

COLECCIÓN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PARA TODOS

# Construcción del sistema de Protección Social en salud dentro del modelo de Estado

JORGE LUIS RESTREPO PIMIENTA



COLECCIÓN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PARA TODOS

# Construcción del sistema de Protección Social en salud dentro del modelo de Estado

Producto de investigación del proyecto:  
Fortalecimiento del sistema de veedurías ciudadanas  
en el sector salud del departamento del Atlántico: una  
estrategia comunitaria con domicilio en la academia y  
uso de las TIC orientada a prevenir la corrupción.

JORGE LUIS RESTREPO PIMIENTA



Sello Editorial  
**UNIVERSIDAD  
DEL ATLÁNTICO**

Restrepo Pimienta, Jorge Luis.

Construcción del sistema de protección social en salud dentro del modelo de estado. / --  
Barranquilla

: Sello Editorial Universidad del Atlántico, 2020.

73 p. : il. ; 24 cm.

(Colección *Investigación y desarrollo para todos*. Facultad de Ciencias Jurídicas de la  
Universidad del Atlántico)

Incluye referencias bibliográficas (p. 68-71)

1. Seguridad industrial--Colombia. 2. Salud ocupacional--Colombia 3. Seguri- dad Social--Colombia I. Tít.

(348.8 R673 18 ed.) (CO-BrUNB)



Sello Editorial  
UNIVERSIDAD  
DEL ATLÁNTICO

www.unitlantico.edu.co  
Kilómetro 7, Antigua Vía a Puerto Colombia.  
Barranquilla, Colombia.

© 2020, Sello Editorial Universidad del Atlántico.  
ISBN 978-958-5131-91-0

*Coordinación editorial*  
Sonia Ethel Durán.

*Asistencia editorial*  
Estefanía Calderón Potes.

*Diseño y diagramación*  
Joaquín Camargo Valle.

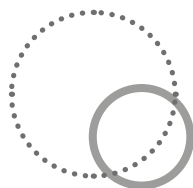
*Revisión y corrección*  
Álvaro Almeyda Orozco.

Impreso y hecho en Barranquilla, Colombia.  
Ditar S.A. www.ditar.co  
Kilómetro 7, Vía a Juan Mina.  
Parque Industrial Clavería.

Printed and made in Barranquilla, Colombia.



Esta obra se publica bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Esta licencia permite la distribución, copia y exhibición por terceros de esta obra siempre que se mencione la autoría y procedencia, se realice con fines no comerciales y se mantenga esta nota. Se autoriza también la creación de obras derivadas siempre que mantengan la misma licencia al ser divulgadas.



*La presente colección es posible gracias a las siguientes autoridades académicas de la Universidad del Atlántico:*

**José Rodolfo Henao Gil**

Rector

**Leonardo Niebles Núñez**

Vicerrector de Investigaciones, Extensión y Proyección Social

**Danilo Hernández Rodríguez**

Vicerrector de Docencia

**Mariluz Stevenson**

Vicerrectora Financiera

**Josefa Cassiani Pérez**

Secretaria General

**Miguel Caro Candezano**

Jefe del Departamento de Investigaciones

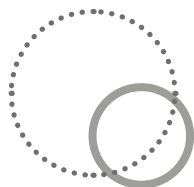
*Agradecimientos especiales*

*Facultad de Ciencias Jurídicas*

**Decana Cristina Montalvo Velásquez**

2020





La colección ***Investigación y desarrollo para todos*** es una iniciativa liderada por la Vicerrectoría de Investigaciones, Extensión y Proyección Social de la Universidad del Atlántico, pensada como herramienta para la divulgación de la investigación y el conocimiento que se genera en el Caribe colombiano.



# Contenido

<b>Prólogo</b> .....	<b>11</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Metodología</b> .....	<b>17</b>
1.1. Tipo de investigación .....	18
1.2. Diseño de investigación .....	18
1.3. Técnicas e instrumentos de investigación .....	19
<b>2. Génesis conceptual-aplicada de la protección social</b> .....	<b>20</b>
<b>3. Compromisos estatales y costos sociales de contingencias humanas</b> .....	<b>25</b>
<b>4. Modelo económico de estado: implicaciones en sistemas sociales</b> .....	<b>31</b>
<b>5. Servicios de salud en el sistema de protección social</b> .....	<b>40</b>
5.1 Sistema económico y modelo de sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud .....	42
5.1.1 <i>Planes voluntarios de salud</i> .....	46
5.2 Descripción de la estructura del sistema de salud en relación a su eficiencia del derecho fundamental a la salud.....	48
5.3 Fuentes de administración y financiación del sistema de salud .....	49
5.3.1 <i>Calidad y garantías jurídicas en la prestación de los servicios de protección social en salud</i> .....	50
5.3.2 <i>Los afiliados y usuarios del “SGSSS” en protección social</i> .....	52



5.4 Elementos jurídico-estructurales de los regímenes del sistema de salud .....	53
5.5 Régimen subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud.....	54
5.5.1 <i>Génesis y tipología del régimen subsidiado en salud.....</i>	54
5.5.2 <i>Gestión y administración del régimen subsidiado en salud. ....</i>	55
<b>6. Análisis y confrontación de la información: percepción de los actores sociales del sistema de protección social.....</b>	<b>64</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>70</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>72</b>
<b>El autor .....</b>	<b>76</b>

## Índice de gráficos

<b>Figura 1:</b> Comprensión conceptual de la protección social. ....	24
<b>Figura 2:</b> Plan de desarrollo y protección social.....	39
<b>Gráfica 1:</b> Incidencia del modelo económico de Estado en el sistema de protección social en salud. ....	65
<b>Gráfica 2:</b> Metodología jurídico-financiera y acceso a servicios del sistema de protección social. ....	66
<b>Gráfica 3:</b> Régimen económico-jurídico y procedimientos de garantía de contingencias humanas en el sistema de protección social. ....	67
<b>Gráfica 4:</b> Comportamiento de los actores sociales del sistema de protección social en salud. Relación con el sistema de financiación y regulación.....	68
<b>Gráfica 5:</b> Percepción de la modificación del modelo económico de Estado frente a la cobertura, acceso y calidad del sistema de protección social en salud. ....	69

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Clasificación estructural de contingencias y prestaciones. ....	28
<b>Tabla 2:</b> Protección social desde lo político-económico y jurídico. ....	35





## Prólogo

Los procesos de investigación científica requieren de un rigor; por tanto, sus productos están permeados de calidad y contenido de precisión. La Universidad del Atlántico, en su desempeño de *Institución de Educación Superior de Alta Calidad*, recoge sus compromisos y responsabilidad social por medio del incentivo que se logran a través de las convocatorias para la publicación de productos de investigación categoría libro, promoviendo así el proceso misional y la investigación.

En este sentido, en la obra *Construcción del sistema de Protección Social en salud dentro del modelo de Estado*, perteneciente al área de Ciencias Jurídicas, se realiza un desarrollo teórico conceptual comparado, descriptivo y epistemológico de los objetos de los sistemas de salud desde la protección social en el ámbito de las garantías del Estado social y democrático de derecho.

En Colombia, los procesos sociales y realidades jurídico asistenciales del sistema sanitario no escapan a las miradas de las ciencias y al positivismo científico, donde se evidencia la fenomenología causa-efecto de las vicisitudes en la atención de los usuarios en el sistema de salud que lo deshumanizan y que, desafortunadamente, contribuyen a la insatisfacción colectiva de la población.

Frente a esta realidad, la presente investigación -convertida hoy en un texto de uso para la comunidad académica- se convierte en una respuesta efectiva, a partir del análisis político-social del Estado en su compromiso a partir del modelo económico-ideológico.

Dentro de un espacio de tiempo se hace necesario analizar y resaltar las nuevas tendencias y cambios; es así que es indispensable producir material de carácter técnico-científico en áreas nuevas y vigentes -como es el caso de la Protección Social-, dado que existe una evolución constante de las ciencias sociales del trabajo y las prestaciones aplicadas, la cual se refleja de mayor forma y en todo su esplendor a partir de la consolidación de los sistemas de seguridad social y protección social integral en salud, en especial, en tiempos de crisis sanitarias y pandemias. Es así que, a diario, se construye el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen por objeto hacer frente a las necesidades individuales y colectivas de los seres humanos dentro de los fines y funciones del Estado.

Lo anterior indica que un número de profesionales requieren formarse y nutrirse con destrezas y conocimientos de tipo científico y normativo desde lo jurídico y lo técnico, lo cual les permitirá atender los diferentes desafíos con respecto a nuevas formas de trabajo humano y precariedades de orden prestacional, asistencial y social.

Los programas académicos de pregrado y posgrado en Colombia y Latinoamérica tienen la misión -desde la investigación, epistemología del conocimiento, teoría del saber, las competencias laborales, habilidades y destrezas del aprendizaje- de cooperar, ordenar, organizar, comprender, impactar, orientar, diseñar, programar, proyectar, gerenciar, dinamizar, intervenir y negociar en hechos, situaciones, acontecimientos, fenómenos, tensiones, conflictos, problemas, realidades y esquemas del mundo de las contingencias humanas, prestaciones e instituciones reguladas por los sistemas de protección social y seguridad social, que afectan la vida social, cultural, económica, religiosa, mercantil y común de los asociados de un Estado o continente. De ahí que esta obra se torne en documento de consulta.

Similar a este precepto de ideas, el quehacer de LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD demanda un acercamiento a sus contenidos programáticos, investigativos, cognoscitivos, ontológicos y axiológicos, los cuales son el conjunto de valores, principios, reglas, instrumentos, técnicas y mecanismos a partir de los aspectos teóricos y prácticos implicados en su evolución, desarrollo, ejecución y progreso.

Cabe destacar que los Estados, en cualquiera de sus modelos, ideologías y tendencias, adoptan una serie compleja de valores vinculados a su contexto sociocultural y antropológico, lo que indica que las técnicas, instrumentos, programas y acciones, al momento de poner en marcha las gestiones, acciones, estrategias y actividades de prosperidad y avance individual y común de una población, son indispensables para lograr un desarrollo social progresivo, sustentable y sostenible desde la comprensión de la protección social en salud.

Así mismo, es necesario -desde las unidades académicas e investigativas-, elaborar, planear, estudiar, asumir, construir, consolidar y proyectar el libro presentado acorde a las exigencias nacionales e internacionales en materia de sistemas de aseguramiento de la calidad en servicios de salud en cualquier modelo de Estado.

**Miguel Antonio Caro Candezano**  
Director del Departamento de Investigaciones  
Universidad del Atlántico





## Introducción

El presente trabajo es de corte analítico por composición denominado modelo de estado en la percepción del sistema de protección social en salud, es el producto de experiencias en proceso formativos, proyectos, convocatorias, indagaciones, direcciones de monografías jurídicas, trabajos de grados e intercambios por movilidad cognitiva. Es así que con todo este recorrido de base se elabora este documento, el cual se presenta de forma escrita.

Así las cosas, pretender referir el sistema de protección social a partir de una perspectiva de modelo constitucional, es ahondar en dos elementos. El primero involucra la teoría general y biografía del Estado y, el segundo, las dimensiones, modelos y conceptos de la seguridad social. Lo anterior, lleva a identificar la transversalidad constitucional en cuanto a los costos, presupuesto, administración y financiación de la operatividad funcional de los sistemas sociales que responden a las contingencias humanas individuales y colectivas, a través de prestaciones asistenciales, económicas y sociales.

De esta manera, el presente análisis se realiza en cinco compartimentos. En primer lugar, metodología holística. En segundo lugar, génesis conceptual-aplicada de la protección social. En tercer lugar, compromisos estatales y costos sociales de contingencias humanas. En cuarto lugar, modelo económico de Estado: implicaciones en sistemas sociales en salud. En quinto lugar, sistema económico y modelo de sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud. En sexto lugar, análisis y confrontación de la información: percepción de los actores sociales del sistema de protección social en salud. Por último, la conclusión de ideas



que recoge el objeto de la exposición, la cual es de carácter hermenéutico, interpretativo y deductivo. En ella se consignan las implicaciones, retos y desafíos del Estado contemporáneo, y las acciones diseñadas dentro de los sistemas económicos para atacar las contingencias que colocan a los seres humanos en condición de vulnerabilidad y miseria.



# 1. Metodología

La ruta utilizada para lograr los objetivos y alcanzar el objeto de estudio científico requiere de un camino apropiado donde exista la configuración válida de elementos y herramientas cognitivas, a partir del genotipo y fenotipo a estudiar. En este caso, la percepción de un concepto desde la dimensión disciplinar, instrumental, social, política y modular.

En este sentido, es pertinente anunciar que las ciencias asistenciales del cuidado humano, entre ellas, la protección social, seguridad social, previsión social y el desarrollo social, se abordan en diferentes ángulos desde perspectivas cognoscitivas tales como la fenomenología, funcionalismo, naturalismo, positivismo, estructuralismo, organicismo, institucionalismo y constructivismo, entre otros. Sin embargo, en esta ocasión o evento investigativo se hará únicamente desde el estructuralismo el cual, según Hurtado (2012), es la forma de dilucidar la realidad al elaborar, a través de la razón, una estructura que permitiera dar cuenta de los eventos estudiados. Por ende, el método de este trabajo investigativo es el análisis estructural.

En esta oportunidad se abordarán apreciaciones teóricas y prácticas de la protección social en salud desde una óptica estructural en su armazón, en sus labores, instituciones, garantías y derechos sociales en riesgo. Existen diversas formas de concebir el sistema de protección social en salud, vulneración y peligro dentro de la posición confusa del Estado, los actores y sus acciones, con el propósito de generar espacios de tensiones y desafíos en cuanto a prestaciones en materia de contingencias humanas asumidas por el modelo ideológico-político del Estado, y la injerencia de los gober-

nantes y usuarios en relaciones jurídico-administrativas con respecto a la sanidad y régimen vinculado.

Por consiguiente, dentro de una complejidad de orden jurídico-financiero, operativo y sistémico de la protección social, se requiere un análisis epistémico con posturas sobre la evolución conceptual, imaginarios sociales, abstracciones colectivas, estilos de vida, ópticas de gestión de calidad de los servicios de salud y realidades humanas en diferentes entornos de la sociedad.

### **1.1. Tipo de investigación**

Dado al objeto de estudio del presente trabajo investigativo, se requiere la definición de un tipo ajustado a los planteamientos, objetivos y dimensiones epistemológicas del mismo, por ende, se adopta el tipo de análisis por composición. Según Barrera (2009), este tipo permite conocer con mayor propiedad un evento cualquiera a partir de los elementos que lo conforman. Es así que se pretende abordar esta investigación, describiendo desde los documentos, bibliografía y manifestaciones, el modelo de Estado, y la percepción de los actores sociales (Gobierno, usuarios, administradores y profesionales) del sistema de protección social en salud.

### **1.2. Diseño de investigación**

En consonancia con el tipo de investigación, es válido identificar el diseño investigativo teniendo en cuenta que este se define en palabras de Hurtado (2012) como el conjunto de decisiones estratégicas que toma el investigador, relacionadas con el dónde, el cuándo, el cómo recoger los datos, y con el tipo de datos a recolectar para garantizar la validez interna de la investigación. Por tanto, el diseño parte de los documentos relacionados al sistema de protección social, es decir, la jurisprudencia y legislación, la historia, las experiencias y los datos más representativos en revistas y periódicos académicos. Luego de la lectura, observación y chequeo, se procede a realizar un resumen y a elaborar mapas conceptuales que faciliten la comparación de conceptos y regulaciones.

### **1.3. Técnicas e instrumentos de investigación**

A partir de un tipo de investigación analítico y de un diseño documental, es apropiado utilizar la técnica de revisión documental, la cual consiste según Hurtado (2012), en el proceso que abarca la ubicación, recopilación, selección, revisión, análisis, extracción y registro de la información contenida en documentos, donde dicha búsqueda de información está orientada a configurar un punto de partida teórico, conceptual, histórico, legal y contextual.

Los instrumentos seguidos de la técnica de revisión documental son, entre otros, encuestas para identificar la percepción de los actores sociales del sistema de protección social en salud; revisión de textos; facilitación de ideas; cuadros y mapas de ayuda; gráficos, significados, todos ellos valorados y observados en el mundo experimental del autor, y la disciplina amparada en profundizar dentro de los rasgos paradigmáticos de la protección social en salud y la seguridad social integral.



## 2. Génesis conceptual-aplicada de la protección social

Al hacer una reseña acerca de la protección, se parte del hecho que el ser humano es un ser biopsicosocial, lo cual se constituye en el fundamento de un compendio de necesidades, carencias y pobrezas, las cuales resuelve a través de instituciones, sistemas, estructuras, acciones y procedimientos. De allí es que le delega en primera instancia a la familia y luego al Estado (Restrepo, 2016).

En este orden ideas, es el Estado quien se constituye en la principal fuente de satisfacción de contingencias, necesidades y eventualidades de carácter individual y colectivo, primarias y secundarias por el solo hecho de estar asociado y en reciprocidad de deberes, obligaciones y garantías recibe prestaciones de tipo asistencial, económicas y sociales (Barona-Betancourt, 2014).

En concordancia a lo antes expuesto, suscita la seguridad social, la cual recibe diversas significaciones teóricas, prácticas y aplicadas a lo largo de la historia de la humanidad, partiendo de la comprensión asistencialista que tiene su base en el naturalismo. Esta asistencia puede ser familiar, pública, privada y religiosa.

Continuando con el discurso histórico, para la época alemana de Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen (1883-1889), la seguridad social adquiere la dimensión o entendido de previsión social. Esto indica la preparación de sociedades proletarias o empleadas a prepararse o antecederse a las contingencias humanas mediante instituciones tales como el ahorro, el mutualismo y los seguros privados.

Luego de las tendencias previsivas en la seguridad social, se produce la nueva acepción de la definición y es la de *bienestar social* desde la configuración del Estado de bienestar americano ocasionado por la Gran Depresión en 1929. Dicha propuesta política, económica y social es elaborada y presentada por el economista británico John Maynard Keynes (López-Ahumada y Garvey, 2015).

Ahora bien, sigue el auge de la seguridad social, a partir del surgimiento del Estado social para 1934, donde la población adquirió derechos sociales por su condición de ciudadanos y no por su posición en el mercado de trabajo. El financiamiento, la salvaguardia y la defensa de la seguridad social universal son consecuencias de un acuerdo social incluyente entre trabajadores, Estado y empresarios, esto es, que la sociedad registró y apoderó un principio de solidaridad entre clases. De allí se comprende, entonces, que la seguridad social se vincule al desarrollo, en cuanto puede decirse según Midgley (1995) que el desarrollo social es “un proceso de promoción del bienestar de las personas” (p. 8).

De esta manera, el desarrollo social es un proceso que, en el transcurso del tiempo, conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, vulnerabilidad, seguridad social, empleo y salarios, principalmente. Implica también la reducción de la pobreza y la desigualdad en el ingreso.

Por último, en cuanto al recorrido de evolución conceptual, nace la protección social teórica y normativamente en Inglaterra en la década de 1940 a raíz del Informe Beveridge, presentado en 1942, el cual dio origen al Estado benefactor inglés, cuya finalidad fue combatir la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad, colocando la universalidad en el eje de importancia de la seguridad social. De esta forma, la población adquirió derechos sociales por su condición de ciudadanos y no por su posición en el mercado de trabajo. De ahí radica también su reglamentación. Desde los instrumentos internacionales quedó contemplada en la Recomendación 202 de 2012 sobre los pisos de protección social.

En consonancia a lo antes expuesto, la protección social en el mundo se forma a raíz del proceso de aceptación de los estados de pobreza, vulnerabilidad y situación deplorable, contingencias que menoscaban la vida en el sentido más esencial, como una cuestión social, necesariamente insertada en las agendas de las políticas públicas, sociales y planes de desarrollo (López-Ahumada y Garvey, 2015).

Es este sentido, cabe precisar que, según la autora Gomes (1979), la denominada “cuestión social” (p. 47), fue el término dado en el Estado contemporáneo al conjunto de nuevos problemas relacionados a las condiciones actuales y recientes de familia, trabajo, vivienda, fenómenos migratorios, víctimas, victimarios, a raíz de las constantes transformaciones y manipulaciones colectivas, sociales, culturales, jurídicas, políticas y económicas generadas por las diferentes revoluciones industriales en el mundo occidental.

A medida que avanzaba el proceso de construcción de los estados contemporáneos y al destrozarse el modelo de relaciones que se venía llevando a cabo de autoridad -en los que se ejecutaba una permuta de protección por dependencia entre los pobres y las clases sociales superiores-, se abre la necesidad y la posibilidad de ampliar el reconocimiento de ciudadano a todas las clases sociales, en el sentido de la afirmación de una igualdad o proporcionalidad humana, al menos en las necesidades básicas insatisfechas (Alber, 1988).

Al liberarse, disminuirse o aliviarse la pobreza y miseria de las relaciones favorecedoras, cambia su representación al ser tomada como un problema político-económico institucional y funcional del Estado, es decir, como un asunto de orden social de compromiso administrativo del poder gubernamental. Es así, que el debate naciente político-institucional se dirige entonces en la apertura de los modelos económicos estales y a la intervención en los costos sociales para preservar el equilibrio, la justicia y el desarrollo sostenible del colectivo humano (Marshall, 1965).

Sobre este asunto es menester expresar que la urgencia que representaba tratar la cuestión social se vuelve parte del proceso de perfeccionamiento del capitalismo, donde las relaciones sociales y económicas se vieron perturbadas por los procesos en progreso de la industrialización y urbanización, los cuales seccionaron las relaciones tradicionales de autoridad, poder, gestión y solidaridad, creando así diversos actores colectivos, tensiones institucionales y, asimismo, con múltiples demandas políticas y

económicas acogidas por el Estado contemporáneo en avance (Titmuss, 1958).

Las solicitudes por correspondencias socioeconómicas, en un contexto de democracias participativas dentro de un conjunto de políticas e instituciones, son la respuesta a los problemas planteados de pobreza y desigualdad. Este conjunto de políticas fue denominado “Welfare State” o “estado de bienestar social”, incluyendo bajo esta denominación tanto las acciones, planes, programas, proyectos y procedimientos como, el desenvolvimiento de los derechos fundamentales y sociales de la población (Wilensky, 1976).

Seguidamente, cabe destacar que en 1985 el sociólogo danés Esping Andersen se refirió al “Welfare State”, como una articulación de los conflictos, tensiones y acciones distributivos, en particular, un aprieto entre principios de mercado y principios de ubicación político-económica, calculados en torno a los lineamientos, cimientos y bases institucionales de las políticas sociales a partir de los modelos socio-económicos del Estado en la Constitución Política (Andersen, 1985). El “Welfare State” fue producto de una situación histórica concreta, como bien llama la atención Flora (1986), cuando afirma que es una invención europeo-americana.

En el Estado colombiano, la protección social tuvo la significación de asistencia pública con la reforma político-social, según lo establecido en el artículo 19 de la Constitución Política de 1886 con el Acto Legislativo de 1936 en el gobierno del presidente Alfonso López Pumarejo. Posteriormente, con la aprobación de la Ley 6 de 1945 se da la creación de la Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL. Las cajas de previsión social y las cajas de compensación familiar iniciaron su funcionamiento con el Decreto 118 de 1957 el cual también creó al SENA. En esta misma línea de acontecimientos se crea el Seguro Social con la ley de CAJANAL, pero inicia operatividad con la Ley 90 de 1946 (Arenas, 2014).

En este orden cronológico siguen apareciendo connotaciones de protección social con la creación del Sistema de Bienestar Familiar con la Ley 75 de 1968, el bienestar laboral con las normas de servidores públicos y cesantías: Decreto 3135 de 1968; Decreto 3118 de 1968; Decreto 3148 de 1968; Decreto 1848 de 1969; Decreto 1950 de 1973; Decreto 056 de 1975 de sistema de salud; Decreto 1042 de 1978; Decreto 1045 de 1978; Ley 9 de 1979 de programas de salud y seguridad en el trabajo; Ley 50 de 1981 de servicio social obligatorio para profesionales en salud y la Ley 21 de 1982 de subsidio familiar (Arenas, 2014).



Posterior a la tendencia de bienestar social en seguridad social llega el desarrollo social, insertado en los planes de desarrollo de los presidentes. Ver Decreto 1811 de 1984 en el cual se expide el reglamento del Seguro Social para los trabajadores independientes; En la Ley 11 de 1988 se consagran unas excepciones en el régimen del Seguro Social para los trabajadores del servicio doméstico; Ley 43 de 1984 para organizaciones de pensionados por servicios prestados; Ley 10 de 1990 del Sistema Nacional de Salud, niveles de atención y tipos de servicio; Ley 79 de 1989 sobre cooperativismo; Ley 91 de 1989 para prestaciones sociales del magisterio; Ley 50 de 1990 para la reforma laboral prestacional y creación de empresas de servicios temporales y Ley 10 de 1991 de empresas asociativas de trabajo.

Por último, se constitucionaliza la seguridad social con dimensión de protección social en los artículos 42 al 53 de la carta política, desarrollados en la Ley 100 de 1993, donde se establece la universalidad, fondos de financiación, tipología de regímenes, accesibilidad, pluralismo y participación. En esta se encuentra el libro cuarto de los servicios sociales complementarios, asimismo se tiene de referente normativo la Ley 361 de 1997 de atención a la discapacidad; Ley 789 y Ley 790 de 2007 sobre el sistema de protección social; Ley 812 de 2003; Ley 1151 2007; Ley 1450 de 2011; Ley 1753 de 2015 sobre planes de desarrollo; Ley 1257 de 2008 sobre protección a la mujer víctima de violencia; Ley 1315 de 2009 sobre atención a la vejez; Ley 1448 de 2011 sobre atención de víctimas; Ley 1361 sobre atención integral a la familia; Ley 1328 de 2009 sobre beneficio económicos periódicos; Ley 1580 de 2012 sobre pensión familiar; Ley 1636 de 2013 sobre protección al cesante; Ley 1780 de 2016 sobre auto-empleo y Ley 1804 de 2016 sobre atención a la primera infancia (López-Ahumada y Garvey, 2015). Ahora bien, en síntesis de categorías epistemológicas, la protección social se puede conceptualizar según la Figura 1.

**Figura 1:** Comprensión conceptual de la protección social.



Fuente: Elaboración propia.

### **3. Compromisos estatales y costos sociales de contingencias humanas**

Abordar el estudio del Estado contemporáneo implica una serie de aspectos, factores, situaciones y fundamentos de corte histórico, epistemológico y referencial en cuanto a lo ético, jurídico, político, geográfico, económico, social y cultural. Es así que se hace necesaria la presencia del diálogo de saberes y conocimientos científicos para comprender de forma oportuna, profunda y veraz los cambios y transformaciones de las sociedades y el mundo globalizado incluyente (López-Ahumada y Garvey, 2015).

En este orden de ideas, cabe destacar que todo lo anterior implica la disertación y razonamiento dirigido, reflexivo y comprobado acerca de un cúmulo de realidades, desafíos, retos, problemas individuales y colectivos, conflictos, alteraciones, riesgos y contingencias que son el objeto de solución del Estado, las ciencias y la gobernabilidad.

Ahora bien, el Estado en su contexto de organización jurídico-política, el cual tiene como elementos característicos y determinantes la existencia y constitución, a partir de la nación, el espacio geográfico, el reconocimiento, patrimonio y la autonomía acorde a los tratados, convenios, parámetros y lineamientos de la comunidad internacional, en general, con respecto a la defensa de los derechos humanos fundamentales y la dignidad humana integral.

Atendiendo a las consideraciones antes mencionadas, se puede decir entonces que el Estado es un garante, gerente y líder en cuanto a la protección holística y permanente de los derechos humanos en sus tres generaciones o manifestaciones básicas o primordiales, lo cual lo hace ser más operativo, dinámico y proactivo en función de la nación o conglomerado humano, atendiendo a las consideraciones del derecho internacional público (López-Ahumada y Garvey, 2015).

Entonces, cabe destacar en esta medida, que para el Estado para hacer efectivo los derechos humanos a todos los habitantes del territorio ya sean nacionales, nacionalizados o extranjeros, es propio asumir -dentro de sus obligaciones y deberes financieros, políticos y jurídicos- la satisfacción de las necesidades básicas o esenciales, individuales y colectivas de la población a partir de las prestaciones, bienes y servicios.

Esta realidad implica la construcción de las reglamentaciones jurídicas pertinentes basadas en presupuestos de orden financiero, anotado en la hacienda pública, Derecho Constitucional, Derecho del Trabajo y la Seguridad Social, impulsando las políticas, decisiones, programas y acciones de índole administrativo y judicial (López-Ahumada y Garvey, 2015).

Comprender la historia de la humanidad a partir del discernimiento frente a la naturaleza y condición humana -rodeada de sufrimientos, debilidades, pobrezas, precariedades, aflicciones y necesidades individuales y colectivas- convierten al humano en un sujeto digno de garantías, derechos, prestaciones y protecciones familiares, gremiales, públicas, religiosas, privadas y estatales.

Es así que emprender el abordaje del Estado y sus instituciones sin antes tocar la realidad y el escenario en que se desenvuelve el hombre en cuanto a sus dimensiones de tipo biológico, social y psicológico, es partir sin fundamentos o cimientos teórico-pragmáticos de los fines y funciones de los cuales se propone está institución jurídico-política en el momento de consolidarse (López-Ahumada y Garvey, 2015).

Es este sentido, es válido destacar que el Estado dentro de su connotación de organización, tiene que establecer pautas y lineamientos que pretendan asistir y prevenir, de forma progresiva, las miserias y precariedad de la nación o conglomerado humano asociado en su devenir histórico social. Dichas penurias se convierten en las contingencias y riesgos sociales. Tales pueden ser: pobreza, enfermedad, vejez, maternidad, embarazo, parto, paternidad, invalidez, migraciones, indigencia, damnificación,

desempleo, ocio, discapacidad, deficiencia, minusvalía, familia, viudez, orfandad, víctimas y muerte.<sup>1</sup>

Ahora bien, el Estado -en su entendido político y jurídico-, es una institución o un organismo que vela por la satisfacción, prevención, gestión, administración y preparación continua de las penurias individuales y agrupadas de sus vinculados a partir de la toma de decisiones irradiadas en la políticas pública y social, así mismo en las normas en todas sus jerarquías y categorías (Restrepo, 2012).

De este modo se puede afirmar que la protección social es el producto del devenir histórico natural de los seres humanos y social de los pueblos, basado en filosofía de la historia y los acontecimientos, el crecimiento acelerado de la demografía, las tendencias del evolucionismo en el desarrollo cotidiano, el cambio de mentalidad, el surgimiento del maquinismo, la modernización, en la cual el Estado satisfacía o hacia contestaciones y referencias de solución a través de los estudios previos organizados y planificados a las diversas situaciones, fenómenos, contingencias, hechos, acontecimientos que colocan al ser humano en condiciones vulnerables y deplorables (Restrepo, 2017).

---

1 Podría entenderse por contingencia humana desde la dimensión antropológica y guardando los cognoscitivos elementos de la física y bioestadística, la consecuencia de un hecho, hecho jurídico, acto jurídico, conducta, fenómeno natural, materialización de un riesgo que genera menoscabo a la vida humana en su diversidad de composiciones o aspectos, a saber, morales psíquicos, sociales, culturales, fisiológicos y económicos.

**Tabla 1:** Clasificación estructural de contingencias y prestaciones.

CONTINGENCIAS	PRESTACIONES		
	Económicas	Asistenciales	Sociales
Vejez	Subsidio	Servicios de Salud	
Pobreza Enfermedad	Incapacidad	Servicios de Salud	
Invalidez	Pensión	Servicios de Salud	Programa Social
Minusvalía	Indemnización	Servicios de Salud	Programa Social
Discapacidad	Subsidio	Servicios de Salud	Programa Social
Deficiencia	Subsidio	Servicios de Salud	Programa Social
Muerte	Pensión Auxilio Funerario	Servicios de Salud	
Maternidad	Licencia	Servicios de Salud	
Paternidad	Licencia	Licencia	
Familia	Pensión Subsidio	Servicios de Salud	Programa Social
Desempleo	Subsidio	Subsidio	Programa Social
Migraciones	Subsidio	Asistencia	Programa Social
Víctimas de la violencia	Subsidio	Asistencia	Programa Social

Fuente: Arenas-Monsalve, 2011.

Las contingencias son las situaciones objeto de protección; en este sentido, se entiende por contingencias todos aquellos acontecimientos o fenómenos futuros y posibles, capaces de ocasionar una pérdida económica y, por tanto, una consecuencia perjudicial o dañosa a la integridad de los individuos. No se hace con ello referencia únicamente a hechos desafortunados, de los cuales se podría mencionar lesiones al cuerpo, daños corporales, desempleo, desocupación, enfermedad e invalidez, sino a ciertos acontecimientos gratos, así como el matrimonio, embarazo, parto y el nacimiento de hijos, que originan mayores gastos ocasionales o permanentes para el sostén de los mismos (Rodríguez-Mesa, 2011).

De acuerdo a lo anterior, se puede redefinir que las contingencias obedecen a acontecimientos ordinarios de la vida, de cualquier orden causal, que demandan la protección y/o atención inmediata, en virtud de que representan la pérdida o disminución de ingresos o menoscabo de la salud. En este sentido, las contingencias, como ámbito de la protección social, se encuentran cubiertas tanto a corto como a largo plazo. Para el corto plazo se encuentran las contingencias relacionadas a la enfermedad, desnutrición, inseguridad alimentaria, gestación, maternidad y riesgo laboral, entre otras, mientras que para largo plazo se destaca la invalidez, vejez, muerte, orfandad y viudez (Restrepo, 2017).

Por otro lado, también se encuentra otra clasificación de las contingencias y es así como frecuentemente se habla de las contingencias comunes y las contingencias laborales, encontrándose en las primeras, el accidente cotidiano y la enfermedad común, la maternidad, la paternidad, el cese en el trabajo una vez alcanzada la edad de jubilación, el desempleo entendido como la pérdida involuntaria del empleo o la reducción de la jornada ordinaria de trabajo de quienes pueden y quieren trabajar y las cargas familiares. Dado que sólo se definen expresamente y en sentido positivo, las contingencias laborales, respecto a las restantes contingencias protegidas o hay una readmisión o se da una definición en negativo, caso este del accidente no laboral y de la enfermedad común (Catena, 2017).

Con realidad argumentada en cuanto a contingencia estas se constituyen en la razón de ser los costos sociales del Estado, los cuales deben ser cubiertos y atendidos con carácter preventivo, previsorio, defensor, apremiante y presupuestado en la finanza públicas o hacienda de la nación, intervenciones en la economía y regulación de la prestación de servicios sociales, esto en consonancia a lo preceptuado por la honorable Corte Constitucional en la sentencia 870 de 2003, la cual expresa:

En relación con el derecho que tienen las personas a ejercer la libertad de empresa y a percibir las utilidades que le son inherentes, el Estado se erige como director de la economía con dos fines específicos: de una parte, debe regular, vigilar y controlar los procesos económicos en orden a fomentar y estimular la gestión empresarial, impidiendo al efecto que se obstruya o restrinja la libertad económica y evitando o controlando cualquier abuso de la posición dominante; y de otra, promoviendo y exigiendo a la empresa el cumplimiento de su función social a través de su intervención en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados;

igualmente, actuando como empresario directo, ya sea con capital totalmente estatal, ora en alguna de las modalidades de la asociación mixta. Función social que se debe concretar en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, en la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y en la preservación de un ambiente sano.<sup>2</sup>

---

2 Corte Constitucional, (30 de septiembre de 2003) Sentencia C-870/03. [MP Jaime Araújo Rentería].

## 4. Modelo económico de estado: implicaciones en sistemas sociales

Antes de entrar a hacer una comprensión localizada desde la teoría del conocimiento acerca de la política social es ineludible pasar por el punto específico de concertación retórica dentro de la política en su apreciación disciplinar, que está dentro de los valores políticos compuestos por la justicia social, la igualdad, la equidad, el orden, la primacía, la supremacía y el bienestar.

De todos los valores antes mencionados, se estudiará el bienestar en el avance esquemático de este orden temático por su afinidad y especificidad con la política social. Según Heywood (2010), bienestar se refiere -en su forma más simple- a la felicidad, la prosperidad y la confortabilidad, en general. Por lo tanto, en el debate político el bienestar es un principio invariablemente colectivista que corresponde a las creencias de que el Estado es responsable de la confortabilidad social de los ciudadanos cristalizado en la política social.

Seguidamente, se concibe la clarividencia sobre la política social entendida a partir de un conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social; procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad (Fleury y Molina, 2004).

En este orden de ideas y de debate teórico-conceptual acerca de la política social aplicada en salud, es pertinente citar y demarcar autores como Ceja (2004) cuando manifiesta en forma concreta que la política social es



la forma en que, por medio de estrategias y políticas concretas, el Estado construye una sociedad cohesionada y equitativa. En una perspectiva de mayor equidad e integración social, la política social tiene como fin principal facilitar la convergencia entre los intereses individuales y los intereses comunes de la sociedad.

Ahora bien, cabe señalar a Thais Maingon (2004) en lo relacionado a política social en los países latinoamericanos, cuando esta imprime que existe una diversidad de definiciones de política social que presentan diferentes posiciones tomando en cuenta sus objetivos, extensión y límites, agrupándolas en atención a ello en dos. Primero, están las definiciones que la limitan a los programas de bienestar y apoyo social; segundo, las políticas que sustentan o conforman dichos programas.

De acuerdo con lo antes expuesto, la política social hace referencia a un compendio estructurado y funcional de medidas que contribuyen al mejoramiento de una situación determinada por deterioro y menoscabo de la vida, en cuanto a su dignidad y condicionamientos óptimos por diversas circunstancias de modo, tiempo y lugar; incluyendo las políticas, económicas, sociales, culturales y ambientales (Luhmann y De Georgi, 1993).

En este contexto, las políticas sociales son de carácter transitorio y sus objetivos son los de aminorar o de regular los embates de las políticas económicas. Teniendo en cuenta que para armonizar las razones y contenidos de la mirada social en salud de la política, implica el pensamiento de que la salud de la población en su conjunto depende de los determinantes de salud. Entre estos se encuentran la posición social, los estilos de vida, la alimentación, el trabajo, la vivienda, la educación, las condiciones de vida, el ambiente, la violencia externa, las causas genéticas, además de situaciones específicas como las guerras, las represiones, las exclusiones y la pobreza (Malagón-Londoño y Moncayo-Medina, 2011).

En otras palabras, la política social tiene que ver con las fallas de la política económica y los factores determinantes de la sociedad en su sostenibilidad y estabilidad, la cual es de carácter asistencial y se le asigna, por lo tanto, una función residual y no esencial, la cual debería ser por su sensibilidad temática y comprometedora.

Cabe señalar, para seguir profundizando en nuestra comprensión sobre el tema, que existe un segundo concepto descriptivo que considera que la función principal de la política social es la reducción y eliminación de

las inequidades sociales a través de la redistribución de los recursos, servicios, oportunidades y capacidades.

Es así que este concepto incluye todas aquellas actividades que contribuyen a la salud, educación, asistencia pública, seguridad social y vivienda de la población, y también aquellas que afectan, en general, la redistribución y distribución del ingreso, y las dirigidas a construir y conservar el capital social. De esta manera, es válido acotar que la Organización Mundial de la Salud hace aportaciones y distribuciones de fondos públicos a los diferentes programas de la organización que hacen gestión universal en salud (Malagón-Londoño y Moncayo-Medina, 2011).

De igual manera, Repetto (2010) manifiesta que las políticas sociales y sus expresiones programáticas, entendidas en un sentido amplio, incluyen intervenciones sectoriales clásicas (educación, salud, seguridad social, vivienda, infraestructura básica), así como las tendencias a desarrollar acciones focalizadas en la pobreza. A la vez, también deben incorporarse, bajo el concepto de política social, las intervenciones estatales destinadas a promover el empleo y brindar protección ante las enfermedades o precariedades de índole eminentemente social.

Cabe expresar que en esta secuencia dialógica, de referencias prácticas y realidades en cuanto al análisis de estudio temático y ubicación conceptual dentro del género de las políticas sociales, se encuentra la especie de políticas en salud. De allí que, si la política social es un conjunto de esfuerzos organizados para reducir los problemas sociales, se involucra en ellos la búsqueda en equidad y la satisfacción de necesidades. Entonces, en la política en salud, según Escudero (como se citó en Malagón-Londoño y Moncayo-Medina, 2011), “importa el conjunto de esfuerzos para promover la mejor salud y reducir los problemas que la afectan” (p. 105), donde su formulación corresponde a la política en salud corresponde a la política pública, que consiste en establecer prioridades según los problemas, necesidades y demandas relacionadas con la salud de la población, en función de los recursos disponibles, sometidas a permanente análisis y sujetas al control de la ciudadanía. La política social es, entonces, un conjunto de proposiciones que orientan las acciones del sector salud y de otros sectores al mejoramiento sanitario de la población y en un plazo determinado.

Con esto se puede destacar que la política social es propia de la ideología del Estado de bienestar, del cual podemos decir que el modelo ideal de Estado de bienestar está vinculado a la idea de igualdad, ya que en térmi-

nos generales trata de asegurar un nivel básico de confortabilidad para todos los ciudadanos. Es por ello que plantea la universalización de la política social, sin focalización, garantizando a todo miembro de la sociedad, por el hecho de haber nacido en ella, ser beneficiado por la política social de ese Estado, dentro de la garantía del bienestar general de toda la población. Es decir, cada actor social es considerado un ciudadano con derechos sociales (Heywood, 2010).

Cabe en este silogismo de evaluaciones y aportaciones, de cualidad dogmática, axiológica, pragmática, jurídica y práctica, afirmar que uno de los logros más trascendentales conseguidos por el Estado de bienestar ha sido la institucionalización, estructuración, configuración y dinamismo de los derechos sociales tales como la seguridad social, salud, empleo, deporte, familia, recreación, educación, junto con los derechos civiles y políticos (Romero-Parra, 2014).

Se puede afirmar de esta manera que los derechos sociales se protegen como garantías que tienen todos los ciudadanos, por el hecho de serlo, a recibir prestaciones económicas y asistenciales en razón de pensiones, subsidios, ayudas en determinadas circunstancias y, además, recibir un conjunto de servicios sociales entre los que destacan la salud, la educación, los medioambientales, los culturales y los recreativos (Romero-Parra, 2014).

Dentro de un proceso histórico progresivo se llega a estar de cara al modelo anterior y aparece el Estado Social; el cual ideológica y políticamente es la sumatoria o la integración conciliada de la democracia, el capitalismo y el socialismo. Este persigue cubrir las insuficiencias de los modelos anteriores, pues, siendo grande el número de personas que no pueden desarrollarse plenamente dentro de una sociedad, se hace necesaria la participación del Estado en fines esenciales, servicios públicos y la función social de dotarles de recursos e instrumentos necesarios para incorporarse plenamente en ella por medio de la consolidación sistémica organizada (Romero-Parra, 2014).

En detalles comportamentales se dice entonces que en el Estado social en sus dominados sistemas reglamentados, de los cuales se encuentra el de salud, comparte un alto nivel de protección social y de provisión universal basada en la ciudadanía y el respeto a la diversidad social, pluralismo y participación. Se garantiza un acceso generalizado al bienestar y a la seguridad social integral, servicios sociales complementarios, e incluso a los patrocinios sociales.

Dichos amparos sociales son precisados en la tipología de regímenes, los cuales son: régimen de atención integral a la familia; régimen de atención integral a la vejez; régimen de atención integral a la primera infancia; régimen de atención integral a la mujer; régimen de atención integral a los pobres; régimen de atención integral a las víctimas, victimarios, desplazados y despojados; régimen de atención integral a las migraciones; régimen de atención integral a desempleados, trabajadores y cesantes; régimen de atención integral a población carcelaria; régimen de atención integral a la mendicidad e indigentes y régimen de atención integral a la discapacidad. Esto se puede ilustrar en la siguiente tabla:

**Tabla 2:** Protección social desde lo político-económico y jurídico.

REGÍMENES	PRESTACIONES	NORMAS JURÍDICAS
<b>Atención integral a la familia y a la mujer</b>	Servicios de salud - Alimentación -Recreación  Educación - Capacitación - Formación - Auxilio  Subsidios - Pensión - Exoneraciones	Ley 21 de 1982  Ley 100 de 1993  Ley 75 de 1968  Ley 1361 de 2013  Ley 25 de 1981  Ley 1580 de 2012  Ley 1257 de 2008  Ley 1232 de 2008  Ley 823 de 2003
<b>Atención a las víctimas, desplazados, despojados, migraciones y pobreza</b>	Servicios de salud - Alimentación - Recreación Educación - Capacitación - Formación - Auxilio - Subsidios	Ley 1438 de 2011  Ley 1448 de 2001  Decreto 2353 de 2015  Decreto 780 de 2016

<b>Atención a victimarios</b>	Servicios de salud - Resocialización - Educación  Capacitación - Formación	Decreto 2353 de 2015  Decreto 780 de 2016  Ley 415 de 1997  Ley y 504 de 1999
<b>Atención al empleo, desempleo, trabajo, trabajo decente, emprendimiento</b>	Servicios de salud - Alimentación - Recreación - Educación  Capacitación - Formación - Subsidios Auxilios - Indemnización	Ley 50 de 1990  Ley 100 de 1993  Ley 789 de 2002  Ley 790 de 2002  Ley 1221 de 2008  Ley 1233 de 2008  Ley 1636 de 2013  Ley 1780 de 2016  Ley 1328 de 2009  Ley 1429 de 2010
<b>Atención integral a la vejez</b>	Servicios de salud Alimentación - Recreación - Educación - Capacitación  Formación - Subsidios - Auxilios - Indemnización - Pensión - BEP	Ley 100 de 1993  Ley 445 de 1998  Ley 1276 de 2009  Ley 1555 de 2013
<b>Atención integral a la deficiencia, discapacidad minusvalía, invalidez</b>	Servicios de salud- Alimentación - Recreación - Educación  Capacitación - Formación - Subsidios - Auxilios	Ley 361 de 1997 Ley 1145 de 2011  Ley 1346 de 2009  Ley 1618 de 2013

<p><b>Atención integral a la enfermedad, síndromes y lesiones al cuerpo</b></p>	<p>Servicios de salud - Alimentación - Recreación - Educación</p>	<p>Ley 100 de 1993 Ley 1122 de 2017 Ley 1438 de 2011</p>
<p><b>Atención integral a la primera infancia, desnutrición y analfabetismo</b></p>	<p>Servicios de salud - Alimentación - Recreación  Educación - Capacitación - Formación</p>	<p>Ley 9 de 1979 Ley 115 de 1994 Decreto 118 de 1957 Ley 1096 de 2006 Ley 1295 de 2009 Ley 1804 de 2016</p>

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, cabe aducir que el Estado colombiano opera y organiza en todo su sistema de protección social, conforme a la constitución política de 1991, a partir de la aplicación del modelo de economía social de mercado estándar donde se conjuga lo público y lo privado, en cuanto a la prestación de bienes y servicios. Asimismo da respuesta a las necesidades, contingencias y riesgos sociales a partir de normas jurídicas, que son actos jurídicos normados coercitivos y actos políticos contenidos en la políticas públicas y sociales, elaboradas en los planes de desarrollo, planes de acción, programas, proyectos y estrategias gubernamentales. Estas políticas las ejecutan las instituciones de los dos sectores, y a su vez son permitidas, avaladas, inspeccionadas, vigiladas y controladas por el mismo Estado.

Ejemplo de lo anterior es la institucionalidad heterogénea. En cuanto a la naturaleza de creación se encuentran las cajas de compensación familiar, las cuales son corporaciones de derecho privado con funciones públicas. Estas administran prestaciones asistenciales y económicas públicas, reciben parafiscales, además, coordinan subsidios que son de recursos del Estado. Asimismo, las empresas promotoras de salud EPS son, en su mayoría, de naturaleza privada, pero administran cotizaciones que son aportes del resorte estatal. Las administradoras de fondos de pensiones y las entidades financieras con la administración de cotizaciones subsi-

diadas provenientes de desembolso del Fondo de Solidaridad Pensional, también regentan los beneficios periódicos económicos, pensión familiar y hacen desembolsos de las indemnizaciones y subsidios.

Seguidamente, es válido expresar que aunque las instituciones privadas funcionan, también existen entes de orden público que administran y financian el sistema de protección social, tales como el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, la Unidad de Atención a Víctimas, la Unidad de Restitución de Tierras, la Unidad de Atención de Migraciones, el Servicio Nacional de Aprendizaje, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las direcciones territoriales de salud y las empresas sociales del Estado.

Luego de haber reseñado las operatividades estructurales, institucionales, financieras y funcionales, es loable hacer mención de la Sentencia 228 de 2010 de la honorable Corte Constitucional, donde se ilustra y precisa acerca del modelo económico del Estado siendo este una economía social de mercado, el cual es consonante con la existencia del sistema de protección social, dado a que sería propio de manifestaciones perfeccionadas de la ideología del modelo de Estado de bienestar social, ello según insinuaciones de Flora (1986). De esta manera reza taxativamente la jurisprudencia en evocación:

La Carta adopta un modelo de economía social de mercado, que reconoce a la empresa y, en general, a la iniciativa privada, la condición de motor de la economía, pero que limita razonable y proporcionalmente la libertad de empresa y la libre competencia económica, con el único propósito de cumplir fines constitucionalmente valiosos, destinados a la protección del interés general. Este marco de referencia, a su vez, tiene profundas implicaciones en el modo en que se comprende los derechos y libertades de los agentes de mercado.

Por último, se puede afirmar que el reflejo del modelo económico, establecido en la carta política y con precedente jurisprudencial constitucional, se consolida en los planes de desarrollo. Estos traen consigo intervenciones, reglamentaciones, acciones, programas, proyectos, prestaciones asistenciales y económicas y propuestas de protección social, para alcanzar el cubrimiento de contingencias humanas de carácter colectivo e individual de la población. Ver Figura 2 tomada del Plan Nacional de Desarrollo, 2014-2018.

**Figura 2:** Plan de desarrollo y protección social.



Fuente: Plan Nacional de Desarrollo, 2014 – 2018





## 5. Servicios de salud en el sistema de protección social

En cuanto al discernimiento perceptivo de justicia, administración y gobierno acerca de la protección social a partir de la prestación de servicio de salud, es una demarcación en sinonimia estructural, dado a que se confunde hipotéticamente la teoría general del Estado con la teoría general de la protección social, en cuanto a la definición de modelos sistémicos de prestación, con el fin del Estado establecido en la constitución política y desarrollado por el código de seguridad social en salud.

Ahora bien, para la marcha de los servicios de salud, -que pretende ser pluralista, es decir, que cubra todas y cada una de las contingencias humanas-, requiere de la adopción de una serie de regímenes, instituciones y procedimientos que alcancen a toda la población, con la aplicación de una dirección compleja, democrática y diversa desde la financiación, atención, prestación, contenido y forma.

En razón a lo antes descrito, el Estado colombiano reglamenta una serie de regímenes y prestaciones en el sistema de salud para cubrir a toda la población y contingencias humanas en sus tipologías; dentro de ellos se encuentra el régimen subsidiado para población carcelaria y penitenciaria, cuya contingencia básica o fundante es ser victimarios, de lo cual se desprende la privación de la libertad y las enfermedades, entre otros.

Ahora bien, en este sentido, cabe argumentar que la dinámica de un modelo con enfoque diferencial en el SGSSS, el modelo mecánico ideal que orientó el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" está fundamentado en el aislamiento funcional y especializado de sus partes y componentes. Esta desvinculación produce un desconocimiento generalizado entre los diferentes agentes que actúan dentro del sistema.

El desconocimiento entre los agentes no permite la coordinación global, y por lo tanto, el sistema requiere de una autoridad centralizada de regulación y control. No obstante, la centralidad de la regulación y control no permite la obtención de la información relevante que garantice una comprensión profunda de las razones que están dirigiendo las acciones de las partes y componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" porque sus acciones particulares no inciden en el comportamiento global del sistema.

La vulneración de derechos, garantías en procedimientos, regímenes y la ausencia de correlaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" hacen que las perturbaciones (disfunciones, quejas, reclamos y tutelas) no afecten al sistema y limiten sus capacidades de funcionamiento, adaptación y evolución. Consistente con el diseño fragmentario y aislado del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS", el Subsistema de Inspección, Vigilancia y Control "SIVC" carece de instrumentos elaborados de acuerdo con las diferencias, biológicas, económicas, sociales y culturales, que permitan comprometer la actuación del Estado respecto de las poblaciones vulnerables. Pese a que poblaciones como los indígenas y desplazados deben tener, por ley, tratamientos diferenciados, la actuación de los agentes del sistema no siempre refleja estas consideraciones particulares.

Los resultados obtenidos permiten deducir que los procedimientos establecidos para la recopilación y procesamiento de la información se limitan a la asignación de reglas funcionales universales que orientan la acción de los agentes. A partir de la revisión de los formatos de recepción y trámite de quejas en las entidades, se confirma que no se cuenta con los medios de información que se adapten a las diferencias de los usuarios, especialmente tratándose de poblaciones vulnerables.

La homogeneización de los procesos de codificación y decodificación de los mensajes que tienen los medios de registro tradicionales no permite generar una sistematización efectiva y con un enfoque diferencial en

prestaciones, derechos y garantías colectivas humanas. En consecuencia, aparecen las quejas provenientes de esta fracción de la población.

Sobre el particular, se tiene claro que todas las quejas se registran en el sistema. Sin embargo, no en todas las quejas es posible completar los datos de sexo, localidad, edad, etc., pues muchas de estas llegan por correo urbano y la persona no llena este tipo de datos. Solo es posible obtener esta información cuando se trata de quejas telefónicas y presenciales atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de protección social en salud. Así se comprende la vulneración de derechos sociales, fines del Estado y política social.

En el caso particular de las poblaciones indígenas, que cuentan con un régimen especial en salud, las dificultades parecen acentuarse por la ausencia de una perspectiva cultural dentro de la concepción misma del sistema de salud: El acceso se ve limitado por las barreras geográfico-antropológicas y las largas distancias que se interponen entre los indígenas y los centros de atención. Por su parte, también están las limitaciones culturales: se deben reconocer en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado "POS-S" las prácticas formales de estas comunidades. Existen también limitaciones de género: en el caso de las mujeres, la visita al médico representa una afectación de los conceptos de intimidad que manejan las comunidades.

## **5.1 Sistema económico y modelo de sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud**

Cuando se detalla el papel o función que cumple la protección social en salud dentro del sistema estatal, aparece la definición misma del modelo estructural, el cual para el caso colombiano, puede establecerse como de carácter mixto. Dicho sistema de atención en salud, en cuanto a gerencia, facilitación, financiación y cobertura poblacional y regido bajo un esquema de competencia regulada, ha creado múltiples conflictos, básicamente, originados por la privatización del servicio de salud. Es conveniente recordar que:

- a) Los bienes o servicios privados son excluyentes por naturaleza y no permiten el consumo simultáneo de ellos.
- b) Los bienes o servicios públicos tienen un consumo simultáneo y la exclusión es imposible.

- c) Los bienes o servicios mixtos son ambiguos y se caracterizan por producir problemas de rivalidad o colapso. Estos se presentan cuando el número de consumidores es tan alto que disminuye el beneficio individual que estos deberían ofrecer.

De acuerdo con las características típicas de los bienes o servicios (privados, públicos y mixtos), se deduce que el Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" ofrece:

- Un servicio de atención en salud privado que tiende a excluir a la población según el criterio de la cantidad de ingresos;
- Un servicio público de atención en salud que puede excluir y permite un consumo simultáneo, lo cual incide en su equilibrio financiero y en la posibilidad de competir con los servicios privados;
- Una combinación de los servicios que hace colapsar al sistema.

Seguidamente, en sintonía preceptiva, es loable expresar -desde un origen netamente administrativo y operativo de la protección social en salud-, que suelen presentarse unas limitaciones del sistema para cumplir con los principios y objetivos generales del modelo de atención en salud. Estos serían otros de los grandes desconciertos normativos, técnicos y conceptuales; pese a contar con medidas tendientes a compensar las inequidades, el Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" excluye fracciones de población, y tiende a colapsar cuando pretende satisfacer el derecho constitucional a la salud que se supone deben tener los habitantes del territorio nacional.

De esta manera, cabe destacar en cuanto a las metas planteadas por la Ley 100, la de obtener en el 2001 una cobertura universal de la seguridad social en salud. Actualmente, se encuentran a mitad de camino y alcanzarlas se ha aplazado para un futuro incierto. A través de la Ley 715 de 2001 se sanciona esta perspectiva al establecer que a partir de 2004, "el Sistema de Seguridad Social en Salud deberá recuperar la meta de lograr aseguramiento universal de la población".

Por consiguiente, la aspiración de obtener una progresiva igualdad en los servicios de aseguramiento de los dos regímenes, el subsidiado y el contributivo, se percibe cada vez más lejana. Circunstancias como las crisis económicas, el incremento de la pobreza y la pérdida de cohesión social hacen urgente la tarea de revisar las prioridades en la asignación de re-

cursos y de redefinir los mecanismos para reimpulsar el proceso tendiente al pleno ejercicio del derecho a la salud y el aseguramiento universal.

Asimismo, las reglas que rigen el comportamiento de las partes y componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”, desde un enfoque de protección social, provienen de la teoría de la racionalidad económica perfecta, racional y comprometida con cualquier tipo de contingencia humana. Esta teoría presupone la existencia de capacidades cognitivas en los hombres y mujeres que en la realidad han demostrado ser inverosímiles en cuanto a su naturaleza, condición y esencia humana, donde el Estado, en su representación, acoge y promueve las condiciones de cambio social y personal del conglomerado.

El pluralismo estructurado, sistema ideológico que orientó la reforma de la atención en salud en protección social y política social colombiana, reconoce la existencia de posibles imperfecciones en el mercado de la salud. Para corregirlas, establece dos regulaciones básicas: la primera, dirigida al servicio, llamada Plan Obligatorio de Salud “POS”; y la segunda, orientada hacia el control de los precios, denominada Unidad de Pago por Capitación “UPC”, con las que se esperaba corregir las imperfecciones del mercado de la salud.

Pero para que estas medidas sean realmente efectivas, los agentes de las acciones deben estar orientados bajo los parámetros de una racionalidad perfecta. Las características de este tipo “ideal” de hombre y mujer económico son:

- Poseer información completa;
- Conocer todo el curso que puede seguir su actividad y las consecuencias que esta trae consigo;
- Estar capacitado para percibir todas las variaciones del entorno por insignificantes que sean;
- Poner en orden y escoger siempre la opción que le permita obtener el máximo de utilidad.

Estas condiciones le permiten al agente de la acción elegir y decidir sin riesgo. Sin embargo, las elecciones, decisiones y acciones de los agentes (usuarios, prestadores, administradores y directores) del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” no se corresponden y no están

orientadas, en la mayoría de los casos, bajo los parámetros de racionalidad presupuestos por los diseñadores del sistema.

Son frecuentes los problemas de información, predicción y control que tienen durante sus interacciones los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS". También, los problemas de cantidad y calidad en la atención de la salud de los colombianos, que se derivan directa o indirectamente de las erradas concepciones ideales del sistema.

Cabe expresar, en un cuadro de análisis crítico, en cuanto a la armonía simétrica, al fraccionamiento de los actos administrativos, y a los problemas operativos que produce, que son un reflejo de la división artificial que sustenta la teoría de la decisión racional clásica, el cual dirigió el diseño del modelo de sistema de salud colombiano.

El exceso de racionalidad en tiempos, métodos, ritmos y especialistas que el Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" ha generado durante su operatividad, ha traído consigo comportamientos irracionales (barreras de acceso, discriminación, fragmentación, cobertura incierta, baja calidad, etc.) de los agentes que contribuyen a fomentar la crisis generalizada del sistema. Pero incluso las medidas correctivas adoptadas para tratar de resolver las posibles imperfecciones del mercado de la salud han sido limitadas y no han cumplido con los objetivos esperados.

También se pueden destacar, en una lógica de discernimiento estructural, los conflictos que se presentan por la utilización de modelos ideales para orientar las acciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS". Estos tienden a producir, en el campo de la salud, múltiples contradicciones entre el macro-nivel de la política (guiada por la intención de la universalidad del servicio) y la lógica económica, que guía las acciones en el micro-nivel del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS", fundamentalmente dirigida hacia la maximización de las utilidades de los agentes operadores.

Vale la pena examinar la consistencia entre los aspectos macro y micro, y la posibilidad de alcanzar las metas previstas. Mientras que en el nivel macro se acogen principios socialdemócratas (cobertura universal, un plan relativamente amplio y financiación solidaria), en el nivel micro se adoptan principios de tipo neoliberal (énfasis en la demanda, competencia y criterios de rentabilidad y eficiencia). Es decir, existe una tensión entre la búsqueda de la universalidad y solidaridad, por una parte, y la

búsqueda de eficiencia, por otra. Los componentes de la salud, como bien meritorio y bien público, se contraponen al propósito de la eficiencia. Al final, los servicios de salud son insuficientes para la sociedad.

Aunque se encuentra una supuesta igualdad normativo jurídica, la unificación del contenido del plan obligatorio de salud POS para ambos regímenes (contributivo y subsidiado) se da con la Ley 1438 de 2011 y es materializada en las siguientes resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social: Resolución 5521 de 2013; Resolución 5926 de 2014; Resolución 001 de 2016; Resolución 6408 de 2016; Resolución 379 de 2017; Resolución 1687 de 2017; Resolución 5269 de 2017 y Resolución 046 de 2018.

Sigue en la práctica, la diferencia inequitativa entre los regímenes contributivo y subsidiado, ya que para el régimen subsidiado aún no se contemplan las prestaciones económicas de licencias de maternidad, paternidad e incapacidad.

### **5.1.1 Planes voluntarios de salud.**

Cabe expresar, en un análisis lógico racional, que los hechos de desigualdad en la prestación de servicios, a grosso modo, los planes voluntarios de salud, consisten en planes que incluyen coberturas asistenciales asociadas con los servicios de salud para complementar las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud. Estos están contemplados en el artículo 69 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, los cuales tienen por objeto mejorar el servicio y la calidad de las instituciones.

El Plan Voluntario de Salud es financiado en su totalidad por el asegurado con recursos propios distintos a los de las cotizaciones que, en cualquier caso, tienen que ser obligatorias; lo que de inmediato nos lleva al imperativo de que, para poder adquirir algún Plan Voluntario de Salud, es obligatorio estar afiliado al Plan de Beneficios en Salud en el régimen contributivo, como dicta la Sentencia T-074 de 2017 de la Corte Constitucional. Dentro de los planes voluntarios de salud están los siguientes:

- *Pólizas de seguro.*

De alguna manera son un servicio complementario a los servicios que son prestados por la seguridad social, en el caso de los beneficiarios de la misma, o un seguro único para quienes no se benefician del seguro del

Estado. No son de carácter obligatorio, y por esa simple característica, entran en la categoría de los planes voluntarios de salud. La póliza de salud garantiza la asistencia sanitaria y quirúrgica, establecida en el contrato, toda vez que el término estipulado haya transcurrido desde la contratación de la misma al momento de la prestación de los servicios.

En estas pólizas, el asegurado tiene la facultad de acudir a cualquier centro hospitalario o consulta médica, siempre y cuando exista previo acuerdo con la aseguradora, sin tener que reembolsar ninguna cantidad de dinero, teniendo en cuenta que, una vez canceladas las cuotas del tiempo establecido, la aseguradora asume la carga económica de los servicios suministrados por el prestador de servicios. Por ser un contrato de seguros, solo las compañías de seguros legalmente autorizadas por la Superintendencia Financiera pueden comercializarlos. Esto está regulado en el Código de Comercio.

- *Contratos de medicina prepagada.*

Tal como lo dispone el artículo 10 del Decreto 1570 de 1993, modificado por el artículo 10 del Decreto 1486 de 1994, la medicina prepagada es un “sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

Estos contratos contienen características propias que los diferencian de un contrato de seguro, como se desprende de las previsiones contenidas en los siguientes: Decreto 1570 de 1993; Decreto 1486 de 1994; Decreto 780 de 2016; Código Civil y referentes jurisprudenciales. Para precisar los mecanismos para resolver controversias está la Sentencia T-507 de 2017 de la Corte Constitucional, la cual expresa: “Acción de tutela para resolver controversias derivadas de los contratos de medicina prepagada- Procedencia excepcional”.

- *Seguros privados.*

Son contratos con una compañía de seguros de salud, por los cuales se paga un costo mensual para la obtención de un plan o póliza, a cambio de que la aseguradora se encargue de todos o parte de los gastos médicos. Se puede tener seguro médico a través del empleador o se puede comprar de manera individual, lo cual está regulado en el Código de Comercio.



## **5.2 Descripción de la estructura del sistema de salud en relación a su eficiencia del derecho fundamental a la salud**

La concepción estática, piramidal, centralizada y especializada que tiene el diseño de la estructura organizacional del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” está generando conflictos internos y externos de adaptación a las particularidades que tienen los entornos en donde tiene que funcionar.

Estos conflictos inciden negativamente en la posibilidad de lograr que los habitantes del territorio nacional tengan una atención de salud que sea consistente con sus derechos constitucionales. La información y la comunicación son elementos indispensables para el funcionamiento adecuado del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”.

Los flujos de información e intercambio en un sistema dependen del sentido que tenga el patrón de organización. Como el sentido del patrón de organización del sistema se reduce a considerar los aspectos económicos, financieros y administrativos, los datos diferentes a estos aspectos puntuales del funcionamiento tienden a no ser valorados, controlados y recuperados, con lo cual se generan situaciones de permanente desinformación y asimetría en el campo de la atención en salud.

El reducir los flujos de información y la comunicación a los aspectos económicos, financieros y administrativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” no permite que se logre una orientación adecuada de los usuarios del mismo, ya que en la mayoría de los casos están desinformados o incomunicados.

Algunas corporaciones públicas consideran que muchas de las tutelas que se presentan no deberían llegar, ya que no han agotado la queja ante la misma entidad. Hay desconocimiento, voluntario o no, de la red prestadora de servicios de salud y de las Entidades Promotoras de Salud “EPS” subsidiadas.

Las acciones, los procesos y procedimientos que organizan las actividades operativas, de las partes y componentes esenciales de un sistema deben ser convencionalmente aceptados, formalmente establecidos y seguidos en todos sus pasos para garantizar que las acciones sean afortunadas.

### **5.3 Fuentes de administración y financiación del sistema de salud**

Uno de los propósitos fundamentales que llevaron a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” colombiano era permitir que los recursos económicos del Estado se orientaran hacia los sectores problemáticos del país y a la población menos favorecida. Sin embargo, la presencia de regímenes excepcionales, la evasión, elusión y la no progresividad de las cotizaciones conducen a un menor recaudo de recursos, lo que afecta la financiación e impacta negativamente la solidaridad del sistema.

Otro factor que influye en la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” es la aplicación de un porcentaje igual de aportes para todos los rangos salariales. Esto significa que existe una contribución relativamente menor para el aseguramiento de aquellas personas con mejores ingresos salariales.

En el campo administrativo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” concentra su atención en la asignación de funciones especializadas para las partes y las instituciones que lo componen. Esto requiere de una organización administrativa basada en una operatividad secuencial consistente con el modelo de caja negra (una entrada, un proceso de transformación, un programa, una salida) económica, financiera y administrativa que tiene el mismo.

En lo referente a la organización del trabajo, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” se han presentado conflictos por un excesivo grado de división, un insuficiente grado de responsabilidad y el poco trabajo en equipo. En lo relacionado con los procesos y procedimientos existe un grado de formalización excesiva y una actualización insuficiente que dificulta su seguimiento. Estos problemas generan una sucesión de hechos desafortunados.

Como se observará, el interés individual y competitivo que dirige las estrategias y acciones de las instituciones que componen la parte administrativa, va configurando depósitos independientes y aislados de información, seleccionados de acuerdo con los intereses egocéntricos que tiene cada institución. Esta situación genera la imposibilidad de obtener la información completa que permita elegir, decidir y actuar en situaciones

de certeza, como idealmente lo pretende el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”.

En consecuencia, el modelo ideal de competencia regulada que rige las interacciones de las instituciones responsables de administración y prestación de los servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” no ha dado los resultados esperados de libre competencia y mejora en la calidad de la atención en salud.

La regulación de la competencia en el precio por la Unidad de Pago por Capitación “UPC” y en el servicio por el Plan Obligatorio de Salud “POS”, que tiene el diseño mecánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”, conduce a la necesidad de construir estrategias competitivas dirigidas a la reducción de los costos en la atención médica. La reducción de costos en la atención médica se hace posible introduciendo barreras a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”, tendientes a maximizar las utilidades de las administradoras y las prestadoras de los servicios de salud.

En este panorama competitivo del mercado regulado de la salud, la maximización de las utilidades de las Entidades Promotoras de Salud “EPS” y las Instituciones Prestadoras de Salud “IPS” es posible con una pérdida de la oportunidad, calidad y cantidad de atención médica que reciben los afiliados o beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”, y en consecuencia, de la real garantía de goce del nivel más alto de bienestar físico y mental, es decir, del derecho a la salud entendido en términos de los estándares internacionales.

### **5.3.1 Calidad y garantías jurídicas en la prestación de los servicios de protección social en salud.**

Las elecciones, decisiones y acciones de las instituciones responsables de la prestación de los servicios de salud parten de la construcción de reglas para regir la competencia entre ellas, destinadas a maximizar los beneficios particulares. Esta forma de proceder contribuye a incrementar la desigualdad de la atención en salud porque en el mercado de competencia regulada, la cantidad y calidad de la atención en salud que reciben las personas depende del régimen al que pertenezcan.

Expertos en el tema de salud, como Gañan-Echavarría (2003), señalan la presencia mínima de tres (3) modelos de salud, y aunque pueden existir muchos más, todos son muy distintos en su operación y tienen grandes

dificultades para relacionarse porque además están estructurados de manera completamente distinta. Así, existe un régimen contributivo que se diseña bajo una metodología del plan obligatorio de salud. Este es un régimen subsidiado que tiene una metodología basada en la estructuración de un plan de beneficios para los mal llamados vinculados en el sistema.

El sistema de salud, al tener dos (2) o tres (3) regímenes (régimen ordinario, especiales, exceptuados) con diferentes planes de atención, crea contradicciones fundamentales al principio de equidad. Por ello, se tiene que ir barriando de abajo hacia arriba para llegar a condiciones mínimas de equidad en el sistema, debido a que hoy los más desatendidos son los que no tienen acceso a nada, en tanto que el régimen contributivo tiene un Plan Obligatorio de Salud "POS", con un costo bastante elevado, que no atiende a todos los miembros de la sociedad.

El modelo de competencia regulada que orienta las acciones de los agentes que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" estimula que los intereses de las instituciones competidoras sean opuestos. Esto significa que, en el juego competitivo que fomenta el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS", las ganancias de algunas instituciones estén en función de las pérdidas de las otras.

La concentración de la prestación de los servicios de salud y la administración en manos de pocas instituciones son un efecto consistente con el sentido competitivo. El grado de equilibrio en el aspecto financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" contrasta con el desequilibrio de la competencia entre las Entidades Promotoras de Salud "EPS", Instituciones Prestadoras de Salud "IPS", Empresas Sociales del Estado "ESE", profesionales independientes y los usuarios. Este desequilibrio es aún más evidente en los afiliados al sistema.

Las diferencias de la Unidad de Pago por Capitación "UPC" para el régimen contributivo y subsidiado y la maximización de los beneficios que rigen las interacciones entre las Entidades Promotoras de Salud "EPS" y las Instituciones Prestadoras de Salud "IPS" fomentan la utilización de tecnologías de bajo costo, la demora en los pagos y la demora en la prestación de los servicios, lo que deteriora la calidad de los mismos.

Para sintetizar, desde una comprensión holística, aunque existan mecanismos jurídico normativos -los cuales pretenden igualar la calidad de los servicios en la operatividad-, se encuentra una desproporcionalidad en la

consulta, la atención de la distribución de insumos, en las citas médicas, procedimientos y en todo el proceso de atención en salud.

### **5.3.2 Los afiliados y usuarios del “SGSSS” en protección social.**

Para el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS”, la atención en salud tiene un valor económicamente objetivo que, en la mayoría de los casos, se contradice con el valor subjetivo que tiene la salud para los afiliados y beneficiarios del sistema.

La continua interacción de los afiliados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” y los resultados poco efectivos obtenidos con sus quejas administrativas estimulan su traslado hacia la vía judicial, en especial, hacia la acción de tutela. Esta es considerada por ellos como el dispositivo de control que les reporta una mayor utilidad para resolver sus problemas de salud. En otras ocasiones, los problemas y quejas se derivan de que no es utilizada adecuadamente por falta de información, consideración o inexperiencia.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” se han venido presentando situaciones que en la teoría de juegos se agrupan bajo el concepto de “dilema del prisionero”, en el que los participantes de un juego competitivo, dejándose llevar por su racionalidad egocéntrica, terminan seleccionando las opciones que les producen los peores resultados en términos estratégicos.

Se hizo evidente la falta de comunicación entre las diferentes instancias comprometidas en la promoción de la participación y en el control social establecido en el Decreto 1757 de 1994. Esta situación se refleja en la presencia de relaciones de naturaleza bilateral, es decir, solo se conoce al interlocutor más directo. De manera similar, se encuentra un bajo nivel de relación entre las organizaciones comunitarias del sector y aun de otros sectores.

Esta estructura atomística de la participación se refuerza por el hecho de que las quejas individuales son el mecanismo de control más extendido. Sin embargo, su tratamiento, por parte de las distintas instancias del sistema, no permite convertirlas en fuentes de información para detectar problemas recurrentes o compartidos por distintos agentes, con lo cual, tampoco se constituyen en variables que orienten las discusiones sobre la evolución del sistema en el municipio.

## 5.4 Elementos jurídico-estructurales de los regímenes del sistema de salud

Para comprender cabalmente el sistema de salud es preciso partir de la distinción fundamental entre los dos regímenes del sistema, es decir, el régimen contributivo y el régimen subsidiado. No se trata, desde luego, de dos regímenes para elegir por parte del afiliado o usuario, si no dirigimos cada uno a un sector específico de afiliados. El régimen contributivo, para quienes tienen capacidad de pago a través de las cotizaciones, por estar en el mercado formal de trabajo, ya sea como asalariados o como independientes y, el régimen subsidiado, para toda la población sin capacidad de cotización, por tratarse de los sectores de mayor pobreza y con necesidades básicas insatisfactorias.

En la estructura de la Ley 100 de 1993, el origen de los dos regímenes está en la idea de la universalidad de la afiliación como dice el artículo 156 inciso B: “Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales”. A la primera modalidad corresponde el régimen contributivo y a la segunda el subsidiado. En el sistema, los dos regímenes coexisten articuladamente para su financiación y administración (Malagón-Londoño y Moncayo-Medina, 2011).

En su artículo 202, la Ley 100 define el régimen contributivo como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de la seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual y familiar, o en un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador”. Por su parte, el régimen subsidiado se define en el artículo 201 como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada total o parcialmente, con recursos sociales o de solidaridad”.

El régimen subsidiado fue creado con el propósito de “financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar” como dicta el artículo 212 de la Ley 100. La Ley 715 del 2001, aunque conserva la denominación de “régimen

subsidiado” como aparece, por ejemplo, en el artículo 51 en el que se asigna un nuevo nombre a los recursos destinados al mismo.

En el artículo 47, la Ley 715 los denomina “subsidios a la demanda”. Esta denominación pretende significar que con el régimen subsidiado se ha cambiado la atención hospitalaria prestada directamente por el Estado, antes de la Ley 100 (que sería mediante “subsidios a la oferta” del servicio de salud), por un régimen en el que la atención de la población en situación de pobreza no se hace directamente, sino que el Estado financia los mecanismos para que sean las entidades del sistema de salud las que presenten los servicios, es decir, subsidiando la “demanda” de los mismos.

Posteriormente, se tiene en Colombia la organización del régimen pretendiendo la universalidad del derecho fundamental a la salud. Dentro de la operatividad del Sistema Nacional de Salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” se da la tipología de regímenes: régimen ordinario (compuesto por régimen subsidiado y régimen contributivo); régimen exceptuado (compuesto por régimen contributivo, fuerza pública y régimen contributivo de magisterio); y régimen especial (compuesto por régimen contributivo de servidores públicos, entes universitarios, régimen subsidiado de etnias, régimen contributivo de Ecopetrol, régimen subsidiado de víctimas y régimen subsidiado de población carcelaria).

## **5.5 Régimen subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud**

### **5.5.1 Génesis y tipología del régimen subsidiado en salud.**

Este régimen fue creado con el propósito de que la población más pobre tuviera garantizado su derecho a la salud. Es por esto que el Estado pudiera subsidiar el pago de las cotizaciones en el sistema con recursos fiscales y de solidaridad (Ley 100, 1993).

Como anteriormente se dijo, el sujeto de afiliación a este régimen es la población más pobre y vulnerable del país de las áreas rurales y urbanas (artículos 213 y 157 de la Ley 100 de 1993); de esta manera vale decir que el objetivo principal de la Ley 100 de 1993 consistía en asegurar que la mayoría de las personas menos favorecidas estuvieran cubiertas por el sistema. Lo anterior no llegó a su fin, por lo que fue excluido del ordena-

miento jurídico como se puede ver en el artículo 113 de la Ley 715 de 2001 (Cañón-Ortegón, 1992).

El Código de Seguridad Social Integral expedido en 1993 dio origen al régimen subsidiado como complemento del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990. Esta Ley reestructuró el servicio público de salud, situó los componentes del sector salud y estableció los compromisos que el Estado tenía con este sector. También se debe destacar que, posterior a la Ley 100 de 1993, se han expedido normas jurídicas que hacen una tipología del régimen subsidiado tales como la Ley 691 de 2002 sobre el régimen subsidiado de etnias; la Ley 1448 de 2011 sobre el régimen subsidiado de víctimas; los decretos 2353 de 2015 y 780 de 2016 sobre el régimen subsidiado de la población carcelaria y; la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 3047 de 2013 sobre movilidad del régimen subsidiado.

Ante la imposibilidad de la cobertura total en un principio y la exclusión del ordenamiento por la Ley 715, la Ley 100 previó la ampliación de la cobertura mediante un proceso progresivo. De esta forma, estableció dos clases de sujetos: los afiliados al régimen subsidiado, que son las personas debidamente inscritas y con derechos en el sistema; y los vinculados, los cuales, aun teniendo derecho al régimen, no son beneficiarios de este.

### **5.5.2 Gestión y administración del régimen subsidiado en salud.**

Para la administración del régimen subsidiado, la Ley 100 estableció dos grandes criterios (artículos 215 y 217): Las direcciones territoriales en salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del subsidio, de manera que las Secretarías de Salud Territoriales, el Departamento para la Prosperidad Social “DPS”, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario “INPEC”, las Entidades Promotoras de Salud “EPS”, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado “EPS-S”, y las Entidades Promotoras de Salud en comunidades Indígenas “EPS-I” presten, directa o indirectamente, los servicios del Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado (Arenas-Monsalve, 2014).

Las cajas de compensación familiar quedaron facultadas por la ley para administrar directamente el subsidio, constituyendo para ello una cuenta independiente de sus bienes y rentas, y destinando para ello entre el 5 y 10% del recaudo (Almansa-Pastor, 1984).



Prestaciones asistenciales del régimen subsidiado: Al establecer el Plan Obligatorio de Salud, la Ley 100 de 1993 señaló que para los afiliados del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud "CNSSS" debía diseñar un programa para que los beneficiarios accedan al plan obligatorio de salud, en forma progresiva antes de 2001 como dicta el artículo 162. A partir de este criterio, se crea el Plan Obligatorio de Salud "POS" que es el conjunto de servicios de salud del régimen contributivo y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado "POS-S", que comprende el conjunto de servicios al que tienen derecho los afiliados. El "POS-S" está compuesto por cinco tipos de planes: el plan de atención colectivo "PIC"; el plan de atención materno infantil "PAMI"; la atención de urgencias; la hospitalización; y el seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, al igual que prestaciones de carácter económico, auxilios e indemnizaciones.

De esta manera, es válido precisar que el Consejo Nacional en Seguridad Social en Salud "CNSSS" había fijado mediante acuerdos el contenido del "POS-S". La norma vigente al respecto es el Acuerdo No. 306 de 2005, que señala los servicios, procedimientos y suministros a que tienen derecho los afiliados.

Es menester hacer la salvedad que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud "CNSSS", fue un órgano sustituido por la Comisión de Regulación en Salud "CRES" por la Ley 1122 de 2007, y esta a su vez fue suprimida por el Decreto 2560 de 2012, por lo que sus funciones hoy las tiene el Ministerio de Salud y Protección Social.

Luego de la Ley 100 de 1993 es necesario precisar la diversidad de regímenes subsidiados en Colombia. Estos son reglamentados y presupuestados teniendo en cuenta la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 que pretende igualar los "POS" (contributivo y subsidiado). También se encuentra la Ley 1148 de 2011 de atención de víctimas, que crea el régimen especial subsidiado de víctimas, y los decretos 2353 de 2015 y 780 de 2016 sobre régimen especial subsidiado de población carcelaria.

Luego de reseñar el andamiaje sistémico de la protección social en salud es necesario realizar o hacer estudios acerca del Estado en relación a los servicios de salud. Estos se enmarcan en una realidad sociodemográfica compleja, llena de indicadores y móviles permeados por distintas contingencias individuales y colectivas, entre ellas: pobreza, desplazamiento, violencia, víctimas, victimarios, pandemias, endemias, epidemias, damnificaciones y enfermedad. Por lo tanto, se hace necesario el abordaje ho-

lístico de la toma de decisiones, en estrecha vinculación con el gobierno, la gobernabilidad y la ciencia, para adoptar planes, leyes, programas y proyectos que hagan posible la superación de fatalidades sociales.

Con los significados prospectivos de los indicadores sociales antes mencionados, en un denominado sistema de seguridad social reglado por un compendio normativo y por planes de desarrollo estatales, se ha de notar el valor de comprensión del modelo en cuanto a la connotación político-jurídica, ya que tiene que analizar el tema de la prestación de servicios inmediatos con calidad, pertenencia y gestión gubernamental para solventar las crisis y padecimientos cotidianos presentados.

Ahora bien, son precisamente las tensiones y hechos fácticos que atraviesan el sistema de salud en cuanto al cúmulo de eventualidades humanas, administrativas y financieras que lo hacen estar un nivel de precariedad e inconsistencia. El sistema de salud requiere de acciones de orden jurídico, político, científico y económico, en cuanto a organización, control, inspección y vigilancia en manos del Estado en su potestad.

Dentro del ontologismo epistemológico aplicado a los sistemas de salud, se hace imprescindible decir que la carta constitucional delega al Estado para la intervención, apoyo y fortalecimiento del mismo. Este tendrá por objeto preservar la vida humana de su diversidad de acciones y actividades, en cuanto a las etapas mismas del proceso de atención en salud, tales como la promoción, prevención, asistencia, diagnóstico, intervención, recuperación y rehabilitación.

En este orden de ideas, vale destacar que el Estado colombiano, a partir del artículo 1 de la Constitución Política de 1991, es claro y preciso al asignar a los sistemas sociales funcionalistas, la obligación y responsabilidad de velar por las acciones jurídico-políticas, en aras de la prosperidad y aseguramiento de la vida colectiva humana. como bien se establece taxativamente:

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

A primera vista, con la citación antes expuesta, se refleja que el Estado colombiano tiene una clara postura frente a la protección social en salud,

pero en el ejercicio práctico, a partir de la constitución de las normas jurídicas, planes de desarrollo y la expedición de código, presupuesto general y financiación, se queda corto en cuanto a la diligencia de lo dicho. También a ello se suman un sinnúmero de acciones en contra del Estado y las instituciones de administración, financiación y prestación de servicios de salud. Con relación a ello se enlaza el artículo 2 de la Constitución Política en el cual reza:

Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Luego de lo antes esbozado, haciendo un análisis holístico relacionando múltiples variables y aspectos tocados, cabe destacar que en materia de régimen de salud, se ha pensado en Colombia una serie de riesgos para toda la población desde la comprensión de: etnias, enfermedad, víctimas, victimarios, desempleados, pobres, desplazados y demás. Por esto es loable referenciar que esto se encasilla teórico-conceptualmente dentro del enfoque de protección social en salud basado en el riesgo, el cual según Moreno-Angarita, Rubio y Angarita (2011) se caracteriza por:

La serie de intervenciones públicas para asistir a las personas y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en situación de extrema pobreza por ser los más vulnerables al riesgo, a través de acciones como la mitigación, superación de eventos negativos y la focalización. Una característica esencial de este enfoque es que cuenta con normas de activación y desactivación, de tal forma que, junto a su carácter de protección, le acompañan las características de temporalidad y complementariedad de la política social en periodos de recesión (p. 57).

Lo anterior citado está en coincidencia con lo afirmado por Beck, cuando expone la sociedad de riesgo, la cual está indicada y conformada por elementos de tensiones y vicisitudes naturales y connaturales a la colectividad. Es así como las pautas colectivas típicas de la primera modernidad han quedado socavadas por 5 procesos interrelacionados: la globalización, individualización, la revolución de géneros, el subempleo y los riesgos globales (Beck, 2002).

Por consiguiente, no es desconocido para ningún sistema o institución social, jurídica o política que, en cláusulas de realidades existentes en cuanto a sociedad de la información postmoderna, sociedad del consumo o del ocio, sociedad-red, sociedad globalizada y, por supuesto, sociedad del riesgo y contingencia social que la protección social es la medida que se constituye en la alternativa de atención y mejora o instrumento de asistencia

Con ilustraciones mayores de análisis doctrino-social, aplicado a un sistema social abierto, en repuesta reactiva a realidades inmediatas, para Beck, desde la sociedad industrial a la sociedad del riesgo, se llega a través de dos fases:

En la primera se generan de forma automática y sistemática amenazas de las que no se es consciente en el debate público. Los riesgos son legitimados y catalogados como residuales. Pero cuando los peligros de la sociedad industrial se apoderan de los debates públicos, los peligros incontrolables que se producen quedan legitimados y se alcanza la segunda fase, en la que la sociedad es plenamente consciente de su generación de peligros y amenazas incontroladas (Modesto-Escobar, 2003, p. 280).

Ahora bien, luego de haber reseñado prestaciones asistenciales-económicas del sistema de salud, el proteccionismo estatal, el recorrido institucional del sistema y los planes voluntarios que pueden entenderse a manera de exclusiones, es válido apreciar en un mundo complejo de tensiones socio-jurídicas y socio-económicas, lo que los profesores Moreno et al. expresan: Las precepciones de protección social dependen de un enfoque o lineamiento concluyente, a partir del cual se estructura el sistema que lo materializa. Los dos enfoques son el de mediación y cohesión social (Moreno et al., 2011).

Es así que, en cuanto al enfoque de mediación social, es apropiado tomar los preceptos de los artículos 1, 2, 48 y 49 de la Constitución Política de 1991, donde tiene una demarcada tendencia de desarrollo de fines esenciales del Estado en materia de protección social en salud, a partir de los instrumentos adecuados denominados plan de acción, el cual se consolida en las políticas estatales sociales colectivas que son una manera de gobernabilidad, asumir los sistemas determinados de gobernabilidad administrativa en rango de intervención.

Por lo tanto, en este orden de ideas en cuanto al sometimiento socio-jurídico funcional de la política pública en protección social en salud, cuando se asume el sistema de protección social como un sistema de mediación social, emergen políticas públicas ligadas a la construcción de estados de bienestar, a la búsqueda de universalidad del sistema, a la lucha por la equidad y a la distribución del ingreso del presupuesto público; por lo tanto, Serrano afirma (como se citó en Moreno et al., 2011): “La mediación social se comprende como el conjunto de mecanismos de mediación que ocurren en la sociedad y que implican y/o determinan la capacidad de producción y reproducción de los sistemas sociales; es decir, su capacidad de permanencia, de coherencia y de libertad” (p.63).

Asimismo, es coherente pensar en cuanto a la aplicación teórico-jurídico-político-conceptual que al garantizar derechos sociales, económicos y culturales, estos funcionan como un ejecutor legal que otorga relación a la práctica social. También funcionan como un examinador social que comprobadamente va asumiendo modelos hegemónicos e ideológicos de mediación social (Moreno et al., 2011).

Seguidamente, desde esta perspectiva, la mediación social es por una parte, un sistema de regulación institucionalizado para reducir la disonancia provocada por los cambios que suscita la existencia misma del sistema, por ende la mediación funciona, y se ve reflejada en los planes obligatorios de salud, conformados por planes especializados, tales como lo expresado en el plan de atención materno infantil y el plan de intervenciones colectivas (Moreno et al., 2011).

Desde el enfoque de la mediación social: un sistema de protección social se asume como un escenario de mediación entre las distintas dimensiones, órdenes e implicaciones que maniobran en la sociedad. De ellos se puede entender el orden político, que está ligado a la acumulación de poder, la democracia y la participación y gestión; el orden económico, que está regido a la dinámica de acumulación de cotización y financia-

ción y al capital; y el orden socio-antropológico, que se entiende por la reproducción del recurso humano, la asistencia, la calidad en servicios de salud y es fundamento de la acumulación tanto económica como política. Así pues, según Rodríguez (como se citó en Moreno et al., 2011):

El sistema de protección social está inscrito en un régimen de acumulación, que se inscribe en una lógica de crecimiento económico, en una lógica de reproducción antroponímica del orden doméstico social y en una lógica de legitimación de lo político (p. 64).

Consecutivamente, en aras de relacionar explicaciones, el sistema de protección social en salud dentro de modelos de Estado podría afirmarse tomando de referente a Moreno et al. (2011): “es el resultado de alianzas entre el orden político y el orden económico, en un ensamblaje de instituciones donde se combina lo público, lo privado y varios subsistemas” (p. 64).

Es por ello que la relación entre el orden socio-antropológico y el político está mediada por la protección y la relación entre el orden económico y jurídico, o es de carácter esencial; donde el elemento que intercepta son los planes de desarrollo y la Constitución Política.

En síntesis lógico-legal, dentro del cuadro de la mediación social orientada a la construcción participativa social, el sistema de protección social en salud es el resultado de un compromiso político, agenciado por el Estado entre diferentes clases, en donde el sistema de aseguramiento de la calidad de los servicios es el que genera la legitimidad social y política del Estado.

De esta manera, se continúa la perspectiva del sistema de la cohesión social desde una representación sociológica y se asume en la posibilidad de un grado de consentimiento de los miembros de un grupo social, o la clarividencia de pertenencia a un proyecto o situación común. Esto está orientado a la construcción de capital social, e incluye los mecanismos que integran a los individuos y grupos a la dinámica social, y el sentido de adhesión y pertenencia a la sociedad por parte de ellos. De acuerdo al Consejo Europeo, la cohesión social es la capacidad de una sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, minimizando las disparidades y evitando la marginalización.

La implementación de un enfoque de protección social en salud, basado en la cohesión social dentro del panorama colombiano, tiene serios limi-

tantes dados por la volatilidad económica, los fracasos gubernativos, la corrupción, la desviación de los recursos, la pérdida axiológica de valores en gestión política de recursos, la precariedad del empleo y trabajo digno, las condiciones inequitativas para el acceso a la educación, la promoción y prevención de la enfermedad, la desigualdad en la distribución del ingreso, las separaciones salariales dadas por género o etnia, la estigmatización de la pobreza, la sensación de inseguridad económica, la inequidad entre lo privado y lo público, y la fragmentación de los sujetos colectivos (sindicatos, gremios).

Para Moreno et al. (2011) estos factores limitarían la cohesión y contribuirían, por el contrario, a generar mayor “polarización”. Sin embargo, uno de los principios que puede contrarrestar dicha polarización hace referencia a la titularidad de los derechos sociales: aquello pertenece a todos los sujetos que constituyen una nación, esto es, su ciudadanía (como un bien simbólico común) que se realiza en los derechos sociales. En términos económicos, la inserción productiva y el empleo son dos elementos que refuerzan el sentido de pertenencia a una sociedad y se constituyen en los vínculos más importantes entre el desarrollo económico y el social.

Dentro de las invocaciones teórico-analíticas de la CEPAL, comisión de la ONU, es necesario anotar para ilustrar e informar acerca del tema en mención o enfoque de protección social en salud (Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe, 2007), la cual puede decirse en su contenido histórico dialéctico:

Surge como tema prioritario cuando la humanidad atraviesa por un cambio de época, cuando las bases mismas de la vida en común empiezan a ser cuestionadas y erosionadas. Hay buenas y objetivas razones para creer que estamos viviendo un período de transición histórica mayor, de que estamos viviendo un profundo cambio de época en la historia de la humanidad. La sociología clásica estudió los cambios ocurridos en la humanidad como consecuencia de la instalación de la sociedad industrial.

Ahora bien, redondeando las ideas aterrizadas en marcos concretos, puede decirse que a las actuales generaciones les toca observar las mutaciones sociales que trastocan a la humanidad, ya que debido a la revoluciones científicas, industriales y tecnológicas de las comunicaciones, y a la globalización, como ante todas las grandes transformaciones, existe una sensación de incertidumbre, inestabilidad, desdén, frustración y demás.

Por último, en este sentido armónico, es menester decir que la expectativa de nuevas proporciones se conjuga con el desplome creciente de las “cartas de navegación” antropológicas, culturales y sociales conocidas, que para mal o para bien ofrecían ciertas certezas o pautas de comportamiento en el entorno de los actores sociales del sistema de protección social en salud.





## **6. Análisis y confrontación de la información: percepción de los actores sociales del sistema de protección social en salud**

En este punto, vale acotar que se desarrolló una encuesta eventualmente planificada y dirigida a personas que han estado o están involucradas con el actual sistema de seguridad social en salud colombiano.

En función de lo anterior, el estudio investigativo se enfocó en una población, teniendo en cuenta la funcionalidad de actores del sistema desde su percepción, a saber: profesionales en salud; administradores o gestores en los servicios de salud; estudiantes de seguridad social; docentes del área de seguridad social y usuarios del sistema, tomando como muestra a ciento tres personas divididos en los cinco grupos.

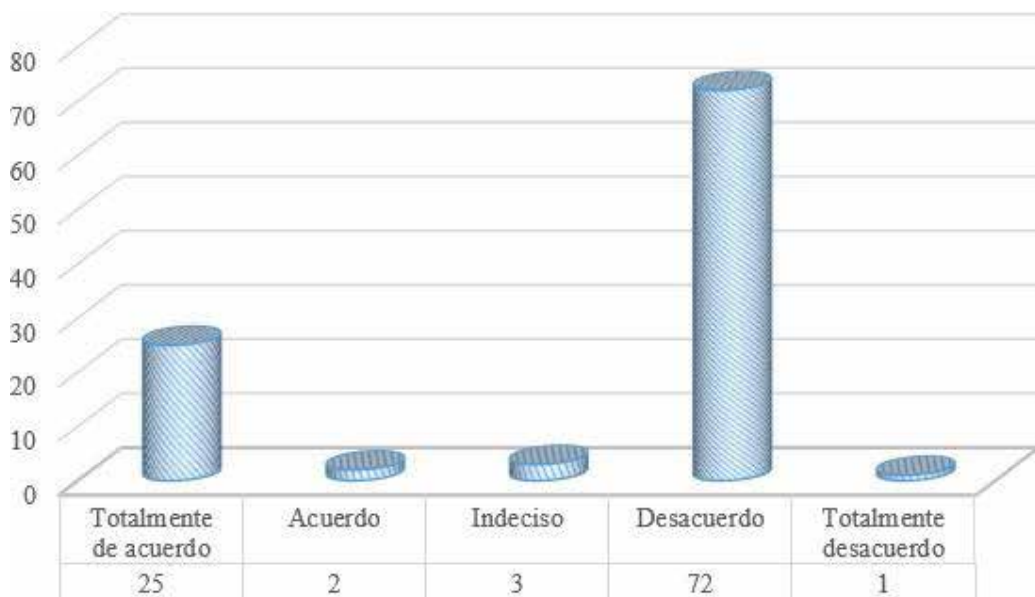
La formulación de los interrogantes consistió en el diseño de cinco preguntas puestas en contexto en la elaboración, explicación y desarrollo de cada una de las gráficas que dan cuenta de los resultados obtenidos.

Conviene resaltar que son encuestas de percepción frente a una situación jurídica especial que se está indagando con fines exclusivamente académicos e investigativos. En ese orden de ideas, se tuvo:

En cuanto al interrogante número uno “¿el modelo económico de estado tiene incidencias en la construcción jurídico-financiera del sistema de

protección social en salud?”, el resultado fue el que a simple vista se puede apreciar en la Gráfica 1. De allí se obtuvo lo siguiente:

**Gráfica 1:** Incidencia del modelo económico de Estado en el sistema de protección social en salud.

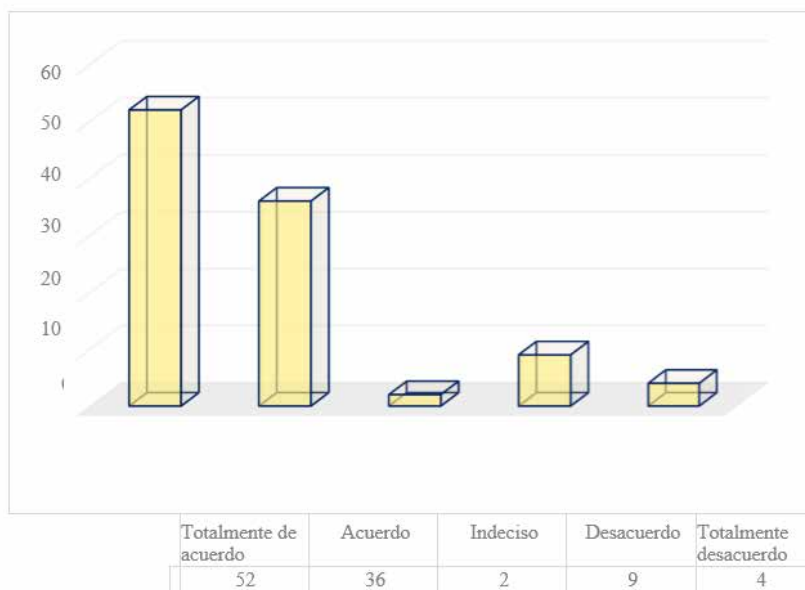


Fuente: Elaboración propia.

Es pertinente precisar que de la Gráfica 1 frente al interrogante planteado, la gran mayoría (72 personas) están en desacuerdo respecto a que el actual modelo económico de Estado no tiene mayor influencia en la construcción jurídico-financiera del sistema de protección social, mientras que un total de 25 respondieron que se encontraban totalmente de acuerdo; 3 estuvieron indecisos; 2 de acuerdo y 1 totalmente en desacuerdo.

El segundo interrogante se planteó respecto al acceso a los servicios prestados por el sistema de protección social en salud y si consideran que ello se relaciona con la metodología jurídico-financiera previamente diseñada en el vigente modelo económico de Estado. En consecuencia, ante el interrogante: “¿El acceso al servicio prestado por el sistema de protección social en salud se relaciona con la metodología financiero-jurídica diseñada?”, se obtuvo lo manifestado en la Gráfica 2:

**Gráfica 2:** Metodología jurídico-financiera y acceso a servicios del sistema de protección social.

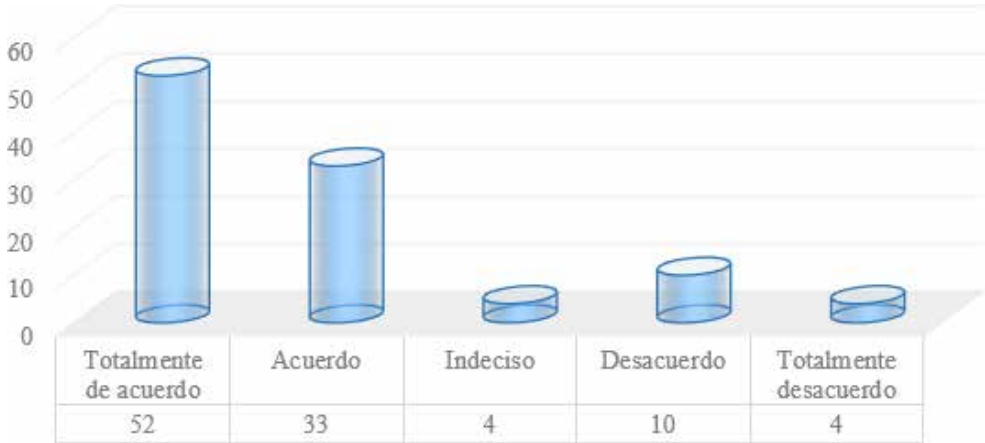


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los resultados de esta encuesta, puede apreciarse que de los 103 encuestados, 52 manifiestan que se encuentran totalmente de acuerdo con que la metodología previamente diseñada en nuestro ordenamiento jurídico se relaciona con el acceso a los servicios prestados por el sistema de protección social en salud; 36 están de acuerdo; 9 en desacuerdo; 4 totalmente en desacuerdo y sólo 2 se hallan indecisos.

Por otro lado, en el tercer interrogante objetivamente se pregunta “¿Los procedimientos para garantizar y satisfacer contingencias humanas en el sistema de protección social obedecen al régimen económico y jurídico?”. De la siguiente pregunta se obtuvo lo expresado en la Gráfica 3:

**Gráfica 3:** Régimen económico-jurídico y procedimientos de garantía de contingencias humanas en el sistema de protección social.

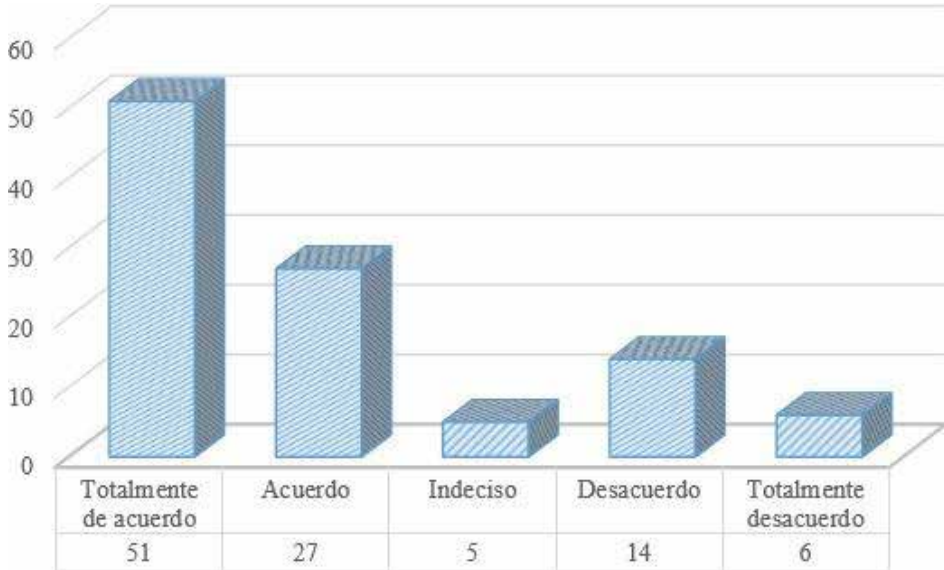


Fuente: Elaboración propia.

Se observa una fuerte tendencia de la población muestra (52 personas) están totalmente de acuerdo y 33 están de acuerdo con que los procedimientos establecidos en Colombia para garantizar el cubrimiento de contingencias humanas por medio del propio sistema de protección social obedecen al actual régimen económico y político. Solo 14 de los encuestados manifiestan su desacuerdo y total desacuerdo respectivamente. Tan solo 4 presentan indecisión al respecto.

Siguiendo con los interrogantes, el cuarto de ellos se inclina en asociar directamente con los actores sociales del sistema de protección social en salud y si los mismos se comportan de conformidad al sistema de financiación y regulación. A partir del interrogante “¿Los actores sociales del sistema de protección social en salud, se comportan acorde al sistema de financiación y regulación?”, se obtuvo lo registrado en la Gráfica 4:

**Gráfica 4:** Comportamiento de los actores sociales del sistema de protección social en salud. Relación con el sistema de financiación y regulación.



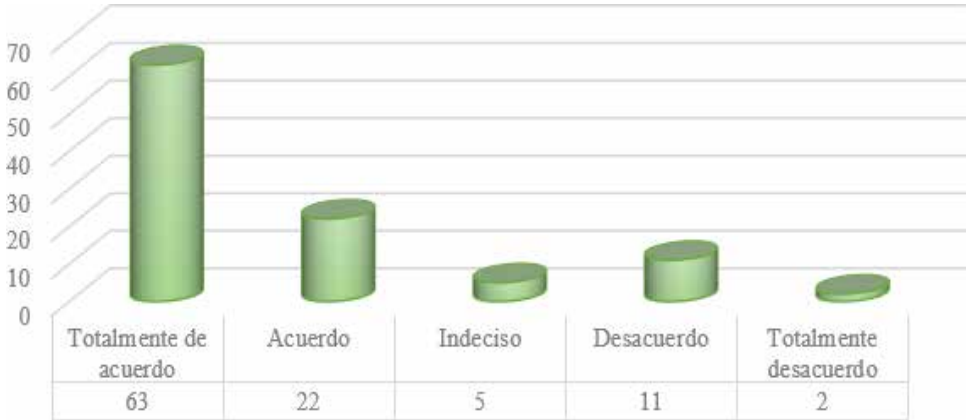
Fuente: Elaboración propia.

Aunque quienes manifiestan “totalmente de acuerdo” son 51 de 103 encuestados, sigue siendo un número alto, ya que 27 están de acuerdo; 14 en desacuerdo; 6 totalmente en desacuerdo y únicamente hay 5 indecisos.

Por último, la quinta pregunta consistió en averiguar si consideraban que si se cambiaba el modelo económico de Estado se mejorarían los servicios prestados por el sistema de protección social en salud en términos generales. Dicho interrogante se formuló de la siguiente manera: “¿La excelencia del sistema de protección social en salud, en cuanto a cobertura, acceso y calidad, depende de la modificación del modelo económico de estado?”.

Las respuestas se plasman en la Gráfica 5, a continuación:

**Gráfica 5:** Percepción de la modificación del modelo económico de Estado frente a la cobertura, acceso y calidad del sistema de protección social en salud.



Fuente: Elaboración propia.

Las anteriores apreciaciones de los 103 encuestados reflejan la desconfianza institucional y de organización jurídico-financiera frente a los servicios prestados por el sistema de protección social en salud. El número de personas (63) que expresaron estar totalmente de acuerdo es el más alto teniendo en cuenta el tope de respuestas en las preguntas anteriores; seguidos de 22 que expresan su acuerdo; 11 en desacuerdo; 2 totalmente en desacuerdo y únicamente 5 comunican indecisión.



## Conclusiones

Luego de haber realizado un análisis jurídico-cognitivo en el presente estudio, de carácter teórico-conceptual con aristas y causas documentales hermenéuticas, se tuvo por objeto descubrir y redescubrir la comprensión de la protección social en salud desde una perspectiva aplicada, programática, y sistémica de operatividad, gestión, gerencia, financiamiento y regulación normativa.

En cuanto al estilo de análisis de carácter epistémico es el estructuralismo y la forma abordada por su autor es funcionalista, ello con el fin de conciliar estas corrientes teóricas en el marco de disciplinas asistenciales y de previsión social, se hacen básicamente necesarias para la satisfacción de los fundamentos del modelo del Estado social de derecho.

Las precepciones empleadas por la población objeto de estudio que son de corte gerencial, administrativo, académico, judicial, beneficiarios y usuarios manifiestan en cuanto a la protección social en salud de carácter sistémico es la alternativa constituida en un mecanismo para la complacencia de contingencias humanas en sus tipologías individuales, colectivas, primarias, secundarias, laborales y comunes, biológicas, psíquicas y sociales, externas e internas, abstractas y concretas.

Se han desarrollado múltiples enfoques en la teoría sociológica y política que se aprecian y definen en los sistemas de protección social en salud. Estos pueden ser la atención de riesgos, la medición social y la cohesión

social, haciendo posibles a través de todas las medidas adoptadas en planes, instituciones, programas y normas jurídicas.

Por consiguiente, en recapitulaciones del trabajo investigativo, es menester decir que la protección social en salud en cuanto a régimen, administración y financiación, están previamente en la Constitución Política de 1991, donde se confunde el modelo de Estado social de derecho con fines esenciales del Estado y la operatividad administrativo-prestacional de la protección social en salud.

Cada vez que se defina el modelo económico de Estado, de manera inherente, se establece el modelo operativo del sistema de protección social para combatir las contingencias humanas individuales y colectivas de los asociados al Estado.

Se puede dejar claro que los actores sociales del sistema de protección social en salud tienen una percepción frente del modelo de Estado en relación a servicios de salud en calidad, organización, gestión, estructura y eficacia. En su mayoría demuestran desconfianza, insatisfacción y, por último, están en desacuerdo al engranaje sistémico que lleva a la desatención y vulneración de derechos fundamentales y sociales afirmando que este sería uno de los sistemas que hace la relación de derechos fundamentales de los asociados a un Estado.

Para finalizar, cabe anotar que el estado social debe presupuestar y planificar de forma preventiva, asertiva, responsable, previsiva y cuidadosa las contingencias humanas para que más adelante no se presenten mayores riesgos y peligros, a razón de costos sociales elevados insostenibles.



## Bibliografía

- Alber, J. (1988). Continuities and Changes in the Idea of the Welfare State. *Politics & Society*, 16 (4), 451-468.
- Almansa-Pastor, J. M. (1984). *Derecho de la seguridad social*. Madrid: Tecnos.
- Arenas-Monsalve, G. (2014). *El derecho colombiano de la seguridad social*. Bogotá: LEGIS.
- Barona-Betancourt, R. (2014). *Los prestadores de servicios de salud*. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez.
- Barrera, M. (2009). *Holística Filosofía de la Ciencias*. Caracas: CIEA Sypal.
- Catena, C. (16 de mayo de 2016). ¿Qué son las contingencias comunes?. *Legal-Today*. Recuperado de <http://www.legaltoday.com/practica-juridica/social-laboral/laboral/que-son-las-contingencias-comunes/>
- Ceja, C. (2004). La política social mexicana de cara a la pobreza. *Geo Crítica/ Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 8 (176). Recuperado de <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-176.htm>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2007). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Chile. Consultado en <http://www.eclac.org/>
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

- Congreso de la República de Colombia (2001). Ley 715 del 21 de septiembre de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2015). Ley 1753 del 6 de junio de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Corte Constitucional, (24 de marzo de 2010) Sentencia C-228/10. [MP Luis Ernesto Vargas Silva].
- Corte Constitucional, (30 de septiembre de 2003) Sentencia C-870/03. [MP Jaime Araújo Rentería].
- Escudero, C. H. (2011). Principios orientadores de la salud pública desde el derecho a la salud. En G. Malagón-Londoño y A. Moncayo-Medina (Eds.). *Salud Pública. Perspectivas*. (pp. 79-113). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Esping-Andersen, G. (1987). Citizenship and Socialism: De-commodification and Solidarity in the Welfare State. En M. Rein, G. Esping-Andersen y L. Rainwater (Eds.). *Stagnation and Renewal in Social Policy: The Rise and Fall of Policy Regimes*. (pp. 78-104). Nueva York: M.E. Sharpe.
- Fleury S. y Molina C. (2004) Modelos de protección social, En: *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (Indes). Washington: INDES.
- Flora, P. (Ed.). (1986). *Growth to Limits: the Western European Welfare States since World War II*. Nueva York: Walter de Gruyter.
- Gañan-Echavarría, G. (2013). *Los muertos de la Ley 100*. Medellín: Universidad de Antioquia: Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.
- Gomes, A. M. C. (1979). *Burguesia e trabalho: Política e legislação social no Brasil, 1917-1937*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Heywood, A. (2010). *Introducción a la Teoría Política*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

- Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia*. Caracas: CIEA.
- López-Ahumada, J. E. y Garvey A. M. (2015) *Crisis financiera y derecho social en Irlanda*. Madrid: Cinca ediciones.
- Luhmann, N. y De Georgi. R. (1993). *Teoría de la sociedad*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Maingon, T. (Enero, 2004). Política social en Venezuela: 1999-2003. *Cuadernos Del Cendes (Venezuela)*, 21 (55), 47-74.
- Marshall, T. H. (1965). *Social Policy*. London: Hutchinson University Library.
- Midgley, J. (1995 ). *Desarrollo social: teoría y práctica*. Madrid: Fundación General de la Universidad Politécnica de Madrid.
- Modesto-Escobar, R. (2003). Ulrich Bech. La sociedad del riesgo global. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 101: 279-303.
- Moncayo-Medina, A. (2011). Nuevas dimensiones de la salud pública. En G. Malagón-Londoño y A. Moncayo-Medina (Eds.). *Salud Pública. Perspectivas*. (pp. 26-52). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Moreno-Angarita, M, Rubio S. X. y Angarita D. C. (2011), *Valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia. Antecedentes, realidades y perspectivas de actualización*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Estudios sobre Desarrollo Humano (Dis) Capacidades, Diversidades.
- Repetto, F. (Junio, 2010). Protección social en América Latina: La búsqueda de una Integralidad con enfoque de derechos, *Revista del CLAD. Reforma y democracia*, N. 47. Caracas: CLAD.
- Restrepo-Pimienta, J. L. (2012). *Dimensión jurídica antropológica de la política pública en salud*. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.
- Restrepo-Pimienta, J. L. (2016). *Fundamentos de derecho procesal de la seguridad social en salud*. Bogotá: Editorial Vélez.
- Restrepo-Pimienta, J. L. (2017). *Conceptos científicos en seguridad social en salud en el contexto globalización y Estado*. Barranquilla: Universidad de la Costa.

- Rodríguez-Mesa, R. (2011). *Estudios sobre seguridad social*. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.
- Romero-Parra, M. E. (2014). Políticas Sociales en América Latina y Estado de Bienestar. *III Encuentro Internacional y Nacional de Jurisprudencia Laboral y Seguridad Social*. Puerto Colombia: Universidad Libre .
- Titmuss, R. M. (1958). *Essays on 'The Welfare State'*. London.
- Wilensky, H. L. (1976). *The "New Corporatism," Centralization and the Welfare State*. Beverly Hills: Sage Publications.

## El autor



### **JORGE LUIS RESTREPO PIMIENTÁ**

Abogado especialista en Educación y Competencias Laborales, Derecho Laboral y Seguridad Social y Derecho Constitucional. Magíster en Derecho con énfasis en Seguridad Social y candidato a magíster en Salud Pública. Doctor en Derecho y posdoctor en Epistemología. Par académico de COLCIENCIAS, CONACES, CNA. Miembro del Instituto Latinoamericano de Derecho al Trabajo y la Seguridad Social. Investigador Senior. Ex-rector y ex-director del Departamento de Postgrados de la Universidad del Atlántico. Docente de carrera categoría titular y coordinador de área laboral de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad del Atlántico. Docente de la Universidad del Norte en pregrado y posgrado. Ex-director de la Maestría en Derecho Laboral y Seguridad Social de la Universidad Libre. Docente invitado en posgrados en Derecho del Trabajo y la Seguridad Social en la Universidad Sergio Arboleda, la Universidad del Sinú, la Universidad Simón Bolívar, la Universidad de la Costa, CECAR y la Universidad San Buenaventura de Cali. Conjuez de la Sala Laboral del Distrito Judicial del Atlántico. Árbitro de la Corte Suprema de Justicia - Sala Laboral. Autor de más de 12 libros y más de 20 artículos científicos indexados. Ponente de eventos nacionales e internacionales.