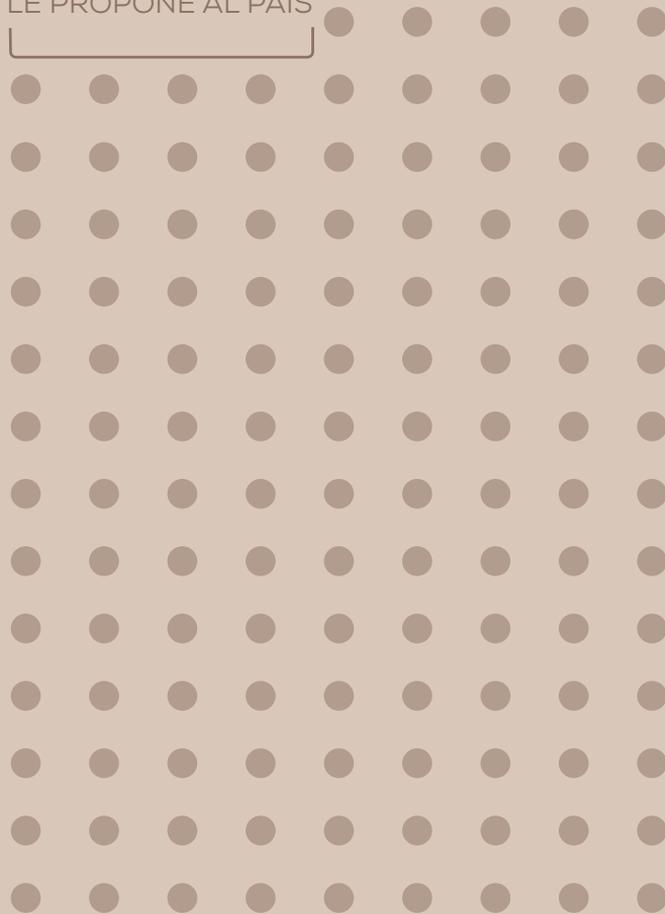


PERSPECTIVAS

LA ESAP
LE PROPONE AL PAÍS



PROTECCIÓN SOCIAL

PONENCIAS



Escuela Superior de
Administración Pública

LA ESAP LE PROPONE AL PAÍS

En la situación de crisis social que atraviesa el país, las Facultades y Posgrados de la Escuela Superior de Administración Pública –ESAP– convocaron a un gran diálogo nacional y territorial. Se entendió, entonces, que la deliberación, la reflexión y el intercambio de ideas permiten encontrar salidas a múltiples problemas que estaban en las calles y en los espacios informativos y de debate público.

Con la premisa de enfrentar estos tiempos aciagos con espíritu crítico y con ánimo de construir, la ESAP apostó por un escenario de ideas, metodologías y propuestas para la Administración Pública con la comprensión de que ese descontento social y la crisis de confianza manifestada en la calle tenían como uno de sus fundamentos el desempeño del Estado. De esta manera, fue preciso poner como centro del debate el sector público colombiano.

En la colección que les presentamos “PERSPECTIVAS, LA ESAP LE PROPONE AL PAÍS”, se consigna el resultado de ese debate profundo y propositivo que se dio en la discusión en mesas nacionales y territoriales a lo largo y ancho del país, compuestas por estudiantes, profesores, investigadores y personalidades de la vida pública nacional. Confiamos en que estas memorias contribuyan a las clases impartidas sobre Administración Pública y que orienten a los líderes del sector público en todo el país en las acciones que se emprendan para salir de la encrucijada que puso sobre la mesa el Paro Nacional del 2021.

En cada ejemplar, el lector encontrará las Ponencias que abrieron el debate por cada línea temática y, por otro lado, los diagnósticos y propuestas que expresaron los casos en el país escogidos para contribuir a las soluciones que se requieren.

Estuvo al cuidado de esta colección
como su editor y compilador Jesús María Molina,
profesor y Decano de Pregrados

Protección Social

Ponencias



Escuela Superior de
Administración Pública



Protección Social

Ponencias

Bogotá D.C., 2022

PROTECCIÓN SOCIAL / PONENCIAS

© Compilador Jesús María Molina

Primera edición, 2022 ISBN 978-958-609-109-1 (papel)

ISBN 978-958-609-110-7
obra completa electrónica

ISBN 978-958-609-109-1
obra completa impresa

© ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Director Nacional: Octavio de Jesús Duque Jiménez

Edición general: María Angélica Pumarejo

Coordinación editorial: Publicaciones ESAP

Diseño y diagramación: Martha Liliana Leal

Corrección de estilo: Darío Ángel

Transcripción y revisión de textos: Daniel Alexander Guzmán

Escuela Superior de Administración Pública -ESAP-
Grupo Publicaciones. Calle 44 N. 53 - 37 Bogotá, D.C.
Colombia, 2022
www.esap.edu.co

Catalogación en la publicación - Red de Bibliotecas – ESAP

Molina Giraldo, Jesús María compilador

Protección social: diagnóstico y propuesta; Protección social: ponencias / Compilador Jesús María Molina

Giraldo: Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública - ESAP, 2022.

84 páginas: cuadros, mapas

Perspectivas. La ESAP le propone al país.

ISBN 978-958-609-109-1 (papel).

ISBN 978-958-609-110-7 (electrónico).



Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por copia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Escuela Superior de Administración Pública, salvo en aquellos casos en que expresamente así se indique.



CONTENIDO

Ponencias

Presentación	9
Oscar Rodríguez Salazar	11
Edgar González Salas	17
Carolina Corcho	22
Olger Forero	29
Andrea Díaz Ramírez	33



Presentación

Uno de los temas neurálgicos que merece reflexión es el concerniente a la protección social en Colombia. Gran parte de la protesta social desde el año 2019 en las regiones tiene que ver justamente con aquellos derechos que no han sido garantizados y que están establecidos en las directrices de seguridad social y de protección según el modelo que se siga el cual se vaya a orientar.

El pretendido estado de bienestar que se quiso construir en algún momento en Colombia y en sus regiones nunca ha sido posible. En los años noventa, América Latina entró en un debilitamiento de la protección social, se perdió la universalidad y se entró a esquemas de focalización. Se dejó de atender lo social desde la oferta, para atenderlo desde la demanda, y, desde entonces, hay en esta materia un proceso de deterioro en toda Colombia y la región. Existían muchísimas situaciones no estructurales que no habían sido resueltas en el país. Esto lleva a que actualmente vivamos un momento cumbre, una serie de demandas sociales que deben ser atendidas y por las cuales se espera que efectivamente el gobierno y los diferentes sectores se sienten en una mesa de concertación. Primero que todo, a pensar que sí se puede dialogar, que se puede conversar, y, sobre todo, que puede cumplirse lo que durante muchas décadas no se ha podido hacer realidad.

A pesar de que tenemos una Constitución Política enfocada en el Estado Social y Democrático de Derecho aún no se ha logrado en la realidad. Los resultados acerca de las grandes problemáticas sociales y económicas en este momento son bastante débiles como lo están demostrando las cifras y los indicadores expresados por la CEPAL y los distintos tanques de pensamiento tanto regionales como nacionales e internacionales. En

Colombia, tales problemáticas han concitado una serie de situaciones que llevan justamente a estas protestas sociales que se han vivido de manera repetida hace unos meses y años, sin embargo en este momento la característica ha sido la prolongación del Paro Nacional y las movilizaciones en las calles.

Llama la atención la serie de situaciones que se están desarrollando en el país. Tenemos un problema con líderes sociales, con la fuerza pública, con estudiantes que han perdido la vida, personas que han buscado las reivindicaciones. Estamos en deuda con gran parte de nuestra sociedad y por eso hay solidaridad con estudiantes, profesores y trabajadores para que efectivamente se llegue al diálogo y la concertación de unos acuerdos que sean cumplidos.

Se pide que el Estado Social de Derecho sea una realidad. Existe preocupación al pensar hacia dónde va el país, cómo se pueden corregir las disfuncionalidades existentes, cómo hacer posible para que la realización de los derechos fundamentales esté garantizada con los recursos necesarios para de la gestión de las instituciones públicas en el nivel nacional y local. Con la entrada en funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social planteado en la Ley 100 de 1993, durante varios años se vivió un abandono en materia de salud pública, porque se privilegiaron otros aspectos del modelo de salud, lo cual afectó el manejo inicial de la pandemia del Covid-19 en Colombia.

En este espacio se expone, desde distintas visiones, la situación del Sistema de Protección Social, en particular del sistema de salud. Así mismo, se proponen cambios: revisar el papel de la intermediación de las EPS, mejorar los procesos de seguimiento, control y vigilancia del Sistema de Protección Social, plantear respuestas ante las diferentes instancias para poder tener un proceso distinto y para que realmente la población colombiana acceda a sus derechos superando la crisis agudizada por el COVID-19. Si observamos los indicadores, se ve el retraso que tenía y que va a tener América Latina y Colombia en términos sociales, de empleo, de recursos para el sostenimiento de las personas, la necesidad de tener una renta básica y de repensar la estructura de los sistemas de pensiones, salud, vivienda y trabajo.

Los problemas de desigualdad social deben ser atendidos. Por consiguiente, distintos sectores sociales, universidades y centros de pensamiento han planteado salidas a las cuales tenemos que llegar en términos de convergencia, concertación y diálogo. El diagnóstico y las soluciones están sobre la mesa, pero, es indispensable, una decidida acción gubernamental.

Elsy Luz Barrera

Magister en Análisis de Problemas Políticos, Económicos e Internacionales y Contemporáneos, Doctora en Derecho de la Universidad Externado de Colombia.
Profesora Asociada a la ESAP.



Oscar Rodríguez Salazar

Economista y Licenciado en Ciencias Políticas de la Universidad de los Andes. Magíster en Sociología y Doctor en Ciencias Económicas de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Paris XIII. Su perfil investigativo se ha centrado en el desarrollo histórico económico y el estudio de la Seguridad Social en el país.

Cuando se habla de sistemas de protección social, existen dos componentes: uno, el de asistencia social y otro, el del aseguramiento social. Los programas de asistencia social, como los que tiene Colombia -Familias en Acción, Adulto Mayor, Comedores Comunitarios, Ingreso Solidario, Jóvenes en Acción-, y que normalmente los tiene toda América Latina, de transferencias condicionadas, tendrían, a su vez, dos características. Una, que normalmente son pagados por impuestos como las políticas sociales, y dos, el aseguramiento referido a la seguridad social.

Al estudiar los sistemas de seguridad social se encuentra que para que ellos aparecieran se necesitó que funcionaran tres elementos: la industrialización, la salarización y la urbanización. De otra parte, la instauración del componente de seguridad social tuvo que ver con el movimiento obrero europeo y colombiano. En tal sentido, fue resultado también de luchas, movimientos y huelgas protagonizadas por dichos actores.

Cuando pensamos en sistemas de protección social, teniendo en cuenta las definiciones del mismo, se hace alusión a un conjunto de instituciones a través de las cuales se protege al individuo de los elementos que amenazan su existencia. Se puede decir, siguiendo a Robert Castel (2009, p.263). La protección social consiste en garantizar un conjunto de derechos, como: el ser curado cuando se está enfermo (derechos a la salud), el de ocupar un espacio propio (derecho a la vivienda), el de prestaciones decentes cuando no se pueda trabajar (derecho a la pensión en caso de incapacidad física o síquica) o si se encuentra en condición de interrupción del trabajo (desempleo, períodos de alternancia entre dos empleos, et), y a una formación verdadera que puede enfrentar los cambios tecnológicos.

Cualquier sistema de protección social es una decisión gubernamental, cuestión que conduce necesariamente a hacer una reflexión acerca de cómo se concibe el Estado. Evidentemente en el programa de investigación que se maneja desde el centro de estudios se reconoce la responsabilidad del Estado que lo aleja de una concepción

del liberalismo político. Más que todo lo acercaría a una concepción cercana a Marx, Pierre Bourdieu, Norbert Elías o Bruno Terreros. En ellas, el Estado es el resultado del proceso acumulación y concentración de diferentes clases de capital, fuerza física, económica y capital cultural.

Vale la pena mirar en detalle, sobre todo en el componente asistencial, cómo son las políticas de lucha contra la pobreza a lo largo del tiempo. Cuando se mira la manera como se percibía la pobreza en regímenes liberales del siglo XIX y en la regeneración de régimen a partir de 1886, nos encontramos con una visión caritativa, donde el Estado la mira a ella como un instrumento de gestión de las amenazas sociales, haciendo parte de una política orientada supuestamente a transformar el comportamiento que está en el origen de la pobreza. Evidentemente dicha visión caritativa hizo parte de las políticas sociales del Estado colonial del siglo XIX. Hay otra mirada de esa pobreza y es una visión asistencial represiva donde la pobreza es percibida como un peligro social que debe ser controlado a través de la asistencia de la educación y la represión.

Va a haber posteriormente una visión tecnocrática donde la pobreza es una enfermedad. Esta perspectiva puede ser observada en la versión estructuralista de tipo Cepalino en la que lo que se busca es integrar a la población en un régimen salarial y generalizar los derechos sociales inherentes a la condición salarial. Por último, una versión técnica liberal que consiste en concebir la sociedad como una sumatoria de individuos productores que están dispuestos a valorizar sus activos. En este sentido, el sistema de protección social tiene como uno de sus ejes garantizar la reproducción del orden doméstico. Es decir, aquí están los hogares y las familias como el fin último, pero para que esto suceda, se requiere, que haya una dinámica económica que permita o bien, que sea financiada a través de impuestos o de aportes. Lograr que este orden doméstico goce de buenas condiciones es un principio de consustancialidad y es una decisión de orden político.

Existe un esquema para estudiar los sistemas de protección, como una relación de mediaciones sociales. El sistema de protección social tiene como ejes:

Figura 1. Relaciones de Mediación¹

Un sistema de protección social debe ser de carácter universalista, por eso se reivindica en este momento la renta básica, la cual debe ser de carácter universal. Si existe esta opción, se puede decir que se está en el camino de que la existencia se vuelva un derecho. Cuando se comienzan a ver programas segmentados y focalizados, la asistencia social se vuelve un favor, y ahí entran las políticas asistenciales de carácter clientelista.

Un mejor sistema de protección es el que garantiza empleo estable bien remunerado. En este momento se impone como una de las políticas las de considerar al Estado como empleador de última instancia en un mercado que desarrolle una política que genere empleo estable. Evidentemente cuando uno analiza el decreto 1174 de 2020 de "Piso de Protección Social", se encuentra que es una reforma laboral, pero a la vez, una reforma de carácter pensional. Es la mejor manera de precarizar el empleo en términos del trabajo por horas. En el sistema pensional que viene con dicho decreto aparecen los BEPS (Beneficios Económicos Periódicos) donde se le quita la responsabilidad del aporte patronal a los empresarios. Los sistemas de protección social deben estar íntimamente asociados con la cohesión social y esto fundamentalmente parte de la consideración del empleo como el vínculo más importante para tener desarrollo económico y social. Esto evidentemente choca con la actualidad. Sabemos que más del 50% del empleo en América Latina se encuentra en informalidad.

.....
 1 Relaciones de Mediación cuarto Foro La ESAP le propone al país, obtenido de: https://www.youtube.com/watch?v=_nbqtI-ovT8&t=507s

Lo que se ha detectado en las últimas investigaciones publicadas en el Poder Político y Reformas a la Seguridad Social hechas hace alrededor de año y medio, es cómo los fondos privados de pensiones han servido para monopolizar la economía. ¿Cuál es el mecanismo? El grupo AVAL del sindicato Antioqueño controla alrededor del 80% del total del ahorro pensional. Obtiene fondos a bajas tasas de interés para monopolizar ya sea horizontal o verticalmente la economía formando grandes consorcios y como contrapartida del actual sistema, otorga bajas pensiones. Se calcula por parte del BEPS, que la tasa de reemplazo, es decir, la relación entre el último salario y la primera pensión es del orden del 30 %. Si una persona se afilia a Colpensiones esa tasa de reemplazo llega a ser del orden del 65%.

Los fondos de pensiones no invirtieron cinco centavos en su funcionamiento, se dedicaron a recibir las cotizaciones sobre los patronales, y después de algún tiempo, se van a encontrar ante la obligación de comenzar a pensionar, y es entonces, cuando las personas se sienten estafadas. En años anteriores había treinta y dos mil procesos judiciales en los cuales los demandantes argumentaban estafa, propaganda tramposa. El gobierno fue consciente de esa situación y trató de hacer una política que la Corte Constitucional tumbó, la cual consistía en pasar de aquellas personas que habían optado en los fondos privados por el retiro programado a Colpensiones. El asunto es delicado para los fondos privados y por eso este interés es privatizar y reformar el actual sistema. Los traslados que se están realizando desde los fondos privados del régimen de ahorro individual a Colpensiones entre el 2010 y el 2020 ya ascienden al orden de un millón trescientos mil afiliados.

Es interesante caracterizar estos dos sistemas de otra manera. En el sistema de cotizaciones de los fondos privados, uno sabe cuánto cotiza, pero no sabe cuál va a ser su nivel de pensión cuando cumpla con los requisitos. Mientras que en el sistema de protecciones definidas, que sería Colpensiones, régimen de prima media, garantiza una buena tasa de reemplazo y da formas de obtener mejores condiciones de vida para la vejez. En la actualidad es necesario marchitar los fondos privados de pensiones.

La relación entre afiliados y cotizantes hacen sostenible financieramente el sistema, es decir, si se trasladan todos estos regímenes excepcionales - salvo a los militares- y se ponen a cotizar en un fondo público, las cotizaciones de aquellos que van a permanecer con algún nivel de fidelidad dentro de este fondo público se puede pagar las pensiones de los que se comienzan a obtener su derecho. Esto conduciría a reducir el déficit fiscal originado en el sistema pensional. Si se suma los cotizantes de los fondos privados, más los cotizantes de los otros regímenes, calculando los aportes a precios del 2015, en las proyecciones para el 2019, los aportes serían del orden de 33 mil millones de pesos. Con ellos se pagarían las prestaciones de los que se están pensionando a precios del 2015, y se tiene una relación óptima, que es una relación de 0.98.

Figura 2. Cotizaciones y pensiones en el sistema general de pensiones (RPM y RAIS)²

COTIZACIONES Y PENSIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES (RPM Y RAIS)				
AÑO	Cotizantes	Aportes \$ de 2015	Prestaciones \$ de 2015	Prestaciones / Aportes
2015	7.719.042	26.351.917	27.413.548	1,04
2016	7.458.032	27.197.483	28.968.783	1,07
2017	8.319.889	28.021.538	29.965.656	1,07
2018	9.235.665	30.643.632	31.120.022	1,02
2019	9.646.611	33.221.305	32.604.929	0,98

Esta reforma evidentemente debe tener un modelo institucional que respalde el nuevo organismo que se vaya a crear, para ello se debe hacer uso de la historia cuando se creó el Seguro Social, es decir, cuando el seguro social cubrió riesgos laborales y cubrió pensiones, porque en sus comienzos solamente protegió la enfermedad general y maternidad, se creó un consejo de inversiones, que tenía como función mirar en donde iba a depositar sus recursos y examinar si la empresa al cual le iba a dar dinero era rentable. Cuando se crea el Seguro Social el sistema que funciona es el siguiente. El Seguro recibía las cotizaciones obrero-patronales y se las pasaba al Banco de la República, este les daba créditos al Instituto de Fomento Industrial (IFI), al Banco Central Hipotecario, el cual a su vez le daba dinero a la Financiera Eléctrica Nacional.

El Consejo de Inversiones era la comisión asesora y fiscalizaba si efectivamente los dineros que el Banco de La República le pasaba al IFI estaban bien invertidos. Ese proceso mediante el cual se desarrolló el seguro social no resistió, se le quitó esa función. Es interesante retomar su experiencia y proponer un consejo de inversiones que funciona cómo lo hace el Banco de la República, con directores del Banco, es decir, autónomos e independientes. Un consejo que tendría como objetivo una estabilidad financiera del sistema con la garantía de esas tasas de reemplazo y orientar las decisiones de inversión.

2 Nota. Relaciones de Mediación cuarto Foro La ESAP le propone al país, obtenido de: https://www.youtube.com/watch?v=_nbqtI-ovT8&t=507s

Es importante tener en cuenta, ese consejo estaría prohibiendo en este momento, que gran parte, un 22% del portafolio de los fondos privados, esté en el exterior. Y el hecho del por qué se queda en el exterior, está muy ligado, por un lado, a las inversiones del grupo AVAL y el Sindicato Antioqueño en países de América Latina, donde le dan créditos al Estado para que este les dé un trato preferencial a estos grupos financieros y, por otro, ese criterio de inversión debe impactar la economía real, que pueda generar empleo, pero que evidentemente sean inversiones que garanticen el retorno, su administración debe ser autónoma y partir de una elección realizada por los aportantes, trabajadores, empresarios, representantes gubernamentales, pensionados y academia. Esta salida solucionaría el problema del déficit fiscal, liberaría dineros, que el Estado tiene que desembolsar para pagar pensiones y liberaría dineros que es lo que les paga el Estado a los fondos por la administración de los recursos. Además, impactaría el empleo.



Edgar González Salas

Administrador público de la Escuela Superior de Administración Pública de Colombia - ESAP. Especialista en Finanzas Publicas. Magíster en Administración de Proyectos de la Universidad para la Cooperación Internacional de México. Doctor en Ciencias Administrativas de la Universidad Hispanoamericana Justo Sierra. Ex Superintendente Nacional de Salud. Investigador en temas económicos, del sector público, y analista en diversos temas del Estado.

En este momento los requerimientos fundamentales que tienen los colombianos sobre el sistema de salud son cobertura y una accesibilidad relativamente amplia, o sea, gran capacidad de acceso a todo el sistema sanitario y una muy buena calidad de atención. No se puede menospreciar desde ningún punto de vista una buena eficiencia en la gestión de los sistemas sanitarios, así mismo, la igualdad en el sentido de que pueda haber equidad. Todo lo anterior debe tener un impacto de los indicadores de salud.

Tales indicadores están asociados fundamentalmente a variables de cómo se logra un buen desempeño del gasto en salud y cómo se destina un porcentaje del PIB a la misma. Al respecto, los países que tienen un mejor desempeño están más o menos alrededor de entre el 9.85 y el 10% de su PIB, en el caso de Colombia, se está alrededor aproximadamente de arriba del 7% del PIB. El gasto de bolsillo, que es lo que la gente tiene que pagar por fuera del sistema para acceder a los servicios de salud, oscila entre el 12.13% y el 17.13%, en el caso colombiano, es alrededor aproximadamente del 17 % en relación a este indicador dentro del ranking general, lo que es un bajo nivel. En los mejores países tienen inversión entre el 3.46 y 3.44 médicos por cada 1000 habitantes, Colombia está alrededor de dos médicos por cada 1000 habitantes.

Lo primero sería avanzar en que esos indicadores fueran elevados con una buena accesibilidad, calidad y con una capacidad de atención relativamente sólida. Todo esto contribuiría a tener un muy buen desempeño en términos del sistema sanitario. Ahora queda por señalar cuáles serían unas recomendaciones muy precisas para avanzar en esa dirección. En primer lugar, se requiere afianzar el sistema de financiación lo cual tiene que ver mucho con unas condiciones de carácter estructural que son difíciles de cumplir, como lo es el hecho de lograr una adecuada formalización del empleo. En la medida en que se formalice el empleo, se fortalezca el régimen contributivo y exista una mayor capacidad solidaria de un régimen con el otro, seguramente, se tendría una mayor capacidad de gasto en salud. Es un tema de carácter muy estructural, que no se ha podido, y menos ahora con la crisis, superar.

La mayor parte de las empresas son unipersonales y responden por arriba del 80% de la actividad económica del empleo formal. Tienen entre 2 y 5 trabajadores, lo cual genera una situación de baja formalización laboral, y muchos de esos sectores, están por fuera evidentemente de los sistemas de cotización. Eso plantea un reto importante. Los sistemas solidarios se basan en primer lugar en que el régimen contributivo a través de una subcuenta lleva recursos de este régimen hacia el régimen subsidiado. En ese orden de ideas sería muy importante que eso se fortaleciera, al igual que, se mejorara la proporción del régimen contributivo frente al régimen subsidiado.

Hoy en día, el régimen subsidiado tiene alrededor de 5 millones de afiliados de diferencia frente al régimen contributivo, y el gasto que se aplica en el régimen contributivo, es aproximadamente el 1.7 más veces que el aplicado al régimen subsidiado. Hay un desbalance en el esquema de financiación, si bien, se ha logrado avanzar de una manera muy importante. Eso es clave en la equiparación de los planes de beneficios que le da un sentido al régimen sanitario. Una señal muy importante de solidaridad al régimen sanitario, esa es una fortaleza de nuestro régimen sanitario.

Otro aspecto relevante es reconsiderar el sistema actual asegurador. En el régimen subsidiado se debe tener un fondo único de aseguramiento estatal eficientemente organizado de tal manera que no se tenga la necesidad de tener múltiples aseguradores y así evitar costos de transacción y temas de corrupción. De esta manera se tiene la posibilidad de realizar dos tipos de soluciones, por una parte un manejo de los recursos de salud similar al de ciertas rentas departamentales que administra la conferencia nacional de gobernadores con un sistema de gestión nacional, pero en poder de las mismas entidades territoriales; eso para evitar seguir golpeando la descentralización y, por otra parte, avanzar en un sistema sin aseguradores múltiples en el régimen subsidiado que elimine la intermediación y haga más eficiente la asignación y racionalización del manejo de los recursos. De esta manera, se evolucionaría a un paradigma que ya no es ajeno a los sistemas comparados de salud que indica que hay aseguradores múltiples en los regímenes contributivos, pero un solo asegurador único y estatal en el régimen subsidiado.

Otro tema es cómo establecer mecanismos efectivos para garantizar la salud de las personas. Las tutelas en el sector salud son una cosa bastante impresionante, en tanto representan el 41% del total de las que se presentan en el país. Desde luego, requeriríamos avanzar en una mejor comprensión y una mayor eficacia del sistema, pero, sobre todo, tener una mayor capacidad de respuesta en los servicios sanitarios. Lo precedente está asociado con el número de médicos por mil habitantes y con una mayor infraestructura fortalecida. En el sistema sanitario bajar las colas será sin duda un elemento fundamental, sobre todo, tratándose de ciertas enfermedades crónicas o catastróficas que exigen en general un trabajo relativamente ágil de atención.

Hoy en día se han mejorado los indicadores de salud en muchos frentes, por ejemplo, en el tema de mortalidad infantil, que ha sido un indicador bien importante. Sin embargo, se tiene un serio problema en el sentido de que el énfasis debería estar en lograr la disminución de las desigualdades en relación con la población en extrema pobreza, dado que es muy claro que la mortalidad infantil por quintil de ingreso golpea mucho más y en alto grado de intensidad los quintiles 1 y 2 que al resto de la población. La mortalidad por EDA, por enfermedad diarreica aguda, es especialmente fuerte sobre todo los grupos de menor capacidad de ingreso.

De igual manera se han presentado mejoras en los indicadores en materia de vacunación en difteria, tosferina y tétanos, aunque no son unas cifras espectaculares distintas al promedio de América Latina, sin duda, han sido mejorías que hay que registrar, en las zonas urbanas en especial. Se ha avanzado bastante, si bien, en los estratos de mayores ingresos y no ha sido de la misma forma en las zonas rurales. En el caso de mortalidad materna, también se han presentado mejorías importantes dadas por el indicador por 100 mil nacidos vivos, aunque con oscilaciones marcadas en distintos estratos.

A lo largo de los últimos 20 años lo que se tiene es un gran reto frente a cómo logramos mejorar la calidad del sistema de salud. Se ha hecho mucho énfasis en los temas de financiación y aseguramiento, pero los sistemas sanitarios no son ni lo uno ni lo otro, porque son evidentemente sistemas de calidad. Eso requiere mejorar mucho la infraestructura y mejorar el número de médicos por cada mil habitantes como indicador fundamental, y ahí tenemos, toda una tarea gigantesca que realizar.

El otro tema, que también es una experiencia internacional, es cómo la salud se ve de manera multifactorial. Eso es un discurso, pero en la vida real, poco se desarrolla. En los países europeos hay un enfoque de salud bajo este esquema que está articulado a la educación, a la cultura, generación de ingreso y a combatir a la desigualdad, fundamentalmente. Desde esa perspectiva también se debe evolucionar con una visión muy multifactorial en los sistemas sanitarios. Eso se reconoce desde hace mucho tiempo, pero poco se aplica. Más allá de los de la infraestructura o de la oferta hospitalaria hay un conjunto de variables que tienen que ver con el agua, el saneamiento básico, los niveles de ingreso a la población y la formalización del trabajo. Un conjunto de variables que inciden de una manera muy determinante sobre el estado de salud de la población, y de esa manera, se debe tener una visión mucho más centrada en esos múltiples factores como lo han demostrado los mejores modelos sanitarios a nivel mundial. Sobre todo, en el caso de los países nórdicos que ocupan los primeros lugares en los rankings internacionales en relación al sistema sanitario.

Otra cuestión también son los dilemas entre calidad y cobertura. Se ha aumentado de una manera muy importante las coberturas en términos de aseguramiento, pero, falta

aún mucho esmero respecto a la calidad. El papel dado a los aseguradores en materia de garantizar la vocería entre el proveedor y el usuario para efectos de mejorar los indicadores de calidad de los sistemas sanitarios no ha tenido ese impacto. Las empresas promotoras de salud, que era un poco el sentido y el significado de los aseguradores múltiples en competencia, son un esquema que habría que entrar a revalorar de una manera sustancial. Incluso, en el propio régimen contributivo, se debe hacer un análisis muy concienzudo de hasta dónde deberíamos seguir teniendo ese sistema y cómo mejorar efectivamente la calidad a través de otras estrategias de carácter alternativo.

Otro tema fundamental es mejorar los niveles de regulación, supervisión, inspección y vigilancia en los casi mercados públicos como acontece en el caso de la salud colombiana. Hay un mercado altamente regulado por el Estado, en donde se debe hacer intervención por parte del mismo, en todos los aspectos fundamentales del sistema sanitario. La calidad de la regulación se vuelve un tema absolutamente fundamental y es donde hay que hacer un énfasis muy importante al igual que la inspección, vigilancia y control. Infortunadamente la regulación ha tenido un periodo de mucha politización y se esperaría que la Superintendencia Nacional de Salud fuera un organismo sumamente técnico. Sin embargo, ha tenido periodos bastante negativos en cuanto a capacidades técnicas de los superintendentes y eso ha incidido de una manera muy grave sobre la estabilidad de un sistema que es altamente regulado y que debe ser altamente supervisado y controlado.

Tanto en el tema de la regulación como en el tema de supervisión, vigilancia y control hay un reto sin duda gigantesco. También es necesario más simplicidad institucional respecto a fortalecer los sistemas de información y divulgación al público sobre el desempeño de los agentes en el sistema. No puede haber una regulación adecuada y audaz sin un proporcionado sistema de información en un cuasi mercado público regulado y administrado por la autoridad estatal y por los cuerpos corporativos que lo gobiernan. La calidad de la información en un sistema de esta naturaleza es vital. Las incoherencias entre el número de subsidios y el número efectivo de carnés, por ejemplo, por traer un caso, compromete la quinta parte de los recursos del sistema; así mismo, las dobles o triples afiliaciones en ausencia de soportes de afiliación válidos en más de una pensión.

Si no tenemos unos sistemas de información sumamente fuertes y consolidados, continuarán serios problemas de pérdida de recursos y de corrupción. Para nadie es un misterio que los sistemas sanitarios, sobre todo a nivel local, han tenido grandes fugas de recursos y de corrupción. Este es otro tema de atención muy importante referido a cómo mejorar todos los sistemas de información, las bajas capacidades tecnológicas, de auditoría, organización institucional y de competencias de control, son factores que han afectado la transparencia del sistema y su adecuado manejo regulado. También la simplicidad institucional es una exigencia., si se tiene un sistema que cumple una de las reglas básicas de la entropía, la complejidad intrínseca, con baja cohesión re-

guladora, con bajo capacidad de expresión vigilancia y control, entonces, superponerle más instancias, más esferas institucionales, es inadecuado. Debería ser mejor un diseño institucional más simple.

En el caso del sistema sanitario, para hacerlo más eficiente, se debe fortalecer la formación de ciencias de la salud en las dimensiones requeridas y regular adecuadamente las relaciones económicas entre los proveedores y los reguladores. No se cuenta con el número suficiente de médicos por cada 1.000 habitantes por especialidades claves. Las especializaciones son un tema sumamente complejo y casi relativamente excluyente en el ámbito nacional. A parte de que el personal médico no ha tenido la suficiente serie de incentivos y remuneración adecuada, el régimen de incentivos y compensaciones a los pasantes en las especialidades médicas debe ser transformado.

Finalmente, otro de los temas determinantes está relacionado con la investigación. Algunos regímenes administrativos de instituciones deberían tener una característica fuertemente orientada a la investigación. Por ejemplo, el fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud es un tema absolutamente vital, sobre todo, en el tema de investigación y producción de biológicos. El Instituto Nacional de Cancerología debería ser un instituto integral como el Instituto Meyer de los Estados Unidos, donde se integra la investigación con la prestación de servicios. Con altos niveles de formación, ese régimen de las ESE debería ser revaluado para que cobren una importancia estratégica de primera línea, los temas de inversión e investigación en salud. Se dedica muy poco recurso a la investigación, prácticamente lo absorbe, la rutina del sistema.



Carolina Corcho

Médica Psiquiatra. Magister en Estudios Políticos. Integrante de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760, órgano consultor de la Corte Constitucional en materia de política pública de salud; directiva de la Federación Médica Colombiana; y consultora e investigadora en temas de salud.

El hundimiento del proyecto de Ley 001 en la actual movilización social no significó sólo eso, sino de alguna manera, la comprensión por parte de la sociedad colombiana y de la ciudadanía que estamos frente a un modelo en crisis. Ya van 27 años en el país tratando de ver cómo ese modelo instaurado con la Ley 100 de 1993 funciona. Se han hecho todos los arreglos institucionales y reformas, lo que lleva a decir que, definitivamente el problema es el modelo y sus resultados. Por lo anterior hay que hacer un análisis respecto a qué logros son atribuibles al modelo y cuáles no.

Lo primero es que una de las promesas del modelo de la Ley 100 fue la cobertura universal y sobre eso ya han pasado 27 años y no se ha logrado en Colombia. Las últimas cifras del Ministerio de Salud hablaban del 95% de la carnetización, cuestión que no quiere decir necesariamente acceso. Desde el punto de vista de atención en salud, significa que, por lo menos, hay más de tres millones de colombianos en el limbo. Como el modelo siguió en la lógica de la afiliación está supeditado a las cotizaciones de los trabajadores. Con una pérdida de más de 3.5 millones de empleos por la pandemia se presentaron bastantes traslados del régimen contributivo al subsidiado, pero claramente, se tiene reportes de que esto no ha sido efectivo. Es posible que en este momento la población del limbo sea superior a la que reflejan los sistemas de información. No se tiene ni siquiera cobertura universal del carné. En 27 años es poco el acceso.

Las cifras de la Defensoría del Pueblo son muy elocuentes: 220 mil tutelas se ponen en Colombia anualmente en el seguro. El último informe de la Defensoría en el año 2019 para tutelar el derecho a la salud señala que el 85% son sobre tratamientos y tecnologías elementales y que tienen que estar cubiertos en los planes de beneficio. Hay otras cifras muy fuertes como la de mortalidad evitable del Instituto Nacional de Salud. Cuando se habla del concepto en cuestión es porque se está manifestando que estas muertes son previsibles mediante la intervención de políticas públicas del sistema de salud o políticas trans sectoriales que impacten los determinantes sociales de la

salud. En Colombia entre 1998 y el 2011 hubo 1.427.000 mil muertes evitables. Claro, hay muertes por violencia y accidentalidad de tránsito, pero la violencia es un problema de salud pública, que fue lo que dijo Héctor Abad Gómez, es que la accidentalidad de tránsito, inclusive a nivel de la organización mundial de la salud, requiere medidas de política para poder ser prevenible.

En el país el modelo se orientó solo a la prestación de servicios de salud y desatendió otras dimensiones referidas a los determinantes sociales de la salud pública. Evidentemente esto quedó al garete en los planes de desarrollo durante los últimos 27 años, o en el último plan de desarrollo. Vale preguntar, cuántos acueductos y alcantarillados se proyectaron para construir, para garantizar el agua potable, que es un determinante de la salud. No, no se proyectó ninguno. Esto no estuvo en la cabeza de los gobiernos de este país porque pensaron la salud en el modelo del alto costo, y eso responde a esa mortalidad tan alta. También hay mortalidad por desnutrición, deshidratación, enfermedades cardiovasculares. Es decir, lo que ha pasado no es defendible desde el punto de vista de los resultados.

Ha habido un avance de la tecnología y la calidad vida, pero esto se ha dado también en otros sistemas de salud. Eso no es resultado del modelo, es resultado del avance de la ciencia médica. Evidentemente hace cuarenta años era superior la mortalidad materna. Hay que diferenciar qué es atribuible al modelo y qué no, y eso es importante tenerlo en consideración. El otro elemento que habría que tener en cuenta es que esto es un sistema con un déficit desconocido porque hay una opacidad del sistema información que puede llegar a superar los 15 billones de pesos. Es muy opaco, no hay un conocimiento cierto. Un interrogatorio simultáneo al Ministro de Hacienda, al Ministro de Salud, a las EPS, a las clínicas y los hospitales sobre la cifra de la deuda arrojaría, sin duda, cifras distintas. Eso es muy grave porque son recursos públicos de aporte de los colombianos. Es un sistema de financiación pública donde el concepto de aseguramiento queda muy poco claro. Las EPS realmente no son aseguradoras, las EPS son administradoras de recursos públicos de la salud. Una EPS, recibe un promedio de 800 mil pesos por afiliado al año.

La seguridad social, que es otro concepto, se ha desvirtuado por todos estos elementos de cobertura de afiliación y diferenciación en capacidad de pago. Se tiene una crisis del modelo y su crisis se expresa más en la pandemia. Los indicadores de Colombia son muy preocupantes, son muy graves, son indefendibles. Dentro de las cifras de mortalidad hay una discrepancia entre el exceso de mortalidad del DANE y las cifras del Instituto Nacional de Salud. La discrepancia es del 15%, eso supone que para el DANE que mide el exceso de mortalidad, en mayo de 2021 ya se habían superado los 100.000 fallecimientos en Colombia. Eso es muy alto por millón de habitantes.

Es una mortalidad más alta que la de la India, cuya población supera ostensiblemente a la población colombiana. Los Estados Unidos, por ejemplo, tienen 328 millones de ciudada-

nos y una mortalidad que supera los 550 mil fallecimientos, y Colombia presenta 100.000 por 50 millones de habitantes. Es muy alto, pero aparte de eso, hay unos contrapesos en Estados Unidos, país que ha avanzado rápidamente en el plan de vacunación porque tienen una producción propia de vacunas. En Colombia el modelo desmontó los institutos de investigación, ciencia y tecnología que tenía el Instituto Nacional de Salud para hacer producción de suero ofídico. Aparte de eso, iniciamos un plan de vacunación tardío, que solamente en la última semana adquirió los ritmos diarios de inoculaciones que debió tener hace tres meses. Sobre todo, porque con una mortalidad tan alta no se puede perder ni un día.

El objetivo de 35 millones sufrió los enredos en los procesos de priorización, el sistema intermediado, la asignación de citas e incumplimientos. Uno de los problemas que tuvo el modelo respecto al sistema nacional de salud es que antes se contaba con equipos básicos de atención de salud pública en todo el territorio, que eran muy fuertes, pero los acabaron de un plumazo. Salubristas y epidemiólogos de los Andes expresaban la preocupación acerca de que, cuando se alcanzó el ritmo de vacunación requerido, se descuidaron entonces otras vacunaciones, originando la posibilidad de otros rebrotes porque el sistema desmontó todos los mecanismos de atención primaria en salud. Eso nunca lo hicieron las EPS, entonces los costos son altísimos, y en las decisiones de política pública, el pago puede ser en vidas.

Un costo muy alto en vidas es el que ha habido en Colombia, ese es uno de los elementos diagnósticos. Lo que se propone es una reforma estructural al sistema de salud. Ya hay unas directrices del Estado de Derecho. Se aprobó en Colombia una Ley estatutaria que establece la salud como derecho humano fundamental. Es importante entender que el orden legal y constitucional es importante. El Congreso de la República no puede insistir en continuar bajo la línea de la reforma de la Ley 1122 y la 1438 y pasar de largo la 1751 que es de mayor rango constitucional. El país ya asumió un cambio, y el derecho fundamental a la salud asume un cambio de modelo. Otra cosa es cómo lo hacemos, cuáles son las transiciones, pero el modelo hay que cambiarlo.

No se puede seguir veintisiete años patinando o viendo a ver qué más, cómo seguir fracasando sobre lo mismo, hay que tener apertura para replantearlo. La comisión de seguimiento, en la sentencia T 760, órgano de la sociedad civil, consultor de la Corte Constitucional en materia política pública de salud, coautor de la Ley Estatutaria, propuso una alternativa, además, las organizaciones médicas han venido trabajando una propuesta que reglamente ese giro del país que de pronto se querrá desconocer porque hay quienes dicen que es mejor seguir de largo, aquí no pasó nada.

Esta propuesta es una reglamentación de la Ley Estatutaria donde se ha planteado un decálogo de los elementos centrales de lo que tendría que ser una reforma estructural del sistema de salud en Colombia.

El primer punto es que el nuevo sistema de salud tendrá que ser público y descentralizado con prestación de servicios de salud pública mixta y privada. En el mismo no existirá la intermediación ni la administración privada de los recursos de la salud, materializada en las empresas promotoras de salud. El fundamento de este sistema de salud hubiera evitado muchas muertes por COVID. La estrategia de atención primaria en salud en esta propuesta tendría que organizarse en redes integrales de servicios de salud, debería tener en consideración los determinantes sociales de la salud como parte de las políticas públicas. Todo este nuevo sistema tendrá que estar en el marco reglamentario y la Ley Estatutaria.

El segundo punto, es la rectoría de dirección por parte del Estado para garantizar la rectoría del sistema. Uno de los elementos de la Ley 100 en lo que respecta a un Consejo de Seguridad Social en Salud. Sería un Consejo de Salud, porque en la Ley 100 se intervinieron las pensiones, los riesgos laborales, los servicios complementarios y la salud. Aquí sólo se plantearía una reforma en la salud con avance de estos subsistemas, es muy difícil asumir en una sola reforma todos los componentes de la seguridad social de ese marco normativo de la Ley 100. Se retoma elementos del consejo de salud organizada con las organizaciones representativas de la sociedad civil, más el Ministerio de Salud. Su función es la definición de las políticas públicas de salud como órgano rector.

El Consejo tendría un correlato descentralizado de territorios saludables y regiones epidemiológicas en que se divide el país de acuerdo con características sociodemográficas y epidemiológicas. Habría unos consejos territoriales de salud con la misma composición que el nacional que territorializaría las políticas públicas de salud. En Bogotá no se puede decir cómo se organiza la prestación de servicios de salud de la Guajira. Esto ha sido parte del fracaso de este modelo, creer que en una oficina de Bogotá se puede diseñar una política pública de un país plurinacional, con tanta diversidad cultural. Esa es la razón por la que no entendemos por qué la gente no comprende el COVID. Dicho problema no se resuelve simplemente con decidir decirle a la gente en un medio de comunicación: “póngase un tapabocas”.

Eso requiere una política pública de atención primaria, de trabajo con la comunidad inclusiva para que la gente asuma el autocuidado. Es muy difícil la manera como la gente se puede relacionar con un virus en el Chocó donde toman agua contaminada, porque no hay acueducto ni alcantarillados, y donde no tiene prioridad el COVID, porque el problema es el hambre. La atención primaria de salud, de la salud pública, territorial, es con la comunidad en el nivel local, el mayor nivel local posible.

Las EPS parecen absolutamente innecesarias dentro del sistema. No cumplen una labor de gestión del riesgo, ni de aseguramiento, simplemente son administradoras de los recursos públicos de la salud. No tienen mucha legitimidad en este momento. En una

EPS se ve unos directivos que nadie conoce en este país y manejan billones de pesos cuyo destino no se sabe cuál es. Se tiene las investigaciones claras de SaludCoop pero no se conoce qué más pasó ahí. Por el pobre rastreo de los organismos de control y la dificultad para hacerlo esto tiene que ser reemplazado por unas unidades administrativas técnicas que estén debajo de esos territorios saludables, que hagan esa planeación administrativa y donde participen también los entes territoriales. Con unos mecanismos anticorrupción, que, con toda seguridad, son más eficaces acá que lo que tenemos ahora.

Lo que se tiene hasta ahora es una Junta Directiva de una de EPS X que maneja los recursos de los colombianos y no se sabe cuáles son las consideraciones. Lo que fue claro, es que en el modelo no hubo tal regulación y tal competencia. Hubo una captura corporativa de estas organizaciones con recursos del Estado, de los órganos reguladores del Estado. Esto está demostrado en diversas publicaciones que hemos hecho.

El tercer punto es la dignidad de los trabajadores de la salud. Se requiere que los trabajadores tengan garantías laborales justas, dignas y estables, con formalización, contrato laboral estable en el sector privado y recuperación de plantas laborales en entidades públicas. Esto excluye, de acuerdo con la sentencia de la Corte, mecanismos de intermediación y de tercerización laboral. El otro elemento de esta propuesta es la política de formación capacitación y actualización del talento humano en salud. Ese consejo territorial tendrá que dictaminar una política de planeación del talento humano. Eso no puede dejarse en las manos del mercado, ya que en este momento no se tiene el control ni siquiera de las unidades de cuidados intensivos.

No se puede dejar una política de la vida a un mercado porque no hay una relación oferta-demanda, sino que, es casi que una economía política extractivista en la que se tiene actores particulares administrando recursos públicos de los colombianos. El tema de las UCIS hoy es una absoluta locura. Es imposible manejar una pandemia, una prestación de servicios de salud, cuando no hay una gobernanza sobre el sistema, un control efectivo de la autoridad sanitaria que garantice el ingreso equitativo con soporte de derechos humanos a la prestación de servicios de salud. En Colombia, no tener una política sería al respecto, lleva a experimentar serios problemas como los de este momento de pandemia. Renuncian unos médicos allí porque no les pagan bien, los precarizan, no tenemos el talento humano, no se hizo una planeación. En estos veintisiete la política parece estar marcada por un “sálvese quien pueda”, asumiendo que cada hospital o cada clínica debe resolverlo, sin una rectoría efectiva de una política de formación del talento humano en salud.

Hay una discusión aquí frente al tema de la descentralización. Es injusto satanizar la descentralización por los problemas del régimen político clientelar, es decir, se tiene que resolver los problemas del régimen, que son efecto de 200 años de la historia

política en Colombia. Es muy complicado que sea un ministro de hacienda el que tome decisiones de gasto público, de un peso para un municipio, un alcalde de una ciudad, que tiene que resolver los problemas de inmediato. Eso es parte del problema el plan de vacunación, del problema de las UCIS, cierre de UCIS en Medellín porque las EPS no les han pagado, en los procesos de vacunación intermediario, en tanto que los recursos no le están llegando a los hospitales.

Hay un fondo financiero que es el ADDRESS que nació, inclusive, de la propuesta hecha inicialmente, pero había que pensar en fondos descentralizados, con diseños institucionales anticorrupción, porque es necesario volver a la Constitución del 91 y reivindicar. Aquí no se puede seguir haciendo la pantomima de que un secretario de salud dirige, pero no maneja un peso. Cuando se dirige es porque tiene la administración de los recursos. Los alcaldes y los gobernadores son los responsables de la vacunación, pero la plata la tienen las EPS, entonces, los alcaldes y los gobernadores no son los responsables del plan de vacunación y eso nos tiene enredados. A tres meses dándole vueltas al tema de vacunación Colombia solo contaba con un 10% de esta. Unos porcentajes muy bajos en medio de un país que debería tener una vacunación mucho más expedita por las mortalidades que tienen.

Otro punto es el fortalecimiento de los hospitales públicos, estos son la columna vertebral de cualquier sistema de salud en el mundo. Deben ser centros de pensamiento, referencia, que se articulen con las clínicas privadas, deben tener un subsidio a la oferta, no pueden convertirse los hospitales en un componente del mercado, que vaya y venda, porque lo llevarán a la quiebra, tal como ocurrió en estos veintisiete años.

También se debe tener un sistema de información de salud pública. Según la ley estatutaria, debe ser un sistema información único, público, transparente, disponible en línea, que permita tener elementos oportunos y empíricos para la toma de decisión de la política pública. No se tiene en este momento, por eso esto es una discusión muy especulativa en términos de salud porque se debe tener un sistema que cuantifique tanto los enfermos como los aliviados, y que va mucho más allá de la historia clínica electrónica. Igualmente, es indispensable contar con un sistema de información que tenga censada la población en condiciones sociodemográficas, de determinantes sociales de la salud, medio ambiente, agua potable y cultura, elementos todos, que impactan en la salud; así como tener elementos administrativos y financieros como el control anticorrupción en línea que permite hacer el seguimiento del flujo de los recursos de los colombianos.

El siguiente punto es derogar la normatividad contraria a la ley estatutaria. Un derecho fundamental es identificar a la población, pero no es afiliar. En Colombia no se debe discutir la atención por tener o no un carné, en tanto eso no existe frente a los derechos fundamentales, por lo cual, tienen presunción de inconstitucionalidad. El de-

creto de afiliación es el de cese de exclusiones de esos decretos que en estos cinco años ha emitido el Ministerio de Salud, que presuntamente son la reglamentación de la ley estatutaria. Pero no lo son, son incompatibles con la orden y la ley, el mandato del Congreso de la República y la Corte Constitucional frente a lo que vendría hacer este nuevo sistema de salud.

El otro elemento es la política farmacéutica e innovaciones tecnológicas de salud. En Colombia hay un medicamento que puede costar hasta un mil por ciento más que en Suiza, eso es inaceptable. Se calcula que más o menos el 40% de los recursos de la salud se van en sobre costos de medicamentos. La ley estatutaria debe abrir la puerta a una política de control de medicamentos en todos los eslabones de la cadena. Hay que abrir un debate de soberanía nacional sobre los derechos de proteger, derechos de propiedad intelectual y la declaratoria de medicamentos de interés público apelando a instrumentos que nos permitan defendernos también de las transnacionales farmacéuticas. Por otra parte, se propone sistematizar las atenciones periódicamente, prescripciones, transacciones del sistema con microdatos para lograr hacer seguimiento y control a un sistema de salud muy opaco, que tiene muchas inconsistencias informativas.

El último punto es, establecer una comisión intersectorial nacional, territorial de carácter vinculante para establecer acciones concretas y metas sobre los catorce determinantes sociales de la salud establecidos por la observación general 14, la ley estatutaria 1751 y la sentencia C 313 de medioambiente, agua potable. En materia de agua potable debe determinarse cuántos alcantarillados se hacen la Guajira o cuántos en el Chocó. También son urgentes las políticas públicas frente al tema del asbesto, frente a enfermedades que tienen riesgo por condiciones de polución medioambientales. Todo eso tiene que ser pensado desde la salud pública y eso fue abandonado en Colombia por una visión mercantil, de extracción de renta, porque insisto, no es una economía política de mercado el sistema de salud sino más bien estamos hablando de una economía política rentista, de extracción de rentas, que ha caracterizado el sistema.

Por esta crisis es que el país requiere una transición democrática. Cuando una sociedad está polarizada es porque hay una crisis de modelo.



Olger Forero

Politólogo, estudiante de la Maestría de derechos humanos, gestión de la transición y pos-conflicto de la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP.

La seguridad social no debería ser un privilegio de algunos pocos, sino un derecho que, como todos los derechos humanos, debe ser universal, permanente e interdependiente con los demás. Que todos tengan conciencia, tanto por parte de los que lo disfrutan, como por aquellos que están excluidos de su garantía, que cuando se hable de seguridad social se habla en términos de Derechos Humanos.

En Colombia a partir de la Constitución del 91 se instituyó el sistema de seguridad integral que tiene por objeto proteger los derechos irrenunciables del trabajador; lo anterior, de acuerdo con lo expresado en el artículo 48 del capítulo 2 que consagra los derechos económicos, sociales y culturales. La ley 100 de 1993 se encargó de reglamentar la garantía del derecho humano a la seguridad social.

Nuestro sistema de seguridad social se sustenta en tres pilares fundamentales que son:

- El sistema general de pensiones
- El sistema de seguridad social en salud
- El sistema general de riesgos laborales

No obstante, a 30 años de la expedición de la nueva constitución lo que hasta hace algún tiempo se presentó como un gran avance en la garantía de los derechos de los trabajadores de Colombia, se ha convertido en una tragedia. La implementación y manejo de la seguridad social, a pesar de ser un servicio público, se encarga en gran medida a operadores privados. Colombia es un Estado Social de Derecho y, por tanto, debe garantizar los derechos de todos los ciudadanos de manera indistinta, y por sobre todas las cosas, debe garantizar una vida digna. En eso consiste básicamente el Estado Social de Derecho.

La Constitución consagra la posibilidad muy en el marco del neoliberalismo y por la imposición del Consenso de Washington que los bienes y servicios públicos para que puedan tener una mejor y más eficiente uso de los recursos deben ser prestados preferiblemente por particulares. Es así como la salud, las pensiones y un sinnúmero de

empresas que prestan servicios públicos esenciales para la garantía de la dignidad de la vida humana en Colombia, y gran parte de los países del continente, son provistos por operadores privados.

En otras palabras, los derechos de las personas, es decir, sus Derechos Humanos, inalienables, irrenunciables, inviolables, están a merced de los dictados y los designios de las leyes de la oferta y la demanda que, en últimas, son los que determinan quién puede o no acceder a la garantía de sus derechos de acuerdo con su capacidad de pago. ¿Cómo se manifiesta esto en Colombia? Pues, de múltiples maneras, pero, en el caso de la salud, existen dos regímenes.

El primero, el contributivo, que es el canal al que pertenecen los empleados del sector público y privado que hacen sus aportes de manera regular y tienen la posibilidad de ser atendidos en las EPS o empresas promotoras de salud; pueden acceder en caso de enfermarse a los beneficios del plan obligatorio de salud. En todo caso, está limitado y por lo general, brinda medicamentos y tratamientos muy básicos. Si la enfermedad es grave o son muy costosos los tratamientos, la EPS buscará interponer todas las trabas que sean necesarias para evitar el cumplimiento del derecho a los pacientes. También buscará demorar las citas con especialistas y hará engorrosos todos los trámites que sean necesarios. Así mismo, se encargará de que los médicos atiendan en tiempos cortos, que permitan una mayor cantidad de pacientes atendidos en el menor tiempo posible, para de esta manera, aumentar la productividad. A los médicos más eficientes, se les darán premios, a los que se demoren en la atención o formulen medicamentos o tratamientos costosos se les considerará malos profesionales.

A los pacientes, bajo dicho modelo, se les considera más que pacientes, clientes, cifras, que deben generar ganancias al sistema. El paciente de esa manera es un cliente y el proceso médico una cadena de valor y el producto no es la salud pública, sino la ganancia de los operadores privados. La dignidad de los pacientes o clientes, los médicos, los trabajadores y de la sociedad en general, se mide desde esta perspectiva por las ganancias o pérdidas de las empresas promotores del derecho a la salud.

La garantía del derecho de salud en ese escenario depende en gran medida de la posibilidad de integrar acciones de tutela en contra de la EPS, que solamente entra a garantizar el derecho cuando una acción jurídica la obliga. En ese sentido, las EPS demuestran su poco interés en la salud de sus afiliados, y, además, sus acciones se enfocan más en la atención de las personas, una vez enfermas en lugar de generar procesos preventivos de salud.

Ahora pasamos al tema del sistema general de pensiones, para la mayoría de los colombianos que tienen la posibilidad de cotizar existen dos regímenes y algunos regímenes especiales que todavía sobreviven. El régimen de prima media está directamente vinculado con los servicios que prestan Colpensiones, antiguo Instituto de Seguros

Sociales; este régimen permite a sus cotizantes tener las mejores condiciones una vez cumplan las semanas necesarias para lograr su pensión, aunque implica cotizar durante 150 semanas más que en el régimen de ahorro individual.

En el régimen de ahorro individual con solidaridad social, los aportes de los afiliados son puestos en diferentes fondos de inversión en los cuales los ahorros de los cotizantes entran en los vuelos especulativos a buscar rentabilidades. Obviamente se ven en gran medida para los fondos privados, en caso de salir mal, se pierden estos ahorros y si estos fondos llegaran a quebrar, el Estado debería asumir estas pérdidas, en ese caso será la misma sociedad, a cargo de los impuestos, la que tendría que subsanar estos problemas.

El sistema convencional colombiano se ha caracterizado desde siempre por una muy baja cobertura. Cuando fue expedida la ley 100 de 1993 la cobertura de afiliados se calculaba en un 20% de colombianos cubiertos por el ISS. En 2019, aunque ha aumentado, alcanzaba para apenas el 35% de la fuerza laboral. Sobre las personas mayores que han logrado acceder al derecho a pensión en 2019 se calculaban en 24%, antes de la ley. Cuenta estimada en un 20%, es decir, un aumento mínimo teniendo en cuenta que han pasado casi 30 años.

Según cálculos de la Contraloría de 2017 solo una de cada cuatro personas que está en el régimen de ahorro individual con solidaridad social logra la pensión. En el régimen de prima media, se estima que es uno de cada dos, es decir, las ventajas en el régimen de prima media se hacen muy evidentes.

Ahora pasando a lo que tiene que ver con la realidad concreta de pensiones sobre cientos de miles de personas en Colombia un caso aberrante es el de los contratistas, tanto del sector público como privado, son quienes asumen los costos de afiliación al sistema como empleados, pero no tienen las garantías de un empleado. Entre ellos, muchos administradores públicos, quienes trabajan por meses con contratos a término fijo. En ocasiones deben trabajar sin remuneración durante largos periodos de tiempo y no tienen derecho a expresar inconformidades ante el riesgo de no ser tenidos en cuenta para nuevos contratos. Es el peor de los mundos para miles de profesionales.

Esta situación donde se asignan tareas misionales de las entidades a personas, a las que se exige el cumplimiento de metas y de diferentes acciones institucionales, por ejemplo, en el sector público, pero a quienes no se les garantiza ningún derecho laboral, sus cotizaciones a pensiones, dependen de la estabilidad que puedan lograr y en los tiempos de cese laboral de la posibilidad de devengar. Muchas veces pueden ser periodos prolongados entre 6, 3, 2 meses, depende también de la suerte que tenga, es decir, si le rinde que lo contraten, eso lo viven muchos profesionales. Cuando se cuenta con suerte se logran contratos de 10 u 11 meses.

También es bien sabido que la informalidad laboral en Colombia no permite la afiliación a los sistemas de salud y pensión de millones de personas. Ejércitos de ciudadanos excluidos de la posibilidad de ejercer su derecho a la seguridad social; es una multitud ya alarmante. Jóvenes y no tan jóvenes que ven como un imposible el logro de la seguridad social en el presente y mucho menos en la vejez. Si no se hubiera dado esto, se entiende con sobrada razón, la indignación de millones de personas que se han levantado y mantienen por más de un mes un paro nacional. Jóvenes que no tienen nada que perder, hombres y mujeres que han perdido la oportunidad de un futuro. Ellos se pueden entender como un nuevo sujeto político que ha sufrido los efectos del brutal neoliberalismo toda vez que ha instaurado una especie de cultura de fascismo social.

Esto está enmarcados en la frágil democracia que se tiene, y que hoy se levanta en torno del conocimiento y reclama todos los derechos, dentro de los cuales específicamente o con mucha claridad tenemos en cuenta los económicos, sociales y culturales entre los cuales se inscriben el derecho a la seguridad social, y que se suponen, es parte de lo que implica la realización del Estado Social de Derecho. Por lo tanto, una propuesta que se ajusta a los Derechos Humanos puede ser, por ejemplo, reducir los intermediarios. Eliminar las EPS que son administradoras del del dinero de la salud y dejar que sean las IPS - muchas de ellas hospitales en quiebra- las que reciban esos pagos a través del ya existente FOSYGA. Así mismo en el caso de las pensiones, que los fondos privados dejen paso a lo público que, a fin de cuentas, en caso de que quiebren es quien tienen que asumir las pérdidas.

Para la administración pública resulta fundamental no perder de vista el enfoque derechos humanos o mejor, que su fin sea la realización de los derechos humanos en todos los procesos que se desarrollan y en los que se involucran como profesionales. Además, es clave profundizar y promover la educación en derechos humanos como requisito fundamental en su formación.

Para terminar, es muy importante que teniendo en cuenta las circunstancias tan graves que atraviesa nuestro país, la Escuela Superior De Administración Pública – ESAP recupere el Instituto de Derechos Humanos Guillermo Cano. Según tengo entendido, era un centro de pensamiento muy importante y que inclusive tenía un gran reconocimiento a nivel de Latinoamérica. Es decir, la ESAP, como principal institución de educación pública de la administración pública a nivel nacional, debe ser un faro que oriente el quehacer de la administración pública comprometida con la realización de los derechos humanos.



Andrea Díaz Ramírez

Terapeuta Ocupacional, especialista en Administración en Salud con énfasis en seguridad social, estudiante de la Maestría en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP

La Pandemia nos deja las siguientes lecciones. En el Plan Nacional de salud que se llama la *Salud en Colombia, la Construyes Tú*, que duró del período 2012 al 2021 donde se habla de unas dimensiones prioritarias, se explica acerca de un emisor de convivencia social y de salud mental, esta última dimensión, en este año, permite pensar en ¿qué pasó en este año con la salud mental de los colombianos? En este estallido social ¿qué pasó con la convivencia social? Cabe también la pregunta por las enfermedades crónicas no transmisibles que suponían comorbilidades y que llegaban a las UCI por Covid.

Tales pacientes suponen la dimensión de promoción de la salud y prevención de la enfermedad donde se debe hacer un pago a las EPS, o a los que las administran, lo anterior, para que las personas crónicas mantengan un nivel de vida necesario para que no se presenten situaciones como las señaladas. Con las UCIS llenas y las salas de urgencias, no se le puede culpar al Covid, en tanto el gran porcentaje de estos pacientes eran personas con problemas cardiovasculares, con diabetes y con toda una serie de enfermedades que se supone que un plan decenal debía fortalecer.

La otra lección es acerca de nuestra red insuficiente para la prestación o la atención de servicios de tercer nivel. En el Meta se cuenta con una red totalmente nula. Esta región tiene un hospital de tercer nivel en Villavicencio el cual recibe de la región de la Orinoquia los pacientes. Es difícil que en algún momento la red pública se fortalezca, porque la subdirección de infraestructura física en el Ministerio de Salud puede durar hasta dos años realizando un proyecto de construcción para un hospital nuevo. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) llegan a los municipios a ofrecer sus sistemas, a captar contributivos y subsidiados, salen a todos lados y siguen contratando con las mismas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). No obstante, no se invierte en construir nuevas instituciones de estas, que son las que finalmente atienden al ciudadano. Así, se atiborra el subsidiado y el contributivo en una misma IPS, porque la entidad EPS contrata con el sistema público o con el sistema propio,

pero no le parece importante hacer una inversión para que todos reciban un servicio de calidad y oportuno, o para que tengan un espacio necesario y no tengan unas citas que se le están demorando dos o tres meses. Esto es lo que tratamos de hacer entender en las reuniones de participación social, donde les estamos enseñando los deberes y los derechos a los ciudadanos en salud.

LA ESAP
LE PROPONE AL PAÍS

**FIN DE
PONENCIAS**

*Este libro se imprimió en la Imprenta Nacional de Colombia.
Para el diseño de este libro se empleó la fuente Gill Sans MT
en un formato de 16,5 x 23,5 cm con 84 páginas.*

LA ESAP

LE PROPONE AL PAÍS

En la situación de crisis social que atraviesa el país, las Facultades y Posgrados de la Escuela Superior de Administración Pública –ESAP– convocaron a un gran diálogo nacional y territorial. Se entendió, entonces, que la deliberación, la reflexión y el intercambio de ideas permiten encontrar salidas a múltiples problemas que estaban en las calles y en los espacios informativos y de debate público.

Con la premisa de enfrentar estos tiempos aciagos con espíritu crítico y con ánimo de construir, la ESAP apostó por un escenario de ideas, metodologías y propuestas para la Administración Pública con la comprensión de que ese descontento social y la crisis de confianza manifestada en la calle tenían como uno de sus fundamentos el desempeño del Estado. De esta manera, fue preciso poner como centro del debate el sector público colombiano.

En la colección que les presentamos “PERSPECTIVAS, LA ESAP LE PROPONE AL PAÍS”, se consigna el resultado de ese debate profundo y propositivo que se dio en la discusión en mesas nacionales y territoriales a lo largo y ancho del país, compuestas por estudiantes, profesores, investigadores y personalidades de la vida pública nacional. Confiamos en que estas memorias contribuyan a las clases impartidas sobre Administración Pública y que orienten a los líderes del sector público en todo el país en las acciones que se emprendan para salir de la encrucijada que puso sobre la mesa el Paro Nacional del 2021.

En cada ejemplar, el lector encontrará las Ponencias que abrieron el debate por cada línea temática y, por otro lado, los diagnósticos y propuestas que expresaron los casos en el país escogidos para contribuir a las soluciones que se requieren.



Protección Social

Diagnósticos y propuestas

Bogotá D.C., 2022

Estuvo al cuidado de esta colección
como su editor y compilador Jesús María Molina,
profesor y Decano de Pregrados

Protección Social

Diagnósticos y propuestas



Escuela Superior de
Administración Pública

PROTECCIÓN SOCIAL / PONENCIAS

© Compilador Jesús María Molina

Primera edición, 2022 ISBN 978-958-609-109-1 (papel)

ISBN 978-958-609-110-7
obra completa electrónica

ISBN 978-958-609-109-1
obra completa impresa

© ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Director Nacional: Octavio de Jesús Duque Jiménez

Edición general: María Angélica Pumarejo

Coordinación editorial: Publicaciones ESAP

Diseño y diagramación: Martha Liliana Leal

Corrección de estilo: Darío Ángel

Transcripción y revisión de textos: Daniel Alexander Guzmán

Escuela Superior de Administración Pública -ESAP-
Grupo Publicaciones. Calle 44 N. 53 - 37 Bogotá, D.C.
Colombia, 2022
www.esap.edu.co

Catalogación en la publicación - Red de Bibliotecas – ESAP

Molina Giraldo, Jesús María compilador

Protección social: diagnóstico y propuesta; Protección social: ponencias / Compilador Jesús María Molina

Giraldo: Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública - ESAP, 2022.

84 páginas: cuadros, mapas

Perspectivas. La ESAP le propone al país.

ISBN 978-958-609-109-1 (papel).

ISBN 978-958-609-110-7 (electrónico).



Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por copia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Escuela Superior de Administración Pública, salvo en aquellos casos en que expresamente así se indique.



CONTENIDO

Protección y seguridad social	9
Elsy Luz Barrera	
<i>Una mirada al sector de la Protección Social en Colombia</i>	11
<i>Problemas que afectan el desempeño del Sistema de Protección Social en particular el derecho a la salud.</i>	15
<i>La alta informalidad en América Latina impacta los Sistemas de Protección y de Seguridad Social. Una aproximación a la georreferenciación</i>	20
<i>El Gasto Público Social (GPS) prioridad para atender adecuadamente la Protección Social en un Estado Social de Derecho</i>	27
<i>Propuestas de reformas y cambios para abordar la problemática de la desprotección social</i>	32
<i>Informe Mundial sobre Protección Social de la Organización Internacional del Trabajo OIT</i>	36
<i>Repensar la Protección Social desde la Escuela Superior de Administración Pública.</i>	38
<i>Estrategias desde la Escuela Superior de Administración Pública en términos de capacitación y formación en el sector de la Protección Social</i>	38
Conclusiones	40



Protección y Seguridad Social

Elsy Luz Barrera

Especialización en Gerencia de la Salud Pública. Universidad del Rosario - CES-EAFIT, Magister en Análisis de Problemas Políticos, Económicos e Internacionales Contemporáneos, Doctora en Derecho de la Universidad Externado de Colombia. Profesora Asociada a la ESAP.*

Roberto Ariza

Economista, Magister en Administración Pública ESAP; Magister en Economía - Universidad de Externado de Colombia, Asistente de Investigación en Proyectos de Economía del Desarrollo, Descentralización y Finanzas Públicas.

Óscar Salazar Duque

Economista y Licenciado en Ciencias Políticas de la Universidad de los Andes. Magíster en Sociología y Doctor en Ciencias Económicas de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Paris XIII. Su perfil investigativo se ha centrado en el desarrollo histórico económico y el estudio de la Seguridad Social en el país.

* Agradezco el apoyo a Elizabeth Duarte Cristancho, asistente de investigación del proyecto ID-2020-95 de la ESAP.

En este capítulo se pretende responder las inquietudes planteadas desde la decanatura de la Escuela Superior de Administración Pública -ESAP-, y a su vez contrastar, estas con las preguntas de los asistentes y participantes de las mesas de trabajo desarrolladas durante el tiempo del Paro Nacional en diferentes regiones del país. Es importante mencionar que el énfasis se realizó en aquellos aspectos a corregir, modificar o cambiar en materia de protección social, en particular en el sistema de salud, dada la coyuntura de la pandemia del Covid-19. Las respuestas y argumentos que surgen son parte de las diferentes experiencias que se tenían en el nivel territorial y nacional.

El Art 48 de la Constitución Política indica que, la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley (...). El año 1993 marcó un cambio en la organización de la seguridad social debido a la expedición de la Ley 100 que estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS al integrar salud, pensiones, riesgos laborales y cesantías, dejando de ser sistemas separados y adquiriendo una nueva dinámica en la que prima el aseguramiento. A partir de ahí se han realizado ajustes a la arquitectura institucional buscando resolver una serie de desafíos y problemas presentados en las últimas décadas, entre ellos, calidad, disponibilidad, oportunidad, garantía de los derechos y sostenibilidad financiera del sistema frente a los supuestos en que se basa.

El Sistema de Protección Social en Colombia integra los Sistemas de Seguridad Social Integral, los Servicios Sociales Complementarios y los programas de Asistencia Social para aquellas personas, familias, niños, jóvenes y adultos mayores que, por diversas razones, entre ellas, la situación socioeconómica, pérdida de empleo, situación de desplazamiento forzado producto del conflicto social, la emigración y la informalidad, no cuentan con los recursos y oportunidades para la satisfacción de una vida digna y/o realizar una cotización mínima completa al Sistema de Seguridad Social Integral. Son el Estado y los gobiernos a través de subsidios en especie o costo, los que contribuyen a disminuir la situación de vulnerabilidad por la vía de una oferta focalizada. Lo que se busca es articular las diferentes intervenciones públicas para mitigar y enfrentar los riesgos que puede tener la población de una forma más efectiva. (Valenzuela & Brahm, 2011).

Como lo afirman Pesca & Ramos (2017), la Ley 789 de 2002 dictó normas para apoyar el empleo, ampliar la protección social, modificó algunos artículos del Código Sustantivo del Trabajo e incorporó el enfoque de Manejo Social del Riesgo del Banco Mundial al Sistema de Protección Social en Colombia. Constituyó con ello un conjunto de intervenciones públicas que posibilitan tener un buen manejo del riesgo, además de ayudar a las poblaciones de menores recursos, que tienen un mayor riesgo de choque. (Pesca & Ramos, 2017).

Posteriormente, en el año 2006 se reformó el Gasto Público Social y se diseñaron los cinco pilares del Sistema de Protección Social: 1) el Sistema de Seguridad Social Integral, 2) el Manejo Social del Riesgo, 3) el Sistema de Formación de Capital Humano, 4) El Acceso a Activos (como vivienda de interés social, entre otros), y 5) El Sistema de Promoción Social.

Este Informe Técnico de Protección y Seguridad Social se desarrolla en los siguientes aspectos: conceptualización e identificación del Sistema de Protección Social SPS y del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS; caracterización de las problemáticas que se han evidenciado y su relación con el Gasto Público Social GPS; una Georreferenciación de las problemáticas, en particular el acceso a salud y salud pública; identificación de algunas propuestas de solución presentadas por centros de estudio como Fedesarrollo frente al SPS y la Federación Médica Colombiana. Se cierra con algunos elementos que se proponen desde la ESAP a partir de las experiencias en el orden nacional y territorial y del diálogo establecido en las mesas de trabajo.

Una mirada al sector de la Protección Social en Colombia

Después de la Segunda Guerra Mundial y la creación de organizaciones multilaterales se empezaron a firmar y ratificar tratados sobre protección social a nivel mundial, entre los que se destacan, la Carta Social Europea del 18 de octubre de 1961, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas del 16 de noviembre de 1966, la Convención Americana de Derechos Humanos del 22 de noviembre de 1969 y las Declaraciones Iberoamericanas de Seguridad Social. Con posterioridad, paulatinamente se incluyeron artículos en las Constituciones que legitiman el sistema de Protección Social.

Se plantean cuatro conceptos en los que se debe basar la acción del Estado en esta materia: 1. previsión, al realizar acciones hoy que reduzcan los riesgos del futuro de forma eficiente; 2. universalidad, siendo para todos sin excepción; 3. solidaridad, al apoyar a las poblaciones vulnerables y; 4. participación, al permitir la incidencia de los ciudadanos en la organización, gestión y control del sistema. Estos, buscan mejorar la calidad de vida de los colombianos (Ministerio de Salud, 2008).

Se concibe la solidaridad como el principio fundamental del Sistema de Protección Social SPS debido a que “involucra responsabilidad colectiva y recíproca, inmanente a los grupos sociales que vincula moralmente a los miembros entre sí y con las generaciones pretéritas y futuras, en orden a un destino común” (Cañon, 2017). Cuando en una sociedad conviven en un sistema conjunto dos modelos, uno en el que las personas pueden pagar y otro que favorece a los grupos vulnerables, se da la solidaridad y el sistema puede ser más integral y universal al no excluir a nadie.

Según la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios OCHA (OCHA, 2012), un sistema de protección social refiere a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura ante las necesidades socialmente reconocidas en salud, pobreza, vejez, discapacidades, vivienda, desempleo, familias con niños, familias numerosas, familias en situación de riesgo, y otras.

Dicha protección según el Banco Mundial debe incluir transferencias monetarias a quienes las necesitan, particularmente a los niños, pensiones para los ancianos y beneficios y apoyo para las personas en edad de trabajar en caso de maternidad, discapacidad, accidentes laborales o desempleo. La asistencia se otorga mediante mecanismos de seguro social, beneficios sociales financiados con impuestos, servicios de asistencia social, programas de obras públicas y otros sistemas que garantizan la seguridad del ingreso básico.

En un Estado de derecho se debe garantizar la protección a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso. En particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. (OIT, 2017).

Guerrero (2006) define la seguridad social (aseguramiento) como un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo. Este no solo cubre a las personas que tienen un trabajo formal sino a toda la población. En el caso colombiano hay un régimen mixto en el cual interactúan instituciones tanto públicas como privadas bajo las directrices del Estado.

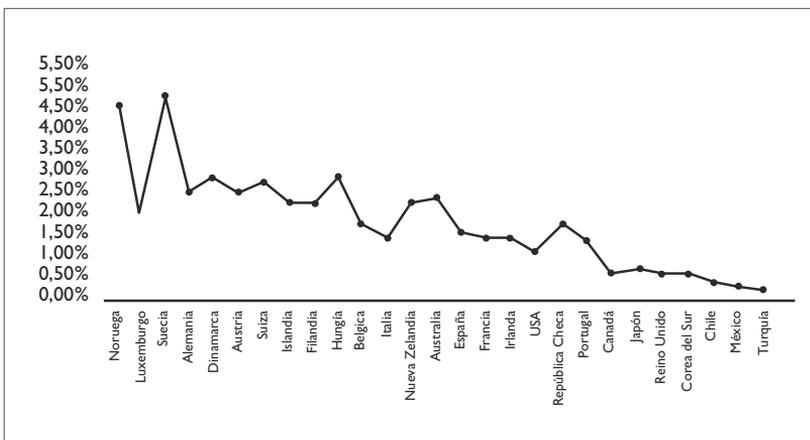
Dichos componentes son complementarios, y por medio de focalizaciones como el SISBEN, las personas pueden moverse entre los distintos regímenes dependiendo de su situación económica. Es importante resaltar, el papel del mercado laboral en países como Colombia, que existe una gran cantidad de empleos informales que dificultan la afiliación al sistema contributivo y esto determina en gran medida la dinámica de ambos componentes del Sistema de Protección Social.

Como lo describe el Ministerio de Protección Social (2005) la seguridad social, se construyó en base a las obligaciones de los patronos incluidas en los contratos laborales, dándole a los trabajadores garantías. Sin embargo, no todos son empleados ni lo serán por lo que es necesario que exista una complementariedad entre ambos componentes si se quiere realmente lograr una universalidad.

Por otro lado, también, se relaciona con los Objetivos de Desarrollo Sostenible del 2015, específicamente con el uno, fin de la pobreza, y el tres, salud y bienestar. La Protección Social es un sistema que se implementa a nivel mundial en el que se busca propender por una mayor igualdad. Además, se fortalece el capital humano y la pro-

ductividad. Como bien lo dice la OIT (2017) no solo ayudan a los pobres y más vulnerables a mitigar las crisis económicas y fiscales, sino que también, aseguran la igualdad de oportunidades permitiéndoles salir de la pobreza y transformarse en miembros productivos de la sociedad. Debe tenerse en cuenta, además, que los programas de protección social bien estructurados son rentables. En los países de la OCDE costaron en promedio 2,3 % del producto interno bruto (PIB) en el año 2011 (Figura 1).

Figura 1. Gasto del Sistema de Protección Social 2011 por países



Fuente: Brahm, Ramírez y Valenzuela, 2019.

Como se puede ver en la gráfica, los países que tienen más gasto son Suecia y Noruega, siendo superior al 4%, mientras que, Turquía y México, son los que tienen un porcentaje menor con menos del 0,5%. En general, se puede observar que el Sistema de Protección Social es rentable dentro del Estado debido a que no representa un gasto alto teniendo en cuenta el PIB de cada país.

Las anteriores acepciones permiten una aproximación a los conceptos manejados por expertos, académicos e instituciones debido a que incluyen los dos componentes primordiales de un Sistema de Protección Social en cualquier país: la seguridad y la asistencia social. No es solo un sistema para las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad, sino que cubre a toda la población.

En este sentido, se encuentra que es una preocupación en el presente, conseguir Sistemas de Protección Social adecuados que puedan sostenerse financieramente en el tiempo y que contribuyan a disminuir la vulnerabilidad en que se pueden encontrar las personas y sus familias a lo largo de su vida con cubrimiento universal, acceso,

oportunidad y calidad. ¿Cómo hacer realidad el bienestar, la salud y la vida digna para la población mundial? Responsabilidad que le cabe a los Estados y gobiernos al regular estas políticas públicas y a la administración pública al gestionarlas y aplicarlas.

El Ministerio de la Protección Social (2008) reitera que, frente al concepto de Protección Social, las diferentes definiciones contienen en común el fin de contribuir al manejo del riesgo cuando las familias y comunidades se ven afectadas en una situación de caída de ingresos y de pobreza. Momento en el cual el Estado interviene para atender la situación de emergencia y se hace cargo de esta. En ese sentido, se habla de dos grandes componentes: el aseguramiento y la asistencia social.

El concepto de protección social establece una relación con el mercado laboral y la lógica económica toda vez que la caída de los ingresos en los hogares se puede dar por asuntos relacionados con salud, desempleo, pérdida de capacidad laboral, por vejez, entre otras. El Estado realiza la intervención en los sistemas de protección social, por varias razones, resaltamos tres:

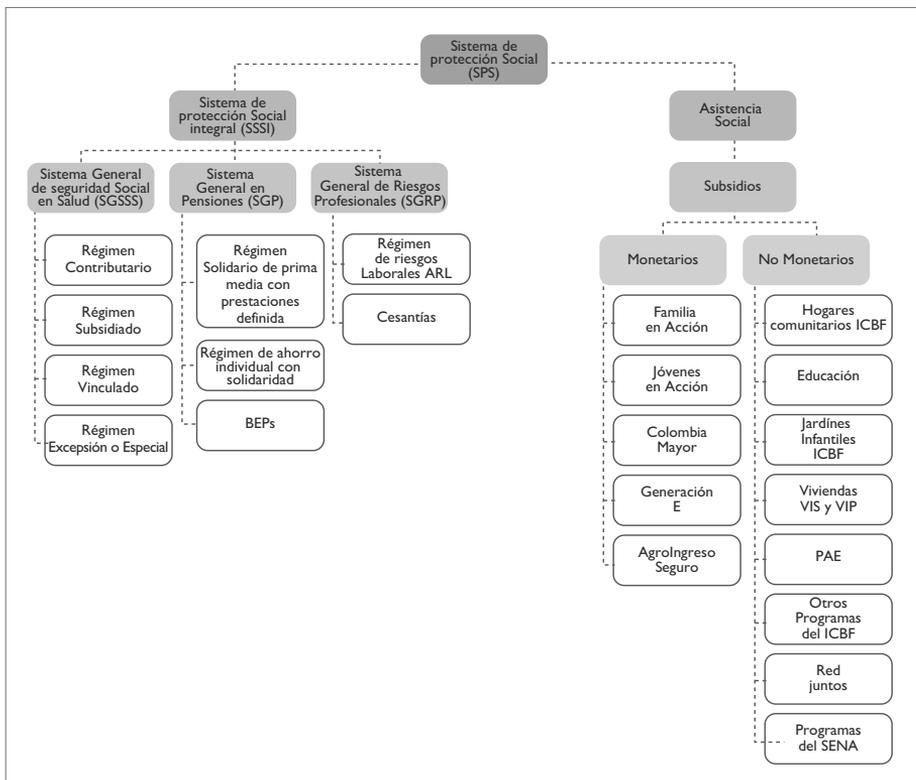
- Las fallas del mercado, especialmente en lo relacionado con las asimetrías de la información y las externalidades, en el sentido de la discriminación entre los grupos de población.
- La obligatoriedad del aseguramiento, ya que, las personas que no se aseguran terminan por convertirse en una carga para el Estado que debe asistirlos con el dinero de todos los contribuyentes.
- Las personas que quieren afiliarse, pero no cuentan con la capacidad de pago por lo que los seguros sociales deben prever mecanismos especiales para esta población, permitiendo que puedan acceder (Guerrero 2006).

Se ha partido de la falla del mercado para establecer la responsabilidad estatal de intervenir y contar con la organización institucional para estimular el aseguramiento de la población por parte de las empresas empleadoras por su propia cuenta, y asistir a la población que lo necesita, ya sea porque no cuentan con capacidad de pago, por desempleo, enfermedad o vejez. Hoy estamos frente a una emergencia sanitaria global como la COVID-19.

En la medida que el concepto de seguridad social evoluciona, tiene relación con toda la población, por lo que ya no se circunscribe a un contrato laboral para el acceso al derecho a la salud, a la pensión o incluso a una renta básica. En Colombia, la Ley que rige el Sistema de Seguridad Social Integral ordena la disposición de presupuesto público para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, establece el seguro como medio de protección del riesgo y la regulación en cabeza del Estado de los actores públicos y privados que ofrecen dichos seguros.

El componente de asistencia social implica intervenciones del Estado, desde estrategias estructurales que comprenden a toda la población y otras asistenciales que están dirigidas a una población focalizada. El fin es reducir los impactos de las causas de la pobreza y también repararlos. En coherencia, está vinculado el concepto a las políticas de resultado a largo plazo y transversales cuyo propósito es estimular el acceso a vivienda digna, educación, activos financieros, talento humano, progreso económico y social, realización personal, productividad, igualdad, aumento de oportunidades para el ingreso al mercado laboral y entrega de subsidios en especie o en dinero a quienes lo necesitan. El Sistema de Protección Social en Colombia se puede observar en la Figura 2.

Figura 2. Sistema de Protección Social en Colombia



Fuente: Elaboración propia

Problemas que afectan el desempeño del Sistema de Protección Social en particular el derecho a la salud.

La construcción del Sistema de Protección Social en Colombia tiene un doble reto, ofrecer una adecuada seguridad social integral a la población que se encuentra vinculada a la misma, y que enfrenta en el día a día situaciones que le impiden tener acceso, disponibilidad, calidad y oportunidad para el trabajo, la salud, las pensiones, los riesgos profesionales y demás asuntos de los que se ocupa este componente; y de otra parte, el desarrollo de políticas orientadas a enfrentar la pobreza y la desigualdad social. Para ocuparse adecuadamente de estos problemas se requiere sostenibilidad financiera, una renta básica y garantizar los derechos sociales y económicos.

En la discusión de las mesas de trabajo, el tema más relevante fue el acceso a salud, el empleo y las pensiones con dignidad por ser situaciones que afectan el día a día de la población. A continuación, se presentan unas notas sobre el desempeño del “sistema de salud” colombiano que sistematizó el profesor Oscar Salazar Duque para esta ocasión.

El modelo de salud ha cumplido ya 27 años de estructurado en el país y aunque se evidencia un gran esfuerzo económico estatal en el aseguramiento de la población, muy cercano al 100%, se observa una gran brecha entre los postulados del modelo y sus resultados reales. En la práctica las Empresas Promotoras de Salud EPS son las rectoras del sistema y han sustituido el papel del Estado porque estas son las que imponen a las instituciones prestadoras las reglas del servicio, la contratación, las tarifas y las condiciones de pago, a través de sus estrategias de glosas a la facturación que presentan los prestadores de su red.

Al concentrarse el modelo de aseguramiento en entidades del sector privado que se fundamentan más en el interés económico que en brindar un servicio integral y efectivo que contribuya al desarrollo y fortalecimiento real de la población afiliada, se ha generado una dispersión de recursos y serias tensiones entre los diferentes actores del sistema que se traducen en:

1. La no existencia de un enfoque sistémico que se convierten en unidad de propósitos, intereses y fines dentro de los componentes del modelo, es decir, entre Empresas Promotoras de Salud EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS integradas por las Empresas Sociales del Estado ESE, las Clínicas y Centros médicos privados, y entidades territoriales que permitan cumplir a cabalidad con los fines del Estado en el sentido de garantizar la salud como un derecho fundamental.
2. Para que un modelo de salud sea concebido como un sistema debe considerar el buen desempeño dentro del entramado interno de sus principales componentes:

- el Estado, los aseguradores – EPS- y las IPS que deben funcionar como procesos que se complementan y en sinergia para poder cumplir su misión.
3. El modelo de salud se concentró principalmente en la estratégica curativa, un esquema morbicéntrico que se apartó en la práctica de la Atención Primaria en Salud APS en sus ejes fundamentales de promoción, prevención y educación en salud, desconociendo las recomendaciones de los organismos internacionales de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
 4. En vez de fortalecerse la red hospitalaria pública como eje fundamental para un eficiente desempeño de un modelo de salud, el primer nivel de atención, hospitales locales y centros de salud, a cargo de los 1102 municipios colombianos, ha tenido un deterioro generalizado, muchos subutilizados y abandonados por problemas de sostenibilidad financiera.
 5. Dentro de los efectos concretos del modelo de atención centrados en la enfermedad y el alto costo (UCIs y alta tecnología), los hospitales públicos de mayor desarrollo (Nivel III) muestran constante saturación y muy pocos del II Nivel ofrecen permanentemente las especialidades básicas de la medicina, lo que contribuye a que las referencias sean la generalidad y las víctimas del llamado “paseo de la muerte” sea reiterativo.
 6. El modelo no ha realizado los esfuerzos necesarios para formar los especialistas clínicos y quirúrgicos que se requieren en los hospitales de mediana complejidad y poder estructurar así, efectivamente los nodos de una red hospitalaria que atienda con la oportunidad debida las remisiones del primer nivel de atención. Colombia presenta una baja proporción de especialistas clínico-quirúrgicos por cada 100.000 habitantes (33/100.000) mientras que en México, Brasil, Argentina y Chile esta proporción es mucho mayor.
 7. Las EPS imponen su modelo de contratación, estándares de desempeño, tarifas, esquemas de auditoría médica, agravado por el no pago oportuno de la cartera que al cerrar 2020, alcanzó los \$16,3 billones y con vencimiento mayor a 90 días siendo esta una de las principales causas que han frenado el desarrollo de la red hospitalaria colombiana.
 8. Dado que las EPS se han focalizado en los aspectos curativos, las acciones de promoción, prevención y educación en salud no constituyen su prioridad y de allí la nula capacidad de respuesta frente a la atención oportuna ante la pandemia y otras enfermedades inmunoprevenibles. A 30 de mayo de 2021 las EPS sólo tenían actualizados los datos del 9% de sus afiliados, lo que retardó el proceso de vacunación frente al COVID 19 en ese momento.

9. Para atender la pandemia del COVID-19, los hospitales públicos han tenido que fortalecer sus programas de vacunación, sin recibir a tiempo los recursos para la sostenibilidad de este programa, como lo registran continuamente las agremiaciones a través de los medios masivos de comunicación.
10. Dado que el modelo de salud colombiano se ha focalizado en los aspectos curativos y gran parte de esa demanda corresponde a pacientes crónicos que consumen la mayor proporción del costo en salud, se evidencia la necesidad de un cambio radical en el modelo asistencial para hacer frente a esos retos y esto va de la mano con el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, del funcionamiento real de la red hospitalaria con efectivos procesos de referencia y contrarreferencia para evitar el colapso del modelo. Es una estrategia adecuada para países con problemas de sostenibilidad financiera.
11. Es urgente que el Gobierno Nacional y el Congreso, reglamente la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015), para que efectivamente se estructure en el país un modelo de salud que parta de la base de considerar la salud como un derecho fundamental, se corrija la dispersión de esfuerzos, recursos y se elimine el perverso modelo de intermediación financiera que desempeñan las EPS. Por ejemplo, Chile, no le entregó el manejo de los recursos y el aseguramiento a los intermediarios privados y lo hizo a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Esto para significar que hay miradas diferentes entre dos países latinoamericanos que siguen los lineamientos de organismos internacionales como el Banco Mundial y la OCDE.
12. El Estado permitió que con el tiempo las EPS asumieran un papel dominante y se transformaran, en la práctica en “rectoras” del mal llamado Sistema de Salud. Estas organizaciones además de perseguir el lucro, desviar recursos, abusar de los recursos, son las que imponen las condiciones de contratación en aspectos de calidad, transfiriendo ilícitamente/ el riesgo económico del aseguramiento a los prestadores. Igualmente, el manejo de la auditoría para rebajar el monto de la facturación a través de glosas y prácticas de aplazamiento del pago de la cartera con las IPS.
13. Aquí, se ratifica la configuración de un antisistema, porque entre los actores, no se comparten y persiguen los mismos fines, evidenciando la falta de sinergias entre sus componentes (EPS, IPS, Estado, Comunidad) y su razón de ser como lo son las personas demandantes, que reniegan constantemente de su calidad ante la inoperancia efectiva del mismo (hoy, cada 4 minutos se interpone una acción tutela en Colombia por la negación o falta de oportunidad en los servicios, 180.000 tutelas en el promedio de los años 2019 y 2020).
14. Desde las regiones se reclama la necesidad de servicios de tercer nivel, la construcción de hospitales y el mejoramiento de la infraestructura, el fortalecimiento de alianzas público-privadas para realizar inversiones y prestación de servicios de calidad para toda la población, se cuestiona la centralización y la demora en los

proyectos que se gestionan ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el retraso en el pago de los salarios y honorarios oportunos para el personal de salud.

A pesar de este escenario, no hay que desconocer algunos avances en la Tasa de Mortalidad Infantil que en 1993 era de 20/100.000 habitante y en el año 2016 llegó a 11/100.000 habitantes. Así mismo, la Tasa de Mortalidad Materna; la cobertura es universal, pero prevalecen grandes brechas por la falta de accesibilidad efectiva de gran parte de la población pobre y lejana a los centros urbanos.

La COVID-19 ha develado los problemas estructurales y coyunturales de Colombia en materia de salud, asistencia social y la alta informalidad que se padece. La problemática de salud es transversal, porque integra y exige coordinación interinstitucional entre los diferentes niveles nacionales y subnacionales, y entre los actores que intervienen en la toma de decisiones públicas para evitar que las personas se enfermen y se tenga el compromiso de responder con una atención que garantice el derecho colectivo e individual.

La alta informalidad laboral impide en Colombia contar con una población afiliada al régimen pensional que garantice una vejez con dignidad. Para asegurar el cuidado de la vejez se diseñaron mecanismos que dan acceso a una protección de menor calidad y no generan incentivos a la formalidad. Además, son mecanismos en los que se invierte poco en términos del gasto como porcentaje del PIB. Por diseño del sistema, algunos de los cotizantes que alcanzan la pensión reciben grandes subsidios del presupuesto general de la nación (PGN).

En volumen, estos subsidios son mayoritariamente capturados por trabajadores con más ingresos. En la actualidad la pirámide poblacional esta signada por el envejecimiento y se requiere urgentemente diseñar e implementar políticas públicas para atender a la población que está llegando a esta etapa de la vida.

En cuanto al sistema de pensiones es importante señalar que este no reconoce la dinámica del mercado laboral colombiano que se caracteriza por niveles altos de transición entre la formalidad y la informalidad. Por lo tanto, el sistema contributivo pensiona a un bajo porcentaje de los trabajadores. Este hecho se observa tanto en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad RAIS como en el Régimen de Prima Media RPM. Así mismo, el tránsito entre la dependencia y la independencia permite mayores frecuencias de cotización.

Por ejemplo, al revisar un periodo de 584 semanas (11 años y 3 meses), el trabajador promedio cotizó 251 semanas, para completar 1.300 semanas de cotización mínimas que exige el RPM debería tener una vida laboral de 58 años (3.025 semanas). Para completar 1.150 semanas que exige el RAIS debería tener una de 52 años. También se encuentra que la frecuencia en la cotización aumenta con el ingreso base de cotización

(IBC). Los que cotizan un salario mínimo o menos, presentan frecuencias más bajas. Se observa que se redistribuye más a las personas que presentan mayores ingresos.

Se requiere una verdadera garantía del derecho a la pensión, pues la debilidad en el acceso a ella no se debe solamente a la informalidad laboral sino a las condiciones y requisitos establecidos, como también la garantía de la disponibilidad presupuestal. La implementación y manejo de la Seguridad Social, a pesar de ser una responsabilidad pública, se encarga en gran medida a operadores privados. El número de afiliaciones al sistema de salud y pensiones en Colombia no refleja realmente los niveles de empleo y la capacidad de pago de los colombianos.

La protesta social de los últimos años y meses es reiterativa en exigir el reconocimiento de todos sus derechos dentro de los cuáles, con muchísima claridad, se invocan estos derechos económicos, sociales y culturales en los que se inscribe el derecho a la seguridad social que es parte de la realización del Estado Social de Derecho.

La alta informalidad en América Latina impacta los Sistemas de Protección y de Seguridad Social. Una aproximación a la georreferenciación

El otro componente de la Protección Social que nos interesa aquí referir es la asistencia social que está dirigida a la gran población que no tiene capacidad económica para pagar su cotización. Esta la conforman programas dirigidos al sector informal, a los desempleados, a los pobres y a la población habitante de calle y se realiza a través de subsidios monetarios y en especie.

El primer caso consiste en transferencias de dinero que hace el gobierno a los particulares o a las empresas. En este tipo se encuentran principalmente los relacionados con la ayuda a vejez como Colombia Mayor y subsidios familiares como Familias en Acción, Jóvenes en Acción y distintos préstamos como por ejemplo Agro Ingreso Seguro y los incentivos para adquirir vivienda propia.

En el segundo caso, un subsidio en especie es el costo del bien o del servicio cuando lo produce de manera directa el gobierno y se otorga sin pago para el beneficiario o la diferencia entre el costo y los aportes de los beneficiarios (casos de educación, salud, restaurantes).

Cuando lo produce el sector privado, puede ocurrir que el gobierno sufrague todo el costo, o que el gobierno asuma la diferencia entre lo aportado por el beneficiario y el costo o valor (precio o tarifa) del bien o del servicio acordado con el proveedor u operador (caso de los servicios públicos domiciliarios). En Colombia, algunos subsidios

de este tipo se relacionan con los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, donde se reciben beneficios en la educación primaria, secundaria y media; el Programa de Alimentación Escolar PAE; acceso a la Vivienda de Interés Social VIS y a la Vivienda de Interés Prioritario VIP, entre otros.

Esta es una de las maneras en que se manifiesta la Protección Social basada en la demanda focalizada y no en la oferta. Actualmente, hay dos perspectivas para el análisis del gasto público social: 1. la del Estado de Bienestar, que busca la mejora de la calidad de vida de grupos vulnerables a través de subsidios a la oferta, y, 2. la economía de mercado, en la cual los subsidios son de demanda y se confía en organizaciones privadas para que ayuden a la superación de la pobreza.

De acuerdo con el Informe Regional de Desarrollo Humano realizado por el PNUD (2021), América Latina muestra altos niveles de desigualdad y bajos niveles de crecimiento. La concentración del poder, la violencia y las políticas de protección social hacen que se mantengan las condiciones descritas, lo que dificulta el desarrollo humano.

La principal característica de los mercados laborales en América Latina y el Caribe es la alta informalidad que surge por no cumplir las diferentes disposiciones legales tanto por parte de las empresas como de los trabajadores. La segmentación entre formales e informales deja como resultado un bajo nivel de productividad. Adicionalmente, las personas que trabajan en la informalidad cuentan con una menor protección de los riesgos y con relación a los empleados formales reciben servicios de inferior calidad. Se destaca que la informalidad se encuentra relacionada con la realización de trabajos por cuenta propia o en pequeñas empresas que presentan niveles bajos de productividad, lo cual incide de manera directa en los ingresos que obtienen los trabajadores.

El Informe de PNUD (2021) señala que la seguridad y la asistencia social deben ser complementarios a los sistemas de protección social y no sustitutos. También indica que las transferencias condicionadas, como parte de las políticas de focalización, no bastan para reducir la pobreza. Cabe destacar que la universalidad en los sistemas de protección social es un elemento central para dar cobertura a toda la población que se encuentra expuesta a cierto riesgo, debe tener la misma fuente de financiación y brindar la misma calidad de los beneficios para todos.

Es importante tener en cuenta que los países presentan condiciones diferentes, esto hace que la región sea bastante heterogénea. Por ejemplo, en Argentina y Brasil los trabajadores que realizan sus actividades por cuenta propia tienen la obligación de participar en los Sistemas de Seguridad Social Contributiva (SSC) exceptuando la aplicación de normas relativas al salario mínimo y la estabilidad laboral. En tal caso, se tiene en cuenta el nivel de ingresos de los trabajadores para brindar tasas de cotización subsidiadas.

En el caso de Colombia, las personas que trabajan por cuenta propia y que tengan ingresos superiores a un salario mínimo también están en obligación de participar en el Sistema de Seguridad Social Contributiva. De manera general, quienes están obligados a realizar aportes a los sistemas contributivos son las personas que tengan un vínculo laboral formal con alguna empresa que también les permite tener cobertura de la normativa acerca del salario mínimo y un trabajo estable.

La tabla de la parte inferior muestra un panorama en la región sobre los trabajadores que no se encuentran obligados a realizar aportes a los sistemas de seguridad social contributiva puesto que no cuentan con un vínculo laboral formal.

Tabla 2. Personas exentas de aportar al sistema de seguridad social contributiva

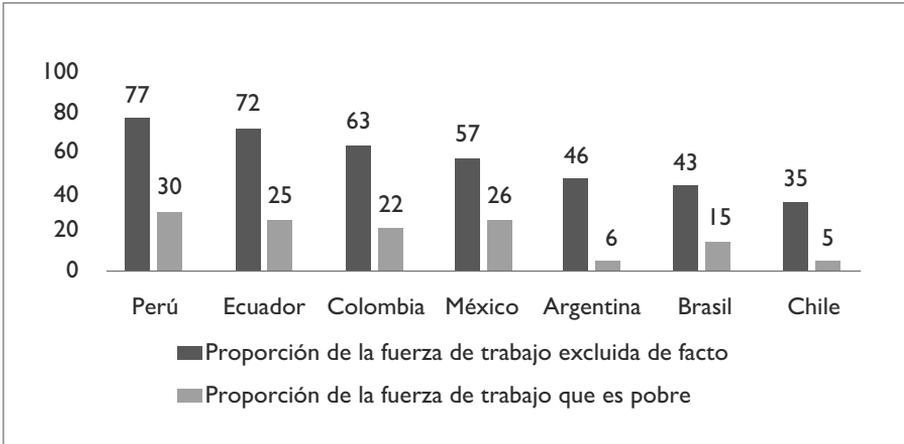
Argentina	Trabajadores no remunerados, regímenes especiales para cuenta propia, empresarios.
Brasil	Trabajadores no remunerados, regímenes especiales para cuenta propia, empresarios.
Chile	Trabajadores por cuenta propia y no remunerados, empresarios.
Colombia	Trabajadores por cuenta propia que ganan menos de un salario mínimo, trabajadores no remunerados.
Ecuador	Trabajadores por cuenta propia, independientes, domésticos y no remunerados, microempresarios, trabajadores agrícolas.
México	Trabajadores por cuenta propia, independientes, domésticos y no remunerados, trabajadores de empresas familiares, productores agrícolas, empresarios.
Perú	Trabajadores por cuenta propia, independientes, domésticos y no remunerados, regímenes especiales para trabajadores de microempresas.

Fuente: PNUD (2021).

En la siguiente gráfica se observa que un porcentaje considerable de la población económicamente activa de los países en cuestión, queda por fuera de la cobertura de los programas de protección social. Principalmente en Ecuador, Perú y Colombia. Como la exclusión es un serio problema, los gobiernos han dado vía a la creación de programas que brindan mecanismos de protección social a las personas que fueron

excluidas. Aunque tales programas se centran sobre todo en la salud y las pensiones, hay casos como el de Argentina que brinda beneficios de asignaciones por número de hijos o México que tiene servicios de guardería.

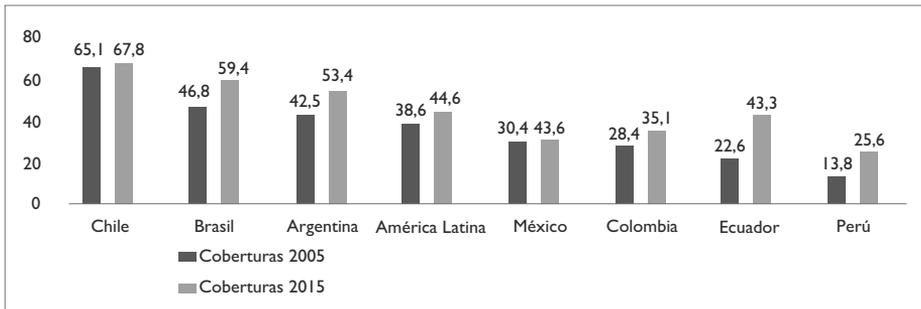
Figura 3. Porcentaje de la fuerza de trabajo excluida de seguridad social contributiva



Fuente: Elaboración de los autores con base en datos PNUD (2021).

En la siguiente gráfica, al observar la evolución en la cobertura de la protección social contributiva entre los años 2005 y 2015 se encuentra que, en general, ha tenido cambios positivos. Según el informe de Organización Internacional del Trabajo (2018), la población ocupada para 16 países de la región, en el 2005 la cobertura del sistema de pensiones en el empleo era de 36,6%, y pasó a 42,2% en 2010 y a 44,6% en 2015. En Argentina, Brasil, Ecuador y Perú la cobertura aumentó más de diez puntos porcentuales en diez años.

Figura 4. Cobertura contributiva de la seguridad social. Cotizantes como proporción de la población ocupada por país (En porcentaje. Años 2005 y 2015)



Fuente: Elaboración de los autores con base en datos OIT (2018).

Estos son algunos ejemplos de cómo funciona el Sistema de Seguridad Social Contributivo en América Latina: En Brasil existe un solo programa de salud que se financia con impuestos generales y da cobertura a todos los trabajadores, por tanto, no hay diferencia entre los regímenes contributivo y subsidiado, aunque no ocurre lo mismo en materia pensional. En Chile, el gobierno hace aportes a los programas de seguridad social contributiva, es decir, son semi contributivos.

En el caso de Colombia el régimen de salud contributiva y no contributiva presta el mismo tipo de servicios. En México las pensiones del sistema no contributivo les dan cobertura a todos los adultos mayores, así cuentan con una pensión contributiva. Con lo anterior se evidencia que cada país tiene sus propias características y hacer clasificación entre contributivo y no contributivo es más un ejercicio conceptual que una taxonomía que pueda ser aplicada en todos los países de la región.

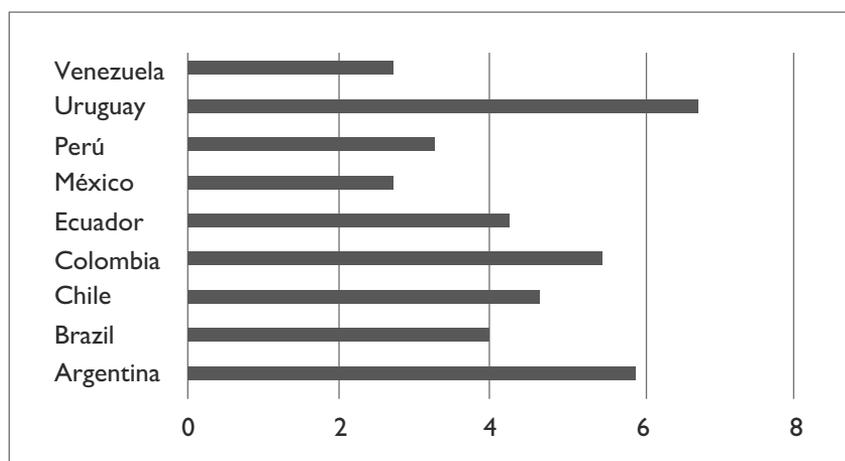
Al considerar los altos y persistentes niveles de desigualdad en América Latina se resalta que las buenas intenciones no son suficientes, y que las políticas fundamentadas en modificar los ingresos y el consumo, no resultan ser tan eficaces en la práctica. Una manera de ver esto es comparar el índice de desigualdad de Gini, antes y después de impuestos y transferencias en los países de la región.

Una característica de la política fiscal en América Latina es su bajo nivel redistributivo, puesto que se mantienen casi sin alterarse luego de que los hogares pagan impuestos y reciben transferencias de los gobiernos. Por ejemplo, en Colombia la desigualdad disminuye sólo 2 puntos; en Costa Rica y El Salvador 4 puntos, en Uruguay 8 puntos y en Argentina 17 puntos. En promedio, en los 13 países de América Latina la redistribución es de 5 puntos porcentuales.

La siguiente gráfica muestra el gasto en salud que realiza cada uno de los países como porcentaje del Producto Interno Bruto. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (2018), en cuanto mayor sea el grado de desarrollo de la seguridad social con relación a la provisión y financiamiento de la salud, tiende a ampliarse la brecha en la cobertura entre los trabajadores formales y los informales que sólo tienen acceso al subsector público. El logro de sistemas de salud más equitativos y eficientes depende mayoritariamente de la posibilidad de integración de cada uno de sus componentes.

En la región pocos países han logrado ese objetivo y las prestaciones sociales públicas son financiadas con impuestos generales, de manera particular en algunos países del Caribe y Brasil. Los demás países han sostenido sistemas fraccionados a pesar de que se ha intentado realizar una integración entre los sistemas que se financian mediante los aportes a los esquemas públicos que se financian con impuestos, pero aún se mantiene una diferencia importante entre las formas de financiación.

Figura5. Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de AL



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (2018), los instrumentos internacionales y regionales junto con el marco normativo de la seguridad social de la OIT hacen parte de los mecanismos para incentivar los sistemas integrales de seguridad social en la región. De tal modo que la consolidación de la integración de estos sistemas servirá para el cumplimiento de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, especialmente en lo relativo a la eliminación de la pobreza en todas sus formas, a la reducción de la desigualdad y a la lucha frente al calentamiento global.

El Convenio 102 establece nueve ramas de la seguridad social con una serie de normas para cada una de ellas y para la gobernanza y la sostenibilidad de los sistemas plantea unos principios. Traza unos mínimos que la seguridad social debe tener en cada uno de los países de acuerdo con el grado de desarrollo económico y social. Incluye unas cláusulas de flexibilidad que permite a los países que lo ratifican aceptar al menos una tercera parte de las nueve ramas siempre y cuando una de las ramas brinde cobertura al desempleo, la vejez, accidentalidad laboral o invalidez. Las cláusulas de flexibilidad surgieron debido a la necesidad de considerar los diversos niveles de desarrollo de cada país y las diferencias entre sus sistemas de seguridad social.

Figura 6. Países que ratificaron el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) (Partes aceptadas. Año 2016)



Fuente: OIT (2018).

Los anteriores informes señalan la fragilidad que presentan los sistemas de protección social en los países de la región y muestran la poca capacidad que tienen los gobiernos para dar una oportuna respuesta ante determinadas emergencias. El vínculo de los sistemas de protección frente a los riesgos con el empleo formal ha llevado a que en cada país se creen sistemas que funcionan de manera paralela, pero de menor calidad para brindar cobertura a las personas que se quedan por fuera de la protección social, es decir, la mayoría de la población. Además, queda en evidencia la segmentación de los mercados laborales y los sistemas de protección social que promueven la desigualdad y la baja productividad de las empresas. Se destaca que, tanto el informe de Naciones Unidas como el de la Organización Internacional del Trabajo sugieren repensar la protección social y buscar un aseguramiento universal.

El Gasto Público Social (GPS) prioridad para atender adecuadamente la Protección Social en un Estado Social de Derecho.

El Gasto Público Social GPS es un tema prioritario que permite la destinación de recursos públicos para crear programas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los grupos vulnerables de la población. El Art 350 de la Constitución Política afirma que “excepto en los casos de guerra exterior o por razones de seguridad nacional, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”. Esta asignación de recursos públicos es clave para que la arquitectura institucional nacional y subnacional atienda los diferentes componentes del Sistema de Protección Social.

A pesar de que en la literatura económica no hay consenso en cuanto a la definición de gasto social, es posible indicar que este comprende los bienes públicos, bienes y servicios, provistos por el gobierno con el fin de contribuir a la formación de capital humano, como también, los que redistribuyen el ingreso y alivian la pobreza (Cepal, 2000). De acuerdo al Ministerio de Hacienda y Crédito Público MHCP, este gasto se divide en: i) trabajo y seguridad social, ii) educación, iii) salud, iv) agua potable y saneamiento ambiental, v) vivienda social, vi) cultura, deporte y recreación.

En el estudio del Gasto Público Social se usan dos perspectivas: la del Estado de Bienestar y el modelo de la economía de mercado. El primero impulsa la creación de programas destinados a mejorar la calidad de vida de los grupos vulnerables de la población a través de recursos públicos. Se vuelve un gasto de destinación específica, que pretende cada día mayor eficiencia y eficacia. Como lo proponen Olivera y Escobar (2013) se requiere un conjunto mínimo de indicadores que permitan analizar la viabilidad de los programas y su impacto. Entre los que están cobertura, focalización, eficiencia, eficiencia modificada, efectividad y rentabilidad social. Como se ve en la Tabla 3:

Tabla 3. Indicadores para programas de GPS

Cobertura	Focalización	Eficiencia	Eficiencia Modificada	Eficiencia y rentabilidad social
Beneficiarios estimados	Beneficiarios reales	Costo por beneficiario estimado	Costo por beneficiario real	Evaluación de programas

Fuente: Olivera y Escobar (2013)

Otra de las perspectivas sobre el aumento del gasto público social, es el modelo de economía de mercado. A partir de la Constitución de 1991, el subsidio se volvió hacia la demanda, lo que quiere decir que las instituciones prestadoras de bienes o servicios sean públicas o privadas reciben directamente el dinero y se encargan de convertirlo en beneficios para la población objetivo. Este, sustituye al subsidio a la oferta, que consistía en la provisión universal a toda la población bajo un modelo de bienestar. El subsidio de la demanda significa el autofinanciamiento de las instituciones prestadoras de los bienes y servicios bajo los mecanismos del mercado: venta según el precio y en condiciones de competencia y libre acceso como garantía de eficiencia.

Como se mencionó, se orienta directamente a las poblaciones pobres por lo que requiere una focalización que se relaciona con los principios del mercado al operar en condiciones de autofinanciamiento y vía demanda. Cabe resaltar, que al menos en teoría, son subsidios temporales que atienden a una necesidad la cual con el tiempo debe ser subsanada. Por otra parte, la focalización sirve para identificar a los pobres y redireccionar el gasto público. En Colombia, la focalización se hace por medio de los Estratos Socioeconómicos o por el Sisbén.

No obstante, ambos métodos son polémicos debido a que muchos expertos opinan que la estratificación social no puede ser solo por las características de la vivienda, ya que, personas con recursos pueden residir en barrios humildes y, al contrario. Además, los inscritos en el Sisbén llegan a 36,7 millones (75% de la población), pero, aquellos en pobreza absoluta son 13,3 millones (28% de la población) y aquellos en “indigencia” (con recursos solo para alimentarse) son 4 millones (8,5% de la población). Esto sugiere que la distorsión “política” que padece el Sisbén es al menos del 47% si se mide contra pobreza absoluta y de un abismal 66% si se computa contra la indigencia (Clavijo, 2017).

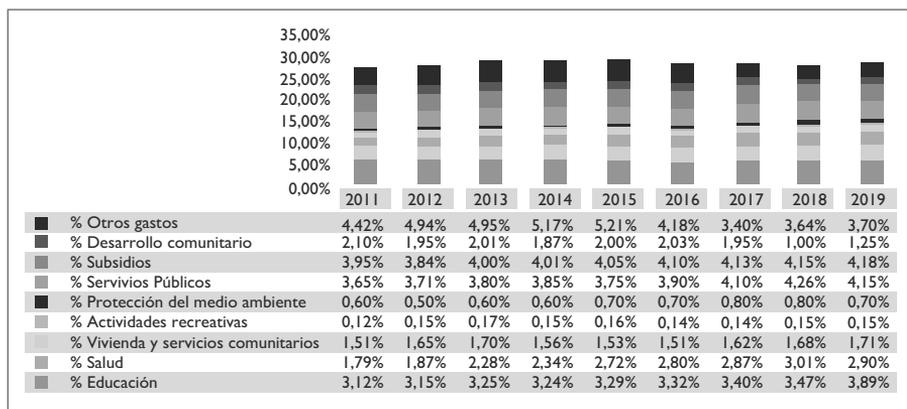
Debido a esos problemas, instituciones como el DNP están implementando la metodología Sisbén IV a partir del Documento CONPES 3877 de 2016 y sigue recomen-

daciones de organizaciones internacionales al gobierno nacional respecto al cambio en la forma de medición del estrato socioeconómico con el fin caracterizar la situación de cada individuo y hogar teniendo en cuenta no solo las condiciones materiales de su condición social sino también el nivel de ingresos y educación.

Por otra parte, en Colombia existe un debate acerca de lo que es Gasto Público Social. Para muchos expertos, el concepto es ambiguo y puede ser interpretado de forma errónea. El Estatuto Orgánico del Presupuesto en su Artículo 41 señala: Se entiende por gasto público social, aquel cuyo objetivo es la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, y las tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población, programados tanto en funcionamiento como en inversión (...)

Es necesario crear una definición más clara debido a que gastos como los de defensa pueden encajar dentro del artículo, lo cual causa que se pierda el propósito, que es mejorar la calidad de vida de la población.

Figura 7. Gasto Público Social por componente 2011-2019

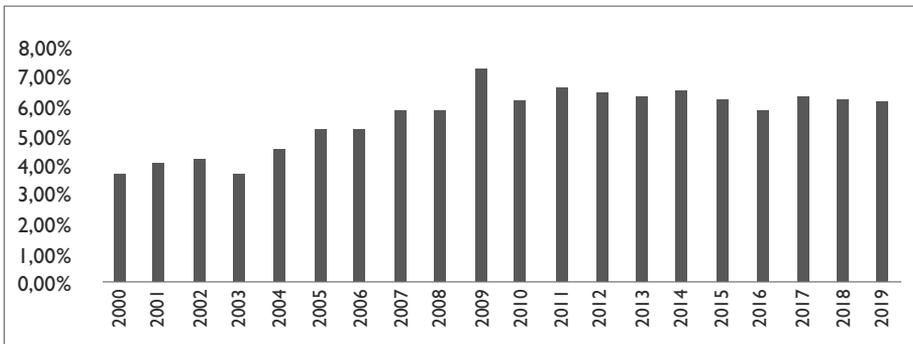


Fuente: Elaboración propia en base a Observatorio económico CEPAL, 2019 (Económico, 2016)

Como se observa en el gráfico anterior, la protección social aquí se refiere a pensión y riesgos laborales. Es el rubro más representativo dentro del Gasto Público Social en Colombia con un 6%, seguido de la educación 3% y la salud 2%, del porcentaje total del PIB. Por otra parte, durante el año 2015 fue en el que más hubo inversión de Gasto Público Social con respecto al PIB, casi llegando a un 30%, mientras que, en el año 2011 fue el más bajo. Colombia ha mantenido como constante un nivel de Gasto Público Social superior

al 20% del PIB lo cual representa un gasto promedio en países de ingresos medio como Colombia. Desagregando por rubro se puede observar lo siguiente:

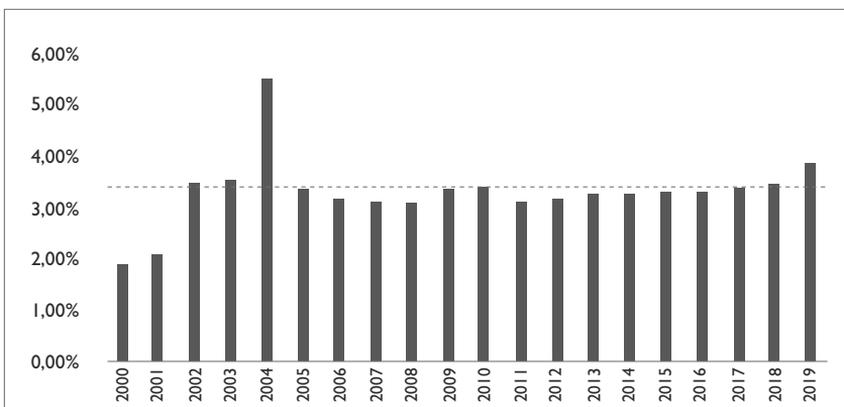
Figura 8. Protección social



Fuente: Elaboración propia con base en Observatorio económico CEPAL

En el componente de Protección Social se observa un crecimiento sostenido hasta el 2009, llegando en ese período a ser del 98%. Para los siguientes años, 2009 a 2019, se ha mantenido en un porcentaje del rubro de 6,3% promedio y no se observa mayor crecimiento.

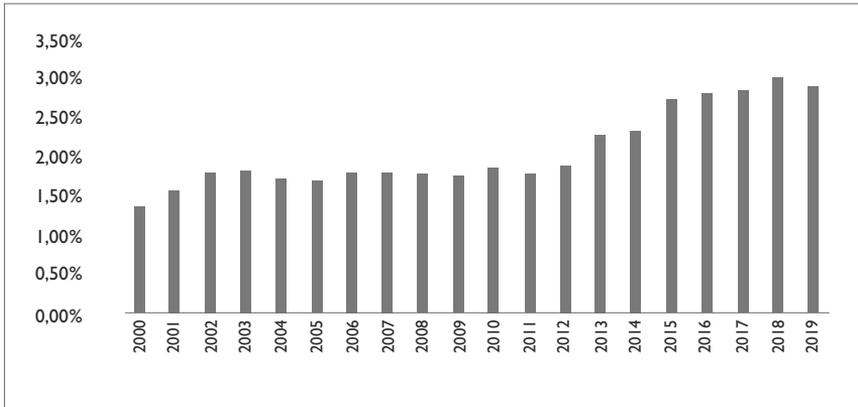
Figura 9. Educación



Fuente: Elaboración propia en base a Observatorio económico CEPAL, 2019

Revisando algunos de los componentes del gasto público social se encuentra que la educación presenta un pico en el 2004, pero el porcentaje del rubro en los demás años es casi constante con un promedio de 3,3%; para el 2004 se llega al 4%. Desde el año 2016 ha tenido un crecimiento constante.

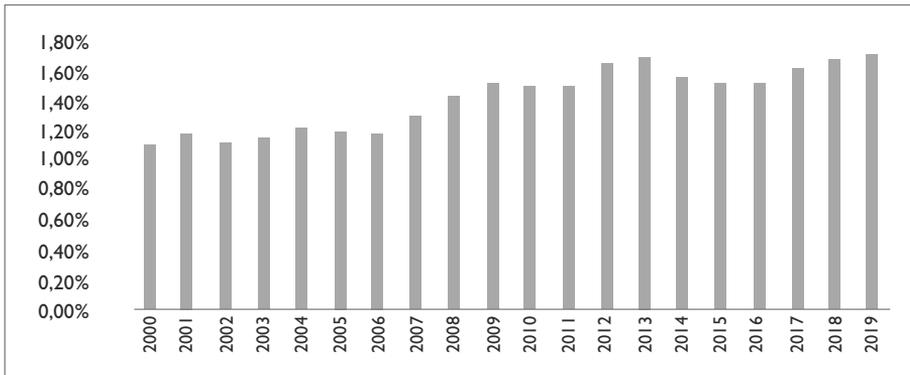
Figura 10. Salud



Fuente: Elaboración propia en base a Observatorio económico CEPAL, 2019

El componente de salud muestra un comportamiento sin mucha variación, del 2000 al 2011 se mantiene en un promedio de 1,73%. A partir del 2012 se inicia un crecimiento sostenido que llega a ser del 63% en el 2018, donde el porcentaje del rubro es de 3,01%.

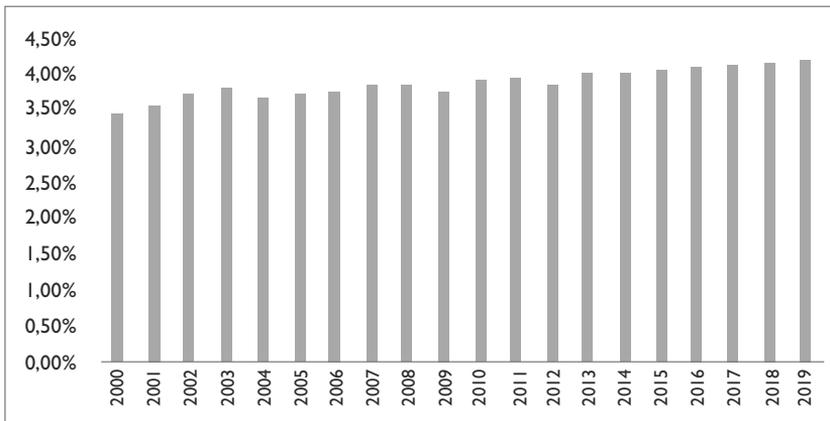
Figura 11. Vivienda y servicios comunitarios



Fuente: Elaboración propia con base en Observatorio económico CEPAL.

El rubro de vivienda y servicios comunales se mantiene estable del 2000 al 2006. A partir del 2006 al 2019, el crecimiento del rubro es del 43%. Dentro de este rubro se incluyen los subsidios de vivienda y los programas de entrega de vivienda tipo Vivienda de Interés Social y Vivienda de Interés Prioritario a familias en situación de pobreza extrema o víctimas del conflicto armado.

Figura 12. Subsidios



Fuente: Elaboración propia en base a Observatorio económico CEPAL, 2019.

En este componente de subsidios se observa que el crecimiento es sostenido durante todo el periodo analizado. Se alcanza del 2000 al 2019 un crecimiento de 21,5%. Esta tendencia se da debido al crecimiento de programas como Red Juntos y Familias en Acción. Dado lo anterior, se observa la importancia vital que tiene la disponibilidad y asignación de recursos públicos para atender las demandas sociales que debe cubrir el Estado con el fin de garantizar el derecho a la Protección Social en un país que enfrenta una gran desigualdad social y económica.

Propuestas de reformas y cambios para abordar la problemática de la desprotección social.

El documento Reformas para una Colombia post-covid-19: hacia un nuevo contrato social realizado por Fedesarrollo (2021), señala que existe una mala focalización del gasto público en subsidios. También que la pandemia deja tres millones de personas más en condición de pobreza, una tasa de informalidad laboral que ronda el 60%, una cobertura pensional del 25% y un régimen tributario regresivo que otorga grandes

beneficios a ciertos sectores, lo cual refleja los problemas de desigualdad que presenta el país. Para abordar la situación, Fedesarrollo plantea una reforma integral de cuatro puntos: política social, régimen laboral, pensional y tributario.

En tal sentido, dicha propuesta sugiere crear una renta mínima basada en la inclusión focalizada de los hogares más pobres, eliminar los incentivos que llevan a la informalidad asociados a una mayor carga tributaria debido a la formalidad en el empleo para financiar la salud que gira particularmente sobre el salario mínimo, implementar un seguro de desempleo que beneficie tanto a empleados como independientes que estén formalizados y cuenten con ingresos que no superen los 1.5 salarios mínimos y, además, establecer nuevos mecanismos de protección a la vejez que consideren garantizar una cobertura universal que puedan ser financiados mediante impuestos generales.

Para lograr estos propósitos Fedesarrollo (2021), plantea una serie de reformas que incluyen la política social, la protección a la vejez, el mercado laboral, la política tributaria tanto de empresas como personas. En las reformas de política social propone, entre otros, la implementación del Sisbén 4.0 como el único mecanismo para focalizar y de este modo, no considerar el estrato socioeconómico como el instrumento para elegir a los posibles beneficiarios.

En cuanto a protección de la vejez, propone que se elimine el Régimen de Prima Media (RPM) en materia pensional y crear un régimen que proteja a la población mayor basado en tres pilares. Un primer pilar que entregue mensualmente a cada persona mayor de 65 años \$412.000, un segundo pilar que considere el ahorro individual en programas como resultado de una serie de pactos realizados de manera colectiva, y un tercer pilar que tenga en cuenta el ahorro voluntario individual similar al actual.

Con relación al mercado laboral, plantea que los trabajadores hagan aportes a la salud aplicando una tasa progresiva comenzando con 0% para ingresos de hasta un salario mínimo y aumentar de manera gradual hasta el 9% para personas que tengan ingresos de 25 salarios mínimos o superiores, es decir, una tasa marginal del 9% y una tasa promedio del 4%. Al combinar las reformas en la parte laboral y pensional se estimularía la generación del empleo formal que también implicaría un incremento en materia salarial para los empleados que obtengan un salario mínimo de hasta el 13% y también un descuento en el costo laboral para la empresa de 14% máximo.

En salud señala que el régimen contributivo y el subsidiado son iguales, no obstante, es sabido que el contributivo otorga ciertos beneficios sociales mientras que el subsidiado no, tal como ocurre con el pago de incapacidades médicas de algún tipo (accidente o enfermedad) y cobertura en licencias de maternidad, entre otros. En tal sentido, no es cierto que se prefiera la afiliación al régimen subsidiado.

Por último, en lo que tiene que ver con la política tributaria, Fedesarrollo (2021), plantea examinar y descartar las exenciones a determinados sectores para lograr que el sistema tributario brinde el mismo trato a todas las actividades productivas. Así mismo, propone eliminar el descuento del ICA que se paga a nivel territorial frente al impuesto sobre la renta. Sugiere aplazar la disminución de la tarifa de renta corporativa y dejarla en 31% hasta el año 2026. Sin embargo, pretender la formalización del empleo por medio de la disminución de costos laborales es una vía que se ha recorrido en reformas anteriores y aunque no ha demostrado ser efectiva en su propósito, sí disminuiría los aportes para el funcionamiento de las cajas de compensación familiar.

De otra parte, el Informe Regional de Desarrollo Humano realizado por el PNUD (2021), afirma que un alto porcentaje de trabajadores es excluido por el sistema legal o tiene como barrera el salario mínimo, ya que este es el mecanismo establecido por la ley para realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social. En este sentido, una proporción de trabajadores informales que debería aportar, no lo hace y, por este motivo, al no hacer parte de la formalidad, está por fuera de ella. Según datos presentados en el Informe, en 2019 el 62,7% de los trabajadores de Colombia se encontraban en la informalidad. Adicionalmente, el 52,2% de los trabajadores ganaban menos de un salario mínimo y eran informales.

El Informe señala que el sistema está diseñado para subsidiar a quienes pertenecen al sistema no contributivo y grava a quienes conforman el contributivo, por esto señala que se incentiva la informalidad. El sistema de protección social equivale casi a dos sistemas de protección social que coexisten, uno es el contributivo y el otro el no contributivo o subsidiado. Al revisar los servicios que entrega, el sistema de salud funciona mejor que el sistema pensional.

Esto porque el 50% del sistema de aseguramiento en salud es financiado por los aportes que realizan los trabajadores formales mientras que el otro 50% de la población recibe la atención en salud por medio del financiamiento de impuestos generales. En el régimen contributivo se redistribuye de los empleados que cuentan con mayores ingresos hacia los que reciben menores ingresos. Según el informe, esto desincentiva que las personas quieran pertenecer al régimen contributivo y se queden en el no contributivo.

Con relación a las contribuciones del aseguramiento en salud, el informe señala que los aportes de los empleadores son los más altos y a pesar de ellos estos reciben el mismo servicio que todos los demás. En tal sentido, se observa que existe una redistribución desde los empleados formales (y los pensionados) de mayores ingresos hacia los empleados formales de menores ingresos en el sistema de salud.

Por otro lado, la Misión Alternativa de Empleo e Ingresos (2021), que reúne a siete centros de investigación y 28 investigadores especializados, plantea unos esce-

narios para considerar opciones con el fin de salir de la crisis de demanda, empleo e ingresos que enfrenta la sociedad.

Los temas trabajados por la Misión Alternativa en el documento *Hacia una alternativa laboral y de ingresos para Colombia* son de tipo macroeconómico como el empleo, el sector rural, políticas relacionadas con la protección social e incorpora el enfoque de género. La Agenda alternativa estudia de manera integrada y no aislada i) el marco macroeconómico colombiano ii) el mercado laboral para el trabajo decente, iii) la parafiscalidad y la seguridad social, y iv) las poblaciones objeto de atención prioritaria.

Uno de los autores de la Misión Alternativa de Empleo e Ingresos (2021), Ricardo Bonilla, señala que se han realizado tres misiones de empleo (en 1970, 1986 y la actual) de las que ha salido como elemento en común que la mano de obra en el país es muy costosa. Por tal motivo, desde hace tres décadas se viene disminuyendo los costos asociados al trabajo y la contratación, no obstante, este no es el principal problema y por ello, la Misión Alternativa busca analizar la situación desde otra perspectiva que permita explorar los diagnósticos y recomendaciones de política en aras de lograr la reactivación de la economía a partir de postulados diferentes a los ortodoxos.

El documento afirma que la promesa de bajar la tasa de desempleo flexibilizando la forma de contratar y disminuyendo los costos de contratación lleva varias décadas, pero no ha generado los efectos deseados. En tal sentido, reprocha que la actual Misión de Empleo del Gobierno Nacional conformada en el 2020, no ha entregado documento. Sin embargo, se ha dado a conocer que su posición es buscar una mayor flexibilización por la vía de hacer menores aportes parafiscales de las cajas de compensación familiar y también contratar por horas para disminuir el desempleo.

En cuanto al sistema de salud, la vicepresidenta de la Federación Médica Colombiana, doctora Carolina Corcho, expone varias modificaciones entre las que se destacan las siguientes:

1. El sistema de salud tendrá que ser un sistema de salud público descentralizado con prestación de servicios de salud pública, mixta y privada donde no exista intermediación ni la administración privada de los recursos públicos del sector.
2. El Consejo de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 debe ejercer la dirección del sistema.
 - Se debe garantizar la dignidad de los trabajadores de la salud con pago justo.
 - Fortalecimiento de los hospitales públicos.
 - Contar con un adecuado Sistema de Información de Salud Pública.
 - Derogatoria de la normatividad contraria a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

- Contar con una política de formación, capacitación y actualización del talento humano en salud.
 - Organización financiera del sistema de salud basado en la financiación pública.
 - Crear un sistema público de innovación, ciencia y tecnología.
3. Establecer una comisión intersectorial nacional y territorial de carácter vinculante para plantear acciones concretas y metas sobre los determinantes de salud, establecidos por la Observación General 14 del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, La Ley Estatutaria del derecho a la salud 1751 y la sentencia C-313 de 2014.

Las anteriores propuestas hacen parte del debate público sobre el tema de la protección social y el sistema de salud en la sociedad colombiana.

Informe Mundial sobre Protección Social de la Organización Internacional del Trabajo OIT

En este Informe se resalta que en el mundo existen Sistemas de Protección Social, que como mínimo contemplan programas para la vejez como pensiones y atención médica; para la sobrevivencia como subsidios y gastos funerarios; relacionados con la incapacidad como las pensiones por invalidez y los subsidios por enfermedades; salud como la prestación del servicio; a la familia como la protección de maternidad y las asignaciones a las familias; al mercado laboral activo como el empleo subsidiado y las medidas adoptadas a jóvenes y discapacitados; al desempleo como el retiro anticipado y la compensación por desempleo; a la vivienda con sus programas de acceso a vivienda propia; entre otras. (OIT, Informe Mundial sobre la Protección Social, 2019). Con respecto al régimen de protección contra el desempleo, se puede observar la Figura 13.

Figura 13. Protección contra el desempleo en 203 países, 2015

INFORMES DISPONIBLES PARA 203 PAÍSES (100%)					
Régimen de desempleo reconocido en la legislación nacional 98 países (48%)				Ningún régimen de prestaciones de desempleo reconocido en la legislación 105 países (52%)	
Régimen principal	Prestaciones monetarias periódicas 92 países (45%)			Pago único 6 países (3%)	
	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad social (público obligatorio) 82 países (40%) Seguro obligatorio subvencionado 3 países (1%) Cuenta de ahorro individual obligatoria 1 país (1%) 		Asistencia social únicamente 5 países (2%)	<ul style="list-style-type: none"> Cuenta de ahorro individual de desempleo 1 país (1%) Fondos de previsión que autorizan retiros con cargo a las pensiones 5 países (2%) 	
			Cuenta de ahorro individual obligatorio (periódica) únicamente 1 país (1%)	<ul style="list-style-type: none"> Pago por terminación del servicio (artículo del código del trabajo) 50 países (25%) La legislación no prevé ningún pago o régimen de pagos por terminación del servicio 50 países (25%) 	
Régimen adicional	<ul style="list-style-type: none"> Programa de asistencia social adicional 24 países (12%) 				

Fuente: Informe mundial sobre la protección Social OIT, 2016-2019

Tabla 4. Comparación del Sistema de Protección Social

PAIS	TASA Y RIESGO		LUCRO			COBERTURA		INTEGRACIÓN	EDUCACIÓN
	Cobro variable	Org. públicas	Org. privadas	Prevención	Fiscalización	Compensación	Rehabilitación	Medicina primaria	Existe
Finlandia	X		X	X	X	X	X	X	X
Francia	X	X		X	X	X	X		X
Alemania	X	X		X	X	X	X		X
Holanda	X		X	X	X		X		X
Reino Unido	X	X	X			X		X	X
Rusia	X					X	X	X	X
Estados Unidos	X		X			X	X		X
Brasil		X			X	X	X	X	
Chile	X	X	X	X	X	X	X	X	Marginal
Colombia	X	X	X	X	X	X	X	X	Marginal
Guatemala		X				X	X		
Madagascar	X	X		X	X	X	X		
Bangladesh			X		X	X		X	
China	X	X		X	X	X	X	X	Marginal
India		X	X	X	X	X		X	X

Fuente: Brahm, Ramírez y Valenzuela, 2019.

En la figura 13 se hace evidente que en más de la mitad de los países analizados no hay un régimen claro para las prestaciones por desempleo reconocidos en la legislación, lo cual hace que el desempleo sea una situación muy compleja para las familias en la

actualidad. En la Tabla 4 se puede ver la comparación entre los Sistemas de Protección Social de 17 países, lo que incluyen y lo que le falta a cada uno.

Como se puede observar en la Tabla 4, el Sistema de Protección Social puede ser muy variable de país en país. En los países europeos y asiáticos son las organizaciones públicas las que tienden a ser responsables del Sistema de Protección Social mientras que, en países como Estados Unidos son los privados. Otros países como India, Inglaterra y Colombia tienen sistemas mixtos. En la mayor parte de países incluye la educación, los riesgos laborales, pensiones y la asistencia social, pero, la salud es un tema más restringido en países como Estados Unidos, Rusia y Guatemala.

Repensar la Protección Social desde la Escuela Superior de Administración Pública.

Para repensar la Protección Social desde la Escuela Superior de Administración Pública se propone los siguientes elementos:

1. Cambio en la arquitectura y capacidad institucional que simplifique los procesos administrativos y financieros, el fortalecimiento de la calidad de los sistemas de información para tomar decisiones que lleven prontamente soluciones efectivas a la población en todo el territorio nacional en materia de Protección Social.
2. Desarrollar un enfoque presupuestal y fiscal multisectorial que tenga en cuenta las desigualdades como un elemento fundamental para mejorar el sistema de Protección Social.
3. Evaluar el Plan Decenal de Salud por departamentos y municipios, discriminando las estadísticas y características de cada uno.
4. Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional a nivel nacional y territorial para concretar las acciones y metas sobre los determinantes sociales de la salud y cumplir con la Ley estatutaria de salud y demás observaciones que se le han realizado al Estado en esta materia.

Estrategias desde la Escuela Superior de Administración Pública en términos de capacitación y formación en el sector de la Protección Social.

1. Capacitar a los alcaldes, secretarios de despacho, concejales, líderes comunitarios y jóvenes en su formación intermedia y profesional en diseño y seguimiento de los planes locales que atienden la protección social que continua-

mente deben ser monitorizados, reprogramados y reajustados de acuerdo con las condiciones específicas de cada comunidad.

2. Sensibilizar tanto a los alcaldes y líderes locales en la necesidad de realizar acciones sectoriales e intersectoriales dado que la protección social es el resultado de esfuerzos integrados y dada su condición de variable dependiente del esfuerzo conjunto de diversos actores y sectores en aspectos sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, educativos, acceso a los servicios público. No es sólo la asignación del personal en acciones específicas de atención sino contar con la arquitectura institucional, organizacional, recursos e infraestructura.

En salud el primer nivel de atención que brindan los hospitales locales y los centros de salud funcionan bajo la dependencia de cada una de las 1.103 alcaldías municipales colombianas. Su financiación está dada principalmente por aportes de Ley de 715 de 2001 que rige el Sistema General de Participaciones y que equivale al 24,5%, de esos recursos. Las principales falencias que se observan en cada ente territorial municipal son las siguientes:

1. Los hospitales locales, generalmente y con pocas excepciones se han venido concentrando en la atención de la enfermedad y remitiendo los pacientes críticos al Hospital de mayor complejidad de cada capital de departamento (generalmente del nivel III por tener las especialidades básicas y algunas sub-especialidades). La capacidad instalada de estos hospitales (nivel III) se satura por el alto volumen de remisiones y el ciudadano padece lo comúnmente conocido como “el paseo de la muerte”. Este es un problema derivado de la no estructuración de las Redes Integrales de Servicios en cada departamento.
2. Los hospitales de nivel II, dependientes por Ley de cada departamento y ubicados en subregiones municipales de confluencia por sus ventajas geoestratégicas, no han tenido el desarrollo requerido para ofrecer permanentemente las especialidades básicas, ya referidas, y no garantizan la atención de los pacientes referidos del nivel I. No se han desarrollado porque el modelo de salud privilegia la atención en los Hospitales de mayor complejidad y también porque el flujo de recursos de las EPS hacía los hospitales es incierto por la mora en el pago de la facturación presentada, lo que no garantiza o soporta los procesos y planes de mejoramiento de la red hospitalaria.

Dado que el modelo de salud colombiano ha sido direccionado para atender acciones curativas (morbicéntrico), los programas de promoción, prevención, autocuidado y educación en salud a cargo de cada municipio no están fortalecidos y no hay seguimiento y monitoreo de la morbilidad, mortalidad y sus consecuencias en cada localidad. Los centros y puestos de salud están subutilizados (o cerrados) o no cuentan con

los recursos humanos y la dotación requerida para este importante eslabón donde se debe iniciar la atención integral en salud y el funcionamiento de las redes de referencia y contrarreferencia.

En consecuencia, se hace necesario un mayor liderazgo de nuestros alcaldes que, apoyados por ejemplo en la Federación Colombiana de Municipios, puedan redireccionar su rol y satisfacer mejor las necesidades de sus comunidades. Esto es parte del proceso de fortalecimiento para un efectivo avance en los conceptos de gobernanza a través de un trabajo de integración con cada comunidad barrial y veredal. Pero, para poder cumplir adecuadamente con esa responsabilidad frente a las necesidades de la comunidad, es necesario la capacitación permanente de los líderes municipales, representados por los alcaldes, concejales y asociación de usuarios en un fortalecimiento en las acciones de salud y demás componentes de la protección social.

La ESAP debe aprovechar la experiencia que ha tenido con la especialización en Gerencia de la Salud para transformar y ofrecer un nuevo programa de formación en la Gestión de la Protección Social enfocada en el desarrollo de competencias y habilidades para fortalecer la arquitectura institucional y organizacional de un sector que debe estar orientado al logro de la universalidad para tener un mejor bienestar y calidad de vida de la población que reside en todo el país. Aquí está parte del rol y los retos de Escuela Superior de Administración Pública acorde a su misión.

Conclusiones

Al revisar los puntos de vista presentados en el lapso en que funcionó la mesa de trabajo, se pueden plantear los siguientes aspectos en relación al sistema de Protección Social y en particular al sistema de salud, tema sobre el que giraron las intervenciones de los participantes.

En función de un sistema de Protección Social es importante contar con una estructura económica y social que favorezca el empleo formalizado para que los trabajadores tengan los ingresos suficientes para vivir dignamente y los empresarios cuenten con los recursos necesarios para realizar el reconocimiento efectivo de las prestaciones sociales acorde al trabajo realizado.

Con un sistema tributario progresivo se puede disponer de los recursos necesarios para garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema de Protección Social en el país en concordancia con los principios y criterios establecidos por la Organización Internacional del Trabajo OIT. Con relación al sistema de salud es importante:

Hacer realidad las acciones de promoción, prevención, autocuidado y manejo del riesgo en salud a través del fortalecimiento efectivo del primer nivel de atención a cargo de los entes municipales como fundamento para que el modelo de salud tenga un desempeño integral que permita su sostenibilidad en el tiempo.

Las estrategias a seguir deberán consultar los cambios que impone el perfil epidemiológico derivado de la transformación de la pirámide poblacional tanto por el envejecimiento de la población, cambios en el tamaño de las familias, entre otros factores.

Avanzar en un sistema sin aseguradores múltiples que eliminen la intermediación y hagan más eficiente la asignación y racionalización en el manejo de los recursos públicos. Se debe garantizar eficiencia en el sistema de financiación, mejorar los niveles de regulación, supervisión, inspección y vigilancia.

Hacer efectiva la Ley Estatutaria de salud. (1751 de 2015), viendo la salud de manera multifactorial y fortalecer los programas de salud pública en los componentes de promoción y prevención. La Covid-19 mostró las debilidades en la organización y gestión de recursos de esta.

El diseño, y la gestión de la atención médica y de sus instituciones, son un campo de oportunidad transdisciplinar porque en su dinámica de gestión confluyen e interactúan múltiples disciplinas. La administración pública está llamada a repensar el rediseño de estas organizaciones.

La ESAP en sus funciones misionales de capacitación y formación a los servidores públicos puede desarrollar una línea de fortalecimiento institucional dirigida al sector salud a nivel territorial y redireccionar en el nivel de formación en las Especializaciones la adquisición de competencias organizacionales para el mejoramiento de la arquitectura institucional de la Protección Social.

Referencias Bibliográficas

- Abramo, L., Cecchini, S y Ullmann, H. (2020). *Las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social*. Recuperado el 29 de junio de 2021, de www.scielo.br/j/csc/a/PFhr78GpvfrpSCsb4VhVp7x/?lang=es#ModalArticles
- Acevedo, A. (2010). La Seguridad Social. Historia, marco normativo, principios y vislumbres de un Estado de Derecho en Colombia. *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras*, 191-203.
- Acosta, O., Forero, N., & Pardo, R. (2015). *Sistema de Protección Social en Colombia. Avances y desafíos*. Bogotá: CEPAL.

- Arévalo, Decsi. (2018). “Concentración del capital y fragmentación social, dos efectos del sistema de aseguramiento pensional en Colombia”. En Decsi Arévalo (ed.) Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Arrieta, C. I. (2014). *Las reformas del Sistema Pensional Colombiano*. Bogotá: FESCOL.
- Barrera, E. (2015). *La salud en Colombia: entre el Derecho a la salud y la Racionalidad Económica del Mercado 1993-2015* (tesis de doctorado). Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Barreto, H. (2016). *Del Sistema General De Riesgos Laborales En Colombia*. Obtenido de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/14315/1/DEL%20SISTEMA%20GENERAL%20DE%20RIESGOS%20LABORALES%20%20%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2019). *SOCIAL SECURITY AT A LANCE*. Berlin.
- Berner, Heidi., y Van, T. (2020), *Sistemas de información social y registros de destinatarios de la protección social no contributiva en América Latina -Avances y desafíos frente al COVID-19*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL. (Documentos de Proyectos). Recuperado el 29 de junio de 2021, de www.cepal.org :<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46452-sistemas-informacion-social-registros-destinatarios-la-proteccion-social>
- Cañon, L. (2017). *Solidarity as the foundation of the Social Rule of Law*. Bogotá.
- Castel, Robert. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, status de l'individu*. Paris: SEUIL.
- Cavijo, S. (27 de Agosto de 2017). *Focalización de subsidios: estratos, sisbén y familias en acción*. Obtenido de La República: <https://www.larepublica.co/analisis/sergio-clavijo-500041/focalizacion-de-subsidios-estratos-sisben-y-familias-en-accion-2541187>
- CEPAL. (2016). *Sistema de Protección Social chileno*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3907/1/S1100694.pdf>
- Corredor Martínez, C, Misas Arango, G, Kalmanovitz, S, Machado C., A, Giraldo, C, Rodríguez Salazar, Ó, Flórez Enciso, L, Balcázar V., Á, Bejarano, J, Hernández Gamarra, A, Lozano E., I, Bonilla González, R, González, J, Restrepo Botero, D, Ramírez Gómez, C, Camacho, Á, Garay, L, González, C y Corchuelo R., A. (2001). *Desarrollo económico y social en Colombia: siglo XX*. Universidad Nacional de Colombia.
- Colombia, Corte Constitucional. (29 de mayo de 2014) Sentencia C-313-14. [GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO]

- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 2015, No. 41. 148. Disponible http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 (20, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 2015, No. 49. 427. Disponible http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Decreto 780 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia]. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Mayo 6 de 2016.
- Decreto 1174 de 2020 [Ministerio de Trabajo de la República de Colombia]. Por el cual se adiciona el Capítulo 14 al Título 13 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1833 de 2016, a efectos de reglamentar el Piso de Protección Social para personas que devengan menos de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente. Agosto 27 de 2020.
- Departamento Nacional de Planeación de Colombia. (DNP). (2021). El Sisbén se moderniza y lanza versión IV. <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Sisben-se-moderniza-y-lanza-version-IV.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación de Colombia. (DNP). (2021). Sisbén IV: Rueda de prensa. https://www.youtube.com/watch?v=glc1j5FkpBY&ab_channel=DNPColombia
- Departamento Nacional de Planeación. (2016, diciembre). Declaración De Importancia Estratégica Del Sistema De Identificación De Potenciales Beneficiarios (Sisbén Iv). Documento CONPES CONPES 3877. Bogotá, D.C.: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Sistema de Seguridad Social Integral*. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>
- Escuela Superior de Administración Pública. (ESAP). (2021). La ESAP propone al País : Cuarto foro académico “Protección y seguridad social”. <https://www.esap.edu.co/portal/index.php/2021/06/01/cuarto-foro-academico-proteccion-y-seguridad-social/>
- Económico, O. (2016). *Cifras del Gasto Público Social en Colombia*.
- European Commission. (2016). *Your social security rights in the United Kingdom*. Obtenido

de <https://www.internations.org/great-britain-expats/guide/29458-social-security-taxation/social-security-in-the-uk-16128>

Famisanar. (2017). Análisis del SGSSI. Obtenido de <http://www.famisanar.com.co/wp-content/uploads/2017/10/DOCUMENTO-DE-ESTUDIO-SGSSI-%C3%BAltimo-1.pdf>

Fedesarrollo. (2021). Reformas para una Colombia post-covid-19: hacia un nuevo contrato social. Centro de Investigación Económica y Social. https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/4087/Reformas%20para%20una%20Colombia%20post-COVID%2019a_Marzo_2021_Fedesarrollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fortich, I. (2012). La historia de la seguridad Social en Colombia . *Revista Cultural Universidad Libre*, 15-19.

Guerrero, R. (2006). *El concepto de la protección social*. Bogotá.

González, E. (4 de abril de 2010) La política pública de Salud y la fallida emergencia social: ¿hay soluciones? “El laberinto de la seguridad política” política colombiana Contraloría General de la República. Número (4), p.103.

Leal, K.T. (2007). *Evolución del modelo pensional en Colombia*. Cúcuta: Universidad Libre.

Legis. (2021). Cartilla de Seguridad Social y Pensiones 2021. Legis editores S.A

Lora, Eduardo. (2018). “El bajo rendimiento de los fondos de pensiones ¿A quién protege un sistema de pensiones en el que todos los riesgos los asumen los trabajadores?” Dinero, mayo 24.

Matus, Alejandra. 2017. Mitos y verdades de las AFP. Santiago de Chile: Aguilar.

Ministerio de Protección Social. (2005). *Sistema de Protección Social*.

Ministerio de Salud. (2008). *ABC del sistema de seguridad social*.

Ministerio de Salud. (2011). *Riesgos Laborales*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/Aseguramiento%20en%20riesgos%20laborales.pdf>

Ministerio de Salud. (2012). *Cartilla sobre el Plan Obligatorio de Salud -POS-*. Obtenido de <http://www.pos.gov.co/Paginas/default.aspx>

Ministerio de Salud. (2017). *Cartilla sobre el Régimen contributivo*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

- Ministerio de la Protección Social. (2008). Gerencia social un enfoque integral para la gestión de las políticas y programas sociales (2008) programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS Ministerio de la Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/GERENCIA%20SOCIAL.pdf#page=296>
- Misión Alternativa de Empleo e Ingresos. (2021). Propuestas para una Colombia incluyente. Ediciones Escuela Nacional Sindical.
- Nugent, R. (1999). La Seguridad Social: Su historia y sus fuentes. En B. Lozano, & N. Morgado Valenzuela, *Instituciones de Derecho de Trabajo y seguridad Social* (págs. 604-647). México DF: Publicaciones Jurídicas Universidad Autónoma de México.
- Observación General 14/2000 del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales” E/C.12/2000/4, CESCR. (. I I /08/2000), recuperado de cnur.org: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- OCHA. (2012). *Sala Humanitaria*. Obtenido de Seguridad Social: https://wiki.salahumanitaria.co/wiki/Seguridad_social
- Ocampo, A. (2008). *Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización*. Recuperado el 29 de junio de 2021, de biblat.unam.mx: <https://biblat.unam.mx/es/revista/nueva-sociedad/articulo/las-concepciones-de-la-politica-social-universalismo-versus-focalizacion>
- OIT. (2017). *Hechos concretos sobre la Seguridad Social*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- OIT. (2019). *Informe Mundial sobre la Protección Social*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo OIT (2018). Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe. Panorama Temático Laboral. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_633654.pdf
- Pesca, K., & Ramos, S. (2017). *Sistema de protección social en Colombia: el manejo social del riesgo, enfoque del banco mundial*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2021). Atrapados: alta Desigualdad y bajo crecimiento en América Latina y el Caribe. Informe Regional de Desarrollo Humano.

- Resolución No. 5261 de 1994. (s.f.). *Niveles de Atención en Colombia*. Obtenido de <http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf>
- Rodríguez, O.(Oscar Rodríguez Salazr).(2017). La protección social bajo el reino del mercado. Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez Salazar, Oscar. (2017). "*El Rentismo financiero y la vulnerabilidad social: el caso de las pensiones en Colombia*". En Oscar Rodríguez (Editor) *La protección social bajo el reino del mercado*. 2017. Facultad de Ciencias económicas. Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez Salazar, Oscar. (2018). "*Las reformas a la seguridad social: transformaciones en el sistema de creencias, el régimen de acumulación y el capo del poder*". En Decsi Arévalo (ed.) *Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Revista Mitramiss. (2015). *Acción protectora de la seguridad social*. Obtenido de <http://www.mitramiss.gob.es/es/mundo/Revista/Revista190/53.pdf>
- Sánchez, R., y Chaparro, S. (2020), *Un piso de protección social para preservar la vida: informalidad, pobreza y vulnerabilidad en tiempos de COVID-19*. En Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID (Ed.), *Documentos FCE – CID (FCE - CID N.º 35)*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 29 de junio de 2021, de <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3616452>
- Schön, C. (2018). *GTAI*. Obtenido de <https://www.gtai.de/GTAI/Navigation/EN/Invest/Investment-guide/Employees-and-social-security/the-german-social-security-system.html>
- Selowsky, M. (1979). Who benefits from public expenditure in Colombia?
- Social Security. (2018). *Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2018*.
- trabajo, O. I. (2017). *Hechos concretos sobre la seguridad social*. Obtenido de <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--->
- Sojo, Ana. (2017). *Protección Social en América Latina. La desigualdad en el banquillo*. Santiago de Chile: CEPAL.

LA ESAP
LE PROPONE AL PAÍS

**FIN DE
DIAGNÓSTICOS
Y PROPUESTAS**

*Este libro se imprimió en la Imprenta Nacional de Colombia.
Para el diseño de este libro se empleó la fuente Gill Sans MT
en un formato de 16,5 x 23,5 cm con 84 páginas.*

PERSPECTIVAS

LA ESAP
LE PROPONE AL PAÍS

PROTECCIÓN SOCIAL

DIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS

