

# **El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia<sup>1</sup>**

*Londoño & Frenk's Structured Pluralism Regarding the Articulation and Modulation of the General System of Social Security in Health (SGSSS) in Colombia*

*O pluralismo estruturado de Londoño e Frenk perante a articulação e modulação do Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) na Colômbia.*

**Jahir Alexander Gutiérrez Ossa**

Universidad CES, Medellín-Colombia y Universidad del Rosario, Bogotá-Colombia  
algutierrez@ces.edu.co

**Rubén Dario Restrepo Avendaño**

Universidad CES, Medellín-Colombia  
rrestrepo@ces.edu.co

**Recibido:** 04.02.12

**Aprobado:** 10.10.12

---

1 Este artículo es producto de la investigación "Pluralismo estructurado en el sistema de salud colombiano", realizada entre julio de 2011 y febrero de 2012 por el Grupo de Investigación en Perdurabilidad Empresarial (GIPE) de la Universidad del Rosario, categoría A1 en Colciencias, y por los grupos de investigación Protección Social, de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, y Gestión Empresarial, de la Facultad de Administración de Empresas de la misma universidad, ambos reconocidos por Colciencias.

## **Resumen**

El propósito de este artículo de reflexión consiste en demostrar la trascendencia del pluralismo estructurado -modelo propuesto por Londoño y Frenk (1997)- para el caso colombiano. El panorama de la discusión en materia de sistemas de salud ha cumplido un papel meramente comparativo, que ha planteado pocos fundamentos para promover acciones que permitan superar las problemáticas estructurales que se presentan en los sistemas de salud en cuanto a financiación y prestación de los servicios. La metodología abordada desde el método exploratorio y descriptivo responde a los planteamientos presentados por los autores del modelo, para demostrar el papel de base que cumplen las funciones de articulación y modulación en cualquier sistema de salud.

**Palabras clave:** Mercados de Asistencia Sanitaria, Articulación y Modulación, Formación de Redes, Producción Sanitaria, Salud, Sanidad Pública.

## **Abstract**

The purpose of this analytical article is to demonstrate the importance of structured pluralism -model suggested by Londoño and Frenk (1997)- for the case of Colombia. The debates on health systems have played a comparative role for the most part, offering few grounds to promote actions aimed at overcoming the structural problems of health systems in terms of finances and service provision. The methodology consisted on an exploratory and descriptive method in agreement with the proposals by the authors of the model, in order to demonstrate the fundamental role of articulation and modulation in any health system.

**Key words:** Healthcare Markets, Articulation and Modulation, Formation of Networks, Health Production, Health, Public Health.

## **Resumo**

O objetivo deste artigo é salientar novamente a importância do modelo do pluralismo estruturado proposto por Londoño e Frenk para o caso colombiano. O panorama da discussão sobre os sistemas de saúde tem desempenhado somente um papel comparativo, com poucos fundamentos para a proposição de ações encaminhadas a superar os problemas estruturais que ocorrem neles, em termos de financiamento e prestação. A partir do método exploratório e descritivo, o artigo responde às propostas apresentadas pelos autores do modelo, evidenciando o papel fundamental que cumprem a articulação e a modulação em qualquer sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Análise de Mercados de Assistência Sanitária, Articulação e Modulação, Formação de Redes, Produção Sanitária, Saúde Pública.

## **Introducción**

El presente artículo de reflexión, inscrito en la temática de asuntos académicos, entrega una revisión actualizada del pluralismo estructurado propuesto por Londoño y Frenk (1997), con la idea de promover el diálogo y la disposición para plantear la relevancia y pertinencia de implementarlo completamente en el país. En la medida en que se afiancen las cuatro funciones que rodean al modelo, en especial la articulación y la modulación, un sistema de salud como el colombiano podrá tener la posibilidad de mejorar sus capacidades y condiciones. El pluralismo, al igual que los otros modelos, considera relevante la sinergia entre articulación, financiación, modulación y prestación de servicios en los sistemas de salud, bajo una “justa medida”.

El modelo permite la evaluación y medición con los otros modelos o sistemas de salud, que hacen parte del marco de referencias que utiliza el pluralismo para explicar las condiciones que se deben estructurar en cada uno. En ningún caso se presenta como modelo preponderante; al contrario, tiene la fortaleza de caracterizar al resto de iniciativas, puesto que parte de sus fundamentos radica en tomar del sistema público unificado, del sistema privado atomizado, del de contratación pública y del segmentado los elementos que permiten hacer de ellos modelos igualmente ejemplarizantes a la hora de evaluar la dirección que se le pretende dar al pluralismo estructurado.

Es un modelo que de manera concreta indica las bondades de repensar los lineamientos y patrones que han direccionado los sistemas de salud, y que no necesariamente indica que puedan estar erráticos o equívocos conforme a la manera como es entendido el sistema de salud. En particular, el pluralismo determina dos macrovariables para explicar los elementos fundamentales que sirven para tener éxito en cuanto a los objetivos del sistema y cumplir con los principios de universalidad, equidad, derecho a la salud, entre otros: la estructura poblacional y la composición institucional. Ambas constituyen el punto de partida del pluralismo para que el sistema responda.

La propuesta de Londoño y Frenk plantea un marco de análisis supeditado a las dos variables macroeconómicas referidas, elementos que sirven para analizar el grado de asertividad de la modulación de manera transversal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, y de la superación del papel de ordenador jurídico para profundizar aún más en el resto de elementos que el pluralismo contiene. La modulación se presenta como un mecanismo que, si bien puede ser un elemento explicativo del sistema, no es suficiente si se estima solamente como un parámetro de enlace entre la articulación, la financiación y la prestación de servicios —parámetro en el que se ha basado, pero con el que ha tenido muy pocos avances.

El contenido pluralista radica precisamente en la posibilidad de que diferentes agentes y sujetos puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel, y lo estructurado responde a la necesidad de interacción de los actores para que el sistema cumpla los cometidos sobre los cuales está basado. Es una apuesta más abierta y consensuada que la de cualquier otro sistema, por lo que se propone para ellos como un modelo capaz de comportarse como función de modulación en sentido estricto. El pluralismo estructurado, marco de referencia para desarrollar

este artículo, estima la conveniencia de ordenar el sistema de salud para todos los actores en general y no para unos grupos o fines específicos.

Esta revisión del pluralismo estructurado busca resaltar aquellos elementos en los que los autores del modelo hacen más énfasis a la hora de analizar los sistemas de salud. En este sentido, en primer lugar se considera el marco de referencia que se ha utilizado para la reflexión sobre el pluralismo estructurado. En segunda instancia, se analiza la simbiosis que el modelo reconoce a la hora de concretarse y solventarse a través de los logros de los otros modelos, y finalmente se hace referencia a la necesidad de que las funciones de articulación y modulación sean valoradas para que este y otros sistemas tengan resultados positivos. Si bien el modelo destaca a la modulación, reconoce la trascendencia para que ambas funciones converjan de manera sistémica y sistemática.

## **1. Fundamentación y réplica del pluralismo estructurado desde la articulación de los sistemas de salud**

La intención de este apartado es analizar los aportes del pluralismo estructurado a la realidad del SGSSS en Colombia. Este análisis muestra la necesidad de identificar los elementos y las salvedades de dicho sistema. Sin embargo, los estudios sobre los sistemas de salud siguen siendo utilizados para cuestionar los vacíos de los mismos o la superposición de unos entre sí, sin más reparo que la dilación o el cambio hacia otro más prometedor, pero que no representa claramente el estado y los requerimientos del sistema de salud por su especial particularidad. En este sentido, Pérez y González explican:

En el caso colombiano de la reforma del sistema de salud, el cambio de modelo de planeación centralizada a competencia estructurada o pluralismo estructural se enfrenta al menos a dos grandes restricciones: la resistencia de los médicos al cambio, y los efectos que tienen las características de diseño del nuevo sistema sobre la transformación de subsidios de oferta a demanda (1998, 329).

En ningún momento el pluralismo se estima por encima de los otros sistemas; al contrario, se expone como un sistema que también tiene fallas. Hace las veces de función moduladora por encima de la modulación prescrita. Este modelo permite evidenciar las condiciones en que puede entenderse de manera sistemática y sistémica el SGSSS en Colombia, y parte de la necesidad de evaluar tanto el carácter poblacional como el institucional que rodea al sistema de salud (como variables macroeconómicas), para así considerar el contexto meso de los parámetros y las variables estructurales del pluralismo con la articulación, la financiación, la modulación y la prestación, vinculadas entre sí. Al respecto comenta Flórez (2010, 74):

Los sistemas de salud se pueden valorar desde el instrumental teórico provisto tanto por la macroeconomía como por la microeconomía. El primero es utilizado para evaluar el impacto de la salud en la población de una determinada área, en la producción agregada y en la calidad de vida, entre otras variables que impactan en el crecimiento y desarrollo económico de las sociedades. Por tal motivo, la macroeconomía justifica la oportunidad de la intervención estatal y de destinación de gasto público en el ámbito de la salud humana. El segundo instrumental se encarga de

estudiar la interacción de los agentes y la toma de decisiones de los mismos en un sector, un mercado, empresas, industrias o un conglomerado organizacional.

Establecer el pluralismo estructurado como el fundamento analítico para la revisión concreta de lo que pueda alcanzar el SGSSS en Colombia en medio de la crisis es lo que nos invita a recoger los aspectos importantes que constituyen la propuesta planteada por Londoño y Frenk, con el fin de que los modelos de seguridad social en salud planteados y las estimaciones consideradas al respecto permitan generar propuestas para que, con la articulación y la modulación, se puedan resarcir los daños y las fallas causadas al sistema de salud colombiano, que encuentra solo paliativos desde la consideración de otros sistemas, sin mediar en los aspectos positivos transversales que de allí se derivan. Rangel (2004, 17) señala:

El diseño institucional del sistema de salud colombiano se desarrolla en el marco de un modelo denominado “pluralismo estructurado”, que organiza a los agentes en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: regulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y la prestación de servicios. Esto se enmarca dentro de un modelo de competencia regulada, en el cual se regula la competencia entre las aseguradoras por afiliados, y entre los prestadores de servicios porque las aseguradoras los contraten.

La articulación busca estimular la interacción entre los diferentes actores del sistema para que, más allá de los requerimientos que cada uno tiene, se permita la solvencia entre ellos y los sujetos relacionados con el sistema, para los cuales, independientemente de la estructura horizontal o vertical en la que esté definida, todos puedan optimizar sus expectativas, con la incidencia e influencia de los demás actores. Esta es una especie de mecanismo de cooptación en el que la acción de las partes termina por impactar positivamente a los involucrados en las diferentes escalas estructurales del sistema de salud. Homedes y Ugalde (2005, 211) explican:

La Ley 100 de 1993 reformó el sistema de salud y apostó por el modelo de competencia regulada o pluralismo estructurado. Para evitar generar la inequidad producida por la reforma chilena, en Colombia se crearon un fondo de solidaridad y un plan obligatorio de servicios. El nuevo sistema se basa en el aseguramiento de toda la población mediante el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con dos regímenes: el contributivo y el subsidiado.

El paso por la articulación señalada, como una función nueva al interior del sistema, prioriza el estado de correspondencia que debe existir entre los diferentes actores. Para ello eleva las expectativas de los actores a la medida de las posibilidades del resto de los sujetos. La idea es que pueda definirse con certeza la capacidad que tienen para afianzar el sistema, más que las particularidades. Dicha función establece las condiciones para que se promueva el trabajo paritario y ponderado —escenario que debe mostrarse bajo evidencia y resultados concretos con respecto al mejoramiento del sistema de salud—. Almeida (2000, 42) afirma: “En cuanto a la *articulación*, es concebida como un *continuum* de actividades en el proceso de financiamiento y provisión de servicios. La primera etapa es la recaudación de recursos a través de agencias financieras y su acumulación en fondos”.

La articulación depende de los incentivos y las restricciones a los que está expuesto cada actor, no solo por las exigencias que el sistema determine, sino también por las prioridades y prerrogativas que al respecto tengan los sujetos. No obstante, se asume que es una función que debe poner a todos los actores en constante diálogo, por cuanto se busca que el sistema sea óptimo en términos generales y que a partir de dicha cualidad puedan constituirse las condiciones para mejorar la funcionalidad y la operatividad de cada sujeto. Sin embargo, para este escenario, la modulación juega en primer lugar y de manera transversal. Echeverri (2002, 91) considera que

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.

Es de suma importancia establecer los alcances y criterios que deben constituir las subfunciones con respecto a la capacidad que tiene cada actor y agente del sistema. La articulación está constituida por dos subfunciones, interpretadas como interfaces consolidadas: la interacción entre la población y los prestadores, y la articulación entre agencias financieras y prestadoras de servicios. Ambas generan sesgos a la hora de evaluar el escenario en que se desenvuelven frente al resto de las funciones, que también tienen sus consecuentes derivaciones. La subfunción de articulación entre poblaciones y prestadores consta de la administración del riesgo e insta a la revisión de lo que puede evaluarse como tal, porque, en suma, la valoración que hacen de cada uno de los actores no concuerda. Con respecto al acceso, la perspectiva de los actores que están en la oferta del sistema también dista de las expectativas que para los actores demandantes representa la accesibilidad y la representación, por cuanto los canales existentes entre ellos son creados bajo reglamentación Reina y otros (2010, 32) explican:

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.

En el caso de la articulación entre agencias financieras y prestadoras de servicios al interior de la función, se plantean una serie de participantes o interfaces que, en suma, no alcanzan a agregar un gradiente importante para que puedan disminuirse los costos relacionados con la manera como deben interactuar los diferentes agentes. Es sabido que mientras menos actores intervengan en la articulación, la valoración de esta última tiende a ser menos exigente, por lo que la cantidad se debe compensar por la posibilidad de que ocurra la articulación. Este es un elemento sensible del pluralismo, pues es en dichos actores en donde ha caído la administración del sistema como tal. Homedes y Ugalde (2005, 217) señalan:

Según el equipo actual que dirige la política de salud de México, se promueve que los Estados contraten en el sector privado servicios médicos cubiertos por el seguro popular y que los beneficiarios de ese seguro puedan acceder a los proveedores de salud que deseen, ya sean del sector privado, del público o de la seguridad social. Es decir, se está promoviendo el pluralismo estructurado o la competencia regulada de los servicios de salud.

En la misma dirección, la articulación, al igual que el resto de las funciones del pluralismo estructurado, expone los elementos que corresponden a la estructura de las otras funciones. Dicha circunstancia se debe analizar con cautela, para evitar reparos que puedan desatender la necesidad de que los actores del sistema aprecien los requerimientos del resto para bien del sistema y de las condiciones para que este pueda producir las bases y los fundamentos necesarios —tarea que corresponde a la modulación—. Escobar (2006, 92) analiza:

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 determinado tipo de control constitucional (concentrado o difuso) o de la creación de un Tribunal Constitucional independiente del poder judicial.

Para el pluralismo estructurado, la modulación representa la capacidad plena del SGSSS para responder por las demás variables que, aunque tienen su propia explicación, su eficiencia busca ser afianzada por el modelo mediante la misma interacción, toda vez que esta última se presenta 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, en definir la capacidad de la modulación para enarbolar al sistema. Echeverri (2003, 115) señala:

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.

La modulación, constituida como el marco de condiciones y 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 se trata solo de la naturaleza del bien que se ofrece, sino de la capacidad de gestión, para que el cumplimiento de las actividades para las cuales fueron definidos bajo dicha calidad sirva para alcanzar los propósitos esperados. Según la Facultad Nacional de Salud Pública (2008, 87-88):

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.

En este sentido, la modulación responde a las subfunciones dirigidas al desarrollo y 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 las funciones del pluralismo estructurado, y de paso plantea de manera puntual la subfunción útil para cada función. La presencia de estamentos de regulación no es suficiente, el mercado también tiene reglas pero hasta ahora no han sido compatibles entre sí. La protección debe ser el instrumento guía para afianzar tanto la seguridad social como el aseguramiento de los actores del sistema. Explica Almeida (2000, 42):

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. En ese sentido la “modulación” se diferenciaría de la regulación tradicional.

El desarrollo del sistema contempla los temas de calidad, cobertura y eficiencia, entre otros, debido a que no puede corresponder solo a la aparición de nuevas enfermedades o al aumento del número de usuarios —circunstancias dependientes de la eventualidad, la coyuntura o el factor poblacional—. En cuanto a la coordinación, se interpreta como la posibilidad de que los diversos actores le otorguen un estado de coherencia y orden al sistema. El diseño financiero está sujeto a la ampliación de los mecanismos de evaluación y valoración a los que debe responder el sistema como tal y no a la incorporación de cada actor. Sobre el tema, Yepes y otros (2010, 21) argumentan:

La reforma colombiana del sistema de salud es una compleja intervención social que ha introducido profundos cambios sociales, reforzado los mecanismos de mercado en el sistema de salud y cambiado el papel del Estado en la provisión de servicios de salud. El nuevo modelo colombiano separa las funciones de rectoría, regulación, financiamiento y prestación de servicios y estimula los mecanismos de mercado en la expectativa de buscar la eficiencia y la calidad a través de la competencia. Sin embargo, en la práctica no se logran todos los presupuestos del modelo teórico.

Actualmente la dificultad estriba en que, si bien los actores pertenecientes al sistema se consideran agentes, su disposición para con el sistema ha sido redirigida para reglamentar a este último. Es decir, se ha presentado una especie de captura privada del sistema, en el que cada agente estima a su conveniencia la dirección que debe tomar, y no el sistema marco de referencia sobre el cual pueda actuar. Tomar la regla como instrumento de trabajo para sí ha provocado la creación de un justiprecio a la modulación. Jiménez (2009: 119) indica:

La hipótesis emergente de estos planteamientos es que es necesario derogar el actual modelo y establecer uno nuevo que no se centre en el lucro sino en la obtención de resultados positivos para la salud de las poblaciones; para ello es necesario adoptar un sistema orientado a garantizar la universalidad en la cobertura, basado en una visión de salud pública integral que garantice el acceso oportuno a los programas de promoción y prevención de la enfermedad, así como a su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, es decir, que permita disfrutar a todos los colombianos de un estado de bienestar pleno, gracias a la plena garantía de su derecho a la salud.



El justiprecio presenta dos ramificaciones: una que considera relevante apreciar el esfuerzo del sistema para que sea eficiente, y que por eso debe ser compensado con mejores condiciones, aunque ello pueda significar un descenso en la calidad y la eficiencia. Y una perspectiva de orden legal que manifiesta que el exagerado margen de reglamentación crea precios administrativos que el sistema debe asumir en forma de costos, y que por ende la forma como se pretende reglar el sistema incide para que este sea oneroso. Cardona y otros (2005, 96) consideran que “hay un contraste importante entre los logros obtenidos de un sistema que ha aumentado notablemente el gasto público en salud y el aseguramiento de la población y que a su vez presenta un balance tan preocupante en los resultados de salud pública”.

La modulación también está expuesta a riesgos por cuenta de la asimilación que cada uno de los agentes hace sobre ella, por lo 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 conduce directamente a un elevamiento de los costos y los precios de los sistemas de salud, más por el hecho de reglamentar, puesto que el mismo proceso de reglar, que es el necesario, no se acomete como debería ser.

## **2. Marco transversal de la modulación del pluralismo estructurado en los modelos de salud**

El pluralismo estructurado está dispuesto para que cada uno de los actores del sistema ejerza un papel importante en el desempeño del SGSSS. Al respecto, los lineamientos que pueda trazar alguno en particular no tienen objeto, ya sea abogando por una revisión para un caso particular de requerimientos en salud a escala normativa, por el ajuste económico debido a la estacionalidad epidemiológica o por la coyuntura de salud. El sistema obliga a tener capacidad de respuesta ante eventualidades. Al respecto, enfatiza Fleury (2002, 31):

Debido a esas características, el modelo propuesto de pluralismo estructurado tuvo que hacerle frente a inmensas dificultades para alcanzar el doble propósito de integrar a la población en una cobertura completa y, al mismo tiempo, articular distintas instituciones plurales —públicas y privadas— para llevar a cabo diferentes funciones.

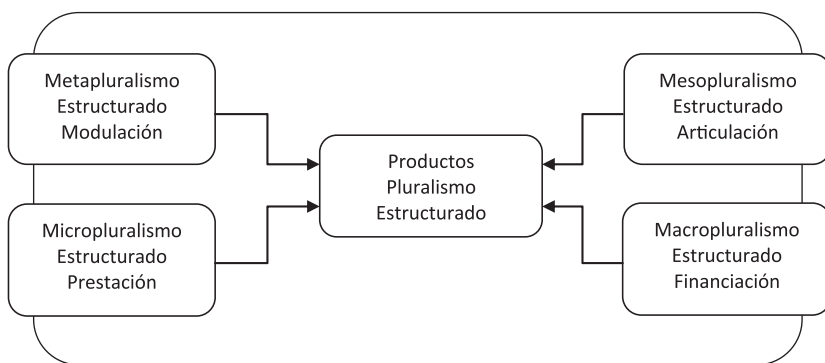
Lo que no está claro es la manera como cada uno de los actores puede entrar a definir y complementar las reglas que le corresponden. Se entiende ampliamente que esta es la apuesta del pluralismo, epicentro sobre el que las diversas manifestaciones son válidas en la medida en que puedan ordenarse bajo un estado de conducta hacia reglas para todos los actores. Sin embargo, la manera para llegar a ello no es clara aún, pues el tema de la negociación está polarizado entre la eficiencia del sistema para los usuarios y la sostenibilidad financiera para los organismos y los prestadores de salud. Dice Cezar (2007, 3): “Para resolver estos problemas es necesario realizar reformas que permitan estructurar el pluralismo en salud, reduciendo los costos de transacción, aumentando la cobertura para los segmentos no protegidos y evitando la doble cobertura en el sistema y el correspondiente despilfarro de recursos”.

Es evidente la similitud que tiene la propuesta del pluralismo estructurado con el análisis sistémico y sistemático, en el cual se asume que existe una definición orgánica de la disposición y operatividad del sistema de salud, por lo menos en cuanto al interés de promover, además de la participación, la sincronía de todos los actores, como se aspira en el caso de lo estructurado. No obstante, a la hora de las comparaciones, la perspectiva entre ambas iniciativas tiende a generar interrogantes. Según el Ministerio de la Protección Social (2004, 490):

Dado que el sistema de salud resultante para cada país dependerá de las políticas de cada gobierno frente a su percepción de cómo deben estructurarse estas funciones, es decir, del diseño que se realice en términos de la determinación de la manera como ellas se han de desarrollar, la condición de los agentes que las van a desplegar y las relaciones que han de construirse entre ellos, a las anteriores funciones es preciso adicionar dos más, relacionadas con la actividad de las agencias estatales frente al sistema.

En el caso del pluralismo estructurado, frente al análisis sistémico no se conoce claramente la fundamentación que cualquier sistema pudiese animar o escenificar en cuanto a las metas; a su vez, las condiciones meso no muestran cómo y bajo qué aspectos los diferentes actores pudiesen trabajar entre sí. Asimismo, en cuanto a la perspectiva macroeconómica, es más que evidente que los altibajos que presenta el sistema no indican una claridad en las políticas, y, cuando se habla de procurar condiciones con respecto a lo micro, temas como la calidad, la certificación o las evaluaciones terminan siendo requisitos administrativos, pero nada que apunte a mejorar a fondo el sistema (ver Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Análisis sistémico del pluralismo estructurado



**Fuente:** elaboración propia.

Comparado el pluralismo con los fundamentos que constituyen el análisis sistémico, es claro que el modelo tiene dificultades a la hora de engranar las funciones entre sí y para el resto del sistema como tal. El hecho de que privilegie la articulación (función novedosa según el modelo) y la modulación (reglar y reglamentar) deja entrever que por el lado de la financiación y la prestación el tema está resuelto, o que por lo menos puede llegarse a un punto de negociación que les permita a las partes cubrir los óptimos. No obstante, el desbarajuste del

sistema no viene prolongado por la novedad de los modelos sino precisamente por estos dos componentes previstos. Almeida (2000, 42) plantea que

El *desafío* del pluralismo estructurado, para sus mentores, tendría dos dimensiones centrales: aumentar las opciones tanto para los prestadores como para los consumidores, al mismo tiempo que estructurar explícitas reglas de juego que evitarían los conflictos potenciales entre eficiencia y equidad. En el caso del consumidor, se defiende la extensión del prepago en un contexto de financiamiento público, asegurándose la redistribución de recursos; en el caso de los prestadores, se propone la integración en redes eficientes de servicios, claramente articuladas y moduladas.

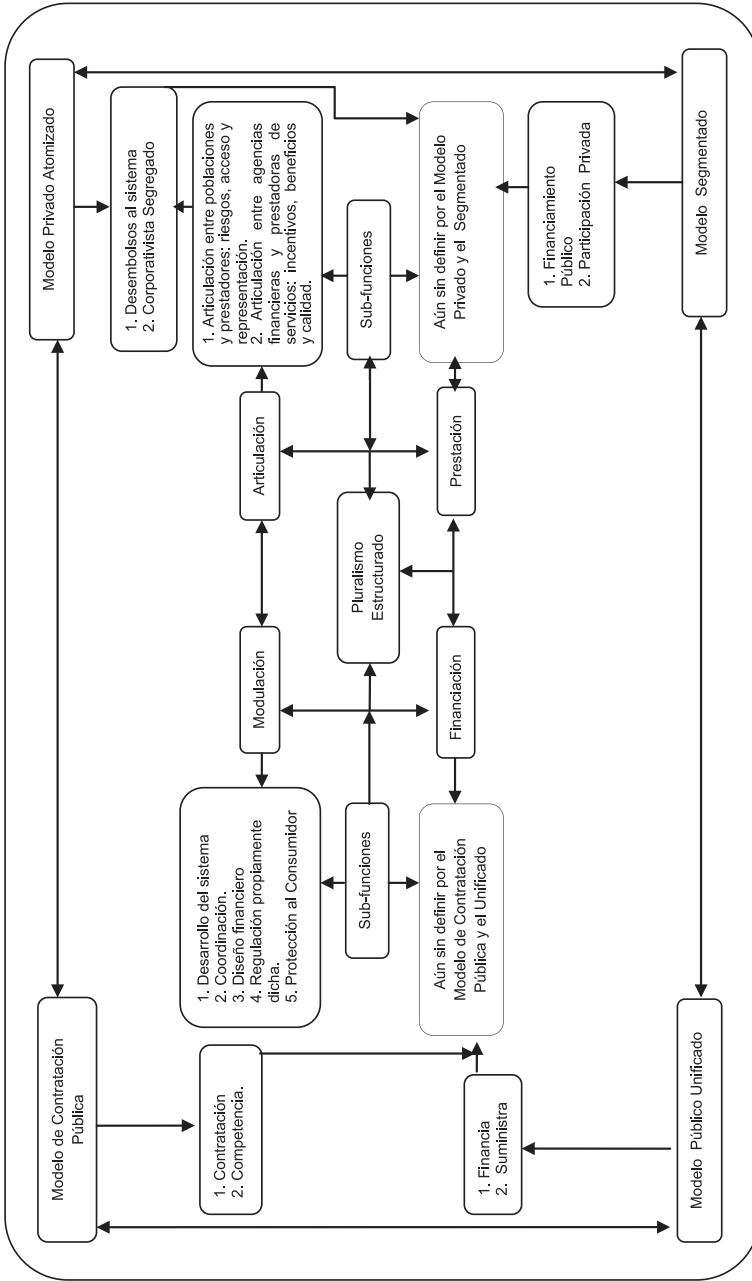
A pesar de que el pluralismo puede servir de modelo conmutativo para el resto de los sistemas, en ellos la articulación y la modulación no ha tenido suficiente acogida, como sí ha ocurrido con la financiación y la prestación de servicios. De ahí que se considere que el pluralismo puede ser una respuesta para mejorar los sistemas de salud y de paso solventar los vacíos que tienen en cuanto a los temas referidos, en los cuales, y como están las cosas, puede tener trascendencia un sistema híbrido compuesto por los sistemas hoy en discusión. Londoño (2001, 9) señala que “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”.

En esta dirección, se trata de no agotar la capacidad de interacción que puede prevalecer entre ellos. Las débiles condiciones en que se encuentran los sistemas de salud no admiten visualizar salidas que sólo alcancen la contemplación rival de un modelo con otro. Al contrario, se aspira a que pueda producirse un espacio simbiótico en donde todos, aun preservando su composición plena, puedan aplicar de manera simultánea los elementos provistos por los modelos, para lo que las ventajas adquiridas pueden proveer los fundamentos de un modelo más aplicado en cada contexto (ver Gráfico 2).

El estado de vacío en el que quedan la financiación y la prestación en relación con la modulación termina de cierta forma abonado por las perspectivas que con respecto a estas dos funciones plantean el modelo privatizador y el segmentado. A partir de los elementos ofrecidos por estas dos funciones, el pluralismo puede dar respuesta sinérgica entre todos los componentes del modelo para sí mismo y, claro está, para los modelos que en consecuencia prestan ampliamente su estructura para dar forma e inicio a sistemas de salud que puedan atender las razones para las cuales han sido creadas, así como las expectativas de los actores inmersos en ellos. No hay un sistema mejor que otro; la complementariedad intrínseca y simbiótica posibilita el trabajo conmutado entre ellos, que a la postre terminará por vislumbrar lo mejor de cada uno. En este sentido, Fleury (2002, 26) reitera que “mientras la modulación y el financiamiento son consideradas como funciones de responsabilidad pública, se estima que la articulación y el suministro son funciones del mercado”.

La entrada del pluralismo como marco conmutativo del resto de los sistemas permite analizar, en efecto, los grados de congruencia y divergencia que existen para cada caso. Al respecto, el pluralismo debe reglar las decisiones vinculadas con la financiación y prestación de los sistemas de salud. Para lograrlo, requiere emprender una tarea de formación amplia en la que se determinen las cláusulas

**Gráfico 2.** Comparación esquemática entre los Modelos de Salud



**Fuente:** elaboración propia.

de entendimiento sobre las que cada actor está dispuesto a participar y, sobre ellas, las perspectivas de resultados a los que aspira. El vacío analítico en que ha recaído la constitución de los sistemas de salud sugiere hacer una revisión permanente para conocer en detalle de lo que se trata. Velandia, Restrepo y Rodríguez (2002, 16) consideran que

La regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, de manera similar a como lo plantea la OMS (2000), 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 este permea todas las esferas de intercambio: el aseguramiento, la provisión de servicios y el financiamiento.

La medida discrecional y singular prevista desde la economía, los ingresos o desde la revisión de la prestación de los servicios de salud, resta holgura frente a la correspondencia que debe prevalecer entre la viabilidad y la estabilidad del sistema de salud. La opinión que se tiene sobre éste, es que está sujeto a ingresos y salidas; percepción que evoca la necesidad de entender a qué se refiere en cada punto. Los ingresos se limitan cuando la población comienza a tener un proceso extensivo de larga vida, en el que las necesidades se incrementan con el tiempo, ante un sistema que se agota precisamente al estimarse su trayectoria en el largo plazo. De allí que se recurra a las salidas, ya sea por la aparición de nuevos sistemas o por propuestas paralelas para solventar la estrechez del sistema de salud tradicional en el largo plazo. Hohmann (2003, 3-4) apunta que,

Por una parte, los sistemas pueden limitar o reducir la demanda a través de medidas de prevención, copagos y un sistema de referencias y contrarreferencias 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.), controlar el acceso al mercado mediante licencias o imponer un control estricto de los aparatos sofisticados. Otro tema que hay que definir en una reforma del sector salud tiene que ver con el acceso financiero y la cobertura del seguro que debe responder a varias cuestiones.

El análisis sistémico comprende todos los elementos que hacen posible que un sistema funcione de la mejor manera, e inclusive evalúa los aspectos que pueden pervertir su operatividad, aunque en primera instancia terminen por ser aislados o neutralizados por considerar que no hacen parte de la canasta de valoración del análisis. En esta apreciación se cae de manera recurrente, y por ende el sistema no alcanza a sobreponerse o a contrarrestar los altibajos que se presentan por la concepción que se tiene frente a lo que aparentemente privilegia y lo que no. Sobre este tema, Infante, De la mata y López (2000: 17-18) agregan:

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.

La información disponible para analizar los sistemas de salud es sumamente copiosa pero dispersa, dado que cada participante expresa su propia opinión sobre lo procedimental o desdeñable del proceso, sin que se dé la posibilidad del más mínimo diálogo con las apreciaciones de otros sectores que, aunque caen

en el mismo círculo, también deben tener vocería. Esta tendencia se ha querido abandonar cuando se han convocado organismos internacionales o multilaterales para generar propuestas de esta índole. Así lo analiza Tobón (2009,17):

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.

Existen inquietudes con respecto al sentido de sistema que se le debe dar a la salud, más que a una presunción de bolsa o captura que solo funciona con recursos o por atención prestada. En estos elementos se encuentra parte de la clave para entender por qué se ha optado por dirigir el sistema hacia una especie de juego de salud independiente de la forma de pago, de la afiliación o la tarjeta, en donde se presenta, como pocas veces, una captura del sistema de los usuarios y no según el derecho, como era de esperarse en un sistema creado para operar y funcionar, y no para resaltar estos dos últimos como el centro de discusión —prueba de que el sistema de salud no tiene los elementos para responder a lo sistemático o a lo emblemático—. Según el Grupo de Salud (2010, 23):

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. 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.

La valoración sistémica es contemplada como arco que permite pasar del estado de cosificación en que se encuentra la situación del sistema de salud a uno más orgánico, funcional y operable, según las expectativas de todos al pasar de un lado a otro en medio de los diferentes espacios en que se ubica la sistematización del servicio, en el que los participantes pueden llegar a cumplir un papel simultáneo en el propósito de contar con un real sistema de salud. Granados (2002, 22) anota:

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 Colombia, la discusión sobre el sistema se dejó a la interpretación generalizada del vulgo o a la conducción de quienes por oficio o dedicación instrospectan una sola fase de lo que se entiende por sistemas de salud. La realidad es que un sistema no puede caer en la interpretación sesgada, por cuanto cada juicio hecho disloca la asimilación del mismo por los diferentes usos o aplicaciones en las que termine involucrado pero no para las que fueron creados o dispuestos realmente, y es esta conducta la que se está presentando en el escenario del sistema de salud en el país.

### 3. Fundamentos analíticos del pluralismo como función de modulación de los sistemas de 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. En términos generales, los sistemas de salud se encuentran constituidos por cuatro componentes que sustentan la base del análisis de los sistemas: 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), la financiación (Fc), la articulación (At) y la prestación (Ps), según se aprecian en el 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).

Países que realizaron reformas estructurales	
Países	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:** Tomado de Cezar (2007, 5).

El pluralismo estructurado (P.E.) se explica como función de la modulación (Mo) sobre la base de los propósitos que lo componen. Parte de los análisis de la población (Po) y las instituciones (In) como macrovariables del modelo, las cuales son estimadas como elementos que generan retos para la entrada y puesta en marcha del mismo. En la variable Po se tienen en cuenta los parámetros de desigualdad social y económica a la hora de evaluar la población. La variable In representa a todas aquellas organizaciones que directa o indirectamente inciden en el comportamiento del sistema, como se representa a continuación de manera concreta:

$$P.E. = f(Mo) = (Po; In) = SGSSS.$$

La expectativa que surge en cuanto a la relación de la función del P.E. estriba en poder determinar y analizar los parámetros en los cuales ambas variables se adscriben. En primer lugar, con relación al Po establecido en el marco de las enfermedades y el entorno, las instituciones tienen plena correspondencia con respecto al acceso y la financiación frente a la población. Dado que el P.E. asume el papel de modulador de sí mismo y del resto de los sistemas, se requiere establecer

transversalmente los elementos y las variables a las que responde la modulación, como función del sistema y ponderador correlacionado del mismo, a saber:

$Mo = \beta_0 \pm \beta_1 At \pm \beta_2 Fc - \beta_3 Ps + \sigma$ , en el cual los parámetros responden a los siguientes criterios:

$\beta_0$  es el dato de correlación a estimar que existe entre la modulación propiamente dicha y el modelo estructurado; en este dato se tienen presente las subfunciones de protección, coordinación, financiación, diseño y prestación.

$\beta_1$  es el dato que identifica la 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  $At$ . En este dato se tiene presente la administración entre el prestador y las organizaciones, y entre la financiación y la población.

$\beta_2$  es el dato que identifica la relación existente entre la modulación como función y la función de financiación, teniendo como variable independiente a la  $Fc$ .

$\beta_3$  es el dato que identifica la relación existente entre la modulación como función y la función de prestación, teniendo como variable independiente a la  $Ps$ .

$\sigma$  representa el cúmulo de estimaciones conocidas y/o desconocidas que pueden afectar de forma negativa o positiva a la  $Mo$ .

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

$$At = \frac{Fc}{Ps} = Mo; At = \frac{Mo}{Ps} = Fc$$

En donde  $Mo At = Fc Ps$ . En este resultado se espera que

$$Mo = \frac{Fc Ps}{At} = 1.$$

Tanto la  $Fc$  como la  $Ps$  terminan absorbiendo a la  $At$  de manera implícita en el corto plazo y explícita en el largo plazo. De esta manera la  $Mo$  entra a direccionar el comportamiento de dichas variables, por lo que la reglamentación se convierte en un instrumento de trabajo mediante los decretos y, en el largo plazo, la reglamentación pasa a ser un asunto propio del cambio legislativo y de los altibajos de las circunstancias estructurales frente a alteraciones de igual magnitud. En cuanto a la  $Fc$ , en términos generales se reconoce el origen y la representación de los sectores privados y públicos que desembolsan recursos para que el sistema funcione.

En este sentido, y para efectos del análisis, el tema de la  $Fc$  solo alcanza a mediar en cuanto a la sostenibilidad y vulnerabilidad del sistema cuando se trata del modelo. A su vez, cuando se hace referencia al pago que corresponde a cada usuario, debido a la verticalidad del sistema se desconoce el punto de equilibrio o el valor que finalmente debe pagar un usuario por los servicios. En este sentido, se presenta un desbalance financiero y, peor aún, no se reconocen la calidad y las condiciones de las fuentes de ingresos, hecho que afecta totalmente a cualquier sistema, y que suele ser común.



$$\text{Así, la } Fc = \frac{Pa}{Is} = \frac{Cs}{Vs} = Mo = 1.$$

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

Es decir, la Fc depende de la relación entre los pagos al sistema (Pa) y los ingresos que efectivamente recibe (Is); a su vez, está sujeta a la relación de costos del sistema (Cs) 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 entre la población y las condiciones y estructuras institucionales requeridas para solventar los diferentes requerimientos—. Es decir, se presentan otros fenómenos que generan circunstancias que inciden fuertemente en la dirección del sistema.

En cuanto a la modulación de la Fc, no es fortuito que los Estados procuren 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, y que el sistema encuentre alguna salida; por eso terminan siendo medidas paliativas de momento, que incluso restan en el tiempo maniobrabilidad de la Mo en este rango de la Fc. No obstante, la relación Mo y Fc tiende a ser sustituida por variables vinculadas al orden legal que solo perfilan las condiciones, pero no animan mucho el debate para congraciarse la capacidad de resultados de las dos variables mencionadas.

La Ps involucra directamente la forma como 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, otra que tiene que ver con el tema de los incentivos, que juegan como atenuantes ante el primer punto, y una última relativa al 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 Ps 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 ofertas que tienen los diferentes sistemas; sin embargo, las condiciones de cómo este 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 Ps es la poco evidente reciprocidad entre los actores, y lo que pretenden bajo conceptos claros como el de universalidad en salud. En este sentido, Restrepo (2007, 96) se pregunta:

¿Cómo se entiende la universalización en la Ley 1122 del 2007? Ante la declarada pre-ocupación por el incumplimiento de la meta, la mencionada ley debería entonces establecer una reforma que garantice el propósito de alcanzar la cobertura universal,

que como es de la naturaleza de nuestro sistema, se refiere al aseguramiento, si bien, como se ha cuestionado, ello no signifique universalidad en el acceso a la prestación de servicios. Para el efecto, lo que hace la norma de referencia, en primera instancia, es establecer fundamentalmente un nuevo significado a la universalidad en el SGSSS. Lo hace en varios de sus artículos, si bien en ninguno de ellos anuncia expresamente una redefinición del término ni una reforma de las normas anteriormente mencionadas, pero lo hace intencionadamente.

Los incentivos son establecidos en sistemas mucho más abiertos y, a medida que se amplía la oferta de actores e instituciones, haciendo parte de los mismos. En este punto, la captura del sistema como tal no es visible, por cuanto el acceso al sistema termina siendo un asunto tomado con respecto a la capacidad que tiene cada actor para lograrlo, lo que 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* 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*. La Contraloría General de la República (2007, 10) analiza este asunto así:

La reforma del sistema siguió las líneas principales del pluralismo estructurado. En el plano institucional (oferta), inició la ruptura de la integración vertical de funciones que caracterizaba al sistema de salud en Colombia, con la separación horizontal y explícita de estas y su asignación a instituciones especializadas. Con respecto a la población (demanda), estableció en principio la integración horizontal, al trascender la separación vertical imperante.

En el último lugar se encuentra el tema de la correspondencia entre los distintos actores, espacio en el que las dificultades juegan en congruencia con respecto a la posibilidad de establecer puntos de referencia que puedan contribuir al equilibrio del sistema. En este caso, las problemáticas estructurales que presenta este último son el principal detonante para determinar que la vinculación entre las partes presenta elementos dinámicos o inerciales que impiden coherencia y correspondencia recíproca. Sin embargo, y pese al reconocimiento de las dificultades y restricciones para abocarse a desarrollar algún tipo de opción concreta, en las iniciativas circundan componentes de orden lineal que no permiten establecer un patrón cierto de trabajo, sobre el cual allanar los criterios requeridos para el equilibrio. En esta dirección, la Ps puede entenderse bajo algunas de las siguientes explicaciones:

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

parámetro sobre el cual, si se llegara a contemplar un dato a escala 1 o cercano este, implicaría que la Ps alcanza niveles de Mo, aunque en este nivel es más complicado llegar allí sobre los elementos explicados.

En esta fórmula, 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) cumplen un papel crucial, por cuanto distancian o no la relación de los actores entre sí con respecto a la capacidad y las condiciones que está dispuesto a ofrecer el sistema. Gonzáles (2003, 235) se expresa así sobre este particular:

Londoño dejó diseñada su última obra: El Ministerio de la Protección Social. Su ideal era crear un sistema de seguridad social integrada, eficiente y con cobertura universal. Este sistema tendría sentido si el Ministerio de la Protección Social tuviera injerencia en la administración y en los destinos del enorme ahorro de la salud y las pensiones. Pero esta dimensión macro quedó relegada a un plano muy secundario, y al Ministerio de la Protección Social no le quedará más remedio que acoger las decisiones del Ministerio de Hacienda.

Finalmente, el Mo, confrontado con el pluralismo estructurado, se construye en la medida en que pueda extenderse la capacidad de acceso de Mo en los diferentes parámetros contemplados con antelación. En este sentido, pese a que es un parámetro determinístico, no significa que se pretenda evidenciar 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.

## **Conclusiones**

La modulación ha estado circunscrita al análisis jurídico y legal, que de cierta manera le ha restado capacidad de impacto y de transferencia de conocimiento, según han señalado Londoño y Frenk en la postulación del pluralismo estructurado para el modelo de SGSSS colombiano. El interés es precisamente evidenciar la capacidad que tiene la modulación para perfilar a los sistemas generales, y cómo a través de la misma puede avanzarse en la consecución de sistemas más abiertos, complementarios y transversales.

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 resaltado 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 han puesto a consideración la validez de la modulación como marco transversal de los sistemas, y que por eso 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 referencia 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 la senda propicia para un sistema eficiente, desde el que puedan ser atendidas todas las discrepancias y propuestas pertinentes.

## Referentes bibliográficos

- Almeida, Celia. «Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud». *Cuadernos médico sociales*, No.79, 2000: 27-58.
- Cardona, José Fernando; Amparo Hernández y Francisco Yepes. «La reforma a la seguridad social en Colombia ¿Avances Reales?». *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 4, No.9, 2005: 81-99.
- Cezar Medici, André. «Las reformas incompletas de salud en América latina: algunos elementos de su economía política». *Bienestar y política social*, Vol. 2, No. 1, 2007: 1-26.
- Contraloría General de la República. *Desafíos del sistema integral de seguridad social en Colombia*. Bogotá: Contraloría Delegada Sector Social. Dirección de Estudios Sectoriales, 2007.
- Echeverri Velasco, Cecilia. «Del pluralismo Estructurado Hacia la Protección Social». *Gerencia y Políticas de Salud*. Vol. 2, No. 5, 2003: 107-116.
- Echeverri López, Esperanza. «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 Ancizar. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Universidad Javeriana, 2002: 76-94.
- Escobar Martínez, Lina Marcela. «La modulación de sentencias. Una antigua práctica europea». *Vniversitas. Bogotá (Colombia)* No. 112, 2006: 91-110.
- Facultad Nacional de Salud Pública. *Políticas públicas en Salud: Aproximación a un análisis*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008.
- Fleury, Sonia. *¿Universal, Dual o Plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), 2002.
- Flórez Pinilla, Katherine. «La competencia regulada en el sistema de salud colombiano». *Revista LEBRET*, No. 2, 2010: 73-99.
- Granados Toraño, Ramón. «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*. Universidad Javeriana, 2002: 1-46.
- Grupo de Salud, Centro de Estudios del Trabajo, Cede trabajo. «Nuestro Sistema de salud: Anatomía de una malformación congénita incorregible». *Deslinde* No. 47, noviembre-diciembre, 2010: 22-33.
- Gonzáles, Jorge Iván. «Juan Luis Londoño: Ideas para la acción». *Revista de Economía Institucional*, Vol. 5, No. 8, 2003: 223-239.
- Hohmann, Jürgen. «Universalidad en Solidaridad: Protección Social y el Financiamiento de la Salud en América Latina. Taller de Capacitación del 2 al 6 de junio de 2003 organizado por la Unidad de Estudios Especiales, CEPAL, Naciones Unidas, y la Red Sectorial de Salud de la GTZ en América Latina». S/c, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Red sectorial Salud + Protección Social en América Latina., 2003.
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. «Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso». *Revista Pana-*

- mericana de la Salud Pública/Pan American Journal Public Health, Vol.17, No. 3, 2005: 210- 220.
- Infante, Alberto, Isabel De la Mata y Daniel López Acuña. «Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias». *Revista Panamericana de la Salud Pública/Pan American Journal Public Health*, Vol. 8 No. 1-2, julio-agosto, 2000: 13-20.
- Jiménez Barbosa, Wilson Giovanni. «El derecho a la salud. Una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana». *Revista-Escuela de Administración de Negocios*, No. 67, 2009: 107-120
- Londoño, Juan Luis. *Eras en la Protección Social Latinoamericana*. Seminario “La Teoría del Desarrollo en los albores del siglo XXI” Santiago de Chile, 29 de agosto de 2001.
- \_\_\_\_\_ y Julio Frenk. *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Documento de Trabajo 353*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe, 1997.
- Ministerio de la Protección Social. « Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud». En *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final*, 452-560. Bogotá: República de Colombia, Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, 2004.
- Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Ley 1122 de 2007. Diario Oficial no. 46506 (enero 09 de 2007).
- Pérez, Francisco y Jorge Iván Gonzales. «Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. Análisis del régimen subsidiado de salud en Colombia». *Coyuntura Social*, No. 18, 1998: 319-341.
- Rangel Palomino, Alejandra María. «Restricciones al comercio de servicios de salud». *Archivos de Economía, Documento 267*, 2004: 1-61.
- Reina Alzate, Mónica; Sandra Isabel Angulo Espinosa, Ángela María Segura Cardona y Andrés Trujillo Zea. «Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia». *Revista CES. Medica*, Vol.24, No. 1, 2010:19-35.
- Restrepo Villa, Román. «A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, No. 1, 2007: 90-105.
- Sentencia T-760 (2008). Derecho a la Salud*. Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. Bogotá, DC: Corte Constitucional, treinta y uno (31) de julio de dos mil ocho (2008).
- Tobón Ospina, Sergio Andrés. «Relatoría del foro “¿Para dónde va el sistema de salud en Colombia?” Un análisis al sistema de salud en Colombia». Medellín. *Revista Soluciones de Postgrado EIA, Número 4*, 2009: 7-18.
- Velandia Naranjo, Durfari; Jairo Restrepo Zea y Sandra Rodríguez Acosta. «Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformación, funcionamiento y responsabilidades». *Borradores del CIE*, No. 1. Medellín: Grupo Economía de la Salud, Universidad de Antioquia, 2002: 1-25.

Yepes, Francisco; Manuel Ramírez, Luz Elena Sánchez, Martha Lucía Ramírez e Iván Jaramillo. *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Ottawa, ON, Canadá: Mayol Ediciones S.A, 2010.