

ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS Y PRINCIPIOS GENERALES DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD CON ÉN-
FASIS EN LA ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD DEL DERECHO
FUNDAMENTAL A LA SALUD EN COLOMBIA.

Jazmín Rengifo Castro

Carlos Stiven Paredes Lozano

Monografía presentada como requisito para optar al título de
Profesional en Administración en Servicios de Salud

Director de proyecto de grado

Silvio Jair Alegría Fernández

Enfermero Profesional

Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud

Magister en Gerencia de Servicios de Salud



Institución Universitaria Antonio José Camacho

Facultad De Educación A Distancia Y Virtual

Programa De Administración En Servicios De Salud

Santiago De Cali

2021

Nota de aceptación:

Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Institución Universitaria Antonio José Camacho para optar al título de Profesional en Administración en Servicios de Salud.

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 16 de Marzo de 2021.



Dedicatoria

Llenos de alegría, de amor y esperanza, les dedicamos este proyecto, a cada uno de nuestros seres queridos, quienes han sido nuestros pilares para seguir adelante.

Es para nosotros una gran satisfacción poderles dedicar a ellos, y con mucho esfuerzo, esmero nos lo hemos ganado.

A nuestros padres Héctor Rengifo y Socorro Castro, Carlos Paredes y Gloria Lozano, porque ellos son la motivación de nuestra vida y nuestro orgullo de ser lo que seremos.

A nuestros hijos, hermanos, porque son la razón de sentirnos tan orgullosos de culminar nuestra meta, gracias a ellos por confiar siempre en nosotros.

Y sin dejar atrás a todas nuestras familias por confiar en nosotros, a mis tíos y primos, gracias por ser parte de nuestras vidas y por permitirnos ser parte de su orgullo.



Agradecimientos

Inicialmente agradecemos a la Institución Universitaria ANTONIO JOSE CAMACHO por haber aceptado que hiciéramos parte de ella y abierto las puertas para poder estudiar nuestra carrera, así como también a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradecemos también a nuestro Director de Proyecto de Grado Magister Silvio Alegría por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también habernos tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo del proyecto.

También nuestro agradecimiento va dirigido a la Docente Ángela María Varela por habernos aceptado en su grupo de semillero para la realización de nuestro proyecto de grado.

Y para finalizar, también agradecemos a todos nuestros compañeros de clases durante todos los semestres de universidad, ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral nos aportaron en un alto porcentaje nuestras ganas de seguir adelante a pesar de las dificultades que se presentaron para culminar la carrera profesional.



TABLA DE CONTENIDO

Glosario	6
Resumen	7
Summary	8
Introducción	10
1. Descripción del problema de investigación	13
1.1 Pregunta de investigación.....	34
2. Objetivos	35
2.1 Objetivo General.....	35
2.2 Objetivos Específicos.....	35
3. Justificación	36
4. Metodología	42
4.1 Enfoque de la Investigación.....	42
4.2 Diseño de la Investigación.....	46
4.3 Tipo de Muestreo Cualitativo de Complementariedad.....	46
4.4 Criterios de Selección de La Muestra Teórica y Conceptual.....	46
4.5 Técnica de Recolección de Datos.....	47
4.6 Técnica y Métodos de Análisis.....	47
5. Resultados	50
5.1 Capítulo 1: Determinar, reconocer y precisar cómo se desarrollan y articulan los elementos y principios generales del sistema general de seguridad social en salud.....	50
5.2 Capítulo 2: Fundamentar, valorar y establecer por qué la accesibilidad y oportunidad como principios del derecho fundamental a la salud estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional en salud.....	54
5.3 Capítulo 3: Reconocer por qué la accesibilidad y oportunidad son atributos/características del sistema obligatorio para que exista la garantía de la calidad en salud.....	60
6. Conclusiones	62
7. Referencias Bibliográficas	64



Glosario

EAPB: Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

EPS: es una entidad promotora de salud, conocida en sus siglas como EPS, y en conjunto son las empresas del Sistema de Salud en Colombia, las cuales prestan servicios médicos.

IPS: Se conoce como Institución Prestadora de Salud a todas las instituciones privadas en Colombia que prestan los servicios médicos de consulta, hospitalarios, clínicos y de cuidados intensivos.

OMS: La Organización Mundial de la Salud, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas, especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud.

PBS: El Plan de Beneficios en Salud (PBS), es el conjunto de servicios y tecnologías en salud a que tiene derecho todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

RSO: Se define como la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental de las empresas.

SGSSS: El Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención.

SOGCS: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.



Resumen

El objetivo del presente estudio es analizar los elementos y principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud especialmente la accesibilidad y oportunidad que hace parte del derecho fundamental a la salud en Colombia. Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental para el desarrollo del ser humano y es por eso, que se debe proteger desde el ejercicio de los hábitos individuales de cada ser, hasta el reconocimiento de los procesos de atención que están ofreciendo las distintas entidades prestadoras de servicios de salud en toda su amplia gama.

La investigación desarrollada es de tipo descriptivo y evaluativo de corte transversal que permite comparar el conocimiento teórico acerca de la accesibilidad y oportunidad de los usuarios dentro de la ley estatutaria 1751 del 2015. Con un enfoque cualitativo, basado en publicaciones, literatura, revistas científicas y normatividad. Con diseño No Experimental, utilizando como técnica principal de recolección de datos la selección de muestras como libros, documentos y trabajos investigativos entre otros. Finalmente, el método de análisis empleado fue documental basados en trabajos y resúmenes investigativos con similitud a la Ley Estatutaria 1751/2015.

Este estudio permite concluir que se debe implementar los principios o elementos de la Ley Estatutaria 1751/2015, para vencer las barreras que existen en la atención integral de los usuarios a las instituciones prestadoras de salud. Ya que, es preciso pensar en el bienestar colectivo de la sociedad en los momentos que se requiera.

. **Palabras claves:** Análisis, Accesibilidad, Oportunidad, Ley estatutaria, Sistema de seguridad social integral.



Summary

The objective of this study is to analyze the elements and general principles of the General System of Social Security in Health, especially the accessibility and opportunity that is part of the fundamental right to health in Colombia. Taking into account that health is a fundamental right for the development of the human being and that is why it must be protected from the exercise of the individual habits of each being, to the recognition of the care processes that the different entities are offering health service providers in all their wide range.

The research developed is of a descriptive and evaluative type of cross-section that allows comparing the theoretical knowledge about the accessibility and opportunity of users within the statutory law 1751 of 2015. With a qualitative approach, based on publications, literature, scientific journals and normativity. With Non-Experimental design, using as the main data collection technique the selection of samples such as books, documents and research papers, among others. Finally, the method of analysis used was documentary based on research papers and summaries similar to Statutory Law 1751/2015.

This study allows us to conclude that the principles or elements of Statutory Law 1751/2015 must be implemented, to overcome the barriers that exist in the comprehensive care of users of health care institutions. Since, it is necessary to think about the collective welfare of society in the moments that are required.

Keywords: Analysis, Accessibility, Opportunity, Statutory Law, Comprehensive Social Security System.



INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Porcentaje de Pago a Salud de los Pensionados.....	17
Figura 2 Políticas de Salud.....	28
Figura 3 Relación entre materias y principios de la RSO	58

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Documentos consultados.....	43
--	-----------



Introducción

La presente monografía desarrolla una investigación, la cual es un paso inicial hacia una mayor claridad conceptual en lo que respecta a los factores que influyen tanto en los elementos y principios del derecho fundamental a la salud en los modelos de competencia gestionada, en el contexto de los países en desarrollo y conocer porque es necesario ser estratégicos con la implementación de la accesibilidad y oportunidad en la atención en salud.

La implementación del nuevo modelo de salud en Colombia que se da a través de la ejecución de la Ley 100 de 1993, mediante la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, permitió que se adoptara un tipo de modelo organizativo que introdujo una reforma.

Aquí es importante resaltar que la misma Ley 100 de 1993 contempla los siguientes elementos y principios: Elementos (Disponibilidad, Aceptabilidad, Accesibilidad, Calidad e Idoneidad profesional); Principios (Universalidad, Equidad, Continuidad, Prevalencia de derechos, Progresividad de los Derechos, Libre elección, Sostenibilidad, Oportunidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, Protección a los pueblos étnicos: indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueros. (Ley 1751 de 2015)

A pesar de la amplitud, los principios permiten la operación de la Ley 100 de 1993, en Colombia, el Congreso de la República y sus legisladores no pronosticaron que la misma Ley implicaría y generaría una avalancha de tutelas para la protección de los Derechos en relación con la no cobertura o excepciones al Plan Obligatorio de Salud.

Tal situación, llevó a que los jueces de la República consideraran que las tutelas jugaran un papel importante sobre los derechos fundamentales que están amparados en la Constitución



Política de Colombia de 1991, los jueces encontraron que se tiene que preservar y avalar los principios que están sujetos con el derecho a la vida.

Nace la imperiosa necesidad que se considere la salud como un derecho fundamental, y que las altas corporaciones del Estado desarrollen la trazabilidad constitucional de los Derechos Fundamentales con el cumplimiento del bloque de constitucionalidad.

Por eso, el Congreso de la República, tuvo que legislar y mediante un acto legislativo para definir que la salud es un derecho fundamental.

El derecho a la salud implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general. (Ruiz, 2011, pág. 08).

Todo con el fin de que al interior del modelo de atención, siempre en la salud exista la relevancia que implica ejemplificar que el accionar de las tutelas es mediante la obligación constitucional para los aseguradores y prestadores de la salud, porque lo determinante de la trazabilidad del bloque de constitucionalidad que está en conexidad con el derecho de la vida, y está sustentada en los procesos estructurantes y a la vez determinantes, para que las políticas públicas en salud, estudien los procesos, analicen y evalúen para mejorar el acceso real en la salud, que es la verdadera cuestión del problema.

Nos permite cómo intervenir las políticas en salud y reconocer la interrelación de los factores como: la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación, y de la población como: la cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc., ya que la accesibilidad, está relacionada a un contexto definido que se conoce como el acople



estructural del acceso potencial, que es donde se da la articulación pertinente y significativa entre los elementos que conforman el sistema de salud.

Son los procesos que en el estudio y análisis cualitativo del fenómeno, desde el enfoque de la complementariedad conceptual, teórica es el observar /las características/atributos de los servicios de salud, que a su vez dejan generada/planteada una nueva dialógica recursiva que surge en el ejercicio del análisis situacional mediante la incorporación de una nueva información, que es la oportunidad lo que plantea una sincronía entre los elementos y los principios, porque hay una interdependencia que obliga a que sean concebidos de forma holística , pues se encuentran íntimamente relacionados.

En Colombia la accesibilidad y oportunidad son elementos primordiales que han sido considerados al interior de la diferente normatividad que hoy nos rige: Constitución Política de Colombia de 1991. Artículo 48. “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

Por lo tanto, la utilización de los servicios se entiende como un fenómeno complejo que puede ser comprendido a partir del sentido que los actores atribuyen a los actos propios relacionados con la salud, y a las formas que genera la utilización de los servicios en la atención en salud.



1. Descripción del problema de investigación

A nivel mundial, el problema de la accesibilidad y la oportunidad hacen parte de los retos más importantes que tienen los sistemas de salud de los países de mediano y bajo ingreso, que es el modelo de aseguramiento por mejorar.

Las nuevas estadísticas de la OMS (Organización Mundial de la Salud), publicadas el 7 de abril de 2019 con motivo del Día Mundial de la Salud, hacen relevancia en que la atención primaria en salud, tienen la necesidad de mejorar el acceso y aumentar su utilización.

En más del 90% de los países de ingresos bajos; hay al menos cuatro enfermeros y profesionales de partería por cada 1000 personas. Estos resultados presentados, con estas estadísticas según la OMS (Organización Mundial de la Salud), muestran que prácticamente están impactadas la accesibilidad y oportunidad de los servicios de salud para las personas.

Comprendiendo que la “accesibilidad es la relación entre los servicios de salud y los usuarios en la que, tanto unos como otros, contendrán en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse; y considerando la salud como un derecho fundamental, se plantea la necesidad de comprender la dinámica de los elementos implicados en el acceso a la asistencia sanitaria (tales como las desigualdades y la equidad en salud, como la vulnerabilidad de ciertos grupos, los factores determinantes de su salud y las dimensiones del acceso a los servicios) estos pueden llegar a determinar el papel de la gestión para mejorar el acceso. Puesto que hay aspectos cruciales que se identifican por la disponibilidad de evidencia sobre desigualdad en el acceso, el liderazgo local efectivo, la identificación de una intervención apropiada, como el control y evaluación de gestión e impacto y la identificación de recursos adicionales que contribuyan a eliminar la exclusión. Se



concluye que, para lograr las mejoras en la accesibilidad, es preciso comprender que quienes prestan la atención directa a los usuarios y los propios pacientes son elementos clave a considerar en la dinámica de la atención en salud y esto requiere a su vez del compromiso de las autoridades sanitarias, pues se hace considerando el derecho a la salud como un tema transversal de las intervenciones destinadas a incrementar el acceso a los servicios. (OCDE, 2019)

Es necesario, tener en cuenta que: la accesibilidad se pueda abordar bajo tres vertientes; (Sánchez-Torres, 2017)

a) Como parte del proceso en la implementación de la política pública: en tanto que es la búsqueda de una mejora en el bienestar de la sociedad, que enfrenta una serie de retos que en ocasiones frenan el éxito de un programa, tales como: problemas de contexto, seguridad, problemas culturales, usos y costumbres, problemas financieros, de inseguridad, de burocracia y accesibilidad.

b) Como un pilar de la política pública integral propuesto por la OMS, pues es de acuerdo con la OMS, el derecho a la salud abarca cuatro elementos (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población.

c) Como también es posible considerarla como el eslabón que permite que la oferta se una con la demanda; es decir, no basta la existencia de clínicas o programas de salud si no existen las condiciones para que la persona pueda demandar el servicio. En ese sentido, el debate teórico es interesante, intenso y se ha profundizado sobre las causas que inhiben a que las personas tengan o no acceso a los servicios de atención, entre otras palabras, que cuenten con la accesibilidad.



Por consiguiente, todos los colombianos deben acceder de manera equitativa a los bienes sociales primarios, y el Estado es el que debe asegurar que los más vulnerables accedan de manera privilegiada a los servicios y oportunidades de salud.

Por esto, debemos analizar en profundidad la importancia estructural de la accesibilidad y oportunidad que tienen los colombianos para poder suplir las necesidades de salud que tengan que afrontar.

El Ministerio de la Protección Social, es el ente regulador del sistema (Ley 1122 de 2007), que formula las políticas en materia de salud para todo el territorio nacional, establece las normas científicas y administrativas sobre la garantía de la calidad de los servicios de salud, con el control preventivo de los factores de riesgo, como normativas que deben ser acatadas de manera obligatoria por las EPS, IPS y los entes territoriales, departamentos, distritos y municipios, y al mismo tiempo deben formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia y calidad a las EPS, IPS y entes territoriales.

El Ministerio de la Protección Social, en su universo del plan de acción asume con la Ley 1122 de 2007, la función de administración del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que antes ejercía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

En la arquitectura institucional, las fuentes principales de financiación de lo que estructura como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que es el nuevo modelo de aseguramiento público, porque es donde se recogen las cotizaciones obligatorias, los copagos y cuotas moderadoras, y en menor medida otros ingresos públicos como los impuestos. Estos recursos son administrados por el FOSYGA y por los Fondos Territoriales de Salud. (Colombia, 2007)



El FOSYGA (ahora ADRES), está subdividido en cuatro grandes subcuentas: la de compensación interna del régimen contributivo, la de solidaridad del régimen subsidiado en salud, la de promoción de la salud y la de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) (Mogollón, 2004). Cada subcuenta se maneja de manera independiente, capitalizando sus rendimientos financieros, previo cumplimiento del presupuesto definido para su funcionamiento.

La subcuenta del régimen contributivo está financiada a través de las cotizaciones obligatorias de los afiliados, que es el equivalente a un máximo del 12,5% del salario base de cotización, el 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador (Ley 1122 de 2007).

Figura 1

Porcentaje de Pago a Salud de los Pensionados



Si los ingresos de un jubilado son iguales o menores a un mínimo deberá pagar \$70.224, es decir 8%

Tomado: Sánchez, A. (2020). Anexo de *Así cambió el monto de aporte a salud de los pensionados con la reforma tributaria*. Bogotá: Editorial La República S.A.S.

Conforme a la Ley 2010 del 2019, para el año 2021, los trabajadores independientes y pensionados que devenguen menos de un salario mínimo (SMLV), deben asumir de manera íntegra la cotización del 8%. Pero, estos aportes recaudados por las EPS, a través de un proceso de cruce



de cuentas, son los que compensan con el FOSYGA (ADRES), la diferencia entre el monto recaudado y la financiación capítativa establecida por afiliado o Unidad de Pago Capítado (UPC). La UPC es la cantidad monetaria que el SGSSS asigna a la EPS por cada individuo afiliado a cambio de cubrir las prestaciones incluidas en el paquete de beneficios.

Es la Ley 100 la que establece cuotas moderadoras con el objeto de regular la utilización de servicios, que se aplican sobre los afiliados del régimen contributivo que utilizan los servicios, y con los copagos que se aplican sobre los beneficiarios de los cotizantes (cónyuges, hijos, etc.) con la finalidad de ayudar a financiar el sistema (Defensoría del Pueblo; 2005).

Según la Ley, los copagos y las cuotas moderadoras no pueden aplicarse simultáneamente sobre un servicio. Ambos se aplican teniendo en cuenta el ingreso base del afiliado (Acuerdo 260 de 2004).

Es importante tener en cuenta que el régimen subsidiado se financia con los recursos de la cuenta de solidaridad del FOSYGA (ADRES), que hace las transferencias para inversión social con destino a los municipios, pues las transferencias de salud dirigidas a los departamentos son el esfuerzo propio de los entes territoriales y los recursos de las cajas de compensación familiar. Los fondos de la subcuenta de solidaridad proceden del 1,5% de los aportes de los afiliados del régimen contributivo y aportes del presupuesto nacional (Ley 1122 de 2007).

Referente a la subcuenta de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, esta obtiene recursos del 0,5% de los fondos que recaudan las EPS para el pago de acciones preventivas y de promoción, así como de los aportes que el Estado destina para el desarrollo de acciones colectivas para la salud.



Con respecto de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, es con la que financia el costo de las enfermedades crónicas y de alto costo, que no están incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, a través de los ingresos generados a partir de los aportes de las primas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), como de las multas y sanciones y de otros rendimientos financieros (Hernández, 2002).

Por eso, en la gestión del aseguramiento para el régimen contributivo, le corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y para el subsidiado, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

Las EPS, pueden llegar a actuar como aseguradoras tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, con requisitos de capital o fondo social mayores a los exigidos a las ARS (Mogollón, 2004).

También, porque las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen como parte de sus funciones principales la afiliación, registro de afiliados y recaudación de sus cotizaciones por delegación del FOSYGA (ADRES).

Al mismo tiempo, garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados de manera directa o indirecta. Las EPS pueden ser públicas o privadas. Las EPS privadas, son organizaciones con o sin ánimo de lucro, con grandes inversiones de capital. Las EPS públicas, son empresas comerciales e industriales del Estado, (EICE) y están a cargo de las antiguas cajas de previsión que se convirtieron o fueron adaptadas para lograr cumplir ese fin (Mogollón, 2004).

Con respecto de las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), estas son las empresas encargadas de garantizar la prestación de servicios a los beneficiarios del régimen subsidiado, mediante la contratación de servicios con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).



Las ARS pueden ser públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro, que en su proceso de conformación adquieren la categoría de acuerdo con la posibilidad de asumir diversas fórmulas jurídicas, ya sea como las Empresas Solidarias de Salud (ESS) o las Cajas de Compensación Familiar (CCF).

En el caso de las ARS públicas están delimitadas en su ámbito político-administrativo (departamental y municipal); y con respecto de las ARS, tipo Caja de Compensación Familiar, estas sólo se circunscriben al ámbito departamental, en tanto que las ARS privadas con ánimo de lucro y las solidarias, no deben tener un límite territorial (Ruiz et al., 1999).

En este aspecto organizacional, el Gobierno expidió el Decreto 1804 de 1999, que estableció nuevos requisitos de acreditación a las ARS, con el fin de lograr disminuir el número de ARS y así, reducir los costes de inspección, vigilancia y control, entonces estableció un porcentaje máximo de gastos administrativos, y un número mínimo de 200.000 afiliados.

En el marco del acceso a la atención a la salud, éste se logró convertir en una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias porque se logra observar que existía una tendencia a usar este término y otros que lo equipararán por el de la “disponibilidad”, “**accesibilidad**” (Frenk, 1985), como parte de una “búsqueda de atención”, y hasta llegar a confundirlo con algunos de sus componentes como el de cobertura en el aseguramiento o proximidad geográfica de los servicios de salud (Institute of Medicine. Access to Health Care in America, 1993).

En ese sentido, los formuladores de las políticas públicas definieron que, frente al ámbito del **acceso**, éste ha estado ligado al objetivo de mejorar la equidad en el acceso al sistema de salud (Cernadas, 2008). Cuestión que se relaciona con el ajuste entre las características de los servicios



y las de la población (Penchansky y Thomas, 1981; Frenk, 1985), igualmente con la utilización de los servicios (Aday y Andersen, 1974).

Son enfoques que delimitaron su campo de acción a lo que consideraron el dominio estrecho del acceso como una búsqueda de atención por parte del individuo al inicio de atención. Por otro lado, se buscó que el dominio fuera más amplio, direccionado más hacia la necesidad de la atención en lo que concierne a la utilización de los servicios (Ricketts y Goldsmith, 2005).

Inicialmente, el enfoque diferencial concentra su mirada a lo que son las características de la oferta (disponibilidad de servicios, localización, etc.) y sobre todo en la relación de cómo se ajustan a las características de la demanda (la renta familiar, la cobertura de seguro, etc.).

Con este enfoque Frenk o Donabedian (1985) usan el término de **accesibilidad**. El otro enfoque, el acceso hace referencia a los determinantes que son la utilización de servicios (Frenk, 1985).

Diferencian lo que está en el dominio estrecho al poder contemplar otros procesos culturales, actitudinales, cognoscitivos y conductuales, que junto y en relación con la accesibilidad determinan la utilización de los servicios (Frenk, 1985 citado en Vargas, 2010).

El acceso se concentra en el análisis del acceso a través de los componentes que están relacionados con las características de la población y/o de la oferta –afiliación a un seguro de salud, o también con la disponibilidad de oferta de servicios, etc.

El otro enfoque especializado evalúa el acceso a través de los resultados, es decir de acuerdo con cómo el acceso realizado está relacionado con la utilización de servicios. Se trata de evaluar la equidad de acceso desde una óptica más humana que tiene referencia con la igualdad de acceso, para exista que es igual de acuerdo con el nivel de necesidad. Porque no basta con conocer



el acceso por el grupo poblacional sino, que en cambio lo que hay efectivamente que hacer, es que hay que relacionarlo con las necesidades de salud relativas (Andersen, 1978).

En ese sentido, es más adecuado cuando el enfoque está interesado en estudiar las cuestiones estructurantes como el diagnóstico específico, las razones del retraso en la búsqueda de atención, la continuidad de la atención recibida, el cumplimiento por parte del paciente, y los patrones en la derivación de los pacientes (Andersen, 1973).

Igualmente, observar y evaluar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada, porque no es suficiente con centrar la mirada en la capacidad de entrar en el sistema.

Es importante evaluar si los pacientes/usuarios son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema (Gold y Stevens, 2008). Se puede relacionar la **accesibilidad**, en tanto, está se constituye en un “factor mediador” entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de dichos servicios. Es poder ver el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud (Frenk, 1985).

Cabe también resaltar que:

*La accesibilidad es algo adicional a la mera disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un momento dado; comprende las diversas características del recurso que facilita o dificulta el uso. La accesibilidad en la que se interrelacionan: la **geográfica**, que se puede medir a través de la distancia, el tiempo y coste del desplazamiento, etc.; y la **socio-organizativa** que incluye todas las demás características de la oferta de servicios (Travassos y Martins, 2004 citado en Vargas, 2010, pág. 43).*

La definición de **accesibilidad** más comprensible es la de la OMS, que, en sus esfuerzos por definir la atención primaria en salud, la define como:



*la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad. Puesto que la **atención** en salud tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y que pueda ser provista en medios aceptables para ellos.*

***Accesible geográficamente** significa que la distancia, el tiempo de viaje y los medios deben ser aceptables; porque **la accesibilidad financiera** implica que para cualquier método de pago, los servicios deben ser asequibles; **la accesibilidad cultural**, que implica la utilización de métodos técnicos y de gestión que respeten los patrones culturales de la comunidad; y **la accesibilidad funcional**, que es proporcionar el tipo de atención adecuada de manera continua a aquellos en la necesidad cuando lo necesiten (Gulzar, 1999 citado en Vargas, 2010, pág. 44).*

Hay unas concepciones que relacionan la accesibilidad con diferentes dimensiones como:

*la **disponibilidad** o relación entre el volumen y el tipo de servicios existentes, y el volumen y tipo de las necesidades de los usuarios; la accesibilidad o relación entre **la localización de la oferta** y la de los usuarios, que tiene en cuenta los recursos para el transporte, el tiempo de viaje, la distancia y el coste; **la adaptación** o relación entre la forma en que los recursos están organizados para atender a los pacientes (solicitud de citas, horarios, etc.) y **la capacidad de los pacientes** para adaptarse a estas formas organizativas; la asequibilidad o relación entre el precio de los servicios, y la renta, como es la disponibilidad a pagar y afiliación a un seguro de salud; las diferentes dimensiones de acceso están relacionadas entre sí. (Gulzar, 1999 citado en Vargas, 2010, pág. 44).*



De igual forma: “Porque la disponibilidad afecta la aceptabilidad y la adaptación a los servicios. La disponibilidad no asegura un acceso adecuado si persisten los problemas de asequibilidad” (Gulzar, 1999 citado en Vargas, 2010, pág. 44)

*Así mismo Penschsky y Thomas proponen la evaluación desde la perspectiva de los usuarios, pues es midiendo **la satisfacción** con las diferentes dimensiones de acceso propuestas. Es la (1) **satisfacción** con la disponibilidad (de conseguir atención médica cuando lo necesita el usuario/paciente, al encontrar un buen doctor, conocimiento de dónde conseguir atención y conseguir atención médica urgente), (2) con la **satisfacción** con la accesibilidad (con la localización de los servicios y la dificultad de llegar a los servicios); (3) con la **satisfacción** con la adaptación (espera para la cita, el horario, la espera en la sala de espera, y la facilidad para entrar en contacto con el médico); (4) con la **satisfacción** con la asequibilidad (con el seguro, los precios de los servicios y con el pago de las facturas); y (5) con la **satisfacción** con la aceptabilidad (la apariencia de las instalaciones, el barrio en el que se encuentran y los pacientes que se encuentran en los servicios). (Penschsky y Thomas, 1981 citado en Vargas, 2010, pág. 45)*

Por consiguiente, el marco conceptual para el análisis de la accesibilidad está basado en el ajuste, puesto que se distinguen los factores que crean resistencia a la búsqueda y obtención de la atención en salud, los que están relacionados con las características de la oferta en salud, y los factores que dan poder en la búsqueda y obtención de la atención en salud y están relacionados con los diferentes tipos de población.

Ahí están los **obstáculos ecológicos**: distancia y tiempos de transporte; financieros: precios que cobra el proveedor; y organizativos. *En esta última categoría se pueden distin-*



*guir los **obstáculos organizativos** a la entrada –que son aquellos que obstaculizan el contacto inicial con los servicios como es el tiempo de espera para obtener una cita-; y aquellos que interfieren con la recepción de la atención oportuna una vez que el paciente está dentro de un establecimiento de salud: tiempo de espera para ver al médico, pruebas complementarias, etc. (Frenk, 1985 citado en Vargas 2010, pág. 45).*

Hay que señalar que las características personales que confieren poder en la utilización de los servicios:

*Son los **obstáculos ecológicos** que tendrían su correspondencia en el poder de tiempo y transporte de la población; los **obstáculos financieros**, en el poder financiero (nivel de ingreso); los **obstáculos organizativos** en el poder de trato a las organizaciones (tolerancia a la demora en la obtención de citas, disponibilidad de tiempo libre, tolerancia a las reglas burocráticas, etc.). Cada obstáculo variará de acuerdo con **el modo de organización del sistema de atención en salud**. Lo mismo en un entorno rural, porque los obstáculos ecológicos pueden ser más importantes que en un entorno urbano. Igualmente se evalúa el acceso desde el punto de vista de los servicios con diversos indicadores de proceso que midan las diversas categorías de obstáculos y poder de utilización (Frenk, 1985 citado en Vargas 2010, pág. 45).*

El acceso a los servicios de salud debe considerarse como un atributo propio de la oferta en función de la demanda de servicios de la población.

Por consiguiente, hay que explicar los determinantes del uso de los servicios en donde se deben incorporar factores poblacionales que inciden en la búsqueda de la atención del usuario/paciente como una de las necesidades de atención para la salud, y una variable que muestra que existe



la propensión del paciente a buscar la atención para entrar a tener un dominio amplio del ecosistema relacional del servicio satisfactorio en salud. (Aday y Andersen, 1974; Frenk, 1985).

En ese proceso complejo e interdependiente, se da una búsqueda de atención por parte de los pacientes donde depende de factores como las actitudes, su conocimiento sobre la atención de salud, y las predefiniciones sociales y culturales de lo que significa la enfermedad y lo que haya aprendido.

A su vez aparecen, parte de las características de los servicios de salud, en los que se manifestó un factor que tiene relación tanto con la disponibilidad de recursos, como con la forma en que estos se **organizan para dar la atención** (Mogollón, 2004; Aday y Andersen, 1993 citados en Vargas, 2010).

En dicho proceso se observan cuáles son los recursos disponibles de los que hacen alusión “al **capital** y al **trabajo** que se destinan a la prestación de los servicios de salud. Lo que comprende tanto el volumen, como la distribución de servicios en el área” (Andersen y Newman, 1973 citado en Vargas, 2010, pág. 47).

El modelo de atención ha generado una estructura que se relaciona con las características de los servicios que determinan qué sucede con el paciente una vez consigue entrar en los servicios, donde están los procesos de referencia y contra-referencia.

Estos procesos nos muestran tanto los distintos tipos de **determinantes de la utilización de los servicios** (Mogollón, 2004): que son:

los factores que predisponen al uso de los servicios de salud (creencias y actitudes frente al uso de los servicios de salud, conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud, características sociodemográficas de los individuos); están los factores que



capacitan la utilización de servicios tanto a nivel individual (ingreso económico, tipo de seguro, residencia, procedencia, etc.), como comunitario (redes de apoyo, organización de los servicios en la comunidad); y es así como aparecen las necesidades de atención en salud de la población (necesidades percibidas y evaluadas por los proveedores). (Vargas 2010, pág. 48).

En consiguiente los procesos estructurantes y determinantes, para que las políticas públicas en salud, estudien, analicen y evalúen dichos procesos para mejorar el acceso real en la salud, que es la cuestión del problema, y es lo que permite orientar cómo deben intervenir **las políticas en salud** y reconocer la interrelación entre los factores como la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación, o programas dirigidos a características susceptibles de ser modificadas, de la población como la cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc. (Aday y Andersen, 1974).

En consecuencia, las características de los servicios de salud pueden afectar directamente los patrones de utilización, sin modificar las características de la población (por ejemplo, el ratio de hospitalizaciones que puede ser superior en un esquema de aseguramiento de pago por servicios (FFS), que en una organización de servicios de salud, que esté independientemente de las características de los usuarios (Aday y Andersen, 1974); o indirectamente incidir en las características modificables de los individuos (*por ejemplo a través de programas de información de los centros sobre el funcionamiento de los servicios*).

Por lo tanto, las características de la población (necesidades de salud, factores que capacitan o predisponen) pueden afectar directamente el uso de los servicios, independientemente de las características de los servicios de salud.

Figura 2

Políticas de Salud



Tomado: Aday y Anderson (1974)

Este **marco de análisis** del acceso en salud fue propuesto por Aday y Andersen (1974),¹ es el que orienta evaluar el acceso mediante la observancia de los indicadores de la estructura, que es donde van a estar representados por procesos y resultados, lo que permite monitorear el esquema de las políticas públicas en salud, según los objetivos proyectados.

El acceso real a los servicios de salud se puede caracterizar por el tipo de servicios que recibe el usuario/paciente, por el lugar o espacio clínico donde recibe la atención y por el propósito de la consulta, visita, cita e intervención, que posee unos niveles o variables según los intervalos

¹ Aday y Andersen crean un Marco de Referencia para el Análisis del acceso/accesibilidad y oportunidad que hay que extrapolar al trabajo de grado, porque reconoce en un mapa conceptual como las políticas de salud pueden ser un determinante poderoso para utilización de los servicios en salud.



de tiempo que implican la atención en salud. El propósito/fin de la visita/consulta/e intervención: es informativa, preventiva y/o curativa. Ese es uno de los marcos del análisis de los elementos.

También, el acceso real en salud representa una fotografía de lo que realmente sucede, por eso es el reflejo subjetivo/objetivo del proceso de la atención en salud que es donde por supuesto están en juego muchas variables que hay que tener en cuenta (Cernadas, 2008).

La accesibilidad, está relacionada con un contexto definido que se conoce como el acople estructural del acceso potencial, que es donde se da la articulación pertinente y significativa entre los elementos que conforman el sistema de salud, que son los procesos en estudio del fenómeno, el observar /las características/atributos de los servicios de salud, que a su vez dejan generada/planteada una nueva dialógica recursiva que surge en el ejercicio del análisis situacional mediante la incorporación de una nueva información, que es la oportunidad lo que plantea una sincronía entre el elemento y el principio, porque hay una interdependencia que obliga a que sean concebidos de forma holística², se encuentran íntimamente relacionados.

La accesibilidad y la oportunidad en el Decreto 1011 de 2006 son considerados principios, sin embargo, al interior de la ley Estatutaria 1751 de 2017, solo la oportunidad es tenida en cuenta como principio y la accesibilidad como un elemento importante al interior del SGSSS; en este sentido el principio se entiende como el soporte fundamental del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad mientras que el elemento como ya se indicó, es solo una parte del SGSSS.

² Es un enfoque que, al ser holístico, es un enfoque integral, pues es aquel que se acerca al proceso de estudio, sistema o fenómeno como es el de la atención en salud. Pero igualmente, es una de las formas con un marco de referencia científico que junta varias disciplinas que desde varios ángulos simultáneamente atienden y diagnostican la salud. No hay que confundir integral con total, puesto que total se refiere al conjunto de elementos que conforman la estructura; lo integral se conecta con las relaciones de aquellos elementos que en conjunto proporcionan coherencia, completitud y le dan forma al proceso en estudio, fenómeno o sistema y tiene su aplicabilidad en varios sentidos.



Son el holograma de la atención en salud, que muestra la expresión de todo el universo en acción de la salud. Contiene toda la totalidad del patrimonio de lo que es estructural y es estructurante en la salud. El holograma es lo que logra incorporar el conjunto articulado de los sistemas y que en su movimiento muestran toda la potencialidad en el acontecimiento y en sus significados y aprehenderlos.

Por eso, intervienen muchos factores relacionados entre sí y cambian cada vez que aparece la diversidad humana y lo que se debe hacer es comprender su complejidad en su unidad y en su diversidad. Comprenderlos implica saber descubrir que la accesibilidad y la oportunidad son de una complejidad creciente, porque hay una rapidez de los cambios y comportamientos fundamentales.

De ahí, que debemos observar cuál es el papel preponderante que juegan la accesibilidad y la oportunidad como uno de los elementos y principios en la reformulación de las políticas y programas en salud.

En Colombia, la accesibilidad y oportunidad están definidas como características del SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud) y que está reglamentada mediante el Decreto 1011 de 2006, en el que la norma las define de la siguiente manera: “**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud”, “**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Estas características/atributos están relacionadas con la oferta de los servicios de salud en relación con la demanda y con el nivel de coordinación y en la manera como las IPS (Instituciones



Prestadoras de Servicios de Salud) promueven la coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios, teniendo en cuenta las variables de oportunidad y accesibilidad que son tan importantes al interior del modelo de salud colombiano, y que el gobierno nacional a través de los órganos de dirección del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social), que las ha contemplado como características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Decreto 1011 de 2006).

Son los principios del derecho fundamental a la salud que están establecidos en la Ley 1751 de 2015; lo que significa que, por tratarse de una ley, necesariamente la accesibilidad y la oportunidad deben ser consideradas como Principios, mientras que al interior del Decreto 1011 de 2006 son consideradas como características/atributos por tratarse de una norma de menor peso jurídico, con respecto de la Ley 1751 de 2015” (Ministerio de Salud y Protección Social).

Hoy hacen parte de los **Atributos de la Calidad en la Atención en Salud**. Están correlacionados e interdependientes, pues generan garantía y **pertinencia** en los usuarios para que reciban los servicios que requieran.

Hacen parte de la **continuidad** que los usuarios como garantía deben recibir con las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico, sin que se produzcan interrupciones innecesarias.

Son un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que minimizan el riesgo en los pacientes/usuarios para que no le sean adversos durante la atención en salud. Configuran el estado de la **satisfacción del usuario**, en tanto muestran el nivel de la atención en salud y son parte de los atributos que articulados mejoran el bienestar y el ánimo del Usuario-Paciente.



Por lo tanto, la salud en Colombia presenta un marco normativo en función del apoyo, corrección y desarrollo para las buenas prácticas de atención en salud. Que consagran los derechos porque:

“La mejora de la salud humana es uno de los objetivos del desarrollo humano propuestos por las Naciones Unidas. Como derecho, posee una relación muy estrecha con la vida, y por tal razón se concibe como fundamental”.

Muy a pesar de ello, históricamente en Colombia se ha recorrido un largo camino, tanto legal como jurisprudencial, para su consagración. Inicialmente se le brindó un manejo como servicio público esencial, hasta evolucionar para convertirse en un derecho fundamental autónomo. En febrero del 2015, el Congreso de la República promulgó la Ley Estatutaria 1751 con el fin de proclamar la salud en Colombia como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable a cada persona.

Para cumplir con su fin, esta ley introdujo cambios importantes al Sistema de Salud, tales como la eliminación del Plan Obligatorio de Salud, con la creación de mecanismos idóneos para la protección y prevención del derecho, la aplicación de principios rectores al sistema de salud en general, entre otras directrices.

Otórgó un término de dos años, contados desde su promulgación, para que el Gobierno Nacional regulara todo lo concerniente a la aplicación, introducción y estructuración de la ley en el Sistema, y especialmente con el tema de exclusiones y autorizaciones de bienes y servicios dentro del mismo.

Dicho término finalizó en febrero del 2016 y el Gobierno Nacional, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, declaró una serie de resoluciones en las cuales se crean y se



desarrollan conceptos y procedimientos para determinar que se encuentra o no autorizado dentro del nuevo conjunto de bienes y servicios, llamado el Plan de Beneficios en Salud.

Porque blinda normativa y constitucionalmente a quienes están inmersos en el sistema de salud, regulando y complementando la definición del Derecho Fundamental a la Salud, desde la posición del Estado, el usuario, el privado y demás; para que exista un sistema integrado y universal. Con un servicio esencial bajo la responsabilidad y supervisión del Estado.

Son los elementos que interactúan en el proceso de atención en salud, es decir, en particular, la accesibilidad y la oportunidad, porque confluyen para hacerla más efectiva y manifiesta en la población, pues son diversos y diferenciados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo enuncia como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Sánchez-Torres, 2017, pág. 82).

Es reconocer la concepción del concepto de salud, para concebirlo de manera holística, donde se incluyan no sólo síntomas y condiciones físicas, sino todo el contexto que da la opción de no sólo satisfacer la necesidad de atención, también son aquellos factores que en algún momento pueden ser inhibidores para el cumplimiento de la prestación del servicio. La salud es un derecho fundamental para el desarrollo del ser humano. Se debe proteger desde los hábitos individuales de cada ser hasta los procesos de atención que ofrecen las distintas entidades prestadoras de servicios de salud en toda su amplia gama.

En conclusión, es necesario que el Ministerio de Salud asuma la responsabilidad de crear un sistema único de "reaseguramiento", para superar de esta forma la falta de accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud que perjudica las Empresas Promotoras de Salud por no tomar



decisiones estructurales frente al comportamiento y a las tendencias comprobadas del alto número de pacientes que no tienen atención de manera oportuna a los servicios de salud.

Adicionalmente, a la distribución equitativa de la siniestralidad, que tampoco puede dejarse de lado, tanto en el desarrollo de los elementos como de los principios del derecho fundamental a la salud en el sistema, por lo tanto, cuando se logre tal cuestión, el propósito perderá toda importancia como es el hecho de que los pacientes produzcan fenómenos de selección adversa hacia las aseguradoras.

1.1 Pregunta de investigación

Para efectos de esta monografía, se establecieron los siguientes interrogantes articulados e igualmente interdependientes:

Analizar ¿cómo se desarrollan los elementos y principios generales del sistema general de seguridad social en salud y por qué la accesibilidad y oportunidad como principios del derecho fundamental a la salud estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional y por qué son atributos/características del sistema obligatorio para que exista la garantía de la calidad en salud?



2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar los elementos y principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud especialmente la accesibilidad y oportunidad que hace parte del derecho fundamental a la salud en Colombia.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar, reconocer y precisar cómo se desarrollan y articulan los elementos y principios generales del sistema general de seguridad social en salud.
- Fundamentar, valorar y establecer por qué la accesibilidad y oportunidad como principios del derecho fundamental a la salud estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional en salud.
- Precisar, estimular y tomar conciencia por qué la accesibilidad y oportunidad son atributos/características del sistema obligatorio para que exista la garantía de la calidad en salud.



3. Justificación

Una vez implementado en Colombia el nuevo modelo de salud, mediante la promulgación de la Ley 100 de 1993, Colombia inicia toda una reforma que, por la exigencia de los organismos multilaterales, la llevarían a desarrollar y construir un mejoramiento del modelo de atención en salud, el cual hoy por hoy y en su condición de modelo, lo ubica al interior de los 10 más importantes del mundo.

En el desarrollo y evolución del modelo se contempla desde la Ley 100 de 1993, que el Estado colombiano debía dar a conocer a los actores del sistema de salud, con los lineamientos bajo los cuales los servicios de salud se prestarían bajo parámetros de calidad que están previamente establecidos.

Es así, como el Ministerio de Salud y Protección Social da a conocer el Decreto 2174 de 1996, el cual sería derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, y éste a su vez es derogado por el Decreto 1011 de 2006.

Conforme a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, la accesibilidad y la oportunidad son consideradas características/atributos entre otras del SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud), las cuales han tomado tanta **relevancia** que las mismas son usadas como **indicadores** para poder evaluar el desempeño de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios), e IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), porque pueden recibir sanciones por los organismos de control del sistema de salud (Superintendencia Nacional de Salud), puesto que sí no cumplen con los **estándares** que el Ministerio de Salud y Protección Social ya ha



definido como **metas para evaluar y monitorear**, -pues son **políticas públicas**, estas características cobijan incluso a las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios), puesto que tienen en cuenta el comportamiento en el cumplimiento de estos estándares, para que estas características sean obligatorias, porque son normativas por parte de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) para poder contratar la prestación de servicios de salud.

De ahí, es que estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional que es normativa porque rescatan el espíritu genuino de la RSO, que es moral, y se debe instrumentalizar que es “la Tendencia Sostenible que plantea la defensa de una moralidad basada en la pertinencia de las propuestas de RSO frente al bienestar y la sostenibilidad tanto de la organización como de la sociedad en general (Tello Castrillón & Rodríguez Córdoba, 2016).

Por eso, en el Sistema de Salud se habló del principio de oportunidad. Es propiamente hasta la Ley 100 de 1993, en el artículo 153 y numeral 3, donde se nombró un atributo en la garantía de la integralidad de la atención en salud (Ley 100 de 1993).

Posteriormente, en el Decreto 2174 de 1996, lo incluye como principio en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 1996), no obstante quien ha usado el principio y lo ha hecho prevalecer en sus fallos es la Corte Constitucional, quien en varias sentencias cita este principio para fundamentar el derecho a la salud y lo define como la prestación del servicio en el momento que corresponde para la recuperación satisfactoria del estado de salud (Sentencia T-745 de 2013), y últimamente fue incluido en la Ley Estatutaria de Salud.

En el contexto de la Ley Estatutaria en Salud, la accesibilidad es entendida como la posibilidad de que los servicios y tecnologías puedan ser accesibles a toda la población en condiciones de equidad y con base en las características culturales individuales y colectivas.



En la medida que el modelo de salud fue evolucionado, no se consideró la salud como un derecho fundamental, ello implicó que hasta el 2015, los jueces de la República de Colombia recibieran por parte de la ciudadanía grandes cantidades de acciones de tutela con el fin de garantizar los derechos fundamentales que en materia de la salud creían vulnerados; la situación mencionada llevó al Congreso de la República a tramitar una Ley Estatutaria en Salud que permitiera elevar el derecho a la salud, como un derecho fundamental a fin de evitar retrasos en los procesos de atención en salud mediante la garantía de los principios y elementos que en su condición de estructurales y estructurantes de las políticas públicas desarrollaran la Ley y le darían a la accesibilidad y la oportunidad la fuerza características/atributos en la salud, de tal manera que las instituciones o personas que impidan el cumplimiento de dichos principios se verán sometidos a las sanciones que la Ley determine.

En Colombia, se interpusieron 207.368 tutelas para buscar amparo en servicios de salud en el 2019, siendo el 34% del total de 620.257 acciones de este tipo que se presentaron en el año 2018. De los 1.122 municipios de Colombia, en 1.080 de ellos se presentó al menos una petición en busca del amparo de la salud y el bienestar. Al revisar en detalle se encuentra que los servicios más solicitados en las tutelas son los que están incluidos en el llamado Plan de Beneficios en Salud (PBS), con un 85% del total de las reclamaciones en el 2019 y un aumento del 5% frente al 2018.

La oportunidad, es decir los tiempos oportunos en los servicios, es la mayor solicitud de amparo dentro de este grupo de exigibilidades constitucionales e institucionales para el Estado colombiano. Los servicios más reclamados en las tutelas están relacionados con cirugías, tratamientos y procedimientos (98,4 %), elementos socio sanitarios (como pañales, pañitos, transporte y asistencia, con un 73 %) y medicamentos (72 %). Estos números



no representan proporciones absolutas porque la gente suele pedir varios de ellos en una sola tutela.

En ese contexto, si se toman las horas hábiles en el país se interpone una tutela cada 34 segundos o sí, se toma todo el tiempo en general se interpone una acción de amparo de este tipo cada 2,5 minutos para reclamar constitucionalmente en salud en el país. (LEY 100, 1993). (En Colombia presentan una tutela cada 2,5 minutos para reclamar salud, 2020, Parra 01- 11).

Se justifica el desarrollo de esta investigación por cuanto existen mandatos normativos (la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Decreto 1011 de 2006), que generan la obligación a los actores sociales del sistema general de seguridad social en salud, para que se dé su cumplimiento e incluso, para que se establezcan las sanciones a las que se ven sometidos si no se da el verdadero cumplimiento a dichos mandatos.

Así mismo, la investigación permite conocer el espíritu, génesis y evolución de las variables estructurantes de la accesibilidad y oportunidad al interior del modelo de salud colombiano, vistas como características/atributos del SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud) y como principio de la Ley Estatutaria en Colombia.

A partir de la Ley 1751 de 2015 esta, prácticamente se crea y genera la implementación del nuevo modelo de salud en Colombia que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, puesto que contempla los siguientes elementos y principios: Elementos (Disponibilidad, Aceptabilidad, Accesibilidad, Calidad e Idoneidad profesional); Principios (Universalidad, Equidad, Continuidad, Prevalencia de derechos,



Progresividad del derecho, Libre elección, Sostenibilidad, Oportunidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, Protección a los pueblos indígenas). (Ramírez et al., 2016).

Muy a pesar que los principios son los que permiten la operación de la Ley 100 de 1993, y es donde se observa y prioriza la necesidad que la salud para que fuese elevada a un derecho fundamental, en las altas corporaciones del Estado como, por ejemplo: El Congreso de la República, mediante un acto legislativo que decreto que la salud debe ser un derecho fundamental, con el fin, que al interior del modelo del sistema sanitario, la salud tuviese la relevancia que implica y así minimizar el accionar de las tutelas para los aseguradores.

Sin embargo, Colombia como un Estado Social de Derecho y sus legisladores, no tuvieron en cuenta que la misma Ley implicaba, que naciera la trazabilidad de los derechos fundamentales y así surgiera la posibilidad del bloque de constitucionalidad que tiene la Constitución Política de 1991 y surgiera una avalancha de tutelas garantistas en relación al hecho estructural de la no cobertura o a las excepciones al Plan Obligatorio de Salud, pues esta situación social, crítica de la inviabilidad llevó, a que los jueces de la República tuviesen que tutelar un derecho fundamental en la Carta Magna, para que las tutelas mostrarán la conexidad con el derecho a la vida.

En Colombia la Ley Estatutaria 1751 de 2015, reconoce la salud como un derecho fundamental, garantizando la dignidad humana y la igualdad de oportunidades de todos los colombianos.

El Artículo 5 (quinto) de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, facilita que se mejore el acceso a los servicios de salud, que se eliminen las autorizaciones para las atenciones de urgencias, se fortalezca el control de precios a los medicamentos y se avance de manera sustancial en la incorporación de nuevas tecnologías.



El presente proyecto de investigación se enfoca en conocer los Elementos y Principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015). Se orienta en la accesibilidad/oportunidad; que es lo que permite de manera clara identificar causas, consecuencias, sistemas de notificación, monitoreo y planes de mejoramiento que definen los protocolos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para poder disminuir la barreras que se presentan para la accesibilidad y oportunidad de los servicios al usuario/paciente, garantizándole el cumplimiento obligatorio de la ley y mejorando la atención de todos los servicios de salud y el verdadero bienestar humano.



4. Metodología

La monografía se soporta en la realización de un estudio cualitativo de complementariedad, que es descriptivo, se busca información por medio de fuentes primarias y secundarias, las cuales se ubican en categorías, conceptos, teorías y gestión del conocimiento para lograr de esta manera recolectar, detallar y analizar la información del tema de investigación.

Todos los estudios que existen en Colombia de accesibilidad y oportunidad han analizado los determinantes de la salud y se concentran en variables personales principalmente en las variables sociodemográficas, dejando a un lado las variables tan importantes como lo son las políticas públicas, las características de los servicios, los factores de mala calidad de la atención en salud, utilización de los servicios de salud desde los usuarios/pacientes o profesionales, como la poca disponibilidad de especialistas en las diferentes áreas, para garantizar mayor accesibilidad y oportunidad a la hora de requerir la atención.

4.1 Enfoque de la Investigación

Enfoque Cualitativo: Permite recoger y analizar información teórica, conceptual y de interdisciplinariedad por medio de fuentes secundarias, las cuales se ubican por medio de categorías, conceptos, valoraciones para lograr de esta manera recolectar, detallar y la información del tema de investigación análisis de los elementos y principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud con énfasis en la accesibilidad/oportunidad, con base en publicaciones, literatura, revistas científicas, normatividad, aspecto que complejiza los análisis, los resultados y decisiones que se puedan tomar sobre dichos fenómenos, por esta razón no requiere trabajo de campo.



ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS Y PRINCIPIOS GENERALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD

Tabla 1

Documentos Consultados

Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS			
REFERENCIA	TIPO DE REFERENCIA	APORTE	
Yepes F. (2010), Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia.	Artículo	Estudio se enfocó en el panorama que se presentó revisando varias muestras de una situación en la cual se manifiestan problemas en el acceso a los servicios de salud de la población asegurada.	
González Y, Quiñonez M, Jiménez W. (2013),	Artículo	Se basa en una investigación realizada al personal asistencial sobre el conocimiento del Decreto 1011/2006, para así garantizar las mejores condiciones de atención en los servicios de salud a la población colombiana.	
Fajardo G, Gutiérrez JP, García S. (2015).	Ensayo	El objetivo de este documento es explorar la conceptualización del acceso efectivo a servicios de salud y proponer una definición que permita la operacionalización de este.	
Jiménez WG, Angulo LL, Castiblanco YP, Gómez ML, Rey LJ, Solano LT, Urquijo YC. (2016),	Artículo	Se hizo con el fin de mostrar el paso a salud, del servicio público a ser derecho fundamental resguardado por la Ley Estatutaria.	
Ramírez AM, Rocha DE, Durango LF, Rodríguez SB. (2016),	Artículo	La intención de este artículo es conocer el propósito que tiene la norma con el fin de superar las barreras actuales del sistema de salud que han resultado en la prestación del servicio, puesto que se espera impactar positivamente en la situación de salud de los usuarios.	
Sentencia T-016 de 2007	Sentencia	Derecho a la Salud.	
Sentencia T-760 de 2008		Derecho Fundamental a la Salud.	
Sentencia T-121 de 2015		Principio de integralidad en la prestación de servicios de salud.	
Constitución Política. (1991). Colombia	Constitución política	Ofrece información sobre el Sistema de Salud colombiano, sobre el SGSSS y sobre los principios del SGSSS en Colombia.	
Ley 100 de 1993	Leyes	Estas leyes configuran el Sistema de Salud colombiano y en general el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ofrecen información precisa sobre las características de los Principios rectores del SGSSS, así como su epistemología y su operación conforme a la ley.	
Ley 691 de 2001			
Ley 1438 de 2011			
Ley 1164 de 2013			
Ley 1608 de 2013			
Ley 1751 de 2015			
Ley 1122 de 2007			Formula las políticas en materia de salud para todo el territorio nacional.
Ley 2010 de 2019			Creo el impuesto de normalización tributaria como impuesto complementario al impuesto sobre la renta.
Acuerdo 2060 de 2004	Informe	Regula la utilización de las cuotas moderadoras en los servicios de salud.	
Art. 9, Ley 1122 de 2007	Artículo de Ley	Ofrecen información acerca de modificaciones que ha experimentado el SGSSS de Colombia.	
Art. 10, Ley 1122 de 2007			



ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS Y PRINCIPIOS GENERALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD

Art. 25, Ley 1122 de 2007		
Art. 48, Constitución política de 1991		Sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.
Art. 49, Constitución política de 1991		Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
Sentencia T-745 de 2013	Sentencia	Derecho Fundamental a la Salud.
Sentencia C-252 de 2010		Sentencia de Control Constitucional al decreto que declara lineamientos del SGSSS en estado de emergencia.
Sentencia C-313 de 2014		Sentencia de Control Constitucional a la Ley Estatutaria de Salud.
Sentencia T-418 de 2013		Negra, que suministra elementos sobre el principio de enfoque diferencial del SGSSS en Colombia.
Decreto 2423 de 2004	Decretos	Por el cual se hacen algunas reformas al Sistema de Salud.
Decreto 055 de 2007		Por el cual se establecen mecanismos para garantizar la continuidad en el aseguramiento y prestación del servicio de salud en el SGSSS.
Decreto 780 de 2016		Por el cual se regula el Sector de la Salud y la Protección Social.
Decreto 1485 de 1994		Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1804 de 1999		Estableció nuevos requisitos de acreditación a las ARS.
Decreto 1011 de 2006		Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.	Informe	Información sobre la legislación internacional sobre el Sistema de Salud y SGSSS.
Organización Mundial de la Salud. (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional	Informe	Aporta información sobre disposiciones del derecho internacional sobre el principio de enfoque diferencial de SGSSS.
Organización Panamericana de la Salud. (2012). Colombia	Informe	Indicadores sobre el cumplimiento del servicio de salud en Colombia.
Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). La Equidad en salud para Colombia. Brechas internacionales y territoriales	Informe	Información sobre SGSSS de MINSALUD.
Minsalud. (1994). La Reforma a la Seguridad Social en Salud Tomo 1: Antecedentes y Resultados	Informe	Información sobre SGSSS de MINSALUD.



ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS Y PRINCIPIOS GENERALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD

Minsalud. (2013). Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”	Informe	Informe sobre las necesidades de un nuevo SGSSS en Colombia.
Minsalud. (2015). La Equidad en salud para Colombia. Brechas internacionales y territoriales	Informe	Información sobre SGSSS de MINSALUD.
Minsalud. (2019). Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS	Informe	Información sobre SGSSS de MINSALUD.
Constitución Política. (1886). Colombia	Constitución política	En la cual es manifiesta la intención e atado de asumir el problema de la salud. (1886-1947)
Ley Estatutaria 1751 del 2015	Ley	Define positivamente la calidad de derecho fundamental, autónomo e independiente de la salud para todos los colombianos.
Atención Primaria en Salud. (2011).	Informe	Estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada.
Cernadas, A. (2008). Desigualdades en salud: las barreras de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público para los colectivos socialmente desfavorecidos	Tesis Doctoral	Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada.
Sánchez D. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud	Artículo	Presenta el desarrollo teórico de la accesibilidad como proceso y producto.
Decreto 2174 de 1996	Decreto	Mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 2309 de 2002		Deroga Decreto 2174 de 1996.
Sosa Cardona, R. E., Tello Castillón, C., & Pineda Henao, E. F. (2020). Derecho Constitucional, Responsabilidad Social Organizacional y Gobernanza	Estudio de Caso	Estudio de caso sobre el Plan estratégico corporativo sobre fundamentos teóricos de la Responsabilidad Social Organizacional y la Gobernanza.
Del Pueblo, D. (2005). Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud	Estudio	Fuente de evaluación de los ejes centrales del SGSSS.
TOTAL REFERENCIAS		50 REFERENCIAS

Elaboración Propia



4.2 Diseño de la Investigación

No experimental – Descriptivo- Innovación de Gestión del Conocimiento Prospectivo:

El alcance de la investigación es descriptivo con un enfoque cualitativo, ya que busca especificar las características/atributos y elementos/principios, que es en donde la investigación nos permite observar, conocer **la evolución** y desarrollo que ha tenido el sistema de salud en Colombia frente a la accesibilidad y oportunidad en cuanto a los servicios de salud; desde lograr determinar, reconocer y precisar cómo se desarrollan y articulan los elementos y principios generales del sistema general de seguridad social en salud. Para fundamentar, valorar y establecer por qué la accesibilidad y oportunidad como principios del derecho fundamental a la salud estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional en salud.

Así, permitir y orientar cómo precisar, estimular y tomar conciencia porque la accesibilidad y oportunidad son atributos/características del sistema obligatorio para que exista la garantía de la calidad en salud.

4.3 Tipo de Muestreo Cualitativo de Complementariedad

Estructura Selección de los individuos en virtud de posiciones conectadas dentro de una estructura o cadena, Útil en el estudio de estructuras sociales jerarquizadas o dimensiones comunicacionales de los problemas.

4.4 Criterios de Selección de La Muestra Teórica y Conceptual

Libros, documentos, trabajos investigativos sobre accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud, en su calidad de características y principios.



4.5 Técnica de Recolección de Datos

Documentos: Nos apoyaremos en documentos y comparación de varios investigadores donde se considera la importancia del tema del proyecto de la investigación, por lo tanto, este tipo de comparaciones nos va a servir para analizar los elementos y principios los cuales estamos investigando.

Base de datos: Al ingresar a Google académico las palabras principios y elementos nos arroja una serie de documentos, investigaciones en PDF, diapositivas, buscamos las que se enfocan en las variables que son accesibilidad y oportunidad.

4.6 Técnica y Métodos de Análisis

Documental: Basados en trabajos y resúmenes investigativos que abordan la Ley Estatutaria 1751 de 2015, es desde donde se enfocan los presupuestos de estudio y análisis en los elementos y principios generales con énfasis en la accesibilidad y oportunidad, comparándolo con el Sistema de Seguridad Social Integral de la Ley 100/1993, porque nos muestran que son los movilizadores para que exista una mejor calidad de los servicios de atención en salud.

Al 2001 “las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas” (Velandia, 2001).

Puesto que “la investigación logró identificar algunos factores que determinan las variaciones las evaluaciones de la oportunidad y de la calidad, lo mismo que en las razones para no utilizar los servicios de atención médica, advirtiéndose que esos factores en conjunto no tienen una alta capacidad explicativa”.



Pues es, “con relación a las razones de no uso de los servicios, se encontró que la población que no utilizó los servicios de atención médica en 64.7 % de los casos ciertas “razones” para no hacerlo, que de alguna manera se asocian con problemas en la calidad.

Se pueden calificar como de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad “geográfica”), falta de dinero (accesibilidad “económica”) y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”).

Existen evidencias directas (p.e., las demoras o la evaluación de “mala calidad” de los servicios) y evidencias indirectas (la no utilización de los servicios de salud a través de la seguridad social o simplemente la no utilización de estos) que sugieren que los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud pueden ser mayores de lo que aparentemente se pudo evidenciar.

Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el sistema de seguridad social está causando dificultades que se reflejan en la actitud del usuario o que simplemente no ha podido resolverlas.

Porque el estudio explica que “Las variaciones en las razones de no uso se asociaron también con las siguientes variables o factores:

a) Afiliación: los no afiliados dieron más importancia a las razones de acceso que los afiliados y estos últimos le otorgaron más importancia a las razones que nada tienen que ver con la calidad;

b) Tipo de entidad de afiliación: los afiliados a los sistemas especiales dan más importancia a la accesibilidad que aquellos que están afiliados a las EPS, cajas de previsión y de compensación, y estos últimos privilegiaron las razones que nada tienen que ver con la calidad;



c) Tipo de régimen de afiliación: mientras los afiliados al régimen subsidiado atribuyeron más importancia a las razones de accesibilidad, los del régimen contributivo la dieron a las razones que nada tienen que ver con la calidad;

d) Tipo de recurso utilizado: si bien es cierto que estaba más asociado con las razones de accesibilidad, también lo es que no dejan de pesar las razones que nada tienen que ver con la calidad para justificar la no asistencia a los servicios formales de salud.

Es importante destacar que el 64,7% de pacientes asisten al tegua o empírico por razones de accesibilidad y cómo un porcentaje considerable asisten a terapias alternativas por problemas de calidad técnica y de oportunidad de los servicios de atención médica”. (Canencio Salazar, Falla C, Moreno M, & al., 2007)



5. Resultados

5.1 Capítulo 1: Determinar, reconocer y precisar cómo se desarrollan y articulan los elementos y principios generales del sistema general de seguridad social en salud.

Los elementos y principios generales del sistema general de seguridad social en salud, aparece lo que se conoce como el acople estructural del acceso potencial en la salud, que es donde se da la articulación pertinente y significativa entre los elementos que conforman el sistema de salud, que son los procesos donde:

La accesibilidad como la adherencia son conceptos provenientes del campo de la biomedicina y, generalmente, están articulados en la promoción de estrategias políticas sobre servicios de salud para una atención sustentada en la atención primaria de la salud, con el propósito cubrir las necesidades de la población, dividiendo la accesibilidad en económica y cultural; la primera considerada como la capacidad de los individuos o de la comunidad para costear la asistencia y, donde sí el individuo o la comunidad no está en condiciones económicas para utilizarlo, ese servicio no puede ser considerado accesible. Por otro lado, la accesibilidad cultural se refiere a la concepción de los beneficiarios del sistema, a fin de establecer si pueden o no ser considerados como aceptables por sus destinatarios, esto es, los servicios deben calificarse como apropiados a las necesidades prioritarias y, por tanto, deben ofrecer asistencia de calidad (Sánchez, 2015, párr. 40).

Son procesos determinantes de la salud y se concentran al observar que las características/atributos de los servicios de salud, a su vez dejan generada/planteada una nueva dialógica recursiva que surge en el ejercicio del análisis situacional mediante la incorporación



de una nueva información en el análisis del sistema de la salud, y es que es la oportunidad lo que plantea, es una sincronía profunda entre los elementos y los principios, porque hay una interdependencia que obliga a que sean concebidos de forma holística, pues se encuentran íntimamente relacionados. Son pilares de las políticas públicas integrales tal y como está propuesto por la OMS (2013):

El derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad es uno de los cuatro pilares que componen una política pública en salud:

1. *Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.*

2. *Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.*

3. *Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.*

4. *Calidad. Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere (párr. 22- 26).*



Presentar este estudio cualitativo nos permite analizar los elementos y principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud especialmente la accesibilidad y oportunidad que hace parte del derecho fundamental a la salud en Colombia, que es el objeto de estudio en profundidad.

La presente investigación es un paso inicial hacia una mayor claridad conceptual en lo que respecta a los factores que influyen en el acceso a la atención a la salud en los modelos de competencia gestionada, en el contexto de los países en desarrollo y conocer porque es necesario ser estratégicos con la implementación de la accesibilidad y oportunidad en la atención en salud.

Los modelos teóricos propuestos por Aday y Andersen (1974) y Gold (1998) en el análisis del acceso relacionado directamente con accesibilidad y oportunidad. Distingue entre factores relacionados con las políticas, las características de la población y de los proveedores que influyen en el acceso a los servicios de salud. El segundo intenta capturar mejor cómo las formas organizativas desarrolladas en modelos de *managed care* afectan el acceso, incorporando factores relacionados con las aseguradoras. Se ha considerado como acceso el contacto de los pacientes con los servicios a lo largo del continuo asistencial de los atributos/características – y no sólo el encuentro inicial-, necesario para analizar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada (Gold y Stevens, 2008).

Descubrir que “en el dominio intermedio del acceso/accesibilidad y oportunidad –desde la búsqueda de atención por parte del individuo, contacto inicial y continuidad de la atención- sin considerar los factores relacionados con la necesidad y deseo de la atención” (Ricketts y Goldsmith, 200, citado en Vargas, 2010, pág. 76).



De igual forma, se “supone concentrarse en las características de la oferta y cómo se ajustan a las características de la demanda, más que en los determinantes poblacionales de la utilización de servicios” (Frenk, 1985, citado en Vargas, 2010, pág. 76).

Ahí, es cuando se puede observar, reconocer y precisar cómo se desarrollan la génesis de la accesibilidad y oportunidad de la adaptación persona-entorno, puesto que se hace referencia a la necesidad de utilizar con normalidad los espacios construidos, los bienes y los servicios con independencia de la condición física, edad o habilidades de cada persona.

Puede parecer un objetivo sencillo y razonable, pero entraña distintos equilibrios y conocimientos que tienen implicaciones en muchos órdenes de la vida social y privada. Una primera manera de entender la relevancia de ese objetivo es mirar a las grandes cifras con que está relacionado. (López, 2016, pág. 11)

En ese sentido:

Gould (1988) argumenta que aun con la importancia que tiene el concepto de accesibilidad para la planeación de los servicios de salud, sólo en pocas ocasiones se le define explícitamente; quizá porque la idea de accesibilidad es aparentemente clara y sencilla, hasta que uno se enfrenta con el problema de definirla y medirla (Citado en Sánchez, 2015, pág. 33).

En cambio:

*Moseley (1979) da mayor énfasis a la **accesibilidad física**, la cual puede entenderse como un atributo del destino, pero relacionado directamente con la población, es decir, una clínica puede ser accesible a un individuo, pero inaccesible para otro. Ambos pueden vivir a la misma distancia del servicio, pero sus atributos y condiciones personales marcan*



*la diferencia en sus **oportunidades de acceso**, es decir, se relaciona con la distancia geográfica y, el social se refiere a la distancia social existente entre el usuario potencial y el servicio, en donde se incluye la clase social, educación, valores culturales, percepciones, creencias (Citado en Sánchez, 2015, pág. 36).*

5. 2 Capítulo 2: Fundamentar, valorar y establecer por qué la accesibilidad y oportunidad como principios del derecho fundamental a la salud estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional en salud.

Fundamentar, valorar y establecer por qué la accesibilidad y oportunidad como principios del derecho fundamental a la salud estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional en salud.

Los sistemas de salud segmentados como el colombiano, la implantación de estos modelos requiere la coordinación de los distintos subsistemas de salud con función pública e integrar progresivamente la financiación de los diferentes subsistemas para ir construyendo redes que permitan avanzar hacia un sistema nacional de salud (Unger et al., 2007).

Porque estructurar la implementación de una responsabilidad social organizacional, que es normativa permite rescatar el espíritu genuino de la RSO, que es moral, y se debe instrumentalizar que es la Tendencia Sostenible que plantea la defensa de una moralidad basada en la pertinencia de las propuestas de RSO frente al bienestar y la sostenibilidad tanto de la organización como de la sociedad en general (Tello Castrillón & Rodríguez Córdoba, 2016 citado en Cardona, Castrillón y Henao 2020).



Es, operacionalizar el sistema de salud, dándole un marco regulatorio que adecue los programas para hacer realidad los derechos a la salud. Es marcar unas líneas donde se trabaje el cumplimiento de los objetivos planteados en un plan estratégico nacional de desarrollo de la salud que sea de largo aliento. Es el detalle de cada línea estratégica, que resulta de la aplicación de dicha política estructural y estructurante y su adecuación a las diferentes necesidades de la población.

Es igualmente, que la aplicabilidad del modelo de Responsabilidad Social Organizacional a la luz de los lineamientos constitucionales y teóricos del estilo de gestión de la salud permite que exista la exigibilidad de los referentes constitucionales y normativos y las teorías organizacionales sobre la Responsabilidad Social Organizacional en salud.

Porque desde el derecho constitucional - de la Responsabilidad Social Organizacional (RSO) de las EICE y EPS e IPS de la salud, es que hay diferentes referentes como son las categorías conceptuales, constitucionales y normativas que desde la Constitución Política de Colombia (1991), poseen una naturaleza especial y que deben circunscribirse al tipo de organización específica que son las EICE y EPS e IPS de la salud. Las especificidades de la RSO en las EICE y EPS e IPS de la salud que se ajustan a la propuesta genérica de (Tello-Castrillón, 2018; Tello-Castrillón y Rodríguez, 2014, 2016; Tello-Castrillón y Londoño, 2020 citados en Cardona, Castrillón y Henao 2020).

Según esta, la RSO en salud representa una forma sustentable y sostenible como parte del conjunto de elementos y principios, toda vez que ambos recogen las preocupaciones de los Grupos de Interés (Stakeholders) intra e interorganizacionales de la atención en salud (Cardona, Castrillón y Henao 2020). Porque los constructos teóricos de la RSO tratan, esencialmente, sobre las organizaciones empresariales que en el trabajo de grado analizamos los elementos y principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente la accesibilidad y oportunidad



que hacen parte del derecho fundamental a la salud en Colombia (Tello-Castrillón, 2018; Tello-Castrillón y Rodríguez, 2014, 2016; Tello-Castrillón y Londoño, 2020 citados en Cardona, Castrillón y Henao 2020). Hoy este motivo, contiene las nociones preliminares y fundacionales sobre RSO, que usualmente, se denominan Responsabilidad Social Empresarial o Responsabilidad Social Corporativa y su uso en organizaciones no privadas, como las EICE y EPS e IPS de la salud, generalmente implica problemas conceptuales y de gestión; esto es algo común para muchas organizaciones del servicio en la atención en salud y sobre todo de este tipo (Londoño-Cardozo y Hernández, 2018).

Por supuesto, que hoy está configurado un Bloque de Constitucionalidad, donde están presentes artículos pertinentes de la Constitución Política de Colombia de 1991, pues son acuerdos existentes de tratados y convenios internacionales donde se recogen y enmarcan aspectos afines que orientan y desarrollan puntualmente este estudio del trabajo de grado, porque también estructuran temas de RSO desde lo constitucional.

Lo normativo-constitucional se complementa desde la perspectiva crítica de la postura de la arquitectura jurídica-científica que debe generar esquemas que son el holograma de la atención en salud, que muestra la expresión de todo el universo en acción de la salud.

Contiene toda la totalidad del patrimonio de lo que es estructural y es estructurante en la salud. El holograma en la atención en salud es lo que logra incorporar el conjunto articulado de los sistemas y que en su movimiento muestran toda la potencialidad en el acontecimiento en la atención en salud y en sus significados y qué es lo que explica porque hay que aprehenderlos.



Es, en la RSO, donde deben estar integradas los cuatro componentes, considerados los pilares de la política pública integral propuesta por la OMS. Sobre todo, en relación con la accesibilidad como componente estructurador de la política pública, que es el canal que une la oferta con la demanda.

La accesibilidad es el mecanismo con el cual las personas pueden acceder a los servicios de salud, quedando en función del contexto en que se ubique. Clarificando que son diferentes las necesidades que presenta la población, porque nuestra naturaleza biofísica, el territorio, es una riquísima expresión de biodiversidad que hay que saber resolver a futuro en la atención en salud. Resulta lo más adecuado social, conceptual y teóricamente cuando se refiere a los constructos para los casos específicos de las organizaciones de la salud. La adaptación lleva a suponer que la noción de RSO es la más pertinente y remite a:

Al relieve de sus fundamentos éticos. Tello Castrillón y Rodríguez Córdoba (2016) propusieron que el sentido esencial de la RSO manifiesta rasgos de la moralidad humana respecto al compromiso con la sostenibilidad de las organizaciones frente a la sostenibilidad de la sociedad misma. (Tello Castrillón y Rodríguez Córdoba, 2016, citado en Cardona, Castrillón y Henao 2020, párr. 22).

De acuerdo con Melé (2007) existen cuatro teorías de la RSO: 1) “Teoría de la actuación social de la empresa”, 2) “Teoría del valor para el accionista o capitalismo fiduciario”, 3) “Teoría de los grupos implicados” o Grupos de Interés, 4) “Teoría de la ciudadanía empresarial” (p. 51). A partir de este planteamiento de Melé (2007) y Tello-Castrillón y Rodríguez (2016) agruparon y sintetizaron estas teorías -o corrientes, como las denominan ellos- en dos grandes tendencias de la RSO: a) la Tendencia instrumental, que recoge a (1) y (2), según la cual aún persiste la lógica mercantil y lucrativa subyacente en una RSO vista

a la usanza de la RSE y la RSC, y es usada como un medio para la riqueza b) la Tendencia sostenible, que recoge a (3) y (4), según la cual las organizaciones poseen un compromiso inmanente con lo que las rodea. Esto es, la sociedad en general o los Grupos de Interés. (Cardona, Castrillón y Henao 2020, párr. 24).

Ahora bien, es de resaltar que: “Por su parte, la Tendencia Sostenible plantea la defensa de una moralidad basada en la pertinencia de las propuestas de RSO frente al bienestar y la sostenibilidad tanto de la organización como de la sociedad en general” (Tello Castrillón & Rodríguez Córdoba, 2016 citado en Cardona, Castrillón y Henao 2020, párr. 25).

Figura 3

Relación entre materias y principios de la RSO



Tomado de: Cardona, R. E. S., Castrillón, C. T., & Henao, E. F. P. (2020). Derecho constitucional, responsabilidad social organizacional y gobernanza.



Por otro lado, “Existe una tendencia, en la que las organizaciones son susceptibles de ser consideradas como sujeto moral con las obligaciones y derechos que esto implica, Igualmente, se destaca la teoría de los Grupos de Interés, que remite al compromiso de las organizaciones, en tanto elementos integrales de la sociedad, con cada uno de los grupos que afectan o son afectados por su accionar” (Tello Castrillón y Rodríguez, 2016 citado en Cardona, Castrillón y Henao 2020, párr. 25). Como aparece en el contexto de la atención en salud y que la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), porque “los Grupos de Interés están conformados por los accionistas, los trabajadores, los usuarios, los consumidores, los proveedores y la comunidad en general” (Freeman, 1984 citado en Cardona, Castrillón y Henao 2020, párr. 25).

El campo social de la atención en salud, según Tello Castrillón y Rodríguez (2016) citado en Cardona, Castrillón y Henao 2020 “existe un problema en el trasfondo teórico que fundamenta la Tendencia Sostenible. Se trata de la tensión entre los valores morales y los valores mercantiles o lucrativos que pueden subsistir en las organizaciones, aun cuando se trate de organizaciones públicas. La tensión se alivia al reconocer que estos valores no son antagónicos siempre y cuando a) los valores mercantiles no primen sobre los valores y éticos y morales y b) se descarte el crecimiento infinito debido a la escasez de recursos de todo sistema social” (párr. 26)

Por eso, la política pública en salud y la accesibilidad tendrá éxito en la medida que se generen esos mecanismos o estrategias que permitan a las personas acceder a los servicios de salud. Más allá de pensar en los elementos que la componen, se debe buscar la manera de adecuarla a la realidad que se quiere aplicar (Sánchez, 2015), implementando la Responsabilidad Social Organizacional en la atención en salud.



5.3 Capítulo 3: Reconocer por qué la accesibilidad y oportunidad son atributos/características del sistema obligatorio para que exista la garantía de la calidad en salud.

Al precisar, estimular y tomar conciencia por qué la accesibilidad y oportunidad son atributos/características del sistema obligatorio para que exista la garantía de la calidad en salud, surge la necesidad de abordarlas desde un enfoque metodológico que sea cualitativo (Bronfman et al., 1997), donde se pueda privilegiar en el espacio de los análisis la subjetividad de los individuos. Comprender la utilización de los servicios como un fenómeno complejo que puede ser comprendido a partir del sentido que los actores atribuyen a los actos propios relacionados con la salud, y a las formas que genera la utilización de los servicios en la atención en salud.

Es decir, al contacto inicial de los usuarios/pacientes con los servicios, sin considerar qué ocurre con el acceso tras la entrada en el sistema. No obstante:

Para evaluar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada no es suficiente con centrarse exclusivamente en la capacidad de entrar en el sistema, sino que también es importante evaluar si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema (Gold y Stevens, 2008, citado en Vargas, 2010, pág. 42).

Se trata es de contribuir a aumentar el conocimiento en relación con algunas de estas cuestiones, explorando los factores contextuales y poblacionales que influyen en el acceso al continuo de servicios de salud en Colombia, desde el punto de vista de los actores principales.



Por consiguiente, es ¿cómo los factores influyen en el acceso a las redes de los servicios de salud desde la perspectiva de los actores principales, usuarios/pacientes, qué servicios pueden ofrecer efectivamente los profesionales de los servicios y gestores de la atención en salud en Colombia?

A partir de que conocen las barreras que muchas veces perciben los usuarios/pacientes cuando en el acceso en las áreas rurales y urbanas, se manifiestan marcadas diferencias y se generan innecesarios desplazamientos cuando se podrían crear mejores estrategias de atención para contribuir a la accesibilidad y oportunidad en el servicio de atención en salud. Volverla más eficaz y eficiente. Son factores que el contexto y la demanda en la accesibilidad y oportunidad, podrían facilitar a través de ejercicios de capacitación en el conocimiento de los servicios de la atención en salud.

Se requiere un ejercicio estratégico:

En el que la adecuación de las estrategias para que se implementen en los programas para hacer accesible los servicios médicos es muy importante, porque como se mencionó, están diversificadas las necesidades y condiciones de la población. En las comunidades urbanas puede ser más importante que existan citas para la consulta y para las comunidades rurales, la importancia la pueden enfocar en que existan unidades médicas en la comunidad y en caso de no existir, si tienen que trasladarse, que en la unidad más cercana a la que vayan, logren la obtención del servicio, es decir, se haga efectiva la accesibilidad. (Sánchez, 2015, párr.59)



6. Conclusiones

Estas conclusiones buscan realizar una triangulación, que nace de una matriz conceptual que sugiere observar desde el objetivo general, unas particularidades que se consiguieron en los objetivos específicos, porque así lo permite la metodología con un enfoque cualitativo de complementariedad, que orienta el analizar los elementos y principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente la accesibilidad y oportunidad que hace parte del derecho fundamental a la salud en Colombia.

Está realizado desde unas acciones interdependientes que interrelacionan la complejidad del holograma de la atención en salud, para reconstruir toda la totalidad del patrimonio de lo que es estructural y es estructurante en la salud.

El holograma en la atención en salud es lo que logra incorporar el conjunto articulado de los sistemas y que en su movimiento muestran toda la potencialidad en el acontecimiento en la atención en salud, como en sus significados y qué es lo que explica porque hay que aprehenderlos a través de los saberes que ofrecen el poder: Determinar, reconocer y precisar cómo se desarrollan y articulan los elementos y principios generales del sistema general de seguridad social en salud.

A partir de innovar con un conocimiento que nos permite fundamentar, valorar y establecer por qué la accesibilidad y oportunidad como principios del derecho fundamental a la salud estructuran la implementación de una responsabilidad social organizacional en salud.



Así podemos precisar, estimular y tomar conciencia por qué los elementos y principios del derecho fundamental a la salud son atributos/características para que exista la garantía de la calidad en salud.

Es lograr hacer un ejercicio de prospectiva estratégica que facilite la generación de escenarios que, a futuro a partir de los ejercicios de repensar el todo y las partes, para organizar hacia el futuro el sistema de la atención en salud.



7. Referencias Bibliográficas

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208.
- Andersen, R. (1978). Health status indices and access to medical care. *American Journal of Public Health*, 68(5), 458-463.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud pública de México*, 39, 442-450.
- Cardona, R. E. S., Castrillón, C. T., & Henao, E. F. P. (2020). Derecho constitucional, responsabilidad social organizacional y gobernanza: el caso de empresas municipales de Cali. *Justicia*, 25(37), 227-244.
- Cernadas, A. (2008). Desigualdades en salud: las barreras de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público para los colectivos socialmente desfavorecidos Tesis de doctorado. *Universitat Autònoma de Barcelona*.
- De la Lengua Española, R. A. (2001). Diccionario de la lengua española [en línea]. *Madrid: RAE*.
<https://www.rae.es/drae2001/>
- del Pueblo, D. (2005). Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. *Bogotá: Defensoría del Pueblo*.



Fernández de Sanmamed, M. J. (2006). Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 31-52.

Freeman, C. (1984). Inovação e ciclos longos de desenvolvimento económico. *Ensaios FEE*, 5(1), 5-20.

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública de México*, 27(5), 438-453.

Gold M, Stevens B. (2008). Synopsis and priorities for future efforts. *Health Service Research*. 33(3):611-21.

Gold, M. (1998). Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Services Research*, 33(3 Pt 2), 625.

Gulzar L. (1999). Access to health care. *Journal of nursing scholarship*. 31(1, First Quarter):13-9.

Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *CADERNOS de saúde pública*, 18(4), 991-1001.

Londoño Cardozo, J., & Hernández Madroñero, I. (2018). El problema de los conceptos científicos en la clasificación de las organizaciones. Departamento de Ciencias Sociales.

López, F. A. (2016). *La accesibilidad en evolución: la adaptación persona-entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa*. Universitat Autònoma de Barcelona.



Mele, A. (2007). Asymmetric stock market volatility and the cyclical behavior of expected returns. *Journal of financial economics*, 86(2), 446-478.

Millman, M. (Ed.). (1993). Access to health care in America.

Ministerio de Protección social (2004). Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo Número 260 de 2004.

Mogollón Pérez, A. S. (2005). *Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Organización Mundial de la Salud. (2013) Políticas Públicas para la Salud Pública. Ginebra: OMS citado por Sánchez T.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.

Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7227), 114.

República de Colombia. Ley Número 1122 de 2007.

Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing outlook*, 53(6), 274-280.



- Ruiz F, Acosta N, Ardila Z, Eslava J, Peñaloza E, Puente C. (1999). Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso. Bogotá: Fundación Corona-Cendex.
- Ruiz, J. L. G. (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Estudios de derecho*, 68(151), 187-212.
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.
- Tello Castrillón, C., & Rodríguez Córdoba, M. del P. (2016). Fundamentos éticos disciplinares de la responsabilidad social organizacional. *Revista Venezolana de Gerencia*, 21(75), 491-508
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, S190-S198.
- Unger, J. P., De Paepe, P., Buitrón, R., & Soors, W. (2008). Costa Rica: achievements of a heterodox health policy. *American Journal of Public Health*, 98(4), 636-643.
- Vargas Lorenzo, I. (2010). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada un estudio de caso en Colombia*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Velandia, F., Ardón, N., Jara, M. I., Cárdenas, J. M., & Pérez, N. (2001). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Colombia Médica*, 32(1), 4-9.