

**RETOS DEL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD SUSTENTADO EN LAS EMPRESAS  
SOCIALES EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO**

**Presentado por:**

**Carlos Alberto  
Piedrahita Gutiérrez**

**Asesor:**

**Carlos Arturo Gallego Marín**

**Universidad De Manizales  
Facultad de Ciencias Jurídicas  
Programa de Derecho  
Especialización de Seguridad Social  
Caldas, Colombia  
2015**

## TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción .....	1
2. Desarrollo .....	4
3. Conclusiones.....	25
Referencias .....	27

## 1. Introducción

La erradicación de la pobreza es probablemente la preocupación más importante a nivel mundial; sobre este aspecto la política pública ha discutido en los últimas décadas posibles alternativas para hacerle frente y darle respuesta, pero se debe partir de varias cosas; primero la pobreza no se erradica, se disminuye; segundo, se ha especulado mucho en cómo reducirla, pero la realidad es que todas las políticas públicas definidas desde organizaciones mundiales y multilaterales se han quedado cortas y solo en teorías, puesto que hasta ahora ninguna ha demostrado su efectividad y asertividad para lograr disminuir de manera eficaz la pobreza a nivel mundial y de una forma menos que inequitativa las realidades que constituyen las desigualdades sociales frente a fenómenos como la globalización, la falta de oportunidades, el desempleo, el fracaso de los mercados y la crisis financiera global. Tomando en cuenta lo anterior la realidad es que el común de las personas todos los días son más pobres y los grandes capitales cada vez más ricos, concentrándose estos en pocas personas con apellidos prestantes, así como lo ha tratado el índice GINI en toda América. Ejemplo de ello es la teoría económica del goteo, experimentada en Estados Unidos: “las riquezas que se acumulado en lo más alto se han producido a expensas de los de más abajo” (Stiglitz, p. 53, 2012)

Para realizar un contexto histórico de la pobreza en la contemporaneidad, es necesario hacer mención a las guerras internas y externas que son parte, consecuencia y causa de este fenómeno, una de las más importantes y significativas para este tema fue la Segunda Guerra Mundial (WW2) que dejó a muchos países muy pobres y con condiciones de desigualdad. Al final de esta, el indicador de pobreza era muy alto y los líderes vencedores como (Stalin, Churchill y Roosevelt) firmaron los acuerdos de Yalta en 1945, donde se repartían territorio y asumían

reparaciones económicas, pero estas buenas relaciones no perduraron mucho tiempo; en 1947 EE.UU implanto la doctrina Truman como política de contención económica y militar ante la expansión comunista de la Unión Soviética e implemento el plan Marshall en 1947 como respuesta a esto en 1949 la Unión Soviética implemento el plan COMECON (Consejo de Ayuda Mutua Económica, organización de cooperación económica formada en torno a la URSS por diversos países socialistas). Pero a la vez apareció el consenso de Bretton Woods, donde los países acuerdan un nuevo orden económico internacional y surgen organizaciones como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el acuerdo general sobre comercio y aranceles (GATT); el objetivo de todas estas organizaciones era el de reducir la pobreza mediante préstamos a bajos intereses.

Esta es a nivel histórico la promesa de las instituciones globales, desde el pasado hasta la actualidad, pero esas promesas son incumplidas, cambiadas y manipuladas en forma constante por aquellos que manejan el capital de forma individualista y privada, las instituciones operadas por intereses egoístas fuerzan a las naciones pobres a eliminar las barreras comerciales, pero mantienen a salvo sus intereses conservando las suyas, de esta manera impiden a los países en vía de desarrollo a exportar sus productos. Una institución como el Fondo Monetario Internacional, ha manejado un lenguaje hipócrita en la disminución de la pobreza apoyando a los grandes intereses privados, así pues la pobreza a nivel mundial debido a las políticas de los países del primer mundo se ha incrementado. Por un lado se habla del sueño de un mundo sin pobreza pero por el otro están constituyendo políticas neoliberales que la aumentan; como ejemplo de esto está el consenso de Washington que determino reducir el gasto público, la eliminación de subsidios, la privatización de servicios públicos, la flexibilización del mercado del trabajo y la implementación de libre mercado así como lo sostiene Stiglitz (p. 49-119, 2002).

Después del fracaso y las rotas promesas de las organizaciones mundiales, surgió una nueva esperanza para disminuir la pobreza a nivel mundial y en septiembre del año 2000, se reunieron más de ciento cuarenta y siete líderes mundiales en Nueva York en la sede de las Naciones Unidas y dio comienzo a la asamblea del milenio (El milenio, el 11-S), allí se dio origen a los famosos objetivos del milenio, fueron ocho (Erradicar la pobreza extrema y el hambre, Universalizar la educación, Promover la igualdad de género, Reducir la mortalidad infantil, Mejorar la salud materna, Combatir el sida , paludismo y otras enfermedades, Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y Fomentar la asociación mundial para el desarrollo), en esta asamblea mundial se propuso que cada país rico se comprometía a dedicar el 0,7 % de su PIB a la ayuda oficial para el desarrollo, una ayuda económica directa a los países pobres. Pero el 11 de septiembre del 2002, con el suceso terrorista de las torres gemelas en Nueva York, las esperanzas quedaron defraudadas, pues “Estados Unidos, que destinaria el 0,7% de su PIB, que había prometido para disminuir la pobreza, los utilizo en la guerra de Irak, la cual empezó el 20 de marzo del 2003” (Sachs, p 320, 2006).

Se puede ver que han existido propuestas para disminuir la pobreza a nivel mundial, pero ninguna ha mostrado resultados y avances, que garanticen dicha disminución, por lo contrario se ha incrementado. Sin embargo, esta nueva generación de pobres del siglo XXI, tiene una nueva opción y es la de recurrir a las empresas sociales planteadas desde la visión del economista social Muhammad Yunus en su libro *Empresa Para Todos*, en un afán de contribuir a la disminución de la pobreza alrededor del mundo, esta visión le llevó a realizar diferentes iniciativas en el campo económico y social desembocando en el Premio Nobel de la Paz del 2005.

Es desde esta propuesta donde este artículo toma relevancia, implementando aspectos fundamentales del pensamiento de Muhammad Yunus, seguro de que lo primero que se debe

hacer para lograr disminuir la pobreza material, es disminuir la pobreza mental en todos los habitantes del mundo; para lograrlo se debe priorizar en la construcción de capital humano (salud, nutrición y capacitación) todas ellas necesarias para que las personas sean económicamente productivas. Solo así se puede lograr un mundo incluyente utilizando para ello los negocios sociales que en su camino infunden paz y construyen una sociedad más igualitaria. Este escrito busca argumentar esa visión y comprometerse con un cambio de paradigma.

## **2. Desarrollo**

Tomando en cuenta la introducción a este artículo, en la que se habla de las instituciones creadas después de la segunda guerra mundial y el cómo estas han desembocado en la construcción de políticas neoliberalistas nocivas con los países en vía de desarrollo, vale la pena subrayar como ellas han permitido que muchas vulnerabilidades existan desde la segunda mitad del siglo XX y sigan persistiendo en la actualidad, constituyendo una amenaza para el desarrollo social y humano, es necesario entonces así como lo propone en el 2014 el IDH (Informe sobre Desarrollo Humano) que se deben abordar de manera sistemática los problemas de la pobreza a través de políticas específicas y normas sociales distintas, pues sin ellas el desarrollo humano no será ni equitativo ni sostenible. (Malik, 2014). En las siguientes líneas se expondrán desde varios aspectos socio-económicos, como el principio de solidaridad sustentado puede implementarse en las empresas sociales a través de nuevas formas políticas más concientes con el desarrollo sustentable de la gente del común.

Según las mediciones de pobreza sustentadas en los ingresos, 1.200 millones de personas viven con 1,25 dólares al día o menos. Sin embargo, las últimas estimaciones del PNUD (Índice

de Pobreza Multidimensional) revelan que casi 1.500 millones de personas, de 91 países en desarrollo, viven en situación de pobreza multidimensional, con carencias concurrentes en salud, educación y nutrición. Adicionalmente casi 800 millones de personas se enfrentan al riesgo de volver a caer en la pobreza, por causa de alguna crisis o adversidad. Y el IDH (Índice de Desarrollo Humano), afirma que en todas las regiones el crecimiento en los niveles de desarrollo humano se está produciendo a un ritmo más lento, además señala también que amenazas tales como las crisis financieras, las fluctuaciones en el precio de los alimentos, los desastres naturales y los conflictos violentos obstaculizan notablemente el progreso humano. “La reducción de la vulnerabilidad es un elemento clave de cualquier agenda que busque mejorar el desarrollo humano”, afirma Joseph Stiglitz.

En el campo de la salud, muchos sistemas de seguridad social, buscan como uno de sus objetivos principales la universalidad como un mecanismo que busca mayor accesibilidad a estos sistemas; pero desconocen que para garantizar el derecho a la salud y su accesibilidad, se requieren mayores recursos y servicios dirigidos a las personas pobres, a los excluidos y a los marginados con el fin de mejorar las capacidades y opciones de vida de todos ellos. Es necesario que el sistema sea más solidario para alcanzar esto es necesario pues buscar cambios reales en la realidad social y crear situaciones más claras de *pleno empleo* y este factor debe ser una de las prioridades de la agenda mundial en política pública. Para esto los gobiernos deben volver a comprometerse con el objetivo del *pleno empleo*, como uno de los pilares básicos de las políticas macroeconómicas que en los años cincuenta y sesenta fueron fuertes y poseían gran inversión, pero como proyecto fue dejado atrás ante otros objetivos políticos después de las crisis petroleras de los años setenta. Es necesario retomar este sentido, el *pleno empleo* produce dividendos sociales que van mucho más allá de los beneficios individuales, promueve la estabilidad, la

solidaridad y la cohesión social.

Cuando más tiempo se pasa entre la gente pobre, se hace más claro que la pobreza no es el resultado de una incapacidad física por parte de ellos, es más bien una imposición cultural y social supeditada a las grandes políticas globalizadas. La pobreza no ha sido creada por los pobres, más bien la ha creado el sistema que se ha construido en occidente, las instituciones diseñadas en el siglo XX (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial de Salud, entre otros) y las concepciones económicas que se han formulado; la institucionalidad no busca garantizar oportunidades, ni tampoco ayudar a pensar, más bien ayuda, refuerza y consolida la pobreza mental de los denominados pobres, instalando barreras de accesibilidad al capital humano, alejándolo del saber y encarcelándolo en sus propios barrotes mentales.

La pobreza la crean las deficiencias de las instituciones sociales, para ejemplificar esta situación se tomará el caso de las instituciones financieras (Bancos). Ellos se niegan a dar servicios financieros a casi dos terceras partes de la población mundial, por ser pobres. Los sistemas de salud de todo el mundo están planteados para obstaculizar el acceso a los servicios de salud, debido a la privatización y en el caso de Colombia las EPS, creando obstáculos a las personas que no pueden pagar, la salud se transforma en un derecho para el que puede pagar, vulnerando sus derechos, por ser pobre. Aunque a nivel biológico casi todos los seres humanos nacen en este mundo plenamente preparados, no sólo para cuidar de sí mismos, sino también para contribuir al bienestar del mundo en su conjunto, parece que siempre gracias a las trabas de las instituciones se privilegia a algunos y los otros caen ante el peso de la pobreza impuesta por su medio, es necesario un cambio de actitud, el principio de solidaridad es una posible respuesta a esta crisis en el sistema de salud colombiano.

Retos del principio de solidaridad sustentado en las empresas sociales en el sistema de salud colombiano. Por Carlos Alberto Piedrahita Gutiérrez

Algunos tienen la posibilidad y oportunidad de explorar su potencial, pero muchos otros no tienen nunca la posibilidad de poner de manifiesto las maravillosas dotes con que nacieron, ya que la institucionalidad le niega la posibilidad de mostrar y potencializar sus oportunidades. Mueren con esas dotes sin explorar y el mundo permanece privado de su contribución. La pobreza es una imposición artificial, externa, sobre la persona. Y eso puesto que es externa, puede ser eliminado. (Yunus, p. 15, 2011).

Retomando a Muhamad Yunus, una gran oportunidad surge ante tanto riesgo de desigualdad y pobreza en el mundo globalizado, es el concepto *empresa social*. Una empresa social es un tipo de negocio que tiene por objeto tratar de resolver los problemas sociales, económicos y medioambientales que desde hace tiempo atormentan a la humanidad: el hambre, la carencia de hogar, la enfermedad, la contaminación y la ignorancia. Esta funciona así: el accionista o inversor pretende ayudar a otros sin obtener ningún beneficio económico para sí; aunque es un negocio, porque debe sostenerse por sí mismo, es decir, debe generar los ingresos suficientes para cubrir sus propios costos. Así pues, parte del excedente económico que crea la empresa social se invierte en ampliar la empresa, y se guarda una parte como reserva para cubrir imprevistos. De este modo, “la empresa social podría describirse como una **empresa sin pérdidas ni dividendos** dedicada íntegramente a lograr un objetivo social”. Yunus, Muhammad (p.19, 2011).

Para generar este tipo de empresas sociales se debe tener flexibilidad, entender la cultura de la gente, sus creencias, costumbres, estilo de vida, además de fomentar la cooperación mutua, sacar ventajas competitivas y cuestionar los problemas del individuo y de la sociedad. Para lanzar una empresa social se requiere creatividad puesto que hay que analizar las oportunidades existentes en cada región donde se pretende montar, tener espíritu empresarial, girar en torno a la gente, lo que ellos desean producir y consumir, tener la capacidad de adaptar las diferentes

tecnologías para sacar adelante el negocio. Para lograrlo es correcto hacer alianzas u asociaciones estratégicas con otras empresas, ONG (Organizaciones No Gubernamentales), inversionistas de diferentes escalas, diseñar un plan empresarial a corto, mediano y largo plazo. Se hace necesario como en todo negocio poseer una estructura organizacional y un marco legal que le permita responder a las exigencias gubernamentales, así mismo se deberá tener en mente la meta sin olvidar el compromiso social. En este caso todo lo anterior proyectado, pensado y ejecutado por y para mejorar el sistema de salud colombiano, reconociendo y actuando ante la crisis actual que posee este.

Para poner en marcha una empresa social en este caso una que ayude al sistema actual de salud, para que pueda salir de su inoperancia, primero se debe identificar una necesidad o diagnóstico y combinarla con la capacidad y el talento del que se dispone. Hay que mirar el medio que lo rodea y realizar preguntas claras que ayuden a una transformación efectiva. Algunas de estas preguntas son ¿Qué se quiere cambiar en realidad? Se debe identificar la raíz causal del problema. ¿Cuál es la necesidad crucial que hay que abordar? Se hace necesario ser preciso y profundizar, en vez de mirar tan solo a la superficie. La empresa social que se quiere identificar y según la necesidad, es aquella que garantice accesibilidad a los servicios de salud, aplicando el principio de solidaridad y que garantice excelentes resultados en la prestación del servicio.

Algunos indicadores que sustentan esta propuesta, pero que al mismo tiempo son preocupantes son aquellos que están relacionados con los siguientes aspectos: el incremento de casos en enfermedades como dengue clásico, sífilis congénita, sífilis gestacional y SIDA, la mortalidad general en alza y de forma específica por trauma, los accidentes de tránsito y los homicidios ascendieron en los últimos años, la morbilidad infantil por desnutrición en crecimiento, indicando el franco deterioro de las condiciones socio económicas de la población.

Retos del principio de solidaridad sustentado en las empresas sociales en el sistema de salud colombiano. Por Carlos Alberto Piedrahita Gutiérrez

De igual manera, se presentan incrementos en la mortalidad infantil, perinatal, así como en mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, siendo este último un indicador de las pésimas condiciones sanitarias de la población rural. Sin desconocer algunos indicadores sociales que sustentan este cambio necesario, algunos de ellos señalan que el 46% del total de la población está en situación de pobreza y de éste, el 10% en situación de indigencia, además un dato preocupante desde el concepto que cerca de 600.000 niños y jóvenes en edad escolar están por fuera del sistema educativo en Colombia, aumentando el concepto de pobreza mental.

Desde los anteriores indicadores es necesario reconocer y afrontar el grave problema del sistema actual, pero no es una situación desesperanzada, Colombia no es un *Paraíso Terrenal* pero sus recursos todavía dan de que hablar, claro está que no sobran, pero así y todo, este país es uno de los pocos de Latinoamérica donde se realiza más inversión de su PIB en el sector de la salud. En este momento y a la luz del argumento de las *empresas sociales* es necesario garantizarle a las personas menos favorecidas mayor solidaridad y apoyo, expresado en otras palabras mayor accesibilidad a todos los principios del sistema de salud, empezando por una oportunidad de *empleo pleno*, aunada a una mayor gestión y efectividad en dichos recursos.

Bajo la perspectiva de la *solidaridad* se busca mejorar la crisis hospitalaria y destruir barreras para el acceso a los servicios de salud; en este país amplios sectores de la población plantean inquietudes en relación a los criterios de inclusión definidos en el SISBEN, especialmente por la gran incapacidad de esta institución para interpretar las nuevas características de la pobreza urbana, lo cual termina provocando la exclusión de cantidades importantes de población que deberían clasificarse como pobres y por lo tanto ser beneficiarios de subsidios de salud. Algunas situaciones que pueden explicar este problema de perspectiva son la reducción del empleo formal, el aumento de los empleos independientes de baja remuneración

Retos del principio de solidaridad sustentado en las empresas sociales en el sistema de salud colombiano. Por Carlos Alberto Piedrahita Gutiérrez

y en condiciones precarias, lo mismo que las políticas fiscales (efectos claros a nivel micro de una tendencia globalizadora que de forma constante cambia el equilibrio financiero del sistema de seguridad social y el plan obligatorio de salud), junto con la unidad de pago por capitación (cuota moderadora), las tutelas, y los modelos de atención y sistemas de información inoperantes.

Aunque existen los problemas citados, Colombia y sus políticas de salud han intentado, ser concientes de la realidad global, entre sus referentes se cuentan con los de la Comisión sobre Macroeconomía de la OMS la cual reconoce la necesidad de actuar sobre la pobreza para mejorar la salud pública, y por lo tanto desde esta noción poder implementar el concepto de *empresas sociales*, aplicado a la realidad que se busca cambiar. Al respecto sobre la pobreza y la salud esta comisión afirma:

Son muchas las razones del aumento de la carga de morbilidad entre los pobres. En primer lugar, este segmento de la población es mucho más vulnerable a la enfermedad, debido a la falta de acceso a agua salubre, al saneamiento, viviendas seguras, a la atención médica, a la información sobre conductas preventivas y a una alimentación suficiente. En segundo lugar, es mucho menos probable que los pobres soliciten atención médica, incluso cuando la necesitan con urgencia, porque suelen encontrarse más alejados de los servicios de salud, carecen del efectivo necesario para cubrir los gastos de salud y desconocen la mejor manera de reaccionar ante un episodio de enfermedad. En tercer lugar, los gastos en efectivo ocasionados por las enfermedades graves pueden condenarlos a una trampa de pobreza de la que no se recuperan, porque los obliga a endeudarse, o bien a vender o hipotecar sus bienes productivos (la tierra). Una enfermedad grave puede sumir a una familia en un empobrecimiento prolongado que se extienda incluso hasta la generación siguiente, ya que los niños se ven obligados a

abandonar la escuela e incorporarse a la fuerza de trabajo. (Comisión sobre Macroeconomía de la OMS)

Las estimaciones económicas indican que las inversiones en la salud rinden a menudo las mayores tasas de rentabilidad frente a otras inversiones públicas, de aquí la importancia de implementar una *empresa social* en salud bajo el principio de solidaridad y cultura de salud.

Se destacan a continuación algunos problemas relacionados con la salud que destacan en Latinoamérica, mostrando qué tan solidario es el estado con el sistema, contrastado con las personas pobres:

1. La urbanización: potencialmente beneficiosa para facilitar el acceso de la población a variados recursos y servicios, pero las características con que se ha producido en el continente la convierten en fuente de contaminación, marginalidad, violencia y enfermedades infecto-contagiosas.

2. La contaminación del agua: La falta de potabilidad del agua es la mayor amenaza de la salud en el continente.

3. La contaminación atmosférica, la contaminación del suelo, el uso irracional de pesticidas, fungicidas y herbicidas, el calentamiento del planeta, los riesgos del ambiente.

4. El analfabetismo: En la medida que las personas no tengan la posibilidad de estudiar y educarse, ¿qué tan válida es la participación de las mismas, para defender sus derechos y deberes?.

5. Desempleo: Sin *pleno empleo*, el sistema de seguridad social, no será efectivo.

6. Evasión y elusión al sistema: En la medida que muchas personas que deban aportar al sistema y no lo hagan, el principio de solidaridad, no será operativo, ni garantizará la sostenibilidad del sistema de salud.

Teniendo como referencia el Sistema en salud en Colombia busca una gran meta y es la de universalizar la cobertura del 100% de la población, con el aseguramiento de pobres y personas con capacidad de pago y a la vez lograr, un seguro de salud que garantizará un paquete igual de servicios, un POS (Plan Obligatorio de Salud) para toda la población. Toda esta universalización de salud y del paquete integral de servicios, busca garantizar el derecho fundamental de la salud, y se ha dado hasta ahora por la influencia implícita del *principio de solidaridad*, el cual es la esencia de las *empresas sociales* en salud, una alternativa necesaria ante la actual crisis que se vive a nivel mundial en salud. En Colombia la *solidaridad* dentro del campo de la seguridad social ha tenido aplicación por grupos socio-profesionales, que han llegado a crear o establecer mecanismos o instituciones de protección para atender las necesidades sociales comunes de sus integrantes.

Una mirada en torno a la evolución de las instituciones de protección social que han existido en Colombia, nos lleva a encontrar que la seguridad social ha estado presente en las diversas comunidades, como manifestación del fenómeno de la solidaridad. Dentro de un concepto muy amplio, si toda la población puede beneficiarse, lo justo es que toda ella contribuya a conformar y a financiar los instrumentos de solidaridad e igualmente, que cada miembro de la sociedad reciba en la medida de sus necesidades y no solamente en proporción a los aportes realizados, ni que existan utilidades financieras, sino excelentes resultados en salud. “La seguridad social debe

apoyarse en instrumentos o técnicas de garantía colectiva, que distribuyan las cargas económicas entre el mayor número de personas, haciendo operar el principio de “solidaridad” lo más extensamente posible”. (Etala, p.50,1966).

La aplicación del principio solidario, en los sistemas de protección social significa una fuerte redistribución de recursos, dada a través de diferentes escenarios: entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y mayores de edad, personas económicamente activas e inactivas y entre solteros y familias con diferentes cantidades de hijos; este es un criterio esencial del principio de solidaridad a nivel interindividual. La solidaridad supone la participación de todos los habitantes, tanto en las obligaciones como en los derechos reconocidos por la constitución, debe dar una utilización adecuada de los recursos, es por ello, que este principio debe primar frente a clases sociales o grupos laborales, para con esto ampliar coberturas y conseguir la universalidad en el sistema. Este principio debe ser rector en materia de seguridad social, prescribiendo a toda la población con acceso a los servicios de seguridad social por igual, aun cuando no cuente con capacidad económica suficiente. Su desarrollo se lleva a cabo a través de diversas clasificaciones, entre las cuales se pueden citar las de solidaridad intergeneracional, interpersonal, intercolectiva e interterritorial.

La **solidaridad interpersonal** hace referencia a la detracción de cotizaciones según el ingreso de cada ciudadano, para constituir una garantía a quienes puedan sufrir contingencias, con la finalidad de producir una redistribución de las riquezas. En virtud de la **solidaridad intergeneracional**, los que trabajan, financian la salud o contingencias de los que ya se encuentran pensionadas, dando forma a un “contrato entre generaciones“. La **solidaridad intercolectiva**, se refiere a la posibilidad de que grupos con menor riesgo profesional apoyen a aquellos de mayor riesgo, o bien, a la posibilidad de que sectores económicos pudientes

transfieran recursos a los sectores más deprimidos e inestables. Finalmente, la **solidaridad interterritorial** hace referencia a la solidaridad entre los territorios desiguales económicamente.

Actuando en estos diversos niveles, el principio de solidaridad se constituye como un mandato esencial frente al derecho de seguridad social, tanto para garantizar que la prestación del servicio se haga en forma universal, como para que el sistema sea sostenible. En materia de seguridad social, el principio de solidaridad implica que todos los actores del sistema, deben contribuir a su sostenibilidad, equidad y eficiencia, lo cual explica que deban en general cotizar, no sólo para poder recibir los distintos beneficios, sino además para preservar el sistema en su conjunto.

Existen varias formas de interrelación social que permiten observar y visualizar la operación práctica del fenómeno de la solidaridad en las *empresas sociales* en salud, como en los siguientes casos:

1. Las personas activas aportan para beneficio propio y también de las inactivas como los niños, los jóvenes o los ancianos. Ejemplos:

a) En un hogar conformado por padres, hijos, ancianos, etc., lo normal es que sean personas activas solo uno o dos de ellos, pero del ingreso que estos obtienen por su trabajo también se benefician los miembros inactivos del grupo familiar, como los niños o los ancianos e inválidos.

b) Los ancianos y los niños, en calidad de beneficiarios del sistema de seguridad social, reciben servicios o beneficios por razón de los aportes que hacen los trabajadores con los cuales tienen vínculos de parentesco y de las necesidades que ellos tienen.

2. Las personas sanas que cotizan a la seguridad social y no se enferman, pero sus aportes

sirven para atender a las personas enfermas. Ejemplos:

a) Es la esencia del seguro de enfermedad que todos los miembros del grupo que lo toman hagan aportes o paguen las primas correspondientes, cuyo producto es utilizado para atender a aquellos miembros del colectivo que lleguen a tener el infortunio de enfermar.

b) La afiliación obligatoria a la seguridad social para proteger las contingencias que afectan la salud conlleva la obligación de atender a las personas que se enfermen con los recursos provenientes de los aportes que ellos han realizado, pero principalmente con los recursos aportados por las personas sanas, especialmente cuando se trata de afecciones de alguna consideración.

3. Las personas célibes o sin familia colaboran con sus aportes y permiten ayudar a las personas con cargas familiares. Ejemplos:

a) Cuando una empresa aporta un porcentaje de su nómina a una Caja de Compensación Familiar, incluye en esa contribución para la seguridad social primas correspondientes a los trabajadores que tienen familia y aquellos que no la tienen; pero, en aplicación de la solidaridad, solo reciben el subsidio familiar en dinero aquellos que acreditan tener cargas familiares, derivadas de la existencia de un núcleo familiar conformado por padres, hijos o hermanos dependientes.

b) En los sistemas de afiliación familiar a la seguridad social, el empleador o el trabajador afiliado hacen aportes en proporción a sus ingresos, los cuales van a ser utilizados, no solamente en la atención de sus propias familias, en caso de tenerlas, sino en el pago de subsidio o en la prestación de servicios a otros afiliados y sus familiares, por efectos de la solidaridad.

4. Las generaciones vivientes que trabajan y con su esfuerzo permiten ayudar a los familiares de las generaciones de los individuos fallecidos. Ejemplos:

a) En los denominados sistemas de solidaridad generacional, las personas activas pertenecientes a las generaciones activas contribuyen con sus impuestos a financiar las pensiones o rentas que el Estado o la seguridad social tiene que pagar a los pensionados, huérfanos o sobrevivientes correspondientes a generaciones anteriores.

b) Las pensiones militares, las pensiones nacionales, las pensiones mínimas o los auxilios denominados mínimos de subsistencia, que otorgan los Estados o los sistemas de seguridad social, financiados total o parcialmente con impuestos de los actuales contribuyentes al fisco o a la seguridad social, son manifestaciones de solidaridad de las actuales generaciones hacia las generaciones anteriores.

5. Las personas que tienen empleo, o que producen, permiten financiar la subsistencia de los inactivos o de los desempleados. Ejemplos:

a) Los empleados o trabajadores que generan ingresos por su actividad laboral, se solidarizan con personas inactivas o con los desempleados de su grupo familiar, por razones de parentesco, o de otros grupos sociales a través del pago de impuestos o de las contribuciones obligatorias o voluntarias que hacen a la seguridad social.

b) Los seguros de desempleo están financiados con las contribuciones del trabajador cuando está en actividad y con los aportes de otros que están ocupados, con el fin de que, ante la contingencia del cese involuntario de la actividad laboral, por un efecto de solidaridad, la seguridad social pueda mantenerle o reponerle, total o parcialmente el ingreso que se deja de

recibir al momento de quedar desempleado, mientras se consigue otra ocupación remunerada.

6. Los impuestos que pagan personas con mayores ingresos se utilizan para prestar servicios a aquellas de menores ingresos o sin ingreso. Ejemplos:

a) Las empresas con actividades productivas y utilidades que les permiten pagar buenos salarios a sus trabajadores también hacen aportes importantes a la seguridad social o al fisco nacional, con los cuales se pueden ofrecer servicios o subsidios a los trabajadores de pequeñas empresas, donde los niveles salariales son bajos y los aportes a la seguridad social son igualmente modestos.

b) Una empresa próspera afiliada a una institución de seguridad social, generalmente hace aportes elevados, por el nivel de sueldos de sus trabajadores; sin embargo, sus empleados rara vez tienen derecho a prestaciones o van a utilizar los servicios que ofrecen las mencionadas instituciones. En contraste, empresas pequeñas, de servicios, que pagan bajos salarios y, por tanto aportan pequeñas sumas a las entidades de seguridad social, pero sus trabajadores, por los deficientes salarios y por las numerosas familias que tienen, van a recibir beneficios en dinero y otros servicios para soportar las cargas a familiares, relacionadas con la educación, la salud, la nutrición y el bienestar de sus hijos, con los recursos provenientes de los grandes contribuyentes al sistema.

7. Las empresas prósperas, que con sus aportes permiten la operación y participación en beneficios de aquellas que se encuentran en situación crítica.

Ejemplos:

a) Los aportes que hace al sistema de salud una persona que gana salarios altos en un

porcentaje de su salario y que probablemente tiene menos riesgo de enfermarse, pueden servir para atender los servicios médico-asistenciales de los trabajadores con bajos salarios, que hacen pequeños aportes a la seguridad social, o para dar subsidios a aquellos que no pueden aportar y que generalmente tiene más necesidades para el cuidado de su salud.

b) Las personas que ganan más de determinados toques salariales deben hacer aportes adicionales con destino a los fondos de solidaridad, con el objeto de subsidiar parte de la cotización que deben aportar al sistema personas pertenecientes a grupos vulnerables de la población, con escasos recursos y que no alcanzan a aportar la cotización completa.

8. Las regiones ricas o más desarrolladas se solidarizan y ayudan a las regiones pobres o menos avanzadas. Ejemplos:

a) En Colombia existió dentro del sistema de los seguros sociales obligatorios el Fondo de Solidaridad y Compensación, como un mecanismo de la seguridad social que era utilizado para transferir recursos aportados en las regiones industrializadas derivarlos hacia las regiones menos desarrolladas.

b) En Colombia, el Ministerio de Salud, destina mayores recursos para poder prestar servicios en las regiones más pobres, mediante la asignación de una Unidad de Pago por Capitación de mayor valor que permita prestar servicios en los sitios donde es más costoso ofrecerlos.

9. La compensación que se produce entre grandes y pequeños riesgos de la seguridad social, a través de fondos de compensación. Ejemplos:

a) Los fondos comunes que se constituyen con el aporte de todos los asegurados a un seguro

privado o público o a un sistema de compensación, son utilizados, para financiar necesidades de la población, derivados del acaecimiento de los riesgos previstos, como en el caso del seguro de accidentes de tránsito.

b) En los sistemas de seguridad de orientación asistencial, el fisco nacional con impuestos pagados por los contribuyentes o con ayuda internacional tienen que atender necesidades derivadas de catástrofes, terremotos, epidemias, etc.

10. Los trabajadores urbanos que con sus aportes a la seguridad social se constituyen en una forma de financiar los aportes de los trabajadores rurales, etc. Ejemplos:

a) En el Sistema de Seguro Social Mexicano existe la figura del solidariohabiente, que es una persona afiliada al sistema del seguro social, perteneciente al sector rural de la población, que aporta un mínimo de recursos en dinero o en servicios, recibe el complemento de su cotización, de una parte, del presupuesto nacional configurado con los impuestos generales que paga la población activa y de otra parte, de las cotizaciones provenientes de lo que pagan los trabajadores urbanos o de las zonas industriales. Se da, entonces, una solidaridad entre el sector urbano de la población y los sectores rurales de la misma, mediante la transferencia de recursos de uno al otro sector.

b) El Fondo de Solidaridad y Garantía, creado en la reforma de la seguridad social en Colombia, recibe recursos del sector formal de la economía equivalente al 1% de la cotización de los asalariados, un porcentaje importante de primas que se pagan por tener un seguro obligatorio para los vehículos o recursos provenientes de la participación en algunas concesiones por explotación del petróleo, para subsidiar a grupos de población en situación socio-económica deficiente y con el objeto de que puedan participar de los beneficios de la seguridad social. (Bery,

p. 4491982), Ley del Seguro social (p.86, 1985), (Cañon, p, 123-130, 2007).

Como se puede evidenciar el principio de solidaridad, busca afianzar en el tiempo el apoyo mutuo y la colaboración, los cuales son pilares decisivos para la estabilidad social del sistema de seguridad social. En términos sociales, los mecanismos de redistribución y solidaridad contribuyen a la mitigación de la pobreza, y a una sociedad más justa, equitativa y en cohesión social. Por lo tanto la solidaridad sería la esencia y principio básico de una excelente empresa social en salud en cualquier país de Latinoamérica, porque garantiza la mutualidad y la interdependencia entre los individuos de la especie humana. Pero en términos económicos, los mecanismos de solidaridad, especialmente aquellos implementados en sistemas de seguridad social, contribuyen a la estabilización de la demanda, al crecimiento del mercado interno y a la formación de capital. Por eso, la realidad es que en Colombia el principio de solidaridad no se escapa a las políticas del mercado neoliberal y en la medida que existan las empresas promotoras de salud que buscan una rentabilidad financiera del 8% y más de la unidad de pago por capitación, así las cosas aunque necesario el término y finalidad de las *empresas sociales* de Yunus no se garantizaría en todo su contexto.

Para garantizar una verdadera empresa social en salud, con fundamento en una verdadera articulación y fundamentación del principio de solidaridad, sin dividendos o rentabilidad, enfocada a una cultura de salud, no solo debemos eliminar de tajo la rentabilidad de los intereses privados en el sistema de salud Colombiano, sino que debemos corregir otros errores o dificultades que están presentes en nuestro sistema de seguridad social, los cuales se mencionaran a continuación.

El desempleo es la primera gran dificultad que presenta el sistema de seguridad en Colombia

y que afecta de manera directa e indirecta la empresa social en salud con fundamentos en el *principio de solidaridad*, puesto que en la ley 100 de 1993, se regula y operativiza el sistema de seguridad social, este se creó y se idealizó bajo los fundamentos del *empleo pleno* de nuestro país, el cual hasta el momento no pasa de ser una utopía.

El régimen contributivo, el cual se da en razón a las personas que cotizan al sistema y que se vuelven solidarios con él y los pobres, al aportar el 1,5% de cotización al sistema y a la cobertura de régimen subsidiado para que los pobres gocen y disfruten del derecho fundamental de salud. Este esquema pretendía que todos los pobres de nuestro país, fueran atendidos gracias a la solidaridad de los que tenían capacidad de pago. Pero la realidad hoy es otra, las coberturas han disminuido a medida que aumentado el deterioro del mercado laboral, como lo confirman los indicadores entre 1996 y 1999, el desempleo de larga duración (más de seis meses de búsqueda) pasó de 44,4% a 56,4%, el subempleo de 17,3 a 28,3%, los ocupados asalariados de 64,4% a 56,4%, y los trabajadores independientes, la mayoría de baja calificación, aumentaron de 35,6% a 46,3% (Restrepo,1999). El deterioro ha continuado en alza, al terminar el 2000 la tasa de desempleo abierto era del 21%, la informalidad llegó al 60% de los ocupados, y el ingreso promedio anual descendió en más de 100 dólares, de 2.158 dólares, en 1994, a 2.043 dólares en el 2000.

Esta falta de oportunidades de empleo y la no presencia del principio de solidaridad , no puede consolidar una verdadera *empresa social* en salud, y se estaría hablando, más bien de exclusión del sistema por varias razones: en primer lugar, la selección de la población pobre beneficiaria del régimen subsidiado no considera las reales cifras de pobreza del país, en segundo lugar y de acuerdo con la lógica de la focalización no todos los que allí están, están asegurados, en tercer lugar, los vinculados cada vez son más numerosos y tienen menos posibilidades reales

de aseguramiento y en cuarto lugar mientras exista desempleo y este siga aumentando el sistema no lograra ser solidario sino ser deficiente y caótico.

Otra gran dificultad que afronta el sistema y no garantiza plenamente la *solidaridad* y por lo tanto la construcción e implementación de las *empresas sociales* en salud en Colombia, son las barreras económicas, que siguen siendo el mayor obstáculo para obtener servicios, además han aparecido nuevas barreras generadas por aseguradores y prestadores.

De acuerdo a lo último, después de muchas reformas, las evidencias sugieren que las barreras económicas se mantienen en primer lugar. “Cerca de la mitad de 47,5% de la población de los estratos 1 y 2, en nueve ciudades colombianas no utiliza servicios, aduciendo en 66% razones económicas” (Céspedes, p.164, 2000). La Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Educación (1995) sugieren que los copagos y las cuotas moderadoras podrían estar restringiendo el acceso y la Encuesta nacional de demografía y salud (Profamilia, 2000) afirma que la falta de dinero es la razón de no uso de servicios en 51% de los casos. Todas estas evidencias demuestran que el aseguramiento no garantiza de manera efectiva la solidaridad al sistema, ni acceso a todos los servicios, ni ha removido las barreras económicas ya que son estas las mayores generadoras de iniquidad en el acceso a los servicios de salud en el país, incluso hoy, hay otras nuevas, que posiblemente aumenten las desigualdades.

Igualmente la Organización Panamericana en Salud, confirma que en diversos países entre ellos Colombia, muestran entre un 20% y un 77% de la población no accede al sistema de salud cuando lo requiere, y la situación se tiende agravar, porque acuerdos del consejo nacional de seguridad como el 260 que reglamento los copagos y cuotas moderadoras, fueron estancados o suprimidos por la sentencia T-760 del 2008, en el numeral 1.1.2, que prohibían la negación y no

accesibilidad de servicios por la falta de cancelar copagos o cuotas moderadoras. Pero con la nueva ley estatutaria en salud, ley 1751 del 2015, artículo 10 inciso 2 “ Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago” , revive los copagos y cuotas moderadas y afecta la solidaridad del sistema , porque están obligando a los pobres y las personas con capacidad de pago, a que aporte dinero para garantizar la rentabilidad del sistema y especialmente a las entidades privadas , en este caso a las entidades promotoras de salud, son ellas las que usufructúan estos recursos para garantizar su financiación. (Congreso de Colombia,2015).

Si no fuera por las causas citadas en este artículo, Colombia podría estar a las puertas de una verdadera *empresa social* en salud con solidaridad y las personas sin importar sus contextos socio-culturales accederían de manera igualitaria a los bienes sociales primarios, en este caso la salud. El estado en cabeza de las *empresas sociales* en salud, podría ser la entidad encargada de garantizar y asegurar que las personas con más necesidades accedan de manera privilegiada a los bienes, servicios y oportunidades de salud. Se puede observar que en Colombia se puede implementar una verdadera *empresa social* en salud, ya que los recursos son amplios, pero poco efectivos, incluso cuando el sistema de seguridad social opera en torno al principio de solidaridad, pero no ha sido total, presentando dificultades que se pueden corregir, tales como el mayor control a la evasión, a la elusión, y generando más oportunidades y fuentes de empleo.

Por esto para garantizar la óptima funcionalidad de una *empresa social* en salud en Colombia se debe corregir todo lo anterior y se debe reconocer como principios fundantes las dos dimensiones de la equidad en salud: que los individuos con iguales necesidades de salud tengan iguales oportunidades de acceder a los mecanismos de satisfacción de esas necesidades (equidad horizontal) y que aquellas personas con necesidades de salud diferentes, tengan a su vez

oportunidades diferentes de acceso a la satisfacción de sus necesidades de salud (equidad vertical). La búsqueda de equidad es el objetivo central de una *empresa social* en salud y de la política pública de salud y representa un desafío que se extiende más allá del sector salud. La inequidad en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de estos servicios se manifiestan en la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, ya sea por razones económicas, por la distancia geográfica, por falta de acceso a la información o el simple desconocimiento de sus derechos, ellos se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. La exclusión en salud representa la negación del derecho fundamental a ella, porque accesibilidad a la salud no solamente es brindarle un carnet de régimen subsidiado, sino garantizar la accesibilidad efectiva y oportuna a los servicios sin barreras administrativas, geográficas y económicas. Entendida no solo como accesibilidad horizontal (cobertura), sino como accesibilidad vertical (Acceso sin discriminación, accesibilidad física con alcance geográfico, accesibilidad económica o accesibilidad a la información).

### 3. Conclusiones

1. Los gobiernos de los países pobres, especialmente de América Latina deberían tomar en consideración el planteamiento de Muhammad Yunus de las *empresas sociales* como una estrategia para disminuir la pobreza dirigiendo sus recursos hacia esos sectores vulnerables donde los mercados generan injusticias, pero adicionalmente debe excluir de sus políticas públicas, las ideas más neoliberalistas dadas por las instituciones del Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial.

2. Fortalecer el capital humano a través del sistema educativo y el desarrollo de capacidades en la población infantil y juvenil de las zonas vulnerables a nivel económico, con el fin de garantizar grandes emprendedores y para potencializarla en su incorporación a los procesos productivos, participando en forma dinámica en la construcción de una vida íntegra y sana.

3. Para garantizar una verdadera *empresa social* en salud, se debe consolidar el principio de *solidaridad* de manera total y no parcial al sistema de seguridad social, se debe tratar de eliminar las barreras económicas, garantizar el *pleno empleo* u oportunidades laborales, garantizar además un mayor control a la evasión y elusión al sistema de seguridad social. Y reconocer que el único dividendo o rentabilidad sea la social y los excelentes indicadores en salud pública.

4. La constitución de empresas sociales en salud alrededor del mundo son una alternativa viable para alcanzar el crecimiento y desarrollo económico en este sector. En Colombia, donde los recursos son suficientes y amplios, se puede lograr consolidar este proyecto, pero como un primer paso se debe eliminar la rentabilidad de los privados en el sistema de salud colombiano.

5. Controlar, vigilar e inspeccionar el sistema de seguridad social para disminuir la evasión y la elusión, es una necesidad urgente para así evitar un fraude social en materia de seguridad

social. El principio de solidaridad implica que todos los actores del sistema deben contribuir a su sostenibilidad, equidad y eficiencia, lo cual explica que deban en general cotizar, no solo para poder recibir los distintos beneficios, sino también para preservar el sistema en su conjunto y evitar un fraude social.

## Referencias

### Libros en físico

ETALA, Juan José (1966). Derecho de la Seguridad Social. Editorial Ediar, Buenos Aires Argentina.

CAÑON, Leonardo (2007). Una visión integral de la seguridad social. Editorial Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia.

SACHS, Jeffrey (2006) El fin de la pobreza. Editorial Debate. Buenos Aires, Argentina.

STIGLITZ, Joseph E. (2002) El malestar de la globalización. Editorial Taurus, Madrid, España.

(2012) El precio de la desigualdad. Editorial Taurus. Madrid, España.

YUNUS, Muhammad (2011). Las empresas sociales. Editorial Planeta. Bogotá, Colombia.

### Revistas

BERY, Frank (1982).Conceptos Generales y Situación Actual de la Seguridad Social en América Latina. En: Revista de Seguridad Social. Buenos Aires, artículos 236, 237 y 238

Retos del principio de solidaridad sustentado en las empresas sociales en el sistema de salud colombiano. Por Carlos Alberto Piedrahita Gutiérrez

CÉSPEDES, Juan E., et al., (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y utilización de servicios de salud. En: Revista Salud Pública 2. Universidad Nacional. Bogotá. Julio.

RESTREPO, MI (1999). Se Deteriora la Calidad de Vida. Portafolio. Citado por Echeverry López ME, 2000, en: La Salud en Colombia de Cara al Siglo XXI: Entre la desigualdad y la violencia. Ponencia preparada para presentar en el diálogo sobre salud en el marco del diálogo global Colombia, ExpoHannover 2000, documento inédito.

### **Leyes y disposiciones**

CONGRESO DE COLOMBIA (2015). Ley estatutaria 1751 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. En línea, tomado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

LEY DEL SEGURO SOCIAL (1985). Editorial OLGUIN S.A., Ciudad de México. México.

MALIK, Khalid (2014). Informe anual 2014 sobre el desarrollo humano de la ONU (PNUD). En línea, tomado de <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-es.pdf>

UNIVERSIDAD JAVERIANA. Vicepresidencia de la República. Ministerio de Educación, (1995). Sistema nacional de información sobre discapacidad. Bogotá. Policopiado. Inédito (sin dato del número de páginas).

PROFAMILIA. (1995). Encuesta nacional de demografía. En línea, tomado de [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)