

**LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y EL SISTEMA GENERAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

MARGARITA MARÍA CARDONA LÓPEZ

MÓNICA PATRICIA RAMÍREZ VÁSQUEZ

VILMA MARÍA CASTRILLÓN CADAVID

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**MEDELLIN**

**2011**

**LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y EL SISTEMA GENERAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

MARGARITA MARIA CARDONA LOPEZ

MÓNICA PATRICIA RAMÍREZ VÁSQUEZ

VILMA MARIA CASTRILLON CADAVID

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de  
la Protección Social**

**ASESORES**

**MARTHA CECILIA GUTIERREZ RESTREPO**

**RUBEN DARIO RESTREPO AVENDAÑO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**MEDELLIN**

**2011**

## **CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA</b>	<b>13</b>
<b>1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENTE TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>2.1 SERVICIO PÚBLICO DE SALUD</b>	<b>16</b>
<b>2.2 SISTEMA DE SALUD</b>	<b>16</b>
<b>2.3 SECTOR SALUD</b>	<b>17</b>
<b>2.4 SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>17</b>
<b>2.5 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	<b>18</b>
<b>2.6 ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS</b>	<b>19</b>

<b>2.7 SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL</b>	<b>19</b>
<b>2.8 MANEJO SOCIAL DEL RIESGO</b>	<b>20</b>
<b>2.8.1 Vulnerabilidad</b>	<b>22</b>
<b>2.8.2 Gravedad</b>	<b>23</b>
<b>2.8.3 Principales elementos del manejo social del riesgo</b>	<b>23</b>
<b>2.8.3 Estrategias de Manejo Social del Riesgo</b>	<b>23</b>
<b>2.8.5 Actores en el manejo social del riesgo</b>	<b>24</b>
<b>2.9 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	<b>24</b>
<b>2.10 FUNCION DE ARTICULACION</b>	<b>28</b>
<b>2.10.1 Articulación entre poblaciones y prestadores</b>	<b>29</b>
<b>2.10.2 Articulación entre agencias financieras y prestadoras de servicios</b>	<b>30</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>32</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>32</b>
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>33</b>
<b>5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>39</b>

## **5.1 COMPARATIVO ENTRE LAS ORGANIZACIONES**

### **ARTICULADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN ALGUNOS**

<b>PAÍSES DE LATINOAMÉRICA</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>74</b>

## **RESUMEN**

Esta investigación pretende destacar el papel protagónico de las EPS, en relación con el sistema general de seguridad social en salud, con el propósito de acercar los elementos conceptuales que se tienen planteados desde el modelo de pluralismo estructurado y el manejo social del riesgo. El estudio es de carácter exploratorio, el cual incluye un análisis comparativo de la evolución en reglamentación que han tenido las EPS en las diferentes reformas en salud desde año 1993 con la ley 100, la ley 1122 de 2007 y la reciente ley 1438 de 2011. El manejo social del riesgo se encuentra como fundamental a la hora de evaluar la función de Articulación de las EPS, específicamente entre poblaciones y prestadores. Finalmente la investigación concluye con un capítulo de análisis y discusión que esboza argumentos que permiten entender, porque es importante trascender la función de la EPS que en la actualidad cumplen bajo un modelo netamente de aseguramiento, por la de Articulación bajo el modelo de Pluralismo Estructurado.

## **PALABRAS CLAVES**

Pluralismo estructurado, EPS, Manejo Social del Riesgo, Sistema General de Seguridad social en salud, Articulación.

## **ABSTRACT**

Social security systems in health in Latin America countries obeys to different models, in which segregation may occur, since the integration of modulation, articulation, delivery and financing functions are made in a vertical way and modulation and articulation functions are not explicitly differentiated to ensure good service delivery.

Keywords: Structured Pluralism, EPS, Social Risk Management, General Social Security System in Health, Articulation.



## INTRODUCCIÓN

En América Latina, Colombia es pionera en cuanto al tema de la consolidación de un Sistema de Protección Social, el cual tiene un enorme potencial en la parte conceptual y técnica y además una estrecha relación con el sistema general de seguridad social en salud, donde las EPS juegan un papel fundamental con su función de Articulación según el modelo de Pluralismo Estructurado a la hora de mejorar la calidad de vida de la población.

El presente trabajo se basa en la investigación documental porque pretende hacer una revisión bibliográfica de las leyes 100/93, 1122/07 y la 1438/11 que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, lo cual permitirá realizar una discusión sobre la función de articulación de las EPS, analizada desde el Modelo de Pluralismo Estructurado y Manejo Social del Riesgo.

A lo largo del desarrollo del tema se verán aspectos que definen el Sistema general de seguridad Social en Salud, el sistema de protección social, los modelos de manejo social del riesgo y pluralismo estructurado, los cuales permiten ampliar la visión, para tener claridad

en el análisis de la aplicación de estos conceptos en la función de articulación que cumplen las EPS.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los años noventa, América Latina lleva a cabo proyectos de reforma social que, en los sistemas de seguridad social y de salud, adoptan un modelo de aseguramiento universal. Si bien estas reformas han tenido efecto positivo sobre las coberturas de los servicios de salud, mediante una ampliación de los esquemas de seguridad social con un mayor o menor componente de solidaridad según el país, la prioridad en aseguramiento mantiene una alta segmentación y fragmentación de los servicios<sup>1</sup>, pero no por falta de inclusión en el modelo de Pluralismo Estructurado, sino por el nivel de desarrollo que se tiene en la actualidad de dicho tema, que aún no ha logrado en su totalidad la igualación y universalización de la prestación entre los afiliados pobres, ricos o trabajadores como parte de un sistema único y universal.

El sector Salud Colombiano en la actualidad, atraviesa por una crisis que para nadie es ajena, causada por diversos factores de Financiación, Modulación y Prestación de los

servicios en interacción con los diferentes actores del SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para completar el panorama también tenemos otro elemento fundamental que agudiza la crisis la Integración vertical, “Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud<sup>2</sup>; que se presenta por la falta de claridad y especificidad en las leyes y normas que se generan y permite abrir un espacio por medio del cual las EPS obtienen sus rendimientos financieros a través la compra o creación de sus propias IPS y desfavoreciendo la libre escogencia por parte del “paciente” o también llamado “usuario” de quien le preste el servicio, pues son las mismas EPS quienes escogen con quienes contratan (favoreciendo sus propias redes de prestación) y por último “escoge” sin más opciones el usuario. Todo lo anterior acarreando a su vez unas consecuencias que afectan la calidad de la prestación por la falta de pluralismo por un lado y por el otro aumentando los márgenes de ganancia para las EPS que consideran más rentable invertir en infraestructura propia.

“Para 2005, las EPS con un resultado neto positivo son: Saludcoop, Comfenalco Valle, Cruz Blanca, Famisanar, Salud Total y Susalud; por su parte, con resultado negativo están: Cafesalud, Comfenalco Antioquia, Compensar, Coomeva”<sup>3</sup> y tuvieron que pasar 14 años,

(desde la Ley 100 de 1993 – Ley 1122 de 2007) para que se reglamentara o al menos se minimizarán dichas consecuencias.

Pues bien, la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, puede ser observada y abordada desde diferentes frentes, solo que hasta ahora nos hemos enfrascado y dedicado al tema netamente Financiero, pero sin dar cabida a otros elementos, que serían importantes para retomar y ahondar en el tema con un enfoque más holístico, que nos permita la reflexión no sobre las consecuencias, sino en las causas de la crisis y para ello nos podríamos apoyar del Pluralismo Estructurado y el MSR Manejo Social del Riesgo <sup>4</sup>, que serán objeto del desarrollo de esta revisión bibliográfica y análisis y discusiones.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA**

El paso del Sistema de Seguridad Social al de Protección Social definido en la Ley 789 de 2002, y la posterior fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para conformar el actual Ministerio de la Protección Social, apuntan a una nueva visión en la que el manejo social del riesgo juega un papel importante, ya que su enfoque esta basado “en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son

vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean éstos naturales (como terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra)”. Se soporta en tres niveles de manejo del riesgo (informal, mercado y público); tres estrategias para abordar el riesgo: reducción del riesgo (prevenir, promover), mitigación del riesgo (asegurar contra la contingencia), superación y la organización y coordinación de la acción conjunta y articulada de diferentes actores (personas, hogares, comunidades, ONGs, niveles de gobierno y organizaciones internacionales <sup>5</sup>.

Esta nueva concepción requiere el ajuste de las funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial las de modulación y articulación, para las cuales no hay tradición, cultura institucional o desarrollo de funciones claras en el país.

Debido a la necesidad de reestructurar los sistemas de salud en America Latina surge como una propuesta el modelo de pluralismo estructurado integrando las funciones de la protección social (Financiamiento, Prestación, Modulación y Articulación) en la que integra al sector público y privado implementando reglas de juego transparentes y justas <sup>6</sup>.

Uno de los vacíos más importantes en la Ley 100 de 1993 está constituido por la carencia de herramientas para un sistema de administración de riesgo, donde se tenga clara la modulación para la buena prestación del servicio por parte de las EPS. Por todo lo anteriormente expuesto se hace necesario analizar la manera como se imparten las normas en el país, para tener reglas de juego claras que le permitan a las EPS articular dos importantes interfaces: por un lado, entre la población y los prestadores de servicios; por el otro entre las agencias financieras y los prestadores<sup>7</sup>, y así poder ofrecer una prestación del servicio bajo el modelo del pluralismo estructurado.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Desde las leyes 100/93, 1122/07 y la 1438/11 que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS – pueden las Entidades Promotoras de Salud - EPS - llevar a cabo bajo el Modelo de Pluralismo Estructurado y Manejo Social del Riesgo la función de ARTICULACIÓN?

## **2. REFERENTE TEÓRICO**

### **2.1 SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**

Es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley 10 DE 1990. El Estado intervendrá en el servicio público de salud <sup>8</sup>.

### **2.2 SISTEMA DE SALUD**

Se entiende que el Sistema de Salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como, también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud <sup>9</sup>.



### **2.3 SECTOR SALUD**

Es el conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas, actores y actividades cuyos objetivos principales o exclusivos son la identificación y control de factores de riesgo para la salud; promoción de la salud de individuos, familias y grupos; prevención, control y atención a las enfermedades; rehabilitación de discapacidades, así como administración, investigación y capacitación en estos campos, tanto en condiciones normales como en situaciones de emergencia y desastre <sup>10</sup>.

### **2.4 SEGURIDAD SOCIAL**

La seguridad social es definida por la Constitución Política de Colombia como un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la Dirección, Coordinación y Control del Estado y ampara a la población de los riesgos derivados de enfermedad, vejez y muerte. Este servicio público debe prestarse bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos establecidos en la Ley <sup>11</sup>.

## **2.5 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

El sistema general de seguridad social en salud visto desde un enfoque sistémico como lo plantea la LEY 100 de 1993, es un componente del Sistema de Seguridad Social Integral – SSSI, cuyos objetivos son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

El sistema está compuesto básicamente por tres entes:

El modulador: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Las articuladoras: son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitación* –UPC.

Los prestadores: son las instituciones prestadores de salud (IPS) hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad <sup>12</sup>.

## **2.6 ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS**

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía <sup>13</sup>.

## **2.7 SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos,

especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo <sup>14</sup>.

Paralelo a lo anterior se dio en el país La fusión de los Ministerios de Trabajo, Seguridad Social y Salud <sup>15</sup> enmarcada dentro de una reforma cuya intención entre otras era la de poner en práctica muchos de los conceptos aquí presentados.

## **2.8 MANEJO SOCIAL DEL RIESGO**

El manejo social del riesgo se constituye así en un medio para reducir la vulnerabilidad y aumentar el bienestar, aplicando las estrategias de prevención, mitigación y superación de eventos negativos. En ello participan diversos sistemas de manejo social del riesgo como los sistemas informales basados en la participación y cohesión de la comunidad; los sistemas de mercado, basados en la participación del sector privado y sistemas públicos en los que participa el gobierno mediante políticas, programas, o vía regulación <sup>16</sup>.

Los riesgos están asociados al ciclo vital, (son los relacionados con el nacimiento, la infancia, la juventud y la muerte); a las fuentes de salud que pueden afectarse y por tanto

llevar a enfermedades y lesiones, discapacidad y epidemias; y los asociados a fuentes sociales como conmoción civil, disturbios y terrorismo, así como el desplazamiento forzado, las pandillas, la drogadicción, los crímenes y la violencia intrafamiliar <sup>17</sup>.

El manejo social del riesgo tiene, de acuerdo con lo anterior, las siguientes implicaciones:

Reduce el excesivo énfasis en el papel del Estado que tiene la visión tradicional de la protección social, ampliándolo a la participación de la comunidad y del sector privado; es decir, no se limita a proponer medidas públicas para el manejo del riesgo, pues tiene en cuenta también medidas informales y de mercado <sup>18</sup>.

No se concibe la protección social a partir de programas existentes, sino a partir de riesgos, estrategias y sistemas.

Es una visión que permite el diseño de instrumentos articulados, considerando interrelaciones entre estrategias, sistemas de manejo del riesgo y participantes (Estado, comunidad, sector privado, ONG, y otros) como elementos de cuya adecuada interacción depende el éxito del manejo social del riesgo <sup>19</sup>.

"Desde el enfoque del MSR, la intervención pública se debe concentrar en abrir oportunidades para que los actores privados (hogares, comunidades, instituciones de mercado, entre otros) aumenten su capacidad para manejar los riesgos; prestando especial atención a los soportes especiales que requieren quienes se encuentran en situación crítica (alta vulnerabilidad)" <sup>20</sup>.

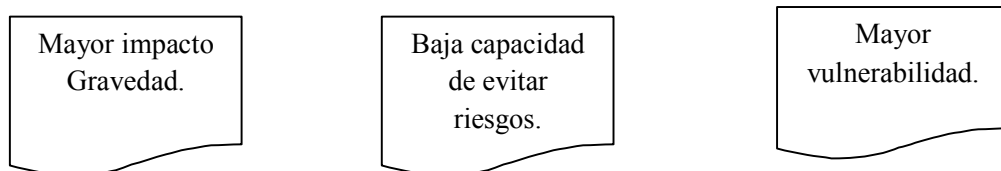
### **2.8.1 Vulnerabilidad.**

La vulnerabilidad es la probabilidad de resultar perjudicado o afectado por sucesos inesperados; es decir; es el menor o mayor grado de susceptibilidad o fragilidad ante un impacto imprevisto, una catástrofe o una emergencia <sup>21</sup>.

A mayor preparación o resistencia que tengan las personas para responder a un impacto determinado, menor será su vulnerabilidad.

### 2.8.2 Gravedad.

La gravedad depende del tipo de amenazas, impactos, daños y del insuficiente control de los riesgos. Es decir, la vulnerabilidad o susceptibilidad a un impacto depende de la capacidad de evitar los riesgos <sup>22</sup>.



### 2.8.3 Principales elementos del manejo social del riesgo.

#### 2.8.4 Estrategias de Manejo Social del Riesgo.



### **2.8.5 Actores en el manejo social del riesgo.**

Todas las personas, organizaciones e instituciones participan y deben participar activamente en el Manejo Social del Riesgo.



## **2.9 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

### **Las reformas del sector salud: del modelo higienista a la competencia regulada**

Históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció



lo que se puede denominar como el “modelo higienista” (Minsalud y DNP, 1990) <sup>23</sup>. Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado formal (PNUD, 1998) <sup>24</sup>.

El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal (PNUD, 1998) <sup>25</sup>; sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que

determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991) <sup>26</sup>. De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental. Algunos autores como Garay interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48) <sup>27</sup>, dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49) <sup>28</sup>.

La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993. Vale decir que Chile fue el país pionero en Latinoamérica en introducir este tipo de incentivos de mercado para la prestación de servicios de salud a comienzos de los años ochenta. La característica

distintiva del modelo chileno, y la versión correspondiente del mismo para el caso colombiano, es la creación de un Sistema de aseguramiento para la provisión de servicios a través de una red privada de instituciones (Berman y Bossert, 2000).

Como resultado de la interacción de las dos fuerzas mencionadas, la Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres. Como se mencionó en la introducción, la Ley 100 de 1993 determinó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano quedara dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados. El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de ingresos corrientes de la nación que se transfieren a los entes territoriales (Sistema General de Participaciones), el 1.5% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

Las reformas conducentes a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993 han estado acompañadas de un proceso de descentralización administrativa en la gestión de los recursos y de una apertura para la participación de los agentes privados en la provisión del servicio público de salud <sup>29</sup>.

## **2.10 FUNCION DE ARTICULACION**

Para entender mejor este concepto, resulta útil pensar en términos de un “proceso de financiamiento-prestación”, es decir, un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud. El primer paso en este proceso es la captación de dinero por parte de las agencias financieras, así como la acumulación de ese dinero en fondos. La población, organizada en hogares y empresas, representa la fuente última de financiamiento a través del pago de impuestos generales, impuestos a la nómina, contribuciones especiales y primas de seguro. Una vez que los integrantes de una población han transferido recursos a las agencias, es necesario articular en paralelo dos importantes interfaces: por un lado, entre las poblaciones y los prestadores de servicios; por el otro, entre las agencias financieras y los prestadores.

### **2.10.1 Articulación entre poblaciones y prestadores.**

Esta parte de la articulación incluye por lo menos tres importantes subfunciones, a saber, la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación. La administración de riesgos se lleva a cabo afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores. Las organizaciones para la articulación de servicios de salud (OASS) reciben un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de eventos inciertos. A fin de fijar un tope a los gastos y de crear al mismo tiempo un incentivo equitativo contra la competencia basada en la selección de riesgos, tal pago debe ser una capitación ajustada por riesgo. Sin embargo, la articulación va más allá de la función tradicional de aseguramiento, ya que abarca también la administración del acceso. Esta subfunción operacionaliza varios aspectos cruciales de la interacción entre las poblaciones y los prestadores, incluyendo los procedimientos para el ingreso y la salida de los clientes en el sistema de salud; el conjunto de contingencias que deben ser cubiertas, definido mediante un paquete explícito de beneficios o de intervenciones (con frecuencia por mandato público), y el acotamiento de las opciones disponibles para los consumidores, mediante la organización de redes integrales de proveedores. Por último, la organización articuladora actúa como el agente informado de los consumidores y representa sus intereses

agregados (así como aquéllos de la agencia financiera), operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre. Estas tres subfunciones permiten conciliar las heterogéneas demandas de los consumidores con las capacidades complejas y especializadas de los prestadores, de tal forma que se asegure un uso costo-efectivo de los recursos, una buena calidad técnica y la satisfacción del usuario. Esta articulación explícita de recursos, prestadores y consumidores constituye una de las innovaciones que propone el pluralismo estructurado.

#### **2.10.2 Articulación entre agencias financieras y prestadoras de servicios.**

La articulación actúa como mediadora entre las agencias de financiamiento y los prestadores de servicios mediante la canalización selectiva de los recursos de las primeras a los segundos. Esta mediación se lleva a cabo a través de tres subfunciones, a saber, el diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la gestión de la calidad. El aspecto clave del diseño de incentivos es el mecanismo de pago. Si éste se encuentra estructurado de manera adecuada, la forma en que los prestadores reciban el pago puede impulsar su eficiencia y su respuesta sensible frente a los consumidores. Otro aspecto crucial del diseño del sistema se refiere al paquete de beneficios o intervenciones (Jamison *et al.*, 1993). A través de un diseño de beneficios adecuado, la agencia financiera puede estar segura de que sus recursos se están aplicando de la manera más costo-efectiva posible, de tal manera que la inversión

en salud produzca los mejores rendimientos. Finalmente, las organizaciones articuladoras pueden desempeñar importantes funciones para la gestión de la calidad, tales como la certificación de la competencia de los proveedores y el monitoreo de los procesos y los resultados de la atención, incluyendo tanto sus aspectos técnicos como la satisfacción del consumidor <sup>30</sup>.

“A través de un diseño de beneficios adecuado, la agencia financiera puede estar segura de que sus recursos se están aplicando de la manera más costo-efectiva posible, de tal manera que la inversión en salud produzca los mejores rendimientos <sup>31</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Profundizar el papel de las EPS en el SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud, basados en el Modelo de Pluralismo estructurado.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Detallar el desempeño de las EPS bajo el modelo de Pluralismo Estructurado.
- Indagar sobre el quehacer de las EPS bajo el modelo del Manejo Social del Riesgo.



#### **4. METODOLOGÍA**

La presente Investigación es Documental, es una variante de la investigación científica, cuyo objetivo fundamental es hacer el análisis de las EPS dentro del Sistema General de seguridad Social en Salud, utilizando técnicas muy precisas, como la Documentación existente, que directa o indirectamente nos aporta la información. Es una investigación que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de nuevos conocimientos <sup>32</sup>.

Como su nombre lo indica, nos apoyamos en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos.

Podemos definir a la investigación documental como parte esencial de un proceso de investigación científica, constituyéndose en una estrategia donde se observa y reflexiona sistemáticamente sobre realidades (teóricas o no) usando para ello diferentes tipos de documentos.

Los pasos para estructurar la presente investigación documental son los siguientes:

1.- Elección del tema: para hacer la elección del tema nos hicimos diferentes preguntas respecto al funcionamiento del Sistema General de seguridad Social en Salud en relación con el manejo social del riesgo, en el que nos preguntamos:

¿Cuál es el problema que necesita ser investigado?.

¿Ayuda esta investigación a ampliar los conocimientos en este campo?.

Este tema es importante por los diversos cambios y conceptos que deben ser integrados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

2.- Acopio de bibliografía básica sobre el tema:

Durante un mes reunimos todo el material bibliográfico; artículos, estudios críticos, monografías, ensayos, documentos de archivo, libros, tesis, etc.

A partir del conocimiento impartido por la Dra. Carmen Vergara (Noviembre 19, 20, 26, 27 de 2011) se pudo estructurar mejor la pregunta de investigación, lo cual nos permitió delimitar la idea que se tenía.

3.- Elaboración de fichas bibliográficas y hemerograficas, para localizar rápidamente el material, con los datos básicos de un documento (nombre de libro, autor, editorial, número de edición, etc.).

4.- Lectura rápida del material: Con el fin de ubicar ideas principales que nos aporten para construir la pregunta de la investigación.

5.- Delimitación del tema: Con la lectura realizada y las notas de clase de la Dra. Carmen Vergara se delimitó el tema a investigar, para medir su dimensión y alcance, su aspecto formal y su complejidad. Esta delimitación nos permitió precisar en el tema central “Las EPS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En el cual centraremos nuestra atención.

6.- Esquema de trabajo: Es el registro visual que representa el esqueleto del escrito con que concluimos el proceso de investigación.

7.- Ampliación del material sobre el tema ya delimitado:

8.- Lectura minuciosa de la bibliografía

9.- Elaboración de fichas de contenido: En las nuevas fichas bibliográficas, además de la bibliografía se colocan aquellas ideas importantes que ampliaremos en la discusión de nuestra investigación.

10.- Organización de las fichas de contenido y revisión del esquema, se les da una numeración: Se organizaron las fichas de acuerdo al que le daremos al trabajo de investigación así:

- Seguridad Social.
- Las EPS.
- La Protección Social.
- Manejo Social del Riesgo.
- Pluralismo estructurado.
- La función de articulación en las EPS.

11.- Organización definitiva del fichero.

12.- Redacción del trabajo final: Su objetivo; es comunicar con la mayor claridad y coherencia ideas y puntos de vista respecto a la pregunta de investigación, las comprobaciones ó reflexiones logradas a través de todo el proceso de la investigación documental

El análisis que se hará será de tipo comprensivo, basado en métodos cualitativos de investigación que permiten la comprensión y hallazgo de sentido en los documentos que se revisarán.

Para esta etapa de la investigación será necesario conjugar dos tipos de trabajo: de una parte, un ejercicio de comprensión que materialice el acercamiento a los horizontes de sentido de los actores, logrado en el curso de la investigación con una participación activa del investigador en un proceso que llamaremos de tematización interpretativa y por el otro, el desarrollo de unos esfuerzos de tematización generalizadora mediante los cuales el investigador buscará relacionar la teoría sustantiva construida a partir de los momentos anteriores con la teoría formal o teoría ya existente sobre el ámbito de pertinencia de la investigación correspondiente. Es, en otros términos, el momento de la construcción teórica

33.

Desde la perspectiva de la comprensión de las posibilidades de conocimiento de la realidad humana, se acepta la existencia de múltiples visiones con grados de entendimiento y validez diversos sobre dicha realidad. En este sentido, es particularmente importante, para las opciones investigativas de tipo cualitativo, reconocer que el conocimiento de la realidad humana supone no solo la descripción cooperativa de ella, sino ante todo la comprensión del sentido de la misma por parte de quienes la producen y la viven <sup>34</sup>.

## **5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Después de la revisión y análisis de las Leyes 100/93, 1122/07 y la 1438/11, específicamente en lo referente a la función de Articulación dentro del sistema de Seguridad social en salud (a través de las EPS), cabe el interrogante acerca de si sería importante explicitar en éstas, la función de articulación específicamente en lo que tiene que ver con Administración del Riesgo a través del modelo de Manejo Social del Riesgo y la estrategia de Prevención, dado que “ El de salud colombiano requiere de manera urgente la implementación de un modelo de atención que favorezca la prevención y limite los incentivos hacia el excesivo consumo de servicios y los ‘overhead’ que sistemáticamente se aplican sobre cada procedimiento lo cual está llevando al sistema hacia su no sostenibilidad”<sup>35</sup>

Administración del Riesgo: Promoción y prevención de la salud.

“Los programas de atención, entendidos desde la visión de la salud pública, comprenden todo un conjunto de acciones intra y extrasectoriales para lograr intervenir los problemas de salud mediante el diseño de actividades en los tres niveles de prevención. Se espera que si

estos programas son efectivos se logre disminuir la carga de enfermedad por los problemas de salud enunciados antes y adecuar la prestación de servicios para mejorar la capacidad de respuesta hacia los pacientes que ameriten atención en los niveles medio y alto de complejidad tecnológica”<sup>36</sup>.

Aunque la Ley 100 de 1993 recoge el enfoque del pluralismo estructurado, para el cumplimiento del mandato constitucional, no es suficiente con un modelo de organización del sistema. Se requiere la conceptualización de un modelo de atención, sustentado en las prácticas de salud pública en el que se privilegie a la población, dicho modelo debería basarse en los conceptos de promoción y prevención.

Estas reflexiones ponen de manifiesto que el modelo del pluralismo estructurado en el que se basó el diseño de la Ley 100 aún no ha sido entendido como una oportunidad para afectar los indicadores de resultado en la salud de la población y las propiedades emergentes que tenía el sistema público no han sido reconocidas y potenciadas. Por el contrario lo que se observa es que las iniciativas buscan resolver problemas coyunturales<sup>37</sup>.

Para entender mejor el concepto de articulación, resulta útil pensar en términos de un “proceso de financiamiento-prestación”, es decir, un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud. El primer paso en este proceso es la captación de dinero por parte de



las agencias financieras, así como la acumulación de ese dinero en fondos. La población, organizada en hogares y empresas, representa la fuente última de financiamiento a través del pago de impuestos generales, impuestos a la nómina, contribuciones especiales y primas de seguro. Una vez que los integrantes de una población han transferido recursos a las agencias financieras, es necesario articular en paralelo dos importantes interfaces: por un lado, entre las poblaciones y los prestadores de servicios; por el otro, entre las agencias financieras y los prestadores<sup>38</sup>.

En el campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar la enfermedad, ocasionalmente en cómo prevenirla y poco en el cuidado de la salud.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son tanto objetivos vitales como estrategias importantes dentro del desarrollo de un sistema de salud. Lograr que se prevenga la aparición de enfermedades y se mantengan las buenas condiciones de salud en una población, son objetivos que deben referenciarse al momento de estructurar un modelo de atención en salud. Pero la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud también son herramientas estratégicas para lograr los niveles deseados de salud y bienestar de una población.

En el sistema de salud colombiano ha sido mucho lo que se ha hablado sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Se ha expedido normatividad suficiente que incluso ha definido que las actividades que procuran mantener sana la población y prevenir la aparición de enfermedades, deben ser mediante la demanda inducida para que el mayor número posible de personas, participen de ellas y puedan ser corresponsables, pero también para que se preserve la salud de las personas.

Una de las responsabilidades de las EPS debe ser prevenirle la enfermedad al usuario, e incluir acciones que motiven a la población a adquirir hábitos de vida saludable tendiente a reducir el riesgo de enfermar, para muchas enfermedades, como las cardíacas, crónicas y algunos tipos de cáncer, la medida más efectiva es la educación en salud desde la infancia. Sin embargo, si las EPS no adquieren sistemas de información que les permita identificar la frecuencia con la que participan sus usuarios en los distintos programas, o los llaman para actualizar su estado de salud, serán acciones poco eficaces para lograr impactar en la salud.

Resulta indiscutible que cuando un sistema de salud contempla y cumple con una política seria y debidamente estructurada de prevención de la enfermedad, aumenta la calidad de vida de las personas, mejora el bienestar y la expectativa de vida de la población, además que como resultado de esa política, también se disminuye el gasto de los recursos del

sistema general de seguridad social en salud y de los mismos usuarios, especialmente porque disminuyen los pagos de atenciones de alto costo.

Es necesario continuar perfeccionando los programas de promoción y prevención, incluyendo la estrategia de Atención Primaria en Salud, donde la familia, es fundamental, puesto que se forma en ella una cultura de la salud que abarque todos los aspectos de la vida, y en esta medida se alcanzarían mejores resultados en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, objetivo fundamental de nuestra sociedad para mejorar la calidad de la existencia del hombre como valor supremo.

La función de articulación dentro del Sistema General de seguridad Social en Salud:

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS, dentro del Sistema de Seguridad Social Integral como marco general, y específicamente al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, juegan un papel protagónico a la hora de mirarlo bajo el modelo de Pluralismo Estructurado; pues tienen la función de la Articulación que para nuestro caso Colombiano se ha llevado de manera fragmentada, se han centrado más en la afiliación de la población al sistema y lo concerniente en temas de compensación,

manifestándose como consecuencia un desequilibrio del sistema, siendo el centro de gravedad, la función de la Prestación.

En términos generales las Empresas Promotoras de Salud se han desarrollado dentro del sistema de forma adecuada al interior del sistema general de seguridad social en salud, ya que se crearon con el fin de administrar recursos, garantizando el acceso a un plan de beneficios de acuerdo al régimen; ya sea régimen subsidiado o contributivo, con estas entidades se ha controlado el acceso a los servicios de salud con parámetros de calidad costo-beneficio y racionalidad, trayendo consigo equidad, y cambiando el concepto de paciente, quien espera ser atendido; por usuario que amplía mucho el sentido, porque estos tienen unos derechos que reclamar y unos deberes que cumplir, también han sido fuente de información para otros actores del sistema, fuente de rentabilidad controlando que los recursos si se invierten como debe ser, actúan en beneficio de los usuarios, quienes tienen una participación activa dentro de las EPS, mediante las asociaciones de usuarios, haciendo veeduría permanente y velando por que los servicios se presten con calidad oportunidad y trato digno.

En el mercado existen algunas EPS que funcionan como verdaderas Articuladoras, garantizando la gestión del riesgo, cuentan con áreas dedicadas a generar y ejecutar programas que impacten el alto costo, aunque la gran mayoría de estas se han dedicado solo

a ser aseguradoras, prestar servicios para la enfermedad, conllevando a que no se dé una buena articulación entre con los usuarios y los prestadores.

Importancia de tener claridad en las funciones de modulación y articulación:

**MODULAR:** No solo se refiere a regular, sino que implica definir, implantar y monitorear las reglas del juego del sistema de salud, así como dotar de intencionalidad al sistema desde el direccionamiento estratégico, con unas reglas de juego que permitan equilibrar los intereses de los diversos actores.

**ARTICULAR:** Es una función que permite asegurar al usuario y representarlo partiendo de la afiliación. La articulación pretende dar coherencia a los diferentes componentes de la atención en salud. A través de esta función se genera la relación entre el financiamiento y la prestación de los servicios.

La Ley 100 de 1993 puede analizarse como un caso del modelo pluralismo estructurado, en donde la modulación sería la misión principal del Ministerio de la Protección Social dando dirección estratégica a todo el sistema. El financiamiento es la principal responsabilidad de

la seguridad social y busca lograr la protección universal conforme a los principios de las finanzas públicas. La articulación está en cabeza de los administradores (empresas promotoras de Salud EPS – Administradores del Régimen Subsidiado EPS-S), creadas con el fin de separar los sistemas de financiación y provisión de servicios; y la prestación se delega a las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS.

De acuerdo a la lectura y análisis que se ha hecho en varios documentos, se evidencia la poca claridad que hay en la aplicación de la función de articulación por parte de las EPS y la falta de reglas de juego claras que permitan una buena modulación por parte del Ministerio de la Protección Social.

En el momento actual, el cumplimiento de la función de articulación es muy débil y parece ser que las entidades articuladoras no tienen los mecanismos técnicos o administrativos para desempeñarla a cabalidad.

Determinantes de la salud:

En la actualidad tiene vigencia el tema de los factores riesgos de la salud. “Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad”<sup>39</sup>.

Por la relación que tiene con el tema de las EPS y el manejo social del riesgo, a través de las nuevas formas de acción; pues desde las EPS se podría impactar favorablemente en los riesgos de salud de la siguiente manera:

Comparativo de los riesgos de la salud bajo la estrategia del manejo social del riesgo a través de las EPS:

A continuación se hace la relación de algunos riesgos que tienen relación directa con la EPS.

<b>DETERMINANTES</b>	<b>RELACION</b>	<b>ESTRATEGIA MSR</b>	<b>IMPACTO</b>
<b>VIVIENDA</b>	<b>Directa.</b>	<b>Mitigación.</b>	Las EPS a través de los datos socio demográficos de la población afiliada debe buscar estrategias de promoción y prevención, partiendo de las condiciones de la vivienda. Ejemplo: Viviendas sin batería sanitaria.
<b>EDUCACION</b>	<b>Directa.</b>	<b>Prevención.</b>	Las EPS a través del perfil epidemiológico de la población, debe construir programas que impacten las necesidades específicas de las familias.
<b>ALIMENTACION</b>	<b>Directa.</b>	<b>Prevención.</b>	Las EPS a través del perfil epidemiológico de la población, debe detectar los



			trastornos de alimentación y caracterizarlos de manera particular. Ejemplo: Desnutrición – obesidad
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>Directa.</b>	<b>Mitigación.</b>	Un propósito de la EPS es la promoción y prevención

**Fuente:** Declaración de Yakarta, sobre la promoción de la salud en el siglo XXI.

6. Paralelo de las competencias de las EPS en cada una de las leyes relacionadas.

<b>EPS COMPETENCIAS</b>	<b>LEY 100/93</b>	<b>Artículo</b>	<b>LEY 1122/07</b>	<b>Artículo</b>	<b>LEY 1438/11</b>	<b>Artículo</b>
PRINCIPIO (Libre Escogencia).	X	Artículo 153	X	Artículo 25 (L -d)	X	Artículo 3

SALUD PÚBLICA (Corresponsabilidad).					X	Artículo 3
FINANCIACION (Salud Pública - Atención Primaria en Salud - Promoción y Prevención).			X	Artículo 14 (L-k)	X	Artículo 42
VULNERACION DE DERECHOS (Denuncia).					X	Artículo 21
PORTABILIDAD NACIONAL (Garantiza acceso-1 junio 2013).					X	Artículo 22
GASTOS ADMON EPS_C(Máximo 10% -1 enero de 2013- No inversión A.F).					X	Artículo 23
GASTOS ADMON EPS_ (Máximo 8%).					X	Artículo 23
REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO	X	Artículo			X	Artículo

(Mínimo de afiliados).		180				24
COMITE TECNICO CIENTIFICO (Respuesta máx. 2 día-Interdisciplinarios).	X	Artículo 188	X	Artículo 14 (L-j)	X	Artículo 26
PRESCRIPCIÓN DE REEMBOLSOS PRESTACIONES ECONOMICAS (3 años)					X	Artículo 28
PAGOS DIRECTOS DEL MPS (E.T y las IPS)					X	Artículo 29
LIQUIDACION DE CONTRATOS (3 meses para liquidar mutuo acuerdo-30 días unilateralmente)			X	Artículo 17	X	Artículo 31
PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (Atención complementaria-Medicina prepagada-Pólizas de	X	Artículo 169			X	Artículo 37

seguros).						
MULTAS POR INASISTENCIA (No \$ - Pedagógicas diseñadas por las EPS)					X	Artículo 55
PAGOS A PRESTADORES (Intereses moratorio - Se prohíbe proceso de auditoría previa a la presentación facturas- flujo y protección de recursos).			X	Artículo 13 (L-c,d,f)	X	Artículo 56
REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS (Las EPS Garantizar integralidad en la prestación a través de las redes).					X	Artículo 61
APORTES PATRONALES (Saneamiento en 12 meses).					X	Artículo 85
PREBENDAS (Sanciones).					X	Artículo

						106
INDICADORES EN SALUD (Articulados a la APS - Libre escogencia).					X	Artículo 108
AUDIENCIAS PUBLICA (Mínimo 1 vez x año).					X	Artículo 109
INFORMES (En máximo 60 días a partir de la vigencia giros prestadores- cumplimiento de planes de beneficios).					X	Artículo 110
EVALUACION Y CALIFICACION (Máximo 1 marzo de cada año publicar informe con indicadores - quejas- gestión riesgo etc.).					X	Artículo 111
ARTICULACION SISTEMA DE INFORMACION (Sispro máximo 31 diciembre de			X	Artículo 44	X	Artículo 112

2012).						
REPORTE OBLIGATORIO (De información solicitada MPS).					X	Artículo 114
INFORME ANNUAL (estado de salud Niños y niñas).					X	Artículo 115
INSPECCION -VIGILANCIA Y CONTROL (Super).			X	Capitulo 7	X	Artículo 121
PRESENTACION DE ESTADOS FINANCIEROS.					X	Artículo 122
INTEGRACION VERTICAL (Tope máximo 30% de contratación con sus propias redes).			X	Artículo 15		
Libre escogencia, y traslados entre EPS, de conformidad a los procedimientos y límites establecidos por la ley.	X	Artículo 159				

FUNCIONES		Artículo		Artículo		
(Aseguramiento indelegable)	X	178	X	14		

**Fuente:** Leyes 100 de 1993 – 1122 de 2007 – 1438 de 2011.

Con el anterior cuadro, se pretende realizar un seguimiento comparativo a las diferentes leyes que se han tenido en materia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dadas unas características iniciales en torno a la EPS.

## 5.1 COMPARATIVO ENTRE LAS ORGANIZACIONES ARTICULADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN ALGUNOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

### COMPARATIVO ENTRE LAS ORGANIZACIONES ARTICULADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN ALGUNOS PAISES DE LATINOAMERICA

PAIS	NOMBRE	OBJETO	CARACTERISTI CAS	FINANCIACI ÓN
COLOMBIA	EMPRESAS PROMOTORA S DE SALUD	Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.	Su función básica será organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la ley la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía.	Subcuenta compensación, Subcuenta de Solidaridad, Subcuenta de Promoción  y las cajas de compensación familiar, el Sistema general de participaciones, ETESA, rentas cedidas, recursos propios.



<b>MEXICO</b>	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	Son las Responsables de atender la población llamada asegurada, la cual se conforma por los trabajadores públicos y privados con un empleo formal.	Dictan sus políticas y procedimientos (se modulan) controlan sus propios mecanismos de financiamiento crean infraestructura y crean infraestructura y prestan los servicios a su población en forma individual e independiente.	Se financia con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores.
<b>CHILE</b>	<b>INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRES)</b>	Promover el desarrollo y perfeccionamiento del sistema de salud previsional privado, Prestar colaboración a los organismos públicos vinculados a esta actividad, Mejorar los niveles de salud de la población, Lograr que todos los chilenos puedan elegir efectivamente	Se sustenta en el principio que considera a la persona como la principal responsable de su propia salud, Entre las prestaciones mínimas que deben entregar las Isapres se encuentran: exámenes de medicina preventiva; protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y atención del	Cotización, que corresponde a un 7% de la remuneración, constituye más del 80% de los ingresos de las Isapres. Cotización o Pago Adicional, que voluntariamente contratan las personas o empleados para acceder a un mayor financiamiento de prestaciones de salud, Cotización

		su sistema de salud previsional.	recién nacido hasta los seis años de edad y el pago del reposo laboral por enfermedad. Este último es de carácter pecuniario y se le otorga al trabajador con el objeto de sustituir su remuneración mientras se encuentra en reposo ordenado por un médico, Existen además, los beneficios convencionales que son aquellos que el afiliado pacta libremente con su Isapre y que contemplan la más amplia gama de prestaciones de salud, como atenciones ambulatorias, hospitalizaciones, exámenes de diagnóstico, imagenología, traslados de ambulancia, prótesis, lentes ópticos,	Adicional Legal, de hasta un 2% de la remuneración de los trabajadores dependientes, que permite que trabajadores de bajas rentas puedan alcanzar a cubrir el precio del plan.
--	--	----------------------------------	---	--

			medicamentos e insumos durante la hospitalización y prestaciones dentales.	
<b>BRASIL</b>		<i>Atención a los pobres y a la enfermedad, prestar servicios con mayor calidad y garantizar el control y la fiscalización de los ciudadanos, garantiza asistencia integral y totalmente gratuita para la totalidad de la población, inclusive a los pacientes portadores del VIH, sintomáticos o</i>	El sistema abarca desde la simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos, garantizando el acceso completo, Además de ofrecer consultas, exámenes y hospitalización, el SUS promueve campañas de vacunación, acciones preventivas y de vigilancia sanitaria (como la vigilancia de los alimentos y el registro de medicamentos, El	Los recursos federales, que corresponden a más del 70% del total, progresivamente se distribuyen a los estados y municipios, a través de transferencias directas del Fondo Nacional de Salud a los Fondos de los estados y municipios, Además de las transferencias del Fondo Nacional de Salud, los

		<i>no, a los pacientes renales crónicos y a los pacientes con cáncer.</i>	SUS es regulado, fiscalizado y financiado por el Gobierno en sus tres niveles de administración: Unidad, Estados y Municipios, El SUS constituye un proyecto social único que se materializa a través de la promoción, la prevención y atención de la salud, donde la administración pública trabaja para su mantenimiento, mejora y expansión. La Red Ambulatoria del SUS está constituida por 56.642 Unidades ésta asistencia abarca desde la atención básica hasta los atendimientos en ambulatorios de alta complejidad.	fondos de los estados y de los municipios reciben contribuciones de sus propios presupuestos. Algunos estados promueven transferencias de recursos propios para los fondos municipales de salud.

<b>ARGENTINA</b>	<b>OS - OBRAS SOCIALES</b>	Las Obras Sociales (OS) son destinadas a proveer acciones de salud y recreación a los empleados formales en la sociedad argentina.	La fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleados y empleadores, que es recaudada por parte de AFIP y transferida al Superintendencia de Servicios de Salud, quien finalmente la redistribuye a las OS.	Encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 . Capacidad de ser en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970. Trabajadores formales y sujetos a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de salarización. Se permite la fusión y la unión de OS. Libre elección.
------------------	----------------------------	--	--	--

## **CONCLUSIONES**

La Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirige sus esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y en últimas, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma, en este contexto, la enfermedad es vista como una oportunidad para el crecimiento. Para el mejoramiento de la calidad de vida se necesita de un proceso a largo plazo con acciones continuadas y aunque implica altas inversiones al inicio, su efectividad es significativa cuando se logran cambiar condiciones y estilos de vida.

Nuestro actual sistema de seguridad social en salud, visto desde el modelo del Manejo Social del Riesgo y las funciones de los diferentes actores, específicamente las EPS, esta volcado a la estrategia de la Superación de eventos (enfermedades), es decir, a pensar cómo reaccionar de la manera más costo eficiente ante las consecuencias de enfermarse, a la vez que genera un altísimo costo que conlleva a la insostenibilidad financiera en el tiempo y limita de entrada las posibilidades de mejora solo en éste sentido.

No obstante la enfermedad, dentro del sistema general de seguridad social en salud, debe ser considerada como el riesgo, y la salud como el estado de donde partimos, y poder

concebir la administración del riesgo con elementos que en vez de volver el sistema más costoso, permita que sea más efectivo.

Además de lo anterior, se puede inferir, que si en el sistema de seguridad social en salud, de la mano de las EPS, encaminara como eje fundamental de su quehacer la estrategia de la Prevención, probablemente se encontraría un camino alternativo que impactará, no sólo la parte financiera del sistema, sino también la salud de los hogares, pues paradójicamente, el sistema es de salud y no de enfermedad como se ha manejado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOLZMAN ROBERT, JORGENSEN STEEN. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. [en línea] <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>> [consulta: 20 Enero de 2011].
2. GUZMAN PANIAGUA, HERNANDO. Colombia, paraíso de la Integración vertical en salud. En línea] <<http://www.periodico-el-pulso.com/html/.../debate-04.htm> > [consulta: 12 Febrero de 2011].
3. GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD. Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996-2005 [en línea] <http://www.acoes.org.co/7pdf7documentos/%20HFTF/28.pdf>>[consulta:22 Enero de 2011].
4. HOLZMAN ROBERT, JORGENSEN STEEN. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. [en línea]



<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>> [consulta: 20 Enero de 2011].

5. HOLZMAN ROBERT, JORGENSEN STEEN. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. [en línea] <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>> [consulta: 20 Enero de 2011].

6. LONDOÑO, JUAN LUIS, FRENK JULIO. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para las Reformas del Sector Salud en América Latina. 1997. [en línea] [http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/pluralismo\\_estructurado.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/pluralismo_estructurado.pdf)> [consulta: 20 Enero de 2011].

7. LONDOÑO, JUAN LUIS, FRENK JULIO. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para las Reformas del Sector Salud en América Latina. 1997. [en línea] <http://www.acoes.org.co/pdf/Documentos%20HFTF/28.pdf>> [consulta: 22 Enero de 2011].

8. Ley 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la protección social, Bogotá, Colombia, enero 10 de 1990. 1p.

9. Ley 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la protección social, Bogotá, Colombia, enero 10 de 1990. 1p.

10. GUEMES, ARMANDO. Análisis del Sector Salud. Herramienta para la formulación de Políticas. [En línea]<http://issuu.com/ruthvg/docs/armandoguemes> > [consulta: 20 Enero de 2011].

11. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 [en línea].<http://www.presidencia.gov.co>>[consulta:26 enero de 2011].

12. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 [en línea].<http://www.presidencia.gov.co>>[consulta:26 enero de 2011].

13. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.[en línea].<[http://es.wikipedia.org/wiki/sistema\\_de\\_salud\\_en\\_colombia](http://es.wikipedia.org/wiki/sistema_de_salud_en_colombia)>[consulta:28 enero de 2011].

14. Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la protección social, Bogotá, Colombia, diciembre 23 de 1993. 56p.

15. Ley 789. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se Modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. Ministerio de la protección social, Bogotá, Colombia, diciembre 27 de 2002. 1p.

16. Ley 790. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. Ministerio de Comercio, Bogotá, Colombia, diciembre 27 de 2002. 1p.

17. HOLZMAN ROBERT, JORGENSEN STEEN. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. [en línea] <

<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>> [consulta: 20 Enero de 2011].

18. HOLZMAN ROBERT, JORGENSEN STEEN. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. [en línea] <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>> [consulta: 20 Enero de 2011].

19. HOLZMAN ROBERT, JORGENSEN STEEN. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. [en línea] <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf> [consulta: 20 Enero de 2011].

20. URIBE VELEZ, ÁLVARO. Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables. Escuela saludable y vivienda saludable. [En línea] <http://www.col.ops.oms.org/publicaciones/lineamientos.pdf/emes> [consulta: 20 Enero de 2011].

21. SMITH QUINTERO, Ricardo. La Violencia Familiar en el valle de aburra caminos para la superación. [En línea] [http:// www.medellincomovamos.org/presentaci-n-la-violencia-en-el-valle-de-aburra-caminos-para-la-superaci-n](http://www.medellincomovamos.org/presentaci-n-la-violencia-en-el-valle-de-aburra-caminos-para-la-superaci-n) > [consulta: 20, Enero de 2011].

22. SMITH QUINTERO, Ricardo. La Violencia Familiar en el valle de aburra caminos para la superación. [En línea] [http:// www.medellincomovamos.org/presentaci-n-la-violencia-en-el-valle-de-aburra-caminos-para-la-superaci-n](http://www.medellincomovamos.org/presentaci-n-la-violencia-en-el-valle-de-aburra-caminos-para-la-superaci-n) > [consulta: 20, Enero de 2011].

23. SMITH QUINTERO, Ricardo. La Violencia Familiar en el valle de aburra caminos para la superación. [En línea] [http:// www.medellincomovamos.org/presentaci-n-la-violencia-en-el-valle-de-aburra-caminos-para-la-superaci-n](http://www.medellincomovamos.org/presentaci-n-la-violencia-en-el-valle-de-aburra-caminos-para-la-superaci-n) > [consulta: 20, Enero de 2011].

24. Antecedentes del sistema de seguridad social en salud.[en línea]<http://www.eumed.net/libros>. [consulta: 15 de febrero de 2011].

25. Antecedentes del sistema de seguridad social en salud.[en línea][http://www.eumed.net>libros](http://www.eumed.net/libros). [consulta: 15 de febrero de 2011].

26. Antecedentes del sistema de seguridad social en salud.[en línea][http://www.eumed.net>libros](http://www.eumed.net/libros). [consulta: 15 de febrero de 2011].

27. Antecedentes del sistema de seguridad social en salud.[en línea][http://www.eumed.net>libros](http://www.eumed.net/libros). [consulta: 15 de febrero de 2011].

28. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 [en línea].<http://www.presidencia.gov.co>>[consulta: 26 enero de 2011].

29. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 [en línea].<http://www.presidencia.gov.co>>[consulta: 26 enero de 2011].

30. LONDOÑO Juan Luis, FRENK, Julio. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para las Reformas del Sector Salud en América Latina. 1997. [en línea] <http://www.acoes.org.co/pdf/Documentos%20HFTF/28.pdf>> [consulta: 22 Enero de 2011].
31. LONDOÑO Juan Luis, FRENK, Julio. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para las Reformas del Sector Salud en América Latina. 1997. [en línea] <http://www.acoes.org.co/pdf/Documentos%20HFTF/28.pdf>> [consulta: 22 Enero de 2011].
32. LONDOÑO, Juan Luis, FRENK Julio. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para las Reformas del Sector Salud en América Latina. 1997. [en línea] [http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/pluralismo\\_estructurado.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/pluralismo_estructurado.pdf) [consulta: 20 Enero de 2011].
33. SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. Investigación Cualitativa. [En línea] [http://www.desarrollo.ut.edu.co/tolima/ermesoft/portal/home\\_1/rec/arc\\_6667.pdf](http://www.desarrollo.ut.edu.co/tolima/ermesoft/portal/home_1/rec/arc_6667.pdf) [Consulta: 20 Enero de 2011].

34. SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. Investigación Cualitativa. [En línea] [http://www.desarrollo.ut.edu.co/tolima/ermesoft/portal/home\\_1/rec/arc\\_6667.pdf](http://www.desarrollo.ut.edu.co/tolima/ermesoft/portal/home_1/rec/arc_6667.pdf) [Consulta: 20 Enero de 2011].
35. RUÍZ GÓMEZ, Fernando. Integración vertical lo bueno y lo malo. [en línea] <http://www.elspectador.com/impreso/vivir/articuloimpreso-239594-integracion-vertical-bueno-y-malo> [consulta: 12 Febrero de 2011].
36. RENDÓN L., BEJARANO, M. Remisiones en el valle del cauca. Análisis y pautas para orientar la red de servicios. Revista colombiana Médica 36(1):23-28.
37. CAICEDO, Carlos, CLAUDIA VACCA. Anotaciones al proceso de fusión de Empresas sociales del estado del distrito capital. [En línea] <http://www.redbogota.com/univerciudad/.../opinaor.htm> [consulta: 19 Febrero de 2011].
38. LONDOÑO, Juan Luis, FRENK, Julio. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para las Reformas del Sector Salud en América Latina. 1997. [en línea]

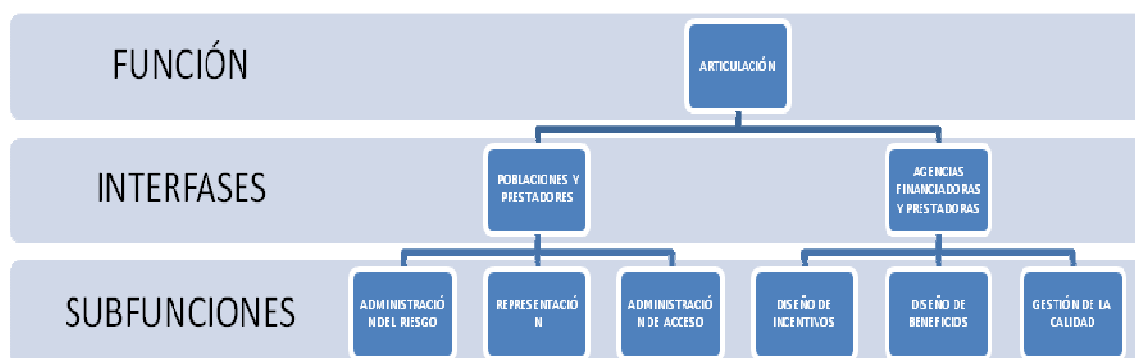


[http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/pluralismo\\_estructurado.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/pluralismo_estructurado.pdf)> [consulta: 20 Enero de 2011].

39. LONDOÑO, Juan Luis, FRENK Julio. Pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para las Reformas del Sector Salud en América Latina. 1997. [en línea] [http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/pluralismo\\_estructurado.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/pluralismo_estructurado.pdf) [Consulta: 20 Enero de 2011].

40. DECLARACIÓN DE YAKARTA, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. [En línea] [http:// www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf) > [consulta: 20 Enero de 2011].

## **ANEXOS**



**RIESGOS ASOCIADOS A FUENTES DE SALUD Y LOS SISTEMAS QUE  
INTERVIENEN**

<b>Riesgo.</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>		
	<b>Prevención.</b>	<b>Mitigación.</b>	<b>Superación.</b>
<b>Enfermedad:</b>	El sistema público con: Plan de salud pública, salud ocupacional (programas realizados por las ARP's del Sistema General de Riesgos profesionales) y salud ambiental (programas realizados principalmente por las entidades territoriales); y el sistema de mercado	Interviene el sistema público con el Régimen Contributivo de Salud, el Sistema General de Riesgos Profesionales, el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) y el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones. Así	Se tiene la intervención de los tres sistemas así: el público con la Red Pública Hospitalaria; el de mercado con la medicina privada y el sistema informal con: familia ampliada, transferencias dentro de la misma comunidad,

	con la medicina privada.	mismo, se tiene la participación del sistema de mercado con la medicina privada, la medicina prepagada y los seguros de salud. De otra parte se tiene la familia ampliada dentro del sistema informal.	caridad y desahorro.
Lesiones.	Sistema público con Salud Ambiental.	Intervienen: el sistema público con el SOAT y el Sistema General de Riesgos Profesionales; el sistema de mercado con los seguros de salud; y el sistema informal con familia	participan: el sistema público con la Red Pública Hospitalaria el sistema de mercado con la medicina privada, y el sistema informal con: familia

		<b>ampliada.</b>	<b>ampliada, transferencias dentro de la misma comunidad, caridad y desahorro.</b>
<b>Discapacidad.</b>	<b>Sistema público con Salud Ambiental.</b>	<b>Intervienen: Sistema público con el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones y el Sistema General de Riesgos Profesionales; el sistema de mercado con los seguros de salud; y el sistema informal con familia ampliada.</b>	<b>participan: el sistema público con la Red Pública Hospitalaria, el sistema de mercado con la medicina privada, y el sistema informal con: transferencias dentro de la misma comunidad, caridad, desahorro y las ONG's.</b>

<b>Epidemias.</b>	<b>La salud pública y las campañas de vacunación y en el sistema de mercado, la medicina privada.</b>	<b>no se cuenta con ningún tipo de intervención.</b>	<b>no se cuenta con ningún tipo de intervención.</b>
-------------------	---	--	--

**RIESGOS ASOCIADOS A FUENTES ECONÓMICAS Y LOS SISTEMAS QUE INTERVIENEN**

<b>Riesgo.</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>		
	<b>Prevención.</b>	<b>Mitigación.</b>	<b>Superación.</b>
<b>Desempleo.</b>	<b>Interviene el sistema público con: la capacitación que ofrece el SENA, políticas laborales, y los programas de capacitación que ofrecen las cajas de compensación</b>	<b>Las respuestas están dadas sólo por el sistema de mercado y el informal, teniéndose para el primero: microfinanzas (Megabanco, Banco</b>	<b>Intervenciones del sistema público tales como: cesantías para trabajadores asalariados y sin salario integral, créditos de las cajas de compensación familiar, y programas</b>

	<p>familiar. De otra parte interviene el sistema de mercado con los programas de capacitación que ofrece el sector privado.</p>	<p>Mundial de la Mujer –BID-), programas de generación de ingresos, programas de empleo de emergencia como IFI (microcrédito urbano); y para el segundo: múltiples trabajos, matrimonio/familia, organizaciones comunitarias.</p>	<p>de la Red de Apoyo Social, entre ellos “Manos a la Obra” y “Jóvenes en Acción”. Igualmente se tienen intervenciones por parte del sistema de mercado como: venta de activos financieros y crédito bancario; y por parte del sistema informal con: venta de activos reales, préstamos entre vecinos, transferencias dentro de la misma comunidad, trabajo infantil, desahorro en capital humano, migración.</p>
--	---	---	---



<b>Fracaso comercial.</b>	<b>Interviene el sistema público con buenas políticas macroeconómicas y promoción de comercialización. Así mismo interviene el sistema de mercado con el fomento de encuentro OO-DD e inteligencia de mercados que realizan las cámaras de comercio y otras entidades.</b>	<b>Se tiene la participación de: sistema de mercado con microfinanzas e inversión o diversificación de portafolio; y el sistema informal con la tenencia compartida.</b>	<b>Se tiene el sistema de mercado con intervenciones como la venta de activos financieros; y el sistema informal con: venta de activos reales, préstamos entre vecinos, transferencias dentro de la misma comunidad, trabajo infantil, desahorro en capital humano y migración.</b>
<b>Daño en las cosechas.</b>		<b>La respuesta está dada por el sistema público a través de intervenciones como:</b>	<b>No se cuenta con ninguna intervención de parte del sistema público, sin embargo se tiene el sistema de</b>

		<p>investigación, transferencia de tecnología, difusión, seguros públicos y FINAGRO; así como por el sistema de mercado a través de los seguros de cosechas.</p>	<p>mercado con intervenciones como: venta de activos financieros y préstamos bancarios; y el sistema informal con: venta de activos reales, préstamos entre vecinos, transferencias dentro de la misma comunidad, trabajo infantil, desahorro en capital humano y migración.</p>
<p><b>Crisis financiera.</b></p>	<p>El sistema público ofrece normatividad prudencial; y el sistema de mercado ofrece conocimiento del mercado</p>	<p>Se cuenta con la intervención del sistema público con inversiones forzosas FOGAFIN, y la intervención del</p>	<p>Se tiene la intervención del sistema público a través de la refinanciación, y del sistema de mercado</p>

	<b>financiero.</b>	<b>sistema de mercado con inversiones en múltiples activos financiero.</b>	<b>por medio de la venta de activos financieros.</b>
--	--------------------	--	--

**RIESGOS ASOCIADOS A FUENTES SOCIALES Y LOS SISTEMAS QUE INTERVIENEN**

<b>Riesgo.</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>		
	<b>Prevención.</b>	<b>Mitigación.</b>	<b>Superación.</b>
<b>Conmoción civil, disturbios sociales, terrorismo.</b>	<b>No se tiene ninguna respuesta de parte de ninguno de los sistemas.</b>		<b>Se cuenta con la intervención del sistema público con la atención a la población víctima de ataques terroristas y del conflicto armado, a través del la Red de Solidaridad Social y el ICBF.</b>
<b>Desplazamiento Forzado.</b>	<b>Se tiene el sistema público con intervenciones</b>	<b>No se cuenta con ninguna intervención de</b>	<b>Se tiene el sistema público con las intervenciones que</b>

	como la Red de Solidaridad Social, y el sistema informal con intervenciones de parte de las familias y la comunidad.	parte de ninguno de los sistemas.	se dan a través de la Red de Solidaridad Social; y el sistema informal a través de intervenciones por parte de la iglesia, la familia y la comunidad.
<b>Pandillas y drogadicción.</b>	Se cuenta con la respuesta del sistema público con diferentes programas como: “Enlace”, “Rumbos”, programas municipales, y programas del	No se cuenta con ninguna intervención de parte de ninguno de los sistemas.	Se tienen intervenciones por parte del sistema público como: programa “Rumbos” y programas municipales. De igual manera se tiene el sistema de

	ICBF. Además se tienen intervenciones del sistema informal tales como la familia y la comunidad.		mercado con los centros privados de rehabilitación; y el sistema informal con las acciones que al respecto llevan a cabo la iglesia, la familia, la comunidad y las ONG's.
<b>Crímenes.</b>	Sólo se cuenta con la intervención del sistema público con los casos de justicia.	Sólo se tienen los seguros de vida como intervención del sistema de mercado.	Sólo se tiene la intervención del sistema informal con las acciones que al respecto llevan a cabo la iglesia, la familia y la comunidad.
<b>Violencia intrafamiliar.</b>	Se tiene el sistema público con	No se cuenta con ninguna	El sistema público ofrece las mismas

	<p>políticas como “Haz Paz”, y el sistema informal con las comisarías de familia.</p>	<p>intervención de parte de ninguno de los sistemas.</p>	<p>intervenciones que se tienen para prevención de esta clase de riesgos, además se tiene la participación del sistema informal con intervenciones de la iglesia, la familia, la comunidad y las ONG’s.</p>
--	---	--	---