



Revista Venezolana de Gerencia





Protección social en salud: política, gestión y resultados*

Restrepo Pimienta, Jorge Luis**

Nieto Ríos, Wilson Alberto***

Fonseca Deluque, Roberto de Jesús****

Resumen

Todo sistema de protección social en salud se manifiesta en instituciones fundamentales las cuales se emplean en cualquier especialidad regidas por políticas y competencias al que marcan el sentido de la gestión pública. El objetivo de este trabajo es analizar la política pública de protección en salud y los rasgos de gestión pública ejecutada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia que han contribuido al perfeccionamiento del sistema de salud contribuyendo a aumento de la cobertura y la transparencia en la gestión pública de protección social. La metodología utilizada consistió en el análisis de normativas jurídicas, informes administrativos y técnicos emanados por el órgano rector en materia de salud del país. Los resultados indican que la creación progresiva de mecanismos normativos para la garantía de la salud como derecho universal y rasgos de gestión propios de la modernización de la gestión pública iniciados en los noventa. Se concluye que si bien los avances son importantes es necesario avanzar en la consolidación de mecanismos de gestión de la protección social adecuados a las realidades locales.

Palabras clave: Protección social en salud; políticas públicas; gestión pública.

Recibido: 09.10.22

Aceptado: 30.01.23

* Resultado de Investigación del Proyecto Significación del Trabajo Decente en la regulación Jurídica de la tipología de Relaciones de Trabajo, convocatoria interna para fortalecimiento de grupos de investigación con herramientas para la creación, la innovación y la investigación - 2021.

** PhD en Derecho, Pos Doctor en Epistemología Magister en Derecho y Salud Pública, Abogado, Docente de Carrera Universidad del Atlántico. Email: jorgerestrepo@mail.uniatlantico.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6285-7793>

*** PhD(c) en Derecho en la Universidad Santo Tomas, Colombia. Magister en Derecho del Trabajo. Abogado. Investigador del Grupo Derecho y Sociedad en la Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. E-mail: [wnieto@umanizales.edu.co](mailto:w Nieto@umanizales.edu.co). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5648-744X>

**** PhD en Doctor en Derecho, magister en Derecho Ambiental, Magister en Gestión y Dirección de Negocios, especialista en Derecho Administrativo, Abogado, Doctor en Derecho, magister en Derecho Ambiental, Magister en Gestión y Dirección de Negocios, especialista en Derecho Administrativo, Abogado y notario segundo de Riohacha. roberfonseca85@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3959-3985>

Social protection in health: policy, management and results

Abstract

All social protection system in health is manifested in fundamental institutions which are used in any specialty governed by policies and competencies that mark the sense of public management. The objective of this work is to analyze the public health protection policy and the public management features executed by the Ministry of Health and Social Protection (MSPS) of Colombia that have contributed to the improvement of the health system, contributing to an increase in coverage and transparency in public management of social protection. The methodology used consisted of the analysis of legal regulations, administrative and technical reports issued by the country's health governing body. The results indicate that the progressive creation of normative mechanisms for the guarantee of health as a universal right and management features of the modernization of public management started in the nineties. It is concluded that although the advances are important, it is necessary to advance in the consolidation of management mechanisms of social protection appropriate to local realities.

Keywords: Social protection in health; public policies; public management.

1. Introducción

El análisis de políticas públicas es un enfoque metodológico útil para abordar científicamente la legalidad y las normativas que emanan del Estado en distintas áreas de su acción para la resolución de conflictos individuales y colectivos. En el ámbito de la salud, más específicamente el estudio de la gestión y las políticas de salud, así como sus políticas, han sido promovidos por instituciones multilaterales en la búsqueda de la modernización del Estado.

En este orden de ideas pretender expresar que la gestión en salud parte de la eficacia de los procedimientos, legalidad, eficiencia de las normas, estructura instrumental, garantías, deberes, relaciones, derechos,

contratos, negocios y actos de análisis jurídico regulativo de los elementos prestacionales, asistenciales y aseguramiento. La protección social en salud (PPS) emerge como un concepto que involucra al Estado, los recursos disponibles y a la población en la prestación del servicio de salud.

La PSS pasa a ser entonces la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud existentes en el país (Rosemberg y Andersson, 2000). Todo sistema de protección social en salud se manifiesta en instituciones fundamentales, las cuales se emplean en cualquier especialidad regida por principios, jurisdicción, competencias,

presupuestos, actos y ordenamientos. Entonces los procesos sociales, jurídico, procesales, asistenciales del sistema sanitario y salud en Colombia, no escapan a las miradas de las ciencias y al positivismo científico, donde se evidencia la fenomenología, causa-efecto de las vicisitudes en la atención de los usuarios en el sistema de salud, con riesgo hacia la deshumanización e insatisfacción de la población.

Frente a esta realidad procesal, jurídica y judicial de la salud y su conflictividad en cuanto atender las contingencias, prestaciones, se torna una repuesta efectiva desde una perspectiva políticas, social del Estado en su compromiso a partir del modelo económico, ideológico. Desde los años noventa el Estado colombiano inicia cambios políticos y administrativos hacia un nuevo modelo de gestión en salud para la estructuración horizontal de actores especializados y la introducción de las reglas de mercado, atendiendo a lineamientos del Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros organismos (Londoño, 2001:54).

La política social consistió en viabilizar las llamadas reformas de segunda generación (Mejía-Castrilló, 2020) que consistieron en cambios en la configuración de agentes y reglas de juego para la operación de los servicios sociales (Londoño, 2001:54) con rasgos neoliberales como lo destaca Gamboa y Arellano (2007).

En términos generales, el modelo de salud colombiano, a diferencia del chileno, se basa en un sistema de financiamiento y prestación del servicio donde coexisten el esquema público y privado en condiciones de competencia, existiendo una modalidad contributiva y una subsidiada. Los órganos reguladores de la salud en el

ámbito mundial han determinado que las funciones fundamentales de la protección social en salud son cuatro: a) la rectoría (conducción, regulación y vigilancia); b) el financiamiento (recolección, gestión y asignación de los recursos financieros); c) el aseguramiento (definición de las poblaciones cubiertas y de las prestaciones ofrecidas, así como la compra de los servicios necesarios para atenderlas), y d) la provisión de servicios (atención a los usuarios de los servicios de salud, razón de ser última de los sistemas de salud).

En materia de normativas de la protección social en salud existe un mundo de tensiones, vicisitudes, desafíos, contradicciones, en cuanto a los administradores y prestadores de servicios de salud y los clientes o pacientes del sistema consolidado, es de esta manera que se requiere un análisis científico de protección social en salud con miras a aportar los rasgos distintivos de otros sistemas de protección, avances y obstáculos o desafíos.

En momentos en los cuales los países latinoamericanos se enfrentan a la exacerbación de las desigualdades existentes producto del enfrentamiento a la pandemia del COVID, la violencia interna y los flujos de población migrante; el estudio del caso colombiano resulta de especial interés por cuanto el asegurar la equidad en la protección de la salud es uno de los ejes focales de la agenda del país para los próximos años.

Este trabajo pretende abonar a los esfuerzos científicos al analizar la política pública de protección en salud y los rasgos de gestión pública ejecutada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia que han contribuido al perfeccionamiento del sistema de salud, contribuyendo a aumento de la cobertura y la

transparencia en la gestión pública de protección social.

La metodología utilizada consistió en el análisis documental de normativas jurídicas, informes administrativos y técnicos emanados por el órgano rector en materia de salud del país.

2. Elementos teóricos y normativos de la protección social

A finales del siglo XX y a principios del siglo XXI existió dispersión en la conceptualización de la protección social, aunada a cierta confusión respecto a otros conceptos tales como: salud, asistencia social, promoción social, seguridad social

A modo de partida se puede decir respecto al concepto de salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". A pesar de su antigüedad¹, ha sido la definición más aceptada en el ámbito mundial, de la cual parten los formuladores de políticas en muchos países de la región latinoamericana. Adicionalmente, esta definición es relevante por su institucionalidad, ha servido de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, máximo organismo divulgador de orientaciones gubernamentales de salud (Alcántara, 2008; Herrero, 2016).

El término asistencia social surge desde finales del siglo XIX y principios

de siglo XX para definir una práctica social para atender a la población en condiciones de pobreza. De acuerdo a Castro (2008:162) consiste en brindar "Salud a la población pobre en general, educación básica y técnica a niños, artesanos y obreros; protección a los niños y ancianos; asistencia con bonos, alimentos y ropa y vivienda a familias; bolsas de empleo y cajas de ahorro a artesanos y obreros, fueron las actividades más desarrolladas tanto por agentes privados como por agentes públicos". Entonces, el término informa sobre una actividad centrada en brindar salud a las comunidades empobrecidas tanto por actores públicos o privados.

De acuerdo a Fletes (2004) "se trata de un conjunto de disposiciones legales y acciones llevadas a cabo por las instancias gubernamentales en un plano federal, estatal y municipal, dirigidas a atender las necesidades básicas, pero también urgentes, de individuos y grupos de individuos que no están en condición de satisfacerlas por ellos mismos". Agrega Blázquez citado por Montaña (2022:29) cuando la Iglesia interviene se le denomina "caridad", cuando lo realiza la sociedad civil es llamada "filantropía", cuando es el Estado el que interviene, el concepto pertinente es el de "asistencia social". En consecuencia, se va diferenciando la asistencia social de otros conceptos como caridad y filantropía de acuerdo al sujeto mediador de salud; en él casi de asistencia social son los actores gubernamentales desde sus distintos niveles territoriales.

1 La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados

Por su parte, la seguridad social refiere de protección a las poblaciones desfavorecidas haciendo frente al problema de la pobreza desde un punto de vista estructural (Franco, 2005), es decir, tomando en cuenta las causas permanentes de tipo económico, social y político que dan origen a la pobreza. Es un concepto más amplio y ligado a políticas de salud del Estado de bienestar, con una concepción integral de salud basado en basados en el seguro social y los sistemas de seguridad social sustentado en la universalidad y el financiamiento privado.

En concepto de protección social se promueve en Colombia en el marco de reformas de segunda generación en los noventa (Mejía-Castrilló, 2020) que consistieron en cambios en la configuración de agentes y reglas de juego para la operación de los servicios sociales (Londoño, 2001:54) con rasgos neoliberales como lo destaca Gamboa y Arellano (2007). En esencia, se trató del establecimiento de instituciones reguladoras, descentralización de funciones hacia el gobierno municipal, adopción en el sector público mecanismos orientados al mercado (outsourcing), y el inicio del financiamiento de los servicios públicos a través de cobros a los usuarios. El objetivo era buscar la eficiencia en la provisión de servicios, recuperar costos y mejorar la calidad y equidad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2006).

Según Guerrero, Prada y Chernichovsky (2014) se puede definir como protección social a una serie de intervenciones públicas para: a) ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar mejor el riesgo (aseguramiento) b) apoyar a los más pobres en situación crítica. A partir de

estos dos fines surgen dos dimensiones o conceptos que dan origen a dos políticas de Estado: aseguramiento y asistencia social, respectivamente. Siguiendo a Guerrero et al, (2014) deberá quedar claro que existe una relación de complementariedad entre ambos componentes, que sustenta la noción de sistema de protección social.

En 1993 se inicia la reorganización del sistema de salud colombiano, la protección social posterior a la aprobación de la Constitución Política de Colombia mediante la celebración de una Asamblea Constituyente. En la carta magna se incorporan los términos seguridad social y protección social en el marco de un Estado Social de Derecho y de Justicia, aunque "más que intentar codificar las relaciones de poder existentes, ese documento jurídico tiende a delinear un modelo de sociedad, a construir" además de permitir un equilibrio inestable de proyectos encontrados de sociedad en un mismo documento constitucional (Uprimny, 2008:208).

De modo que se hará referencia a bases constitucionales y a decretos ejecutivos que dan operatividad a las políticas de protección social, en el que, por razones esgrimidas anteriormente, algunos preceptos normativos se acercan o se alejan de concepciones de salud como la seguridad social propia del Estado de Bienestar o bien concepciones focalizadas de la misma asociada a riesgos específicos propios de políticas neoliberales de protección social como veremos más adelante.

La constitución colombiana establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado, corresponde a este la prestación del servicio de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Asamblea

Nacional Constituyente, 1991). Por su parte, la seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley (Asamblea Nacional, 1991). Se tiene presente en el texto constitucional la posibilidad de participación del sector privado en la prestación de servicios asociados a la salud. En todo caso, queda establecido, a diferencia del caso chileno, que se prestará “bajo la dirección, coordinación y control del Estado” (1991: art. 48).

La sanción de la Ley 100 promulgada en 1993 significó la modernización del sistema de salud colombiano en consonancia con reformas de la administración pública impulsada en la región. El término seguridad social integral está formalmente referido en la norma como “el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” (Congreso de la República de Colombia, 1993: art.1).

Si bien la Ley 100 usa como término la seguridad social integral, la estrategia referida a la protección de las contingencias que afectan a la población propenden más al auxilio ante situaciones de riesgo propias de la protección social, más aún a inicios del siglo XXI adquiere popularidad el uso de términos como “reducción del riesgo, mitigación del riesgo, vulnerabilidad, aseguramiento y focalización, siguiendo los designios del Banco, pero parece estar vedado hablar de seguridad social” (Franco, 2005:138).

En términos de orientación y de gestión pública para Restrepo-Zea (2022) la reforma colombiana tiene

matices de corte socialdemócrata en su diseño macro, similar a los modelos de seguridad social dominantes en países europeos, como Alemania y Holanda, y al caso de Israel, país que al mismo tiempo adoptó un sistema muy idéntico al colombiano. No obstante, siguiendo a Restrepo-Zea (2022) la reforma colombiana también implicó una serie de medidas promercado a nivel meso y micro; esas, sí más cercanas a las ideas del Consenso de Washington, lo que aún implica una fuerte tensión sobre el modelo de Estado y el sistema de salud, que quiere y puede tener la población colombiana.

En síntesis, el caso colombiano se refleja el aseguramiento como estrategia principal de acceso a la salud y la cobertura basada en el enfoque de riesgo parcial. Ahora bien, dada las características particulares del caso colombiano, corresponde determinar los rasgos administrativos de la protección social en salud que sirvan de referencia a estudios administrativos sobre el tema a modo de balance después de veinte años de la promulgación de la ley 100 de 1993.

3. Rasgos administrativos de la protección social en salud

En esta sección se incluyen las estrategias para garantizar la universalidad en el aseguramiento en la gestión de la protección social en salud.

3.1. Descentralización y participación privada en el servicio de salud

La descentralización ha sido una estrategia de administración pública que

ha estado presente en Colombia desde antes de la reforma en salud de 1993. La década de los noventa fue un tiempo convulso en la cual la violencia interna agobiaba al país, mientras que la caída del muro de Berlín marcó un hito histórico para la inserción del país a la economía de mercado. Una de las estrategias es

En el plano normativo se establece la transferencia de competencias del ámbito nacional a los ámbitos estatales y municipales con un soporte constitucional, desarrollándose de forma gradual mediante leyes y decretos específicos. En el texto constitucional se expresa “los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

En el plano conceptual se define a la descentralización como implica la transferencia de recursos, funciones administrativas, poder político y toma de decisiones desde el gobierno central a los organismos de gobierno sub nacionales y/o corporaciones públicas semiautónomas ubicadas en espacios territoriales y poblaciones determinadas (Dye citado por Molina y Rodríguez, 2007). En este concepto incluye la descentralización territorial y la descentralización corporativa.

A partir de la Constitución y de las leyes 100 y 60 sancionadas ambas en 1993, se desarrollan las orientaciones descentralizadoras en el sector de la salud que promueven a la participación privada en la prestación de servicios (Ley 100) y la delegación de responsabilidades administrativas a las autoridades departamentales y municipales (Guerrero et al, 2014).

Surge una nueva modalidad de prestación de servicios de seguridad

social al desaparecer los anteriores (público y privado) para dar paso a los regímenes contributivos dirigidos a personas con capacidad de pago y subsidiado dirigido a personas vulnerables sin capacidad de pago, ambos regímenes responden a un Plan de Beneficios en Salud al cual toda la población debe afiliarse. Resalta Morales (1997) y Orozco-Gallo y (2015) que desaparece el papel monopólico del estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, al crearse las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deberán competir entre sí para conseguir afiliados y subsistir. A su vez, los hospitales públicos se convierten en unidades autónomas eficientes denominadas Empresas Sociales del Estado (ESE), mediante un proceso en el que pasaron de una recepción de fondos centrados en la oferta y una centrada en la demanda, donde los recursos provienen de la contratación con las EPS encargadas del aseguramiento de los afiliados y de administrar el Plan de Beneficios en Salud.

Estas características coincidió con la descentralización corporativa de los servicios de salud o bien la llamada privatización implícita en la cual en el Estado cede a sectores privados u ONG funciones públicas o bien, en el caso mencionado, la conversión de hospitales públicos a EPS se producen cambios administrativos para que tales instancias asuman un funcionamiento empresarial.

En lo atinente a la descentralización hacia los municipios, las disposiciones legales contenidas en la ley 60 que los establecen que los municipios tienen

competencia para ejercer funciones en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud en el primer nivel de atención de la salud de la comunidad, así como en el segundo y tercer nivel de atención siempre y cuando su capacidad material y administrativa se lo permita. En particular, definió las responsabilidades en la prestación de servicios entre departamentos y municipios y aumentó las transferencias de la Nación a estos entes, representadas en el situado fiscal (20%) y en la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación (25%) (Orozco, 2015:5). La ley 60 fue derogada por la Ley 715 de 2001, que estableció nuevas competencias a los municipios como “Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin” (Congreso de la República de Colombia, 2001).

Bajo la premisa de modernización e impulso a la descentralización, el poder ejecutivo nacional sancionó en el 2012 la ley 1551, en la cual se clasifican en siete categorías (Especial, Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Quinta y Sexta) de acuerdo al número de habitantes y a los ingresos corrientes medidos en salarios mínimos mensuales legales vigentes. A su vez, los municipios agrupados entre la categoría Especial a la Segunda serían los grandes municipios, los ubicados en las categorías tercera y cuarta, los municipios intermedios y las categorías quinta y sexta, municipios básicos (Congreso de Colombia, 2012). La presente clasificación no es desarrollada con correspondientes competencias de acuerdo a la cantidad de población y su capacidad económica.

3.2. Mecanismos de universalidad del aseguramiento en salud

La universalidad junto a la calidad y eficiencia en el servicio constituye uno de los criterios de gestión pública esenciales para la prestación del servicio de salud mundialmente aceptado. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, que todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Por tanto, este fenómeno no puede ser exclusivo de un grupo poblacional; al contrario, cada vez son mayores los esfuerzos de distintos tipos para mejorar la cobertura de personas en situación de abandono, en personas con discapacidad o en personas que se encuentran en movilidad.

Uno de los elementos fundamentales para alcanzar la universalidad es la capacidad de los órganos rectores para generar orientaciones legales que permitan el acceso y aseguramiento de población que por condiciones culturales, económicas, sociopolíticas, advenimiento de la pandemia del COVID-19 entre otras; no se hayan podido reconocer como vulnerable; por tanto, están fuera de la cobertura de salud.

En Colombia, a partir de decretos ministeriales, se establecen normas reglamentarias para la inclusión de población en condiciones de vulnerabilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de varios mecanismos.

La primera consiste en la definición de la categoría población especial en decretos como el 780 emitido en el 2016,

al establecer como tal aquellas que “por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta, según lo dispuesto por la ley o por la presente parte deben pertenecer al Régimen Subsidiado. Estas personas serán identificadas mediante listados censales que contienen la institución responsable del listado censal y a los responsables de elegir la EPS” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En este sentido, a través de este mecanismo, el poder ejecutivo nacional puede ampliar la cobertura en salud mediante la identificación de las poblaciones especiales y la atención con criterios específicos² emanados de dependencias ministeriales como la Subdirección de la Operación del Aseguramiento en Salud. La identificación de poblaciones especiales mediante registros y criterios anteriores se complementa con otros mecanismos de amplitud de la cobertura en salud.

Se trata de la llamada Contribución Solidaria en el régimen subsidiado de salud creada para afrontar los riesgos sobrevenidos producto de la pandemia del COVID-19. Estos riesgos pueden ser la reducción de los ingresos familiares, aumento del subempleo o la pérdida de empleo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2020) que incide en la capacidad de pago de los individuos.

En este sentido, la política formulada por el gobierno nacional ha

sido la política la Contribución Solidaria en el Régimen Subsidiado de Salud para garantizar que toda la población se encuentre asegurada y se reduzca las limitaciones para acceder al Plan de Beneficios en Salud. Tal política habilita la afiliación para la población que actualmente no cumple con las condiciones para aliarse al régimen subsidiado, esto es, estar clasificado en una categoría de mayor vulnerabilidad en el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales³ sistema de identificación de beneficiarios⁴ y que no tenga ingresos suficientes para poder cubrir el monto total de la cotización en el régimen contributivo.

En términos oficiales, la expedición del Decreto 616 de 2022, a través del cual se busca asegurar en el Régimen Subsidiado a aquella población que, si bien no es pobre ni vulnerable, tampoco le alcanzan sus recursos para cotizar en el Sistema General de Seguridad Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b).

Entre población objetivo de la Contribución Solidaria se encuentran por ejemplo aquellas quienes por razones de la pandemia del COVID hayan perdido la capacidad de pago para la afiliación al régimen contributivo de contribución y a su vez, por condición administrativa, no se encuentra dentro de los parámetros de medición para su consideración en el régimen subsidiado.

Otro desafío sanitario para el cual

2 Bajo el título específico de “Poblaciones Espaciales” la Subdirección de la Operación del Aseguramiento en Salud considera: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo para el restablecimiento de sus derechos; Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Adultos mayores de escasos recursos y en estado de abandono en centros de protección; Población habitante de calle; entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a).

3 Por sus siglas es conocido como el SISBÉN

4 Se trata del grupo D de la encuesta Sisbén IV.

se ha creado una estrategia de cobertura ha sido el incremento de población vulnerable en razón del aumento en los últimos años de la migración proveniente de Venezuela. Según cifras de Migración Colombia citado por Mojica (2022) Colombia es el principal destino de los migrantes venezolanos y el país reporta registros superiores a dos millones de venezolanos, cifra aportada por el Registro Único para Migrantes Venezolanos, paso obligatorio para optar por el Permiso por Protección Temporal (PEP) del Gobierno Colombiano.

La política nacional para este tipo de población vulnerable ha consistido en la creación de un programa especial con apoyo de agencias internacionales con el objetivo de ofrecer acceso a la población venezolana con documentos válidos⁵ de identificación, afiliación al sistema de salud colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a). Sin embargo, el acceso de la población migrante es limitada debido al sub registro, el DANE citado por Mojica (2022) reporta que el 66.8% de los migrantes que estuvieron en el país para el CENSO/Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos del 2018 afirmó no haberse registrado, lo que se pudo deber a motivos de desconfianza o falta de información

El impacto de estas estrategias de ampliación de la cobertura se puede palpar en el crecimiento sostenido del aseguramiento en salud en el último trienio en el país. Se registró para: diciembre de 2020 una cobertura del 97,78%, diciembre de 2021 una

cobertura de 99,03% y diciembre de 2022 una cobertura de 99,12% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023b).

3.3. Control social a los servicios de salud

El control social es una modalidad tipo de participación en la gestión pública centrada en el proceso de control. El control social busca a través de la vigilancia de la gestión pública, velar por la correcta inversión de los recursos públicos y garantizar la correcta gestión del servicio a la comunidad a través de la participación activa de los ciudadanos a lo largo del territorio nacional (Ministerio del Interior, s/f). Existen distintos mecanismos de control social impulsados desde para favorecer el ejercicio de control social por los ciudadanos hacia la gestión pública en sus distintos niveles territoriales, tales como: veedurías ciudadanas, auditorías ciudadanas, juntas de vigilancia, Comités de Desarrollo y Control Social de los Servicios Públicos Domiciliario (Departamento administrativo de la función pública, 2017).

Las veedurías ciudadanas es otra estrategia ejecutada por el Ministerio para la gestión de contratos. Se publica en una página web del Sistema Electrónico para la Contratación Pública los documentos que se dispondrán para las observaciones, así como las observaciones recibidas del grupo de veedor (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2023c).

Otra estrategia adoptada por el

5 Los documentos válidos en los sistemas de protección social son: Permiso Especial de Permanencia, Permiso por Protección Temporal, Carné Diplomático, Salvoconducto de Permanencia o Cédula de Extranjería.

Ministerio de salud y Protección Social para promover el control social a su gestión es la consulta a los usuarios a través de una encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. Estas se realizan a través de un estudio nacional que se publica anualmente en la página web del ministerio del área desde el año 2012. La encuesta mide la satisfacción de los usuarios con sus servicios de salud en el territorio colombiano. Entre los aspectos consultados se encuentran: acceso al servicio, nivel de satisfacción con el servicio, tiempos de acceso al servicio, entre otros.

La encuesta más reciente realizada en el 2022 referida por la Asociación Colombia de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) indica que “dos de cada tres personas (64 por ciento) calificaron como bueno o muy bueno el servicio dado por su EPS y solo el 7 por ciento dijo que había sido malo o muy malo” (ACEMI, 2022). De modo que la mayoría de la población ha manifestado su aprobación al servicio prestados por las empresas de medicina integral.

4. Conclusiones

Los esfuerzos de las instancias gubernamentales para reglamentar en funcionamiento de sistema de salud han sido progresivos, tomando en cuenta el enfoque de protección social sustentado en el riesgo y la atención a la población vulnerable. Se ha prestado especial atención a los mecanismos normativos que se reflejan en el aseguramiento como estrategia principal de acceso a la salud y la cobertura basada en el enfoque de riesgo parcial.

Los rasgos administrativos que se destacan tienen que ver con el aspecto de la estructura organizativa, delimitación de competencia entre

niveles territoriales para permitir la participación de los municipios en conjunto con los departamentos de los servicios de salud como parte del proceso de descentralización funcional. En este aspecto, la descentralización hacia los gobiernos locales requiere un alcance mayor en el plano instrumental para resolver las disparidades territoriales en procesos como la afiliación.

Si bien el país alcanza casi la totalidad en lo que se refiere a la cobertura en salud en el ámbito nacional, en el ámbito municipal existen diferencias territoriales internas a considerar que limitan la corresponsabilidad entre los, de modo que surge una oportunidad de mejora para la gestión pública.

La actualización permanente de normas para atender la vulnerabilidad de las poblaciones tomando en cuenta factores sociales, económicos y políticos indicados anteriormente, asimismo la utilización de estrategias de control social con mayores posibilidades de acceso a la población territorialmente dispersa son rasgos administrativos propios del sistema de gestión de la protección social en salud estudiado.

Los rasgos administrativos analizados en este trabajo no se agotan en estas reflexiones, corresponde continuar con estudios de investigación en el área de las políticas públicas y la gestión de la salud para captar colaborativamente la complejidad de los sistemas de salud, los países latinoamericanos.

Referencias bibliográficas

Alcántara Moreno, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.

- Asociación Colombia de Empresas de Medicina Integral- ACEMI (2022). Encuesta del Ministerio de Salud confirma satisfacción de usuarios con sus EPS. [Mensaje de Blog] <https://acemi.org.co/prensa/encuesta-del-ministerio-de-salud-confirma-satisfaccion-de-usuarios-con-sus-eps/>
- Castro, B. (2008). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS*, 1, 157-188.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe- CEPAL (2006). *Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6875-gestion-financiamiento-politicas-que-afectan-familias>
- Constitución Política de Colombia [Const]. 4 de julio de 1991 (Colombia). <http://www.secretariassenado.gov.co/constitucion-politica>
- Departamento Administrativo de la función pública (2017). ABC de la Ley 1757 de 2015. Estatuto de la participación democrática en Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/documentos/418537/506911/2017-08-16_Abc_ley_1757_2015_Estatuto_participacion.pdf/bd0387b5-7b63-4067-bbbf-ea-d2e16e0d5b
- Fletes, R. (2004). Asistencia social: alcances y limitaciones. *Revista de Estudios Jaliscienses*, (55). http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/centro/informacion/NINO_DE_Y_EN_LA_CALLE/asistencia_social_alcances_y_limitaciones_DR_RICARDO_FLETES_COLEGIO_DE_JALISCO.pdf
- Franco, A. (2005). El auge de la protección social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 135-147.
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100012
- Gamboa Cáceres, T., & Arellano Rodríguez, M. (2007). Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 6(13). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsa/article/view/2691>
- Guerrero, R., Prada, S., y Chernichovsky, D (2014). *La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública*. Universidad ICESI. <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/146>
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006
- Ley 100 de 1993. Creación del sistema de seguridad social integral. D.O. No. 41.148. https://www.redjurista.com/Documents/ley_100_de_1993_congreso_de_la_republica.aspx#/
- Ley 1551 de 2012. Normas para modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios. 6 de julio de 2012. D.O. No. 48.483. <https://repositoriocdim.esap.edu.co/handle/123456789/8654>
- Ley 60 de 1993. Normas orgánicas sobre distribución de competencias y recursos. 12 de agosto de 1993. D.O. No. 40.987. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0060_1993.html
- Ley 715 de 2001. Normas orgánicas en materia de recursos y competencias de los servicios de educación y salud. 21 de diciembre 2001. D.O. No. 44.65. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_00715_2001.html

gov.co

- Londoño, J. (2001) Eras en la protección social latinoamericana. Comp: Ministerio de la Protección Social (2008). *Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales* (pp. 41-73) Colección Programa de Apoyo Social a la Reforma en Salud.
- Mejía-Castrillón, J. (2020). Sistema pensional en Colombia y organismos económicos multilaterales: algunas perspectivas de reforma. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 50(132), 29–49. <https://doi.org/10.18566/rfdcp.v50n132.a02>
- Ministerio de Salud y Promoción Social (2023c). *Control Social*. <https://www.minsalud.gov.co/Participa/Paginas/Control-social.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Poblaciones especiales*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsidiado/Paginas/afiliacion-de-victimas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022a). *Poblaciones especiales. Subdirección de la Operación del Aseguramiento en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/poblaciones-especiales-minsalud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022b). *Minsalud estableció condiciones de afiliación mediante Contribución Solidaria*. <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/Minsalud-estableció-condiciones-de-afiliación-mediante-Contribución-Solidaria.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2023a). *Población Migrante Venezolana*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/afiliacion-al-sistema-de-seguridad-social-en-salud-de-extranjeros-y-colombianos-retornados.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2023b). *Cifras de aseguramiento en salud con corte a diciembre 2022*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio del Interior (s/f). *Control Social*. <https://www.mininterior.gov.co/control-social/>
- Mojica, K. (2022). Migración Venezolana en Colombia Estado actual y principales retos -Policy Brief. Oportunidad Estratégica. <https://razonpublica.com/wp-content/uploads/2022/06/Policy-Brief-MigraciA%CC%83%C2%B3n-en-Colombia-002.pdf>
- Molina, G. y Rodríguez, C. (2004). Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia 2006. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 90-99.
- Montaño, R. (2022). *Organizaciones de la Sociedad Civil para la asistencia social dentro del programa 'Peso por Peso' en Hermosillo, Sonora, 2020-2021*. [Tesis de Grado. El Colegio de Sonora]. <https://repositorio.colson.edu.mx/bitstream/handle/2012/46138/Organizaciones%20de%20la%20Sociedad%20Civil%20para%20la%20asistencia%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morales, L. (1997). El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL, (55). <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5263/S9700142.pdf?sequence=1>
- Organización Internacional del Trabajo-

- OIT (2020). El COVID-19 y el mundo del trabajo: Repercusiones y Respuestas. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-dcomm/documents/briefingnote/wcms_739158.pdf
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2017). La salud es un derecho humano fundamental. Declaración del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2021). Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346533>
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2023). La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>
- Orozco, A. (2015). Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. Documentos de trabajo sobre Economía Regional, Num. 220. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_220.pdf
- Restrepo-Zea, J. H. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista De Salud Pública*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.103013>
- Rosemberg, H. y Andersson (2000) Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe, *Revista Panamericana Salud Pública* 8(1/2) <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3011.pdf>
- Uprimny, R. (2008). Estado, régimen político y democracia en la evolución colombiana reciente: un intento de interpretación. Comp: Ministerio de la Protección Social (2008). *Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales* (pp. 183-241) Colección Programa de Apoyo Social a la Reforma en Salud.