza la cifra de 568.98 madres muertas por cada 100.000 niños nacidos vivos, Guainía 302,57, Chocó 290,35 y Guajira 237,04. (Así Vamos en Salud, 2018)
- La tasa de mortalidad infantil en el país se ha reducido a 15.96 niños muertos por cada 1.000 nacidos vivos, desagregado este indicador se presentan diferencias con la periferia del país en Guainía este índice es de 29,75 niños fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos, en el Chocó es de 28,35, en el Vichada es 23,9 y en el Vaupés es de 19,39.
- La tasa de mortalidad en el país en menores de cinco años es de 13,66 niños fallecidos menores de cinco años por cada 1.000 niños nacidos vivos, desagregado este indicador se presentan diferencias con la periferia del país en Guainía es de 55.98 niños fallecidos antes de cumplir cinco años por cada 1.000 nacidos vivos, en el Vichada es de 43,77, en el Chocó de 39,8 y en el Vaupés de 39,77.

A partir del 2029 las personas mayores de 60 años superan a las personas menores de 14 años, en el 2033, las personas mayores de 60 años, serán 12.755.720 habitantes, que equivalen al 23,23% de la población total, lo que incrementará sensiblemente la demanda de servicios de salud y por ende las barreras de acceso porque el sistema de salud no tiene una estrategia de atención al adulto mayor.

6.9.4.3 Actores

Entre los principales actores se encuentran:

El Ministerio de Salud. Es el encargado de la dirección del sistema de salud cuya tarea se ha concentrado en la búsqueda de la viabilidad financiera del sistema de salud, bajo la premisa de que el sistema no debe gastar más de lo que tiene. En consecuencia se plantean dos estrategias: 1) La de recuperación financiera de las EPS guiada por el decreto 2702 de 2014, donde se presentaron la ruta y las reglas de juego para la recuperación de las EPS en un periodo

de siete a diez años, 2) la recuperación del equilibrio entre ingresos y gastos del sistema para lo cual: a) Se rediseñó del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y se creó un aplicativo denominado MIPRES para la formulación de los medicamentos, procedimientos y dispositivos que no son financiados con los recursos de la UPC, b) se reglamentó la incorporación de nuevas tecnologías incorporando al plan de beneficios en salud únicamente aquellas que agreguen valor. Acompañado de un control de precios a los medicamentos.

Superintendencia de salud. Es la encargada de la inspección, vigilancia y control del sistema de salud, labor que realiza a través de un plan anticorrupción que consta de cuatro componentes: Identificación de los riesgos de corrupción y las acciones para su manejo, estrategias anti trámites, rendición de cuentas y mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

Empresas Promotoras de Salud. De las 41 empresas aseguradoras que rindieron cuentas a la Superintendencia de salud en el año 2016 únicamente permanecen en el año 2033, diez, que cumplen con los indicadores de permanencia exigidos por la ley: margen de solvencia y patrimonio mínimo, cuentan con entre cuatro y cinco millones de afiliados a los dos regímenes. La liquidación de las EPS, ha conducido al ingreso de capitales extranjeros y a la acumulación de deuda sin posibilidad de pago.

Industria Farmacéuticas y de dispositivos. Está compuesto por 24 laboratorios multinacionales que hacen parte de Afidro y 26 laboratorios nacionales y multilatinos que hacen parte de la Asociación de Industria farmacéuticas colombianas (Asinfar). El 70% de los medicamentos que se consumen en el país son producidos por las empresas farmacéuticas nacionales y multilatinas pero esta únicamente recaudan el 30% del valor de las ventas; mientras las multinacionales venden el 30% de los medicamentos y recaudan el 70% de lo que se vende en salud.

Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Sobreviven: Las grandes clínicas privadas capaces de resistir el proceso de decantación de las EPS y con el capital de trabajo suficiente para soportar las pérdidas por el no pago de los servicios prestados a la aseguradoras liquidadas y unos pocos hospitales público. Muchos de estas instituciones tanto privadas como públicas para poder continuar en el mercado se vieron obligadas a buscar inversionistas nacionales o extranjeros como Christus Sinergia, quienes hicieron su entrada a el país de la mano de Coomeva.

Secretarías Seccionales de Salud. Se han reducido a su mínima expresión únicamente cumplen las funciones de vigilancia delegadas por la Superintendencia de Salud y por el Ministerio de Salud en cuanto habilitación de las IPS y salud pública. Desde hace más de diez años tienen congeladas las plantas de personal y las actividades que realizan lo hacen con personal contratado que por lo general cambia cada cuatro años lo cual no permite la acumulación de conocimiento por parte del personal y menos de capacidades por parte de las entidades.

Los usuarios. Debido al envejecimiento de la población, al incremento de la demanda de servicios de salud y a la incorporación de nuevas tecnologías se presenta un incremento de los costos en salud que obliga al aumento del gasto privado en este sector y por lo tanto al gasto de bolsillo en la población.

6.9.4.4 Valores y orientación del poder político.

Según Cortina (2013) los valores que hacen de cualquier actividad una actividad humana son: libertad, igualdad, solidaridad, respeto y diálogo.

De acuerdo con las respuestas de los entrevistados que determino la calificación promedio de la percepción sobre el nivel de importancia que los actores le dan a los cinco valores antes mencionados en un sistema de salud se obtuvo el siguiente orden: 1) la igualdad, 2) el respeto, 3) la solidaridad, 4) la libertad y 5) el diálogo. (Ver Anexo E).

De acuerdo con las respuestas de los actores entrevistados se pudo establecer que la calificación promedio sobre la percepción del poder político de los actores, más alta, es para la EPS seguidas muy de cerca de la industria farmacéutica y de dispositivos y en el tercer y cuarto lugar se encuentran respectivamente el Congreso de la República y el Ministerio de Salud y mas baja es para el instituto Nacional de Salud y las Asociaciones de Usuarios.

El sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia presenta riesgos de corrupción en sus macro-procesos misionales de acuerdo al siguiente detalle:

Aseguramiento: Riesgo de la desviación de los recursos y de fraude en la afiliación de los usuarios del RS y en los reportes de las EPS al ADRES (Cambio de edad para cobrar un mayor valor de la UPC y no dar de baja a las personas que fallecen)

Gestión de salud pública: Pago de las intervenciones que se realizan por mayor valor al

ejecutado.

Prestación de servicios: Fraude en la contratación (formación de carteles) (Grupo de Economía de la Salud, 2017).

Según Transparencia Internacional Colombia sigue ocupando en el índice de percepción de la corrupción el puesto 96 entre 180 países, con una calificación de 36 puntos en una escala de 0 a 100 donde 0 es muy corrupto y 100 muy transparente.

Las personas siguen teniendo la percepción que la corrupción en el sistema de salud es muy alta y que es aceptada socialmente.

6.9.4.5 Tecnología y talento humano

Las EPS, cada una, ha implementado un sistema la historia clínica electrónica (HCE) que además de las interfaces para la instituciones prestadoras de servicios está vinculada a los servicios de farmacia, laboratorio y radiología y algunas ofrecen un portal en línea y una APP, para los pacientes que les permiten comunicarse con su aseguradora para pedir citas con el médico u otro profesional de la salud, tramitar autorizaciones para los diferentes procedimientos, mirar sus resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas y comunicarse con el médico que los está tratando a través de correos o mensaje de texto desde su Smartphone.

Como resultado de las metas propuestas en el plan Vive Digital del Ministerio de Salud se ha consolidado una red de voz y datos que conecta a los actores de sistema de salud interesados en consolidar la telemedicina en las instituciones prestadoras de servicios de mediana y baja complejidad mejorando el acceso y la capacidad resolutive de estas, favoreciendo especialmente a las personas de las regiones apartadas.

Se realiza una evaluación de las tecnologías en salud con base en las evidencias científicas con el propósito de recomendar a las autoridades cuales agregan valor y deben ser cubiertas con los recursos públicos.

El país ha logrado el número mínimo de profesionales de la salud 25 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes para atender la cobertura de primer nivel. De acuerdo con las proyecciones realizadas por Ruiz, Matallana, Amaya, Vásquez, Parada y Piña (2008) en el año 2011, en el escenario más conservador sin cambios en el nivel de aseguramiento con respecto al año 2006, se necesitaban 91.897 médico, cifra que el país supero en el año 2015 y en

el escenario menos conservador con un nivel de afiliación del 2,4% se necesitaban en el mismo año 103,253 médicos cifra que en el 2016 aún no se había alcanzado, en ese año había 97.483 médico (SISPRO, 2018a). Con el avance del envejecimiento en el país aumentará la demanda de servicios médicos y en el año 2033, se prevé habrá un déficit de médicos generales,

En cuanto a especialistas la demanda de estos profesionales será mayor que la oferta en especialidades como Anestesiología, oncología, medicina interna entre otras.

Subsisten las diferencias entre las regiones del centro del país como Bogotá, Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca donde hay entre 37,41; 20,42; 21,54 20,83 médicos por cada 10.000 habitantes respectivamente y las regiones de la periferia como Vaupés, Chocó y la Guajira donde hay entre 3,8, 4,92 y 8,94 médicos por cada 10.000 habitantes respectivamente. (SISPRO, 2018 a)

6.9.5 Punto de quiebre

Las EPS que cumplan con los índices de patrimonio y de solvencia económica planteados por la ley: Le darán prioridad al pago cumplido de sus obligaciones con las IPS, para generar flujo adecuado de los recursos y aprovecharan su condición de actores dominantes dentro del sector para generar confianza.

El gobierno tomara la decisión de aumentar el gasto público en salud en los puntos porcentuales del PIB adecuados y generará estrategias para que los particulares incrementen sus aportes cada año.

El gobierno amplía la capacidad instalada del sistema de salud mediante créditos de fomento a los hospitales públicos y privados a través de FINDETER con el fin de atender la demanda insatisfecha.

El Ministerio de Salud en compañía de las Direcciones Seccionales asume la administración del aseguramiento en salud en los departamentos periférico, con el propósito de disminuir la brecha en los resultados en salud entre los departamentos del centro y estos.

Se realizan programas de promoción, prevención y control de las enfermedades crónica no transmisibles.

Se fortalecen los lazos entre los actores del sector de la salud con el fin de establecer relaciones entre estos que generen valor para todos y confianza entre los mismos.

Se realizan de manera continua jornadas para vivenciar los valores que hacen humana las actividades de salud.

El gobierno se la juega en la realización de actividades culturales para el cambio de comportamiento entre los actores tendientes a lograr cero corrupciones en el sector.

Los actores del sector son capaces de concertar políticas que conducen a la creación de valor para el usuario.

El ICETEX, crea una línea específica de becas y créditos para estudiar medicina y las universidades duplican el número de cupos en este programa.

Las universidades triplican el número de cupos para las especialidades médicas que presentan déficit.

6.9.6 Implicaciones

El 98% de los residentes del país están afiliados a una empresa aseguradora, la cual recibe una UPC por cada afiliado y a cambio le garantiza un plan de beneficios, que es el mismo tanto para el régimen subsidiado como el contributivo. Pero no podrán acceder de manera oportuna.

Por el envejecimiento de la población, se incrementa, cada día más, la carga de enfermedad y la demanda de los servicios de salud. Principalmente, por las enfermedades crónicas no transmisibles, como las cerebrovasculares, el infarto agudo en el miocardio, los cánceres y la diabetes. Esta es una carga de enfermedad, que no se atiende por barreras atribuibles a los prestadores de servicios, por encima del 25% del total de la demanda. Como es de esperar, conduce a la cronificación de la salud, y convierte estas patologías en las principales causas de mortalidad en el país.

El valor de la UPC tendrá aumentos marginales: la carga de enfermedad la hará cada vez más insuficiente, para financiar -en el plan de beneficios- el grupo de prestaciones que garanticen la prestación colectiva del derecho a la salud. Esto obligará al gobierno a realizar nuevas evaluaciones, a priori, para reducir este grupo de prestaciones y fortalecer el de las exclusiones; es decir, desprotegiendo, aún más, el derecho a la salud.

Las EPS, de 41 que rindieron cuenta a Supersalud en el 2016, se redujeron a diez en el 2003. Debido a la quiebra de unas o las fusiones de otras, estipuladas en el Decreto 2702 de

2014. La desconfianza entre los actores será un común denominador y las EPS continuarán siendo el actor con mayor poder político e imponiéndole las condiciones de contratación a las IPS.

El sistema no crea capacidades, en los usuarios, para que tengan hábitos de vida saludables. Por ende, no se disminuirá la morbilidad, por las enfermedades crónicas no transmisibles, porque no hay promoción de la salud ni la prevención de la enfermedad.

No disminuyen las brechas en los resultados en salud, entre las regiones del centro del país. Los agregados nacionales de la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna presentan una tendencia a la baja. Sin embargo, cuando dichos resultados se desagregan, por departamentos, se evidencia, claramente, una desigualdad entre las regiones.

No se garantiza el derecho a la salud, de manera individual ni colectiva, tal como está consignado en la Ley 1751 del 2014.

6.10 Escenario de futuro número dos: Aseguramiento con una estrategia de atención orientada hacia la Atención primaria en salud como nivel de atención

6.10.1 Breve descripción del escenario y estructura organizativa

Este escenario se caracteriza por ser un modelo de aseguramiento en salud, con una estrategia de atención primaria en salud. Propuesto por el gobierno mediante una política de atención integral en salud con base en los determinantes sociales, que tiene como propósito lograr las mejores condiciones de salud para la población, a través del “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. (Art. 2°, ley 175 de 2015).

Para lo cual trazo cuatro estrategias: 1) Atención primaria en salud con orientación hacia la salud familiar y comunitaria; 2) el cuidado, 3) la gestión integral del riesgo en salud y 4) el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Que se operacionalizan en un Modelo de Atención en Salud (MIAS). Que tiene como propósito “la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y el territorio donde se desarrolla (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.46). Teniendo a la población como centro de atención. Lo cual implica que la

evaluación del sistema debe realizarse de acuerdo con los resultados en salud y no por la cobertura de la prestación de los servicios médicos.

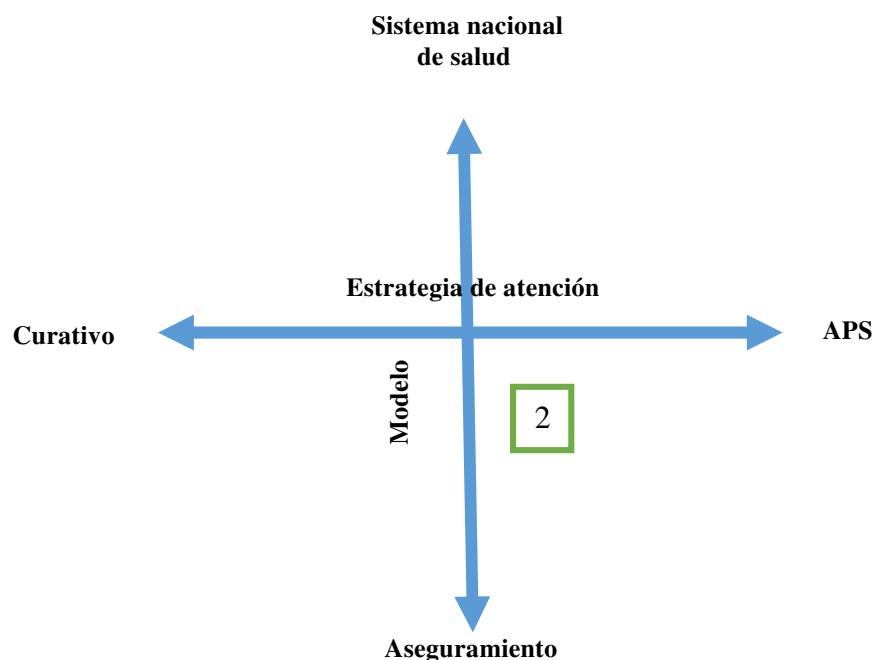


Figura 22. Escenario de Futuro No. 2 al 2033

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los elementos del enfoque diferencial del MIAS es la diferenciación territorial que tiene como objetivo ajustar el sistema de salud al contexto territorial, lo cual implica ofrecer un portafolio de servicios de acuerdo con las particularidades de las regiones.

En Colombia existen marcadas diferencias a nivel territorial que obligan a ajustar el sistema de salud al medio donde se opera. Por lo tanto para el funcionamiento de este modelo es necesario dividir el país en regiones de acuerdo con el perfil epidemiológico, las condiciones culturales, geográficas, ambientales, económicas y sociales entre otras y en cada una de estas debe operar una sola EPS, con una cobertura entre cuatro millones a cinco millones de afiliados con un plan de beneficios adaptado a las particularidades específicas de la región y tener como punto de contacto con los afiliados un médico familiar capaz de brindar atención integral en salud a la familia en todas sus edades. (Ver Figura 23).

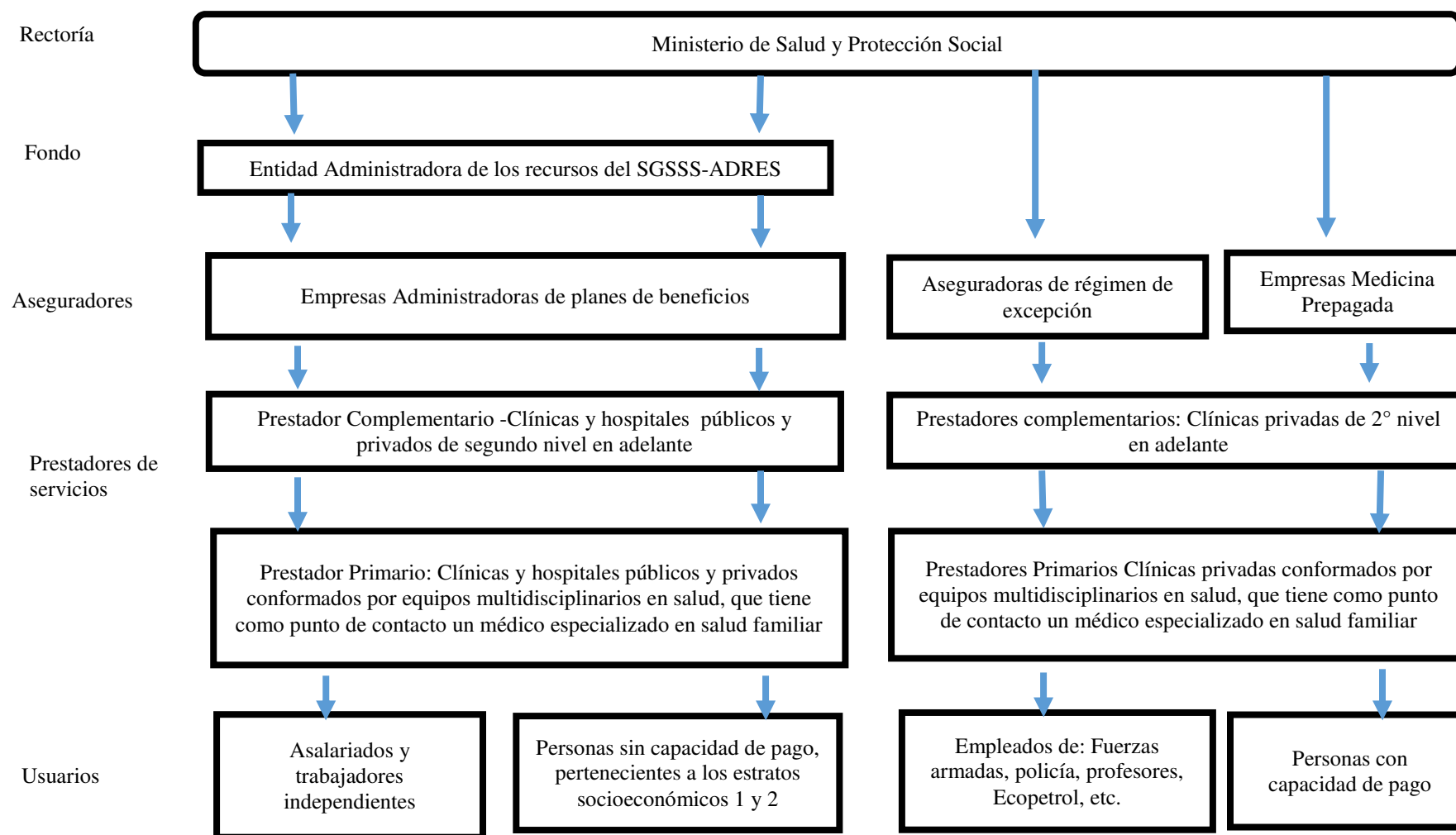


Figura 23. Escenario 2. Estructura organizativa del Sistema de Seguridad Social en Salud en Salud con una Estrategia de Atención Primaria en salud - MIAS

Fuente: Elaboración propia.

6.10.2 Estructura organizacional del sistema General de Seguridad Social en Salud

La estructura del sistema consta de cinco niveles:

El primer nivel lo ejerce el Ministerio de Salud y Protección Social que ejerce la rectoría del sistema de salud que tiene como estrategia de atención la APS, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento.

El segundo nivel corresponde a la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), es una institución de orden nacional adscripta al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente que tiene por objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los recursos que financien el aseguramiento en salud y los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo. En fin los recursos destinados a la salud.

El tercer nivel está ocupado por la Empresas Administradoras de planes de beneficios que son las encargadas del aseguramiento a la salud de las personas pertenecientes al régimen contributivo y al subsidiado. Las cuales tienen tres funciones: Protección frente al riesgo financiero derivado del riesgo en salud, de agencia, el asegurador representa al afiliado y puede realizar la compra en grande volúmenes de bienes y servicios para reducir los precios. (Ministerio de Salud y Protección social, 2016)

En el cuarto nivel las instituciones prestadoras de servicios de salud, se dividen en prestadores primarios y complementarios, que hacen parte de una red integral de prestadores de servicios. Los primarios, están encargados de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales de primer nivel. Este componente deberá resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población (Ministerio de Salud y Protección social, 2016). El punto de contacto con los usuarios es el médico de salud familiar quien hace parte de los equipos multidisciplinarios en salud. Los complementarios son los encargados de las atenciones de mayor complejidad que le remiten desde el nivel primario.

En el quinto nivel: los usuarios son las personas afiliadas a las EPS del régimen contributivo y subsidiado quienes tienen como punto de contacto con el sistema de salud un médico especializado en salud familiar y adquieren hábitos de vida saludable para el cuidado y autocuidado de la salud.

6.10.3 Dimensiones Claves

Organización y financiación, resultados en salud y el envejecimiento, actores, valores y orientación del poder político y tecnologías y talento humano.

6.10.4 Desarrollo del escenario

6.10.4.1 Organización y financiación

Este escenario es un modelo de aseguramiento en salud, con una estrategia de atención primaria en salud. La seguridad social en salud sigue siendo un servicio público obligatorio, bajo la rectoría del Ministerio de Salud que mediante una política de atención integral en salud que tiene como propósito la regulación de las intervenciones de los actores del sistema con el fin de lograr el acceso de los usuarios a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para garantizar el derecho a la salud. (Ley 1751 de 2015).

Aunque se sigue conservando la estructura organizacional (Ministerio, EAPB, IPS y usuarios) se crean nuevas organizaciones y rutas de atención como:

- **Las redes integrales de servicios de salud.** Conformada por un grupo articulado de clínicas y hospitales ubicados en un territorio definido. Compuesta por prestadores primarios integrados por equipos multidisciplinarios en salud que resuelven el 80% de los problemas de salud de la población y prestadores complementarios que prestan los servicios de salud individuales de mediana y alta complejidad y gestionan el riesgo clínico.
- **Las rutas integrales de atención en salud (RIAS).** que están conformadas por tres tipos de rutas: a) Las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud que comprenden las acciones realizadas en los entornos donde transcurre la vida y se desarrollan las personas, b) las RIAS para grupos de riesgos donde se desarrollan las acciones dirigidas a la

identificación oportuna de los factores de riesgo y su intervención y c) las RIAS de atención específicas dedicadas a las acciones de recuperación, rehabilitación y paliación.

Para garantizar el derecho a la salud el sistema ha desarrollado nuevas capacidades institucionales cambiando la prioridad propuesta en la ley 100 de 1993, la cobertura en la prestación de los servicios de salud de manera aislada, por la propuesta en la ley 1751 de 2015, el derecho al acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud. Para lo cual: 1) Se debe cambiar la estrategia de la atención en salud pasar de curativa a la de atención primaria en salud, 2) desarrollar una mayor capacidad resolutive en el primer nivel de atención que les permita atender la mayoría de las prestaciones médicas necesarias y generar nuevas competencias en el talento humano específicamente en los médicos que sean capaces de atender de manera integrada a la persona y su familia en todas las edades independiente de que este o no enfermo, 3) un sistema de información centrado en el usuario y 4) direccionar los incentivos a los resultados en salud en la población atendida.

El pago se realiza por resultados. El ministerio crea incentivos para los aseguradores que realizan programas de promoción y prevención, acciones para la identificación oportuna de los riesgos con el fin de realizar las intervenciones necesarias para evitarlos; con el propósito de mantener sana la población a su cargo o realizan el diagnóstico para los tratamientos oportunos.

El plan de Beneficio en salud tiene una exclusión explícita, lo cual permite que se aplique el enfoque diferencial para adaptarlo al perfil epidemiológico de la región y las necesidades de la población

La cobertura del aseguramiento en salud es universal y aunque se ha incrementado la capacidad resolutive del primer nivel dando como resultado una disminución en las barreras de oferta y evidenciándose una mayor oportunidad en la prestación de los servicios de salud y una disminución en el número de tutelas, aun la demanda insatisfecha es bastante alta.

El gobierno mantiene la política farmacéutica de control de precios de los medicamentos y evaluación del ingreso de las nuevas tecnologías.

En este escenario el gasto público en salud como porcentaje del PIB, se comportaría como en el escenario tendencial y en el año 2033, ascendería al valor del 6.68% del PIB. Situación que puede ser atenuada por la adopción del modelo de atención en salud orientado hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De acuerdo con Gutiérrez y

Gómez (2018) si los colombianos redujéramos a la mitad los años que vivimos con discapacidad podríamos disminuir el gasto en salud en un punto porcentual del PIB.

La contención de gasto se realiza a través de las auditorias, los copagos y el control en el ingreso de nuevas tecnologías y las exclusiones en el plan de beneficios.

6.10.4.2 Resultados en salud y el envejecimiento

Las empresas aseguradoras reciben un pago por resultados que incentiva las actividades que estas realizan para mantener estable a la población enferma y evitar que la población sana se enferme mediante actividades de promoción y prevención.

Las enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT) siguen siendo la principal causa de muerte, aunque se hace énfasis mediante campañas que buscan el cambio de comportamientos en las personas aún persisten los principales factores de riesgo, que son: El consumo del alcohol y de bebidas azucaradas, el tabaquismo y el sedentarismo.

La implementación del MIAS, ha mejorado el estado de salud de la población y se logran las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud 2012-2021:

- El incremento de las coberturas de prevención, detección temprana de la ECNT y sus factores de riesgos en un 20%.
- Reducción de la mortalidad prematura en personas en el 25%, en la población entre 30-70 años.
- Reducir la hipertensión arterial en un 25%, en mayores de 25 años.
- Reducir relativamente el 20%, de los niveles aumentados de colesterol en las personas de 18 años o más.

Además se logran: 1) La meta de los objetivos de desarrollo sostenibles. La tasa de mortalidad materna por cada 100.000 habitantes pasando de 51, en el año 2018 a 32 en el 2030, 2) se redujo la tasa de mortalidad infantil a 10 por cada 1.000 niños nacidos vivos y la mortalidad en menores de cinco años a 12 por cada 1.000 y se reducen en un 40% las diferencias en estos tres indicadores entre las regiones apartadas y las centrales.

Una de las tendencias más significativas del país es el envejecimiento en el año 2033, la población mayor de 60 años será de 12.755.270 habitantes, que equivalen al 23% del total de la población, los cuales a lo largo de su vida la mitad hizo ejercicio leve o moderado y la quinta

parte de estos son o fueron fumadores, lo que produjo un aumento de las enfermedades crónicas y por ende de la demanda de servicios de salud, lo cual ha contribuido a que se retrasen en diez años el logro de las metas del plan decenal en salud y que la población tenga que aumentar el gasto de bolsillo en salud.

El tener los usuarios como punto de contacto un médico en salud familiar le da continuidad y una mayor oportunidad a la atención en salud y las redes integrales de servicios de salud crean estrategias de atención a la población mayor de sesenta años

6.10.4.3 Actores

Ministerio de salud y Protección Social. Es el encargado de la rectoría del sistema; de formular la Política de Atención Integral en Salud con una orientación hacia la atención primaria, salud familiar y comunitaria; las rutas de atención integral en salud; fortalecer el primer nivel de atención en salud y de la creación de las redes integrales de servicios.

Superintendencia de Salud. La Superintendencia de salud realiza las actividades de inspección, vigilancia y control de las entidades vigiladas como las aseguradoras y los hospitales y clínicas.

Empresa Promotoras de Salud. Tienen tres funciones: Protección del riesgo financiero a la población afiliada; agencia, la capacidad de conforma una red de servicios de acuerdo a la demanda de los asegurados, que le permite al usuarios acceder oportunamente a los servicios de salud con resultados previsibles.

Industria Farmacéutica. Los 26 laboratorios nacionales y multilatinos productores de genéricos han incrementado el nivel de ventas están produciendo el 90% de los medicamentos consumidos en el SGSSS y los 24 laboratorios que producen medicamentos de marca el 10% de los medicamentos consumidos en el SGSSS. Proporción que generaría un ahorro en el gasto total en salud.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Están integradas a una red prestadora de servicios de salud con un primer nivel fortalecido con capacidad de atender a través del médico familiar (punto de contacto entre el afiliado y la IPS) la mayoría de las necesidades en salud que se le presenten al asegurado y en el caso que no estén al alcance de sus competencia lo

remiten a los prestadores complementarios que son conjunto de clínicas y hospitales de segundo nivel en adelante.

Secretaria de Salud Regionales y Locales. Son las encargadas de identificar la magnitud, características y condiciones de la demanda e identificar, analizar y definir la oferta y coordinar y supervisar la atención en salud organizada e implementada por las EPS.

Usuario. Está adscriptos a un prestador primario que hace parte de una red de servicios habilitada donde es atendido por un médico familiar. Es responsables de su autocuidado, el cuidado de su familia y de su comunidad. Participan en asociaciones de usuarios y en procesos que el ministerio realiza para actualizar el plan de beneficios, pero no son decisivos a la hora de tomar decisiones en el sistema de salud.

6.10.4.4 Valores y poder político.

Según Cortina (2013) los valores que hacen de cualquier actividad una actividad humana son: libertad, igualdad, solidaridad, respeto y dialogo.

Con base en la calificación promedio de la percepción sobre el nivel de importancia que los actores le dan a los cinco valores antes mencionados en un sistema de salud y el derecho a la salud entendido como “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud” (Art. 2. Ley 1751 del 2015) el autor propone el siguiente orden: 1) La igualdad, frente al acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud, 2) la solidaridad entre los actores que no permite la ruina económica de una persona cuando esta se enferma, 3) el respeto, tanto del personal administrativo como asistencial hacia los usuarios y a las decisiones médicas, 4) el dialogo, la posibilidad que tiene el usuario de entablar un diálogo permanente al tener un punto de contacto conocido, el médico familiar y 5) la libertad, expresada en la libre escogencia que puede hacer el usuario de la IPS o médico familiar que quiere que lo atienda entre los pertenecientes a la red de servicios de salud de la EPS a la cual está afiliado

Con base en las respuestas de los actores entrevistados y la percepción del autor se considera que el actor con mayor poder político sigue siendo la EPS, seguido por el Ministerio de Salud, la industria farmacéutica y de dispositivos y el Congreso de la República y el

Ministerio de Salud y los actores con más bajo poder político continúan siendo el Instituto Nacional de Salud, las Asociaciones de Usuarios y los sindicatos de trabajadores de la salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia sigue presentando riesgos de corrupción en sus macro-procesos misionales, en el de: 1) Aseguramiento. La sistematización de la historia clínica y la facturación electrónica han contribuido a disminuir los riesgos de la desviación de los recursos y de fraude en la afiliación de los usuarios del RS y en los reportes al ADRES de los asegurados en el RC (Cambio de edad para cobrar un mayor valor de la UPC y no dar de baja a las personas que fallecen) y 2) pago de las intervenciones. Que se realizan en la gestión de la salud pública y 3) fraude. En la contratación de los servicios de salud.

Con base en el índice de Transparencia Internacional y la percepción del autor. Colombia aunque ha mejorado sigue ocupando en el índice de percepción de la corrupción puestos intermedios, entre el puesto 80 y 90, entre 180 países, con una calificación de 37 a 47 puntos en una escala de cero a cien donde cero es muy corrupto y cien muy transparente.

El autor considera que las personas siguen teniendo la percepción que la corrupción en el sistema de salud ha disminuido de muy alta a alta, aunque sigue siendo aceptada socialmente.

6.10.4.5 Tecnologías y Talento Humano

En lo tecnológico las diferentes aseguradoras han instalado un sistema de Historia Clínica electrónica que además de las interfaces para el consultorio y el hospital, está soportado en un ecosistema conformado por el sistema de farmacia, laboratorio y radiología digital.

Adicionalmente ofrece un portal en línea para los pacientes que le permite a estos comunicarse con el personal médico y tener acceso a los resultados de los exámenes diagnósticos y a las actividades de información y de educación en salud. Es un modelo de Kaiser permanente. El tener la HCE, como centro de la información permite realizar acciones que tienen un mayor impacto sobre la salud de la población como:

- La identificación por parte de los médicos de las mejores prácticas mediante el análisis de los datos agregados que dan evidencias de estas. Generando un mayor valor para los pacientes y un eficiente uso de los recursos económicos.
- Promover una práctica clínica mejor y más rápidamente informada

- Facilitar el conocimiento del impacto en los pacientes de la sustitución de los medicamentos de marca por los genéricos.
- Mejorar el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles mediante la provisión de un cuidado oportuno y la implementación de las mejores prácticas.
- Tener un portal en línea que le permite al equipo de salud realizar acciones preventivas con el usuario y a la vez descentralizar las acciones de salud.

Los asegurados ven en el sistema un proveedor de servicios que pueden usar desde sus casas sin fragmentación y las aseguradoras como un proveedor de servicios a costos más bajos.

Se han incorporado de manera voluntaria a los sistemas electrónicos de las EPS, los servicios de la telemedicina especialmente aquellas que atienden a la población de las regiones periféricas

Según las proyecciones realizadas por el autor en Dinámica de sistemas en el año 2033 en el país viven 54.888.452 habitantes. Si se requiere un médico familiar por cada 3.500 personas se necesitarían 15.682 médicos especialistas en medicina familiar o en salud familiar y comunitaria para brindar una cobertura universal, en el año 2016, el país contaba con 723 médicos especialistas en salud familiar (SISPRO, 2018 a) lo que hace prever que en el año 2033, habrá déficit de estos especialistas.

El Ministerio de Educación ha priorizado con las universidades la creación de nuevos programas de posgrados en medicina familiar con una distribución homogénea en el territorio para garantizar la cobertura en todo el país y flexibilice las condiciones para las instituciones que deseen aperturar este tipo de programas.

Las universidades Realizan un ajuste curricular de los programas de formación en salud para que estos respondan a los retos que demanda el MIAS en los distintos contextos de atención

El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social deben articularse para que el primero exija entre los factores para la entrega de los registros calificados a las facultades de salud el modelo de articulación entre la universidad y el MIAS

6.10.5 Punto de Quiebre

El gobierno debe concentrarse en: 1) Cambiar el modelo de atención curativo por el de orientación hacia la atención primaria en salud, específicamente el MIAS. 2) dejar únicamente

funcionando las EPS, que cumplan con las condiciones financieras y de solvencia exigida por la ley y 3) garantizar el pago de las deudas a las IPS, mediante una norma de pago y punto final.

El estado debe fortalecer la capacidad resolutive el primer nivel de atención en salud público y privado para que este en capacidad de atender el 80% de los servicios de salud demandados por los usuarios. .

Las actividades de promoción y prevención que se realicen deben orientarse de manera decidida a que los usuarios adquieran hábitos de vida saludables y entren en la cultura del autocuidado para evitar el incremento desmesurado de la demanda de servicios de salud por el envejecimiento de la población.

Los actores del sistema se comprometen bajo el liderazgo de la oficina Anticorrupción de la presidencia de la República a la implementación de una cultura de cero corrupción en el sistema de salud.

Los Ministerios de Salud y Educación concertaran con las instituciones de educación superior la creación de programas de pregrado y posgrados que permitan tener el número de profesionales en salud necesarios para que el MIAS funcione adecuadamente.

La evaluación del sistema de salud debe realizarse en base a los resultados en salud.

6.10.6 Implicaciones

Se recompensa la gestión del riesgo en salud y las actividades de los prestadores de servicios de salud, de acuerdo con los resultados -en salud- de la población a su cargo.

El gobierno debe formular una estrategia que le permita rápidamente graduar como especialista en medicina familiar 12.000 médicos

Se disminuyen las diferencias entre regiones porque los aseguradores de las regiones periféricas, al recibir pago e incentivos por los resultados en salud, están obligados a incidir directamente en los indicadores que muestren el mejoramiento del estado de salud de la población.

Se mejora el acceso a los servicios de salud ya que al tener un médico familiar como punto de contacto, las familias saben ante quien recurrir, lo cual complementado con las rutas integrales de atención en salud permite un mejor flujo de los pacientes por el sistema de salud.

Las exigencia de liquidez y patrimonio del gobierno a las EPS y el modelo MIAS por su enfoque territorial hará que sobrevivan las más fuertes, la cuales podrán gozar de economías de escala y realizar compras inteligentes mejorando sus índices de productividad y de hecho el flujo de los recursos entre el sistema.

6.11 Escenario de futuro número tres: Aseguramiento con una estrategia de atención orientada hacia la Atención primaria en salud ampliada

6.11.1 Breve descripción del escenario

Este escenario es un Sistema General de Seguridad Social en Salud que se caracteriza por ser un modelo de Aseguramiento, con una estrategia de atención con orientación hacia la atención primaria en salud ampliada. Que tiene como propósito brindar un servicio de salud continuo, oportuno y con calidad por parte de instituciones públicas y privadas que van en la búsqueda de las personas sanas para que mediante la práctica de la promoción de la salud fomentar en ellas la capacidad de tomar decisiones en el presente que le permitan en el futuro gozar de un buen estado de salud.

El país se ha dividido zonas saludables de 4.500.000 a 5.000.000 de habitantes coordinada por una empresa gestora tanto para el régimen contributivo como el subsidiado.

El prestador primario de salud tendrá como punto de contacto continuo y sistemático con la comunidad los Equipos Básico de Salud que estarán a cargo de 3.500 a 4.000 personas ubicados en un mismo sector. Los cuáles serán la puerta de entrada de los asegurados al sistema de salud; en este nivel se resolverán el 80% de los problemas en salud que presente la población.

En el siguiente nivel estarán los prestadores complementarios que harán parte de las redes integradas de servicios de salud con el fin de erradicar del sistema el fraccionamiento y brindarles un servicio integral a la población asignada.

La coordinación intermedia del sistema del sistema estará a cargo de una empresa gestoras de origen privado que serán las encargadas entre otras cosas de la auditoria de las cuentas y de la calidad, de la resolución de problemas entre los diferentes niveles y de la alimentación de los componentes del sistema de información.

El aseguramiento, de los diferentes regímenes, contributivo, subsidiado y de excepción estará a cargo de una empresa única de seguridad social en salud de origen público. Además, será la recaudadora de los recursos provenientes de los impuestos y las cotizaciones que nutren al sistema y la contratista y pagadora de los servicios de salud prestados a los asegurados en los diferentes regímenes.

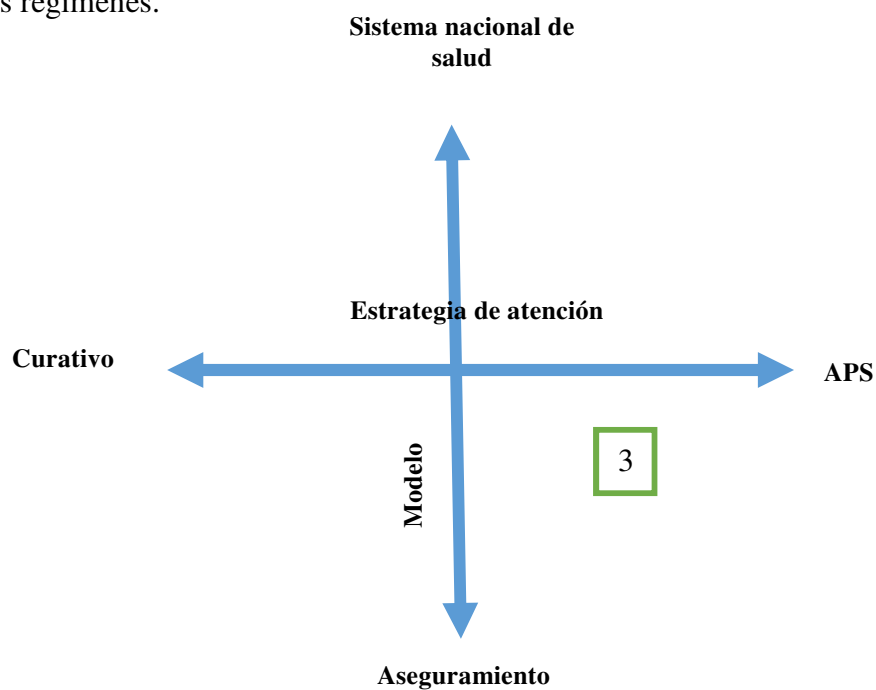


Figura 24. Escenario de Futuro No. 3 al 2033

Fuente: Elaboración propia.

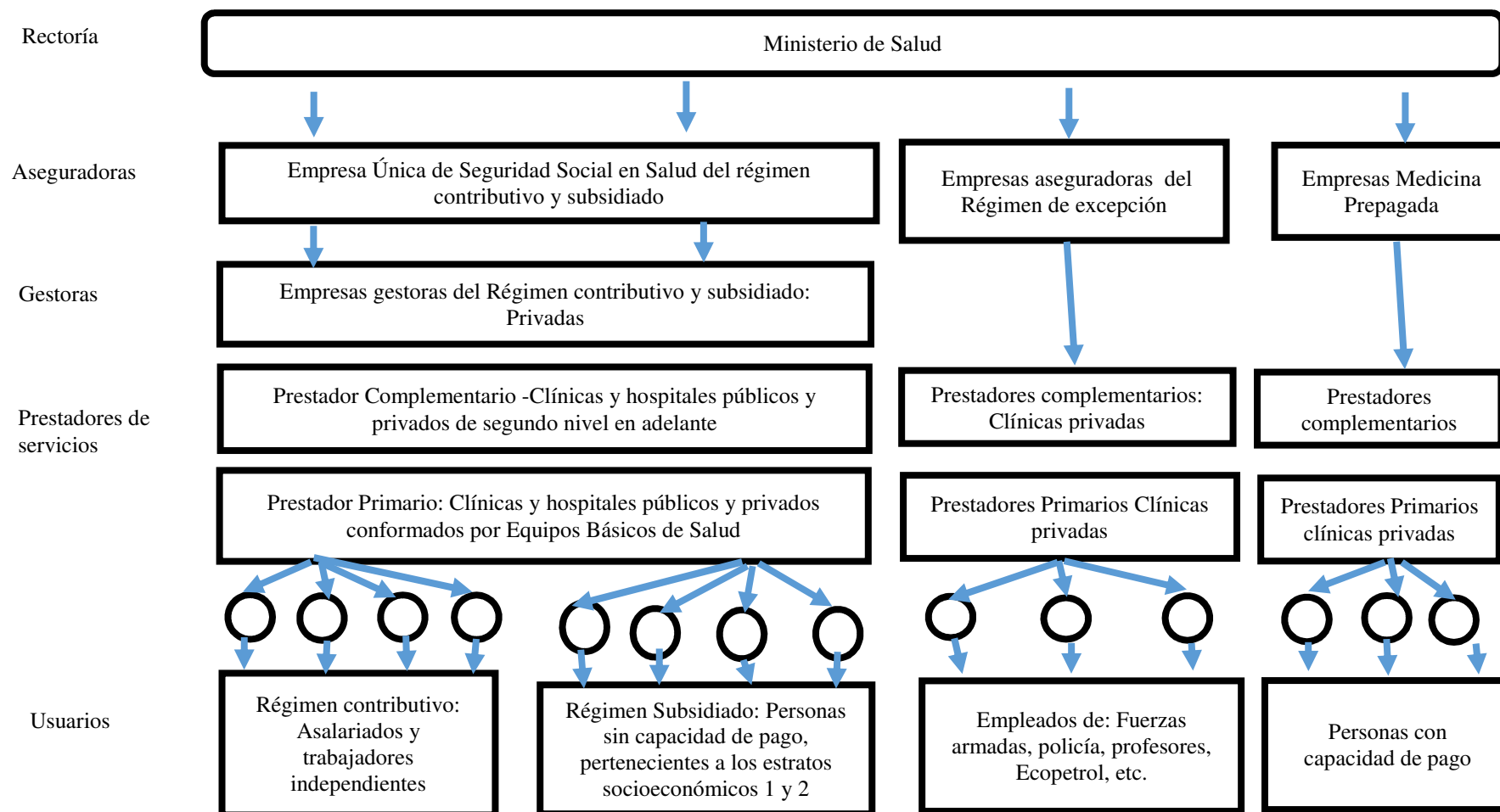


Figura 25. Escenario 3. Estructura organizativa del Sistema de Aseguramiento en Salud con una Estrategia de Atención Primaria en salud ampliada – con equipos básicos de salud como punto de contacto

Fuente: Elaboración propia.

6.11.2 Estructura Organizativa

Está compuesta de cinco niveles:

El primer nivel está conformado por el Ministerio de Salud quien ejerce la rectoría del Sistema de Salud y es el encargado de formular la política y programas para atender las necesidades en salud de la población además está encargado de la planificación del sistema de salud y de construir la visión del futuro.

El segundo nivel estará constituido por una empresa única de carácter público encargada del aseguramiento en salud de las personas del régimen contributivo y subsidiado, del recaudo de los recursos del sistema (impuestos, cotizaciones y otros) a través de la planilla PILA y el pago de las facturas mediante un sistema de facturación electrónico.

El tercer nivel, el de coordinación estará ocupado por las empresas gestoras de carácter privado que serán las encargadas entre otras cosas de la auditoria de las cuentas y de promoción de la calidad, de la resolución de problemas entre los diferentes niveles y de la alimentación de los componentes del sistema de información.

En el cuarto nivel están los prestadores de servicios de salud que se dividen en dos: 1) Los prestadores primarios que tienen como punto de contacto continuo y sistemático con la comunidad, los Equipos Básico de Salud, que realizan una búsqueda activa de la población alentada para mantenerla sana y la enferma para mejorarle la calidad de vida. Tendrán a su cargo entre 3.500 a 4.000 personas, estarán ubicados en el mismo territorio de los usuarios y serán la puerta de entrada de los asegurados al sistema de salud; en este nivel se resolverán el 80% de los problemas en salud que presente la población y 2) los prestadores complementarios que harán parte de las redes integradas de servicios de salud con el fin de erradicar del sistema el fraccionamiento y brindarles a los usuarios un servicio integral a la población asignada.

El quinto nivel. Estará conformado por los asegurados en salud que intervienen activamente en los procesos de participación comunitaria que realizan los equipos básicos de salud para promover la salud entre los pobladores.

6.11.3 Dimensiones Claves

Organización y financiación, resultados en salud y el envejecimiento, actores, valores y orientación del poder político y tecnologías y talento humano.

6.11.4 Desarrollo del escenario

6.11.4.1 Organización y financiamiento

Este escenario es un Sistema General de Seguridad Social en Salud con un modelo de Aseguramiento y con una estrategia de atención con orientación hacia la atención primaria en salud ampliada. El país está dividido en zona saludables que van de 4.500.000 a 5.000.000 de habitantes coordinado por una empresa gestora tanto para el RC como para el RS. Con equipos básicos de salud (uno por cada 3500 – 4000 personas) comandado por un médico general, que serán el punto de contacto entre el personal de salud y los usuarios, estarán ubicados en su área de influencia para brindarle a los usuarios servicios de salud oportunos, de calidad y adaptables y harán parte del primer nivel de atención en salud.

En cada zona saludable hay una empresa gestora, varias redes de prestación de servicios de salud de acuerdo con la demanda donde confluyen los prestadores de servicios primarios y los complementarios, todos bajo la tutela de la Empresa Única de Seguridad Social en Salud.

La unidad de pago por capitación tendrá: 1) Un valor fijo del cual se le pagará a las empresas gestoras un 10% por su labor de coordinación y el 90% restante se destinará al pago de los servicios prestados y 2) un valor variable que se pagará anualmente a las empresas gestoras, clínica y hospitales de acuerdo con los resultados en salud de la población a su cargo.

El plan de Beneficio en Salud tiene una exclusiones explícitas y brinda tres tipos de servicios: 1) Promoción de la salud para mantener sana a la población, 2) Prevención de las enfermedades para detener los avance de las enfermedades y atenuar sus consecuencias de estas una vez establecidas y 3) Atención de la enfermedad para la recuperación de la salud cuando esta se encuentra menguada.

La cobertura es universal y se garantiza el derecho al acceso a la salud de manera continua, oportuna y con calidad.

El gobierno tendrá una política de control de los medicamentos a través de la evaluación del ingreso de las nuevas tecnologías y de control de precios de los medicamentos y realizará negociaciones centralizadas con los laboratorios para lograr mayores eficiencias a las alcanzadas mediante el control de precios.

En este escenario el gasto público en salud como porcentaje del PIB, se comportaría como en el escenario optimista y en el año 2033, ascendería al valor del 6.37% del PIB. Situación que puede ser atenuada por la adopción del modelo de atención en salud orientado hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De acuerdo con Gutiérrez y Gómez, (2018) si los colombianos redujéramos a la mitad los años que vivimos con discapacidad podríamos disminuir el gasto en salud en 1 punto porcentual del PIB

Para empezar con solidez financiera el gobierno implementa una estrategia de reconocimiento, depuración y pago de las deudas a las IPS del sistema con recursos del IVA social y a un plazo de dos años.

La contención del gasto se realiza a través de las auditorias, los copagos, la evaluación para el ingreso de nuevas tecnologías y las exclusiones en el plan de beneficio en salud.

6.11.4.2 Resultados en salud y el envejecimiento

Mediante las actividades de educación y de promoción y prevención que se desarrollen en cada una de las zonas saludables se podrá mantener sana a la población que no está enferma y controlado a los habitantes que sufren ECNT. Lo cual redunda en un incremento de los años de vida saludable

Se disminuirán sensiblemente las diferencias en salud entre las regiones apartadas y las centrales debido a:

De los Objetivos de Desarrollo Sostenible, planteados por el gobierno en el Conpes 3918 del 15 de marzo de 2018 dos de estos contribuyen a mejorar los resultados en salud: 1) El de la tasa de mortalidad materna que se espera disminuya a nivel nacional de 51 muertes por cada 100.000 nacidos a 32 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos en el 2030; pero también se fijan metas regionales donde se espera reducir más este indicador en las regiones apartadas como el Pacífico, Centro Sur y los Llanos que en las centrales como la Cafetera y 2) en el 2030 el estado se propone que la totalidad de la población colombiana en todas las regiones tenga acceso

a agua potable, lo que contribuirá a la disminución de las enfermedades transmitidas por las aguas contaminadas como el cólera, las diarreas, la tifoidea y la poliomielitis entre otras.

La creación de regiones saludables y que en cada una de estas exista un equipo básico en salud por cada 3.500 – 4.000 personas contribuirá a la atención oportuna de la población y a la adopción de hábitos de vida saludable que influirán sobre la mortalidad infantil y la de los menores de cinco años. Políticas que ayudaran decididamente a mejorar el estado de salud de los residentes en el país y a la reducción de las diferencias entre los estados de salud de las regiones.

En el año 2033, la población mayor de 60 años será de 12.755.270 habitantes, que equivalen al 23% del total de la población, lo cual incrementará la demanda de servicios de salud por las ECNT, las cuales se controlaran en una gran proporción con las actividades de promoción y prevención, las telecomunicaciones, la gestión de la información recibida de las personas dedicadas al cuidado en casa de los pacientes crónicos y los dispositivos biomédicos integrados a las historias clínicas de los pacientes. Todas estas actividades coordinadas en cada una de las zonas por los Equipos Básicos en salud generaran una política de atención al adulto mayor.

6.11.4.3 Actores

En este escenario la superintendencia financiera reemplaza a la superintendencia de salud, Las Gestoras a las EPS y entre los prestadores primarios se crean los equipos básicos de salud.

Ministerio de salud. Es el encargado de ejercer la rectoría de la Salud, de implementar la dirección estratégica, formular las políticas de control de precios de medicamentos y de ingresos de nuevas tecnologías, realizar la vigilancia tecnológica y formular en conjunto con las otras entidades las políticas de los determinantes sociales y de talento humano.

Empresa Única de Seguridad Social en Salud. Es la encargada de recaudar tanto las cuotas por aseguramiento en salud que realizan los empleados y patronos como las transferencias por impuestos que realiza el estado, de gestionar el riesgo en salud y financiero de la población colombiana, de comprar y pagar los servicios de salud a la IPS públicas y privadas con las que contrate.

Superintendencia financiera. Es la encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control de la Empresa Única de Seguridad social en Salud y las gestoras.

Gestoras. Son las encargadas de la coordinación en el sistema de salud por lo tanto serán las encargadas entre otras cosas de la auditoria de las cuentas y de la calidad, de la resolución de problemas entre los diferentes niveles y de la alimentación de los componentes del sistema de información. Estas empresas por su capital serán de origen privado y se creará una por territorio saludable.

Industria Farmacéutica. La Empresa Única de Seguridad Social en Salud divulga cada año un listado de medicamentos que el 90% son genéricos y el 10% restantes de marca que son financiados con los recursos públicos de la salud, se ha avanzado en la política de control de precios y en el proceso de compra inteligente de los medicamentos, actividad que se ha facilitado por la existencia de un asegurador único.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Hacen parte de estas los prestadores primarios que tienen como punto de contacto con la gente los equipos básicos en salud y atienden el 80% de los servicios de salud y los prestadores complementarios los cuales están conformados por los hospitales y clínicas segundo nivel en adelante. Los cuales se integran a través de la red de prestadores de servicios de salud del respectivo territorio saludable.

Secretarías seccionales de Salud. Están encargadas de velar porque se cumpla el derecho a la salud de las personas, de identificar la demanda y la oferta de salud así como de conformar las redes prestadoras de servicios de salud y verificar las condiciones de habilitación.

Usuarios. Participan activamente en los procesos de toma de decisiones con el Ministerio de Salud, la Empresa Única de Aseguramiento en Salud y en la educación para los cambios de comportamiento orientados al autocuidado en salud de la población.

6.11.4.4 Valores y poder político.

De acuerdo con los objetivos del Sistema de Seguridad Social en salud que es prestar servicios de salud continuos, oportuno y con calidad. De los cinco valores que se necesitan practicar para que una actividad sea considerada como humana, el autor con base en la percepción que los actores realizaron sobre la importancia de los valores en el escenario uno, considera que el valor más importantes es: 1) La solidaridad que permite la continuidad en la prestación de los servicios sin poner en riesgo las finanzas de la familia del paciente; 2) la igualdad que tiene como propósito garantizar el acceso con oportunidad a los servicios de salud,

3) el respeto por las decisiones de los profesionales de la salud y los pacientes , 4) el dialogo y 5) la libertad estos tres últimos valores contribuirían a la calidad en la prestación de los servicios.

Fundamentado en las percepciones de los entrevistados el autor considera que en este escenario el poder político en el sector de la salud está en cabeza de la entidad rectora que es el Ministerio de Salud y Protección Social; seguido por la Superintendencia financiera, el congreso, la industria farmacéutica multinacional que tiene poder para presionar al estado colombiano a través de organizaciones multilaterales como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), continúan en orden descendente las gestoras, las IPS y Asociaciones científicas de profesionales de la salud.

Se espera que la participación de la Superintendencia Financiera en la Supervisión, Vigilancia y control de la Empresa Aseguradora Nacional, de las gestoras en la auditorias de las cuentas, la incorporación de la facturación electrónica para los pagos de los servicios de salud , la mayor participación de los usuarios en las toma de decisiones que realizan el Ministerio del ramo, la empresa aseguradora y demás organizaciones que hacen parte del sistema de salud, así como la rendición de cuentas mejoren la transparencia en las transacciones que se dan en el sector de la salud y por lo tanto disminuya la corrupción.

6.11.4.5 Tecnología y Talento humano

Este escenario lo podríamos denominar “La salud en la nube” (Sheraz, Inayatullah y Shah (2013). Se fundamenta en el hecho de que en los objetivo de desarrollo sostenible propuesto en el Conpes 3918 del 2018, se estable que para el 2030, la totalidad de los hogares colombianos tendrán acceso a internet y La existencia de una sola empresa aseguradora en salud que facilita el establecimiento de un solo modelo de historia clínica y de transacciones electrónicas de manera obligatoria con el fin de disminuir costos de transacción entre actores del sistema (recepción de las cotizaciones a través de la PILA y pago de la facturación de manera electrónica) . Cada usuario tendrá un número único de identificación y podrá acceder a los servicios a través de su huella.

La vida sanitaria en la nube empieza con el traslado de la Historia Clínica electrónica de los asegurados al sistema nacional y para los recién nacidos desde su llegada al mundo en la institución prestadora de servicios de salud y continua con los controles y actividades de

promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la enfermedad en cada ciclo de su vida.

La historia clínica electrónica permite el desarrollo de tecnologías que crean un ecosistema para la atención de los asegurados de forma externa al hospital el cuales fundamenta en:

- **Las telecomunicaciones.** Los hospitales de mayor complejidad de la red de servicios de salud se pueden conectar con los de menor complejidad y con los equipos básicos de salud por medio de la telemedicina y hacer consultas especializadas. También se pueden realizar consultas virtuales e integrar a los centros hospitalarios con los pacientes que reciben sus cuidados en la casa.
- **La gestión de la información.** A partir de la historia clínica electrónica el personal de salud puede hacer trascender su acción a los pacientes crónicos que reciben cuidado en casa, utilizando la información que recibe por medio de los monitores remotos y los dispositivos inalámbricos para tomar decisiones informadas el enfermo.
- **Los dispositivos biomédicos.** Se integran al sistema de información del hospital generando un conjunto de datos fiables y continuos que tienen su origen en el monitoreo que se le realiza al paciente en casa mediante una conexión inalámbrica.

Este modelo permite ubicar al paciente en el sitio correcto para ser atendido por el profesional adecuado, generando una caída en los costos de la atención en salud (Arteta, 2014).

Para implementar este modelo se necesitan 15.682 médicos generales para atender a 54.888.452 habitantes en el país, cifra que es superada ampliamente por el número de médicos graduados en el país ya en el 2016 contaba con 97.483 (SISPRO, 2018b).

Se presentan déficit de especialistas especialmente en Medicina Familiar y la concentración de los profesionales de la salud en las áreas urbanas.

El ministerio de salud y el de educación con las universidades han determinado el perfil y el número de los profesionales de salud que necesita el país para ser exitoso con este modelo

6.11.5 Punto de quiebre

El gobierno que ha mantenido por más de veinte años las empresas promotoras de salud en la estructura organizativa del sistema de salud a pesar de la inviabilidad económica de muchas de estas reflexiona y cambia su rol en el sistema de salud por el de gestoras.

La Empresa Única de seguridad Social en salud únicamente debe dedicarse al recaudo de los recursos, el aseguramiento, la contratación y pago de los servicios

El Ministerio de salud debe instalar un sistema de información en la nube con el fin de que todos los hospitales del país puedan tener sus historias clínicas en la nube y realizar la facturación de manera electrónica.

El Ministerio de Salud concerta con el Ministerio de Educación y las Facultades de Medicina el perfil más adecuado del Médico General.

6.11.6 Implicaciones

El gobierno debe incrementar el gasto en salud para conformar 15.682 equipos básicos de salud en el país dirigidos por igual número de médicos.

Los equipos básicos de salud evitarán las barreras iniciales para el acceso del paciente al sistema, puesto que facilitarán el primer paso, que es la consulta médica general; que puede ser por demanda o inducida. Y si se necesita escalar, por encima del primer nivel de atención, serán unos orientadores para que la persona enferma siga la ruta de atención en salud que necesita recorrer para recuperarse.

Se disminuyen las diferencias entre regiones porque los aseguradores de las regiones periféricas, al recibir pago e incentivos por los resultados en salud, están obligados a incidir directamente en los indicadores que muestren el mejoramiento del estado de salud de la población.

El gobierno podrá plantear compras inteligentes a grandes escalas de medicamentos e insumos para la prestación de los servicios generando un ahorro significativo en los costos del sistema. Como lo está proponiendo el Ministerio de salud de Colombia a través de Colombia compra eficiente.

El sistema de salud se vuelve más viable financieramente gracias a los ahorros producidos por el modelo de atención que pueden alcanzar un punto porcentual del PIB y las compras inteligentes de medicamentos.

6.12 Escenario de futuro número cuatro: Sistema Nacional de Salud con una estrategia de atención orientada hacia la Atención primaria en salud como nivel de atención.

6.12.1 Breve descripción del escenario

Este escenario se caracteriza por un Sistema Nacional de Salud, que se financia con impuestos y con una estrategia de atención en salud orientada hacia la promoción y prevención, bajo la rectoría del Ministerio de salud que planifica, ejerce control sobre las políticas de salud especialmente las de financiación e investigación.

La UPC, está conformada por dos partes, los valores que corresponden a las transferencias para la atención primaria y los valores que corresponde a las transferencias para el pago de la atención complementaria.

El ministerio de salud transfiere a los departamentos los valores de la UPC destinados a la prestación de los servicios de salud primarios contemplados en el plan de beneficio que las secretarías seccionales de salud contratan con clínicas y hospitales públicos y privados y a las aseguradoras

El objetivo del Sistema Nacional de Salud es garantizar el derecho a la salud mediante el acceso a los servicios de salud de manera integral y con portabilidad del servicio.

La puerta de ingreso al sistema es por el médico familiar perteneciente al prestador primario que presta los servicios contemplados en el plan de beneficios o medicamento necesarios y remite al prestador complementario en caso de que sea necesario que al enfermo se les presten servicios de mayor complejidad cuyo costo es cubierto por la aseguradora a la que se afilian obligatoriamente todos los habitantes y cuya prima son cubiertas por las personas con capacidad de pago y con subsidios del gobierno para las personas sin capacidad de pago.

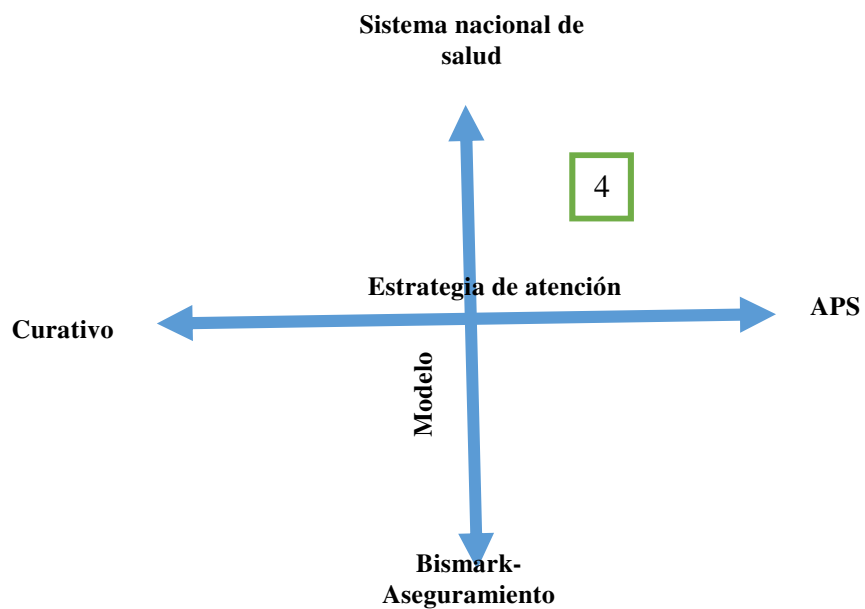


Figura 26. Escenario de Futuro No. 4 al 2033

Fuente: Elaboración propia.

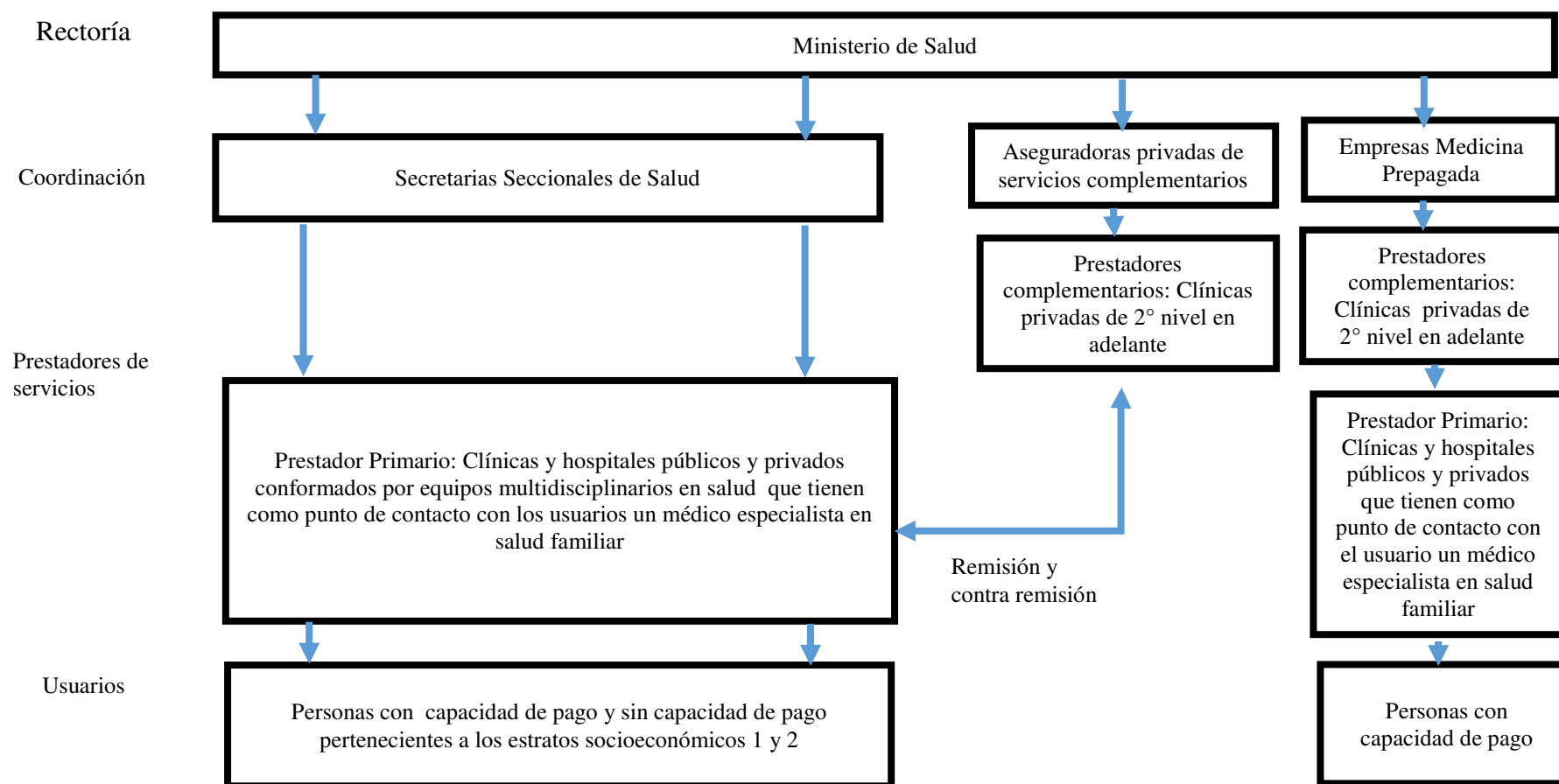


Figura 27. Escenario 4. Estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud con una Estrategia de Atención Primaria en salud

Fuente: Elaboración propia.

6.12.2 Estructura Organizacional

La estructura del sistema de salud consta de cuatro niveles:

El primer nivel está ocupado por el Ministerio de Salud que ejerce la rectoría, la planificación, la recepción y distribución de los impuestos que le traslada el estado para la atención en salud de los usuarios.

En el segundo nivel están las organizaciones que realizan la coordinación de la prestación de los servicios de salud. Las secretarías de salud seccionales que son las encargadas de establecer la demanda y conformar las redes de servicios de salud y las empresas aseguradoras de servicios complementarios que son las que aseguran el riesgo en salud que corren los usuarios en la prestación de los servicios del segundo nivel en adelante.

En el tercer nivel están las organizaciones prestadoras de servicios de salud que se dividen en dos: Los prestadores primarios, conformados por las clínicas y hospitales públicos y privados de primer nivel que son la puerta de entrada al sistema de salud que tienen como punto de contacto con los usuarios un médico especializado en salud familiar y los prestadores complementarios que prestan los servicios de mayor complejidad y reciben los pacientes que son remitidos los prestadores primarios.

El cuarto nivel está conformado por los usuarios que tiene derecho de manera gratuita a todos los servicios del primer nivel de atención donde le resuelven el 80% de los problemas de salud que se le presentan a las personas.

6.12.3 Dimensiones Claves

Organización y financiación, resultados en salud y el envejecimiento, actores, valores y orientación del poder político y tecnologías y talento humano.

6.12.4 Desarrollo del escenario

6.12.4.1 Organización y financiación

El modelo es un Sistema Nacional de Salud con una estrategia de atención con orientación hacia la atención primaria en salud.

La entrada de los usuarios al sistema de salud es por el médico familiar que es miembro de los equipos multidisciplinarios que hacen parte del prestador primario donde se proveen de manera oportuna y universal los servicios de salud que están contemplados en el plan de beneficios a toda la personas residenciadas en el país. Y en caso de que el usuario requiera ser atendido en un nivel de mayor complejidad se lo remite a la red complementaria para que sea atendido.

La coordinación de los servicios de salud está a cargo de las direcciones seccionales de salud departamental las cuales establecen la demanda y oferta de los servicios de salud y contratan con hospitales y clínicas la prestación de los servicios primarios donde se le suministra a las personas el 80% de las atenciones contempladas en el plan de beneficio y los servicios complementarios son prestados por aseguradoras privadas que contratan con clínica privadas.

El ministerio de Salud ejerce la rectoría del sistema, recibe los impuestos nacionales y transfiere a las secretarías de salud para la prestación de los servicios la suma que resulta de multiplicar el valor de la UPC por el número de habitantes y a las aseguradoras privadas el valor de la prima que corresponde a las personas afiliadas, sin capacidad de pago.

En este escenario el gasto público en salud como porcentaje del PIB, se comportaría como en el escenario tendencial y en el año 2033, ascendería al valor del 6.68% del PIB. De acuerdo con Gutiérrez y Gómez, (2018), si los colombianos redujéramos a la mitad los años que vivimos con discapacidad podríamos disminuir el gasto en salud en un punto porcentual del PIB.

Unidad de pago por capitación. Cada año es fijada por el ministerio de salud de acuerdo con el plan de beneficio, la región y edad de la población. Se divide en dos partes, una para todas las personas que corresponde a la suma que se transfiere a las secretarías seccionales de salud para el pago a los prestadores de servicios primarios y otra únicamente para las personas sin capacidad de pago que se transfiere a los aseguradores complementarios para el pago de las prestaciones de mayor complejidad.

Plan de beneficios. El plan de beneficios se actualiza cada año con la participación del Ministerio y las secretarías seccionales de salud tiene una exclusiones explícitas para todas las regiones, lo cual permite que cada región lo adapte a su perfil epidemiológico, lo que ha dado como resultado que se demanden diferentes servicios y medicamentos en los distintos departamentos. Situación que no es obstáculo para que una persona pueda ser atendida en cualquier otro departamento en caso de que lo necesite

La cobertura. Es universal las personas pueden acceder a los servicios de salud una vez han realizado el proceso de inscripción ante el hospital o clínica de su área de influencia el cual debe ser validado por el ministerio de Salud en la base de datos Nacional. Los recién nacidos son inscripto de oficio por la institución donde nacen.

La contención del gasto se realiza a través de auditorías, de los copagos, la evaluación para el ingreso de nuevas tecnologías, las exclusiones en el plan de beneficio en salud.

6.12.4.2 Resultados en Salud y Envejecimiento

Tener una estrategia de atención con orientación hacia la atención primaria en salud contribuye a que mediante las acciones educativas la población adquiera hábitos de vida saludables y mediante las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se mantengan sano las personas que no han adquirido ECNT y controlado a quienes la ha adquirido. Mejorando el estado de salud de la población.

Benefician la superación de la brecha en salud entre las regiones apartadas y las centrales las metas planteadas por el gobierno en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en el Conpes 3918 del 15 de marzo de 2018 específicamente en dos objetivos que contribuyen a disminuir esta distancia: 1) El de la tasa de mortalidad materna que se espera disminuya a nivel nacional de 51 muertes por cada 100.000 nacidos a 32 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos en el 2030; pero también se fijan metas regionales donde se espera reducir más este indicador en las regiones apartadas como el Pacífico, Centro Sur y los Llanos que en las centrales como la Cafetera y 2) en el 2030 el estado se propone que la totalidad de la población colombiana en todas las regiones tenga acceso a agua potable, lo que contribuirá a la disminución de las enfermedades transmitidas por las aguas contaminadas como el cólera, las diarreas, la tifoidea y la poliomielitis entre otras.

Contribuyen a la profundización de la brecha entre las regiones centrales y las periféricas, las diferencias que hay en las capacidades de gestión entre los departamentos. Los de la región central por lo general tienen mayor capacidad de gestión que los de la región periférica, lo cual se manifiesta en la administración de la salud en su territorio.

La población mayor de 60 años asciende a 12.755.270 habitantes, que equivalen al 23% del total de está. El modelo de atención en salud orientado hacia la promoción y la prevención contribuirá a que sean más los años saludables que las personas mayores pueden disfrutar durante su vida y la educación que se brinda en salud ayudará a que las personas adquieran hábitos de vida saludable y sean más responsables con el autocuidado. Disminuyendo la demanda de servicios al sistema de salud y mejorando la calidad de vida de los adultos mayores.

6.12.4.3 Actores

Ministerio de Salud. Ejerce la rectoría del sistema de salud, se encarga de la planificación y control del mismo además de actividades puntuales como la transferencia de los recursos a las seccionales de salud y aseguradoras para la prestación de los servicios, la regulación para el ingreso de nuevas tecnologías al plan de beneficio y la política de control de precios de medicamentos.

Superintendencia Financiera. Se encarga de la vigilancia, evaluación y control de las aseguradoras complementarias

Aseguradoras complementarias. Son las encargadas de asegurar a las personas con y sin capacidad de pago en la prestación de los servicios complementarios que contempla el plan de beneficios.

Industria Farmacéutica. El sistema de salud ha logrado que el 80% de los medicamentos que se formulen sean genéricos frente a un 20% de medicamentos de marca, lo que representa un ahorro sustantivo en los costos del sistema. Además, hay un control de precios que se realiza con base en los precios de 17 países.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Hacen parte de una red prestadora de servicios de salud y son las encargadas de prestar los servicios de salud a los usuarios del sistema se dividen en prestadores primarios que son la puerta de entrada al sistema y prestadores

complementarios que atienden los servicios de mayor complejidad, los que por su competencia no pueden prestar las clínicas y hospitales primarios.

Secretarías seccionales de salud. Esta encargada de establecer la demanda de los servicios primarios, conformar la red de prestadores de servicios en su territorio y contratar la prestación de los servicios de primer nivel con clínicas y hospitales. Están integrada nacionalmente a través del Ministerio de Salud.

Usuarios. Tienen como punto de contacto con el sistema de salud un médico familiar y participan en las juntas directivas de los hospitales públicos con un representante y ejercen vigilancia a las diferentes entidades a través de los comités de usuarios legalmente constituidos.

6.12.4.4 Valores y poder político.

El objetivo del sistema de Salud es garantizar el derecho a la salud mediante el acceso a los servicios de salud de manera integral y con portabilidad del servicio. Para que este objetivo se cumpla de manera humanizada el autor teniendo en cuenta la calificación que realizaron los actores sobre la importancia que deben tener los valores en el escenario uno, considera que el orden de importancia de los valores para que los objetivos del Sistema se desarrollen de manera humana es el siguiente: 1) La igualdad. Con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna a todos los habitantes, 2) La solidaridad y el Respeto, contribuyen a la prestación de unos servicios de salud sostenidos, de acuerdo con el concepto de los profesionales del ramo y con respeto a la dignidad de las personas y 3) Dialogo y libertad. Estos dos valores se integran para mediante el reconocimiento entre los diferentes departamentos como iguales a través del dialogo generen la confianza para que los usuarios de manera responsable en el momento que lo necesiten puedan hacer uso de los servicios en cualquiera de los departamentos.

El poder político está en manos del Ministerio de Salud que ejerce la rectoría del sistema, seguido por el Congreso de la Republica y las Secretarías seccionales, continúan en orden descendente la industria farmacéutica, las Instituciones Prestadoras de Servicios, La aseguradoras de servicios Complementarios y las Asociaciones de profesionales de la salud.

6.12.4.5 Tecnología y Talento humano

Cada departamento cuenta con un sistema de información, que se integran, a través de la Base de datos unificada del Ministerio de Salud y las historias Clínicas Electrónicas que operan por regulación del ministerio de salud bajo los mismos estándares con el fin de asegurar la integración e interoperabilidad entre los distintos departamentos.

Se fomenta el uso de la tecnología Smart que se realiza a través de Apps en dispositivos móviles y biosensores como el que se utiliza para medir la glucosa en la sangre de los enfermos de diabetes, transformando de manera sustantiva el sistema de salud tradicional. Se pasa de: 1) Los servicios con contacto físico a los servicios virtuales y 2) Del equipo conectado a la red a al celular o la tableta inalámbrica

La telemedicina juega un papel muy importante en la ampliación de la cobertura hacia las zonas más apartadas, lo cual se está complementado con la medicina virtual que se practica a través de aplicaciones por medio de las cuales los pacientes pueden pedir y recibir consultas, órdenes para realizarse exámenes y reclamar los medicamentos, recordatorios para la toma de sus medicamentos y en el caso de los enfermos crónicos enviar datos sobre estado de salud.

Se migra de los computadores de mesa y portátiles conectado una red de internet a los teléfonos móviles y tabletas con tecnología Smart.

Se presenta un déficit de especialistas en salud familiar y comunitaria y los médicos generales se encuentran concentrados en los centros urbanos del país.

6.12.5 Punto de Quiebre

Debido a los cambios que se presentan en la atención a los usuarios los profesionales y trabajadores de la salud deben adquirir conocimiento y destreza en el manejo de la tecnología inteligente a lo cual se resisten un grupo de profesionales y trabajadores. El Ministerio de Salud y el de Educación de manera concertada con las instituciones educativa realizan cambios en los currículos para generar habilidades que le permitan a los estudiantes de los diferentes programas de salud gestionar en su práctica diaria las tecnologías inteligentes.

Se presentan: 1) Un déficit de médicos especialistas en salud familiar lo que ha conducido a que se les permita a las universidades generar programas de especialización donde

se capitalice la experiencia de los médicos generales en el cuidado de las personas y especializarlo en esta disciplina en el menor tiempo posible y 2) una concentración de los médicos especialistas y general en las regiones del centro del país, lo cual interfiere en la conformación de las redes prestadoras de servicios de salud con la capacidad instalada para atender la demanda de la población.

6.12.6 Implicaciones

El gobierno crea un sistema nacional de salud con una estrategia de atención primaria en salud encargado de gestionar el riesgo en salud de la población.

Hay un solo plan de beneficio para todas las personas que ingresan por el primer nivel de atención a través de un médico familiar

Se presenta un elevado riesgo de corrupción, algunas seccionales de salud se distinguen por un elevado nivel de corrupción.

El gobierno podrá ejercer un mejor control de precios al tener la capacidad de realizar compras inteligentes y a gran escala como lo está proponiendo el Ministerio de salud de Colombia a través de Colombia compra eficiente.

6.13 Escenario de futuro número cinco: Sistema Nacional de Salud con una estrategia de atención curativa.

6.13.1 Breve descripción del escenario

En este escenario se plantea un Sistema Nacional de salud financiado principalmente con impuestos, con una cobertura universal y una estrategia curativa, que brinda servicios de salud a través de hospitales públicos y privados y tiene como objetivo la prestación de los servicios de salud gratuita a las personas residentes en el país que lo necesite.

La rectoría del sistema está bajo la dirección del Ministerio de salud, el cual transfiere los recursos a los municipios para que realicen la atención primaria en salud y a los departamentos para que realicen la atención del segundo nivel de complejidad en adelante. Tanto los municipios

como los departamentos de acuerdo con la demanda pueden contratar los servicios de salud con proveedores públicos y privados.

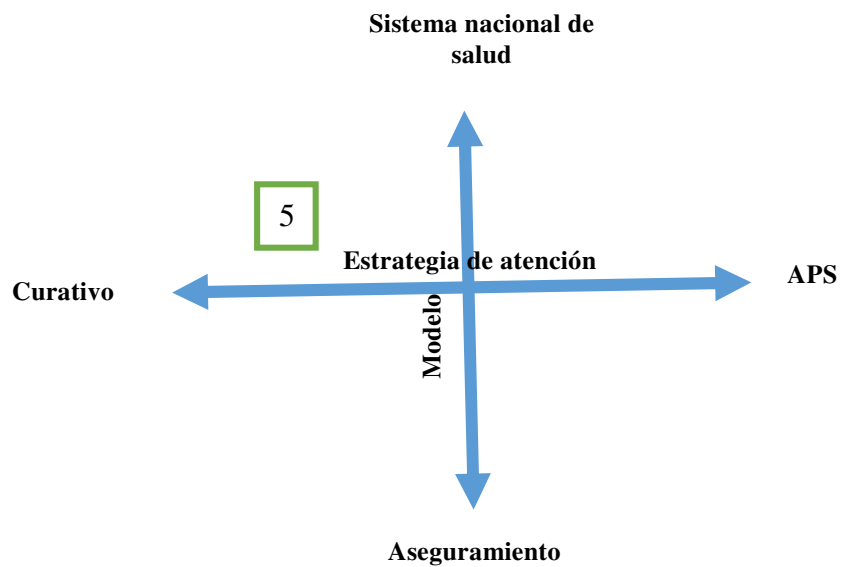


Figura 28. Escenario de Futuro No. 5 al 2033

Fuente: Elaboración propia.

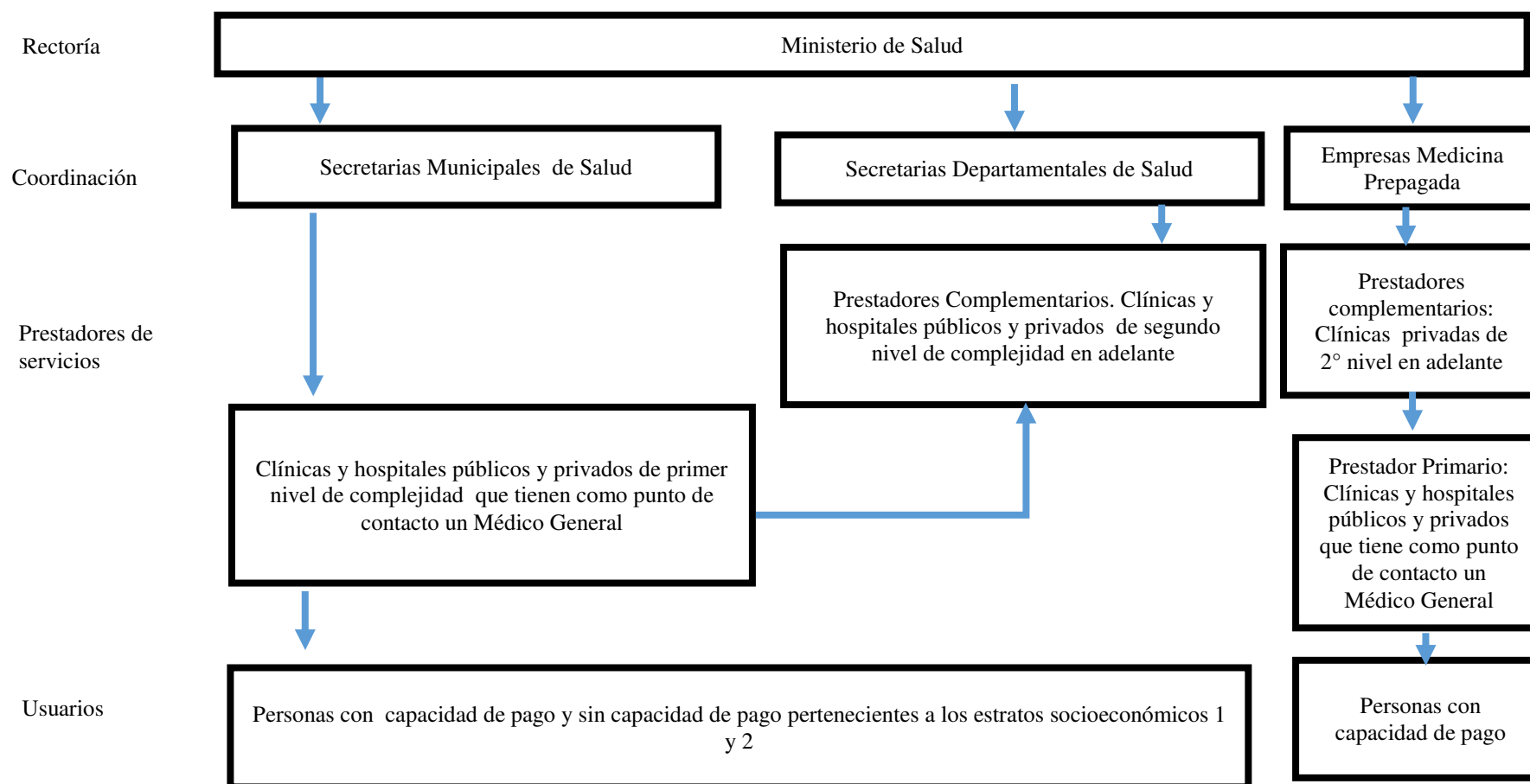


Figura 29. Escenario 5. Estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud con una Estrategia de Atención curativa

Fuente: Elaboración propia.

6.13.2 Estructura organizativa

La estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud consta de cuatro niveles:

El primer nivel está ocupado por el ministerio de Salud, que además de ejercer la rectoría del sistema y la planificación del mismo, realiza el manejo y traslado de los recursos para la prestación de los servicios.

El segundo nivel está compuesto por las secretarías seccionales de salud que se encargan de la coordinación y prestación de los servicios de salud. La Secretaría de Salud Municipal del primer nivel de complejidad y las departamentales del segundo nivel de complejidad en adelante.

Del tercer nivel hacen parte las clínicas y hospitales que prestan servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad.

En el cuarto nivel se encuentran los usuarios que pueden ser atendidos en los hospitales públicos y las clínicas privadas que son financiados mediante impuestos por el estado y a los cuales tiene derecho a acceder cualquier persona de manera gratuita y en los privados solo aquello que tienen capacidad de pago.

6.13.3 Dimensiones Claves

Organización y financiación, resultados en salud y el envejecimiento, actores, valores y orientación del poder político y tecnologías y talento humano.

6.13.4 Desarrollo del escenario

6.13.4.1 Organización y financiamiento

En este modelo el punto de entrada de los usuarios es el médico general que hace parte del prestador primario y quien es el encargado de remitir el paciente al prestador complementario, del segundo nivel en adelante. Exceptuando los casos de urgencia que no puede atender el prestador primario.

Los prestadores de servicios están divididos en prestadores primarios que son coordinados por la secretaria de salud municipal y prestadores complementario que son coordinados por las secretarías departamentales de salud.

La UPC. Es calculada cada año por el ministerio de Salud y consta de dos partes: Una para financiar la prestación de los servicios primarios y otra para financiar la prestación de los servicios complementarios

Los recursos para la atención en salud de los usuarios son provistos por el fondo único de salud que le transfiere a los municipios los recursos para la atención primaria y a los departamentos los recursos para la atención complementaria.

El plan de beneficios. Cubre la totalidad de las atenciones que brindan los prestadores primarios y las prestaciones complementarias para las personas sin capacidad de pago que pertenezcan a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3.

La cobertura es universal todos los residentes en el país tienen derecho a que se le preste los servicios de salud de manera oportuna en el momento que lo necesitan.

El gasto público en salud por tener este escenario una estrategia de atención curativa estaría en el año 2033 ascendería al 9,30% del PIB. Suma que exigiría grandes esfuerzos económicos del gobierno y los usuarios con bajos resultados en salud.

La contención del gasto se realiza mediante auditoria, los copagos y las exclusiones del plan de beneficios

6.13.4.2 Resultados en Salud y Envejecimiento

Como en los otros escenarios el objetivo de desarrollo sostenible benefician la superación de la brecha en salud entre las regiones apartadas y las centrales las metas planteadas por el gobierno, en el Conpes 3918 del 15 de marzo de 2018 específicamente en dos objetivos que contribuyen a disminuir esta distancia:

1. El de la tasa de mortalidad materna que se espera disminuya a nivel nacional de 51 muertes por cada 100.000 nacidos a 32 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos en el 2030; pero también se fijan metas regionales donde se espera reducir más este indicador en las regiones apartadas como el Pacífico, Centro Sur y los Llanos que en las centrales como la Cafetera y

2. En el 2030 el estado se propone que la totalidad de la población colombiana en todas las regiones tenga acceso a agua potable, lo que contribuirá a la disminución de las enfermedades transmitidas por las aguas contaminadas como el cólera, las diarreas, la tifoidea y la poliomielitis entre otras. Lo cual es un factor importante para disminuir la tasa de mortalidad en los menores de uno y de cinco años.

La población mayor de 60 años asciende a 12.755.270 habitantes, que equivalen al 23% del total de está. Las ECNT seguirán siendo la principal causa de mortalidad los colombianos quienes vivirán más años, pero pasaran más tiempo enfermo, en la medida que aumenta la población envejecida se irá incrementando la demanda de los servicios de salud y la capacidad del sistema será insuficiente para brindar los servicios de salud a los habitantes en el momento que lo necesite.

6.13.4.3 Actores

Ministerio de Salud. Ejerce la rectoría del sistema de salud, es el encargado de coordinar y establecer las bases generales para la prestación, evaluación, vigilancia y control de los servicios de salud y a la vez asegurar el cumplimiento del mandato de obligatoriedad señalado en la constitución.

Fondo Único de Salud. Es el encargado de recibir los impuestos del estado destinado a la salud y de transferirlo a los departamentos y municipios de acuerdo con el número de habitantes y el valor de la UPC.

Industria Farmacéutica. El sistema de salud consume un 40% de los medicamentos de marca y un 60% de medicamentos genéricos y cada vez es mayor la participación de los medicamentos en el costo del sistema de salud. Existe un control de precios que se realiza con base en los precios de 17 países y se evalúan el ingreso de nuevos medicamentos al plan de beneficios en salud

Secretaria de salud Departamental. Son las encargadas de prestar los servicios de salud complementarios de alto costo a las personas sin capacidad de pago pertenecientes a los estratos 1,2 y 3. A través de los prestadores complementarios y de conformar las redes prestadoras de servicios de salud en su territorio.

Secretaria de Salud Municipal. Son las encargadas de prestar los servicios de salud primario a toda la población a través de los prestadores primarios de salud.

IPS. Se encuentran divididas en dos: Los prestadores primarios cuya área de influencia son los municipios y ofertan los servicios de promoción y prevención y los prestadores complementarios cuya área de influencia son varios municipios y ofertan los servicios de mediana y alta complejidad.

Usuarios. Participación en las diferentes instancias del sistema de salud desde el ministerio hasta las instituciones prestadoras de servicios.

6.13.4.4 Valores y poder político.

Teniendo en cuenta que el sistema tiene como objetivo la prestación gratuita de los servicios de salud a las personas residentes en el país cuando lo necesiten, el orden de importancia dado por los actores en el escenario uno; el autor presenta el siguiente orden de importancia de los valores en el presente escenario: 1) la solidaridad. Que se da con la prestación de los servicios de salud de acuerdo con la necesidad del enfermo y no por la capacidad económica de este, 2) la igualdad que le permite acceder a todos los usuarios en igualdad de condiciones a todos los servicios de salud, 3) El respeto por las personas y el concepto de los profesionales de la salud , 4) el dialogo que se realiza primero mediante el reconocimiento de los otros actores como iguales y 5) la libertad que tienen los pacientes para escoger tanto la IPS como el profesional de la salud para que los atienda.

El poder político, sigue en manos principalmente del Congreso y el Ministerio de Salud; continúan en ese orden descendente la industria farmacéutica, las secretarías departamentales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las asociaciones de profesionales de la salud y los usuarios.

6.13.4.5 Tecnología y Talento Humano

El país debido a los objetivos de desarrollo sostenible cuenta con una cobertura de internet en la totalidad del territorio, lo que ayuda a:

- La implementación de la historia clínica electrónica soportada en las imágenes diagnósticas

y laboratorio, la farmacia electrónica en cada uno de los departamentos.

- El avance de la telemedicina en las zonas periféricas.
- La transición de la facturación de papel a la electrónica

El ministerio como dueño de este proceso tecnológico ha interesado a todos los trabajadores y ha digitalizado todas las actividades tanto asistenciales como administrativa que se realizan en el sistema de salud, implementando la historia clínica digitalizada en cada uno de los hospitales soportada en la farmacia electrónica y los servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio, con una interoperabilidad que abarca el departamento donde se encuentra ubicada la IPS, lo que permite a la Secretaria departamental recepcionar la totalidad de los datos en salud de su región para transmitirlos al Ministerio de salud, entidad que ha diseñado un conjunto de formatos estándar digitales que se llenan en su página web.

Todo el personal de salud asistencial y administrativo recibe capacitación sobre el uso de las diferentes herramientas digitales que se encuentran en las páginas web de los hospitales, secretaria y el ministerio.

A la par se incrementa el uso de tecnologías Smart para realizar diagnósticos a través de apps lo cual acerca el sistema de salud cada vez más a la digitalización.

Se presenta un déficit de especialistas en los prestadores complementarios debido al aumento creciente de la demanda por ECNT y especialmente los cánceres. Los profesionales de la salud están concentrados principalmente en las grandes ciudades, dejando las regiones periféricas con menos de un médico por cada 1.000 habitantes.

6.13.5 Punto de quiebre

- El país se encuentra en un proceso de envejecimiento, lo cual incrementará la demanda de los servicios de salud obligando al gobierno a incrementar la capacidad instalada del sistema de salud y el presupuesto de este cada vez más
- Se pone el énfasis en los planes de salud, redes y hospitales y no en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento individuales o en conjunto.

6.13.6 Implicaciones

- La percepción de la población sobre la salud es mala. Según las encuestadoras, el 76% de la población considera que la calidad y el cubrimiento en la salud están empeorando; solo el 17% afirma que los factores, antes nombrados, están mejorando.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles son los principales orígenes de morbilidad. El cáncer se ha convertido en la principal causa de muerte; lo que obliga al sistema a luchar contra un perfil epidemiológico, cuyas enfermedades infecciosas tienen una presencia muy importante y la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles van en pleno ascenso. Lo mismo que las enfermedades mentales. Coctel que ha generado un incremento en la demanda de los servicios.
- El sistema de salud no tiene la capacidad suficiente para atender la demanda de servicios de salud: Un 30% de la demanda es insatisfecha. La falta de oportunidad, en la atención especializada y de enfermedades de alto riesgo, se manifiesta en la gran demanda de servicios; por tanto, las urgencias están colapsadas.

6.14 Validación de los escenarios

Los escenarios fueron validados en un taller por un grupo de expertos en salud quienes recibieron los escenarios con varios días de anticipación para que los estudiaran y se les explico durante el taller cada uno de estos, los cuales después de una discusión llegaron a los siguientes acuerdos:

El escenario uno y cinco no se los tomaba en cuenta debido a que tenían una estrategia de atención curativa.

Se consideraron los escenarios dos, tres y cuatro que contemplan como estrategia de atención la de atención primaria en salud hacia donde debe migrar el sistema de salud en el país como lo manifestaron el 59% de los actores entrevistados y lo ordeno el gobierno en la ley 1148 del 2011. Por los logros en cuanto a cobertura en la afiliación del modelo de aseguramiento en el país y a que el 22,72% de los actores entrevistados manifestaron que su modelo preferido era el del aseguramiento; los expertos asistentes al taller de validación consideraron que los

escenarios de futuros a contemplar deberían estar enmarcados en un modelo de aseguramiento con una estrategia de atención primaria en salud como los escenarios dos y tres.

Considerando que en los escenarios dos y tres se conserva la cobertura de aseguramiento que en nuestro país podemos decir es universal y que: El gobierno formulo una política de atención integral en salud que tiene como instrumento el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que goza de la aceptación de varios actores del sistema de salud y es el modelo propuesto por el gobierno para remplazar el actual. Aunque no existe la suficiente claridad sobre su implementación en los territorios, las aseguradoras, las clínicas y los hospitales. Los expertos concluyeron que el escenario dos donde se presenta este modelo es el que tiene las mayores posibilidades de remplazar el modelo actual.

El escenario tres por: 1) La actitud proactiva que toma el sistema de salud a través de una estrategia de atención primaria amplia que tiene como punto de contacto con la comunidad los Equipos Básicos de Salud, que garantizan la búsqueda activa de las personas sanas para mantenerlas alentadas y las enfermas para mejorarle la calidad de vida y que la persona aseguradas tenga efectivamente la posibilidad de acceder a los servicios de promoción y prevención y de salud de manera oportuna, con pertinencia y calidad, protegiéndoles el derecho a la salud en los términos señalados por la ley 1571 del 2015, 2) la posibilidad que tiene de desarrollar negociaciones centralizadas mediante acuerdos marcos sobre los precios de medicamentos entre la aseguradora única de salud y los laboratorios para generar mayores eficiencias a las alcanzadas mediante el control de precios, 3) se presenta una fórmula para el pago de la deuda a las IPS, 4) facilita la posibilidad de implementar la Historia clínica en la nube y la facturación electrónica al tener un único pagador y comprador de los servicios y 5) descentraliza la atención en salud de las clínicas y hospitales. Razones que llevaron a los participantes en el taller a escogerlo como el escenario deseado.

6.15 Prueba de calidad de los escenarios

Los escenarios de futuros aunque no son una realidad futura, sino unos enunciados sobre unos futuros posibles y deseables, De acuerdo con Godet y Durance (2011) *“los escenarios solo son creíbles y útiles si cumplen con cinco condiciones de rigor: Pertinencia, Coherencia, verosimilitud, importancia y transparencia”* (p. 47). Las cuales se presentan a continuación:

1. **Pertinencia:** En este momento el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia aunque ha logrado un nivel de aseguramiento casi universal y el menor gasto de bolsillo de los usuarios en Latinoamérica. Se presentan entre otros problemas los siguientes: 1) En el 2016 se presentó una demanda insatisfecha del 27% (Consejo Privado de competitividad, 2017), 2) las citas con los especialistas pueden demorar hasta más de dos meses y 3) las Empresas Promotoras de Salud acumularon perdidas 1.121 billones de pesos en el año 2017. (Supersalud, 2018). Y la deuda a los hospitales y clínica a junio 30 del 2017, alcanzaba la suma de 8,2 billones de pesos, de los cuales el 60% era cartera morosa, o sea a más de 60 días. (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2017). Comportamientos que han deteriorado de manera continuada y paulatina la situación del sistema de salud.

Creándose la necesidad de plantear una visión de futuro diferente del presente actual de crisis continúa y de desconfianza entre los actores. Antecedentes que hacen pertinente esta investigación.

2. **Coherencia:** Los escenarios deben distinguirse por tener una conexión lógica entre las diferentes partes de la metodología, que a continuación se describen:
 - a. **Descripción del SGSSS.** Que consta de los análisis del entorno, tecnológico e institucional y los resultados en salud, para la identificación de las variables claves.
 - b. **Identificación de los actores.** Se identificaron los actores del SGSSS, quienes priorizaron el orden de importancia en el sistema de salud de los cinco valores que este debe observar para ser considerado como humano y precisaron su percepción sobre el poder político de cada uno de los actores del sistema de salud y mediante el método MACTOR se estableció la correlación de fuerzas de los actores y se determinaron las divergencias y convergencias con respecto a una posible visión de futuro.
 - c. **Formulación de los escenarios de futuro.** Con base en veintidós entrevista en profundidad realizadas a los diferentes actores del sistema de salud, las simulaciones con dinámica de sistemas de la población y del nivel de aseguramiento salud y la ley 1438 del 2011. Se establecieron los ejes de incertidumbre y se redactaron cinco posibles escenarios por parte del autor a partir de las dimensiones de : Organización y financiación, resultados en salud y

envejecimiento, actores, valores y poder político y tecnología y talento humano, de las cuales hacían parte las variables claves identificadas en la descripción del SGSSS y los actores identificados en el punto dos.

- d. **Validación de los escenarios y formulación de una visión de futuro.** Se realizó en un taller donde asistieron un grupo de expertos en salud a quienes se les había pasado anticipadamente los cinco posibles escenarios de futuro del sistema de salud, se les volvió a presentar y después de una amplia discusión consideraron que el actual sistema de salud a futuro evolucionara hacia el escenario Numero dos que se caracteriza por ser un Modelo de Atención integral en Salud – MIAS- con un sistema de aseguramiento y una estrategia de atención primaria en salud con un médicos en salud familiar y comunitaria como punto de contacto. Además señalaron que el sistema de salud deseado seria el tres que se caracteriza por un sistema de aseguramiento con una estrategia de atención primaria en salud ampliada que tienen como punto de contacto los equipos básicos de salud que van en la búsqueda de las personas y se mantienen en permanente contacto con estos los que les permite identificar de manera preventiva los posibles riesgos en salud.
- e. **Evaluación de la visión de futuro.** Las visiones de futuro, cuando se hacen realidad, producen bienes y servicios, que -como en este caso- se ponen al servicio de los usuarios del sistema. Pero su evaluación no puede hacerse únicamente por este aspecto, sino por : su impacto en los usuarios, los funcionamientos y las capacidades que se generan en los asegurados. Tal como lo señala el enfoque de las capacidades de Sen (2011a). En efecto, con base en este, se construyó el mapa estratégico y el cuadro de mando.

Metodología donde se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos para captar tanto las dimensiones cualitativas y cuantitativas del sistema. Triangulación de métodos que permite ver la realidad de una manera integrada. Y paso a paso lograr los objetivos específicos y por ende el objetivo general.

3. **Verosimilitud:** Los escenarios formulados tienen en cuenta las grandes tendencias a nivel mundial en la salud como: 1) La planteada por la Organización Mundial de la Salud, de que los sistemas con estrategia de atención curativa deben evolucionar hacia sistemas con una estrategia de atención primaria en salud ampliada y 2) Los modelos de los sistemas de

salud propuestos se enmarcan entre el aseguramiento y los sistemas nacionales de salud, que son los modelos propuestos en los diferentes países del mundo.

En el escenario uno se planteó el sistema de salud con la estructura actual: un modelo de aseguramiento con una estrategia curativa. En el escenario dos se propuso un modelo de aseguramiento con una estrategia de atención primaria en salud con un modelo integral de atención en salud (MIAS), con un médico especialista en salud familiar como punto de contacto. En el escenario tres se presenta un modelo de aseguramiento con una estrategia de atención primaria en salud que cambia el rol de las empresas aseguradoras por las de gestoras y propone una aseguradora única del estado y tiene como punto de contacto los equipos básicos de salud que se encargan de atender entre 3.500 a 4.000 personas haciendo del cuidado de la salud una actividad proactiva. El escenario cuatro es un sistema nacional de salud con una estrategia de atención primaria en salud, que tiene un primer nivel de atención que se convierte en la puerta de entrada al sistema y donde se le pueden prestar a cualquier paciente los servicios medicamente necesarios para lograr su recuperación y en caso de no ser competente remitirlo a un nivel de mayor complejidad. Y el quinto escenario es un sistema nacional de salud con una estrategia de atención curativa. Todos los escenarios planteados están sustentados en modelos creíbles y que pueden ser evaluados.

4. **Importancia:** Según Godet y Durance (2011) es la pertinencia y la coherencia. Aunque el sistema de salud ha entrado en un proceso de deterioro gradual, se deben conservar aspectos como el nivel de aseguramiento y el de gasto de bolsillo elevarlo a una justa proporción. La pertinencia. De los cinco escenarios propuestos específicamente el dos, el tres y el cuatro cambian la estrategia de atención en salud, de curativa a la atención primaria en salud; de estos los dos primeros se fundamentan en un modelo de aseguramiento que permite construir sobre lo construido y el último en un sistema nacional de salud que haría ruptura con el modelo actual y conduciría a una nueva estructura en la salud que sería como iniciar nuevamente. La coherencia. Se puede establecer en la metodología utilizada para la formulación de la visión de futuro donde el proceso que se sigue conduce paso a paso al logro del objetivo general.

Características que le dan a las soluciones planteadas un nivel de importancia ya que presentan una visión de futuro cuya construcción conducirá en lo social a que el país goce de un sistema de salud donde se les garantice el derecho a este servicio a todas las personas

como lo señala la ley.

5. **Transparencia:** Tanto el planteamiento del problema, como la metodología y los escenarios propuestos se realizaron teniendo en cuenta las características del sistema de seguridad social en salud. El problema se formuló teniendo en cuenta los avances del SGSSS y las fallas que se analizaron desde los énfasis de la Previsión Humana y Social: Visión de futuro, valores y capacidades, para lo cual se recurrió a la revisión de base de datos de fuentes confiables como el DANE y SISPRO, entre otras. En la metodología se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos que permiten captar tanto la realidad subjetiva como la objetiva que permitieron involucrar a los actores en la construcción de los escenarios de futuro los cuales fueron elaborados teniendo en cuenta las entrevistas en profundidad dada por ellos. En un taller con expertos se escogieron se validaron los posibles escenarios de futuros y se propuso un escenario de futuro deseado con el cual se construyó una visión de futuro humana donde se evidencian los valores que caracterizan a este tipo de futuros: Los futuros humanos.

Al cumplir los escenarios antes formulados con las cinco condiciones propuesta por Godet y Durand (2011) podemos decir que son creíbles y útiles y cuentan con el nivel de calidad que exige un ejercicio de este tipo.

6.16 Una Visión de Futuro

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido carece de una visión de futuro concertada entre los actores, elemento estratégico, fundamental para alcanzar los resultados en salud deseados por todos los colombianos. Una visión de futuro es el primer paso para la construcción de un futuro humano, con valores, que cree capacidades en los usuarios para que puedan tener la salud que deseen tener; diferente del presente de crisis y de permanente deterioro.

Una visión de futuro debe ser estructurada, transformadora, innovadora y realizable (Medina, 2003). El escenario tres cumple con estas condiciones es: 1) Estructurado. Nace como resultado de un proceso de un proceso metodológico riguroso donde se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos, 2) transformador. Propone un futuro diferente del presente, de búsqueda activa de los pacientes sanos para mantenerlos alentados y de los enfermos para

mejorarles la calidad de vida, 3) Innovador. Propone una estructura del sistema nueva con competencias y roles claros donde participan tanto públicos como privados y que facilita el proceso de digitalización de la salud y 4) Realizable. Se puede financiar con una mezcla equilibrada de los recursos entre el gasto público y el gasto privado que garantice la sostenibilidad del sistema. Se construye sobre lo logrado, se identifican las semillas de cambio que son el germen de la posibilidad de cambio y de construir un futuro diferente del presente

6.16.1 Una Visión de Futuro: Una salud activa con una estrategia de atención primaria amplia

En el año 2033. El sistema de salud tiene un modelo de aseguramiento con una estrategia de Atención Primaria en salud amplia.

Bajo la rectoría del Ministerio de salud, que formula y diseña las políticas de salud, lidera la planificación del sistema de salud y formula la visión de futuro del sistema de salud. El país tiene una población de 54.888.452 habitantes, los cuales están afiliados en su totalidad a la Aseguradora Única Nacional se ha dividido en doce zonas saludables de atención de 4.5 a 5 millones de habitantes, cada zona es coordinada por una empresa gestora de capital privado que se encarga de la auditoría, el monitoreo de la calidad y la alimentación de la información.

La prestación de los servicios de salud está a cargo de: Los prestadores primarios que tienen como punto de contacto con la población unos equipos básicos en salud (por cada 3.500 a 4.000 personas) que buscan de manera activa a los habitantes de su área de influencia con el propósito de mantener sana la población alentada y mejorar la calidad de vida de la población enferma y los prestadores complementarios que prestan los servicios de mayor complejidad y hacen parte de una red prestadora de servicios.

Tanto las empresas gestoras como los prestadores reciben una remuneración fija a posteriori por cada afiliado, a la cual se le suma un componente variable de acuerdo con los resultados en salud.

Para darle solidez financiera a la nueva estructura del sistema. El gobierno antes de poner en funcionamiento el nuevo sistema logro un arreglo de la deuda que tienen los diferentes actores con las IPS.

El Sistema de salud se financia con contribuciones e impuestos y se ha logrado una mezcla adecuada de gasto público y privado que garantiza la sostenibilidad de este. Se generan ahorro por: la disminución de los años de vida con discapacidad a la mitad, la compra inteligente y directa de los medicamento a los laboratorios y se realiza la contención del gasto mediante auditorias, copagos y evaluación de las nuevas tecnologías.

Se logra el estado de salud propuesto en la visión de futuro concertada con los actores en el horizonte de tiempo determinado; la razón de mortalidad materna disminuye por igual en todo el país lo mismo que la tasa de mortalidad infantil y en menores de cinco años.

La demanda insatisfecha tiende a cero y se adopta la estrategia emergente de atención a los adultos mayores, propuesta por los equipos básicos de salud, se pasa del conocimiento tácito a explícito. El sistema se caracteriza por la solidaridad y los actores tienen la percepción que el poder político está en manos del Ministerio de Salud.

El sistema de salud se digitaliza y se posiciona en la nube. Los usuarios cuentan con un número de identificación único y acceden al sistema por medio biométrico. La historia clínica está acompañada de la gestión electrónica de la farmacia, imágenes diagnósticas y laboratorio. La telemedicina permite a las personas de las zonas alejadas acceder a los servicios de especialistas a través del equipo básico de salud. Los recaudos de salud se realizan por intermedio de la planilla PILA y la facturación de servicios de salud se realiza de manera digital.

Aunque el gobierno por medio de los Ministerios de Salud y Educación en compañía de las universidades ha realizado esfuerzos por aumentar los cupos para los especialistas aún subsiste un déficit de estos y los profesionales de la salud se concentran en las zonas urbanas del país.

Una visión de futuro, es un elemento estratégico que para convertirse en una realidad necesita de creatividad. Para a partir de las semillas de cambio construir lo que se podía denominar un futuro propiamente humano, por la práctica de los valores humanos que hacen que cualquier actividad sea denominada como tal.

6.16.2 Semillas de cambio

Los actores deben ser sensibles a las semillas de cambio que son hechos portadores de futuro pueden generar la transformación del presente en un futuro diferente. A través de una

visión futuro que vincula el presente con el futuro y que tiene la capacidad de encontrar las simientes de cambio y de mostrar las acciones en el presente que conducen a la construcción de un futuro diferente del presente.

Tabla 22. Semillas de Cambios

Elementos	Semilla de Cambio
Estrategia de Atención	Atención primaria en Salud amplia
Rectoría – Gobernanza	Una visión compartida de futuro del Sistema de Salud
Aseguramiento	Empresa Única de aseguramiento en salud de carácter público
Coordinación	Empresas gestoras de carácter privado
Financiación	Reducción de los años de vida con discapacidad a la mitad.
	Negociaciones centralizadas con los laboratorios para alcanzar mayores niveles de eficiencia que con las políticas de control de precios.
	Pago por resultados
Prestación de Servicios	Prestador primario con equipos básicos de salud que van en búsqueda de las personas
Tecnología	Salud digitalizada en la nube
Talento Humano	Abrir nuevos cupos de especialistas principalmente en salud familiar

Fuente: Elaboración propia.

6.17 Reflexiones sobre este capítulo

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en salud ha tenido logros muy importantes como: El de la cobertura en el aseguramiento en salud (94,41 % de la población está asegurada en salud), el del gasto en bolsillo que es uno de el más bajo en Latinoamérica y un plan de beneficios igual para todos los asegurados independiente del régimen a que se encuentren afiliados. Pero se mantienen: Las brechas en el acceso a los servicios de salud; el lento flujo de los recurso financieros entre el sistema, la deuda a las clínicas y hospitales a 30 de junio del 2017 era de 8.2 billones de pesos, de los cuales el 60,2% era cartera mayor de 60 días (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2017), el mal desempeño financiero de las EPS, en el año 2017, perdieron la suma de 1.121,8 billones de pesos (Supersalud,2018), las deficiencias en el talento humano específicamente en el número de especialistas y en la concentración de los profesionales de la salud en las áreas urbanas y un sistema de pago ineficiente focalizado en las actividades y no en los resultados.

Situación que ha conducido al sistema de salud a una crisis continuada y como consecuencia a un gradual deterioro del mismo y aunque entre los actores parece haber un consenso de que es hora de cambiar. No existe una visión de futuro compartida por todos; que

conduzca a la realización en el presente de las actividades que guíen el logro del futuro propuesto. Es un hecho que si el sistema de salud no cambia de estrategia de atención profundiza la crisis financiera y estaría en un gran riesgo de colapsar

El gobierno ha propuesto y aprobado una política integral de atención en salud (PAIS) que se materializa a través del Modelo de Atención Integral (MIAS), que se caracteriza por tener un modelo de aseguramiento con una estrategia de atención primaria en salud y con las EPS encargadas de: Administrar el riesgo financiero, gestionar el riesgo en salud, la personería de los afiliados y garantizar el acceso a los servicios de salud. Además el gobierno les ha dado siete años para que cubran su defecto patrimonial, quedando claro que muchas de ellas no lo logran y cumplido el plazo se reducirá sustantivamente el número de aseguradoras.

El escenario de futuro numero dos planteado en este trabajo, Existe un consenso de que se debe mantener el modelo de aseguramiento y cambiar la estrategia de atención curativa por la estrategia de atención primaria en salud, pero algunos actores creen que las EPS deben cambiar de rol y otros que deben desaparecer, lo cual no significaría acabar con el aseguramiento el cual estaría a cargo de otra entidad. La no existencia de consenso entre los actores hace que aunque el cambio este ordenado en la ley no se ha podido realizar.

El escenario tres es una propuesta de visión de futuro del sistema de seguridad social en salud de Colombia, que de ser adoptada de manera concertada por todos los actores puede convertirse en el primer paso para la construcción de un futuro diferente del presente . Se plantea un sistema de salud que se caracteriza por ser un modelo de aseguramiento con una estrategia de atención primaria en salud amplia que se materializa a través de una aseguradora única del estado, las EPS, estarían constituida con capital privado y cambiarían su rol de aseguradoras por el de gestoras en un territorio donde tendrían entre 4.500.000 a 5.000.000 de usuarios y la IPS se dividirían entre prestadores primarios de los cuales harían parte los equipos básicos de salud quienes estarían en una búsqueda activa de la población a su cargo para mantener sano a los alentados y mejorar la calidad de vida de los enfermos y prestadores complementarios.

El tener una aseguradora única permite optimizar los procesos de compra y digitalización de los procesos que se realizan en el sistema como: el número único de identificación, la huella biométrica, la historia clínica electrónica, la recepción de las contribuciones y la facturación entre otros reduciendo los costos de intermediación y generando más confianza en el sistema.

CAPÍTULO VII. MODELO DE EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE LA VISION DE FUTURO Y CONCLUSIONES

En este capítulo, se planteará un modelo de evaluación de la visión de futuro, con base en el enfoque de las capacidades y las conclusiones.

7.1 Modelo de evaluación de la visión de futuro

La normatividad colombiana considera la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, en lo individual y en lo colectivo. Y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud. (Artículo 2. Ley 1571 del 2015).

Una visión de futuro es un enunciado sobre el futuro, que se convierte en el primer paso para construir un futuro diferente del presente. Cuando se convierte en realidad, genera bienes, servicios y procesos, para lo cual hay que formular objetivos estratégicos, indicadores y metas para establecer las capacidades y funcionamientos que genera. Esta transformación se formula teniendo en cuenta cuatro perspectivas: Impacto, acceso, procesos, recursos y sostenibilidad. (Ver Figura 30).

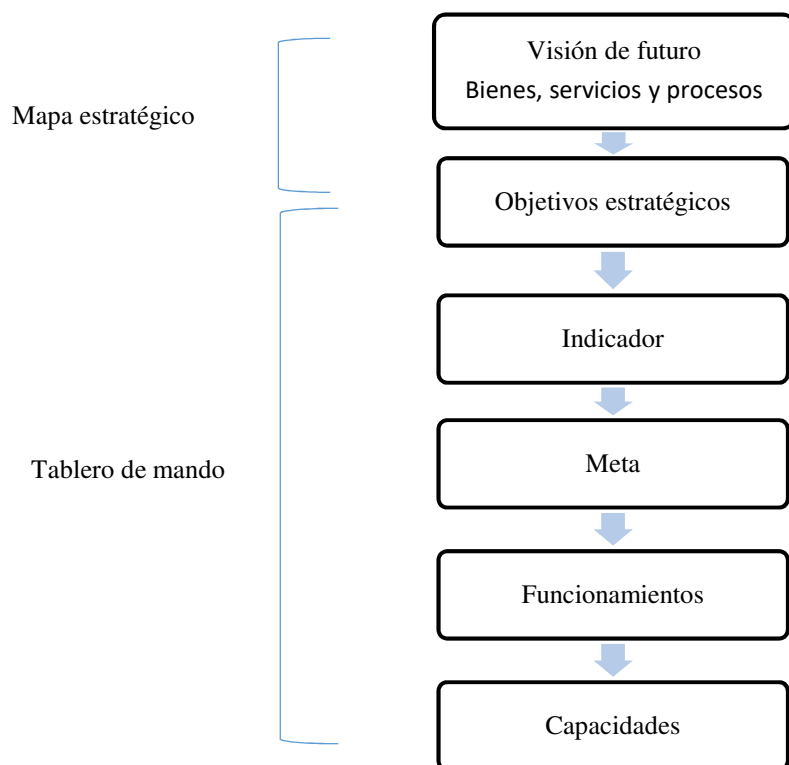


Figura 30. Modelo de evaluación de la visión de futuro

Fuente: Elaboración propia.

Las perspectivas y el mapa estratégico se definieron, según la arquitectura del Modelo de Evaluación del Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton (2008):

7.1.1 Perspectivas

Las perspectivas, como su nombre lo indica, definen los puntos de vista, con los que se formularán los objetivos estratégicos; en el caso de esta investigación son: Impacto, acceso, procesos, recursos y sostenibilidad. Las perspectivas de impacto y acceso a los servicios de salud evalúan la contribución de la visión de futuro para el logro de las capacidades de acceso y de gozar una buena salud. Las de procesos, recursos y sostenibilidad evalúan la contribución de la visión de futuro, para la realización de las acciones que conducen al logro de las capacidades. La perspectiva de impacto determina el logro de la capacidad de gozar de una buena salud, mediante la garantía del ejercicio real del derecho a la salud. La de acceso es la capacidad de acceder a los servicios, de forma expedita. Las perspectivas de procesos, recursos y sostenibilidad son de

acción, porque en ellas se determinan los recursos y procesos que se necesitan para que los usuarios tengan la capacidad de acceder al sistema y de gozar de una buena salud.

7.1.1.1 Impacto.

En esta perspectiva, se precisan los propósitos para lograr -en los usuarios del sistema- la capacidad de gozar una buena salud. Se hace, por medio de la gestión colectiva del riesgo que se evidencia en los resultados en salud y la gestión individual del riesgo, que se realiza a través de los grupos de riesgos cubiertos por las aseguradoras en salud. Aspectos que impactan directamente el nivel de cumplimiento del derecho a la salud. En esta perspectiva se formulan objetivos sobre los resultados en salud y de recuperación de la salud, en lo referente a los grupos de riesgos cubiertos.

7.1.1.2 Acceso.

En esta perspectiva, se desarrolla la propuesta de valor del sistema de salud para quienes demandan los servicios de salud. Y se formulan los objetivos que contribuyen a lograr la capacidad de acceso de los usuarios a estos servicios, el modelo de atención en salud que se le ofrece y el plan de beneficios a que tienen derechos los asegurados en el sistema de salud.

7.1.1.3 Procesos.

En esta perspectiva, se realizan los procesos claves que contribuyen al logro de la perspectiva de acceso y de impacto. Se formulan objetivos con respecto a: Los procesos de operación de la estrategia de atención en salud, los procesos de la gestión de la calidad de los servicios de salud y los procesos para la actualización tecnológica del plan de beneficios.

7.1.1.4 Recursos y cultura organizacional

En esta perspectiva se plantean aspectos que tienen que ver con los recursos con que cuenta el sistema de salud como: El talento humano, las tecnologías de la información y la comunicación, infraestructura y equipos y la cultura organizacional del sistema de salud.

7.1.1.5 Sostenibilidad

Esta perspectiva tiene como propósito lograr que el sistema de salud goce de los recursos financieros para pagar el gasto sin amenazar la capacidad del gobierno de cumplir con el pago de las obligaciones y los compromisos adquiridos incluido los de la salud. (Gutiérrez, 2018). En esta perspectiva se formulan los objetivos estratégicos que permiten determinar la gestión presupuestal y financiera con el fin de garantizar el goce del derecho a la salud a todos los usuarios. Mediante la productividad y el incremento de los ingresos

7.1.2 Mapa estratégico

El mapa estratégico es una representación gráfica de la visión de futuro, la cual se traduce en objetivos estratégicos, indicadores, metas funcionamientos y capacidades desde las perspectivas de: impacto, acceso, procesos, recursos y sostenibilidad. Estas se integran, mediante una relación causa – efecto, fundamentada en la perspectiva de sostenibilidad, en la que se contemplan los objetivos financieros que permiten la viabilidad financiera del sistema de salud, que se enlaza con la perspectiva de recursos y cultura en la que se contemplan la estrategia de atención, las tecnologías de la información e infraestructura y cultura organizacional con que cuenta el sistema de salud. Esta perspectiva se conecta con la perspectiva de procesos, en la que se formulan los objetivos para realizar los procesos cruciales, para construir la oferta de valor para los usuarios: el acceso a los servicios de salud de manera oportuna y con calidad y finaliza con la perspectiva de impacto que -mediante la gestión del riesgo individual y colectivo- contribuyen a garantizar el derecho a la salud.

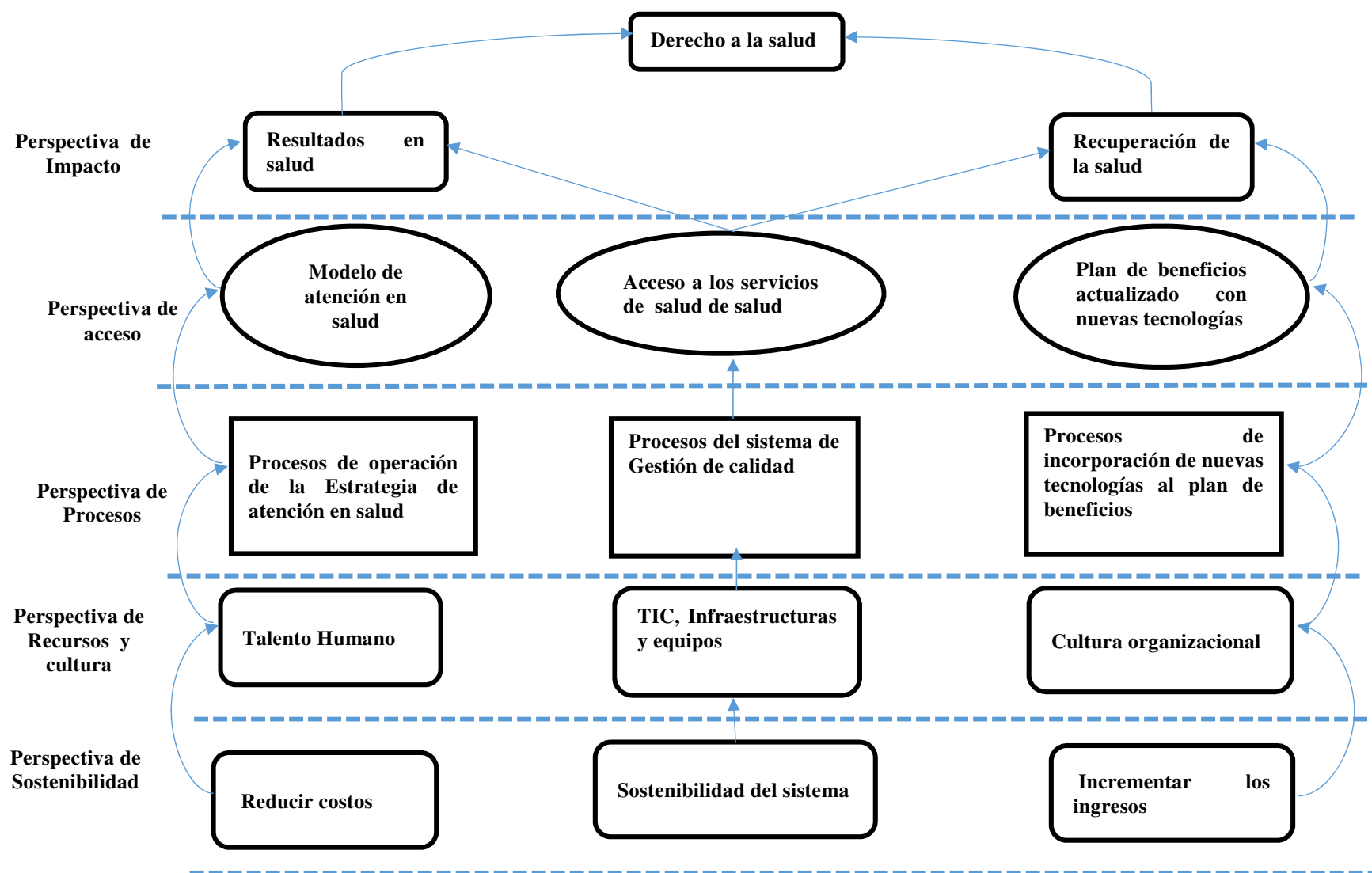


Figura 31. Mapa de objetivos estratégicos
Fuente: El autor con base en Kaplan y Norton (2008).

7.1.3 Tablero de Mando

Es el conjunto de indicadores, índices y capacidades que facilitan la monitoria, el seguimiento y la evaluación de la visión de futuro, a través de las diferentes perspectivas del mapa estratégico. Consta de perspectivas, objetivos, indicadores, metas, funcionamientos y capacidades.

Tabla 23. Tablero de Mando

Perspectivas	Objetivo	Indicador	Meta	Funcionamientos	Capacidades
Impacto					
Acceso					
Procesos					
Recursos y cultura					
Sostenibilidad					

Fuente: Elaboración propia.

7.1.3.1 Indicador.

Es una razón, o distintivo, que permiten monitorear, hacer seguimiento y evaluar el nivel de logro de un objetivo, o el cumplimiento de una acción encomendada. Debe permitir establecer la diferencia entre lo planeado y lo ejecutado, para realizar las acciones necesarias y mejorarlo.

7.1.3.2 Meta.

Es la representación cuantitativa del indicador. Señala, cuantitativamente, hasta dónde se desea llegar. Cuando se trata de aprovechar lo que los seres humanos consideran valioso, uno de los elementos fundamentales es la libertad de bienestar, representada en otros aspectos, por las capacidades y los funcionamientos.

7.1.3.3 Capacidades:

“Son un conjunto de vectores de funcionamientos que reflejan la libertad que tiene una persona para alcanzar lo que valora ser” (Urquijo, 2008, p. 51).

7.1.3.4 Funcionamientos:

Es todo lo que una persona valora ser o hacer. Por definición, es una actividad o un estado deseable de una persona (Urquijo, 2008).

7.2 Construcción del mapa estratégico de una visión de futuro del sistema general de seguridad social en salud, de Colombia, al año 2033

Para la construcción del mapa estratégico, se realizaron los siguientes pasos:

1. Se formularon los objetivos estratégicos en cada una de las perspectivas, de acuerdo con las características de la visión de futuro escogida y teniendo en cuenta que, por el lado izquierdo, van los objetivos que contribuyen al logro del modelo de atención en salud; por el lado derecho, los objetivos que contribuyen a la gestión individual del riesgo (ver Figura 32), de acuerdo con la ficha de definición de objetivos, propuesta en la metodología (ver Figura 32). La totalidad de los objetivos estratégicos que se formularon se pueden consultar en el Anexo I.

Objetivos estratégicos formulados, en la perspectiva de impacto:

- Garantizar el derecho a la salud, en el largo plazo.
- Incrementar los años de vida saludable de los usuarios
- Reducir la mortalidad causada por las enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivos estratégicos formulados, en la perspectiva de acceso:

- Ofrecer servicios de Atención primaria en salud ampliada
- Acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad
- Ofrecer un plan de beneficios actualizado tecnológicamente

Objetivos estratégicos formulados, en la perspectiva de procesos:

- Implementar un modelo de atención primaria en salud con una aseguradora única y equipos Básicos de Salud.
- Crear incentivos para que las organizaciones del sistema implementen el proceso de gestión de la calidad.
- Evaluar e incorporar, de manera continua, al plan de beneficios a las nuevas

tecnologías

Objetivos estratégicos formulados en la perspectiva de recursos y cultura:

- Armonizar el Talento humano con la Atención Primaria en Salud ampliada
- Implementar un sistema de salud digital en la nube.
- Implementar una cultura de seguridad del paciente

Objetivos estratégicos formulados en la perspectiva de sostenibilidad

- Lograr la viabilidad financiera del sistema de salud en el largo plazo
- Establecer el pago por resultados
- Incrementar el gasto público y privado en salud de manera adecuada.

2. Se diseñó el Mapa Estratégico.

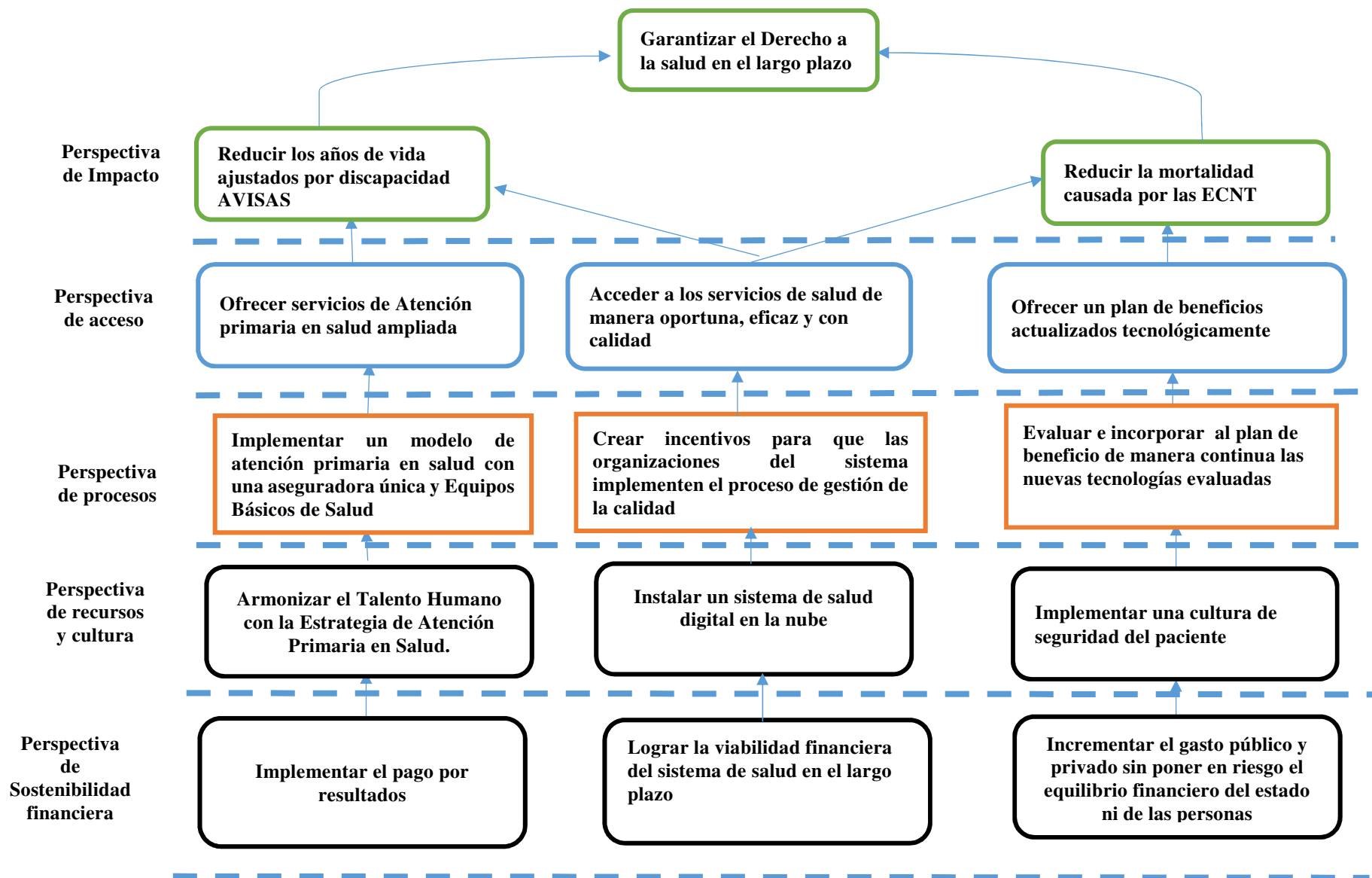


Figura 32. Mapa estratégico de una visión de futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia al 2033

Fuente: Elaboración propia.

7.3 Formulación del tablero de mando

Para la formulación del Tablero de Mando, se cumplieron los siguientes pasos:

1. Se trasladaron, al formato del Tablero de Mando, las perspectivas y los objetivos estratégicos del Mapa
2. Se formularon los indicadores de cada uno de los objetivos estratégicos, de acuerdo con la ficha de definición de indicadores propuesta en la metodología (ver Tabla 24). La totalidad de los indicadores, que se formularon, se pueden consultar en el Anexo I.
3. Se definieron las metas de cada uno de los indicadores que se van a alcanzar en el año 2033.
4. Se precisaron las capacidades, con sus respectivos funcionamientos.
5. Se diseñó el Tablero de Mando.

Tabla 24. Tablero de Mando de una Visión de Futuro del Sistema de Seguridad Social en Salud, de Colombia, al 2033

Perspectiva	Objetivos	Indicadores	Metas 2033	Funcionamientos	Capacidades
Impacto	Garantizar el derecho a la salud en el largo plazo	% de personas que sienten que se les garantiza el derecho a la salud	100%	Ejercer el derecho a la salud	Gozar de buena salud
	Reducir los años de vida vividos con discapacidad -A VISAS	% de reducción de los A VISAS	60%	Poder vivir una vida normal	
	Reducir la mortalidad causada por las ECNT	% de reducción de la mortalidad por ECNT	50%	Mantener una buena salud	
Acceso	Ofrecer servicios de Atención primaria en salud ampliada	% de personas vinculados a programas de APS ampliada	100%	Participar de los programas de P y P	Acceder a los servicios de salud
	Acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad	% de demanda de servicios de salud satisfecha	100%	Disponer de los servicios de salud	
	Ofrecer un plan de beneficios actualizado tecnológicamente	% de nuevas tecnologías evaluadas que se incorporan cada año al plan de beneficio	80%	Ser atendido con la últimas tecnologías	
Procesos	Implementar un modelo de atención primaria en salud con una Aseguradora Única y Equipos Básicos de Salud.	% de asegurados en salud cubiertos con equipos básicos de salud	95%	Promover la salud y el autocuidado	Participar en forma efectiva en la promoción de la salud
	Crear incentivos para que las organizaciones del sistema implementen el proceso de gestión de la calidad.	% de IPS acreditadas en salud	15%	Ser atendido con calidad	
	Evaluar e incorporar, de manera continua, al plan de beneficios las nuevas tecnologías evaluadas	% de nuevas tecnologías evaluadas para incorporar al plan de beneficio en salud	100%	Ser atendido con las últimas tecnologías	
Recursos y cultura	Armonizar el Talento humano con la Atención Primaria en Salud ampliada	% de empleados de salud capacitados en APS ampliada	100%	Ser atendido por personal competente	Acceder a recursos óptimos para la atención en salud
	Implementar un sistema de salud digital en la nube.	% de actividades de salud que realizan en la nube	100%	Ser atendido oportunamente	
	Implementar una cultura de seguridad del paciente	% de IPS con sistemas de seguridad del paciente implementados	90%	Ser atendido de manera segura	
Sostenibilidad	Lograr la viabilidad financiera del sistema de salud en el largo plazo	% de excedentes que tiene el Sistema de Seguridad Social en Salud	2%	Continuidad en la atención en salud	evitar el riesgo financiero por una enfermedad
	Establecer el pago por resultados	% e contratos con pago por resultados	95%	Recibir una atención pertinente	
	Incrementar el gasto público y privado en salud de manera adecuada.	% de incremento en el gasto en salud	0,80%	Mitigar el riesgo financiero	

Fuente: Elaboración propia.

7.4 Reflexiones sobre este capítulo

En el modelo de evaluación planteado, se utilizó: a) la arquitectura del Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton (2008), b) el Mapa Estratégico y c) el Tablero de Mando. Esto se hizo, con el fin de precisar el logro de la libertad de bienestar, con los funcionamientos y las capacidades de Sen (2011). Específicamente, a través de dos capacidades: La de gozar de buena salud y la de acceso a los servicios de salud que serían las capacidades de resultados y se construyen con las capacidades de: Participar en forma efectiva en la promoción de la salud, acceder a los recursos adecuados para la atención en salud y evitar la ruina financiera por una enfermedad.

Para lograr la capacidad de acceso a los servicios, que permita a los asegurados gozar de una buena salud, se necesita que el Estado cambie la estrategia de atención curativa, por una de atención primaria en salud ampliada, con equipos básicos de salud, que promuevan de manera efectiva la participación de las personas en el cuidado de la salud, los cuales deben contar con los recursos humanos competentes y una cultura organizacional que promueva la seguridad del paciente. Todo lo anterior se fundamenta en un sistema de salud viable financieramente.

El riesgo individual se gestiona por medio de un plan de beneficio, actualizado con las tecnologías adecuadas. Esto, con el fin de enfrentar el cambio del perfil epidemiológico hacia las enfermedades crónicas no transmisibles que se presenta en nuestro país por el envejecimiento de la población, lo cual ha generado un incremento inesperado en la demanda de servicios de salud. Es así como se hace necesario contar un sistema de información, centralizados en la nube para evitar los subregistros, la duplicación de procedimientos y entregar a los tomadores decisiones información de calidad que les permitan modular la ampliación de la capacidad instalada de los servicios. Esta Gestión del sistema de salud garantizará el derecho a la salud, en el largo plazo; por ende, la capacidad de que los usuarios tengan una buena salud.

CONCLUSIONES GENERALES

En Colombia el aseguramiento de la población en salud paso del 23,5% en 1993 al 96,6% en el 2013 y el gasto de bolsillo disminuyo del 52% del total del gasto nacional en salud en 1993 a menos del 15% en el 2006 (OCDE, 2015). Se reglamentó el derecho a la salud, se desarrolló una metodología para la evaluación de tecnologías sanitaria y se crearon mecanismos para la regulación de los precios de los medicamentos.

El país ha entrado en la senda del envejecimiento de la población. Según las proyecciones de población -realizadas en Dinámica de Sistemas, por el tesista- en el año 2033, el 23% de la población total tendrá más de 60 años; el grupo de los mayores de 75 años crecerá a un ritmo más acelerado que el de 60 a 74 años. Esto aumentará la demanda de los servicios y se sumará a la demanda insatisfecha del año 2016. Cuando, más del 25% de las personas enfermas no recibieron atención, debido a las barreras de oferta. Evidenciándose la necesidad que tiene el sistema de salud de incrementar su capacidad instalada, por encima del crecimiento de la demanda, para lograr atender a las personas que necesiten servicios de salud. La cobertura, en aseguramiento del sistema, continuará por encima del 96%, o sea universal. El índice de correlación -entre las variables con que se calcula el valor de la unidad de pago por capitación y este- es muy bajo (2%). Además, hay una diferencia entre la Unidad de pago del contributivo y la del subsidiado, lo cual se justifica con el argumento que las aseguradoras del régimen contributivo deben pagar las incapacidades de los asegurados y las del régimen subsidiado no. La viabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud está en serio riesgo además de las continuas pérdidas que se presentan en el ejercicio financiero de las EPS el incremento de la demanda de servicios debido al envejecimiento de la población. El gasto público en salud en el escenario base se incrementará del 5,3% como porcentaje del PIB en el año 2017 al 6,68% en el 2033; diferencia que de no emigrar el sistema de salud de la estrategia de atención curativa a una de atención primaria en salud le sería muy difícil al gobierno de aportar. El gobierno con el propósito de equilibrar los ingresos con los gastos en salud, implemento un plan de beneficios que tiene tres partes: 1) Unas exclusiones, propuestas y discutidas con los profesionales y pacientes afectados; 2) Una parte explícita de protección colectiva que se determina a priori y 3) Una parte implícita de protección individual, que se determina de acuerdo con la necesidad del usuario.

En el SGSSS, de Colombia, no se observan en su totalidad los cinco valores que toda actividad debe practicar para denominarse humana, lo que nos conduce a afirmar que es inhumano. En otras palabras: La solidaridad es el valor que se cumple satisfactoriamente en el sistema de salud donde todas las personas tienen la posibilidad de recibir el mismo plan de beneficios independiente de lo que aporte al sistema de salud. La libertad, aunque el usuario puede escoger libremente la institución de salud y el médico, dentro de la red de prestación de servicios de la EPS, no se practica en el día a día son las aseguradoras las que asignan el médico de acuerdo con la disponibilidad de estos. La igualdad: Todos los asegurados tienen derecho al mismo plan de beneficios, pero los copagos (que muchas veces alcanzan varias decenas de miles) crean barreras económicas que no permiten que las personas -que ganan uno o dos salarios mínimos- accedan a los servicios de salud. El respeto: No se respeta el compromiso adquirido por las aseguradoras cuando se les niega, a los afiliados el acceso a los servicios de salud y estos tienen que recurrir a una tutela para hacerlo efectivo: el 65,74% de las tutelas presentadas corresponde a este tipo de reclamaciones. (Defensoría del Pueblo, 2015). El Dialogo: No hay confianza entre los actores que permita un diálogo fluido para crear visiones de futuro compartidas. Cada actor, independiente, quiere lograr sus objetivos. Los actores no consideran al otro actor como alguien en quien confiar, lo cual afecta el desarrollo de planes conjuntos y la confianza en el sector. La percepción de los actores, sobre el poder político de cada uno de ellos, es que el actor con mayor poder político son las EPS. Quienes pueden influir sobre el congreso y sobre el mismo ministerio. Un ejemplo de su poder se demuestra en cómo aunque las aseguradoras llevan más de cinco años generando pérdidas en su ejercicio financiero y tienen un defecto en su patrimonio de más de 5.3 billones de pesos y que modificar el rol de las aseguradoras seria solo un movimiento organizacional que no significa acabar con la esencia del sistema: el aseguramiento; ninguna de las reformas propuestas por el gobierno se atreven a dar este paso. Antes por el contrario se expiden normas como el Decreto 2702 del 2014, que les dio siete años para que tuvieran el patrimonio adecuado y el capital mínimo exigido por la ley; ampliándolo posteriormente a diez años y se espera que, al finalizar este periodo, sobreviva un número máximo de diez aseguradoras.

Teniendo en cuenta: 1) Que los sistemas de salud son la expresión de la concepción política del gobierno de turno y 2) Que, en Colombia, se seguirá eligiendo (en los próximos años) un gobierno de derecha, centro, o centro derecha, se puede deducir que, de los cinco

escenarios planteados, el país migrará hacia un sistema de salud basado en el aseguramiento, con una estrategia de atención primaria en salud. Si, en el país, se continúa implementando el sistema de aseguramiento en salud, con una estrategia de atención en salud curativa, este colapsará, debido a la grave situación financiera de las EPS y al incremento en el gasto en salud. Todo esto conducirá, al sistema, a una situación de crisis crónica: lo llevará, a la iliquidez y arrastrará a la quiebra, a las pequeñas y medianas clínicas y hospitales que carecen de un amplio capital de trabajo. El Escenario hacia donde está migrando el sistema de salud, es el dos, o sea, el de aseguramiento, con un Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS); reafirmado en el taller por los expertos. La implementación de este escenario podría durar más de veinte años, debido a los reacomodos que se van a dar, por la situación financiera de las Empresas aseguradoras. Según el Ministerio de Salud, dicha implementación estaría finalizando en el 2023; porque, hasta esa fecha, estas organizaciones tienen plazo para realizar fusiones, capitalizar o vender. Y, a partir de allí, quedarán únicamente las aseguradoras seguirán en el mercado e implementarán el Modelo de Atención Integral en Salud, que necesitará otros diez años para entrar en pleno funcionamiento; o sea, veinte en total. Este escenario, mejoraría el acceso de los afiliados al sistema de salud, porque los usuarios tendrán, como punto de contacto, el médico familiar, quien situará a las personas en el centro de la atención en salud. También, se dará continuidad a la prestación de los servicios de salud de los afiliados que están a su cargo y aumentará el nivel de resolutivez del primer nivel de atención (se espera que llegue al 80% de la demanda). Y en caso de que necesiten escalar de nivel, para recuperar la salud, los ingresaría a las rutas integrales de atención; creando una relación duradera. Características del modelo de atención, que incidirán positivamente en el nivel de cumplimiento del derecho a la salud.

Se escogió, como visión de futuro, el Escenario tres que se caracteriza por tener un sistema de aseguramiento, con una estrategia de Atención Primaria en salud amplia, fundamentada en los equipos básicos de salud. Esta, también, para su implementación, necesita un periodo menor porque al cambiar de rol las EPS solo quedarían las que cumplan con las exigencias del gobierno. En este escenario, la estrategia está ligada al territorio por la presencia de los equipos básicos de salud que deben estar ubicados en el sector, donde las personas estén localizadas, con el propósito de articular con la participación de la comunidad la APS y a la realidad particular de cada región. Se divide el país en regiones (de 4.5 -5 millones de habitantes) que estarán aseguradas a una sola institución y en cada una de ellas habrá una empresa gestora

que articulará la aseguradora con las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales se dividirán en prestadores complementarios y prestadores primarios, que tienen como punto de contacto con la comunidad, los equipos básicos de salud, que se caracterizan por estar centralizados en las personas, brindar una atención integral y continua y ser el punto de acceso sistemático al sistema de salud. Logrando una relación duradera, basada en la confianza que entablan el personal de la salud con las personas a su cargo. Las características de este escenario coadyuvan a garantizar el derecho a la salud a los usuarios.

En el modelo de evaluación planteado, se utilizan: La arquitectura del Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton (2008), con el mapa estratégico y el tablero de mando. Para precisar el logro de las libertades de bienestar; a través de los funcionamientos y las capacidades de Sen (2011), específicamente, con dos capacidades: La de acceso a los servicios de salud y la de gozar de una buena salud. Se necesita que el Estado cambie la estrategia de atención curativa, por una de atención primaria en salud ampliada, con equipos básicos de salud. En la medida en que logren tener cobertura, en los departamentos de la periferia, se reducirá la brecha entre las regiones del centro y estos departamentos. Estas actividades deben estar acompañadas de una estrategia de armonización del Talento Humano en salud con la estrategia de APS ampliada. La gestión individual del riesgo se realizará, a través de un plan de beneficio actualizado, con las tecnologías adecuadas, para enfrentar el perfil epidemiológico del país y los sistemas de información centralizados en la nube, que permitan establecer la demanda de servicios para tomar decisiones, con el mínimo de riesgo. Por ejemplo, la ampliación de la capacidad instalada de los servicios. Los resultados en salud y la gestión individual del riesgo contribuirán a garantizar el derecho a la salud, en el largo plazo; por ende, que los usuarios gocen de una buena salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, O. y Forero, J. (2012). *Análisis de actores del sector salud colombiano*. En Bernal, O. y Gutiérrez, C. (Ed). La Salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones. (pp.293-308). Bogotá D.C., Colombia. Editorial Kimpres Ltda.
- Alfaro, M., Bonis, J. Bravo, R. Fluiter, E. y Minue, R. (2012). *Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes*. Informe SESPAS 2012. 26(S).107-112.
- Alonso, A. & Medina, J. Eleonora Barbieri Masini. (Eds) (2013). *Alma de los estudios de futuro*. México D.F.: Fundación Javier Barros Sierra.
- Allin, S. y Rudoler, D. (2017). *The Canadian Health Care System*. En E., Djorđejević, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *International Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. (2014). *Tecnología e Innovación en los modelos de prestación de salud*. Recuperado de: http://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos_de_interes/documentos-interes/Innovacion_salud_web.pdf.
- Así vamos en salud. (2017). *Estado de salud*. Recuperado de: <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud>.
- Así vamos en salud. (2018). *Evolución de la UPC nominal en pesos corrientes*. Recuperado de: <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/financiamiento/evolucion-de-la-upc-nominal-en-pesos-corrientes>.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (Noviembre 23 de 2016). *Las deudas a los hospitales y clínicas superaron los 7 billones de pesos, Reforma Tributaria debe contemplar medidas para resolver crisis del sector salud*. Recuperado de: <http://achc.org.co/documentos/prensa/Boletin%20ACHC%20-%20Deudas%20superan%207%20billones.pdf>.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (2017). *La realidad financiera de los hospitales y clínicas*. Recuperado de: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/Realidad-Financiera-Hospitales.pdf>.
- Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. (2018). Comunicado a la opinión pública.

- Recuperado de :
http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2018/FEBRERO%20A/18_02_20%20-%20ACSC%20-%20COMUNICADO%20A%20LA%20OPINION%20PUBLICA__.pdf.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina integral [ACEMI]. (2015). *Cifras e Indicadores del sistema de Salud*. Recuperado de:
http://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos_de_interes/cifras_e_indicadores_de_salud/Informe_Cifras_e_Indicadores_2015_-_WEB.pdf.
- Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Investigación y Desarrollo (2018). *Propuesta para garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano en el Largo Plazo*. Sin publicar.
- Aracil, J. (1995) *Dinámica de sistemas*. Madrid: Graficas Marte S.A.
- Ayala, J. (2014). *La Salud en Colombia más cobertura pero menos acceso*. Recuperado de:
http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf.
- Banco de la República (2017a). *Salario mínimo legal en Colombia*. Recuperado de:
<http://www.banrep.gov.co/es/indice-salarios>.
- _____. (2017b). *Índice de precio al consumidor*. Recuperado de:
<http://www.banrep.gov.co/es/ipc>.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Recuperado de:
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>.
- _____. (2018) Gasto en salud, total (% del PIB). Recuperado de:
<https://data.worldbank.org/country/colombia?view=chart>.
- Barbieri, E. y Medina, J. (2000). *Scenario as Seen from a Human and Social Perspective. Technological Forecasting and Social Change*. 65(1): 49 – 66.
- Basanik, E. (2015). Governance of health care systems in an ageing world – The case of Australia. *Corporate Ownership & Control*. Vol 13 (1).pp. 729-735.
- Bell, W. (2011). *Foundations of Future Studies* (Sexta edición). New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Berger, G. (1964). *Phénoménologie du Temps et Prospective*. Paris, Francia: Presses

- Universitaires de France.
- Beveridge, W. (1987). *Plan para la Seguridad Social en Las bases de la Seguridad Social*. [Traducción de Teodoro Ortiz]. Capítulos 6, 10 y 13. Recuperado de <https://seguridadesocialysociedad.files.wordpress.com/2009/10/09-beveridge-las-bases-de-la-seguridad-social.pdf>.
- Bezold, C. (2009). *Aspirational Futures*. *Journal of Futures Studies*, 13(4): 81-90.
- _____. (2010). *Lessons from using scenarios for strategic Foresight*. *Technological Forecasting & Social Change*, 77(9): 1513–1518.
- Boonstra, A. y Broekhuis, M. (2010). *Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions*. *BMC Health Services Research*, 10 (231). 2-17.
- Blumel, M. y Busse, R. (2017). *The German Health Care System*. En E., Djorđejević, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *International Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de : <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- Cazes, B. (1997). “*Sur les origines du mot “prospective”*”. *Revue Futuribles*, N° 226
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2012). *Proyecciones de Población*. Santiago de Chile: Impreso en Naciones Unidas.
- CEPAL (2011). *El Rol de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la reducción de las Inequidades en Salud*. Recuperado de: http://www.summit-americas.org/SIRG/2011/120711/cepal_tec_salud_es.pdf.
- Colombia (1991). *Constitución Política*. Bogotá D.C. Editorial Legis.
- _____. (1993). *Ley 100, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.
- _____. (2007). *Ley 1122, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.
- _____. (2011). *Ley 1438, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.
- _____. (2015). *Ley 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). *Declaración de ALMA – ATA*.

- Recuperado de :
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf.
- Conpes (2012). *Política Farmacéutica*. No. 155.
- Consejo Privado de Competitividad (2017). *Informe Nacional de Competitividad 2017-2018*. Bogotá D.C.: Zetta Comunicadores.
- Corte Constitucional (2004). *Sentencia T-011*. Magistrado Ponente Rodrigo Escobar Gil. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional (2008). *Sentencia T-760*. Magistrado Ponente Manuel José Cepeda Espinosa. Bogotá D.C.
- _____. (2009). *Sentencia T-291*. Magistrado Ponente Clara Elena Reales Gutiérrez. Bogotá D.C.
- _____. (2013). *Sentencia T-057*. Magistrado Ponente Alexei Julio Estrada.
- Cortes, S., Ledezma, P. & Bambague, E. (2009). *El estudio prospectivo del servicio en el sistema integral de Salud al año 2015, en el municipio de Balboa Cauca*. (Trabajo de grado de pregrado). Bogotá D.C.:Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Cortina, A. (2013). *Educación en Valores y Responsabilidad Cívica*. Colombia. Bogotá D.C.: Editorial El Búho Ltda.
- _____. (2005). *Ética de la empresa: Claves para una nueva cultura empresarial*. 5° Ed. Madrid: Editorial Trotta.
- Cruz, P. y Medina, J. (2015). Selección de los métodos para la construcción de los escenarios de futuro. *Entramado*.11 (1):32-46.
- DANE. (2017 a). *Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupo de edad de 0 hasta 80 y más años (2005-2020)*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.
- _____. (2017b). *Medición del empleo informal y seguridad social*. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_sep_nov16.pdf.
- _____. (2017c). *Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.

- _____. (2017d). *Defunciones no fetales*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>.
- _____. (2017e). *Principales indicadores del Mercado Laboral. Febrero de 2017*. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_feb_17.pdf.
- DANE. (2017f). *Medición de empleo informal y seguridad social trimestre móvil diciembre 2016 - febrero de 2017*. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_dic16_feb17.pdf.
- _____. (2017g). *Defunciones no fetales*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>.
- Dammers, E. (2010). *Making territorial scenarios for Europe*. *Futures*, 42(8): 785–793.
- Deaton, A. (2015). *El Gran escape. Salud, riqueza y orígenes de la desigualdad*. Bogotá D.C., Colombia: Fondo de cultura Económico.
- De Brabandere, L., E. & Iny, A. (2010). *Scenarios and creativity: Thinking in new boxes*. *Technological Forecasting & Social Change*, 77 (9): 1506–1512.
- Defensoría del Pueblo. (2015). *La Tutela y los Derechos a la Seguridad Social 2014*. Recuperado de: <http://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/La%20tutela%20y%20los%20derechos%20a%20la%20salud%20y%20a%20la%20seguridad%20social%202014.pdf>.
- Defensoría del Pueblo (2009). *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009*. Bogotá D.C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- De Jouvenel, B. (1966). *El Arte de Prever el Futuro político*. Madrid, España: Ediciones RIALP.
- _____. (2006) *Invitación A la Prospectiva*. Lima: Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. *Hospitalaria*. Año 8 (109): 4-12.
- Delgado, L. (2016). *Situación actual de las tecnologías de la información en los hospitales. Hospitalaria*. Año 18. No. 109: 4-12.
- Delgado, M. (2007). *Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del*

- control de la calidad de los servicios de salud en Colombia*. Universidad Psychol.6(2): 345-358.
- Duran, A. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Secretaría de Salud del Municipio de Cali.
- Durance P. (2010) *Reciprocal influences in future thinking between Europe and the USA*. Technological Forecasting & Social Change 77(9): 1469–1475.
- _____ (2012). *La prospective: une idée, plusieurs pratiques*. En: M3 Societe Urbaine et action publique. Recuperada de: <http://pdurance.blog.lemonde.fr/tag/gaston-berger/>.
- Durance, P. y Godet, M. (2010). *Scenario building: Uses and abuses*. Technological Forecasting & Social Change, 77(9): 1488–1492.
- Durand-Zaleski, I. (2017). *The French Health Care System*. En E., Djordejevic, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *Interantional Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de : <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- España, D. y Jaimes, C. (2010). *Criterios o elementos determinantes de la libre escogencia de Eps e Ips en Bogotá D.C. por parte de los usuarios del régimen contributivo*. Revista Gerencia Política Salud. 9 (19): 179-215.
- Fajardo, Carlos. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Pasto: Oficina Principal de EMSSANAR.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: Cifras, retos y recomendaciones*. Bogotá D.C., Colombia: Editorial fundación Saldarriaga Concha.
- Forero, J., Lara, L. y Wilches, N. (2010). *Análisis prospectivo de la empresa Salud Total EPS-S a 2020*. (Trabajo de grado de pregrado). Bogotá D.C.: Universidad del Rosario.
- Frittaion, C., Duinker, P. y Grant, J. (2010). *Narratives of the future: Suspending disbelief in forest-sector scenarios*. Futures, 42(10): 1156–1165.
- Foro Económico Mundial (2018). *The Global Competitiveness Report 2017–2018*. Recuperado de: <https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2017-2018>.
- Gallup, Poll. (2018). *Colombia abril 2018*. Recuperado de: <http://www.elpais.com.co/especiales/encuesta-gallup-124.pdf>.
- Glover, L. (2017). *The Australian Health Care System*. En E., Djordejevic, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *Interantional Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20).

- Recuperado de : <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- Gnatzy, T. y Moser, R. (2012). *Scenario development for an evolving health insurance industry in rural India: INPUT for business model innovation*. Technological Forecasting and social Change, 79 (4): 688-699.
- Giraldo, J.C., Bohórquez, F. Delgado, C.L. y Cuadros, J.G. (2012). *Llamado a la acción por un nuevo sistema de salud*. Hospitalaria. No. 84. pp. 4-20.
- Godet, M. y Durance, P. (2011). *La prospectiva estratégica para la empresa y los territorios*. Cuadernos del Lipsor. Recuperado de: <http://es.lapropective.fr/Actualidades/17-La-prospectiva-estrat%C3%A9gica-para-las-empresas-y-los-territorios-ahora-biling%C3%BCe.html>.
- _____. (2009). *La prospectiva estratégica para la empresa y los territorios*. Cuadernos del Lipsor. Recuperado de: <http://www.lapropective.fr/dyn/francais/actualites/SR10vSpa.pdf>.
- Godet, M. y Roubelat, F. (2000). *Scenario Planning: An Open Future*. Technological Forecasting and Social Change, 65 (1).1-2.
- Goodman, C. (2014). *Introduction to Health Technology assessment*. Recuperado de: https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/HTA_101_FINAL_7-23-14.pdf.
- Gonzáles, F. y Luna, D. (2012). *La Historia Clínica Electrónica*. En Naciones Unidas (Eds). Manual de Salud electrónica. Para directivos de servicios y sistemas de salud. pp. 209- 236. Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas.
- Gómez, D. y González, G. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Fundación ECSIM, Medellín.
- Gonzales, A. (2017). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Oficina de la Gerencia de la Clínica Imbanaco, Cali.
- González, J. (2009). *Equilibrio financiero del régimen contributivo de aseguramiento en salud, 2010-2050: dinámica laboral, poblacional y crecimiento económico*. Coyuntura Económica, Vol. XXXIX (2): 27-59.
- Grupo de Economía en Salud – GES- Y proyecto ACTUE (2017). *¿Cómo se califica y tolera la corrupción en el sistema de salud colombiano?*. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/19lcMnRN_VD0NH6jQzvThiqOKJQGbqLiQ/view

- Gupta, I. y Mrigesh, B. (2017). *The German Health Care System*. En E., Djordejovic, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *International Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- Gutiérrez, C. y Gómez, N. (2018). *El sistema de salud de Colombia en las próximas décadas: Cómo avanzar en la sostenibilidad y la calidad en la atención*. Cuaderno de Fedesarrollo No. 60. Bogotá D.C., Colombia: La imprenta Editores S.A.
- Grupo de Economía de la Salud (GES) y ACTUE Colombia (2017). *Boletín No. 8*. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/19lcMnRN_VD0NH6jQzvThiqOKJQGgbqLiQ/view.
- Healthcare Information and Management Systems Society (2017). *Electronics Health records*. Recuperado de: <http://www.himss.org/library/ehr>.
- Hernández, M. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Universidad Nacional. Bogotá D.C.
- Hernández, C. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Cali: Subdirección de Salud de Comfandi.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4 ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoyer, M., Dreborg, K., Engstrom, R., Gunnarsson, U. & Svenfelt, A. (2011). *Experiences of the development and use of scenarios for evaluating Swedish national environmental objectives*. *Futures*, 43(1): 1–15.
- Inayatullah, S. (2008). *Six pillars: futures thinking for transforming*. *Foresight*, 10 (1), 4-21.
- Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. (2014). *Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998 – 2011*. Bogotá D.C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Instituto Nacional de Estadísticas y censos (2017). *Encuesta Nacional de hogares*. Costa Rica. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/sistema-de-consultas>.
- Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud (2014). Informe 3. Mortalidad Evitable en Colombia para 1998 – 2011. Recuperado de : <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/3.%20Mortalidad%20evitable.pdf>
- Institute for Alternative Future. (2012). *Health and Health Care in 2032*. Recuperado agosto 23 de 2012 de <http://www.altfutures.org/pubs/RWJF/IAF-HealthandHealthCare2032.pdf>.

- Jantsch, E. (1967). *Technological forecasting in prospective. Organization for economic co-operation and development*. Recuperado de: <http://en.lapropective.fr/dyn/anglais/memoire/prevtechen.pdf>.
- Kaltenborn, B., Thomassen, J. y Linnel, J. (2012). *Island futures, Does a participatory scenario process capture the common view of local residents?* *Futures*, 44 (4): 328–337.
- Kaplan, R. y Norton, D. (2008). *The Exxution Premiun*. Barcelona, España. Ediciones Deusto.
- Legatum Institute (2017). The Legatum Prosperity Index. Recuperado de: <http://www.prosperity.com/>.
- Levesque, J., Harris, M. y Russell, G. (2013). *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. *International Journal for Equity in Health*, pp.12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
- Listone, H. y Turoff, M. (1975). *The Delphi Method. Techniques and Applications*. Reading, Estados Unidos: Addison – Wesley.
- Londoño, J. y Frenk, L. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Recuperado de: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>.
- Llanos, C. (2013). Seguridad social, empleo y propiedad privada en William Beveridge. *Historia Critica* No. 51. Pp. 223-246.
- López et al., (2010). *Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias*. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 24 (2). Pp. 154-170
- Masini, E. (2013a). *Investigación de Futuros y Análisis Sociológico*. En “Eleonora Barbieri Masini. Alma de los estudios de futuro. Alonso y Medina editores. (pp.163 -179). México: Fundación Javier Barros Sierra.
- Masini, E. (2013b). *Estudios sobre el Futuro: Métodos y Prospectiva*. En: “Eleonora Barbieri Masini. Alma de los estudios de futuro. Alonso y Medina editores. (pp.113-122). México: Fundación Javier Barros Sierra.
- _____. (2013c). *Luis de Molina como precursor de las bases para el pensamiento filosófico y ético en los estudios de los futuros*. En: “Eleonora Barbieri Masini. Alma de los estudios de futuro. Alonso y Medina editores. (pp. 203 – 217). México: Fundación Javier Barros Sierra.
- _____. (2013d). *Los estudios sobre el futuro de Italia*. En: “Eleonora Barbieri Masini. Alma

- de los estudios de futuro. Alonso y Medina editores. (pp.87 – 112) .México: Fundación Javier Barros Sierra.
- _____. (2013e). *Estudios orientados al futuro e incertidumbre: ¿Qué futuro para el futuro?* En: “Eleonora Barbieri Masini. Alma de los estudios de futuro. Alonso y Medina editores. (pp.131-134). México: Fundación Javier Barros Sierra.
- _____. (2013f). *La ecología humana en la metodología de la previsión humana y social*. En: “Eleonora Barbieri Masini. Alma de los estudios de futuro. Alonso y Medina editores. (pp.163 -179). México: Fundación Javier Barros Sierra.
- _____. (2006). *Rethinking futures Studies*. Futures, 38(10): 1158-1168.
- Masini, E. y Medina, J. (2000). *Scenarios as Seen from a Human and Social Perspective*. Technological Forecasting and Social Change 65(1): 49–66.
- Matsuda, R. (2017). *The German Health Care System*. En E., Djordejovic,A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *Interantional Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- Martin G., J. (2012). *Dinámica de sistemas: paradigma de pensamiento El Hombre y la Máquina*, núm. 39, mayo-agosto, pp. 4-5.
- Martin, N. y Ceruelo, J. (2012). *La Gestión Electronica de la Farmacoterapia*. En Naciones Unidas (Eds). *Manual de Salud electrónica. Para directivos de servicios y sistemas de salud*. pp. 75-95. Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas.
- Matallana, A. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Bogotá D.C.: Universidad Javeriana.
- Medina, J. (2003). *Visión Compartida de futuro*. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Medina, J. y Ortegón E. (2006). *Manual de Prospectiva y Decisión Estratégica Bases teóricas e instrumentos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ILPES/ CEPAL. Series Manuales, N° 51.
- Medina, J., Becerra, E. y Castaño, P. (2014). *Prospectiva y Política Pública en América Latina*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Santiago de Chile: en impresión.
- Méndez, F. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Cali: Facultad de Salud

Universidad del Valle.

Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (2014). *Agenda Estratégica de Innovación Nodo en salud*. Recuperado de: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-6118_recurso_2.pdf

Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (2015). *The Japan Vision: Health Care 2035*. Recuperado de:

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150703_slide_en.pdf

Ministerio de Salud (2006). *Decreto 1101 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C.

Ministerio de la Protección Social (2006). *Decreto 1011. Sistema de Garantía de Calidad*

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Resolución No. 330 del 14 de febrero*. Bogotá D.C.

_____. (2016). *Política de Atención Integral en Salud. Un sistema al servicio de la Gente*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

_____. (2017). *Resolución No. 000330*. Bogotá D.C.

_____. (2018). *Observatorio de Talento Humano en Salud*. Recuperado de: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/IndicadoresBasicos.aspx>

Mojica, F. (2017). *La “Post Truth” Colombia*. En: Seminario internacional de Formación Profesional en Prospectiva, Videocinferencias, 2017. México, febrero 24 de 2017.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2016). *Informe sobre Desarrollo Humano 2016*. Recuperado de: http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf

Naciones Unidas (2017). *1941: La Carta del Atlántico*. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/history-united-nations-charter/1941-atlantic-charter/index.html>

North, D. C. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*.

Nussbaum, M. (2012). *Crear Capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona,

- España: Paidós.
- OCDE. (2017). *OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.oecd.org/countries/costarica/oecd-reviews-of-health-systems-costa-rica-2017-9789264281653-en.htm>
- OCDE (2016). *OECD Reviews of Health Systems: México*. Recuperado de: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing. Recuperado de <http://www.oecd.org/countries/colombia/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015-9789264248908-en.htm>
- _____. (2017). *Health at a Glance*. Recuperado de: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1985). *Uso Racional de los Medicamentos. Informe de la Conferencia de expertos*. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21286es/s21286es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. URSS: Alma-Ata, 6-12 de septiembre de 1978.
- _____. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- _____. (2006). *Colaboremos por la Salud. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- _____. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- _____. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: Lecciones aprendidas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega, J. (2017). *Defendamos a Colpensiones*. Revista Dinero. No. 531. P.58

- Ortiz, A. y Mejía, L. (2005). *Alternativas de futuro de la salud pública en el municipio de Bello (Antioquia)*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 23(1):8-17.
- Ospina, J. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Bogotá D.C.: Edificio nuevo del Congreso.
- Ospina, A. (2017). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud.
- Oxfam (2015). *Privilegios que niegan derechos. Desigualdad extrema y secuestro de la democracia en América Latina y el Caribe*. Disponible en https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/cr-privileges-deny-rights-inequality-lac-300915-es.pdf
- Palop, F. y Vicente, J. (1.999). *Vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva*. Recuperado de <http://www.dte.eis.uva.es/Docencia/ETSII/ProyectosAEI/Documentos/Vigilancia%20tecnol%C3%B3gica%20e%20IC.pdf>
- Pantoja, M. (2016). *Sistema General de Seguridad Social en Salud al 2033*. Bogotá D.C.: Asociación Colombiana de Enfermos Hepáticos y Renales.
- Polak, F. (1973). *The image of the future*. Amsterdam, Holanda: Elsevier Scientific Publishing Company.
- Popper, R. (2011). *Metodología de la Prospectiva*. En: Manual de Prospectiva Tecnológica. Conceptos y practicas Georghiou, L. Cassingena, J., Keenan, M., Miles, I. & Popper, R. Editores. (pp.85-138). México: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Red de ciudades Como Vamos (2015). *Informes de Calidad de Vida – Ciudades cómo vamos*. Recuperado de: <http://redcomovamos.org/indicadores-objetivos/>
- Restrepo, J. (Ed). (2008). *Introducción a la Economía de la Salud en Colombia*. Medellín, Colombia: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Robeyns, I. (2005). *The Capability Approach: a theoretical survey*. Journal of Human Development, 6(1): 93-117.
- Rojas, L.; Cendamanos, C. y Vargas, J. (2015). *Registro Nacional de historia Clínica en Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 32 (2), pp. 395-396.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Value*. New York, Estados Unidos de America: Free Press.

- Rosen, B. y Waitzberg, R. (2017). *The German Health Care System*. En E., Djordejevic, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *Interantional Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- Rumbold, B., Alakeson, V. y Smith, P (2012). *Is it time to set out more clearly what is funded y the NHS? Rationing health care*. Recuperado de <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/rationing-health-care-web-final.pdf>
- Ruelas, E. y Alonso, A. (2010). *Los Futuros de la Salud en México 2050*. México: Consejo de Salubridad General.
- Sadar, Z. (2010). *The namesake: Futures; futures studies; futurology; futuristic; foresight—What's in a name?* Futures. 42 (1):177–184.
- Santamaria, M., Navas, V., Gómez, M. y López, J. M. (2017). *La salud en Colombia avanza en terrenos difíciles*. En: Mac Master, B. y Restrepo, I. (eds) *Estrategia para una nueva industrialización II*. Bogotá D.C., Colombia: Nomos impresores. Pp. 306- 339.
- Saritas, O. y Aylen, J. (2010). *Using scenarios for roadmapping: The case of clean production*. Technological Forecasting & Social Change, 77(7): 1061–1075.
- Sheraz, U., inayatullah, S. y Shah, A. (2013). “*E-health futures in Bangladesh*”, Foresight, 15 (3):177 – 189.
- Scholz, W. (2015). *Financing social security out of contributions: About origins, present discussions and prospects of a success story*. International Social Security Review, Vol. 68 (4). Pp. 3-24.
- Schmets, G., Rajan, D. y Kadandale, S, (Ed.). (2016). *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Genova, Italia: Organización Mundial de la Salud.
- Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M. y Busse (2005). *Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries*. European Journal Health Economy 2005 · [Suppl 1] 6:2–10.DOI 10.1007/s10198-005-0312-3
- Schwartz, S. (1992). *Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries*. Advances in Experimental Social Psychology, 25: 1-65. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60281-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60281-6).
- Sen, A. (2011a). *Desarrollo y libertad*. Décima Edición. Bogotá: Editorial Planeta colombiana S.A.

- _____. (2011b). *La idea de la justicia*. Bogotá: Tourus Pensamiento.
- _____. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 11(5/6):302-309
- _____. (1999). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- SISPRO. (2016). *Número de afiliados a la salud por tipo de régimen según departamento*. Recuperado de: <http://www.sispro.gov.co/Pages/Aseguramiento/Reporte-Aseguramiento.aspx>
- SISPRO. (2017). *Número de asegurados en salud por régimen a enero 31 de 2017*. Recuperado de: <http://www.sispro.gov.co>.
- _____. (2018a). *Indicadores para el seguimiento del Talento Humano en salud por perfil de formación*. Recuperado de: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTg3MmU0NGYtMmQ4NS00YmQ1LTg2MmQtMmRlZjk0OWExNGQ0IiwidCI6ImI2MmYxMjY2LWUzYzctNDhiYi1iZmUwLWUxOTRmZTk3OTk2NiIsImMiOiJR9>
- _____. (2018b). *Indicadores para el seguimiento del Talento Humano en salud por perfil de formación – Especialización*. Recuperado de: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzk4MGI5ZjAtZjVmNy00ZjY0LTkwY2QtZjM2OGVhYzgzYzZhIiwidCI6ImI2MmYxMjY2LWUzYzctNDhiYi1iZmUwLWUxOTRmZTk3OTk2NiIsImMiOiJR9>
- _____. (2018). *Número de asegurados en salud por régimen diciembre 31 de 2017*. Recuperado de: <http://www.sispro.gov.co/Pages/Contruya%20Su%20Consulta/Aseguramiento.aspx>
- Slaughter, R (1999). *Futures for the Third Millennium: Enabling the Forward View*. Sidney, Australia: Prospect Media.
- Snowdon, A. y Cohen, J. (2001). *Strengthening Health Systems through Innovation: Lessons Learned*. Recuperado de http://worldhealthinnovationnetwork.com/images/publications/whitepapers/StrengtheningHealthSystemsthroughInnovation_WhitePaper.pdf
- Sobral de C., B. y Schubert, B. (2013). *El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito*. Monitor Estratégico, No. 3: 22-27.
- Son, H. (2015). *The History of Western futures studies: An exploration of the intellectual traditions*

- and three – phase periodization.* Futures, 66 (2):120 – 137.
- Soto, E., Dolan, S. y Johansen, O. (2005). *Decisiones en Ambientes de Incertidumbre*. Barcelona: Ediciones Deusto.
- Stevenson, T. (2009). *Enacting the vision for sustainable development*. Futures 41(4): 246–252.
- _____. (2006). *Eleonora Masini: Nurturing visions of the future*. Futures, 38 (10): 1146–1157.
- Sterman, J. (2000) *Business Dynamics Systems Thinking and Modeling for a Complex World*. Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Supersalud (2018). *Resultados financieros del Sector Salud. Corte de información: Diciembre de 2017*. Recuperado de: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Resultados%20Financieros%20SGSSS%202017.pdf>
- _____. (2017a). *Estadísticas EPS Régimen contributivo*. Recuperado de: <https://docs.supersalud.gov.co/portalweb/supervisionriesgos/estadisticasepsregimencontributivo/forms/allitems.aspx#InplviewHash0046f7e2-29bc-4eac-b201-5db8fca63401=FolderCTID%3D0x012001>
- _____. (2017b). *Estadísticas EPS Régimen subsidiado*. Recuperado de : <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenSubsidiado/Forms/AllItems.aspx>
- _____. (2017). *Informe resultados financieros del sector salud. Corte de Información: diciembre 2015 y diciembre 2016*. Recuperado de: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Resultados%20del%20sector%20%202016.pdf>
- Thorlby, R. y Arora, S. (2017). *The Danish Health Care System*. En E., Djordejevic, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *Interantional Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de : <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- Transparency International (2018). *Corruption Perceptions Index 2017*. Recuperado de: https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017
- _____. (2017). *Corruption Perceptions Index 2016*. Recuperado de http://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016
- Transparencia por Colombia (2017). *Índice de transparencia de las Entidades públicas*.

- Recuperado de: <http://indicedetransparencia.org.co/>
- Toro, W. (2004). *Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para las enfermedades de alto costo en una EPS colombiana*. (Trabajo de grado doctoral). Valencia, España: Universidad Politécnica de Valencia.
- Urquijo, M. (2008). *La libertad como capacidad, El enfoque de las capacidades de Amartya Sen y sus implicaciones en la ética social y política*. Cali, Colombia: Universidad del Valle, Programa Editorial.
- Van der Helm, R. (2009). *The vision phenomenon: Towards a theoretical underpinning of visions of the future and the process of envisioning*. Futures 41 (2): 96–104.
- Varum, C. y Melo, C. (2010). *Directions in scenario planning literature – A review of the past decades*. Futures, 42(4): 355–369.
- Villanueva, J. y Martínez, F. (2010). *Análisis del Ciclo de Vida de la Tecnología Médica desde una Aproximación Integral*. Prospect. 8(2):7-12.
- Voget K., L. (2013). *Employing the Capability Approach in Conceptualizing Sustainable Development*. 14 (4): 483-502.
- Vrangbaek, K. (2017). *The Danish Health Care System*. En E., Djordejovic, A., Osborn, R. y Sarnak, D. (eds). *International Profiles of Health Care Systems*. Mossialos. (pp. 11-20). Recuperado de: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
- World Health Organization (2003). *Medical Device Regulation: Global overview and guiding principles*, Geneve, Italia: World Health Organization.
- Yin, R. (2004). *Estudo de Caso. Planejamento e método*. Porto Alegre, Brasil: Editora S.A.
- Zapata, A. y Rodríguez, A. (2008). *Gestión de la Cultura Organizacional. Bases Conceptuales para su implementación*. Facultad de Ciencias de la Administración de la Universidad del Valle. Cali: Artes Gráficas del Valle Editores – Impresores Ltda.

ANEXOS

Anexo A. Simulación de la evolución de la población en dinámica de sistemas 2010-2033

Tabla 25. Simulación de la evolución de la población en dinámica de sistemas 2010-2033

Año	Población total	POB de 0 - 14 años	POB mayor de 60 años
2010	45.991.704	12.809.224	4.801.061
2011	46.470.284	12.616.933	5.145.129
2012	46.943.304	12.433.646	5.504.159
2013	47.410.396	12.263.681	5.876.012
2014	47.871.116	12.109.520	6.257.914
2015	48.324.983	11.972.401	6.646.909
2016	48.771.495	11.852.689	7.040.124
2017	49.210.144	11.750.144	7.434.899
2018	49.640.432	11.664.129	7.828.847
2019	50.061.882	11.593.744	8.219.877
2020	50.474.049	11.537.939	8.606.181
2021	50.876.535	11.495.581	8.986.220
2022	51.268.995	11.465.512	9.358.691
2023	51.651.144	11.446.585	9.722.511
2024	52.022.762	11.437.683	10.076.782
2025	52.383.694	11.437.744	10.420.772
2026	52.733.854	11.445.763	10.753.896
2027	53.073.216	11.460.803	11.075.691
2028	53.401.821	11.481.996	11.385.809
2029	53.719.760	11.508.540	11.683.997
2030	54.027.181	11.539.703	11.970.092
2031	54.324.276	11.574.818	12.244.004
2032	54.611.277	11.613.280	12.505.716
2033	54.888.452	11.654.542	12.755.270

Fuente: Elaboración propia.

Anexo B. Simulación de la evolución de los afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado y suma de los dos 2010-2033

Tabla 26. Simulación de la evolución de los afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado y suma de los dos 2010-2033

Año	Afiliados RC	Afiliados RS	Afiliados a los dos regímenes
2010	18.845.692	23.654.963	42.500.655
2011	19.094.483	23.853.591	42.948.073
2012	19.322.161	24.066.346	43.388.507
2013	19.529.269	24.292.416	43.821.685
2014	19.714.032	24.533.007	44.247.039
2015	19.876.345	24.787.789	44.664.134
2016	20.017.069	25.055.543	45.072.612
2017	20.137.601	25.334.559	45.472.160
2018	20.239.609	25.622.893	45.862.502
2019	20.324.852	25.918.535	46.243.387
2020	20.395.081	26.219.515	46.614.595
2021	20.451.978	26.523.962	46.975.940
2022	20.497.127	26.830.142	47.327.270
2023	20.532.001	27.136.477	47.668.478
2024	20.557.958	27.441.546	47.999.504
2025	20.576.244	27.744.088	48.320.332
2026	20.588.005	28.042.993	48.630.998
2027	20.594.287	28.337.297	48.931.584
2028	20.596.048	28.626.169	49.222.216
2029	20.594.319	28.908.762	49.503.080
2030	20.589.979	29.184.412	49.774.391
2031	20.583.694	29.452.689	50.036.383
2032	20.576.071	29.713.251	50.289.322
2033	20.567.655	29.965.842	50.533.498

Fuente: Elaboración propia.

Anexo C. Valores y proyecciones de la UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado 2010-2033

Tabla 27. Valores y proyecciones de la UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado 2010-2033

Año	UPC-C	UPC-S
2010	485.013	281.836
2011	505.627	302.040
2012	547.639	433.667
2013	568.944	508.993
2014	593.978	531.389
2015	629.975	563.591
2016	689.508	616.849
2017	746.046	667.429
2018	710.984	611.464
2019	736.902	640.881
2020	762.820	670.298
2021	788.738	699.715
2022	814.656	729.132
2023	840.574	758.549
2024	866.492	787.966
2025	892.410	817.383
2026	918.328	846.800
2027	944.246	876.217
2028	970.164	905.634
2029	996.082	935.051
2030	1.022.000	964.468
2031	1.047.918	993.885
2032	1.073.836	1.023.302
2033	1.099.754	1.052.719

Fuente: El autor, con base en los datos de www.minsalud.gov.co hasta el 2017

Anexo D. Percepción de los actores sobre el poder político de los otros actores

Tabla 28. Percepción de los actores sobre el poder político de los otros actores

No.	Entrevistado	Actor											
		EPS	IPS	Sindicatos	Usuarios y pacientes	Asociacion de profesionales	Instituciones Académicas	industria Farmaceutica	Congreso	Ministerio	Superintendencia	Inst. Nal de Salud	Secretarías de Salud
1	Alex Duran	5	3.5	3	2	3	2	4.5	3.5	3	3	2	2
2	Armando Gonzales	4	3	2	2	3.5	2	4.5	5	4.5	3.5	2	2
3	Carlos Fajardo	4	4	2.5	2.5	5	3.5	4	4.5	3.5	3.5	2	3
4	Gonzalo Gonzales	4.5	4	2	2.5	2	3.5	4.5	5	3.5	3.5	2	3
5	Diego Gomez	4.5	3.5	3.5	2.5	3.5	3.5	4	5	4	3.5	2	3.5
6	Jorge Robledo	5	4	3	2.5	2	3.5	4	3.5	3.5	2.5	2	3
7	Julian Duran	5	4	2	3.5	2	3.5	4.5	4	3.5	3.5	2	3
8	Alexandra Matallana	4	3.5	3.5	2.5	3.5	3.5	5	3.5	4	3.5	2	3.5
9	Angela Tascon	4.5	3	3	3	3	2	5	3	3	3	2	3
10	Carlos Hernandez	4	3.5	2.5	2	3.5	3.5	5	3.5	3.5	3.5	2	2
11	Fabian Mendez	5	3.5	2	2	3	3.5	4	4	4	3.5	2	2.5
12	Fabio Osorio	4	3.5	1	1	3	2.5	4.5	4.5	4	3.5	1	2.5
13	Felipe Garcia	4	3.5	2.5	2.5	3	2.5	5	3.5	4	3.5	2	2.5
14	Hellen Mendoza	5	3	2	2	4	3	4	4	4.5	4	2	3
15	Janeth Cristina Vasquez	5	3.5	2.5	2.5	4.0	3	4	4	4.5	4	2	3.5
16	Maria Ines Delgado	4.5	3	2.5	1	2.5	2.5	5	3.5	3.5	3.5	2	2.5
17	Mario Hernandez	5	3.5	2.5	2.5	3.5	3.5	4	3.5	4	3.5	2	2.5
18	Martha Balbuena	5	3	2	2	2.5	2.5	4.5	3.5	3.5	3.5	2	2
19	Martha Lucia Ospina	4	4	3.5	3.5	3.5	3.5	5	3.5	3.5	3.5	2	3.5
20	Oscar Gutierrez	4.5	3.5	2.5	2.5	2	2	5	4.5	3.5	3.5	2.5	3
21	Jorge Ivan Ospina	5	3.5	1	1	4.5	1	4.5	3.5	3	3	2	2
22	Guastavo Morales	4.5	3.5	3	3	5	3.5	3	3	2	2	2	2
	Promedio	4,6	3,5	2,2	1,8	3,1	2,1	4,4	4,1	3,5	3,2	2,0	2,5

Fuente: Elaborada por el autor con base en las entrevistas en profundidad

Anexo E. Percepción de los actores sobre la importancia de los valores

Tabla 29. Percepción de los actores sobre la importancia de los valores

No.	Entrevistado	Valores				
		libertad	Igualdad	Solidaridad	Respeto	Dialogo
1	Alex Duran	3	5	1	4	2
2	Armando Gonzales	4	5	2	3	1
3	Carlos Fajardo	3	4	2	5	1
4	Gonzalo Gonzales	4	5	1	3	2
5	Diego Gómez	2	5	3	4	1
6	Jorge Robledo	1	3	5	4	2
7	Julián Duran	3	2	5	4	1
8	Alexandra Matallana	2	5	3	4	1
9	Ángela Tascón	2	3	5	4	1
10	Carlos Hernández	3	4	5	2	1
11	Fabián Méndez	1	3	5	4	2
12	Fabio Osorio	2	5	1	4	3
13	Felipe García	1	5	2	4	3
14	Hellen Mendoza	3	5	4	1	2
15	Janeth Cristina Vásquez	4	5	3	2	1
16	María Inés Delgado	4	2	3	5	1
17	Mario Hernández	3	4	5	2	1
18	Martha Balbuena	5	2	3	4	1
19	Martha Lucia Ospina	1	4	5	3	2
20	Oscar Gutiérrez	4	5	1	3	2
21	Jorge Iván Ospina	1	5	3	4	2
22	Gustavo Morales	1	5	4	2	3
Promedio		2,6	4,1	3,2	3,4	1,6

Fuente: Elaborada por el autor con base en las entrevistas en profundidad.

Anexo F. Modelo de aseguramiento en salud

A continuación, se describe la estructura modular del Modelo del Sistema General de aseguramiento en salud.

Estructura Modular. El modelo consta de cuatro submodelos básicos: Población, empleo y aseguramiento.

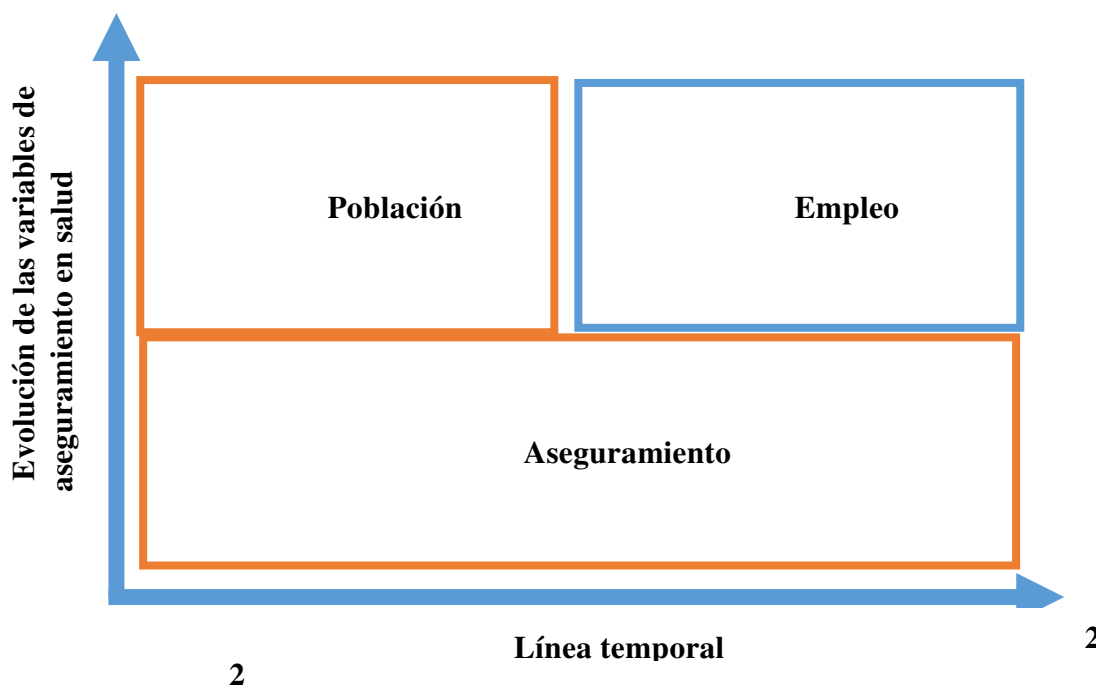


Figura 33. Estructura modular

Fuente: Elaboración propia.

Lenguaje de modelamiento. La construcción del modelo se apoya en el lenguaje Forrester, de dinámica de sistemas, que utiliza una nomenclatura específica para cada una de las entidades de programación incluidas en el modelo analítico. Tal como se puede apreciar en el siguiente recuadro:

Lenguaje de modelamiento de Forrester
Las <u>variables de flujo</u> determinan las variaciones en los niveles del sistema. Corrientemente, se expresan, a través de leyes de evolución, o ecuaciones diferenciales (caso continuo), o en diferencias (caso discreto). El efecto combinado de estas variables, en un período de tiempo, genera el cambio en el estado del sistema, en dicho período.
Las <u>variables de Nivel</u> acumulan resultados o acciones expresadas en las hipótesis de comportamiento del sistema. Este tipo de variables se modifican, en respuesta a las variaciones del sistema. Sus valores se determinan para cada uno de los instantes evaluados en la trayectoria dinámica.

Es preciso anotar que estas variables definen el estado del sistema, lo cual es sumamente relevante, ya que, a partir de ciertas condiciones iniciales de los niveles, los valores de los parámetros, de las constantes y de las variables endógenas predeterminadas, se puede simular el comportamiento con un horizonte temporal definido.

Las variables de nivel suministran información de su estado, para determinar los valores que asumen las demás variables y reciben únicamente el efecto de los flujos para modificar su estado.

Las **variables auxiliares** sintetizan y muestran el efecto combinado de algunas variables sobre otras variables del sistema. Estos efectos pueden ser lineales o no lineales. A menudo, se conciben como canales de información entre variables de nivel y de flujo.

El **lenguaje de Forrester**, en dinámica de sistemas, utiliza corrientemente la siguiente simbología:

	Nube: representa una fuente o pozo. Se interpreta como un nivel inagotable.
	Nivel: es la variable de estado; representa una acumulación de flujos
	Flujo: es la variación de un nivel; representa un cambio en el estado del sistema
	Canal de Material: es la transmisión de una magnitud física que se conserva
	Canal de Información: es la transmisión de información que no se necesita conservar
	Variable Auxiliar: cantidad con cierto significado para el modelador (que no siempre tiene un significado físico en el mundo real) y con un tiempo de respuesta instantáneo
	Parámetro: es un elemento del modelo independiente del sistema o una constante propia del sistema que no varía durante una corrida de simulación
	Variable Exógena: variable cuya evolución es independiente de las del resto del sistema. Representa una acción del medio sobre el sistema
	Retardo: es un elemento que simula retrasos en la transmisión de información o de material entre los elementos del sistema.

- Submodelo de población.** Cuando se aborda un sistema complejo, como el sistema de salud, no se puede obviar la dependencia de múltiples factores; entre ellos, los relacionados con las características de la población. Vale la pena observar una serie de detalles sobre este aspecto, las cuales están directamente relacionadas con la evolución futura del SGSSS. Uno de los factores más relevantes, a la hora de estudiar la demanda de servicios en salud, es la demografía. Este tópico es, especialmente, tratado en los Análisis de la situación en Salud (ASIS), documentos emitidos por el Ministerio de Salud, de manera periódica, que tienen como fin servir de insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud. En

este informe se reafirma la relevancia de hacer estimaciones del comportamiento demográfico de la población objeto de estudio.

El Submodelo de Población tiene como objetivo estimar la población para los próximos años, y la discrimina, por grupo etario. El crecimiento poblacional se simulará, contemplando elementos como: el nacimiento, la defunción y la migración de personas en el territorio nacional; esto brinda la base para hacer diferentes análisis, en los demás subsistemas.

El entendimiento de este sistema se soporta en la observación y selección de variables que afectan, de alguna manera, la cantidad de personas que se encuentran en el territorio nacional. Las variables, que se contemplaron en el análisis, se exponen en el esquema que se muestra a continuación, y se explicitan las relaciones planteadas para este submodelo.

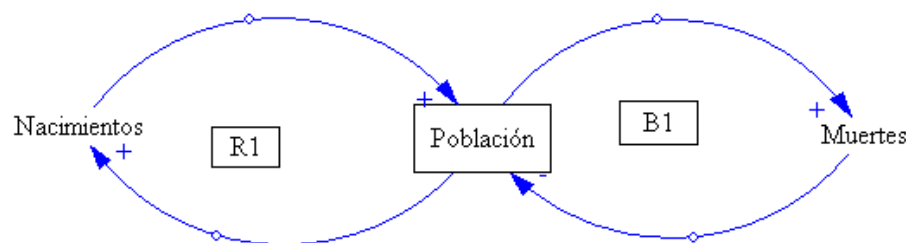


Figura 34. Diagrama causal del Submodelo de Población

Fuente: Elaboración propia.

En el esquema, se muestra la variable población, que se ve afectada, principalmente, por dos eventos: Natalidad y Mortalidad. Los nacimientos incrementan la población en función de la tasa de natalidad; y las muertes disminuyen la población, en función de la tasa de mortalidad. Vale la pena resaltar que la muerte se puede dar por trauma o por causas biológicas. De esta manera, en este diagrama causal, se identifica un Bucle de Refuerzo en los nacimientos (a más nacimientos, más población; a más población más nacimientos); mientras que las muertes generan un Bucle de Balance (a más muertes, menos población; a más población, más muertes).

El simulador le ofrece la posibilidad, al usuario, de hacer manipulaciones sobre las variables de interés, que están contenidas en el modelo. En la interfaz, el usuario podrá hacer

cambios en la tasa de natalidad general, y estimar su impacto en el tiempo. Tal como se puede observar en el siguiente Gráfico.

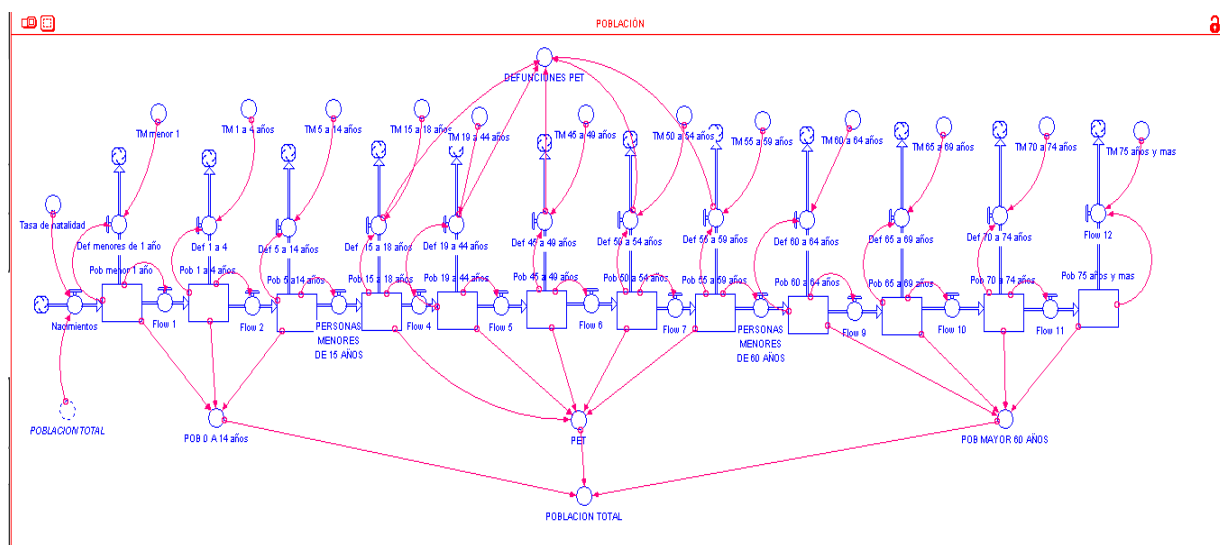


Figura 35. Diagrama de submodelo de población

Fuente: Elaboración propia.

La variable de Mortalidad, también, la podrá manejar de manera exógena, lo que le permitirá al usuario jugar con diferentes escenarios de transición demográfica poblacional. Una vez tenga los datos iniciales programados, podrá hacer las simulaciones que le mostrarán las estimaciones futuras de la población. Y obtendrá información relevante para otros submodelos. Un ejemplo de los resultados de este submodelo, que pueden servir como dato de entrada a otro submodelo, es la cantidad de personas en edad de trabajar, o la población total, o las personas menores de 4 años. Estos elementos son relevantes para tomar decisiones, basándose en las herramientas matemáticas. Los resultados se grafican en función del tiempo (eje x).

La proyección de los datos se ajustó con las proyecciones poblacionales que tiene estimadas el DANE. Algunas de las bases, utilizadas para extraer los parámetros de las modelaciones, son:

- Población por Edades simples y sexo para el año 2010
- Tasa de natalidad
- Tasa de Mortalidad por Quinquenios para hombre y mujeres
- **Submodelo de Empleo.** El empleo es un tema ampliamente estudiado, por su impacto en múltiples factores de la economía de un país; entre ellos, la salud. En Colombia, la salud está contemplada

como un derecho fundamental y se ha venido trabajando fuertemente por la universalización de este derecho. Pero serán las condiciones laborales de cada persona las que determinen el régimen de salud al que deben vincularse y los derechos que allí tienen. El SGSSS tiene contemplados dos tipos de vinculación: vinculación por Régimen Subsidiado y vinculación por Régimen Contributivo. El régimen contributivo está diseñado para que vincule, al sistema de salud, a todas aquellas personas que cuentan con un empleo formal, sea dependiente o independiente, quienes, por obligación, deben afiliarse a este régimen. Por otro lado, las personas que no cuentan con las mismas condiciones laborales o desarrollan empleos informales, se encuentran vinculados al Régimen Subsidiado. De manera general, este submodelo se representa con el siguiente esquema.

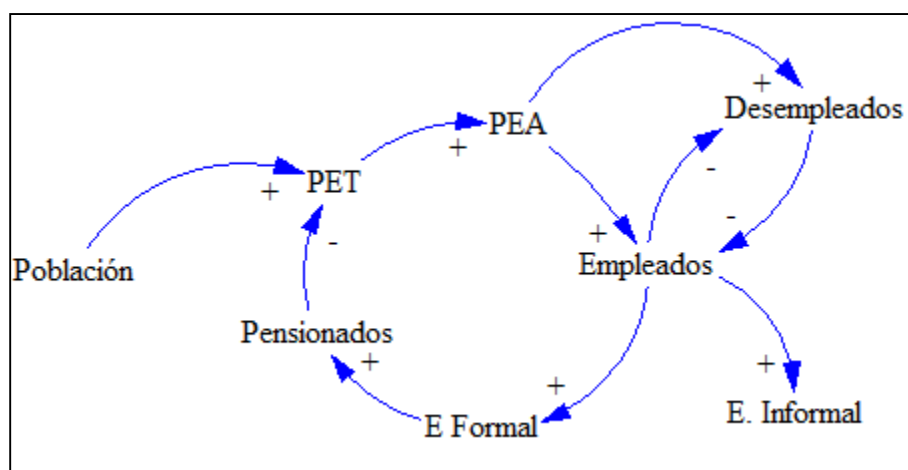


Figura 36. Diagrama Causal del submodelo de Empleo

Fuente: Elaboración propia.

En este submódulo, se estiman variables de interés, para determinar la cantidad de personas económicamente activas, los desempleos y otras variables de interés, para otros submódulos, que integran el sistema general analizado. Se puede observar que hay datos exógenos que provienen del submódulo poblacional, que son utilizados para realizar cálculos: se conserva la relación y la causalidad entre variables.

Con base en estos análisis, se da paso a la modelación, en la que se usan datos de empleo extraídos de fuentes con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), el Banco de la República. Es el caso para la tasa de desempleo y la tasa de informalidad. Estas, junto con las variables que llegan del Submodelo Poblacional, permiten hacer las estimaciones

de empleo, desempleo, informalidad, población económicamente activa; entre otras variables. El usuario podrá hacer cambios en las variables, según sus intereses.

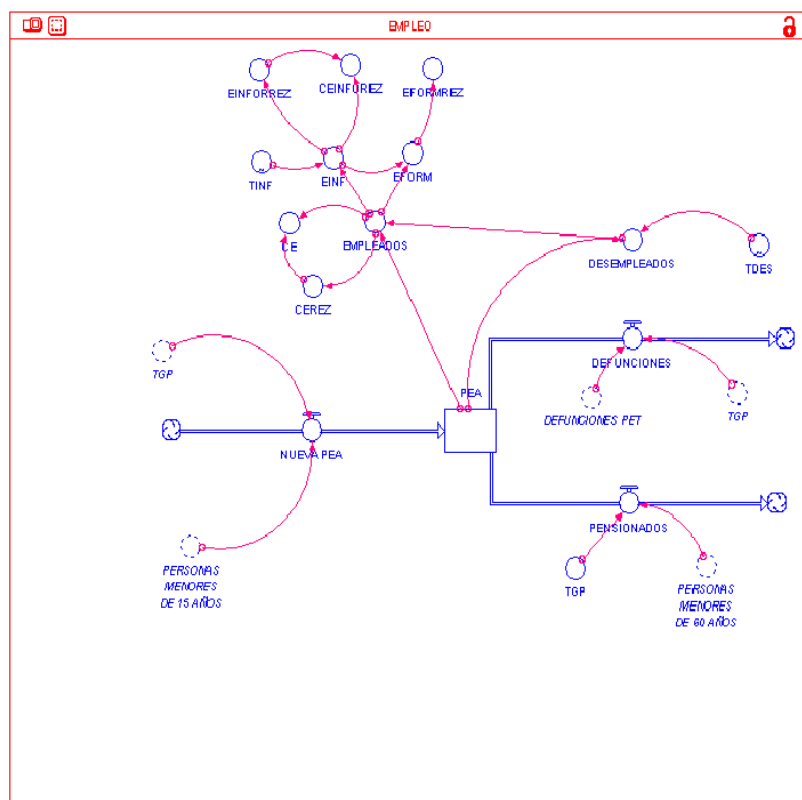


Figura 37. Diagrama de submodelo de empleo

Fuente: Elaboración propia.

El submodelo le permitirá plantear hipótesis sobre los escenarios futuros y visualizar el impacto de una variable sobre el sistema completo. De esta manera, se construye una herramienta que da soporte a la decisión, a la vez que sirve de elemento prospectivo y facilita la cuantificación de los escenarios probables, para el SGSSS, en Colombia.

- Submodelo de aseguramiento al Régimen Contributivo y subsidiado.** En Colombia, la vinculación de los habitantes, al Sistema de Seguridad Social en Salud, se da a través del aseguramiento en uno de los dos Regímenes: el Contributivo o subsidiado. Dependerá de la capacidad de pago de las personas. Las personas, con capacidad de pago, están obligadas a afiliarse, con su núcleo familiar, al régimen Contributivo. Las que no tienen capacidad de pago se afilian al Régimen Subsidiado. En la Gráfica 52, que se muestra a continuación, esquema del Submodelo de Afiliación, se muestra la relación entre las variables, tenidas en cuenta para la modelación de este aspecto del sistema.

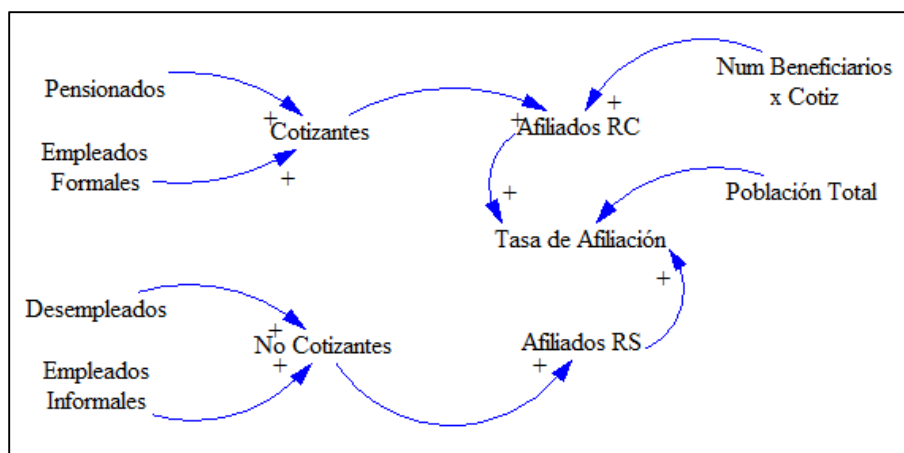


Figura 38. Diagrama Causal del Submodelo de Afiliación

Fuente: Elaboración propia.

El submódulo hace un cálculo de los afiliados al Régimen contributivo y al régimen subsidiado. Estos serán valores importantes para determinar otros elementos del modelo, como los ingresos por UPC, en el régimen contributivo.

El modelo estima la cantidad de afiliados al sistema de salud por régimen. Para llegar a este valor, es necesario que se integren otras variables al cálculo; por esto, se determina una serie de variables que el usuario podrá manipular para proyectar escenarios propuestos. Este es el caso para variables de interés como: participación de los informales en el Régimen Contributivo (PHI), tasa de no afiliación y beneficiario cotizante.

El usuario del simulador recibirá las series de datos, como se muestran en el siguiente gráfico. Y pueden disponer de los datos, en diferentes formatos de .txt o .csv, para transferir al otro software y hacer los análisis requeridos.

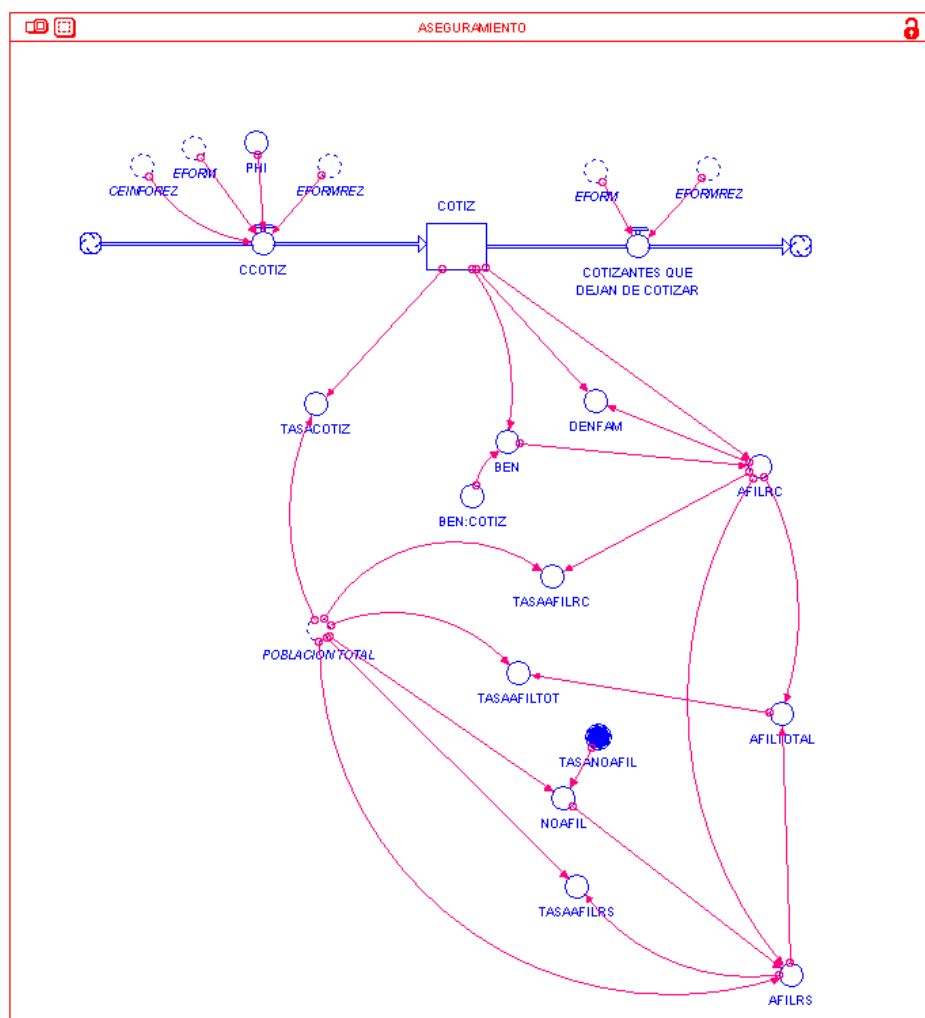


Figura 39. Diagrama del Submodelo de Afiliación

Fuente: Elaboración propia.

Así, se muestra la interfaz de este submodelo, en el simulador. Además de las variables y estimaciones mostradas en el informe, el usuario podrá explorar, en el simulador, otras proyecciones que serán de ayuda en el análisis y debate de diferentes temas de interés. De esta manera, el usuario se encuentra frente a una herramienta matemática que le permitirá complementar una evaluación de escenarios de futuro para el SGSSS, de Colombia, con aspectos relevantes y de influencia directa sobre el comportamiento del sistema.

Anexo G. Cuestionario para entrevista en profundidad

Mi nombre es Pedro León Cruz Aguilar, soy estudiante de Doctorado en Administración de la Universidad del Valle, estoy realizando esta entrevista para mi trabajo de grado doctoral, que es Una Visión de Futuro del SGSSS, al año 2033.

El propósito de esta entrevista es que usted me comente sus conceptos sobre el futuro del SGSSS. La información que usted me entregue será analizada, de forma agregada, con la de los otros entrevistados. En ningún caso, será personalizada o juzgada. Usted está en toda la libertad de contestar o de no contestar cualquiera de las preguntas formuladas. Le solicito permiso para grabar la entrevista.

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____ Edad: _____

Cargo: _____ Ciudad: _____

Nivel educativo _____

VISIÓN DE FUTURO

Objetivo: Realizar un mapeo de las variables consideradas en la visión de futuro del SGSSS.

1. ¿Qué elementos y/o políticas del sistema de seguridad social en salud considera usted que deben ser conservados?
 - Cobertura
 - Unidad de pago por capitación
 - Capacidad instalada
 - Sostenibilidad financiera
 - Modelo de atención en salud
 - Sistema de gestión de calidad
2. ¿Qué elementos y/o políticas del SGSSS, deben ser cambiadas?
 - Cobertura
 - Unidad de pago por capitación

- Capacidad instalada
- Sostenibilidad financiera
- Modelo de atención en salud
- Sistema de gestión de calidad

3. ¿Cuál piensa usted que será el futuro del SGSSS, en los próximos 20 años?

- Cobertura
- Unidad de pago por capitación
- Capacidad instalada
- Sostenibilidad financiera
- Modelo de atención en salud
- Sistema de gestión de calidad

4. ¿Cuál sería el sistema de salud futuro preferido, o deseado, por usted?

- Cobertura
- Unidad de pago por capitación
- Capacidad instalada
- Sostenibilidad financiera
- Modelo de atención en salud
- Sistema de gestión de calidad
-

El gobierno, mediante el Decreto No. 2702 del 2014, les dio, a las EPS, 7 años para que cumplieran las condiciones mínimas de capital y de patrimonio:

5. ¿Cree usted que estas entidades se capitalizarán en el 2021, haciendo que el SGSSS sea sostenible financieramente, en el largo plazo? ¿Cómo?
6. ¿Cuáles considera usted que son los principales obstáculos para que el SGSSS no sea sostenible financieramente en el largo plazo?

VALORES

Objetivo: Establecer la práctica de los valores en el SGSSS.

Se le entrega al entrevistado la ficha 6 y se le pregunta.

Para que el sistema de salud sea humano, debe practicar los cinco valores morales: libertad, igualdad, solidaridad, respeto y diálogo.

7. ¿Cuál es la importancia que debe dársele, en el SGSSS, a los siguientes valores: libertad, igualdad, solidaridad, respeto y diálogo? Dele el valor de cinco al que considere de mayor importancia y de uno al que considere de menor importancia
8. ¿Cuáles de estos valores se expresan en la práctica, en el SGSSS, actualmente?
9. Desde su perspectiva, ¿cuáles son los motivos que impiden que, en el SGSSS, se practiquen estos valores?
10. ¿Cuál de los actores del SGSSS, considera usted que tiene el mayor poder político?

Califique con cinco al que usted considere que tiene el mayor poder político y con 1 al que usted considere que tiene el menor poder político.

11. ¿Cuál es el nivel de confianza entre los actores del SGSSS?
12. ¿Cuáles son las formas de contratación más comunes, entre las EPS y las IPS?

El Derecho a la Salud. Se definió, en el Artículo 2 de la Ley 1751 del 2015, como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud, de manera oportuna eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Objetivo: Conocer cómo los actores ven las posibilidades del gobierno de garantizar el derecho a la salud.

13. ¿Coménteme sus conceptos sobre el derecho a la salud en el SGSSS?
14. ¿Cuáles son los principales obstáculos para que el Estado colombiano garantice el derecho a la salud?
15. ¿Considera que el gobierno estará en capacidad de garantizar el derecho a la salud a todos los colombianos, en los próximos 20 años?

CAPACIDADES

Las causas de mortalidad. Son las enfermedades, por las cuales, fallece el mayor número de personas, por lo general, se presentan las diez principales causas.

Objetivo: Determinar las causas, por las cuales el SGSSS, no crea capacidades en los usuarios.

16. ¿Cuáles son las razones por las cuales las enfermedades cardio – cerebro -vascular y los cánceres estén entre las diez principales causas de mortalidad en Colombia?

El Artículo 1, de la Ley 1438 del 2011, consagró la atención primaria en salud, como estrategia del modelo de atención.

17. ¿Considera usted que el Modelo de Atención Integral en salud (MIAS) es la estrategia adecuada de atención primaria en salud, para Colombia?
18. ¿En cuánto tiempo considera usted que estará implementado el MIAS, en todo el país?

Acceso a los servicios de salud. Es la capacidad que tiene una persona para conseguir que se le presten los servicios de salud, cuando los necesita.

19. ¿Cuáles son las principales barreras que impiden el acceso de la población asegurada a los servicios de salud?

- Barreras de oferta
 - Disponibilidad: Recursos médicos, distancia al centro.
 - Institucionales: tramite, atención.
 - Calidad del servicio.
- Barreras de demanda
 - Falta de dinero
 - Culturales
 - Gravedad percibida de la enfermedad

20. ¿Cuál cree que va a ser la evolución de las barreras de acceso a los servicios de salud, en los próximos 20 años?

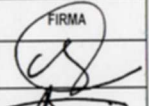
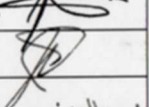
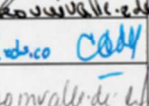
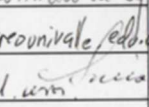
- Barreras de oferta
 - Disponibilidad: Recursos médicos, distancia al centro.
 - Institucionales: tramite, atención.
 - Calidad del servicio.
- Barreras de demanda

- Falta de dinero.
- Culturales.
- Gravedad percibida de la enfermedad.

Es evidente la desigualdad entre regiones. Miremos dos indicadores: la mortalidad materna y la mortalidad de los niños menores de cinco años.

21. ¿Cree usted que el SGSSS, creará, en los próximos veinte años, las condiciones necesarias para disminuir o borrar estas desigualdades entre regiones?
22. ¿Cuál es su percepción sobre el nivel de implementación del sistema de gestión de calidad, en el SGSSS, del país?
23. ¿Cuál cree usted que será la evolución del Sistema de gestión de calidad, en el SGSSS, durante los próximos veinte años?

Anexo H. Listado de asistencia a taller de visión de futuro

		CONTROL DE ASISTENCIA			
NOMBRE DEL EVENTO:				FECHA:	
Taller- Invitados de la región. Investigación sobre el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.				Vicerrectoría de Investigaciones- Salón VRINV Abril 28 8.00 am.	
NOMBRE	CARGO / CÓDIGO	DEPENDENCIA / PLAN DE ESTUDIOS	TELÉFONO / EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Carlos A. García	Director DECOFIN-USC	DECOFIN USC	5183000 ext. 161	carlos.garcia@usc.edu.co	
Juan José Vito	Asesor	Inst. de prospectiva	30321176	juan.vito@coronivalle.edu.co	
Felipe García V.	Direct. D.	DE2	2709	felipe.garcia@coronivalle.edu.co	
Elsa P. Muñoz	Docente ESP Grupo Sistemas y Servicios	Esc. Salud Pública	5142476	elsa.munoz@coronivalle.edu.co	
Julio César Mateos	Profesor Asociado	Esc. Salud Pública	314814494	julio.mateos@coronivalle.edu.co	
Maria Fernanda Tobón	Profesor -	EIC- Salud Pública	31008302	maria.ftobon@coronivalle.edu.co	
Maritza Rengifo	Profesora	Facultad de Administración	4715	maritza.rengifo@coronivalle.edu.co	
Sonia Soledad	II	USC	300 7906030	soledad.sofia@coronivalle.edu.co	

Anexo I. Objetivos estratégicos

Mapa estratégico

Se formularán los objetivos estratégicos en las perspectivas de Impacto, usuario, procesos y recursos.

Perspectiva de Impacto.

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Se considera que hay un 25% de la demanda en servicios de salud insatisfecha
Causas del problema
El envejecimiento de la población que genera un incremento en la demanda de servicios de salud entre el año 2010 y 2014 aumento la demanda en un 91% (Santamaría, Navas, Gómez y López, 2017)
La estrategia de atención curativa
Las barreras denominadas institucionales
Consecuencias del problema
En el año 2016, en Barranquilla, el nivel de satisfacción de los usuarios, con los servicios de salud recibidos es del 74% y en Medellín, Cali y Bogotá es del 56%, 51% y 40%; respectivamente.
Objetivo
Garantizar el derecho a la salud en el largo plazo
Definición del objetivo
. Entendido como el derecho al acceso a los servicios de salud, con oportunidad, calidad y eficacia
Responsable
Ministerio de Salud y Protección social

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Incremento de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)
Causas del problema
En el periodo comprendido entre 1990 – 2013 las muertes para ambos sexos por la: Diabetes mellitus pasaron de 11,14 por cada 100.000 habitantes a 17,49; enfermedades cardiovasculares pasaron de 137,08 muertes por cada 100.000 habitantes a 150,43 y las neoplasias pasaron de 68,97 muertes por cada 100.000 habitantes a 91,84.
Consecuencias del problema
Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en la principal causa de mortalidad en el país.
Objetivo
Reducir la mortalidad causada por las ECNT
Definición del objetivo
Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en la principal causa de mortalidad en el país.
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Incremento de los años de vida ajustados por discapacidad
Causas del problema
Envejecimiento de la población
Incremento de la tasa de mortalidad por ECNT
Consecuencias del problema
En el año 2005 se observaba 279.6 AVISAS por cada 1.000 habitantes y en el año 2010 289.5
Objetivo
Reducir los AVISAS
Definición del objetivo
Reducir los años de vida vividos con discapacidad y los perdidos por muerte prematura.
Responsable
Ministerio de Salud

Perspectiva de Acceso

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Según el Instituto Nacional de Salud, durante el periodo 1998-2011, el 53% de las muertes que sucedieron eran evitables
Causas del problema
Envejecimiento de la población, el sedentarismo, la obesidad, el alcoholismo y los hábitos de vida.
Consecuencias del problema
Un gran porcentaje de las muertes, en Colombia, son por causas evitables
Objetivo
Ofrecer servicios de Atención primaria en salud ampliada
Definición del objetivo
Ofrecer servicios de salud con la participación activa de la comunidad
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
En Abril del 2018 según la encuesta Gallup, el 76% de los colombianos consideraba que la calidad y el cubrimiento de la salud estaba empeorando
Causas del problema
Incremento en la demanda de servicios de salud
Consecuencias del problema
Insatisfacción de los usuarios
Objetivo
Acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad
Definición del objetivo

Acceso efectivo a los servicios de salud
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
La actualización del plan de beneficios se realiza cada dos años.
Causas del problema
Está determinada por la normatividad.
Consecuencias del problema
Se incrementa el gasto en las prestaciones de salud de protección individual, que hacen parte del plan de beneficio.
Objetivo
Ofrecer un plan de beneficios actualizados tecnológicamente
Definición del objetivo
Crear procesos para la aprobación, por parte de los institutos de las nuevas tecnologías e incorporación al plan de beneficios de manera continua.
Responsable
Ministerio de Salud

Perspectiva de procesos

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
La estrategia de atención curativa no genera valor en la atención en salud
Causas del problema
El incremento de la demanda de servicios
Consecuencias del problema
Competencia de suma cero y el elevado costo de la gestión del riesgo en salud.
Objetivo
Implementar un modelo de atención primaria en salud con una aseguradora única y Equipos Básicos de Salud
Definición del objetivo
Implementar la estrategia de atención primaria en salud ampliada
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Solo 32 prestadores de servicios de salud están acreditado en calidad de los más de 6.114 que en el 2016 rindieron cuenta a la Supersalud
Causas del problema
Falta de incentivos para la acreditación en calidad
Consecuencias del problema
Bajo número de IPS acreditadas en Calidad
Objetivo

Crear incentivos para que las organizaciones del sistema implementen el proceso de gestión de la calidad
Definición del objetivo
Fomentar con incentivos a las organizaciones que realicen los procesos de gestión de la calidad.
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
El plan de beneficios no cubre todas las nuevas tecnologías
Causas del problema
Valor de la UPC
Consecuencias del problema
No se pueden adoptar tecnologías que son de vital importancia para el tratamiento de las neoplasias, como los marcadores por el bajo valor de la UPC.
Objetivo
Evaluar e incorporar, de manera continua, al plan de beneficios a las nuevas tecnologías evaluadas
Definición del objetivo
Crear procesos para la evaluación por parte de los institutos de las nuevas tecnologías e incorporación al plan de beneficios de manera continua.
Responsable
Ministerio de Salud

Perspectiva de recursos y cultura

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Falta de médicos especialistas, fundamentalmente, Médicos especialistas en Medicina Familiar
Causas del problema
Los pocos cupos que ofrecen las Universidades.
Consecuencias del problema
Baja capacidad resolutive del primer nivel de salud.
Objetivo
Armonizar el Talento Humano con la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
Definición del objetivo
Busca que la implementación de la nueva estrategia de atención tenga el personal necesario para su implementación
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Las historias clínicas de los usuarios no están centralizadas en la nube.
Causas del problema
Las historias clínicas electrónicas están en las diferentes IPS, que atienden a los pacientes.
Consecuencias del problema

Fraccionamiento de la información
Objetivo
Instalar un sistema de salud digital en la nube
Definición del objetivo
Centralizar las historias clínicas en la nube, con un código de operabilidad que permita intercambiar información entre los diferentes actores.
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Se presentan eventos adversos en la atención a los pacientes
Causas del problema
Errores del personal de salud
Consecuencias del problema
Riesgos asociados a la atención en salud
Objetivo
Implementar una cultura de seguridad del paciente
Definición del objetivo
Prevenir los eventos adversos que afecten la seguridad del paciente
Responsable
Ministerio de Salud

Perspectiva de sostenibilidad Financiera

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Las empresas promotoras de salud tienen un faltante de más de 5 billones de pesos en el patrimonio
Causas del problema
El incremento de la demanda de servicios
Consecuencias del problema
Inviabilidad financiera del sistema de salud
Objetivo
Lograr la viabilidad financiera del sistema de salud en el largo plazo
Definición del objetivo
Que los recursos financieros para pagar los gastos que demanda el sistema sean por lo menos iguales a los ingresos
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Pagos por actividades
Causas del problema
Sistema de salud curativo
Consecuencias del problema
Duplicación de exámenes y procedimientos
Objetivo
Implementar el pago por resultados
Definición del objetivo
Pagar a las IPS por mantener sana la población
Responsable
Ministerio de Salud

Ficha de definición de objetivos estratégicos.

Problema Actual
Cada año se produce u déficit en el gasto en salud de 1.5 billones de pesos
Causas del problema
Modelo de atención en salud Ingreso de nuevas tecnologías en salud
Consecuencias del problema
Perdida financiera
Objetivo
Incrementar el gasto público y privado sin poner en riesgo el equilibrio financiero del estado ni de las personas
Definición del objetivo
Incrementa el gasto público y privado de forma que permita atender las necesidades del sistema sin poner en riesgo el equilibrio fiscal ni las finanzas de las personas.
Responsable
Ministerio de Salud

Anexo J. Fichas de definición de indicadores

Se formularon los indicadores a cada uno de los objetivos de las cuatro perspectivas

Perspectiva de Impacto

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
. Garantizar el derecho a la salud en el largo plazo
Indicador
% de personas que sienten que se les garantiza el derecho a la salud
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de personas que sienten que el Estado les garantiza el derecho a la salud/# total de personas encuestadas
Fuente de verificación
Encuesta para evaluación de las Empresas aseguradoras.
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Reducir los años de vida vividos con discapacidad -AVISAS
Indicador
% de reducción de los AVISAS
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
$(\# \text{ Años vividos con discapacidad en año } j-x - \# \text{ de años vividos con discapacidad en el año } j) / (\# \text{ Años vividos con discapacidad en año } j-x)$
Fuente de verificación
Estudio sobre estimación de carga de enfermedad en Colombia
Frecuencia de verificación
Cada cinco años

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
Reducir la mortalidad causada por las ECNT
Indicador
% de reducción de la tasa de mortalidad por ECNT
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo

(# de muertes por ECNT, en el año anterior . # de muertes por ECNT, en el año actual) / # de muertes por ECNT en el año anterior.
Fuente de verificación
Estadísticas vitales de nacimiento y defunción del DANE
Frecuencia de verificación
Anual

Perspectiva de Acceso

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Ofrecer servicios de Atención primaria en salud ampliada
Indicador
% de personas vinculados a programas de APS ampliada
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de personas vinculados a programas de APS ampliada / # total de personas aseguradas en salud
Fuente de verificación
Registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS)
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
Acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad
Indicador
% de demanda de servicios de salud satisfechas
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de personas que solicitan servicios y nos son atendidas /# total de personas que solicitan servicios
Fuente de verificación
Encuesta nacional de hogares - DANE
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
Ofrecer un plan de beneficios actualizado tecnológicamente
Indicador
% de nuevas tecnologías evaluadas que se incorporan cada año al plan de beneficio
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de nuevas tecnológicas que se ofrecen en el año actual, en el plan de beneficios/ # total de tecnologías evaluadas
Fuente de verificación
Plan de beneficios
Frecuencia de verificación
Anual

Perspectiva de procesos

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
Implementar un modelo de atención primaria en salud con una Aseguradora Única y Equipos Básicos de Salud.
Indicador
% de asegurados en salud cubiertos con equipos básicos de salud
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de personas asegurados en salud cubiertos con equipos básicos de salud/# total de personas asegurados en salud
Fuente de verificación
SISPRO
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Crear incentivos para que las organizaciones del sistema implementen el proceso de gestión de la calidad.
Indicador
% de IPS acreditadas en salud
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de IPS acreditadas / # total de IPS Habilitadas
Fuente de verificación

Icontec y el Registro único de prestadores de servicios de salud.
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Evaluar e incorporar, de manera continua, al plan de beneficios las nuevas tecnologías evaluadas
Indicador
% de nuevas tecnologías evaluadas para incorporar al plan de beneficio en salud
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de nuevas tecnologías incorporadas al plan de beneficios / # de nuevas tecnologías evaluadas
Fuente de verificación
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud y Plan de Beneficios
Frecuencia de verificación
Anual

Perspectiva de recursos y cultura

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Armonizar el Talento humano con la Atención Primaria en Salud ampliada
Indicador
% de empleados de salud capacitados en APS ampliada
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de personal de salud capacitado en APS ampliada /# total del personal de salud .
Fuente de verificación
Ministerio de Salud – SISPRO
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
Implementar un sistema de salud digital en la nube.
Indicador
% de actividades de salud que realizan en la nube
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de actividades de salud que realizan en la nube / # total de actividades que se realizan en el sistema de salud

Fuente de verificación
Ministerio de Salud – SISPRO
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Implementar una cultura de seguridad del paciente
Indicador
% de IPS con sistemas de seguridad del paciente implementados
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de IPS con sistemas de seguridad del paciente implementados/#de IPS habilitadas
Fuente de verificación
Ministerio de Salud -SISPRO
Frecuencia de verificación
Anual

Perspectiva de sostenibilidad

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Lograr la viabilidad financiera del sistema de salud en el largo plazo
Indicador
% de excedentes que tiene el Sistema de Seguridad Social en Salud
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
Excedentes del ejercicio anual/Ingresos anual del sistema de seguridad social en salud
Fuente de verificación
Supersalud – Estado de resultados de las EPS e IPS
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
Establecer el pago por resultados
Indicador
% e contratos con pago por resultados
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
de contratos con pago por resultados realizado por las IPS/ # total de contratos realizados por las IPS

Fuente de verificación
IPS
Frecuencia de verificación
Anual

Ficha de definición de Indicadores.

Objetivo
.Incrementar el gasto público y privado en salud de manera adecuada.
Indicador
% de incremento en el gasto en salud
Responsable de la medición
Ministerio de salud
Fórmula de cálculo
$(\text{Gasto total en salud añoj-1} - \text{Gasto total en salud añoj}) / \text{Gasto total en salud añoj-1}$
Fuente de verificación
Ministerio de Salud
Frecuencia de verificación
Anual