



SECCIÓN ARTÍCULOS REVISIÓN
REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD
Año 2013 Vol. 15(2) Págs. 256 - 268

Perspectiva de la Modulación en el Sistema General de Salud y Seguridad Social en Colombia

Perspective of the modulation in the General system of health and Social Security in Colombia

Jahir Alexander Gutiérrez Ossa¹, Rubén Darío Restrepo Avendaño²

- 1 Economista, PhD en Administración pública, Docente Facultad de Administración, Universidad CES - Medellín y Universidad del Rosario - Colombia. e-mail: algutierrez@ces.edu.co
- 2 Médico Cirujano, Magíster en Salud pública, Universidad CES Medellín. Medellín - Colombia. e-mail: rrestrepo@ces.edu.co

Fecha de recepción: Diciembre 4 - 2012

Fecha de aceptación: Noviembre 5 - 2013

Gutiérrez J, Restrepo R. Perspectiva de la Modulación en el Sistema General de Salud y Seguridad Social en Colombia. Rev Univ. salud. 2013;15(2): 256- 268

Resumen

Este artículo es producto del proyecto de investigación: "Pluralismo Estructurado en el Sistema de Salud colombiano". El propósito del artículo, es poner en evidencia los resultados presentados con respecto al sustento de la modulación como fórmula para entender el desempeño del Sistema General de Salud y Seguridad Social en Colombia (SGSSS). Así, la propuesta de Londoño y Frenk de recomponer las bases de la modulación no sólo para el pluralismo estructurado sino para todos los sistemas de salud, se hace presente para estimar unas mejores condiciones en los SGSSS, cualquiera que sea estimado. Al fundamentar la modulación como marco transversal de los sistemas de salud, teniendo en cuenta los parámetros macro y meso que esto exige, puede contribuir a revitalizar el estado de sistema de los SGSSS. El principal hallazgo, se encuentra en la capacidad de provisión que puede traer la modulación de ser conocida por todos los actores del sistema. En conclusión, la modulación estimada desde diferentes modelos puede dar fundamento y superación del revisionismo jurídico en el que terminan los SGSSS.

Palabras clave: Administración en salud, economía de la salud, planificación en salud, políticas públicas de salud, sistemas de salud. (Fuente: Decs Bireme).

Abstract

This article is the product of the research project: "Structured pluralism in the Colombian health system". The purpose of the article is to highlight the results presented with respect to the livelihood of the modulation as a formula to understand the performance of the overall system of health and Social Security in Colombia (SGSSS). Thereby, Londoño and Frenk's proposal about rebuilding the modulation bases not only for pluralism structured but for all health systems is present to estimate better conditions in the SGSSS, whatever that is estimated. To explain the modulation as the cross-cutting health systems framework by taking into account the macro and

meso parameters that it requires can help revitalize the SGSSS System State. The main finding is the ability to provision that can bring the modulation if it is known by all stakeholders in the system. In conclusion, modulation estimated from different models can give foundation and overcoming of the legal revisionism in which SGSSS end up.

Key words: Health administration, health economics, health planning, public health policies, health systems. (Source: Decs Bireme).

Introducción

La modulación ha estado circunscripta al análisis jurídico y legal que de cierta manera le ha restado capacidad de impacto y de transferencia de conocimiento como al respecto han sustentado Londoño y Frenk en la postulación del pluralismo estructurado como modelo de SGSSS. El interés, es precisamente evidenciar la capacidad que tiene la modulación para perfilar a los sistemas generales, y cómo a través del mismo, puede avanzarse en la consecución de sistemas más que dispares complementarios a la hora de identificarlos.

En un orden lógico dentro del análisis de los sistemas, es común que un elemento termine por explicar la composición del resto del sistema al cual obedece, hallazgo y patrón que ha sido relevado por los autores del pluralismo. Para este caso, la intención es mostrar conforme a los elementos encontrados con cada paso de la investigación, que ambos bajo evidencia, han puesto a consideración la validez de la modulación como marco transversal de los sistemas, y que para el efecto es importante la revisión de cada variable de la misma.

La validez de la modulación está sujeta a los grados de eficiencia que tras de ella pueden ser alcanzadas por cuenta de los SGSSS. Llegar a evidenciar cada uno de los impactos que al respecto puedan sustraerse con respecto a ellos sirve de aliciente para construir o perfilar en el camino más que el marco de otros sistemas, la complementación de distintas referencias y variables que pueden servir para ilustrar una senda propicia para un sistema eficiente con el

que puedan ser atendidas todas las discrepancias y propuestas a lugar.

La modulación se explica por sí misma, pero igual recompone la estructura de cada uno de los componentes de los SGSSS, empero, para lograr un estado de complementariedad y eficiencia, es importante determinar los estados de complementariedad y correlación que surgen en cada estado de medición y valoración sobre la que está expuesto dicho parámetro como indicador, en tanto pluralismo, y ahora, como medidor de cualquier sistema sobre los que puede representar diversos intereses sobre los propósitos que pretende refrendar.

El artículo que se presenta está constituido por los siguientes elementos de análisis. En primera instancia, de un análisis de parámetros y variables que constituyen a la modulación y los fundamentos que la acompañan en el pluralismo. En segunda, de una estimación y definición de los parámetros fundamentales a los que está expuesto, para sustentarse como explicación de los otros sistemas, y en tercera instancia, de un marco de revisión sobre el asidero e impacto sobre los SGSSS y el marco de un estándar general.

1. Descripción transversal de la modulación en el SGSSS dentro del pluralismo estructurado en Colombia

El sistema de salud en Colombia continúa siendo una rueda suelta para aquellos que pretenden vía reforma constitucional o jurídica acabar con las dificultades presentadas para abordar los escenarios de calidad, cobertura, financieridad, prestación y servicio, que no

lograron unos mínimos estándares comparables internacionalmente. A su vez, para el agregado del país que no comprende el porqué de las reformas en medio de un sostenido crecimiento económico y unas expectativas de vida mucho más amplias.

La regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, de manera similar a como lo plantea la OMS, es una de las funciones vitales y, más aún, para el modelo de mercado adoptado en la reforma; constituye el elemento indispensable de engranaje de todos los agentes para evitar los efectos nocivos característicos de los mercados de salud, pues éste permea todas las esferas de intercambio: el aseguramiento, la provisión de servicios y el financiamiento. Los problemas más comunes que tiene el desempeño de la función de rectoría (de la cual nos referimos a la regulación como uno de sus componentes) identificados por la OMS: visión de corto plazo, captura de intereses, falta de información, tienen su raíz desde el propio diseño estructural de las entidades reguladoras, lo cual puede verse en el caso colombiano donde la estructura del Ministerio de Salud, del CNSSS y la Superintendencia presentan características que propician tales conflictos entre lo planeado y lo efectivamente realizado.¹

La evaluación del sistema ha sido presentada desde el análisis laboral y los ingresos para que sea sostenible, puntos que aunque relevantes, son consecuencia de un concepto mucho más amplio en materia de estructura, justificado en la posibilidad que el sistema no sólo cuenta con oferta de usuarios abundantes o capacidad de captura de ingresos, sino que disponga de capacidades institucionales y de coherencia sistémica, para que el SGSSS sea viable para todos, y no para unos pocos.

Por una parte, los sistemas pueden limitar o reducir la demanda a través de medidas de prevención, copagos y un sistema de referencias y contra referencias bien establecido. Por otra parte, tenemos otro enfoque basado en las ofertas, en el cual existe la posibilidad de definir un límite del número de prestadores (médicos, camas hospitalarias, etc.).²

Una de las prioridades de toda economía es buscar equilibrios intersectoriales en todos los frentes, sobre todo, en los de mayor sensibilidad política y social como al que se hace mención. En el sector salud, la heterogeneidad implica considerar dicho aspecto. En este caso, se ha tratado de mostrar la complejidad del sistema pero elevada a su financieridad y sostenibilidad, descuidando con ello la operatividad institucional, la articulación entre los actores que participen en ella, y el avistamiento de cómo opera todo el sistema de manera plena.

En términos de la dinámica de los procesos, cabe destacar que en sus orígenes las reformas del sector de la salud se vieron muy condicionadas por los procesos de reforma del Estado, el predominio de las consideraciones puramente financieras y la escasa influencia de los ministerios de salud en su diseño.³

La alteración presentada en los sistemas de salud emerge por cuenta del desajuste que presentan los sectores laborales y pensionales, que correlacionados de manera directa, influyen para que las controversias y dificultades presentadas en la salud deban explicarse igualmente en atención a lo que acontezca en los otros sistemas. El sistema de salud de manera recíproca debe acomodarse a las alteridades presentadas en los dos primeros, espacios que no le permiten a éste tener una óptima o plena acomodación, por su papel de receptor, a pesar del talante institucional que abriga.

De acuerdo con las presentaciones de los expertos invitados, con el diseño institucional actual ha proliferado un sinnúmero de actores e instituciones que han incrementado los canales de comunicación, de administración de recursos, de prestación y de aseguramiento en salud. Es necesario simplificar el número de actores involucrados en el sistema y pensar en las lecciones que arroja el sistema de salud chileno: unos prestadores públicos (no por la naturaleza fiscal, sino porque todos pueden acceder a él) y unos prestadores privados que aseguren a la población que tenga mayor capacidad de pago.⁴

El pluralismo estructurado planteado reitera el papel relevante que han cumplido cada uno de los sistemas de salud que han sido puestos en vigencia con cargo a la discrecionalidad económica del momento. Sin embargo, estos autores plantean que las condiciones sintomáticas del tema no pueden ser tratadas solo desde adentro, también es crucial que se consideren los aspectos que por fuera de éste hacen que el sistema pierda fuerza o no pueda recomponerse fácilmente, para atender las razones para las cuales fue creado.

La sentencia T-760 de 2008 emanada de la Corte Constitucional, obliga al Estado a unificar la provisión de servicios de salud a través de todas las capas sociales. Estamos pues, al momento de escribir el presente artículo, ad portas de un segundo intento de resolución de esta crisis. En tal contexto, gobierno, sectores académicos y diversos gremios –de profesionales, prestadores y usuarios– intentan elaborar fórmulas que llevarán a la contención, paliación o solución de este innegable problema. Para alimentar el debate desde nuestro punto de vista, haremos un examen al proceso de desarrollo y al contexto de nuestro sistema de salud, hasta llegar a nuestros días.⁵

El sistema de salud amparado en las directrices del pluralismo estructurado, implica necesariamente la complementación con el resto de elementos que lo componen, en tanto, la articulación, la financieridad, la modulación y prestación, en el que están expuestas variables cuantitativas como cualitativas que responden para que el sistema en general sea viable, a su vez, que permita la acomodación del sistema ante propuestas de orden horizontal y/o vertical o una estrategia mixta sobre la cual, no necesariamente se pierda de vista la correspondencia que debe prevalecer entre ellos.

De acuerdo con las lecturas de los temas del contexto antes señalado, hay dos bases doctrinarias diferentes para abordar la reforma de los sistemas de salud y así concebir los procesos de cambio de éstos: i) replantear la organización y el financiamiento de las instituciones de salud, con un exagerado énfasis en que las instituciones tienen que ser más eficientes, que tienen que reducir el gasto en salud y, ii) replantear la producción social de la salud, donde el peso de los servicios del sector es importante para mejorar el estado de salud de la población, pero no es necesariamente lo esencial. En la producción social de la salud lo más importante es el bienestar social y el acceso a los beneficios del desarrollo humano.⁶

El claro interés de todos los sectores relacionados con el sistema de salud para que este salga adelante, plantea la necesidad de contar con herramientas de trabajo, tras las que pueda no sólo ser escenificada la dinámica del sistema de salud pluralista estructurado, para que en la medida de las circunstancias que aparecen en cada uno de sus elementos, pueda igualmente, convertir dicho proceso en razones lógicas para comprender las alteridades o salvedades que presenta el sistema, sobre las cuales, debe prevalecer la capacidad racional para establecer los argumentos y criterios de

trabajo para analizar las situaciones específicas, pero igualmente las generales, debido a la reciprocidad que se esperaba de ellos entre sí.

La última reforma a la salud en Colombia implantada en los años noventa, no logró superar las crónicas inequidades y exclusiones del Sistema de salud colombiano. Concluido en la actualidad el periodo de transición, la universalidad en el aseguramiento y la homologación de los planes de beneficios, son promesas incumplidas, e imposibles de concretar en medio de políticas de ajuste, de mercantilización de los servicios de salud, y de profundización de las políticas sociales de corte neoliberal.⁷

La carrera jurídica impulsada por el gobierno para disipar los temores de la inviabilidad del sistema de seguridad, en las que la seguridad social y de salud, ocupan las primeras páginas de información de los medios, aún no hacen parte de una formulación amplia y seria, que al respecto responda con claridad a lo expuesto desde los dos esquemas. No obstante, ha tomado partida una generalizada prevención frente a la capacidad de respuesta de los sistemas y la proyección que tienen para visibilizarlos como hechos reales de las empresas que prestan dichos servicios y de la confiabilidad de todo el sistema para que éste sea eficiente.

2. Identificación comportamental de la modulación frente al SGSSS atomizado en Colombia

La modulación para el pluralismo estructurado representa la capacidad plena que tiene el SGSSS para responder por las demás variables; aunque tienen su propia explicación, el modelo trata de afianzar su eficiencia a través de la misma interacción como la modulación, toda vez que ésta última se presta como fundamentación y guía para que todo el sistema responda ante las exigencias que cubren al SGSS. En esencia, la idea consiste, además de establecer el enlace

entre ellas, la capacidad de la modulación para enarbolar al sistema las condiciones para dirigirlo plenamente, aún en presencia de actores y agentes económicos. Es una forma de institucionalizar, más no estatizar el sistema de salud en Colombia.

El ejercicio de la función de modulación se basa en la conducción sectorial basada en la capacidad del ente rector de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles; de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulan los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector; del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.⁸

La modulación constituida como el marco de condiciones y de reglas sobre las cuales debe ser amparado el sistema de salud, despliega una serie de argumentos y aspectos bajo los cuales se propone la idea de que cada uno de los actores debe comportarse como agente institucional del sistema de salud. Es decir, no sólo es la naturaleza del bien que se ofrece, sino el estado de elevación de la capacidad de gestión, más no reglamentación, para que la meta de cumplir las actividades para las cuales fueron constituidas o establecidas cumplan los propósitos esperados. La salud es un derecho constitucional, y como tal obedece al orden legal pero también institucional por cuenta de los agentes y actores que deben anteponer sus intereses para prestarla de manera efectiva.

El desequilibrio de poderes entre actores dentro del SGSSS, el alejado rol de los actores corporativos como agentes importantes en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la función rectora de los actores

decisores inclinada hacia la modulación de servicios y la pérdida de participación de las entidades formadoras del recurso humano en salud, revelan que el sistema sanitario colombiano es un escenario en donde actores sociales de todo tipo compiten por el beneficio social de la salud.⁹

En el caso de la modulación la estructura de las sub-funciones a las que corresponde son mucho más aprehensivas y denotativas de lo que en principio pudiera considerarse como tal. En este sentido, la modulación responde a las sub-funciones dirigidas al desarrollo del sistema, la coordinación del sistema, el diseño financiero, la regulación propiamente dicha y la protección al consumidor. A primera vista la modulación responde por el resto de funciones del pluralismo estructurado, y de paso plantea de manera puntual la sub-función útil para cada función. El carácter o definición de las actividades o funciones, no implica desconocer la base legal e institucional del sistema

En otras palabras, se cuestiona la provisión directa de servicios de salud por el Estado (ya que se la considera impropia e ineficiente) y se propone “aliviarlo” a través de la reestructuración del *mix* público y privado y de la separación de las funciones de financiamiento y provisión. Son definidas entonces “nuevas” funciones: “modulación” y “articulación”. La función de “modulación” es enfatizada como la responsabilidad pública esencial de la autoridad gubernamental. Se afirma explícitamente que el desgaste provocado por el involucramiento del Estado en la operatoria de los servicios de atención médica es extremadamente debilitador de la autoridad gubernamental, cuya energía debería ser canalizada hacia el direccionamiento estratégico de manera *catalizadora*, es decir, para movilizar la sociedad en torno de la construcción del consenso necesario a

la implementación de la reforma y del monitoreo de su implementación. En ese sentido la “modulación” se diferenciaría de la regulación tradicional.¹⁰

La modulación también está expuesta a riesgos por cuenta de la asimilación que cada uno de los agentes hace sobre ella, sobre la cual, el exagerado marco de maniobrabilidad al que puede llegarse a través de ella más que ampliar la hoja de ruta para los agentes, lo que hace es acortar la capacidad funcional y operativa de los mismos, circunstancia que directamente conduce a un elevamiento de los costos y los precios de los sistemas de salud más por el corte de reglamentar, puesto que el mismo proceso de reglar que es el necesario, no se acomete como debería ser. En este sentido, la economía de la información en salud juega un papel crucial para hacer entender la mecánica del sistema a cada agente, en tanto, cada uno podría presentar sus animadversiones frente a la definición del mismo en cuanto a desajustes o riesgos que deben asumirse de manera multisectorial en el sistema.

El desarrollo de un sistema de gestión de riesgos dentro del sector salud requiere una mirada integral, que involucre a los prestadores, no solo desde el punto de vista de riesgos compartidos entre EPS e IPS, sino también en el diseño de un sistema de administración de riesgos dirigido a estos últimos y controlado por el ente regulador; de manera que se desarrolle el esquema de modulación en salud y que permita el cierre de brechas por parte del prestador al gestionar sus propios riesgos: riesgos financieros, riesgos operativos, riesgos estratégicos, etc. Dentro de los riesgos compartidos, es importante identificar los de mayor impacto para los pacientes y los de mayor costo para la compañía, de manera que la gestión minimice el riesgo y mejore la calidad en la atención. El sistema tiene tres

pilares fundamentales en la identificación de los riesgos, los cuales se integran entre sí; estos pilares son: riesgos en salud, riesgos operativos y riesgos generales del negocio.¹¹

Si se afirma de otro lado que, la fundamentación es cualitativa y que para ello el cúmulo de referencias enmarcadas en conmutaciones legales o dispersiones legislativas sirven igualmente de fondo para rastrear el proceso, la dificultad para el alcance o determinación de la modulación depende de la evaluación gradual que se hace de los parámetros legales para resolver temas que sí bien se expresan de manera cualitativa como calidad y eficiencia en términos de la referencia obliga necesariamente a estimar que se trata de hechos cuantitativos, que pueden ser persuadidos por los cualitativos, pero terminan siendo puntos discontinuos y vagos de análisis.

La técnica de la modulación de sentencias es utilizada en el continente europeo por lo menos desde el año de 1925, sin embargo la primera noticia que se tiene del uso de esta técnica data del siglo XIX por parte de la Corte Suprema de Estados Unidos, lo cual nos comprueba que su uso no depende de la existencia de un determinado tipo de control constitucional (concentrado o difuso) o de la creación de un Tribunal Constitucional independiente del poder judicial.¹²

La misma modulación tiene dificultades a la hora de compaginarse como ejercicio para los diversos actores que participan o pretenden involucrarse en la puja por el sistema de salud. Es claro que se presenta una captura de la legislación y de las políticas públicas por parte de ellos tanto desde la perspectiva horizontal como vertical, presentándose entonces una especie de comportamiento oligopólico en cuanto al mercado que desvanece el sentido de competencia establecido en el pluralismo.

“En la organización del rol de los diferentes actores, la reforma dispuso una nueva especialización por funciones. El Estado se concentra en la movilización de recursos de financiamiento público para el sistema, en su modulación y en el control”.¹³

Y ni qué decir con la ausencia de elementos monopsonios o de dirección que el consumidor pueda dar al tema, dejando sin lugar a dudas, la modulación a un ejercicio más que de contraprestación de servicios como así reiterado a un juego de ineficiencia jurídica, en donde el estado de las leyes creadas para el sistema genera más costos de transacción que elevan los costos y atomizan al mismo provocando un distanciamiento con los usuarios con respecto a la prestación, brecha que eventualmente se trata de cerrar con financiación sin modulación. Es evidente, que la presencia de grupos de interés y presión (agencias), para que el sistema tenga una estructura particular, hace parte de las dimensiones que debe atender igualmente el sistema en mención, y los otros igualmente planteados.

A partir de la orientación de la teoría de la agencia, se propone que las reformas deben desglosar las diferentes funciones a ser desarrolladas en cada sector de las actividades públicas, de tal forma que se pueda identificar, entre los diferentes agentes involucrados, cuál es el más indicado para ejercer cada función. Funciones como la formulación de la política o la modulación del sistema, el financiamiento, la regulación y la provisión de servicios pasan a ser diferenciadas en los procesos de reforma.¹⁴

La modulación debe estrechar aún más el vínculo con la financiación y prestación variables que se han contemplado para el estereotipo erróneo de la cuantificación de los servicios o evaluación económica financiera del sistema de salud. Si esto fuese así, los involucrados dentro del sistema, deben estimar también la conveniencia

de que ambas variables presenten elementos graduales que impulsen dentro de sí el estado de cosas para que se preserve la modulación. Ésta es integrativa, y por ende de no contemplarse así el comportamiento con las demás funciones la modulación como epicentro no tiene balance dentro del sistema y poco dentro de sí misma.

3. Estimadores sistemáticos de la modulación como marco de referencia para la evaluación de sistemas complejos en seguridad social en salud

El pluralismo estructurado en función de la modulación pretende convertirse en una fórmula importante para la evaluación de los SGSSS en América Latina, en donde conviven cuatro sistemas más. Para la comprensión del análisis aquí desarrollado, en términos generales, los sistemas de salud se encuentran constituidos por cuatro componentes que para el efecto pueden constituir la base del análisis de los sistemas, siendo estos, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, componentes y sistemas que son ofrecidos desde diferentes propuestas por el sector privado y público, sobre la base de las funciones de la modulación (Mo), financiación (Fc), articulación (At) y prestación (Ps) a saber. (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Grado de fragmentación y estructuración del pluralismo en salud en países que han realizado reformas estructurales y parciales de salud (2005)

País	Tipos de sistema
Argentina	Pluralista con baja estructuración
Brasil	Pluralista con el sector público estructurado
Chile	Pluralista con alta estructuración
Colombia	Pluralista con alta estructuración
Costa Rica	Integrado
Panamá	Integrado
República Dominicana	Pluralista con baja estructuración

Fuente: Las reformas incompletas de salud en América latina: algunos elementos de su economía política.¹⁵

La explicación del sistema, es una tarea pendiente por los hacedores de política macroeconómica y sectorial en materia de salud. Para el efecto, la discusión continua en lo benéfico o perjudicial de uno u otro sistema, pero en realidad, no hay un avance en cuanto a la probabilidad de manejar propuestas escalares o simultáneas, para que más que atender a una prioridad tecnocrática, las ventajas y desventajas de los sistemas entre sí, más que proveer un híbrido, permitan alternar para el sistema un componente de dinámica y movilidad que aún no tiene, y que conforme al acogimiento de uno u otro sistema por encima de otros, termina mostrando su poca capacidad de adaptación.

El pluralismo estructurado (P.E.) en general, se explica como función de modulación (Mo) sobre la base de los propósitos que lo componen. Parte de los análisis de la Población (Po) y las Instituciones (In) como macro variables del modelo, los cuales son estimados como elementos que generan retos para la entrada y puesta en marcha del mismo. En la variable Po se tienen en cuenta tanto los parámetros de desigualdad social como económica a la hora de evaluar la población e In, representan a todas aquellas organizaciones que directa e indirectamente inciden en el comportamiento del sistema, como se representa a continuación de manera concreta, a partir de la comprensión de índices, indicadores y variables básicas para conocer de qué se trata el sistema analizado:

P.E. = f (Mo) = (Po; In) = SGSSS: Sistema de Salud y Seguridad Social desde el Pluralismo Estructurado para Colombia. Para el efecto de los retos cómo se consideran a ambas macro variables, las expectativas se trazan en poder analizar los parámetros a los cuales se adscriben ambas. En primer lugar, con respecto al Po establecido en el marco de las enfermedades y el entorno, para lo cual ellas juegan un papel crucial y las instituciones con respecto al

acceso y la financiación. Al asumir el P.E., el papel de modulador de sí mismo y del resto de sistemas, se hace necesario determinar los parámetros y variables a los que está expuesta la modulación como función del sistema y variable correlacionada del mismo sistema a saber:

$$M_o = \beta_0 \pm \beta_1 A_t \pm \beta_2 F_c - \beta_3 P_s + \sigma$$

β_0 = Es el dato de correlación a estimar que existe entre la modulación propiamente dicha y el modelo estructurado, en las que igualmente se tienen presente las sub-funciones de protección, coordinación, financiación, diseño y prestación.

β_1 = Es el dato que identifica relación que existe entre la modulación como función y la función de articulación del modelo, en donde ambas deben ser estimadas, asumiendo como variable independiente la A_t . En el que se tiene presente la administración entre el prestador y las organizaciones, y la administración entre la financiación y la población.

β_2 = Dato que identifica la relación existente entre la modulación como función y la función de financiación, teniendo como variable independiente a la F_c .

β_3 = Dato que identifica la relación existente entre la modulación como función y la función de Prestación, teniendo como variable independiente a la P_s .

σ = Representa el cúmulo de estimaciones conocidas y/o desconocidas que pueden afectar de forma negativa o positiva a la M_o .

Para el caso de las variables independientes se considera que estas se comportan de la siguiente manera:

$$A_t = \frac{F_c}{P_s} = M_o; A_t = \frac{M_o}{P_s} = F_c$$

En donde $M_o A_t = F_c P_s$, cuyo resultado se espera que,

$$M_o = \frac{F_c P_s}{A_t} = 1,$$

sobre las cuales tanto la F_c como la P_s terminan absorbiendo a la A_t de manera implícita en el corto plazo y explícita en el largo plazo, aspectos sobre la cual M_o entra a direccionar el comportamiento de dichas variables, en el que el tema de reglamentación se convierte en un instrumento de trabajo a través de los decretos y en el largo plazo el reglar pasa a ser un asunto propio del cambio legislativo y de los altibajos propios de las circunstancias estructurales.

En cuanto a la F_c , se reconoce en términos generales el origen y representación de los sectores privados y públicos que desembolsan recursos para que el sistema funcione. En este sentido, y para efectos de análisis el tema de la F_c sólo alcanza a mediar en cuanto a la sostenibilidad y vulnerabilidad del sistema. La financiación presenta el punto de quiebre para todos los sectores, sobre los que recae no solo una cuota de responsabilidad sino una alícuota (copagos o cuota moderadora) con la cual básicamente se pretende sufragar los servicios administrativos en salud, pero sobre la cual, no hay un trabajo de optimización que identifique lo que representa en términos de los recursos que entran de manera individual y en general para subsanar el servicio, aún sin prestarse. En este sentido, el presenta un desbalance financiero y peor aún no reconoce la calidad y condiciones de las fuentes de ingresos, hecho que afecta totalmente a cualquier sistema, y que es común en términos generales.

$$\text{Así, la } F_c = \frac{P_a}{I_s} = \frac{C_s}{V_s} = M_o = 1$$

Dato que de llegar a cumplirse podría considerarse como base para alcanzar la M_o , que aun así no es fácil que se logre.

Es decir, la F_c depende de la relación entre los pagos al sistema (P_a) y los ingresos que efectivamente recibe este (I_s), a su vez que está sujeto a la relación de costos del sistema (C_s) por el valor del mercado de cada usuario de manera marginal o en su defecto del Valor Total que el Sistema reporta con cada ingreso en términos de la funcionalidad del sistema, escenario en donde cabe la financieridad que en el tiempo se espera que exija el sistema y que en la mayoría de los casos supera la relación población con la institucional. Es decir, que se presentan otros fenómenos que generan circunstancias que inciden fuertemente en la dirección del sistema.

En cuanto a la modulación de la F_c , no es extraño entonces que los Estados procuren por elevar la variable al nivel de sistema cuando se trata de evidenciar los vacíos que sobre ella se desprende. Por ello, el Estado recurre permanentemente a solventar los faltantes o requerimientos de esta variable acusando la necesidad de plantear una reforma o un reordenamiento de las reglas de juego para que haya tránsito, sin claridad real, para que el sistema tome algún tipo de aliento que no es evidente, por cuanto terminan siendo medidas paliativas de momento, que incluso restan en el tiempo maniobrabilidad de la M_o en este rango de la F_c .

Entonces, la relación M_o y F_c tiende a ser sustituida por variables vinculadas al orden legal que sólo perfilan las condiciones del momento pero no animan mucho el debate para congregar la capacidad de resultados de las dos mencionadas.

La P_s directamente involucra la forma cómo los diferentes actores del sistema atienden los requerimientos que se hacen para que estos sean efectivos. Bajo esta rúbrica es claro que se presentan tres tipos de consideraciones. Una relacionada con las restricciones que pueden tener los actores para desarrollar actividades

dentro de la cadena y por el otro lado el tema de los incentivos que juega como atenuante ante el primer punto. Y en últimas el grado de coherencia entre las prescripciones estimadas como ejercicios de prestación y lo que realmente se da bajo cada sistema.

En cuanto a las restricciones la P_s contiene escenarios ambivalentes, dependiendo claro está del sistema. En este sentido, las partes se aprestan conforme a la denominación del sistema respondiendo al carácter de contrato, público, pluralista, privatizado o segmentado.

De cierta manera los actores tratan de capturar para sí las diferentes ofertas que tienen los diferentes sistemas, sin embargo, las condiciones de cómo éste es prestado no son claras por lo menos en cuanto al cúmulo de órdenes, reglamentaciones y reglas que cubren dicha interacción. Precisamente uno de los grandes problemas de la P_s es la poco evidente reciprocidad entre los actores.

Los incentivos son establecidos en sistemas mucho más abiertos y a medida que se amplía la oferta de actores e instituciones haciendo parte del mismo. En este punto, la captura del sistema como tal no es visible por cuanto el acceso depende de las condiciones económicas del sistema y del acceso que tiene sobre el mismo el paciente o usuario, convirtiéndose en un proceso de captura del sistema por parte de quien termina entendiendo su dinámica y movilidad. Lo cual implica que no necesariamente quien desembolsa más recursos o está dispuesto a ofrecer mayores requerimientos tendría la mayor capacidad y oferta del sistema. Inclusive en este sentido, es más común la presencia de free-riders (polizones), a costa de todo el sistema y marginalmente de quienes aportan más, y estos últimos posiblemente pasarían a estar por fuera del sistema como tal como una especie de outsiders.

En el último escaño se encuentra el tema de la correspondencia entre los distintos actores, en el que juega en demasía las dificultades para que desde las distintas posiciones se encuentre en grado sumo un punto de equilibrio y satisfacción por cuenta de los alcances, claridad y logros que por cuenta de la interacción de los actores pudiese establecerse.

En este caso, las problemáticas estructurales que presenta el sistema son el principal detonante para determinar que la vinculación entre las partes tiene dificultades y que estas adquieren un carácter mucho más ahincado; la situación pone en riesgo la coherencia y fiabilidad sobre el sistema.

En esta dirección, la Ps podría entenderse bajo algunas de las siguientes explicaciones, parámetro sobre el cual si se llegara a contemplar un dato a escala 1 Tc Os o cercano éste, implicaría que la Ps alcanza niveles de Mo, aunque en este nivel es más complicado llegar allí sobre los elementos explicados.

$$Ps = \frac{Rs}{Tc} = \frac{Ic}{Os} = Mo$$

En donde Rs, identifica las restricciones del sistema que a su vez convierten a la Ps en una variable de rezago más aún cuando es medida con respecto al Tipo de Contrato Tc suscrito entre los actores del sistema.

Ambas variables unidas implican una agrupación, escenario que compatibiliza con la segmentación que de cierta manera estima el pluralismo, que no necesariamente raya con la postura de que todos ingresen al sistema como tal. En este sentido, los incentivos del sistema Ic juegan un papel crucial por cuanto distancian o no la relación de los actores entre sí con respecto a la capacidad y condiciones que está dispuesto a ofrecer el sistema como tal, dependiendo

de la lejanía entre estas dos variables puede superarse el tema del rezago en gran medida pero no completamente.

Finalmente, el Mo confrontado con el Pluralismo Estructurado se construye en la medida en que pueda extenderse la capacidad de acceso del Mo en los diferentes parámetros contemplados con antelación. En este sentido, pese a que es un parámetro determinístico, no significa que se pretenda evidenciar en su totalidad que el modelo es exclusivamente de modulación. No obstante, la posibilidad de poder estimar dichos elementos con respecto a las variables y parámetros identificados, puede fortalecer los estados de estudios hechos hasta el momento sobre el Pluralismo y, su particular capacidad de comportarse por sí mismo como mecanismo de modulación para los otros sistemas, como a bien indican Londoño y Frenk.

La investigación planteada sobre la modulación por encima del pluralismo estructurado conlleva a analizar el papel que cumple este último en calidad de modulador de los demás sistemas de salud.

En ningún caso, por parte de la modulación como componente ni el pluralismo como modulador, se indica la ineffectividad de los otros modelos, pero sí la posibilidad de que sirva de balance para mejoramiento, la posibilidad de que se involucren aspectos vinculados en las otras perspectivas.

El recorrido realizado para apreciar los elementos que revisten a la modulación a la par con el pluralismo consistió, en contemplar aspectos planteados a favor y en contra en cuanto a la capacidad de integración e impacto de la modulación en particular con el resto de funciones y sobre el grado de interacción con las sub-funciones contenidas en ellas. En este sentido, se conservó la idea de corroborar el alcance de la modulación para orden al mismo

sistema pluralista estructurado y las demás variables que acompañan al modelo en general.

La oportunidad que tiene el Pluralismo estructurado de actuar como modulador del resto de los sistemas de salud, depende entre otras, de la capacidad que tiene para hacer suyas las ventajas creadas en los otros sistemas, y resolver con ello, la cuestión que no es evidente en cuanto a la modulación, como es la vinculación con la financiación y la prestación. Si bien de manera unilateral es claro hacia dónde tienden ambas, cuando se trata de mediarlas con la modulación, la denominación de dato pierde rigor, requiriendo para ello, la necesidad de estimar bajo variables de triangulación, cualitativas y cuantitativas, que son comunes cuando no hay información clara.

En cuanto a la posibilidad de elevar a datos estadísticos no paramétricos, ya sea por conglomerados o grupos, la información existente para materializar la modulación en tanto orden cualitativo y cuantitativo, requiere de una revisión profunda sobre la medición que obviamente debe tener el modelo, pero del cual carece, más por desinformación o poca ilustración cuantitativa del tema, que en nada puede apreciarse como una ausencia de datos, porque si se habla de sistema cualquiera sea su denominación, la ausencia de datos es una contradicción.

Referencias

1. Velandia D, Restrepo J, Rodríguez S. Grupo Economía de la Salud, Universidad de Antioquia. Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformación, funcionamiento y responsabilidades. 2002: 1-25.
2. Hohmann J. editor. Universalidad en Solidaridad: Protección social y el financiamiento de la salud en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Red sectorial Salud + Protección Social en América Latina. Taller; junio 2-6 de 2001.
3. Infante A, De La Mata I, López D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health 2000;8(1/2):13-20.
4. Tobón S. Relatoría del foro “¿Para dónde va el sistema de salud en Colombia?” Un análisis al sistema de salud en Colombia. Revista Soluciones de Postgrado EIA. 2009;4:7-18.
5. Grupo de Salud. Nuestro sistema de salud: Anatomía de una malformación congénita incorregible en Salud. Centro de Estudios del Trabajo. Deslinde 2010;47:22-35.
6. Granados R. La reforma de los sistemas de salud: Tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe. Versión escrita de la conferencia presentada en el 2º semestre de 2002 en el ciclo de conferencias Economía, política social y salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2002:1-46.
7. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Documento preparado para el panel “Panorama de la salud pública en Colombia”, realizado el 9 de marzo de 2002, en la Universidad Nacional de Colombia, y en el marco de la Cátedra Manuel Ancízar. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2002:76-94.
8. Echeverri C. Del pluralismo estructurado hacia la protección social. Gerencia y Políticas de Salud. 2003;2(5):107-116.
9. Molina G, Cabrera G. editores. Políticas públicas en Salud: Aproximación a un análisis. , 1ª ed. Medellín; 2008.
10. Almeida C. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos médico sociales. 2000;79:27-58.
11. Álzate M, Angulo S, Segura A, Trujillo A. Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia CES Medicina. 2010;24(1):19-35
12. Escobar M. La modulación de sentencias. Una antigua práctica europea. Universitas. 2006; 112:91-110.

13. Londoño J. editor. Eras en la protección social latinoamericana. Seminario “La Teoría del Desarrollo en los albores del siglo XXI”; 2001 Agosto 29; Santiago de Chile. Chile.
14. Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina. En: Diseño y gerencia de políticas y programas sociales INDES. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), editor. Washington DC: IDB Bookstore; 2002:1- 35.
15. Cezar André. Las reformas incompletas de salud en América latina: algunos elementos de su economía política. Bienestar y política social. Vol.2(1):20071-26