

Del pluralismo estructurado

HACIA LA PROTECCIÓN SOCIAL*

Cecilia Echeverri Velasco**

Resumen

Esta investigación pretende recomendar criterios de políticas públicas para fortalecer en lo institucional al Ministerio de la Protección Social con el propósito de desarrollar la integración del componente de salud y del proceso de reforma en salud dentro del Sistema de protección social. Este componente es transversal para el bienestar de la población, su importancia para la generación de capital humano lo convierten en la piedra angular de cualquier sistema de protección social. El estudio es de carácter exploratorio el cual incluye un análisis comparativo de las reformas en salud que han desarrollado aplicaciones del concepto de protección social para los casos de Canadá, Chile y México, con respecto al caso colombiano. La investigación analiza las implicaciones de las reformas para avanzar en la protección social en salud. La función de modulación o *stewardship* del Ministerio, se encuentra como fundamental para adelantar las relaciones políticas y estratégicas dentro del sistema en aras de consolidar la integración de la salud y su reforma dentro del Sistema de protección social. La investigación concluye con una serie de recomendaciones para integrar la salud a la protección social.

Palabras clave: reforma en atención de la salud, seguro de salud, política de salud, equidad y protección social.

Abstract

This research aims to recommend policy criteria for the Ministry of Social Protection in terms of integrating the health component and the health system reform within the System of Social Protection in Colombia. The health component is found to be vital for the well being of the Colombian population, its importance as a generator of human capital makes it a pillar of any social protection system. The research is exploratory and includes a comparative analysis of the health reforms in Canada, Chile and Mexico, which have developed applications of the concept of social protection. The study analyzes the implications of health reforms for extending social protection in health. The stewardship function, for the Ministry, is found to be fundamental in order to develop the political and strategic relationships within the system to be able to consolidate de integration between health and its reform with the System of Social Protection. The research concludes with policy recommendations to extend social protection in health.

Key Words: health care reform, health insurance, health policy, equity and social protection.

* Esta investigación hace parte de la línea del Proyecto ajuste y fortalecimiento institucional del Ministerio de Protección Social y los entes territoriales. Consultoría de producto contratada por el Pars, como parte de la línea del proyecto mencionada, crédito BID 910/OC-CO, contrato número 2031740 del 4 de julio de 2003 al 23 de marzo de 2004.

** La autora expresa su agradecimiento a Jaime Ramírez Moreno, coordinador del Programa de apoyo a la reforma en salud del Ministerio de Protección social.

Introducción

Colombia es pionero en América Latina en la consolidación de un Sistema de protección social. Se trata de un proyecto que puede tener un impacto gigantesco en la calidad de vida de la población. Sin embargo, si la idea de la protección social no es comprendida en su totalidad y el país y sus instituciones no la asumen como propia, el enorme potencial del Sistema no se convertirá en realidad.

El objetivo de la investigación es recomendar criterios de políticas públicas para fortalecer en lo institucional al Ministerio de Protección Social para que desarrolle la integración del componente de salud y del proceso de reforma dentro del recién creado Sistema. La reforma desarrolló el sistema de aseguramiento en salud, el cual aporta importantes lecciones entendido como un sistema de protección de riesgos. La investigación responde a la necesidad de integración de la salud y el concepto de protección social, lo cual arroja nuevas necesidades conceptuales, técnicas y operativas dentro de la capacidad institucional del Ministerio.

La reforma se justifica por cuanto el Ministerio necesita desarrollar las relaciones políticas y estratégicas entre el sistema de salud y el de la protección social para establecer una nueva capacidad institucional de protección de riesgos. El estudio se fundamenta en el concepto de protección social desarrollado por Holzmann y Jorgensen (2000) del Banco Mundial y del concepto de reformas en salud de la OPS (1997).

1. Materiales y métodos

La investigación pretende responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles desarrollos produjeron las reformas en salud para avanzar

hacia la protección social? ¿cuál es la relación entre la salud y el Sistema de protección social? ¿cómo se integra la salud al concepto de protección social? y ¿cuáles son las implicaciones institucionales de esta integración para el Ministerio de Protección Social?

La investigación es de carácter exploratorio y su metodología se basa en la revisión de la literatura sobre reformas en salud y protección social. Se incluye un análisis comparativo de las reformas en salud de Canadá (OPS, 2000), Chile (OPS, 2002a), Colombia (OPS, 2002b) y México (OPS, 2002c). Este análisis se fundamenta en torno al modelo de pluralismo estructurado y los avances en el concepto de protección social. El estudio analiza las implicaciones de las reformas para avanzar en la protección social en salud de los colombianos.

Con base en los avances de la reforma en salud colombiana y los retos que enfrenta, el análisis de las implicaciones se enmarca dentro de la concepción de un Sistema de protección social y el concepto del manejo social del riesgo (Holzmann y Jorgensen, 2000). Los instrumentos de investigación han sido informes oficiales nacionales e internacionales, investigaciones oficiales e independientes y publicaciones varias sobre la reforma colombiana y las experiencias internacionales de reforma en salud de Canadá, Chile y México.

2. Resultados

2.1 Aseguramiento institucional

En materia de protección social¹, es frecuente observar fragmentación de las acciones

1 Protección social entendida a partir de la definición propuesta por Holzmann y Jorgensen (2001): “intervenciones públicas para i) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y ii) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza”.



de aseguramiento y asistencia entre las distintas instituciones oferentes de los servicios. Esta falta de articulación se presenta tanto en las prácticas sociales de las instituciones como en las poblaciones que las mismas intentan servir.

De esta forma, la protección social como actualmente se presenta, se desagrega en las poblaciones objeto de aseguramiento o asistencia y se “especializa” en diversas instituciones y sus programas. La protección social se desarrolla a partir de programas dejando de lado la visión dinámica de los riesgos. Los programas de protección social que se han realizado en Colombia responden a poblaciones específicas y con problemas particulares (algunos coyunturales, otros estructurales); esto ha producido duplicación de funciones y falta de colaboración interinstitucional y cooperación intersectorial (Perotti, 2000).

La capacidad de la sociedad para prever y prepararse contra riesgos de salud futuros, ante las necesidades apremiantes de salud actuales, dificulta la objetivación del riesgo como mecanismo social de respuesta ante la incertidumbre.

Aquellos que formulan la política deben intentar lograr una óptima distribución de los recursos finitos de salud, ya sea para maximizar el bienestar o para garantizar de la mejor forma el derecho a la atención para todos. Para la sociedad es difícil aceptar la cuantificación de las probabilidades de ocurrencia de un riesgo futuro *vis a vis* casos de atención en salud visibles e inmediatos. Juan Luis Londoño afirmaba que “el gran cambio de paradigma, es que actualmente pensamos en el hoy y dejamos la acción para mañana. El nuevo Sistema de protección social requiere que todos los colombianos pensemos en el mañana y actuemos desde el hoy; los colombianos tenemos que antici-

par los riesgos y prepararnos desde ya para ellos”.

2.2 Experiencias internacionales

Los procesos de reforma en salud² estudiados, buscaban corregir las grandes deficiencias de los sistemas de salud, los cuales, de acuerdo con Londoño y Frenk (1997), se reflejaban en el rezago epidemiológico y la transición demográfica; la falta de universalidad en la cobertura y la falta de integralidad en la prestación de los servicios; las fallas en eficiencia técnica y administrativa; la desarticulación institucional y la segmentación del sistema.

Las reformas estudiadas tenían una serie de principios guías para motivar el cambio y responder a las necesidades de salud de la población. Los principios comunes son: aumentar la cobertura, mejorar la eficiencia y la libre elección como ejes en todas las iniciativas. Además de éstos también se incluyen los principios de universalidad, efectividad y calidad, y descentralización (Cuadro 1).

2.2.1 ¿Qué desarrollos produjeron las reformas en salud para avanzar hacia la protección social?

En los países latinoamericanos, donde existen grandes segmentos de la población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad³, el

2 Definidos por la OPS (2000) como: “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”

3 Entendida como la probabilidad de perder ingresos (Acosta y Ramírez, 2003).

CUADRO 1
COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES BÁSICOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Indicadores	Canadá			Chile			Colombia			México						
	1980	1990	1995	2001	1980	1990	1995	2001	1980	1990	1995	2001				
Indicadores socioeconómicos																
Crecimiento económico (% PIB)	1,3	0,2	2,8	1,5	8,1	3,7	1,06	2,8	4,1	4	5,2	1,4	9,2	5,1	-6,2	-0,2
Indicadores estado de salud																
Esperanza de vida (años)	74,7	77,2	78,2	79,1	69	74	75	76	66	68	70	72	67	71	72	73
Mortalidad infantil (/1,000 nacidos)	10	7	7	5	32	16	11	10	40	29	25	19	56	37	30	24
Mortalidad adulto masculino (/1,000)	161	133	133	101	218	165	158	151	237	222	233	238	216	187	182	180
Mortalidad adulto femenina (/1,000)	85	70	70	57	120	92	86	67	162	127	119	115	135	117	106	101
Indicadores de población																
Crecimiento poblacional (% anual)	1,2	1,4	1,1	1,1	1,5	1,7	1,5	1,1	2,2	2	1,9	1,6	2,4	1,9	1,5	1,5
Indicadores económicos de salud																
Gasto total en salud (% PIB)	nd	9	9,1	9,1	nd	4,8	6,7	7,2	nd	5,6	7,4	9,6	nd	4,4	5,6	5,4
Gasto público en salud (% PIB)	nd	6,8	6,5	6,6	nd	2,2	2,4	3,1	nd	1,2	4,3	5,4	nd	1,8	2,3	2,5
Gasto per cápita en salud (US\$)	nd	1863	1821	2058	nd	110	307	336	nd	64	178	186	nd	138	177	311
Indicadores de servicios de salud																
Médicos (/1,000 habitantes)	1,8	2,1	2,1	2,1	0,5	1,1	1,1	nd	0,5	1,1	1	nd	nd	1,1	1,6	1,8
Camas hospitalarias (/1,000 habitantes)	6,8	6,3	4,8	3,9	3,4	3,2	2,7	nd	1,6	1,4	1,5	nd	0,7	0,8	1,2	1,1

Fuente: Health, Nutrition and Population Statistics, World Bank; URL: <http://devdata.worldbank.org/hnpstats>

aumento de la cobertura es un factor decisivo para aumentar el aseguramiento de los riesgos médicos. Este fin constituye una de las motivaciones más importantes detrás de las reformas, además de las motivaciones fiscales y de sostenibilidad del sistema. Para lograr este fin, los países han aumentado su gasto público en salud, han desarrollado mecanismos de financiación para reducir la brecha de equidad, han descentralizado la oferta de servicios de salud y los instrumentos de focalización y han aplicado planes estandarizados de servicios de salud.

Simultáneo al aumento de la cobertura, las reformas también se han desarrollado con miras a mejorar la eficiencia. No basta con ofrecer planes básicos de salud y aumentar las tasas de aseguramiento o subsidios de salud, los sistemas buscan mejorar la eficiencia de los servicios, de tal forma que se impacte de manera positiva el estado de salud de la población. Los resultados generales, difieren en todos los casos estudiados. Sin embargo, han habido importantes logros en materia de atención primaria, aún cuando algunas enfermedades reemergentes perpetúan el rezago epidemiológico. El mejoramiento de la eficiencia va de la mano con incentivos para la prestación de los servicios, la adecuación tecnológica de las instalaciones sanitarias, la acreditación de las instituciones de salud y variados mecanismos financieros para promover el uso racional de los recursos y asegurar la calidad de los servicios.

En los casos de Chile, Colombia y México, las reformas han abierto los mercados de salud al sector privado. Bajo el principio de la libre elección, los sistemas de salud buscan diversificar los oferentes tanto de aseguramiento como de servicios de salud, de tal forma que la población tenga más posibilidades de elección y así mismo incentivar la competencia entre los articuladores y

prestadores de servicios para mejorar la eficiencia, aumentar la cobertura e incentivar servicios de calidad (Fleury, 2002).

Canadá, por su parte, ha desarrollado estrategias integrales para atender las demandas de salud de su población. La óptica ha sido intersectorial poniendo en marcha un enfoque de los determinantes de la salud de la población, en los órdenes socioeconómico, hábitos de salud, vivienda, educación y capacitación, y cuidados integrales domiciliarios y comunitarios (Health Canada, 2000).

Las estrategias e instrumentos desarrollados por las reformas, que constituyen un primer paso para extender la protección social en salud, son:

- Creación de un paquete de servicios básicos de salud
- Introducción de mecanismos solidarios de financiamiento
- Aumento de las opciones de aseguramiento (privatización)
- Incrementos en el gasto público destinado a la salud
- Desarrollo de mecanismos de control de calidad.

2.3 Relaciones entre las reformas y la protección social

Del análisis anterior, se desprende que la atención en salud es un problema público y por tanto político. El sistema de salud se haya inmerso en varias contradicciones fundamentales: el acceso y la equidad, la eficiencia y la eficacia, y el universalismo y la solidaridad. La reforma a la seguridad social de salud en el país, conformó un conjunto de mecanismos de aseguramiento para proteger a la población contra las contingencias provenientes de riesgos de salud, vejez y enfermedades profesionales.

El aseguramiento en salud a partir de la reforma, no consiste en prestar servicios de salud, sino en el hecho de estar protegido por un seguro que garantice el pago de los servicios médicos y hospitalarios. El sistema además busca distribuir el riesgo en el grupo asegurado o "pool", de tal forma que permita disminuir el efecto financiero de las contingencias para el asegurador y por tanto el costo para el asegurado.

La reforma colombiana optó por ofrecer el manejo del aseguramiento entre empresas públicas y privadas. El sistema distribuye el costo de la póliza del seguro de salud o unidad de pago por capitación (UPC) a partir de procesos de compensación entre las aseguradoras, como el componente de solidaridad del sistema. La reforma también incluyó el cálculo de las contingencias para el asegurador en función de las variables de costo y frecuencia de los riesgos, como adopción probabilística o estadística de los riesgos sociales en salud (objetivación del riesgo). Esto se tradujo en el seguro único de salud o Plan obligatorio de salud (POS).

La creación del régimen subsidiado ha contribuido a aumentar la cobertura, aún cuando la puesta en marcha de dicho régimen como mecanismo estratégico para que la población pobre acceda a un plan integral de salud y alcanzar el objetivo de la universalidad, tiene contradicciones frente al modelo de aseguramiento. El régimen subsidiado se ha configurado como un programa diferencial de acceso a los servicios mediante la asignación de subsidios.

Esto ha conducido a que se desarrolle este régimen sin que se adapte al modelo de aseguramiento en donde los usuarios han sido desplazados por intereses económicos y políticos de otros actores; por ejemplo, la politización del acceso al régimen subsidiado, en detrimento de avanzar en mecanismos

de aseguramiento que garanticen el ejercicio del derecho a la salud (Fedesarrollo, 2001). La condición esencial del aseguramiento es la materialización de la afiliación del beneficiario a través de la relación entre asegurado, asegurador y acceso a los servicios cubiertos por la póliza. En la actualidad, se está subsidiando el subsidio y no la cotización al seguro.

Por tanto, el régimen subsidiado, a pesar de ser uno de los grandes avances de la reforma, sigue comportándose como un programa de protección social en salud, en vez de comportarse como catalizador de subsidios para cubrir el aseguramiento de la población pobre al sistema de salud.

De manera adicional, los componentes de promoción y prevención, definidos dentro del POS y Plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S), han tenido logros difusos, dispersión de responsabilidades y poca efectividad de los articuladores en el manejo de estas acciones colectivas. La falta de reglas de juego claras e incentivos eficaces para motivar la extensión de actividades de promoción y prevención se hace especialmente notoria en la articulación de las políticas y programas de salud entre los entes territoriales y las entidades articuladoras. Es fundamental integrar la responsabilidad de las direcciones de salud y protección social territoriales con el abordaje de la salud pública como estrategia colectiva de protección social en salud (Cuadro 2).

También existe un segmento grande de población pobre o de bajos ingresos que no ha logrado acceder a los mecanismos de aseguramiento; hay un problema de corrupción y politización de los recursos e instrumentos públicos; el creciente desempleo dificulta la estabilidad en los ingresos lo cual, a su vez, limita el aseguramiento en salud; la caída en los ingresos impide la afiliación a las



CUADRO 2
TASAS DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 1994-2000

Tasas de afiliación nacional			
	1994	1997	2000
Total	26.6	57.2	52.2
Régimen subsidiado	0.0	17.7	16.7
Régimen contributivo	26.6	39.5	35.5
Población pobre	14.4	47.5	44.5
Población no pobre	38.4	66.0	60.0
Población urbana	33.0	60.9	56.8
Población rural	7.1	47.5	40.4

Fuente: Pars (2003), página 8.

aseguradoras y dejan a la población en una posición de vulnerabilidad; persiste una noción individualista acerca de los mecanismos de seguro, en detrimento de perspectivas amplias e incluyentes de aseguramiento colectivo; la escasez de recursos se enfrenta a los rezagos epidemiológicos propios del subdesarrollo, dificultando técnica y éticamente la objetivación social del riesgo; la falta de incentivos claros y reglas de juego explícitas entorpecen las relaciones entre los agentes y actores del sistema de salud; la falta de base de datos confiables y unificados aunado a la debilidad o inexistencia de sistemas de información comunes, dificultan la toma de decisiones de forma pluralista y con base en evidencias; finalmente, el Estado y los gobiernos, junto con las instituciones, se enfrentan al dilema entre el alcance de las acciones públicas frente al costo del consenso político para lograrlas.

2.3 Manejo social del riesgo asociado a fuentes de salud

El Sistema de protección social tiene como propósitos que: i) todos los hogares puedan manejar los riesgos que afectan su bienestar y enfrentar las crisis, y ii) que la protección social como bien público se consolide desde la sociedad civil y el Estado.

Dentro del Sistema de protección social, las políticas públicas se concretan mediante la adopción de estrategias del manejo social del riesgo, que constituyen los mecanismos de prevención, mitigación y superación de riesgos. A estas estrategias de manejo del riesgo se suman los diferentes actores (familias, comunidades, gobierno, entidades privadas, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales) que se involucran en dichas estrategias y en las distintas modalidades de manejo de las mismas (informales, de mercado y públicas) (Holzmann y Jorgensen, 2000). La reforma en salud, como sistema de protección de riesgos, ofrece algunos elementos para la mitigación de los riesgos asociados a fuentes de salud.

2.3.1 ¿Cuál es la relación entre la salud y el Sistema de protección social?

El aseguramiento constituye el puente que integra la salud y la protección social. El sistema de aseguramiento desarrollado a partir de la reforma, introduce mecanismos como la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos, el pago de los aseguradores per cápita ajustado por riesgos (UPC) y la exigencia de un plan mínimo de beneficios (POS); los cuales constituyen las fortalezas que el sistema

actual de protección en salud ofrece para los hogares.

La diversidad de actores que intervienen en las estrategias de la protección social en salud, obligan a que el sistema enfrente mayores retos, debido a la pluralidad de intereses, ámbitos de acción, conocimientos y sistemas de información y motivaciones e incentivos para manejar los riesgos. El manejo social del riesgo, debe entenderse como una forma social de manejar el riesgo, no como la naturaleza social de los riesgos (Crece, 2001). Precisamente, la complejidad institucional y la pluralidad de actores y agentes del sistema, constituyen una fortaleza, siempre y cuando las reglas de juego sean producto del consenso y del diálogo, y donde los incentivos apliquen con justicia la perspectiva de “todos ganan” (Cuadro 3).

2.3.2 ¿Cómo se integra la salud al concepto de protección social?

La protección social en salud forma parte de las estrategias para desarrollar el capital

humano y el desarrollo humano. La salud es pilar del concepto de capital humano en la medida en que este último se centra en el carácter de agentes de los seres humanos, los cuales por medio de sus habilidades y capacidades aumentan las posibilidades de producción y de llevar una vida digna. De ahí que sea tan importante que la protección social en salud se consolide, no sólo como capital humano, sino como parte integral del desarrollo de las capacidades humanas como un medio y un fin para el desarrollo humano (Sen, 1997).

Por tanto, la protección social equivale al fortalecimiento del capital humano, particularmente con respecto a la salud. Como afirma Sen (2000):

el capital humano tiende a centrar la atención en la agencia de los seres humanos para aumentar las posibilidades de producción. La perspectiva de la capacidad humana centra la atención, por el contrario, en la capacidad –la libertad fundamental– de los individuos para vivir la vida que tienen razo-

CUADRO 3
RIESGOS ASOCIADOS A FUENTES DE SALUD

Riesgos asociados a salud	Estrategias		
	Prevención	Mitigación	Superación
Enfermedad y lesiones	Riesgo de perder la capacidad de generar ingresos por la ocurrencia del evento enfermedad o lesión	Riesgo de no contar con los recursos para asumir los costos de asegurarse contra el evento enfermedad o lesión	Riesgo de que al presentarse el evento no se cuenten con los medios para la atención (asumir costos del servicio)
Discapacidad	Riesgo de pérdida de capacidad productiva por la ocurrencia de un hecho generador de incapacidad	Riesgo de no contar con los recursos para asumir los costos de asegurarse contra el hecho que genera discapacidad.	Riesgo de no contar con los recursos para la atención en caso de ocurrencia del hecho que genera discapacidad. Riesgo de pérdida total o parcial de la autosuficiencia y de la supervivencia por abandono de la familia o allegados
Epidemias	Riesgo de pérdida de ingresos debido a la ocurrencia de una enfermedad contagiosa y de rápida difusión		Riesgo de no contar con los medios para la superación de las consecuencias de una enfermedad contagiosa.

Fuente: CRECE (2001), página 38.



nes para valorar y para aumentar las opciones reales entre las que pueden elegir.

La perspectiva de igualdad de oportunidades y posibilidad de extender el espacio de las capacidades y realizaciones de los seres humanos, permite que el concepto de equidad se consolide en la extensión de la protección social en salud. Los mecanismos para enfrentar los riesgos de salud que se desarrollaron en la reforma, se han enmarcado dentro de los mercados de seguros, el aseguramiento obligatorio y el aseguramiento bajo el principio de solidaridad. El desafío actual consiste en avanzar en el aseguramiento bajo el principio de equidad. En la actualidad existen dos dimensiones en que el sistema falla para brindar adecuada protección contra los riesgos en salud, éstos son: desprotección por caída en los ingresos y desprotección por no pertenecer al mercado laboral.

Discusión y conclusiones

La política pública para afianzar el sistema de protección de riesgos en salud, debe partir de la construcción colectiva de la visión de la salud que quiere la población, y dentro de la ésta se incluyen los usuarios, los actores, agentes e instituciones que componen el Sistema de protección social. Esta construcción de lo público debe obedecer a intereses colectivos, dentro de un proceso abierto y participativo, donde se motive una reflexión ciudadana y donde se facilite la coordinación y cooperación.

El ejercicio de la función de modulación se basa en la conducción sectorial basada en la capacidad del ente rector de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles; de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas

y privadas del sector como de otros actores sociales; del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas. Parte de las responsabilidades de la modulación incluyen: la conducción sectorial, la regulación, la ejecución de funciones esenciales de salud pública, la modulación de la financiación de la atención en salud, la vigilancia del aseguramiento y la modulación de la provisión de los servicios (OPS, 1997).

¿Cuáles son las implicaciones institucionales para integrar la salud y la protección social?

El Ministerio debe tomar el liderazgo en la conducción del sistema de salud, de tal forma que oriente la extensión de la protección social hacia el bien común. Los actores dentro del sistema deben ser vistos y tratados como socios, los cuales tienen sus propios intereses legítimos y realizan acciones específicas dentro del sistema. Las entidades que gravitan alrededor del Sistema de protección social, entendidas como alianzas estratégicas, pueden orientarse hacia la convergencia de las acciones y la integralidad de la atención. Las relaciones con otros sectores que inciden en la salud de la población, deben construirse bajo la premisa de la colaboración y la reflexión.

El Ministerio se convierte entonces en un canal de comunicación entre los actores, los usuarios y las instituciones; su meta debería ser la de convertirse en una “caja de resonancia” de los compromisos e incentivos para avanzar en la protección social en salud y facilitar este proceso, crear vasos comunicantes para promover el juego limpio, la proactividad y ganancias justas para todos los involucrados. Establecer mecanismos para tender puentes entre otros sectores sociales de tal forma que se comience a consolidar



una conciencia colectiva de desarrollo del capital humano y de desarrollo humano.

Al tener presentes los propósitos del Sistema de la protección social, la complejidad institucional del sistema y los retos a los cuales se enfrenta, se enmarca dentro de este universo la imperiosa necesidad de un liderazgo claro y participativo por parte del Ministerio de la Protección Social como ente modulador del sistema. Ya que la protección social como el manejo social del riesgo implica la construcción del interés público, es fundamental cambiar el enfoque de la política social y su elaboración hacia formas incluyentes, participativas y positivas de construcción de lo público.

La investigación en consecuencia recomienda: i) consolidar un sistema de información para el Sistema de protección social; ii) desarrollar un sistema de comunicación amplio al interior del Ministerio, con sus entidades adscritas y demás actores del sistema y los entes territoriales; iii) desarrollar la capacidad analítica de los actores del sistema, por medio de la articulación de las relaciones entre los actores del sistema; iv) impulsar una estrategia participativa para integrar a la población en la construcción de la visión de salud y la protección social; y por último v) crear mecanismos didácticos para informar sobre el concepto de protección social y la puesta en marcha del Sistema de protección social.

Bibliografía

- Acosta, O.L.; Ramírez, J.C., 2003. "¿Han servido las redes de protección social para enfrentar la vulnerabilidad social?" Informe final preliminar, Proyecto Política Macro-económica y Vulnerabilidad Social, Cepal/BID (mimeo).
- Crece, 2001. "Creación del Sistema social de riesgo para Colombia", BID/ Crece (mimeo).
- Fedesarrollo, 2001. "Consultoría para la focalización, cobertura y efectividad de la red de protección social en Colombia: el sistema subsidiado de seguridad social en salud", Informe presentado al BID y Banco Mundial, URL: www.fedesarrollo.org.co
- Fleury, Sonia, 2002. "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina", BID/Indes, URL: www.indes.iadb.org
- Health Canada, 2000. "Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense", OPS/OMS, Washington, URL: www.paho.org
- 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, World Bank, URL: www.worldbank.org
- Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio, 1997. "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América Latina", Documento de trabajo No. 353, BID, URL: www.iadb.org
- OPS, 2000. "Perfil del sistema de servicios de salud de Canadá", Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, URL: www.paho.org
- OPS, 2002a. "Perfil del sistema de servicios de salud de Chile", Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, URL: www.paho.org
- OPS, 2002b. "Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia", Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, URL: www.paho.org
- OPS, 2002c. "Perfil del sistema de servicios de salud de México", Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, URL: www.paho.org
- OPS, 1997. "La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales", Capítulo 2, en: *La salud pública en las Américas*, OMS, URL: www.who.int
- Perotti, Roberto, 2000. "Public spending on social protection in Colombia: análisis and proposals", Documento de trabajo No. 18, Fedesarrollo, Bogotá, URL: www.fedesarrollo.org.co
- Sen, Amartya, 2000. *Desarrollo y libertad*, Editorial Planeta S.A., España.
- Sen, Amartya, 1997. "Capital humano y capacidad humana", *Cuadernos de Economía*, tomado de: *World Development* 25, 12 de diciembre, Foro de Economía Política, URL: www.who.int

