

RIESGOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL: HACIA EL COMPLETO BIENESTAR

SOCIAL SECURITY RISK IN HEALTH AND SOCIAL PROJECTION: TOWARD COMPLETE WELLBEING

Rubén Darío Restrepo Avendaño*

Grupo de Investigación. Gestión Empresarial.

Especialista en Gerencia de la Seguridad Social. Magister en Salud Pública.

Envigado / Colombia

rubendariorrestrepoavendano@gmail.com

(*) Autor de correspondencia.

RESUMEN

Con base en metodología de investigación documental (Textual, Intertextual y Contextual), se busca establecer las condiciones de los diferentes sistemas administrativos relacionados con la salud como “completo bienestar”, más allá que la ausencia de enfermedad, y definir la relación que cada nivel de sistema tiene con el sector. El Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- es más que asistencia: es respuesta económica frente a riesgos: reduce frecuencia, mitiga impactos, y supera el residual de impactos. Es, por lo tanto, un Sistema para la Administración de Riesgos-SAR- La “Salud” (OMS), como “completo bienestar”, facilita ver el SGSSS dentro del Sistema de la Protección Social-SPS- con Manejo Social del Riesgo-MSR- a través del cual se llega al “completo bienestar” dada la diversidad de orígenes de los riesgos administrados por este SPS.

Palabras clave: Administración de riesgos, aseguramiento, salud de la OMS, seguro, sistemas administrativos, solidaridad

ABSTRACT

Based on documentary research methodology (Textual, Intertextual and Contextual), it seeks to establish the systemic condition of the different administrative systems related to health as "complete well-being", beyond the absence of disease, and define the relationship that each level of system has with health. The General Social Security System in Health-SGSSS- is more than assistance: it is an economic response to risks: it reduces frequency, mitigates impacts, and exceeds residual impacts. It is, therefore, a System for Risk Management-SAR-The "Health" (WHO), as "complete well-being", facilitates seeing the SGSSS within the Social Protection System-SPS- with Social Risk Management-MSR- and allows to reach well-being given the diversity of origins of the risks managed.

Keyword: Risk Management, Insurance, WHO Health, Insurance, Administrative Systems , Solidarity

INTRODUCCIÓN

“Todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (desempleo, deterioro ambiental, guerra). Estos eventos afectan a las personas, comunidades y regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza” (1). Sobre los riesgos, Porras (2004) expresa que es: “...un tema que por siempre ha acompañado la historia del ser humano: el riesgo” (2), y agrega: “...toda organización, cualquiera que sea su actividad, debe conocer los riesgos a los que se ve sometida” (2), y que “incluso, al interior de las familias se debe tener conciencia de los posibles riesgos que acarrea la convivencia” (2).

Para Vergara De La Rosa C. “las personas y las sociedades siempre han estado preocupadas por los eventos que las amenazan. Los riesgos dieron origen a estrategias de precaución individuales y comunitarias” (3).

Las estrategias para administrar riesgos, en forma general, han tenido un tipo dominante por cada época, que ha venido cambiando y que, aunque no con la misma intensidad, permanecen a pesar de superarse su “etapa”. Las estrategias informales dominaron entre las familias inmersas en las economías artesanal y agropecuaria. La urbanización y la industrialización llevaron a las familias hacia la dependencia de un salario, reduciendo su capacidad de autogestión y enfrentándolas a nuevos riesgos, asociados a su condición de trabajadores dependientes, con procesos en serie y mediante máquinas. Esta dependencia desfasa la relación entre capacidad de respuesta y los riesgos, elevando la vulnerabilidad y llevando hacia nuevas estrategias informales comunitarias, para protección, como las “Cofradías” y Fondos Parroquiales. Por falta de cobertura total, se organizan y ofrecen a las familias, nuevas formas de abordar riesgos, a través de la caridad. Esta beneficencia, inicialmente privada, es luego asumida por los Estados, como áreas de “caridad” de

de hospitales, en el caso de los servicios para la enfermedad (sector “salud”).

En Alemania (1883), surgen estrategias basadas en lo económico, cuya característica principal era el estar enmarcadas en el modelo de seguros: Modelo Bismarkiano de seguros sociales, que se inicia con el “seguro de enfermedad” (1883). Este modelo urbano, para trabajadores dependientes y con cobertura familiar muy limitada, fue asumido por los países latinoamericanos. Europa empezaba a desarrollar un modelo intensivo en cobertura de riesgos (En profundidad) y poblacional (En extensión): la **Seguridad Social Ampliada**. Latinoamérica inicia en los años noventa grandes reformas en sus seguros sociales, y se dirige hacia una seguridad social que trascendía el formato de seguros, con mayores niveles de solidaridad, cobertura rural, de trabajadores independientes y rentistas, y personas sin capacidad de pago y crece la cobertura familiar.

Con la Protección Social la seguridad social avanza hacia la equidad, inscribiéndose en un concepto amplio y continente. A esto se llega en América Latina, entendida como una Sociedad del Bienestar, con el Manejo Social del Riesgo-MSR- como modelo de gestión.

El concepto mismo de “riesgo”, debe ser revisado dadas las múltiples visiones, desde diferentes miradas del saber y la experiencia (Es un término polisémico). Para los financieros, el riesgo se asocia a la posibilidad de que se generen pérdidas financieras. Para el empresario, este concepto tiene connotación más amplia no solo en los diferentes orígenes del riesgo, sino en las diversas formas de expresarse y los potenciales impactos sobre el logro de los objetivos.

En la salud, este término es asumido de manera diferente, y depende de si se enmarca en el servicio de salud o lo es en el servicio de la seguridad social en salud o en la protección social: El Riesgo en el “sector salud” está inmerso en un modelo

epidemiológico y probabilístico. Se asume como la probabilidad de que una persona, enfrentada a un factor de riesgo, sufra el evento biomédico esperado. Riesgo en el Sector de la Seguridad Social en Salud ya es un evento que amenaza el bienestar y los ingresos de un individuo o familia. Los riesgos cubiertos por la seguridad social en salud, son la maternidad, la enfermedad y los accidentes comunes. Se coaseguran los accidentes de tránsito y eventos catastróficos, con expresión en salud y a través del SGSSS.

Y el Riesgo en el sector de la Protección Social. Es un concepto muy cercano al que tiene la seguridad social, pero ya no es de origen exclusivo en el fenómeno salud-enfermedad. Ofrece cobertura a riesgos de otros orígenes. Pero cubre también los riesgos asociados a la salud-enfermedad.

TÉRMINOS, CONCEPTOS Y MARCOS CONCEPTUAL Y TEÓRICO

Riesgo, unos conceptos: Tres conceptos de relieve
 1° La combinación de la probabilidad (posibilidad) de un evento y su consecuencia (Risk Management: Vocabulary Guide 73 ISO).
 2° Posibilidad de que suceda algo que tendrá impacto en los objetivos. Se mide en términos de consecuencias y posibilidad de ocurrencia (NTC 5254 Gestión del Riesgo) y
 3° Combinación de la probabilidad y la(s) consecuencia(s) que ocurra por un evento peligroso específico. (NTC OHSAS 18001). Riesgo en salud es epidemiológico (matemático/probabilístico), pero la salud está generalmente incluida en seguros o en seguridad social, esto lleva el “riesgo” hacia un “evento”, como en estos conceptos. Riesgos en el SGSSS son eventos, no su “probabilidad”. En el presente texto, el riesgo se enmarca en la seguridad social en salud y la protección social, en las cuales el riesgo lo constituye un evento que amenaza los ingresos y el BIENESTAR de una persona o familia, en este concepto se crea el nexo entre riesgos y bienestar.

Análisis de Riesgos: Uso sistemático de la información disponible, para determinar

la frecuencia con la que pueden ocurrir eventos especificados y la magnitud de sus consecuencia (NTC 5254 Gestión del Riesgo).

Evaluación del Riesgo: Proceso general de estimar la magnitud de un riesgo y decidir si éste es tolerable o no (NTC OHSAS 18001). En este artículo la “evaluación” subsume al “análisis” y, como proceso, los unifica; entendiéndolos integralmente como evaluación del riesgo, ya que esta depende del primero: de la frecuencia y la intensidad del riesgo y su potencial impacto.

Administración del Riesgo: Conjunto de acciones llevadas a cabo en forma estructurada e integral, que permite a las organizaciones identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos, con el fin de emprender en forma efectiva las medidas necesarias para responder ante ellos (4). Para el documento, este conjunto de acciones se proyecta no solo a las organizaciones empresariales, sino también a las personas individuales, a las familias y a las comunidades.

Vulnerabilidad: Es la probabilidad (Para el artículo considérese “posibilidad”) de ser afectado por un riesgo de cualquiera naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad se convierte en una característica dinámica, que se modifica tanto con la disminución de la exposición al riesgo o su intensidad, como con la mejor capacidad de manejarlo (5).

El Seguro: El concepto de seguro puede ser analizado desde diversos puntos de vista. Algunos autores destacan el principio de solidaridad humana al considerar como tal la institución que garantiza un sustitutivo al afectado por un riesgo, mediante el reparto del daño entre un elevado número de personas amenazadas por el mismo peligro (Dilución mediante la Ley de los Grandes Números) ; otros, señalan el principio de contraprestación, al decir que el seguro es una operación en virtud de la cual, una parte (tomador y/o asegurado) se hace acreedor,

mediante el pago de una remuneración (la prima), de una prestación que habrá de satisfacerle la otra parte (el asegurador) en caso de que se produzca un siniestro. También ha sido considerado el seguro desde su aspecto social (asociación de masas para el apoyo de los intereses individuales), o desde lo matemático (transformación de un valor eventual en un valor cierto), de coste (el medio más económico para satisfacer una necesidad eventual), y otros. Desde un punto de vista general, puede también entenderse como una “(...) actividad económica-financiera que presta el servicio de transformación de los riesgos de diversa naturaleza a los que están sometidos los patrimonios, en un gasto periódico presupuestable, que puede ser soportado fácilmente por cada unidad patrimonial” (6). El documento se acerca al concepto de riesgo desde el principio de la contraprestación y en el modelo Ley 100 de 1993 del SGSSS, con alto efecto solidario desde distintos orígenes.

Aseguramiento: Para el presente documento este concepto se establece desde la solidaridad, pero va más allá que el concepto del Diccionario Mapfre (6), en el sentido de que esta solidaridad se expresa desde el pago mismo a la entidad que asume el riesgo y que no es ciertamente una prima (basada en el riesgo), sino una cotización (basada en las posibilidades de aporte de cada afiliado). Igualmente, la solidaridad trasciende el concepto Mapfre (6), en que su ámbito es más amplio y cobija la familia del afiliado y a las familias no aportantes, entre otros. Este concepto, así concebido, está asociado a la seguridad social y a la protección social. En algunos sistemas de seguridad social en salud, como el colombiano (Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS-), el concepto de “aseguramiento” se acerca al concepto de un Sistema para la Administración de Riesgos (7).

Manejo Social del Riesgo (MSR): Este concepto “(...) replantea las áreas tradicionales de Protección Social (intervención en el mercado laboral, prevención social y redes de protección social) en un marco que incluye tres estrategias para abordar

el riesgo (prevención, mitigación y superación de eventos negativos (shocks)), tres niveles de formalidad de manejo del riesgo (informal, de mercado y público) y varios actores (personas, hogares, comunidades, ONGS, diversos niveles de gobierno y organizaciones internacionales) frente a un contexto de información asimétrica y distintos tipos de riesgo (1). El MSR se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (como terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra)” (8). En este documento, el MSR es un modelo de gestión del riesgo, no de administración del riesgo (1).

JUSTIFICACIÓN

La ausencia de precisión en el uso de términos y sus respectivos conceptos, no solo tiene un efecto de indefinición, sino que en ocasiones trasciende y llega a afectar procesos claves como el análisis y la evaluación de los sistemas administrativos. Es frecuente el uso de los términos “Sistema General de Seguridad Social en Salud”, como el “Sistema de Salud” de Colombia. Los “Determinantes de la Salud”, están descritos en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud), como que “se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad (Bis), tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud” (Parágrafo, Art. 9°), con un claro contrasentido, y descripción que choca contra el listado de determinantes que se puede extraer de la Declaración de Yakarta (Julio, 1997), todos orientados hacia la salud. Estos usos confusos de conceptos, son especialmente frecuentes en el SGSSS, y se presenta no solo en población general, sino en profesionales del sector salud, especialistas en áreas administrativas y económicas de la salud e incluso en directivos de los

diferentes niveles del sector salud del país. La imprecisión en el concepto que contiene el SGSSS, ha llevado hasta a evaluarlo como el Sistema Nacional de Salud del país, en un marco de asistencia a eventos mórbidos de la salud y no de protección financiera de las familias. La Sistémica Administrativa debe ser un elemento de estudio para todas las personas, o como mínimo los profesionales de las diversas áreas del saber.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Establecer elementos que permitan una visión de los sistemas administrativos relacionados con la salud como sector administrativo, como sistemas diferentes entre sí, y como sistemas para la administración de riesgos-SAR-. Como base para su inclusión como objetos para la investigación.

Objetivo específicos.

- Determinar los tres sistemas administrativos colombianos que administran riesgos relacionados con la salud y las diferencias entre sí.
- Asociar los sistemas administrativos relacionados con la salud, con la teoría de riesgos y la teoría de seguros.
- Mostrar al Sistema de la Protección Social y su Manejo Social de los Riesgos de todo origen, como vía posible para los “determinantes de la salud” y, con ello el “completo bienestar físico, mental y social”.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un proceso de investigación documental y se analizó el tema de los riesgos asociados a los diferentes sectores en los cuales la salud, como concepto y fenómeno, está presente. La metodología aplica el análisis textual de base, tomando la normativa inicial sobre el SGSSS: La Ley 100 de 1993, a través de la membresía de Xperta de Legis Editores, lo intertextual a través de la normativa posterior que desarrolla a la Ley 100

de 1993 y los documentos incluidos en las referencias documentales del artículo, y la contextual a través del modelo de SGSSS realmente desarrollado, con transformaciones muy importantes e impactantes, consecuencia de la normativa posterior a la ley que lo crea.

Es importante enfatizar en el carácter histórico de las bases, y con ello de la bibliografía, para el presente artículo, dados sus objetivos de enfrentar el modelo de sistema inmerso en la Ley 100 de 1993 y el que las normas legales y administrativas posteriores desarrollaron en la realidad.

RESULTADOS: LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y LA ESTRATEGIA DE SEGUROS EN SALUD

Para establecer las estrategias para la administración de “riesgos”, en cada momento de la historia del “sector de la salud”, se han planteado abordajes. El análisis desde “Causa-Efecto”, partiendo en forma general de que a cada causa le sigue indefectiblemente un efecto determinado esperable y, como colofón, que cada efecto está antecedido por una causa específica para él. El determinismo causal, posteriormente, abre un poco el panorama y establece que existe un paquete de “determinantes de la enfermedad” cuya sumatoria de efectos llevan hacia ella. Al introducir el concepto “riesgo”, como tal, se lo aborda desde una mirada epidemiológica, lo cual lleva a definirlo como se observó en la introducción: un “riesgo” de tales características implicaba tener unos Factores de Riesgo Epidemiológico, muy en la dirección de los determinantes de la enfermedad. Una vez se inserta el sector salud en los “seguros Sociales” y, más recientemente en la seguridad social, el riesgo empieza a ser considerado ya como “eventos” que amenazan el bienestar y los ingresos, eventos que, por lo tanto, son determinables y de hecho determinados. La Protección Social amplía el ámbito de origen de los riesgos, hacia otros aspectos diferentes a la seguridad social en salud, incluyendo así los otros subsectores de la seguridad social:

pensiones y riesgos profesionales y otros sectores y sistemas. En Europa todos estos riesgos se incluyen en su concepto de “Seguridad Social Ampliada”, lo cual no es solo un tema de conceptos, sino que implica un abordaje desde marcos político, referencial y teórico distintos y un tipo especial de Estado. Las últimas reformas en Seguridad Social y en Protección Social (Y la Seguridad Social Ampliada en Europa), permiten entender sus respectivos sistemas administrativos: el de la Seguridad Social en Salud y el de la Protección Social, como Sistemas para la Administración de Riesgos, de orígenes en la Seguridad Social en salud y en la Protección Social.

Latinoamérica, distinto a Europa, plantea esta administración tomando como base un modelo nuevo de gestión del riesgo: el Manejo Social del Riesgo-MSR- (1). Y, en este sentido, se establece el siguiente esquema general (8).

1° Percepción o identificación del Riesgo.

2° Evaluación del Riesgo. Por frecuencia y Por intensidad.

3° Gestión del Riesgo. Modelo Propuesto el Manejo Social del Riesgo-MSR-, el cual asume tres estrategias y tres orígenes de ellas: Estrategias de Prevención o Reducción de Mitigación y de Superación, las cuales pueden tener como orígenes informal de mercado o públicas.

4° Comunicación del Riesgo. De manera paralela, el desarrollo de la administración de riesgos ha determinado varias formas de estrategias de tipo económico, entre otros abordajes. Estas pueden resumirse en acuerdo con Vergara, D. L. R.; C. (2005): en lo que ella ha llamado los “Modelos Económicos Frente al Riesgo” (9):

- **Mercado de Seguros (individual y colectivo):** Racionalidad convencional del mercado, basada en la consistencia de las preferencias (Skandia, Colseguros, SURA, etc.).

- **Aseguramiento Obligatorio:** Fondo de reserva de los trabajadores para protección mutua (ISS; Subsidio Familiar).
- **Aseguramiento bajo principio de Solidaridad:** Las contribuciones también favorecen a quienes no aportan (Hogares comunitarios ICBF, SGSSS).
- **Aseguramiento bajo principio de Equidad:** Igualdad de oportunidades y posibilidad de extender el espacio de las capacidades y realizaciones (A. Sen) (9).

Resaltamos desde lo anterior, que tanto el seguro como el aseguramiento, entendidos como el proceso de transferencia de los riesgos a un tercero, no son formas globales ni únicas para el manejo de los riesgos, sino que constituyen algunas de las estrategias de mitigación utilizables frente a los riesgos a los cuales estamos todos expuestos. Estas formas de estrategias suponen como característica del riesgo contar con información altamente asimétrica en favor del receptor de la transferencia del riesgo. En algunos sistemas de seguridad social, como el colombiano, el concepto de aseguramiento implica una visión mucho más integral que la sola transferencia del riesgo, acercándose a un modelo de administración integral de los riesgos (7), e igualmente no corresponde, en ese sentido a la sola transferencia del riesgo, sino que supone un paquete de estrategias entre las cuales está el aseguramiento, pero que se apoya en otras estrategias de reducción, mitigación y superación.

“La Seguridad Social es concebida como el conjunto de regímenes y normas adoptadas por el Estado y que tienen por finalidad mantener un determinado nivel de vida de la población y asistir a todos aquellos en estado de necesidad. (...) se ve reflejada en el otorgamiento de diversas prestaciones en dinero y servicios, cuando un determinado colectivo es afectado por contingencias consideradas socialmente protegibles” (10). Si centramos este concepto en “salud”, estamos frente a un sector que busca “(...) mantener determinado nivel de vida de

la población (...)” (10), (resaltado fuera de texto), reflejándose esto en la oferta de prestaciones no solo en servicios sino incluso en dinero, para resolver afectaciones contingenciales, socialmente prevenibles y con orígenes en riesgos asociados a la salud y a la seguridad social en salud. Este concepto y su desarrollo, marcan otra de las diferencias importantes entre los sectores y sistemas de la salud y de la seguridad social en salud, y coadyuva para ubicarnos en cada uno de ellos.

Un sistema de seguridad social en salud, bajo la óptica latinoamericana, cuenta con cuatro macroprocesos: la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación de servicios, en un marco de pluralismo estructurado. Cada uno de estos “macroprocesos” aporta riesgos que se enfrentan a los objetivos de estos sistemas, entre los cuales los epidemiológicos asociados a la enfermedad común, la maternidad y los accidentes comunes y a la prestación misma de los servicios para ellos, no son más que algunos de los riesgos para los cuales el SGSSS en su conjunto debe establecer estrategias para su administración adecuada. La visión epidemiológica aporta al modelo general, la visión de la administración de los llamados “Factores de Riesgo”, asumidos como eventos que ponen en peligro el bienestar y los ingresos de una familia, al generar potenciales “siniestros” (constituidos por enfermedades, maternidades y accidentes comunes), los cuales a su vez y como parte de riesgos repetidos o encadenados, se comportan como los riesgos a los cuales responde la seguridad social en salud y que exigen de otros abordajes y estrategias para su manejo (11). Ver tabla 1.

Tabla 1. Riesgos, sus orígenes y siniestros en el sistema nacional de salud-sns-, sistema general de la seguridad social en salud-sgsss- y sistema de la protección social de colombia-sps- (11).

ELEMENTO	SNS	SGSSS	SPS
RIESGO	Epidemiológico: Probabilidad de que una persona, enfrentada a un factor de riesgo, llegue a tener el evento.	Enfermedad Común. Accidente común: Coasegurados los accidentes de tránsito y los eventos catastróficos.	Cuando (1) en este marco conceptual se habla de Riesgo, hace referencia a eventos negativos que amenazan el ingreso y el bienestar de los hogares.
SINIESTRO	<ul style="list-style-type: none"> La enfermedad. La maternidad. 	Efecto sobre el bienestar y los ingresos de la familia.	Efecto sobre el bienestar y los ingresos de la familia.
ORIGEN DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Proceso Salud. Enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso Salud. Enfermedad 	Todos los orígenes.

Fuente: Diseño del autor, (2010).

Partiendo de la amplitud de orígenes de los riesgos y tipos de las estrategias que hacen parte del MSR (11), ver Tabla 2 y Figura 1, es imperativo que para la administración de los riesgos asociados a la seguridad social en salud y a la salud, se planteen estrategias que vayan más allá que simplemente la transferencia de los riesgos (seguros o aseguramiento), y que actúen no solo a nivel de mitigación, sino también de reducción de los riesgos y superación de los impactos y, además, que permitan la percepción, la evaluación y la comunicación de los riesgos. En una corresponsabilidad Individuo/Familia/Sociedad /Estado (14).

Tabla 2. Diseño, clasificación y establecimiento de actores en el msr (11).

RIESGO EN ESTUDIO	INFORMALES	DE MERCADO	PÚBLICAS
De Reducción del Riesgo	Estrategia:	Estrategia:	Estrategia:
	Involucrados:	Involucrados:	Involucrados:
De Mitigación del Impacto	Estrategia:	Estrategia:	Estrategia:
	Involucrados:	Involucrados:	Involucrados:
De Superación del Impacto	Estrategia:	Estrategia:	Estrategia:
	Involucrados:	Involucrados:	Involucrados:

Fuente: Diseño del autor, (2010).

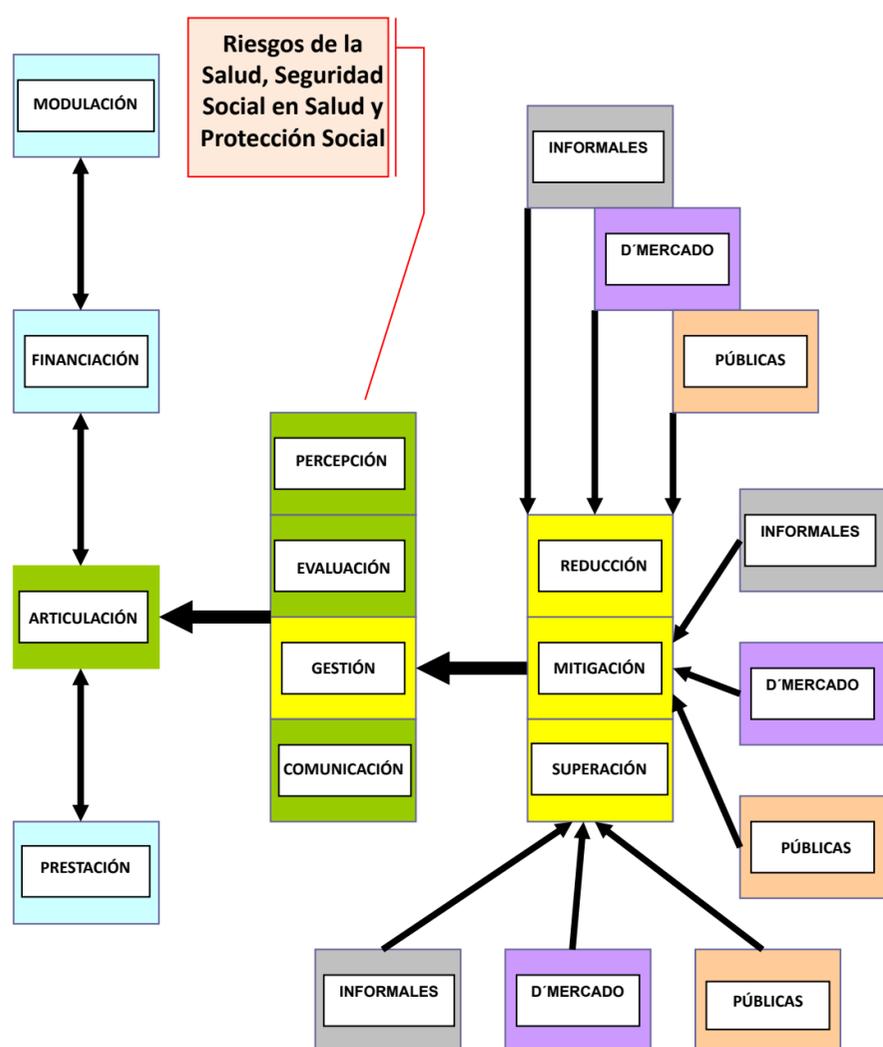


Figura 1. Manejo social del riesgo en el entorno del SPS* y del SGSSS. Hacia un Modelo Operativo (11).

Fuente: Diseño del autor. (2010).

*SPS: Sistema de la Protección Social.

LA TRANSFERENCIA DE LOS RIESGOS EN SALUD

Una Estrategia entre Muchas

Los riesgos asociados a los sectores de la salud y la seguridad social en salud, con características de frecuencia, intensidad y principalmente, de condiciones de asimetría en la información, son objetos de estrategias basadas en teoría de seguros o aseguramiento, partiendo de la transferencia de ellos hacia un tercero, quien asume la responsabilidad contingencial sobre ellos.

Tres, en general, han sido las formas de realizar dicha transferencia (9) “Mercado de Seguros, con orientación individual o colectivo y basados en una racionalidad convencional del mercado y en la consistencia de las preferencias” (9). A esta forma pertenecen las pólizas de salud de las Aseguradoras: SURA, Skandia, Colseguros, etc. Aseguramiento de carácter obligatorio, como los Fondos de Reserva de los trabajadores para protección mutua, tanto informales (Fondos Parroquiales, Mutuales, Cofradías) como formales: Instituto de los Seguros Sociales-ISS- y Seguros Sociales de carácter público y orientación individual, con baja solidaridad (ICSS). Y el aseguramiento bajo principio de Solidaridad, en el cual las contribuciones también favorecen a quienes no aportan: es el caso del SGSSS de Colombia. Las estrategias anteriores, han sido diseñadas con marco en la teoría del seguro, progresivamente introduciéndoles elementos cada vez mayores de solidaridad, la cual es alta en el modelo del SGSSS a la luz de la Ley 100 de 1993.

Para acercarnos al abordaje desde la teoría de seguros, que tiene el SGSSS y muy especialmente, el Sistema General de Seguridad Social en Riesgos Laborales-SGSSRL- (El cual, por muchos elementos, constituye un real seguro, en el cual sí existen, por exigencia legal, las aseguradoras como articuladoras en el sistema), debemos buscar en su estructura los que se consideran son las PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO, y los ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE SEGUROS, elementos que nos facilitan llegar a la visión de los sistemas SGSSS y SGSSRL, como Sistemas para la Administración de Riesgos -SAR-, en sus respectivas competencias, y el SGSSRL con una base de un seguro pleno. Son partes del Contrato de Seguros, en acuerdo con el Código de Comercio de Colombia, el asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y el tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos (12).

Tabla 3. Partes en el contrato de seguros (12) y otras personas involucradas en este acto.

PERSONAS PARTE	COMPROMISO FRENTE AL CONTRATO
TOMADOR	Persona quien traslada el riesgo
ASEGURADOR	Organización que asume el riesgo
OTRAS PERSONA	
COMPROMISO FRENTE AL CONTRATO	
ASEGURADO	Tenedor del Bien Asegurable
BENEFICIARIO	Recibe los beneficios de la Obligación Contingencial del Asegurador

Fuente: Construcción del autor, con elementos del Código de Comercio (12).

Tabla 4. Elementos esenciales del contrato de seguros (13) sus equivalentes en la afiliación al sgsss.

ELEMENTOS ESENCIALES	EQUIVALENTE EN EL SGSSS
Interés (O Bien) Asegurable	La Salud
Riesgos Asegurables	Enfermedad General - Maternidad - accidente común.
Prima	Unidad de pago por capitación - UPC
Obligación Contingencial del Asegurador	Estrategias de reducción, Mitigación y superación del PBS, Prestaciones monetarias.
SI ES CONTRACTUAL HAY UN ELEMENTO ADICIONAL OBLIGATORIO	ELEMENTO EQUIVALENTE
Garantía del Seguro	Autocuidado y cuidado familiar y social

Fuente: Construcción del autor, con elementos del Código de Comercio (13).

Un elemento fundamental, sobre el cual es importante llamar la atención de todos los actores del SGSSS, y principalmente a cada usuario-afiliado: las Entidades Promotoras de la Salud (EPS) deben ser recuperadas y así, reconceptualizadas a la luz de la Ley 100 de 1993, incluyendo por parte de algunos tratadistas del tema del SGSSS, antes de que se llegue a tomar determinaciones sin un mínimo de sustento y desestabilizando el sistema y su gran efecto de solidaridad se detectó en 2011 y es una amenaza para el 2022.

Las EPS, tienen el carácter de Articuladoras, no son Aseguradoras. Quien asegura es el SGSSS como un todo. No cumplen al actuar, además, con los cuatro elementos esenciales de un contrato de seguros. Tienen una alta participación esencial, en la medida en que se las lleve a cumplir su rol, como moduladoras de la asimetría de información existente entre los dos actores de la “Relación de Agencia”: El Principal (Usuario/“Paciente”) y el Agente (Grupo de salud), con una asimetría inmensa e infranqueable por el Principal autónomamente y en favor del Agente. Esto hace que el acabar con este modulador de agencia, sería exponer de nuevo (como antes de la Ley 100 de 1993, a la luz del Sistema Nacional de Salud-SNS-) al usuario frente al prestador de servicios, en estado de completa indefensión.

LA MODULACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Un factor trascendental en los problemas para la comprensión del sistema.

Restrepo, Avendaño; Rubén Darío (14, 15), observó (2011) ya los problemas para la adecuada comprensión de los sistemas administrativos relacionados con la salud, al analizar la normativa desarrollada para el SGSSS entre 1993 y 2011, y expresaba en su resumen del artículo que “La situación de los sectores de la salud y la seguridad social en salud, antes y después del SGSSS y la desproporcionada conflictividad en su desarrollo, llevan a buscar factores más allá del Sistema,

inmersos en sus funciones básicas. Se describe, la distribución de las “Reglas de Juego” Legales y Administrativas del SGSSS de diciembre de 1993 a febrero de 2011, entre las funciones básicas, enfatizando en articulación, prestación de servicios y administración de riesgos. La modulación legal y administrativa ha sido profusa, más no tanto otros tipos de ella, pero su distribución dista mucho de ser lo esperable dados sus niveles altos en Prestación de Servicios y la muy baja participación de la Articulación, la cual debería haberle generado las potencialidades que el SGSSS tendría para superar lo encontrado antes y que la modulación sesgada solo reforzó. El financiamiento y el diseño financiero tienen una modulación adecuada” (16). Ya el enfoque desde la salud, dejaba la función más importante en el SGSSS: Su articulación, sin un adecuado desarrollo reglamentario y, así con esto, generaba un desequilibrio en favor de la conceptualización de un sistema de salud y no de seguridad social.

Otra fuente inicial que sumó al hecho de los errores en la conceptualización del SGSSS y los otros sistemas relacionados con la salud, lo visibilizó un proceso de pretest aplicado a estudiantes de posgrados gerenciales de salud, de las universidades CES de Medellín, UNAB de Bucaramanga, Rosario de Bogotá y Mariana de San Juan de Pasto, aún sin publicar, el cual muestra igualmente conceptos no adecuados del sistemas y de términos relacionados con él (16).

Dos elementos adicionales previstos, hacen parte también de la prospectiva que para este 2022 ya son una realidad.

1. • La citada tendencia a revisar la existencia de la más importante función esencial del SGSSS: su articulación, como función innovadora y sus Organizaciones Articuladoras de Servicios de Salud -OASS-, Entidades Promotoras de Salud-EPS- para el caso colombiano, las cuales las han puesto en cuestionamiento (2022) sin bases válidas.

2. • La cada vez más visible necesidad, igualmente reconocida por el exministro de salud y actual (2022) ministro de educación Alejandro Gaviria Uribe (Intervención en el XII Congreso Nacional de Salud en 2017): La potencial necesidad de una “Reingeniería Reversa”, buscando llegar al modelo de sistema efectivamente contenido en la Ley 100 de 1993. Necesidad compartida por el autor y citada en sus cátedras en postgrados, desde 2012.

CONCLUSIONES

Todos estamos expuestos a los mismos riesgos de diferentes orígenes.

La vulnerabilidad frente a los riesgos tiene que ver también con la capacidad que tengamos para gestionarlos adecuadamente. Directamente proporcional a la intensidad del riesgo e inversamente proporcional a la capacidad de gestionarlos.

La Protección Social no se limita a manejar situaciones de vulnerabilidad crítica, debe construir capitales humano y social, mediante promoción social: reducir la vulnerabilidad por la vía de aumentar la capacidad de respuesta.

Son múltiples y diversos los orígenes de los riesgos y los riesgos mismos, y múltiples y diversas son las estrategias para enfrentarlos adecuadamente.

Los sectores de salud, seguridad social en salud y protección social son sectores diferentes, y con sistemas administrativos específicos diferentes.

Los sistemas de la salud, de la seguridad social en salud y de la protección social, no solo son sistemas administrativos a la luz de la Ley 489 de 1998, sino sistemas para la administración de riesgos.

El seguro y el aseguramiento (en su acepción de transferencia de riesgos), no son estrategias únicas en los sistemas de salud y de seguridad social en salud. Son estrategias potentes, pero solo son estrategias de mitigación, como parte del amplio espectro estratégico frente a los riesgos.

La Protección Social y el Manejo Social del Riesgo -MSR-, permiten la administración de riesgos no solo de origen en salud, sino de otros orígenes pero que afectan y se expresan en los niveles de salud del individuo, la familia y/o la comunidad (Niveles de Ingresos y Bienestar), y que amenazan, igual que los de la salud, el “completo bienestar físico, mental y social” (Concepto OMS de la Salud).

El Sistema de la Protección Social y el Manejo Social del Riesgo, actuando en paralelo complementario, constituyen la vía que hará posible acercarse tanto al “Completo Bienestar”, como a sus antecesores: los determinantes de la salud. Los determinantes de la salud, superan el sector salud y solo son posible en el entorno del Sistema de la Protección Social.

A partir de estos hallazgos del estudio presente, se vienen diseñando aplicativos para gestión de estos sectores, basados en los modelos E:Risk-M, adaptados para ello. Son desarrollo de procesos de innovación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Holzmann, R. & Jorgensen, S. (2000). “Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá”. Documento de Trabajo No. 0006 sobre protección social. Banco Interamericano de Desarrollo-BID-. Washington, Febrero de 2000. <https://es.scribd.com/document/156601492/Manejo-Social-Del-Riesgo-Un-Nuevo-Marco-Conceptual-Para-La-Proteccion-Social-y-Mas-Alla>
- Porras G., H. (2004). “Curso de iniciación al Riesgo y GAP de Liquidez”. Bogotá, Colombia. Julio de 2004 <https://www.autoreseditores.com/libro/795/hernanando-porras-gomez/curso-de-iniciacion-al-riesgo-y-gap-de-liquidez.html> (07/06/2022- 08:37 pm)
- Ministerio de la Protección Social- MPS Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. (2008). Universidad de los Andes- Universidad Santo Tomás de Aquino- Universidad de Antioquia- Instituto de Ciencias de la Salud/CES- Universidad ICESI de Cali. “Gerencia social. Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales”. Capítulo 3: “Antecedentes de la protección social en Colombia” Vergara De La Rosa; Carmen Helena. Bogotá, Colombia marzo 2008. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/gerencia-social-2008-pars.pdf> (07/06/2022. A las 09:12 pm).
- Mejía, Q.; R. C. (2008). “Administración del Riesgo. Un Enfoque Empresarial”. Fondo Editorial Universidad EAFIT. Medellín, Julio de 2008. <https://www.eafit.edu.co/cultura-eafit/fondo-editorial/coleccion/Paginas/administracion-de-riesgos-un-enfoque-empresarial.a%20spx> (07/06/2022. A las 09:12 pm).
- Organización No Gubernamental CRECE. (2002). Bases conceptuales para la creación de un Ministerio de Protección Social en Colombia”. Bogotá, diciembre 2002.
- Diccionario MAPFRE. <http://www.mapfre.com/w-diccionario/terminos/vertermino.shtml?s/seguro.htm> . Consultado el 05 de agosto de 2010, a las 10:28 am de Colombia.
- República de Colombia, Congreso Nacional. (2007). Diario Oficial 46.506. Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D. C.; enero 09 de 2007.
- Restrepo, A.; R. D. (2008). “Pluralismo Estructurado. Diseño, Análisis, Evaluación, Reestructuración de Sistemas Plurales”. Notas de Clase. Maestría en Administración de la Salud. Universidad CES – Universidad de El Rosario. Cohorte I Año 2008. Medellín, Julio de 2008.

9. Vergara, D. L. R.; C. (2005). “Antecedentes de la Protección Social en Colombia”. Curso INDES de Gerencia Social. Convenio con el PARS – Colombia. Ministerio de la Protección Social, Citando a Misión Social-DNP e ICBF. Familias Colombianas: Estrategias frente al Riesgo. Bogotá, noviembre 2002. Washington, D.C., julio 12 de 2005
10. Organización Iberoamericana de la Seguridad Social -OISS-. (2007). Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos. Características Generales del Sistema de Seguridad Social de Argentina. Madrid, España; 2007. Citado por Restrepo, A.; R. D. (2008), en “El Riesgo. Más allá que el “Riesgo” Epidemiológico. Riesgo en Diferentes Sistemas Administrativos: Superar, sin abandonar, el concepto epidemiológico del riesgo”. Presentación opcional para la asignatura “Análisis del Sistema de la Protección Social”. Maestría en Administración de la Salud. Universidad CES – Universidad de El Rosario. Cohorte I Año 2008. Medellín, Julio de 2008
11. Restrepo, A.; R. D, (2010). Sistema para la Protección Social. Notas para Clases. Universidad CES. Medellín, marzo de 2010.
12. República de Colombia, Presidencia de la República. (1971). Código de Comercio, Decreto 410 de 1971. Bogotá, D. C. Colombia, 1971. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base-doc/codigo_comercio.html
13. República de Colombia, Congreso Nacional. (1998). Ley 489 de 1998. DIARIO OFICIAL. AÑO CXXXIV.N. 43464. 30, DICIEMBRE, 1998. PAG. 1. por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C. diciembre 29 de 1998.
14. Ministerio de la Protección Social- MPS Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. (2008). Universidad de los Andes- Universidad Santo Tomás de Aquino- Universidad de Antioquia- Instituto de Ciencias de la Salud/CES- Universidad ICESI de Cali. “Gerencia social. Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales”. Capítulo 10: “Asistencia social en el horizonte del sistema de la protección social en Colombia”. Restrepo Avendaño, Rubén Darío. Bogotá, Colombia Marzo 2008. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/gerencia-social-2008-pars.pdf> (07/06/2022. A las 09:12 pm)
15. Legis Editores. LEGIS Xperta | Plataforma digital con soluciones profesionales. <https://xperta.legis-co/home> Vía Internet. Membresía
16. Restrepo, Avendaño; Rubén Darío. (2012). “Modulaciones legal y administrativa para el sistema general de seguridad social en salud de Colombia de diciembre de 1993 a febrero de 2011”. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4863648>