

**AVANCES EN EL PROGRESO Y DESAFÍOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL
COMO MEDIDA DE PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.**

**UNA VISIÓN DESDE LOS PLANES DE GOBIERNO Y LINEAMIENTOS
NORMATIVOS 1994-2018**

MÓNICA BIBIANA BARRERA HERRERA.

**UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ÁREA ACADÉMICA DE SALUD
MAESTRIA EN GESTIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD
BOGOTÁ D.C.**

2021

**AVANCES EN EL PROGRESO Y DESAFÍOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL
COMO MEDIDA DE PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.**

**UNA VISIÓN DESDE LOS PLANES DE GOBIERNO Y LINEAMIENTOS
NORMATIVOS 1994-2018**

MÓNICA BIBIANA BARRERA HERRERA

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

ASESORA

M. Ed. IVONNE CONSTANZA VALERO PACHECO

**UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ÁREA ACADÉMICA DE SALUD
MAESTRÍA EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
BOGOTÁ D.C.**

2021

Nota de aceptación

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Bogotá D.C., Septiembre de 2021

Agradecimientos

Mi gratitud especial a la IVONNE VALERO por su apoyo, motivación y paciencia en el desarrollo de este documento.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
2.1 Descripción y Delimitación del Problema de Investigación	12
2.2. Formulación de la Pregunta de Investigación	22
2.3 Justificación	23
3. OBJETIVOS	26
3.1. Objetivo General	26
3.2. Objetivos Específicos.....	26
4. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE.....	27
4.1 Sistema de Seguridad Social y Sistema de Asistencia Social en Colombia.....	27
4.1.2 Modelo de Seguridad Social en Colombia.....	36
4.1.3 Políticas Públicas en Salud, Seguridad Social y la Incapacidad temporal en Colombia	41
5. METODOLOGIA.....	52
6. RESULTADOS	59
6.1 Análisis descriptivo exploratorio de la información contenida en la normativa y planes de gobierno (1994-2018)	59
6.1.1 Análisis exploratorio por frecuencia de descriptores	59
6.1.2 Análisis documental a partir de las categorías de estudio.....	68
6.2 Avances y cualidades de la incapacidad temporal como prestación económica a partir de los planes de gobierno entre 1994-2018.....	71
6.3 Evolución de la normatividad legal en materia de incapacidad temporal en Colombia (1.994 a 2.018). 92	
6.3.1 Avances normativos en materia de incapacidad temporal en Colombia	92
6.3.2 Características de la incapacidad temporal en el Sistema de Seguridad Social de Colombia.	94
7. DISCUSIÓN.....	98
8. CONCLUSIONES	102
Referencias.....	114

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión aplicados para la selección de documentos	54
Tabla 2. Resultados de frecuencia en el plan de gobierno de Ernesto Samper Pizano 1994-1998	60
Tabla 3. Frecuencia plan de gobierno Andrés Pastrana Arango 1998-2002	61
Tabla 4. Frecuencia plan de gobierno Alvaro Uribe Vélez. Periodo 1 2002-2006.....	61
Tabla 5. Frecuencia plan de gobierno Alvaro Uribe Vélez. Periodo 2 2006-2010.....	62
Tabla 6. Frecuencia plan de gobierno Juan Manuel Santos. Periodo 1 2010-2014.....	62
Tabla 7. Frecuencia plan de gobierno Juan Manuel Santos. Periodo 2 2014-2018.....	63
Tabla 8. Concentración de frecuencia en descriptores de búsqueda	67
Tabla 9. Reconocimiento de la incapacidad temporal por enfermedad general en el Sistema de Seguridad Social en Salud.....	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Valores, principios y propósitos del Estado Colombiano que rigen la gestión del Sistema de Salud	14
Figura 2. Modelos de Seguridad Social en América Latina	39
Figura 3. Palabras con mayor frecuencia en su repetición	56
Figura 4. Comparativo de categorías relevantes por Plan de Gobierno	69
Figura 5. Comparativo de Planes de Gobierno en categorías relevantes.....	70

RESUMEN

En Colombia la incapacidad temporal es una prestación económica del Sistema General de Seguridad Social para los afiliados al régimen contributivo que compensa a los cotizantes durante el tiempo que se ausenten de su trabajo por causas no laborales previamente validada la causa y afectación y que acuden a un médico dependiendo de la afectación de salud que justifica la ausencia al lugar de trabajo, ausentándose por cierto número de días mientras se recupera de su problema de salud.

Al afrontar la incapacidad, obviamente el salario de ingreso del trabajador se ve afectado porque en la normatividad se definen unos porcentajes para el pago del ingreso mientras el empleado retoma su labor. Esta dinámica viene realizando se desde hace algunos años y desde la implementación de la reforma de la salud en el año 1993, sin que hasta la fecha se hayan visto ajustes para regularla y definirla con mayor detalle y profundidad, de tal forma que se ajuste mejor a las condiciones del contexto del trabajador y los afectados. Por tanto, es de utilidad analizar los avances en el progreso y desafíos de la incapacidad temporal como media de protección de la seguridad social en Colombia, desde la perspectiva de las políticas públicas y lineamientos normativos 1994-2018.

Para ello se realizó un análisis de los planes de gobierno y de la normatividad asociada al sector salud expedida en cada plan de gobierno en los años estipulados anteriormente que se relacionan con medidas de protección social, en particular la incapacidad temporal.

En efecto, se realizó un análisis cualitativo de descriptores asociados a categorías en torno al concepto de incapacidad temporal para, posteriormente, evidenciar cual fue el periodo gubernamental donde la incapacidad temporal tuvo mayor desarrollo y si fue o no coherente la importancia del plan de gobierno con las normas expedidas durante el período electoral correspondiente y así determinar los desafíos que presenta el Sistema de Seguridad Social en el tema objeto de estudio.

ABSTRACT

In Colombia, sick leave is an economic benefit of the General Social Security System for members of the contributory regime that compensates contributors during the time they are absent from work for non-work reasons, the cause and affectation previously validated and who go to a doctor depending on the health condition that justifies the absence from the workplace, absent for a certain number of days while you recover from your health problem.

When facing the disability, obviously the worker's income salary is affected because the regulations define percentages for the payment of income while the employee resumes his work. This dynamic has been taking place for some years and since the implementation of the health reform in 1993, without to date there have been adjustments to regulate and define it in greater detail and depth, in such a way that it fits better to the context conditions of the worker and those affected. Therefore, it is useful to know the characteristics and scope of sick leave in Colombia from 1994 to 2018.

For this, an analysis of the government plans and the regulations associated with the health sector issued in each government plan in the years stipulated above was carried out.

Indeed, a qualitative analysis of descriptors associated with categories around the concept of sick leave was carried out in order, later, to show which was the government period where sick leave had the greatest relevance and whether or not the importance of the government plan was consistent with the regulations. issued during the corresponding electoral period.

1. INTRODUCCIÓN

Para responder al objetivo de la presente investigación acerca de los avances y desafíos de la incapacidad temporal como medida de protección de la Seguridad Social en Colombia en el marco de los planes de gobierno y lineamientos normativos de orden nacional en materia de salud y expedidos por entidades competentes entre 1994-2018, se parte del análisis de la problemática relativa al objeto de estudio. Para ello, se examinan los antecedentes y marco teórico relativo a la incapacidad temporal y su relación con la Seguridad Social en Colombia, así como las políticas y la gestión de la Salud y su relación con la incapacidad temporal. De igual manera, como justificación del problema de investigación y de los resultados, se describen los fundamentos teóricos de la seguridad social y de la asistencia social, para llegar a la descripción del modelo de seguridad social en Colombia y de las políticas públicas en salud y su relación con la incapacidad temporal.

Es estudio se desarrolla bajo el enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio utilizando como estrategia el análisis de contenido temático basado en el proceso inductivo aplicado al examen de los documentos seleccionados para el estudio. Como apoyo del análisis cualitativo se utiliza el software MAXQDA.

En consecuencia, los resultados reconocen los avances y cualidades, así como las posibles soluciones a los desafíos que presenta la prestación social denominada incapacidad temporal y por otra los desafíos que presenta en el marco de los planes de gobierno y lineamientos normativos nacionales emitidos por entidades competentes en materia de seguridad social producidos entre 1994-2018.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Descripción y Delimitación del Problema de Investigación

2.1.1 La incapacidad temporal y su relación con la Seguridad Social en Colombia

El Estado Colombiano está organizado según la teoría pragmática y programática para el cumplimiento sus propósitos, principios y funciones a través de una estructura organizativa compuesta por tres ramas de poder público que son: Ejecutivo, Judicial y Legislativo que son autónomas y que se definen como un conjunto complejo de organismos, normas y procedimientos categorizados y conformados para las instituciones sociales expuestas en la teoría estructuralista funcionalista como son familia, religión, educación, economía, militar y recreación (Restrepo Pimienta, 2019).

Cada una de estas ramas que conforman el Estado, tienen su propósito y dirección que se conoce como Función Pública materializada en la satisfacción de necesidades sociales de las instituciones anteriormente expuestas a través del cumplimiento de derechos y garantías establecidas en la Constitución Política de Colombia 1991 (Restrepo Pimienta, 2019). Entre otras necesidades, el Estado debe garantizar la protección ante la enfermedad, hambre, vejez y muerte (Restrepo Pimienta, 2019).

Como parte de la función del Estado Social, surge la seguridad social, la cual tiene como propósito garantizar el servicio, previsión y cobertura de los eventos contingentes que afectan el bienestar personal de los miembros de la sociedad y abarca los aspectos políticos, económicos y legales referentes a esta temática (Restrepo Pimienta, 2019).

De igual manera, la seguridad social es multidimensional y dinámica, se aborda con diversidad de posturas en las ciencias sociales aplicadas que la definen como un medio, modelo, sistema, instrumento, teoría, disciplina ligada necesariamente al Estado (Restrepo Pimienta, 2019).

En efecto diversos autores presentan su interpretación frente al concepto de seguridad social como es el caso de Rubén Greco (1968), quien la define como: *“la seguridad social es una realidad política, jurídica, técnica y práctica, cuyo objeto es la cobertura de determinadas contingencias, valoradas como socialmente protegibles, mediante organismos estatales o paraestatales financiados con recursos propios”* (Greco R., 1968). De forma semejante, José Pérez Leñero (1956), la describe como *“parte de la ciencia política que, mediante adecuadas instituciones técnicas de ayuda, previsión o asistencia, tiene por fin defender o propulsar la paz y prosperidad general de la sociedad a través del bienestar individual de todos sus miembros”* (Pérez Leñero, 1956).

La salud como un derecho goza de protección constitucional y legal en la medida que tiene varias relaciones con la sociedad porque se define como: a) un servicio; b) un derecho; c) una institución social; y d), un sistema o conjunto de normas y procesos administrativos, técnicos y jurídicos, garante de los principios y objetivos del Estado Social de Derecho (Restrepo Pimienta, 2019). En este punto es posible indicar que, al ser un servicio, se incorpora con esta condición en la seguridad social.

Es así, como surgen los sistemas de salud entendidos como la agrupación de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como objetivo principal garantizar el derecho a la salud, por lo tanto, los sistemas de salud son un espejo de valores de la sociedad que los utiliza (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Colombia a través de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993 establece los valores, principios y propósitos (figura 1) que como Estado determina para organizar y dirigir el sistema de salud para el cumplimiento de los objetivos que satisfacen las necesidades de su propia sociedad; además establece las formas de financiamiento a través del relacionamiento entre las organizaciones estatales y privadas con seguridad social, educación y formación de recurso humano para la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Figura 1. Valores, principios y propósitos del Estado Colombiano que rigen la gestión del Sistema de Salud



En color rojo los que se proclaman en la Ley 100 de 1993

En color morado los que se proclaman en la Constitución Política de 1991

Fuente: autor

La mayoría de las constituciones de los países de la región proclaman la salud como un derecho humano (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Al final el objetivo de un sistema de salud siempre será garantizar el cumplimiento de los objetivos sanitarios a través del marco legislativo que define la articulación con el sistema público de los diferentes subsistemas privados y seguridad social, educación y formación de recursos humanos para la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Esta normatividad sanitaria puede ajustarse según las necesidades sociales que se vayan presentando y los resultados en salud que se quieran alcanzar (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Al declararse Colombia como Estado Social de Derecho alude a la capacidad para resolver problemas y conflictos sociales desde la óptica de justicia social cuya función es el ordenamiento social de servicio a la sociedad (Restrepo Pimienta, 2019).

En este sentido, los servicios de salud se comportan con dinamismo en el pasar de los días, es un proceso social que evoluciona y se adapta a comportamientos, conductas, situaciones económicas y políticas en las diferentes sociedades (Restrepo Pimienta, 2019). Es por esta razón, que la situación política es el principal componente en la prestación de servicios de salud, dentro del mundo del funcionalismo estructural en donde el modelo de Estado y de salud se convierten en procesos sociales dependientes de variables importantes como son el flujo de recursos económicos, toma de decisiones gerenciales, gestión estratégica, gobernabilidad, legitimidad del poder, dotación de elementos para la prestación completa de asistencia y prevención en enfermedades, en el contexto de la seguridad social (Restrepo Pimienta, 2019).

La relación entre Estado y el carácter político de los servicios de salud entendiéndose que se trata de un servicio público y que se encuentra en el epicentro de una construcción jurídica sistemática del Estado, implica la comprensión de un marco de construcción teórica del sistema funcional y estructural que funciona articuladamente para promover solidaridad y estabilidad usando elementos como normas, costumbres, tradiciones e instituciones que se ejecutan a través de los servicios de salud como un servicio público, que resuelve los problemas de quien demanda atención y que por supuesto espera esté acorde al trato digno como la esencia del derecho humano (Restrepo Pimienta, 2019).

Según Restrepo (2019), en Colombia se evidencian muchas necesidades de mejora en cuanto a salud, lo cual hace necesaria la formulación de una reforma a la salud que garantice la accesibilidad simplificando los procesos para reducir la fragmentación en la prestación; mejorar la cobertura y garantizar la calidad de los servicios de salud demandados por cada colombiano (Restrepo Pimienta, 2019). Esta reforma debe tener

como objetivo los intereses generales y no particulares que contribuyan a la construcción de un sistema de salud que garantice el acceso a servicios de calidad sin ser objeto de discriminación alguna para los colombianos, teniendo especial atención en las normas que regulen transversalmente toda la cadena de valor asociada a la demanda garantizando el derecho a la salud a través de la intervención de determinantes sociales en salud que se traduzcan en una política pública sanitaria (Restrepo Pimienta, 2019).

Mejorar el sistema de salud tiene implicaciones en la sociales transformando la sociedad en una más estable, equilibrada y coherente que se desarrolla de manera sostenible en los diferentes grupos y perfiles epidemiológicos capaz de gestionar servicios de salud accesibles, adaptables, óptimos, organizados, eficientes y eficaces para lograr una atención integral prospectiva alineada a un esquema definido de interdependencia de servicios (Restrepo Pimienta, 2019).

Como parte de las prestaciones por enfermedad o lesiones generales, está el proceso de reconocimiento del derecho a la prestación económica “subsido por incapacidad”, en donde se presentan varios actores involucrados en su reconocimiento y pago. Por una parte, la Empresa Promotora de Salud (EPS) y por otra el sistema general de pensiones. Teniendo en cuenta que solo aplica para trabajadores formalizados a través de un contrato de trabajo. Esto favorece la protección de los empleados cuando se enfrentan a esta situación, pero la normatividad aún tiene muchos detalles que no puntualiza y que si ponen en riesgo la sostenibilidad financiera del fondo pensional (Dávila Villegas, 2017).

Por otro lado, en aquellos casos en donde la duración de la incapacidad se prolonga por más de 180 días, la legislación colombiana ha previsto que sea el fondo de pensiones el encargado del pago de la prestación y si aún existe concepto favorable de rehabilitación, la EPS será nuevamente responsable de garantizar el derecho a IT a partir del día 540. Así las cosas, los empleadores también se afectan porque,

indefinidamente o hasta que el Fondo de pensiones no defina que la incapacidad es permanente, deben tener disponible el cargo, pues dado el caso en que el empleado mejore, este último deberá retornar al cargo que desempeñaba, cuando no se demuestre una pérdida de capacidad que amerite la reubicación laboral en cuanto a la actividad a desempeñar. Por tanto, se hace imprescindible que el Estado legisle el tema de IT contemplando de manera equilibrada los intereses de los actores involucrados (Dávila Villegas, 2017).

2.1.2. Políticas y Gestión de la Salud en Colombia y su relación con la incapacidad temporal

La salud es un condicionante para cumplir los objetivos definidos en las políticas sociales que facilita alcanzar metas de crecimiento económico y de bienestar nacional, incluidos en el desarrollo social y de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007), de tal forma las políticas públicas determinan las características de la operatividad del sistema de salud que continúa siendo una dificultad porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos negativos tienden a acumularse, los recursos son limitados y las soluciones suelen estar fuera del sector salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Entendiendo que la política pública es el conjunto de decisiones correctamente fundamentadas en todos los ámbitos en que se desarrolle, con naturaleza transversal a todos los niveles del gobierno, adicionando un marco normativo que regule los mecanismos de divulgación e implementación en la administración de la función pública que corresponda, se considera necesaria la transformación del sistema de salud; el cual debe contemplar un diseño de proceso diferencial para la prestación de bienes y servicios ofertados por el sector y por ello el abordaje debe ser coherente desde el diseño y la formulación de la política pública (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Las políticas públicas son la respuesta del gobierno a condiciones que generan o pueden generar necesidades de un número considerable de personas; es decir, responde a una necesidad que vulnera un derecho fundamental y que es de interés público, la cual ha sido ineficientemente desatendida por el Estado (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Por otra parte, las políticas públicas son importantes porque afectan explícita o implícitamente todos los aspectos de la vida cotidiana, persuadiendo conductas riesgosas, alentando acciones beneficiosas, protegiendo los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, entregando beneficios a ciudadanos necesitados; procurando el bien general y no el particular (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La política pública evoluciona con la velocidad global del desarrollo y las tendencias demográficas y epidemiológicas de las sociedades; mediando las necesidades y la limitación de recursos para sostener el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social. Por consiguiente, las políticas públicas no se pueden formular de manera universal, deben contemplar las diferencias sociales del lugar a donde se van a aplicar; alineadas al desarrollo social y direccionadas a una mayor equidad constituyendo de manera exitosa un mejor resultado siempre y cuando contemplen la interdependencia con sectores del gobierno que trascienden al sector salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Resultado de los cambios políticos y normativos en la década de los 90's en Colombia, se promulga la Ley 100 de 1993 como nuevo modelo de la Seguridad Social en el País, en el cual se establece que el Estado deja de ser el único proveedor de salud para convertirse en regulador y coordinador del sector salud, evaluando constantemente la relación entre asegurador y prestador ya sean de naturaleza pública o privada a través de la participación social de los diferentes actores del sistema, en sus diferentes roles que asumen desde la academia, agremiaciones profesionales, agremiaciones de

participación y como beneficiarios de servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

El modelo neoliberal que se impartió con la Ley 100 de 1993 no cumplió cabalmente sus objetivos en cuanto al acceso al sistema, tomando por ejemplo lo ocurrido con las particularidades al interior del país en sus diferentes sociedades multiculturales con dialectos distintos, que no se favorecieron en la implementación de un sistema descentralizado en temas de salud porque el modelo no se adaptó a las condiciones de poblaciones heterogéneas, las que aun siendo minorías hacen parte del país y cuentan en la medición de los objetivos planteados en la reforma del salud.

Por su parte, el cambio en el modelo de atención en salud hacia la atención primaria es un aporte importante hacia el objetivo de aseguramiento y accesibilidad al sistema, ya que impulsa el mejoramiento de la salud, hacia un porvenir formado mediante el enfoque de atención integral fundamentada en promoción, prevención y rehabilitación, que abarca los individuos, las familias y sus contextos sociales, de esta forma: *“Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven”* (OPS, 2007, p.316). Los beneficios mencionados dan cuenta de la inversión competente de los recursos del sistema en la fase primaria de las enfermedades, con énfasis en la prevención de nuevos eventos y en la promoción de hábitos y acciones saludables que mitiguen los riesgos de daño severo e incapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Por otra parte, un fenómeno que afecta la gestión del riesgo en salud es el ausentismo por causa de enfermedad general, considerado una problemática del orden global en aumento, sin embargo, los estudios que analizan la relación con la política pública y la gestión en atención en salud, así como aquellos que cuantifican los costos de incapacidad son escasos y se presentan con diversas metodologías en la medida que contemplan

variables acordes a su contexto sociodemográfico, político y normativo, lo que dificulta su réplica y comparación con resultados de otros países.

Colombia, como otros países, se enfrenta al crecimiento de la incapacidad temporal en los trabajadores. Se precisa que el año 2018 se presentaron 543.540 casos de ausentismo por causa médica, de los cuales el 63.5% corresponde a enfermedad general (EG) que continúa siendo la principal causa de ausencia laboral, con un promedio de 5,7 días de ausentismo por trabajador en el año, a diferencia del periodo 2017 en donde se registraron 7,8 días de ausentismo anual en promedio por trabajador por causa de EG (ANDI, 2019). Para el año 2018 el 55.3% de los casos de ausentismo por enfermedad general duraron entre 1 y 2 días, generando así un mayor impacto en las empresas que son las que asumen el costo de estos días de incapacidad (ANDI, 2019). Las Entidades Promotoras de Salud reportaron en el año 2017 un total de 3.755.945 incapacidades (ANDI, 2019)

Las múltiples interpretaciones de la normatividad vigente a nivel nacional, los errores en la inclusión de los datos en el sistema de registro hacen que la calidad de los reportes de la incapacidad temporal sea deficiente y por lo tanto dificulta la estimación del costo anual de las incapacidades temporales emitidas a través del Sistema General de Seguridad Social; lo anterior acompañado de un subregistro de eventos que no permite evaluar si existen o no cambios en el número de incapacidades temporales reportadas en años anteriores, al tener en cuenta las incapacidades efectivamente pagadas sabiendo de antemano que existe un plazo para compensar los afiliados hasta de tres años (González Castaños & Duque Quintero, 2017).

El fenómeno descrito, presenta factores que inciden en su complejidad a la hora de realizar el análisis. Para la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia- ANDI (2017), el ausentismo representó para Colombia un costo aproximado de \$176 mil millones de pesos (Arrieta Burgos, et al., 2017). Entre algunas de las causas asociadas a los costos por incapacidad temporal están aquellas que evidencian cómo desde el

orden estatal la desarticulación de las políticas públicas en materia de salud y de trabajo inciden en la competitividad empresarial y a su vez afectan el bienestar de los trabajadores (Arrieta Burgos, et al., 2017).

Por esta razón, el ausentismo por enfermedad general no solo trae implicaciones económicas y sociales para la nación, sino que se refleja a nivel empresarial, en términos de eficacia y eficiencia, afectando de esta manera la productividad de la organización, en la medida que la causa principal sigue siendo la incapacidad por enfermedad general (67%) para el año 2017 (Arrieta Burgos, et al., 2017).

Desde la perspectiva de la gestión de los servicios de salud, existen aspectos asociados que inciden en la evaluación del comportamiento de la incapacidad temporal por enfermedad común en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, como lo es la inexistencia de lineamientos determinados desde la normatividad legal o técnica, asociados con la duración de la incapacidad, que permitan realizar la evaluación y seguimiento de esta prestación de forma objetiva, generando costos asociados al aumento en la frecuencia y número de días por eventos de incapacidad (Arrieta Burgos, et al., 2017)

Las incapacidades, las reubicaciones laborales motivadas por razones de salud y las restricciones médicas, constituyen un tema prioritario para el desarrollo social y la competitividad del país, por ello las prioridades políticas y de gestión relativas a la salud pública y productividad económica deben articularse con el objetivo de mejorar el bienestar de los trabajadores y la sostenibilidad de las empresas (ANDI, 2019). De acuerdo con lo descrito, se hace necesaria la revisión de los procesos y procedimientos internos de las Empresas Promotoras de Salud, en términos de la prevención y promoción de la salud y de rehabilitación, así como los procesos para el pago de las incapacidades (Arrieta Burgos, et al., 2017)

Llama la atención, los hallazgos presentados por la ANDI, frente al abuso del derecho en situaciones de salud, donde se identificó que el 50% de las empresas encuestadas han presentado incapacidades falsas, por lo tanto, se ha instado al Ministerio de Salud para realizar acciones de vigilancia y seguimiento en cumplimiento de la normatividad existente (Arrieta Burgos, et al., 2017).

En relación con el cálculo del pago de las IT y, aunque la normatividad ha cambiado y ya no es responsabilidad totalmente del empleador; la manera de calcular el reconocimiento económico de las IT no ha evolucionado. De tal forma, en su pago intervienen Empleador, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y el Estado cuando los recursos de las dos anteriores no sean suficientes según lo estipulado en la Ley 100 de 1993 (González Castaños & Duque Quintero, 2017).

Lo anterior permite concluir que se hace necesaria la revisión de las políticas nacionales existentes relacionadas con la gestión de los servicios en salud y la normatividad vigente en Colombia que reglamenta la prestación de la IT, de tal forma que se puedan identificar aspectos de mejora con respecto a la reglamentación de la IT y su marco político, en aras de contribuir a la reflexión y como producto del proyecto de investigación “Las incapacidades temporales como factor de ineficiencia y desperdicio en el Sistema de Salud Colombiano. Fase 1”, financiada por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, mediante Convocatoria Interna de Investigación No. 17 de 2018.

2.2. Formulación de la Pregunta de Investigación

Teniendo en cuenta la problemática expuesta con relación a la IT en el marco de las políticas públicas en salud y la gestión de los servicios en salud en el marco de la Seguridad Social en Colombia, se formula la siguiente pregunta de investigación:

A partir de las políticas públicas y lineamientos normativos de orden nacional en materia de salud y expedidos por entidades competentes, ¿cuáles son los avances y desafíos de

la incapacidad temporal como medida de protección de la Seguridad Social en Colombia entre 1994-2018?

2.3 Justificación

La ausencia de los empleados a su trabajo por causa médica es un asunto de interés global. Sea cual sea la causa de inasistencia representa pérdidas económicas. Como lo referencia la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) para el año 2018 en España las empresas destinaron \$6900 millones de euros para los gastos de IT por causas comunes (Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), 2018). Estos hallazgos sustentan la necesidad de reducir el gasto, con el propósito de mejorar la gestión de los servicios de salud y la política pública, así como los impactos a nivel organizacional.

En este contexto, Colombia presenta una problemática similar frente a la IT por enfermedad general. Por ello ha sido objeto de revisión por parte de las entidades públicas encargadas de la generación de políticas públicas y el seguimiento de la gestión de los servicios de salud a nivel nacional. Como se puede observar en el informe del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2017, donde se presenta la tendencia al alza en el monto desembolsado por las Empresas Administradoras de Planes en Beneficios en Salud (EAPBS) correspondiente a las incapacidades emitidas por enfermedad general, para el año 2007 más de 100 billones de pesos, mientras que en el año 2014 se desembolsaron más de 300 billones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Si bien es cierto, en Colombia se tienen algunas cifras aproximadas del costo por IT no se cuenta con la información de forma global para el Estado Colombiano. A su vez, la existencia de múltiples políticas públicas y normatividad legal en la materia, de forma desagregada, conlleva a interpretaciones distintas por parte de los actores del Sistema de Salud. Al tratarse de un evento multifactorial, en el estudio de la IT por enfermedad

general confluyen diversos factores, entre los cuales están los del orden económico, social, político y normativo. En el presente estudio se examinarán aquellos que hacen parte del contexto de los planes de gobierno y normativo en el periodo de referencia.

En este sentido, se hace necesario examinar los avances en el progreso y desafíos de la incapacidad temporal como media de protección de la seguridad social en Colombia, en el periodo 1994-2018, a partir de las políticas públicas y lineamientos normativos en salud. De esta forma se pretende aportar a la unificación de conceptos o términos, así como identificar los vacíos normativos asociados a la prestación y en el procedimiento para su otorgamiento relacionado directamente con el reconocimiento económico otorgado al cotizante que se incapacita y que traen efectos en la gestión de los servicios en salud.

La presente investigación surge a partir de la necesidad de analizar las características de IT por enfermedad general en Colombia como prestación económica del Sistema General de Seguridad Social en Colombia y su articulación con los planes de gobierno y lineamientos normativos del orden nacional emitidos por entidades competentes en la materia en el marco de la Seguridad Social, en el periodo 1994-2018.

Este estudio, hace parte del proyecto de investigación **“Las Incapacidades Temporales como Factor de Ineficiencia y Desperdicio en el Sistema de Salud Colombiano. Fase 1”**, desarrollado entre la Universidad Jorge Tadeo Lozano, el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y la Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). El estudio busca aportar a la Maestría en Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, nuevas alternativas de problemas de investigación relativos al tema de políticas y gestión de la salud con relevancia nacional. Por otra parte, el aporte del presente trabajo al campo de la Política y Gestión de la Salud, está representado en los aportes teóricos frente al estudio de planes de gobierno, políticas y normatividad legal que reglamentan la incapacidad temporal en el país, de tal forma, que estos resultados puedan ser utilizados

como contribución a futuras decisiones respecto a la materia y como parte de los resultados de la investigación en referencia, cuyo propósito en su primera fase es la de analizar el comportamiento de la IT en el periodo 2016-2018.

A su vez, se espera contribuir en la toma de decisiones por parte de los entes territoriales frente a la mitigación de costos elevados, alta frecuencia de IT y afectaciones a la salud de los cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debido a morbilidades y comorbilidades agudas y crónicas.

Aunque existe evidencia del análisis de la política pública y de la normatividad legal en materia de salud, poco se ha estudiado la prestación económica de IT por enfermedad general. Es por esta razón, que el análisis documental de tipo retrospectivo, facilita la comprensión no solo del alcance, sino de las posibilidades de mejora en la regulación de la IT a través de la revisión de las políticas públicas emitidas y sus alcances durante su vigencia y, la posibilidad de adherirse a promover un Sistema General de Seguridad Social en Salud más eficiente que permita gestionar los riesgos en salud de manera equitativa y con mejores resultados en salud que en las actuales condiciones. El presente trabajo muestra una evolución sistemática del concepto de IT y la articulación con los planes de gobierno, políticas públicas y normatividad legal desde el año 1994 al 2018.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Analizar los avances, desafíos y el alcance que tiene el concepto de incapacidad temporal como medida de protección en Colombia, dentro del marco de las políticas públicas y lineamientos normativos de orden nacional emitidos por entidades competentes en la materia, dentro del marco de la Seguridad Social en el periodo 1994-2018.

3.2. Objetivos Específicos

1. Describir los avances alcanzados por la incapacidad temporal como prestación social en el marco de las políticas públicas en salud y lineamientos normativos nacionales emitidos por entidades competentes en materia de seguridad social entre 1994-2018.
2. Establecer el desarrollo de las políticas públicas emitidas por las entidades competentes para el tratamiento de la IT y las temáticas relacionadas con el contexto de la seguridad social, durante los periodos gubernamentales examinados.
3. Establecer los desafíos que enfrenta el concepto de IT de cara a la normatividad establecida al respecto, dentro de los planes de gobierno y la legislación emitida por las entidades competentes durante el periodo 1994 a 2018, partiendo del comparativo sobre la regulación existente en la materia (Normograma).
4. Plantear las posibles soluciones a los desafíos encontrados para la Incapacidad Temporal frente a los lineamientos normativos y regulatorios vigentes, desde su denominación como herramienta de seguridad social.

4. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

4.1 Sistema de Seguridad Social y Sistema de Asistencia Social en Colombia

4.1.1 La protección social como un derecho fundamental

La protección social se desarrolla en diversas líneas de política y acción hacia la cobertura de los Derechos económicos, sociales y culturales (DESC); trabajando en aspectos como el empleo, la alimentación, la salud, el cuidado de los ciudadanos y el ingreso digno. La medición de la efectividad del sistema de protección social se orienta hacia la evaluación de la respuesta del modelo frente a los riesgos y condiciones de distribución social y económica de la población.

Por su parte, el Banco Mundial (2019), indica que los sistemas de protección social están diseñados como mecanismo para dar soporte a la población vulnerable frente a sus necesidades económicas y sociales por empleabilidad, salud, educación e ingresos en la edad avanzada. Así mismo considera que la protección social es el aspecto central donde convergen los objetivos orientados a erradicar la pobreza y promover el desarrollo de las comunidades. De esta forma ha planteado la Estrategia para la protección social y el empleo 2012-2022 que se enfoca en la creación de mecanismos de gestión y financiamiento con recursos destinados a fortalecer las líneas de ayuda para la disminución de la pobreza, la cobertura en salud y educación, la promoción del empleo y el aumento de la productividad, ajustados a los contextos de cada país, destacando como objetivos principales la disminución de la brecha en el cubrimiento de necesidades y el aumento de la capacidad de resiliencia de la población (Banco Mundial, 2019; CEPAL. Naciones Unidas , s/f).

Los sistemas de protección social se relacionan en profundidad con los modelos de desarrollo que han sido planteados por cada nación en los diferentes periodos, puesto que los modelos de desarrollo marcan las políticas y actividades de un país en relación con el tratamiento a las responsabilidades en materia de protección social (Banco

Mundial, 2019). Los modelos de desarrollo y los sistemas de protección social implementados en América Latina, se ha planteado buscando la resolución de las necesidades de salud y bienestar de la población; de ahí la importancia del papel del Estado y de su política social como soporte estructural para el análisis de la relación entre políticas de desarrollo y políticas de protección social (CEPAL. Naciones Unidas , s/f).

Este análisis sobre la realización de la Protección Social en Latino América durante el último siglo evidencia como los modelos de desarrollo se han planteado tomando como base el concepto de “Estado de Bienestar” de Keynes, configurando los lineamiento políticos y económicos para que el Estado, cumpliendo su función para la organización social, provea servicios en cumplimiento de los derechos sociales a la totalidad de los habitantes de un país (Mejía-Ortega & Franco-Giraldo, 2007).

Pese a los planteamientos en los planes de desarrollo de Latino América, no se ha alcanzado plenamente la cobertura en protección de los derechos sociales de la población, no obstante se han dirigido las gestiones hacia la introducción de políticas liberales después de los años 80, es decir involucrando, de una parte, al trabajador como eje movilizador de la productividad y como propulsor de las políticas sociales, y de otra, a los demás ciudadanos como beneficiarios de los derechos de seguridad social. Dichos modelos han originado, en cada caso, sistemas de protección social con enfoques que varían entre el seguro social y la asistencia social, pasando por los mínimos de protección social hasta el manejo social del riesgo, con el componente adicional de las estrategias sugeridas para influenciar políticas de protección social por organismos internacionales como el Banco Mundial (Mejía-Ortega & Franco-Giraldo, 2007).

En términos generales y para el caso de América Latina, la protección social está subordinada al modelo de desarrollo ordenado en cada nación y por la correlación de este modelo con las estructuras del Estado en el esquema de Estado-Sociedad. De esta tendencia se producen modelos de seguridad social, aseguramiento y asistencia social, que pese a sus buenos planteamientos deben coexistir con las variadas presiones históricas y políticas de los países, lo que a su tiempo termina limitando las políticas y ejecuciones de protección social, producto de las sobrecargas económicas y sociales a

las que debe adaptarse cada modelo de desarrollo (Mejía-Ortega & Franco-Giraldo, 2007).

Para mejorar el panorama de cumplimiento de protección social los modelos de desarrollo en América Latina podrían enfocar sus esfuerzos directamente en el diseño de soluciones puntuales a las contingencias de pobreza, desempleo y asistencia social desatendida, con modelos factibles a sus propias economías, acercándose de forma particular a las metas propuestas en materia de política social para cada país; dejando de lado la aplicación de modelos económicos internacionales que no aplican directamente al contexto sociopolítico y económico de estas naciones (Mejía-Ortega & Franco-Giraldo, 2007).

Para establecer el contexto del enfoque de la protección social en el país, debe recordarse que, en el caso de Colombia, la Constitución Política de 1991 establece la protección de los principios de igualdad y no discriminación; incluso los planes de desarrollo reconocen y promueven el desarrollo de estos principios (República de Colombia, 1991). Así mismo, la relatoría especial de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la pobreza extrema sostiene que la incorporación de este enfoque de derechos no constituye una opción de política pública, sino es una obligación jurídica derivada del avance progresivo del derecho internacional suscrito por los países (Acosta Navarro, et al., 2015).

De otra parte, para la formulación de una política pública sobre la protección social deben tenerse en cuenta los principios que la rigen: i) Universalidad, orientado al derecho de todos los ciudadanos de un nivel y calidad de bienestar; ii) Solidaridad, como el deber de las personas de participar en el financiamiento de la protección social, de acuerdo con su capacidad económica para asegurar la universalidad y la equidad; iii) Selectividad, teniendo en consideración la prioridad que tienen las personas con mayores necesidades en las diferentes situaciones de escases de condiciones de bienestar; y iv) Eficiencia, relacionada con el uso de los recursos públicos para alcanzar los objetivos sociales (Acosta Navarro, et al., 2015).

Para presentar el avance que ha alcanzado Colombia en materia de protección social, se expone el contexto en el que se ha desarrollado, abarcando los antecedentes, la orientación, el enfoque y recorrido de este sistema.

Antecedentes del modelo de protección social en Colombia

En primer lugar, es importante indicar que el sistema de protección social se asocia al concepto mismo del trabajo formal y al desarrollo de políticas públicas para enfrentar los efectos de la pobreza en la población. Con la Ley 100 de 1993 el Estado tomó un papel significativo frente al diseño de un nuevo modelo de seguridad social en Colombia, puesto que el concepto se extendió a la responsabilidad sobre las instituciones, normas y procedimientos como herramientas de la persona y la comunidad para gozar de calidad de vida; además el concepto de bienestar se proyectó como el fin último de los programas promulgados para este fin (Acosta Navarro, et al., 2015).

En el diseño de este modelo de seguridad social colombiano se tuvieron en cuenta los aportes efectuados por el Banco Mundial, donde a partir de los diagnósticos del efecto de las políticas sociales para contrarrestar la pobreza en el país se formularon estrategias para la implementación de planes de acción y políticas que se orientarían en la disminución de la pobreza y el aumento del bienestar de los individuos. La estrategia formulada por el Banco Mundial en el año 1994 propuso entre otros aspectos el fortalecimiento de los servicios sociales y de infraestructura como salud, educación y servicios públicos (energía, agua, alcantarillado). Igualmente, la estrategia propuesta en el año 1994 también sugiere el fortalecimiento de la capacidad institucional, de la mano con el proceso de descentralización, junto con la conformación de sistemas de información para el control y seguimiento de los avances del modelo de Protección Social (Acosta Navarro, et al., 2015).

En el estudio del año 2002, el Banco Mundial destaca el aumento del gasto público de Colombia en la gestión de reducción de la pobreza, pese a la recesión financiera del año 1999, observando los programas prioritarios en cuidado infantil, salud, alcantarillado y aseguramiento, pero se identificó también que la cobertura pensional era muy baja sobre

todo en los grupos sociales afectados por condiciones de pobreza (Acosta Navarro, et al., 2015).

Otros estudios posteriores han evidenciado la necesidad de establecer una metodología de planteamiento de políticas en protección social que estén más acordes a las situaciones de vulnerabilidad de las comunidades afectadas por pobreza, es decir establecer un Sistema de Seguridad Social que sea permanente, flexible e integrado, alineado hacia el tratamiento y prevención de las coyunturas desfavorables que implica para las comunidades el vivir en nivel de pobreza. En conclusión, los resultados obtenidos de los análisis de diversas entidades sobre el Sistema de Protección Social en Colombia muestran el incremento del nivel de gasto público otorgado al tratamiento de las necesidades de bienestar de la población, pero también detectan que existe un nivel de gestión más bajo que el de otras naciones de Latinoamérica, además resaltan que los aspectos menos favorecidos dentro de la política de protección social son los subsidios en pensiones y educación superior, mientras que los aspectos a resaltar como positivos están en la implementación de políticas para el régimen subsidiado de salud, los subsidios a la educación preescolar y los hogares del ICBF (Acosta Navarro, et al, 2015).

La prolongada crisis económica que se dio desde 1997 hasta el 2003, evidenció las limitaciones de los programas sociales para atender los efectos cíclicos generadores de pobreza, lo que agudizó las carencias de las poblaciones menos favorecidas en Colombia, debido a las debilidades estructurales del sistema de protección social existente. De tal forma frente a la limitación de recursos y la restricción en la institucionalidad se adoptaron medidas de respuesta a estas problemáticas con la creación de una Red de Apoyo Social (RAS) en el año 2000, cuyos programas, Familias en Acción, Empleo en Acción y Jóvenes en Acción, constituyeron el inicio de la organización de los programas asistenciales (Acosta Navarro, Forero Ramírez, & Pardo Pinzón, 2015). También se integraron otros programas derivados hacia la atención de eventualidades y seguimiento como el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y el Sistema Nacional de Información y Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (Acosta Navarro, et al., 2015).

A partir del año 2002 y en observancia de las problemáticas generadas por la violencia del conflicto armado en Colombia, se han articulado diferentes programas para la atención y apoyo de los individuos y las comunidades víctimas de los efectos de dicha problemática nacional; gestionando el auxilio a las comunidades desde diferentes programas asistenciales en cuidado de los derechos de la niñez, la protección laboral, la formación profesional (SENA) y los programas de compensación familiar (Acosta Navarro, et al., 2015). En consecuencia y bajo la promulgación de Ley 789 de 2002 se definió el Sistema de Protección Social colombiano como el conjunto de acciones públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de la población, mediante la garantía de derechos como salud, pensiones y trabajo a través del Sistema de Seguridad Social Integral (Congreso de la República, 2002).

Posteriormente, en el año 2007 se aprobó dentro del Plan de Desarrollo 2006-2010 el componente de Seguridad Social Integral, que abarca la salud, los riesgos profesionales y la protección al cesante (cesantías, pensiones y subsidios al adulto mayor); también se abrió el enfoque hacia la formación de capital humano orientando el aprendizaje de las capacidades demandadas por el mercado laboral, lo que incluye la educación formal (inicial, básica, media, y superior) y la formación para el trabajo (titulada, complementaria y no formal) (Acosta Navarro, et al., 2015).

Cambio de enfoque de los programas de protección social, paso de lo asistencial a la orientación promocional

El enfoque de protección social adoptado en el plan de desarrollo 2006-2010 “Estado comunitario: desarrollo para todos”, donde se proponía la oferta integral de servicios y la necesidad de garantizar mínimos socialmente aceptables, detectó cómo, a pesar de la asistencia recibida por las personas, existía la incapacidad de un grupo importante de población para acceder por sus propios medios a la protección. Debido a esto, se hizo inminente la necesidad de hacer el tránsito de las intervenciones asistenciales (promovidas por la política de Estado Comunitario 2006-2010) a otros tratamientos

basados en la promoción de las capacidades de la población con vulnerabilidades detectadas, con el fin de lograr que fueran capaces de tomar por su cuenta la protección propia frente a diferentes riesgos, a través de los diferentes componentes del sistema de protección (Acosta Navarro, et al., 2015).

En el planteamiento del Plan de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos” se presenta la visión del sistema definido, aplicable a la totalidad de la población en el aseguramiento de los cuatro componentes tradicionales: seguridad social integral, acceso a activos, formación en capital humano y manejo de riesgos en crisis (Acosta Navarro, et al., 2015).

Evolución del Sistema de Protección Social hacia la integralidad

Hoy en día, se pretende dar el paso hacia la integralidad de la política de protección social con los aspectos relativos al enfoque de riesgo y de ciclo de vida, por medio del desarrollo de programas que respondan a los riesgos enfrentados por las personas, en las diferentes etapas de su vida. En el caso de los jóvenes y adultos, quienes por su ciclo de vida se encuentran desempeñando su rol de trabajador, requieren de protección ante los riesgos derivados del trabajo. El enfoque de integralidad se orienta hacia la atención de los distintos grupos poblacionales, gestionando las principales políticas de protección social de acuerdo con la estructura de edades, indicadores de vulnerabilidad y los riesgos correspondientes a estas clasificaciones (Acosta Navarro, et al., 2015).

Los riesgos determinados son abordados con políticas, programas e instituciones que siguen las directrices del Sistema de Protección Social desde diferentes componentes, entre los cuales se encuentra la Seguridad Social Integral gestionada mediante el Sistema de Salud y el Sistema de Pensiones y el Sistema de Riesgos Laborales (Acosta Navarro, et al., 2015).

Según la Organización Internacional del Trabajo OIT (1952-1969), la seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en

caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia (Oficina Internacional del Trabajo - OIT, s/f).

Es así como la Seguridad Social es considerada como un derecho fundamental, mediante diversos instrumentos como: la Declaración de Filadelfia de la OIT (1944), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (Oficina Internacional del Trabajo - OIT, s/f). Por otra parte, convenios y recomendaciones de la OIT reafirman su naturaleza a través del Convenio sobre la seguridad social (1952), Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (1964), el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad (1969) y el Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social (1982), entre otros (Oficina Internacional del Trabajo - OIT, s/f). Tales instrumentos incluyen en sus lineamientos la necesidad de proteger económicamente a los trabajadores que, por los efectos de la enfermedad en su condición de salud, se encuentran impedidos para trabajar temporalmente, tratándose así de la incapacidad como una prestación económica acompañada de la asistencia en salud.

Como se ha descrito, la seguridad social es un derecho fundamental y en general se refiere al sistema soportado en cotizaciones de quienes tienen capacidad económica y que busca garantizar la protección de la salud, las pensiones y el desempleo; sin embargo, la cobertura en seguridad social se ha convertido en un desafío para la globalización. Para la OIT el acceso a seguridad social es un factor de incidencia en el desarrollo social, pues garantiza que los trabajadores y sus familias tengan acceso a los servicios de salud y las ayudas económicas frente a la pérdida de ingresos, por desempleo, incapacidades, maternidad o periodos extendidos como invalidez o accidentes de trabajo. El cubrimiento y proceso generado por la seguridad social fomenta las relaciones estables del empleador con el trabajador, formando engranajes perdurables para la productividad y la cohesión social; este último aspecto proporciona una mirada mejorada a los retos del mundo globalizado (Oficina Internacional del Trabajo - OIT, s/f).

Un sistema de seguridad social integral tiene sus bases y estructura jurídica desde las consideraciones y connotaciones del ser humano en cuanto a su caracterización de atención de la salud de las personas, a partir de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde el análisis y tratamiento de dicho contexto se deben establecer la responsabilidad y los compromisos del Estado frente a la aplicación de la Seguridad Social, y también corresponde determinar las diferencias entre contingencias y riesgos en el ámbito político y jurídico (Restrepo Pimienta, 2019) .

En los Estados y sociedades contemporáneas se define la seguridad social desde varias dimensiones: como derecho, prestación, servicio público, beneficio, garantía, sistema y una política pública. Es así como la seguridad social está estructurada para otorgar a la población un conjunto de prestaciones económicas de protección frente a unas contingencias sociales e individuales que afectan la vida de las personas (Restrepo Pimienta, 2019), este es el caso de la incapacidad temporal. Por lo tanto, las contingencias son el conjunto de circunstancias y situaciones biológicas que afectan la salud y que producen consecuencias contra el bienestar humano, en razón a la ocurrencia o realización del riesgo previsto y que varían según los ciclos de vida como son, la concepción, nacimiento, crecimiento, adultez, vejez y la familia. En síntesis, las contingencias son los eventos que afectan el ser humano en cada una de las etapas de su vida y que se producen cuando, en el desarrollo de estas etapas, se concreta un riesgo estimado previamente.

De tal forma, y ajustándose a lo dicho por Beryl Frank (1967), citado por Restrepo Pimienta (2019), puede decirse que el concepto de seguridad social es:

“el conjunto de medidas y disposiciones jurídicas adoptadas por el gobierno, que regulan determinados riesgos sociales y laborales, a fin de prever todas aquellas contingencias de tipo biológico o económico que se presenten en el particular, para garantizarle un adecuado y suficiente nivel de vida de acuerdo con las condiciones generales del país” Beryl Frank (1967), citado por Restrepo Pimienta (2019).

En Colombia, en desarrollo del mandato Constitucional consagrado en el Artículo 48, el Ministerio de la Protección Social plantea la política de cobertura para todos, en concordancia con el enfoque de integralidad, respondiendo al llamado a garantizar el derecho irrenunciable a la Seguridad Social y la ampliación progresiva de su cobertura sobre la población vulnerable como responsabilidad del Estado (República de Colombia, 1991). El Sistema de Seguridad social propende en garantizar la protección de cada uno de los afiliados contra los riesgos que puedan ocasionar la pérdida de ingresos, estos riesgos constituyen la base para la catalogación a partir de distintas fuentes de gestión dependiendo del cubrimiento en que se especialicen, así, para los casos referentes a salud corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y en cuanto a los riesgos laborales concierne a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), respondiendo con las coberturas frente a los riesgos de salud, incapacidad, invalidez y muerte. Por su parte, el Sistema de Asistencia Social se enfoca en la población vulnerable debido a la falta de capacidad económica, cubriendo sus necesidades en salud, asistencia alimentaria y educación. Su gestión se respalda en la afiliación al Plan Obligatorio Subsidiado de Salud y las Aseguradoras del Régimen Subsidiado, las estrategias de entidades para el cuidado de la Infancia y Adolescencia, los Subsidios económicos entregados por cada uno de los hijos escolarizados y los Auxilios de Subsistencia para los ancianos en condición de indigencia. La población objeto del Sistema de Asistencia Social es la que se encuentra en condición de pobreza por cuenta de la falta de empleo, los trabajadores del sector informal urbanos y rurales, y la población en indigencia (Ministerio de la Protección Social, 2006).

4.1.2 Modelo de Seguridad Social en Colombia

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) en su Observación General 19 (2007) proporciona a los Estados una guía detallada sobre las obligaciones de respetar, proteger y garantizar el derecho a la seguridad social. Como se ha descrito, los Estados deben garantizar la protección a toda la población, el suministro de bienestar

o asistencia social, especialmente a los menos favorecidos en caso de desempleo, maternidad, accidente, enfermedad, invalidez, vejez u otras circunstancias de la vida. (Red-DESC, s/f)

La observación 19 del CDESC plantea considerar la seguridad social como un bien social y por ello la garantía a no ser sometido a restricciones arbitrarias o poco razonables de la cobertura social existente, así como el derecho a la igualdad en el disfrute de una protección suficiente contra los riesgos e imprevistos sociales (ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) Consejo Económico y Social, 2008). Las características esenciales e interrelacionadas del derecho a la seguridad social son: a) disponibilidad del sistema de seguridad social para ser administrado o regulado por el Estado de forma sostenible; b) cobertura a riesgos e imprevistos sociales en lo referente a la atención de salud enfermedades endémicas, medidas preventivas y curativas, cubrimiento de prestaciones durante el periodo en el cual la persona esté imposibilitada para trabajar por motivos de salud, por discapacidad, entre otros (ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) Consejo Económico y Social, 2008), c) oferta de las prestaciones en un nivel suficiente y d) accesibilidad (Red-DESC, s/f).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también hace una recomendación especial sobre la atención de las personas y los grupos que tradicionalmente han tenido dificultades para ejercer los derechos de protección social dadas las condiciones de desigualdad que enfrentan a diario, en particular las mujeres, los desempleados, los trabajadores desprotegidos en seguridad social, los trabajadores del sector no estructurado (informalidad), los trabajadores enfermos o lesionados, las personas con discapacidad, las personas de edad avanzada, los niños y adultos a cargo, los trabajadores domésticos, las personas que trabajan en su domicilio, los refugiados, los solicitantes de asilo, los desplazados internos, los repatriados, los no nacionales, los presos y los detenidos (ONU, 2008).

Perspectiva sobre el Estado y la Seguridad social

Para Goyes Moreno (2013) la idea de la sociedad e incertidumbre sobre la seguridad social se forma desde dos tipos de realidades: i) La inseguridad de las personas activas laboralmente frente a la legislación en seguridad social limitada a la vejez, invalidez y muerte, careciendo de impacto social real por ser políticas públicas dependientes de la cantidad de recursos; y ii) La inseguridad de los ciudadanos separados del empleo, grupo en continuo crecimiento, con insatisfacciones que se convierten en amenazas implícitas para toda la sociedad, por los efectos de las carencias en sus vidas y por las reiteradas demandas y juicios hacia los responsables legisladores de las políticas públicas (Goyes Moreno, 2013).

Frente a esta situación se presenta la dimensión del Estado constituido como social y democrático de derecho, que tiene la obligación de proveer seguridad a la población, tanto en defensa nacional, como en condiciones de vida dignas. Para esto se formularán políticas para favorecer el ingreso básico y los mínimos vitales, que aportarán a la productividad, reducción de pobreza y desigualdad, amparando a población vulnerable, trabajando por el bienestar comunitario. Es por esto, que los Estados modernos anhelan poder garantizar a la población la seguridad total, abarcando la protección de las libertades, derechos civiles y políticos, y también la cobertura de los riesgos que implican pérdidas en la calidad de vida y el bienestar social (Goyes Moreno, 2013).

Sin embargo, los Estados a pesar de plantear políticas para la protección y la seguridad, continúan detectando la sensación de inseguridad en los ciudadanos, pues esto ocurre debido a las robustas estructuras de seguridad, donde cada día se busca aumentar los niveles de protección, creando falsas percepciones de amenaza, ya que es imposible llevar la seguridad al cien por ciento de fiabilidad y se teme a las posibles fallas en el sistema. De ahí la conclusión que la seguridad y la inseguridad son relativas al momento histórico social en que ellas se generen (Goyes Moreno, 2013).

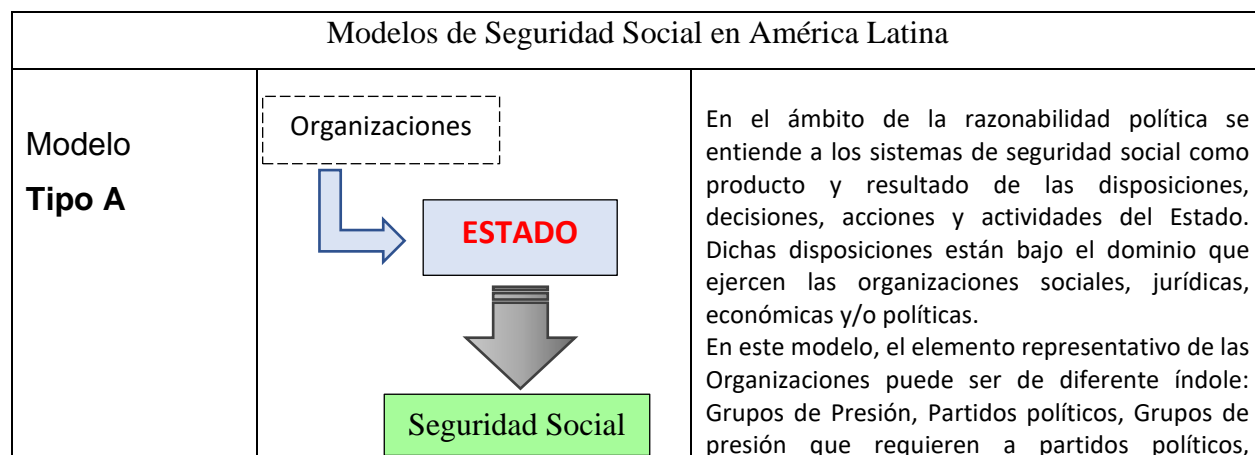
De otra parte, los Estados presentan el ahorro de las protecciones, produciendo limitaciones sobre el estado de la seguridad porque no es posible que los programas de


protección se cumplan plenamente y, porque cuando los planes alcanzan logros, esos avances, generan otros riesgos, lo que a su vez genera más exigencia en la protección requerida. Podría decirse que los individuos de las sociedades del siglo XXI no aceptan riesgos y anhelan una suficiencia infinita para cubrir todas las contingencias de la vida, idea errónea en un mundo real y cambiante con población en constante crecimiento y desarrollo, puesto que la seguridad individual y social no garantiza la inmunidad de todos los riesgos y peligros, sino que pretende alcanzar condiciones más equitativas y humanas para crecer como sociedad (Goyes Moreno, 2013).

Los Modelos de sistemas de seguridad social y sus actores sociales

El Modelo de Sistema de Seguridad Social está cada vez más orientado hacia la dimensión política, administrativa, geográfica y económica del Estado mismo. De tal forma y en el ejercicio de plantear modelos básicos en seguridad social se debe partir desde los actores sociales, protagonistas del escenario de cobertura, actuantes que se constituyen, junto con la institución Estado, en los agentes decisivos de los modelos económicos y políticos de la seguridad social, vista como tal, desde la perspectiva estructural del sistema (Restrepo Pimienta, 2019). Desde esta perspectiva se pueden señalar los nuevos enfoques de estudio ejecutados en la seguridad social en América Latina (figura 2).

Figura 2. Modelos de Seguridad Social en América Latina



		Partidos políticos que inciden en grupos de presión, Partidos políticos aliados con grupos de presión.
Modelo Tipo B		Con el Estado como generador, abarcando las pretensiones de los demandantes sociales sobre el sostenimiento económico, político, jurídico, establecidos como modelo de seguro social, modelo de seguridad social, modelo de aseguramiento social y modelo de seguro privado.

Fuente: autor a partir de Restrepo Pimienta, 2019

El Sistema de Salud y el Estado

Para entender la relación del Sistema de Salud y el Estado se debe abordar la comprensión exacta de la naturaleza y límites complejos del Estado moderno, conectando los servicios, fines y funciones estatales con las diferentes dimensiones de la seguridad en salud, que se encuentra representada en la realidad actual por tendencias, regulaciones y estructuras o esquemas enmarcados dentro de una estructura funcional como sistema, donde cada institución, norma jurídica y procedimiento tiene su aporte en el desarrollo engranado y coordinado, por esto se debe entender su proceso desde la construcción y el desarrollo, desde la concepción y ejecución de garantías y derechos establecidos en la reglamentación general sobre el sistema de salud (Restrepo Pimienta, 2019).

De otra parte, debe abordarse el papel de la salud, con su presencia transversal en todas las instituciones sociales, puesto que en su estado de normalidad permea las esferas institucionales, estructurales, funcionales, sistémicas y reglamentarias; por lo que puede entenderse desde su relación con el Estado, con el modelo estructural, con el sistema y

con el régimen de cobertura. El factor complementario en la *relación Salud y Estado* es el ser humano, las personas, con sufrimientos de orden natural, como enfermedad, maternidad y paternidad, con necesidad de asociarse para que puedan ser protegidas por decisiones y políticas generales firmemente establecidas (Restrepo Pimienta, 2019).

Dicho esto, se concluye que la salud y sus afectaciones ideológicas y económicas sobre el Estado se sustentan en el requerimiento sobre la calidad de los usuarios de los servicios y pacientes, la asistencia y las atenciones, y también el soporte de los procedimientos administrativos y jurídicos establecidos para la prestación de los servicios de salud. Estos últimos deben ampararse bajo el sistema de garantía y calidad, el cual se compone de habilitación, acreditación, auditoría y proceso de información continuos, construyendo una cultura sostenida del mejoramiento, para lograr la atención, diagnóstico y rehabilitación de las personas de forma más pertinente y completa alcanzando un desarrollo potencial del sistema y la salubridad humana (Restrepo Pimienta, 2019).

4.1.3 Políticas Públicas en Salud, Seguridad Social y la Incapacidad temporal en Colombia

Políticas públicas de salud formuladas en Colombia para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre del año 2000, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, Colombia y más de 180 países miembros, firmaron el compromiso de diseñar e implementar planes de trabajo a fin de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de tal manera que a través de los ocho objetivos formulados se llegara progresivamente a la equidad y el reconocimiento humanitario en búsqueda de la paz, estos objetivos se plantearon basándose en la búsqueda del desarrollo, fundamentados en la equidad, la seguridad y los derechos humanos (ONU, 2000). Para reconocer las políticas públicas vigentes en Colombia relacionadas con este particular se identificaron las decisiones relacionadas con la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años, con el mejoramiento de la salud materna y con la lucha contra el VIH/Sida, el

paludismo y el dengue, las cuales surgen de las metas y estrategias planteadas por Colombia en documento Conpes 91 (Departamento Nacional de Planeación, 2005). Además de estas formulaciones explícitas para orientar la agenda nacional hacia los ODM, se evidencian otras políticas, programas y proyectos formulados con anterioridad, que, pese a no estar formulados con la intensión específica, han contribuido al logro de los objetivos de desarrollo del milenio (Grisales & Giraldo, 2008).

Las políticas formuladas con anterioridad al Documento Conpes, que pueden tomarse como antecedente para el trabajo nacional desarrollado hacia la equidad, son: la Constitución Política de Colombia dado el marco político y normativo del país, la Ley 100 de 1993 donde se reconoce la Seguridad Social y se fija la estructura del sistema de salud vigente, y, el Plan Nacional de Salud 2002-2006 que establece las rutas de acción para el logro de los objetivos de desarrollo en materia de salud. Las líneas de acción del Plan Nacional de Salud fueron específicas en cuanto al mejoramiento y alcance del aseguramiento y cobertura en salud pública, esto es, el fortalecimiento de los servicios de salud aumentando el acceso y la cantidad de servicios prestados, garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de gestión en salud, mejoramiento del acceso y la prestación de servicios en salud y, las acciones prioritarias en salud pública como la ampliación del programa de inmunización, política de salud sexual y la vigilancia epidemiológica de enfermedades de transmisión sexual además del estudio de sus vectores de transmisión (Grisales & Giraldo, 2008).

Con posterioridad se formuló en Documento Conpes 91 de 2005, donde se señalaban específicamente las estrategias y metas de Colombia para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio al año 2015. El documento precisa la responsabilidad del Estado colombiano en sus distintos niveles, gobierno nacional, gobiernos territoriales, y el reconocimiento de la corresponsabilidad del sector empresarial y el aporte de la sociedad civil al logro de los ODM (Departamento Nacional de Planeación, 2005). También se introdujeron las normas técnicas de obligatorio cumplimiento para el tratamiento, administración, procedimiento e intervenciones para el desarrollo de las actividades de atención específica de enfermedades de interés en salud pública, protección específica

y detección temprana. Estas normativas fueron complementadas por diferentes planes y proyectos orientados hacia la atención, contención y prevención de enfermedades y condiciones de salud que afectaban el territorio nacional y causaban impacto en la población en general; ejemplo de ello son el Plan de Atención Básica, el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional, el Proyecto Nacional para la Reducción de la transmisión Vertical del VIH, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Plan de Choque contra la Mortalidad Materna, y, el proyecto para el Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina. Es estos esfuerzos se suman estructuras que fortalecen el Sistema Salud nacional, como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Grisales & Giraldo, 2008).

El Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

En general, las contingencias de origen general y las relacionadas con el trabajo son tratadas por diferentes sistemas, que a su vez hacen parte de la seguridad social. Es así, como ante eventos como el accidente o la enfermedad laboral, se generan prestaciones económicas y asistenciales como la incapacidad temporal (IT).

De acuerdo con lo descrito, los Estados deben contar con políticas y programas en materia de prevención de los eventos laborales. Como resultado, Colombia ha implementado varios planes en seguridad y salud en el trabajo, influenciados por las directivas internacionales emitidas por la OIT y la OMS, la conversión de estas directrices en políticas para América Latina y el desarrollo de la política pública en Colombia desarrollada en programas nacionales de seguridad y salud en el trabajo (Álvarez Torres & Riaño-Casallas, 2018).

A partir del año 2000 la OIT, inicia el trabajo respectivo con la definición de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), precisada como “una disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores” (Organización Internacional del Trabajo, 2011). A esta

definición se le anexaron otros factores como la promoción y buenas prácticas de salud física y mental, el bienestar de los trabajadores y los efectos e influencia de del medio ambiente y las partes interesadas o relacionadas con la empresa y el trabajador. Los elementos que se mantienen como núcleo de la SST son la protección a los trabajadores, fomento del bienestar bio-psico-social y prevención de los desenlaces en salud, ampliando su contexto hacia el trabajo libres de riesgos, mantenimiento de la capacidad para laborar y compromiso del alta gerencial con la aplicación de la SST (Álvarez Torres & Riaño-Casallas, 2018).

La noción de política pública de SST promulgada por la OIT en 1981 incluyó la solicitud para que se garantizara el registro y notificación de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, definido por sus siglas como ATEL (Organización Internacional del Trabajo OIT, 1981). Con el reconocimiento y control de los ATEL se fortaleció la estrategia del *marco promocional para seguridad y salud en el trabajo*, orientándose hacia el desarrollo y creación de una política, un sistema, el perfil y los programas nacionales en SST (Álvarez Torres & Riaño-Casallas, 2018).

El avance del desarrollo de la implementación de la SST en COLOMBIA

En los antecedentes nacionales, la política pública está enmarcada en los planes nacionales del milenio, con los planes nacionales de desarrollo y los planes de salud, a los que se adiciona el perfil país en SST levantado en 2006 y las encuestas nacionales de condiciones de SST 2007 y 2013 (Ministerio de Trabajo, 2007; Ministerio de Trabajo, 2013). Los planes nacionales de SST configuran el horizonte de trabajo y los indicadores, y se orientan al fortalecimiento de las instituciones para controlar la morbilidad laboral. El Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021 (PNSST) dirige su accionar hacia el fortalecimiento institucional, promoción de la SST y prevención de ATEL (Ministerio de Trabajo - OISS, 2014).

Se contempla así, que el PNSST es consistente con la estrategia planteada, es decir, la política, sistema, perfil y los programas nacionales, están alineados y relacionados en

sus objetivos, interactuando para realizar seguimiento de los resultados y evaluar el desempeño del PNSST en relación con la eficacia y eficiencia de las acciones tomadas en SST y el mejoramiento continuo (Álvarez Torres & Riaño-Casallas, 2018).

Política pública en salud

La concepción de las políticas sociales presenta implícitamente la reducción de los riesgos y problemas manejados por las políticas económicas dentro de sus objetivos. Al diseñar políticas en salud, el planteamiento debe ser interdisciplinario en la medida que se encuentran influenciadas por factores sociales como la posición social, el estilo de vida, alimentación, el trabajo, la vivienda, la educación, el ambiente, las causas genéticas, la seguridad y otras situaciones adversas como las guerras, represiones, exclusiones y la pobreza (Restrepo Pimienta, 2019).

Cabe resaltar que la política social es característica de la ideología del Estado de Bienestar, arquetipo vinculado con la idea de igualdad, puesto que pretende asegurar un nivel básico de comodidad para la población, por ello se plantea la universalización de la política social, garantizando la cobertura a todos los miembros de la sociedad, pertenecientes a la misma y por tanto beneficiarios de la política social de ese Estado, cumpliendo con esto con el aseguramiento y garantía del bienestar general de toda la población (Restrepo Pimienta, 2019). Ahora bien, esta *ideología de bienestar* parte de la concepción de los derechos sociales como garantías de todos los ciudadanos, dando paso al Estado Social, que ideológica y políticamente es el conjunto armónico de la democracia, el capitalismo y el socialismo, donde el Estado regula los fines esenciales, servicios públicos y la función social, proporcionando los recursos y herramientas necesarias para el logro del bienestar por medio de la estructuración organizada del sistema. Dentro del Estado Social y sus sistemas establecidos como el de salud, se comparte un alto nivel de protección social y de suministro universal, orientado hacia la ciudadanía y el respeto a la diversidad social, el pluralismo y la participación,

garantizando el acceso generalizado a la seguridad social en salud y a los amparos sociales (Restrepo Pimienta, 2019).

La convergencia entre política pública y salud pública se encuentra en la internacionalización mutua, es decir, los puntos de interés en gestión que tiene para la política pública, en relación con las realidades sociales o colectivas de deterioro o amenaza a la vida y la salud, objetivos inherentes a la salud pública internacional y nacional, donde se ejecutan planes, estrategias, acciones y programas generales para combatir los riesgos detectados, como aquellos que causan la enfermedad y por ende incapacidad. De tal forma uno de los objetivos principales en gestión de salud pública es la cobertura de la población mediante órdenes y esquemas gubernamentales convertidos en lineamientos y directrices, utilizando herramientas de educación en salud, la promoción, prevención, participación, sistemas de información, gestión y gerencia, y los procesos de calidad y gestión humana. Estas herramientas permiten desarrollar las estrategias planteadas en la implementación de políticas, métodos y técnicas de intervención y, también proporcionan las vías de supervisión y control sobre su desarrollo, evaluando la equidad y calidad alcanzadas (Restrepo Pimienta, 2019).

Debe también especificarse la diferencia entre políticas de Estado y las políticas del gobierno. Las políticas de Estado se desarrollan y concretan desde los principios constitucionales, como mandato a partir del eje rector normativo (Torres-Melo & Santander A., 2013). Por su parte, el objeto de la mayoría de las políticas públicas coincide con los planes de los gobiernos y busca un impacto profundo que las haga convertirse en políticas de Estado, asegurando su continuidad y sostenibilidad en beneficio de la gestión social y el desarrollo de los derechos (Restrepo Pimienta, 2019).

La política pública, implementada en el sistema de salud y por tanto establecida como política social en salud, se compone de varias variables al considerar la densidad de la población en zonas urbanas y la relación con el nivel de ingreso, el gasto en salud, el envejecimiento y las movilizaciones de población, las variaciones en tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, la afectación de la equidad, adaptabilidad, niveles de atención, tipos de servicios, grados de complejidad, cobertura, calidad, recursos humanos y físicos,

estructura hospitalaria, entorno, métodos de dirección y control, liderazgo, y cooperación internacional para atención en salud (Restrepo Pimienta, 2019).

Al examinar estos factores se observa como la política pública sanitaria o en salud, está ligada y definida desde el desarrollo social y su eficiencia se relaciona directamente con los métodos de evaluación económica de los sistemas de salud, política pública y salud pública (Restrepo Pimienta, 2019).

La incapacidad temporal como mecanismo de protección en el Sistema de Seguridad Social Colombiano

Al sufrir de enfermedad o accidente de origen común o laboral se origina el subsidio por incapacidad, que se entrega como prestación económica, correspondiendo inicialmente al empleador y trasladando la gestión de reconocimiento y pago al Sistema Integral de Seguridad Social. En Colombia la IT de origen común se reconoce bajo la siguiente forma: los dos primeros días los asume el empleador, mientras que a partir del tercer día de incapacidad y hasta el día ciento ochenta el reconocimiento de la obligación compete a la EPS como entidad encargada del aseguramiento en el subsistema de salud, luego, desde el día ciento ochenta y uno y hasta el día quinientos cuarenta, la responsabilidad está a cargo del subsistema de pensiones que se encargará de asumir el pago de la prestación, teniendo en cuenta el cumplimiento de requisitos, y por último, pasados los quinientos cuarenta días, el pago de la incapacidad nuevamente estará a cargo del subsistema de salud (Dávila Villegas, 2017).

Por su parte, ante las consecuencias de la enfermedad laboral y el accidente de trabajo, el pago de la incapacidad temporal se reconoce así, según la Ley 776 de 2002: el empleador asume el primer día y a partir del segundo día hasta los ciento ochenta días es la ARL quien continúa reconocimiento la prestación, la cual se puede prorrogar hasta trescientos sesenta días y si todavía existe concepto favorable de rehabilitación puede extenderse la prestación hasta los setecientos veinte días o más días; en todo caso es la ARL quien continúa realizando el pago de la incapacidad (Congreso de la República,

2002). Se pueden presentar casos en que los riesgos del trabajo aumentan las condiciones preexistentes o causan el menoscabo de la salud del trabajador en el ejercicio del reconocimiento de la incapacidad temporal, producto de las situaciones laborales, puede darse el caso en que establecer la relación entre la afectación de salud y su origen sea una cuestión compleja por la dificultad para determinar la línea causal, aumentando de esta forma los periodos y frecuencia de la incapacidad temporal. Esta situación influye directamente en los ingresos del trabajador, pese a la existencia del marco en seguridad social como mecanismo de amparo por el riesgo de enfermedad (Valero-Pacheco, 2020).

Teniendo en cuenta que al ser requerida la participación de diversos actores (EPS, fondo de pensiones, ARL, empresa y trabajador) del sistema de seguridad social, así como celeridad e integralidad en la gestión de la prestación por incapacidad temporal como prestación económica, se presenta en ocasiones la vulneración de los derechos a trabajadores, por lo cual debe interceder la vía judicial haciendo efectivo los mecanismos constitucionales y legales para la protección de los derechos laborales, como lo es el derecho al mínimo vital, la estabilidad en el trabajo y la no discriminación. Por otra parte, una de las causas de las acciones judiciales radica en la falta de definición de un límite en el tiempo referente al reconocimiento de las incapacidades, lo que promueve que el pago del subsidio de incapacidad no tenga un límite claramente definido y se constituya, según Dávila (2017) en el pago de una pensión de invalidez por vía de hecho, desconociendo en muchos casos la verificación de requisitos exigidos para esa calificación con la probatoria de pérdida de capacidad laboral de más del 50% (Dávila Villegas, 2017). Esta situación irregular lleva a la afectación de sostenibilidad financiera del sistema pensional, por el hecho de la asignación de responsabilidad del reconocimiento y pago de incapacidades por más de trescientos sesenta días, la cuales se pagan con cargo a los seguros previsionales, encareciendo de esta forma las pólizas con la consecuente afectación a los afiliados, puesto que se destinará un porcentaje mayor de los aportes al cubrimiento de los seguros (Dávila Villegas, 2017).

De otra parte, en el Plan Nacional de Desarrollo del año 2015, se adoptó la reforma respondiendo a la pregunta sobre el responsable del pago de la prestación después del día quinientos cuarenta, pero el límite temporal se prolonga de manera indefinida (Corte Constitucional, 2017), afectando también, de forma indefinida, las finanzas del subsistema de salud, situación que fue reglamentada mediante la expedición del Decreto 1333 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, para el trabajador se ha genera una limitación a la contratación y continuidad contractual, puesto que restringe su despido por estar incapacitado por largo tiempo y protegido por el fuero de la estabilidad laboral reforzada, lo cual trae como resultado la afectación a la productividad, la estructura laboral y detrimento financiero por el mantenimiento de la relación laboral pese al cese del ejercicio profesional y en la espera de la rehabilitación, apartando el cargo indefinidamente (Dávila Villegas, 2017).

De tal forma, dentro del ejercicio de la jurisprudencia y siguiendo la reglamentación para responder a la protección de los derechos de los trabajadores, se puede estar sobreviniendo en perjuicios al Sistema de Seguridad Social y a los empleadores, por cuenta de reclamos injustificados. La respuesta a esta problemática debería ser el establecimiento de una legislación clara y detallada, que responda con equilibrio a los intereses y necesidades de todas las partes involucradas (Dávila Villegas, 2017).

La Incapacidad Temporal y Enfermedad relacionadas con el Trabajo

En torno a las Políticas nacionales que son el fundamento para analizar resultados de la búsqueda, se evidencia a partir de 1994, año en el que inició la implementación de la reforma de salud denominada Sistema General de Seguridad Social de Salud, la existencia de voluntades de los gobiernos nacionales por mejorar la Salud de los colombianos en términos de acceso, cobertura, eficiencia y calidad. Muestra de ello son los planteamientos de los Planes Nacionales de Desarrollo desde el año 1994 en adelante, donde la salud ha sido un pilar presente.

No obstante, la articulación de estos Planes Nacionales de Desarrollo con políticas públicas asociadas al mejoramiento de los indicadores, sintetizada en el informe final de incapacidades publicado en el 2017, ha sido una constante para los gobiernos desde 1994 a la fecha propender hacia la mitigación de la inequidad en temas de salud.

La incapacidad por causa de la enfermedad está relacionada con la aplicación del enfoque del riesgo en salud definido como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (MSPS, 2013, p. 147). El evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados. El riesgo en salud a su vez puede clasificarse como primario si se refiere a la probabilidad de aparición de nueva morbilidad o su severidad o, como técnico, si alude a la probabilidad de “ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad” (MSPS, 2013, p. 147). La comprensión del concepto de riesgo en salud, el conocimiento de sus principales determinantes y de los mecanismos a través de los cuales se genera, son fundamentales para su identificación y el desarrollo de estrategias para su prevención, mitigación y superación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En el anexo 1 se presenta el enfoque propuesto por varios autores.

El trabajo proporciona riqueza y bienestar al ser humano; aunque toda actividad laboral contempla imprevistos como accidentes, enfermedades asociadas al desempeño propias de la actividad o asociadas a la ergonomía de la actividad que se ejecuta. Circunstancias o razones que afectan la cadena de producción o rendimiento laboral.

La seguridad y la salud buscan construir una cultura de entornos laborales saludables, trabajo seguro y decente, y para ello el estado colombiano promueve políticas públicas de seguridad a partir de recomendaciones de organismos internacionales (OIT, OMS), algunas de ellas enmarcadas en los retos del milenio (Álvarez Torres & Riaño-Casallas, 2018).

Teniendo en cuenta la evolución de la definición de Seguridad y salud en el trabajo según la OIT se precisa “una disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. La salud en el trabajo conlleva la promoción y el mantenimiento del más alto grado de salud física y mental y de bienestar de los trabajadores en todas las ocupaciones” (Álvarez Torres & Riaño-Casallas, 2018). Actualmente conserva el objetivo de proteger trabajadores.

5. METODOLOGIA

El presente estudio se desarrolla bajo el enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio en la medida que realiza una descripción detallada de un fenómeno (Aguirre & Jaramillo, 2015) siendo en este caso la incapacidad temporal el objeto de análisis, particularmente en su abordaje desde la política pública y la normatividad legal colombiana en materia de salud y seguridad social. La investigación de carácter cualitativo tiene como característica que se guía por áreas o temas significativos de la investigación. Pueden desarrollarse preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos, haciendo un análisis de los documentos encontrados simultáneamente en el proceso de búsqueda (Hernández Sampieri, et al., 2014).

Por la naturaleza social del estudio basado en documentos, se trata de un análisis de contenido temático, que tiene como finalidad analizar la información contenida a partir de la técnica de interpretación de textos (Andréu Abela, 2002) para estudiar la incapacidad temporal como prestación social y medida de protección en Colombia. Es decir, que por una parte se reconocen los avances y cualidades de la prestación social denominada incapacidad temporal y por otra los desafíos que presenta en el marco de las políticas públicas en salud y lineamientos normativos nacionales emitidos por entidades competentes en materia de seguridad social producidos entre 1994-2018; de esta forma se plantean las posibles soluciones a los desafíos encontrados.

De esta forma, basados en una lógica y proceso inductivo que va de lo particular a lo general, se analizan los documentos obtenidos para después concluir el resultado. Evaluando el desarrollo natural de los sucesos a través de la interpretación de los datos obtenidos (Hernández Sampieri, et al., 2014).

Para el proceso de análisis del contenido de los documentos, se realizan los siguientes pasos: determinar el objeto o tema de análisis; determinar las reglas de codificación; determinar el sistema de categorías; comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización; y realizar las inferencias (Andréu Abela, 2002).

- *Determinar el objeto o tema de análisis.*

Entre abril de 2019 y febrero de 2020, se realizó una búsqueda sistemática a nivel local; de documentos publicados desde 1994 a 2019 que en su desarrollo contenían IT asociada a enfermedad general, es decir, ausentismo al trabajo por enfermedades no laborales. Se consultaron bases de datos y documentos publicados en la literatura gris de repositorios de universidades, tesis y documentos no indexados en bases de datos. Las bases de datos consultadas fueron: Scielo, Legis, Multilegis, Vlex, la relatoría del Congreso de la República y los Planes de Gobierno nacionales de 1994 a 2019.

Se utilizaron herramientas que permitieron identificar artículos y estudios que en su desarrollo trataban de Incapacidad Temporal. Se usó el sistema de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, que favorece la búsqueda en base de datos para identificar documentos del tema. Para esto, se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda (EB): Title= (sick leave) AND (legal), Title= (Incapacidad) OR (Incapacidades), Title= (Incapacidad) OR (Baja), Title= (Incapacidad) NOT (Enfermedad laboral) con un rango temporal en el periodo 1994 a 2019.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión: duración de la IT, reconocimiento económico de las IT, expedición de la IT, gestión de servicios de salud en IT, definición de IT; se encuentran artículos publicados desde el año 2010; que en su contenido hablan de ausentismo al trabajo por causas no laborales, que citan el sistema de seguridad legal o normas respecto a IT y remuneración económica con respecto al ausentismo laboral.

Los términos de búsqueda considerados fueron: “sick leave”, “incapacidad”, “baja laboral”, “incapacidades”. La búsqueda se realizó utilizando dichos términos en forma individual y combinada; y adaptándolos a los correspondientes tesauros, en idioma castellano. Para la selección de los documentos se utilizaron los siguientes criterios de selección: i) Documentos que en su desarrollo tratan de Incapacidad Temporal en idioma español. jj) el contenido de los documentos debía incluir información sobre IT, bien dedicándose exclusivamente a IT o bien incluyendo además de IT otros conceptos de Incapacidad. Inicialmente se localizaron 14490 documentos potencialmente relevantes,

de los cuales 14450 fueron excluidos en una primera selección (47 estudios clínicos, 13732 sentencias de fallo puntual y 671 enfermedad laboral). Los documentos restantes fueron revisados de forma detallada, para posteriormente excluir 24 documentos por saturación de la literatura nacional respecto a IT.

Finalmente fueron 16 los documentos seleccionados, de los cuales todos contemplaban información de IT como: prestaciones económicas, duración de la IT, gestión del SGSSS ante una IT y reglamentación de esta. Además de tener en cuenta la lectura y el análisis de los Planes Nacionales de Desarrollo que se realizaron en los gobiernos consecutivos a 1994 hasta el 2018.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión aplicados para la selección de documentos

CRITERIOS DE SELECCIÓN	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Gestión de servicios de salud	Intervención del SGSSS	No se evidencia intervención del SGSSS
Duración	Menor a 180 días	Mayor a 180 días
Reconocimiento económico	Cotizante del SGSSS	Afiliado beneficiario SGSSS
Expedición	Mediante consulta	No consultan y se ausentan del trabajo
Definición	Precisar alguna definición de IT	No citan definición de IT
Política y gestión de IT	Planes de gobierno articulados con mejorar la salud 1994-2018	Planes de gobierno de años anteriores a 1994

Fuente: autor

Como resultado de la búsqueda de literatura, se constató la existencia de un vacío de conocimiento en el tema de los avances y desafíos de la incapacidad temporal como media de protección de la seguridad social en Colombia, a partir del análisis de las políticas y lineamientos normativos 1994-2018. Una vez claro el problema a investigar se establecieron las teorías y fundamentos teóricos a partir de los cuales se explicarán el

objeto de investigación y que se encuentran descritos en el capítulo del marco teórico. A partir de tales teorías se explicará la relación de la información contenida en los documentos objeto de estudio y así se determinarán los desafíos en torno a la incapacidad temporal como mecanismo de protección social en Colombia y sus posibles soluciones.

En consecuencia, se determinan las unidades de análisis (Andréu Abela, 2002). En primer lugar, las unidades de muestreo (Andréu Abela, 2002) que se desprenden del marco teórico está constituido por el universo de documentos de los que se obtendrá el análisis de contenido. Este universo está conformado por documentos emitidos en el periodo de análisis (1993 a 2018), por entidades oficiales y se constituye por los planes de gobierno y la normatividad legal relacionada con cada plan, en materia de seguridad social y en particular sobre incapacidad temporal como mecanismo de protección social.

Luego se identificaron las unidades de registro (Andréu Abela, 2002), que para el estudio se constituye de palabras. Estas unidades de registro se identificaron a partir del análisis exploratorio de palabras realizado en el software MAXQDA 2020. Los documentos revisados fueron los planes de gobierno propuestos en cada uno de los periodos presidenciales desde 1994 hasta 2018: Ernesto Samper 1994-1998, Andrés Pastrana 1998-2002, Álvaro Uribe 2002-2006 y 2006-2010, y Juan Manuel Santos 2010-2014 y 2014-2018.

Al ingresar cada grupo documental según el plan de gobierno respectivo, se obtuvo un análisis descriptivo de lo general a lo particular usando la opción maxdictio del programa MAXQDA 2020. Este análisis arrojó un análisis de la frecuencia de palabras, ingresando el criterio de superioridad a cinco caracteres por palabra. Este criterio se escogió porque debía ser superior a la extensión de la palabra salud, esta búsqueda de frecuencia de palabras se realizó seleccionando los términos de partida salud e incapacidad como palabras clave.

Las palabras no relacionadas se excluyeron una a una de la tabla de resultados. Como resultado de la clasificación de frecuencia de palabras, se obtuvo un archivo en Excel que

clasificó todas las palabras que dieron cumplimiento a los criterios establecidos y donde se mantuvieron las palabras que presentaron una frecuencia mayor al 1%. Las palabras más representativas se clasificaron en una nube donde se aprecian las palabras más relevantes y relacionadas al tema, teniendo en cuenta la frecuencia con la que aparece en los documentos.

Como resultado se encontraron 28 palabras con mayor frecuencia de repetición en los documentos elegidos para el estudio que se representan a manera de nube de palabras (figura 3).

Figura 3. Palabras con mayor frecuencia en su repetición



Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Por último, la unidad de contexto (Andréu Abela, 2002) se conforma de aquellas partes del contenido de los documentos en donde se observan oraciones y párrafos que ayudan a determinar el significado o la correcta interpretación de las unidades de registro. En este caso, las unidades de contexto son aquellos apartados de los planes de gobierno.

- *Determinar las reglas de codificación y el sistema de categorías.*

Por medio del análisis de contenido se posibilita la identificación de elementos constitutivos de los documentos. Este ejercicio se hace también desde el actor gubernamental, mediante el estudio de documentos oficiales para el rastreo al proceso de implementación de la Política Pública (Vanegas Otálora, 2019).

Para el estudio se usó el sistema de categorías inductivas (Andréu Abela, 2002) elaboradas a partir de la frecuencia de repetición de las unidades de registro presentes en los documentos planes de gobierno hasta lograr la saturación teórica en el muestreo de los documentos, validando su calidad en la información (Andréu Abela, 2002). El proceso enunciado, se complementa con la elaboración de un normograma que incluye normatividad legal relativa a la materia de estudio y expedida durante la implementación de los planes de gobierno.

Las categorías establecidas fueron las siguientes: sistema de salud, seguridad social y protección social, derecho al trabajo, servicios de salud, riesgos de salud, solidaridad, administradoras de cotizaciones, administradoras de planes de beneficios, cotización / cotizaciones, cotización del empleador, cotización del trabajador, cotización del afiliado, afiliación al sistema, régimen de salud, enfermedad, enfermedad general, riesgo de enfermedad, aportes a la seguridad social, atención en salud, incapacidad, incapacidad por enfermedad, incapacidad temporal, cotizaciones al sistema de seguridad social, afiliados al sistema (general) de seguridad social, régimen contributivo, régimen subsidiado afiliados al régimen contributivo, afiliados al régimen subsidiado, invalidez por enfermedad, recursos públicos, recursos de salud, derecho a la salud, condiciones de salud, condiciones de enfermedad, protección en salud, protección al derecho a la salud y protección laboral.

Se examinó la frecuencia de estas categorías dentro de los diferentes grupos de documentos de cada uno de los periodos de gobierno revisados, valorando la coherencia de su plan de gobierno y las leyes expedidas durante ese periodo, realizando comparativos que permitieran establecer y validar la importancia del tratamiento a la salud

en el especial el progreso en la incapacidad temporal como figura asociada a la seguridad social en cada uno de los planes de gobierno.

- Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización.

Siguiendo el método propuesto, se asignan las unidades de registro a las categorías (Andréu Abela, 2002), creando así el sistema de codificación.

- Inferencias

Por último, en la sección de resultados y discusión se presentan las explicaciones explícitas e implícitas contenidas en los documentos. Se trata de un análisis de contenido temático usando como técnicas las listas de frecuencias, la identificación y clasificación temática, y la búsqueda de palabras en contexto.

En resumen, en cada plan de gobierno se analiza la frecuencia de repetición de las palabras más relevantes y su asociación con la planificación de acciones asociadas a la gestión de la salud y a la incapacidad temporal en cada periodo de gobierno analizado, así como las normas jurídicas creadas para la regulación del tema.

Posteriormente se realiza el análisis diferencial por categorías, yendo de lo particular a lo general, teniendo en cuenta la participación de los conceptos categorizados y relacionados al sector salud y la IT, frente a la información documental de planificación y normatividad en cada periodo gubernamental.

Los resultados reconocen los avances y cualidades, así como las posibles soluciones a los desafíos que presenta la prestación social denominada incapacidad temporal y por otra los desafíos que presenta en el marco de los planes de gobierno y lineamientos normativos nacionales emitidos por entidades competentes en materia de seguridad social producidos entre 1994-2018.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis descriptivo exploratorio de la información contenida en la normativa y planes de gobierno (1994-2018)

Se realizó el análisis descriptivo exploratorio de la información contenida en la documentación normativa relacionada con la seguridad social en los periodos de estudio, abordando la exploración de los datos y posteriormente con el análisis del comportamiento de los descriptores definidos, se abordaron las inferencias respectivas para su interpretación y conceptualización, desarrollando así la construcción de una valoración desde lo general hacia lo particular.

6.1.1 Análisis exploratorio por frecuencia de descriptores

Para este análisis exploratorio se estableció un grupo de palabras relacionadas con el tema de estudio dentro del contexto de gestión de salud y los elementos relacionados con las medidas de protección social, palabras a las que se les denominó descriptores. En el análisis exploratorio se buscó establecer la frecuencia de estos descriptores dentro de los documentos normativos de cada periodo. Para el análisis, se agruparon los documentos (planes de gobierno y normatividad expedida en el respectivo periodo) correspondientes al periodo de gobierno.

En las tablas 2 a 7 se pueden observar los hallazgos por frecuencia de palabras, que a su vez son las unidades de registro. Lo que se obtuvo fue el análisis exploratorio a través del software MAXQDA 2020.

Tabla 2. Resultados de frecuencia en el plan de gobierno de Ernesto Samper Pizano 1994-1998

Gobierno de ERNESTO SAMPER PIZANO 1994 - 1998

Rango	Palabra	Longitud de palabra	Frecuencia	% de aparición	total documentos examinados	% de documentos relacionados
1	salud	5	1336	15,61	4	80,00
2	social	6	1032	12,06	4	80,00
3	sistema	7	640	7,48	4	80,00
4	seguridad	9	505	5,90	4	80,00
5	régimen	7	492	5,75	4	80,00
6	servicios	9	393	4,59	4	80,00
7	recursos	8	318	3,72	4	80,00
8	riesgos	7	311	3,63	4	80,00
9	afiliados	9	289	3,38	4	80,00
10	protección	10	262	3,06	4	80,00
11	trabajo	7	247	2,89	4	80,00
12	cotización	10	243	2,84	4	80,00
13	derecho	7	216	2,52	4	80,00
14	invalidez	9	208	2,43	4	80,00
15	solidaridad	11	205	2,40	4	80,00
16	prestación	10	182	2,13	4	80,00
17	trabajadores	12	174	2,03	4	80,00
18	administrador	15	161	1,88	4	80,00
19	incapacidad	11	150	1,75	4	80,00
20	afiliación	10	148	1,73	4	80,00
21	empleador	9	140	1,64	4	80,00
22	atención	8	138	1,61	4	80,00
23	aportes	7	135	1,58	4	80,00
24	condiciones	11	128	1,50	4	80,00
24	enfermedad	10	128	1,50	4	80,00
26	cotizaciones	12	127	1,48	4	80,00
26	público	7	127	1,48	4	80,00
28	seguros	7	122	1,43	4	80,00

Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Tabla 3. Frecuencia plan de gobierno Andrés Pastrana Arango 1998-2002

Gobierno de ANDRES PASTRANA ARANGO 1998 - 2002

Rango	Palabra	Longitud de palabra	Frecuencia	% de aparición	total documentos examinados	% de documentos relacionados
1	sistema	7	429	21,32	3	100,00
2	salud	5	408	20,28	3	100,00
3	social	6	332	16,50	3	100,00
4	seguridad	9	173	8,60	3	100,00
5	cotización	10	165	8,20	3	100,00
6	trabajador	10	156	7,75	3	100,00
7	régimen	7	102	5,07	3	100,00
8	riesgo	6	76	3,78	3	100,00
9	empleador	9	53	2,63	3	100,00
10	enfermedad	10	36	1,79	3	100,00
11	incapacidad	11	35	1,74	2	66,67
12	protección	10	33	1,64	2	66,67
13	seguro	6	10	0,50	2	66,67
14	invalidez	9	4	0,20	2	66,67

Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Tabla 4. Frecuencia plan de gobierno Alvaro Uribe Vélez. Periodo 1 2002-2006

Gobierno de ALVARO URIBE VELEZ 2002 - 2006

Rango	Palabra	Longitud de palabra	Frecuencia	% de aparición	total documentos examinados	% de documentos relacionados
16	solidaridad	11	5	0,81	2	66,67

Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Tabla 5. Frecuencia plan de gobierno Alvaro Uribe Vélez. Periodo 2 2006-2010

Gobierno de ALVARO URIBE VELEZ 2006 - 2010

Rango	Palabra	Longitud de palabra	Frecuencia	% de aparición	total documentos examinados	% de documentos relacionados
1	sistema	7	828	23,12	3	75,00
2	social	6	710	19,82	3	75,00
3	público	7	653	18,23	3	75,00
4	salud	5	522	14,57	3	75,00
5	seguridad	9	312	8,71	3	75,00
6	derecho	7	193	5,39	2	50,00
7	régimen	7	180	5,03	3	75,00
8	prestación	10	143	3,99	2	50,00
9	enfermedad	10	41	1,14	3	75,00

Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Tabla 6. Frecuencia plan de gobierno Juan Manuel Santos. Periodo 1 2010-2014

Gobierno de JUAN MANUEL SANTOS 2010 - 2014

Rango	Palabra	Longitud de palabra	Frecuencia	% de aparición	total documentos examinados	% de documentos relacionados
11	empleador	9	58	0,48	5	62,50
12	afiliación	10	40	0,33	5	62,50
13	invalidez	9	38	0,31	2	25,00
14	cotización	10	36	0,30	4	50,00
15	incapacidad	11	16	0,13	3	37,50

Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Tabla 7. Frecuencia plan de gobierno Juan Manuel Santos. Periodo 2 2014-2018

Gobierno de JUAN MANUEL SANTOS 2014 - 2018

Rango	Palabra	Longitud de palabra	Frecuencia	% de aparición	total documentos examinados	% de documentos relacionados
1	salud	5	1699	27,48	5	71,43
2	sistema	7	1023	16,55	5	71,43
3	social	6	841	13,60	5	71,43
4	público	7	705	11,40	5	71,43
5	atención	8	499	8,07	5	71,43
6	seguridad	9	484	7,83	5	71,43
7	derecho	7	431	6,97	5	71,43
8	protección	10	295	4,77	5	71,43
9	prestación	10	205	3,32	5	71,43

Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Se evidenció entonces que, en el gobierno de Ernesto Samper (1994-1998) existió una alta gestión normativa del tema de salud, siendo los tres primeros descriptores más importantes los términos salud, seguridad social y sistema; seguidos de régimen, servicios y recursos. La presencia de estos descriptores corresponde cronológicamente a la implementación de la Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” y el consecuente despliegue de la operatividad gestionada para alcanzar los objetivos del plan de gobierno de Ernesto Samper (1994-1998). Por tratarse de los inicios del nuevo modelo de seguridad social para Colombia, el Gobierno de Ernesto Samper promovió la reglamentación general de los diferentes sistemas que hacen parte de la Ley 100 de 1993. Debe tenerse en cuenta que la normatividad tuvo una ejecución progresiva, lo que se evidencia en el avance de los principios del sistema de seguridad social.

Para ese entonces, la figura de incapacidad temporal contaba con un conjunto de normas legales que la reglamentaban, siendo la principal el artículo 207 del Código Sustantivo

del Trabajo, el cual establece el valor del auxilio monetario en caso de incapacidad por origen común; luego la Ley 100 de 1993 mediante el artículo 206 determina que el pago de dichas incapacidades conforme lo indica el Código Sustantivo del Trabajo, estará a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el régimen contributivo, manteniendo así la prestación solo para los trabajadores afiliados y cotizantes y cuyo pago está a cargo de la EPS.

Finalizando el periodo presidencial, se expidió la Resolución 2266 de 1998 (agosto 6), emitida por el extinto Instituto de Seguros Sociales, “Por la cual se reglamenta el proceso de expedición, reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas por incapacidades y Licencias de Maternidad en el Instituto de Seguros Sociales”. Se trató de una normativa que, aunque ya no se encuentra vigente, se usa por “costumbre” entre las entidades encargadas del aseguramiento en el Sistema de Salud, en la medida que trata temas como las generalidades de la incapacidad (concepto, diferencia por origen del evento) y las prórrogas que no se encuentran reguladas en otras normas.

Al tratarse de un Sistema de Seguridad Social conformado a su vez por subsistemas, entre los cuales se encuentra el Sistema General de Riesgos Laborales, el Gobierno de Ernesto Samper reglamentó mediante el Decreto-Ley 1295 de 1994 “(...) la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales”, incluyendo la incapacidad temporal como parte de las prestaciones económicas por accidente de trabajo y enfermedad laboral.

Los periodos presidenciales siguientes continuaron reglamentando temas particulares de la seguridad social y en lo concerniente con los temas de salud, su desarrollo normativo se concentró en aspectos de la afiliación y prestaciones. En los últimos periodos de gobierno analizados se observó una disminución de la frecuencia de los descriptores usados correspondiente a la normatividad expedida en materia de IT. Sin embargo, se los temas relativos a la salud y seguridad social y su reglamentación mantuvieron se mantuvieron como uno de los objetivos en los planes de gobierno analizados.

En el caso del gobierno de Pastrana Arango (1998-2002), los documentos analizados demostraron que en su totalidad incorporan descriptores relacionados con el tema objetivo de investigación, siendo los de mayor frecuencia de repetición: sistema, salud y social. Esto concuerda con las normas expedidas en su periodo presidencial en el marco de su plan de gobierno. Es así como se expidió el Decreto 1406 de 1999 y Decreto 2463 de 2001. El primer Decreto puso en funcionamiento el “Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral” y la recaudación de aportes que financian dicho Sistema, incluyendo temas como la reglamentación del ingreso base de cotización para la liquidación y pago de las incapacidades por eventos comunes y laborales y, además, en su momento indicaba que el empleador estaba a cargo de los dos primeros días, tema que se modificó posteriormente. Se resalta del Decreto en mención, en el artículo 40 párrafo 1, que determinó que el empleador estaba obligado a asumir los tres primeros días de la incapacidad temporal por causa de enfermedad general, norma que fue modificada posteriormente por artículo 1 del Decreto 2943 de 2013, pasando esta responsabilidad a dos días. Este Decreto fue compilado posteriormente en el Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Por otra parte, también derogado por el artículo 61 del Decreto 1352 de 2013, el Decreto 2463 de 2001, reglamentó “la integración, financiación y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez”. Entre los aspectos reglamentados está el proceso de calificación del origen de la enfermedad y del accidente, como de la pérdida de capacidad laboral, diferenciando el proceso según el origen del evento. En este sentido, la incapacidad temporal se constituye en una parte del proceso a manera de requisito a cumplir, puesto que una vez terminada se puede continuar con la calificación de la invalidez y el reconocimiento de otras prestaciones como la incapacidad permanente parcial (prestación exclusiva para el Sistema de Riesgos Laborales) o la calificación de invalidez.

De igual manera, el artículo 23 del Decreto 2463 de 2001 estableció que las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) podían prorrogar la incapacidad temporal y el trámite de calificación del estado de invalidez hasta por trescientos sesenta días adicionales a los primeros ciento ochenta, en los casos de eventos de origen común, mientras que por tratarse de enfermedad o accidente laboral, las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) podían postergar el trámite ante las juntas de calificación de invalidez hasta por trescientos sesenta días calendario adicionales, siempre que continuaran reconociendo la incapacidad temporal. En ambos casos para realizar la prórroga de la incapacidad, se deben cumplir los requisitos enunciados en la norma.

Por su parte, en los periodos presidenciales de Uribe Vélez, particularmente en el segundo, el porcentaje de documentos que incorporaron descriptores como sistema, social, público y salud, obedece al 75% de estos documentos. En el período gubernamental de Álvaro Uribe con el efecto de la expedición de la Ley 776 de 2002, se abordó la definición de IT y la forma de reconocimiento y pago en los casos de origen laboral (enfermedad y accidente laboral) a cargo de las Administradoras de Riesgo Laborales.

Sin embargo, es en los periodos presidenciales de Juan Manuel Santos (2010-2014; 2014-2018), en donde mayor desarrollo tuvo la figura de incapacidad temporal como prestación económica, derivada de la reforma a la salud, con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. De esta forma es posible ver como los descriptores de mayor frecuencia son salud, sistema y social, aunque se presentan en el 71% de los documentos.

Las cifras y resultados encontrados evidencian que los gobernantes han tenido interés por el sector salud y las mejoras que proceden para alcanzar las metas de calidad propuestas en los retos de país con relación al tema. La ley 776 de 2002 ha sido relevante en todos los planes de gobierno analizados y se evidencia una existente pero ligera

coherencia con lo propuesto en los planes de gobierno y en los resultados de la implementación y mejora del sector salud con corte 2018.

La totalidad de los descriptores buscados fueron formulados a partir de la información que estructura el contexto y los términos de interés relativos al tema de investigación.

Teniendo en cuenta la participación del marcador de frecuencia para los descriptores en cada grupo documental de periodo presidencial examinado, se encontró que el enfoque y concentración de los seis primeros niveles se comportan según se especifica a continuación:

Tabla 8. Concentración de frecuencia en descriptores de búsqueda

GOBIERNO	PERIODO	PALABRAS ASOCIADAS	SUMATORIA DE PORCENTAJE DE FRECUENCIA
ERNESTO SAMPER PIZANO	1994 - 1998	salud, social, sistema, seguridad, régimen, servicios	51,40%
ANDRES PASTRANA ARANGO	1998 - 2002	sistema, salud, social, seguridad, cotización, trabajador	82,65%
ALVARO URIBE VELEZ	2006 - 2010	sistema, social, público, salud, seguridad, derecho	89,84%
JUAN MANUEL SANTOS	2014 - 2018	empleador, afiliación, invalidez, cotización, incapacidad	84,94%

Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Como se aprecia en la tabla anterior, los periodos gubernamentales que mayor frecuencia presentan en relación con los marcadores definidos para validación del tratamiento de la salud en el país desde los planes de gobierno planteados, resultan ser el segundo periodo de Álvaro Uribe Vélez, con una concentración del 89.84% de las palabras de referencia asociadas a los documentos normativos de su periodo de gobierno, seguido por Juan Manuel Santos, en su segundo periodo, con el 84.94% de concentración en porcentaje de aparición en la documentación de los marcadores registrados. Esto es consecuente con el contexto socio político acontecido durante estos dos periodos gubernamentales,

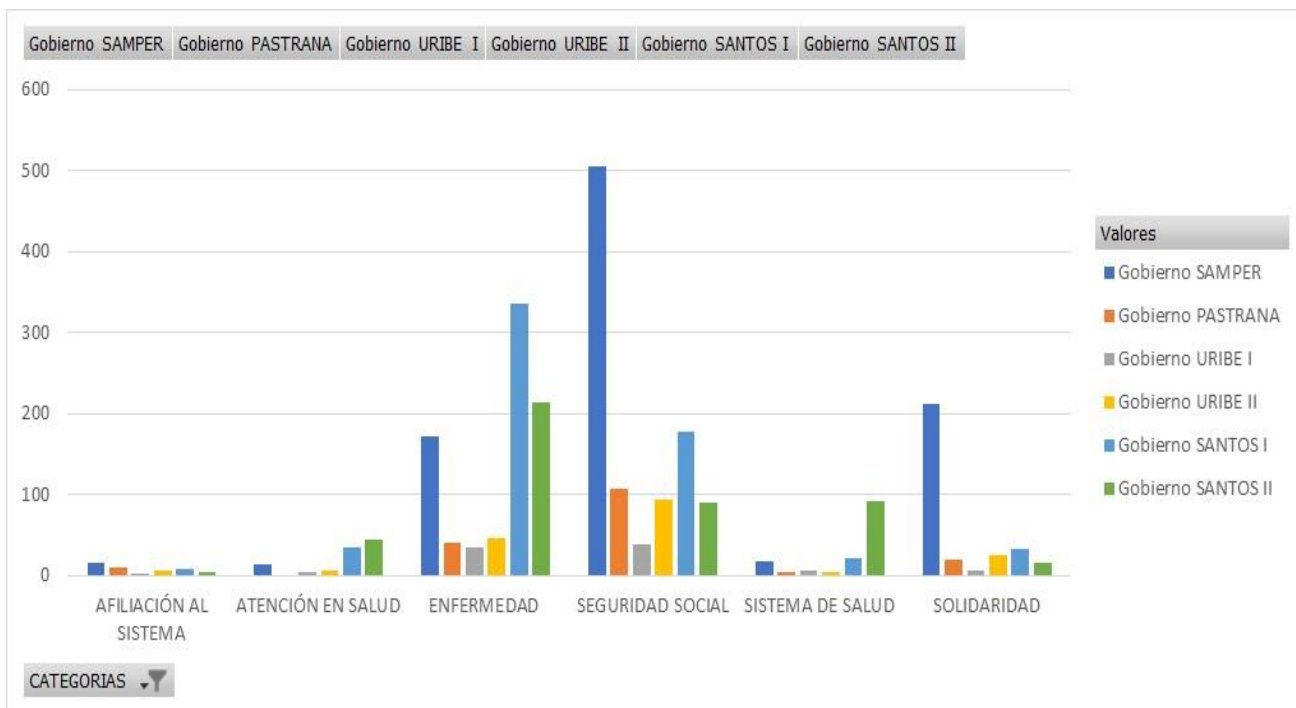
correspondiente en el caso de Uribe, a la implementación normativa de las disposiciones sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales promulgado con la Ley 776 de 2002 y, también con su PND Estado Comunitario con el lema de Desarrollo para todos. Para el caso de Santos, los resultados corresponden en gran parte a la relevancia que para el sector salud representó la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), así como el Decreto 019 de 2012 (Periodo de reconocimiento de incapacidades por parte de la EPS; trámite de reconocimiento de incapacidades), el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 780 de 2016 (reconocimiento y pago de la prestación económicas de la incapacidad por enfermedad general; prestaciones económicas a cargo del empleador y EPS; suspensión por mora) y el Decreto 1333 de 2018 (Reconocimiento y pago de incapacidades superiores a 540 días). Además, desde el contexto laboral, se expidió la Ley 1562 de 2012, la cual reglamenta el Sistema General de Riesgos Laborales y la Resolución 6045 de 2014 donde se adoptó el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y la formulación de la Política de Atención Integral en Salud, planteando como objetivo desde el Ministerio de Salud un sistema de salud al Servicio de la Gente.

6.1.2 Análisis documental a partir de las categorías de estudio

De la observación del comportamiento de los descriptores definidos, se aplicó el método inductivo, buscando la significación y conceptualización de diferentes ideas relacionadas con este estudio. De tal forma, se crearon categorías mediante la combinación de las palabras referenciadas como marcadores de frecuencia, teniendo en cuenta su significación e importancia en el contexto estudiado.

En las siguientes figuras se observan los hallazgos del comparativo realizado entre las categorías de mayor frecuencia según la información contenida en los planes de gobierno analizados.

Figura 4. Comparativo de categorías relevantes por Plan de Gobierno

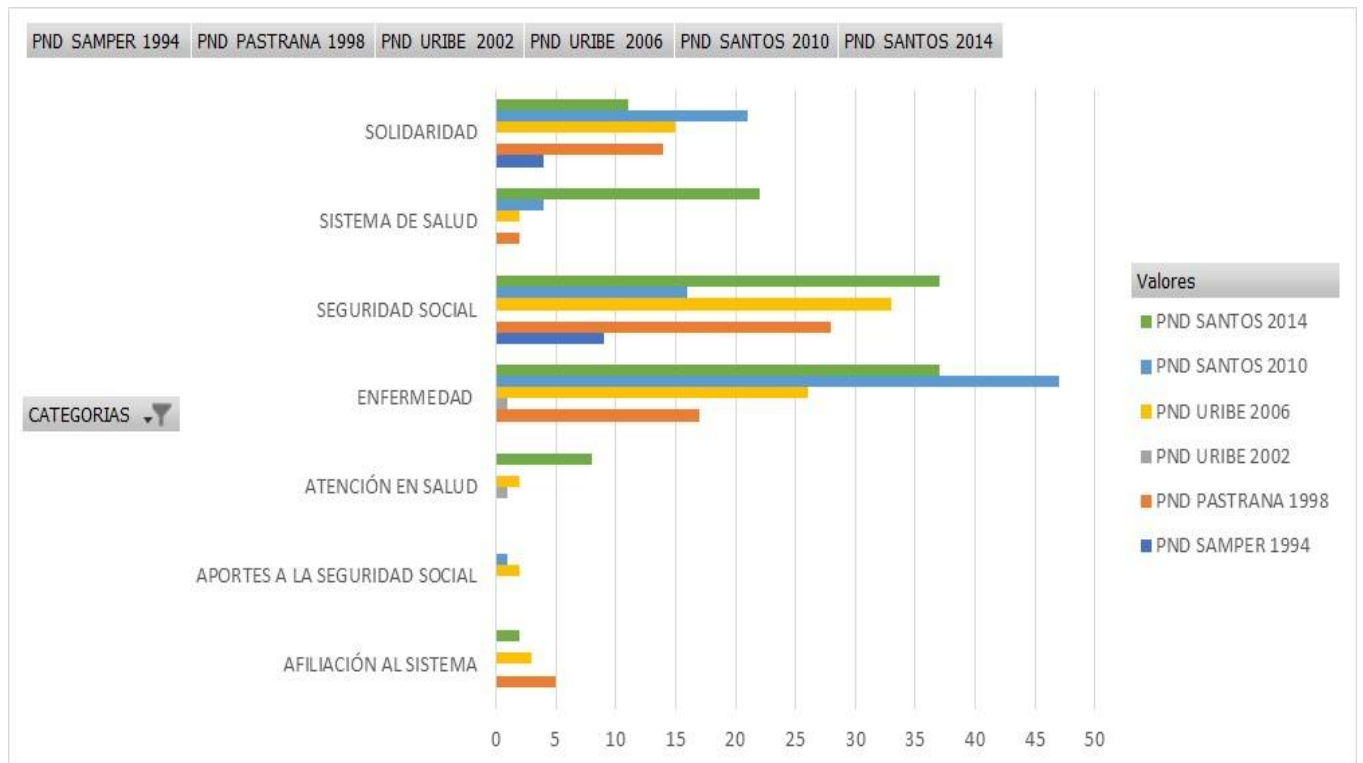


Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

Las categorías definidas han sido transversales en todos los documentos analizados, se destacan con mayor relevancia: seguridad social, enfermedad y solidaridad. Sin embargo, se destaca el período electoral de Ernesto Samper Pizano porque tuvo a cargo la implementación de la Ley 100 de 1993; que define el Sistema General de Seguridad Social a través del alcance de los principios que define el documento.

En el primer gobierno de Juan Manuel Santos, el concepto de derecho fundamental a la salud y la reducción de la inequidad basados en el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS se plasmó en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el cual la dimensión transversal “salud y ámbito laboral”, incluyó acciones y estrategias para la población trabajadora formal e informal encaminadas a la prevención de la enfermedad y accidentalidad relacionada con el trabajo. Su segundo período con la reglamentación del Sistema General de Riesgos Laborales consolida los derechos prestacionales por enfermedad y accidente laboral, reglamentados con la Ley 776 de 2002.

Figura 5. Comparativo de Planes de Gobierno en categorías relevantes



Fuente: autor a partir del análisis realizado en el software MAXQDA

En cuanto a los planes de gobierno, se observa que el concepto de incapacidad no está inmerso de manera explícita y concreta dentro de los enfoques de trabajo propuesto por los periodos de gobierno estudiados. Sin embargo, se ha legislado en torno a esta figura para regular su reconocimiento, pero no se ha unificado el concepto de IT para los diferentes actores del sistema. La documentación existente favorece diferentes interpretaciones en las distintas circunstancias que haya una afectación de salud que amerite una IT.

6.2 Avances y cualidades de la incapacidad temporal como prestación económica a partir de los planes de gobierno entre 1994-2018

Con el propósito de analizar los avances y cualidades de la incapacidad temporal como prestación económica en el Sistema de Seguridad Social, particularmente en el Sistema de Salud, se analizaron los planes de gobierno y su relación con la expedición de normatividad legal en la materia de estudio. Aunque la mayor parte de la reglamentación relacionada con la incapacidad temporal ha sido emitida por el sector salud, es necesario indicar que algunas de las reglamentaciones hacen parte del Sistema de Riesgos Laborales, por tratarse de una prestación económica que se otorga solo a quien se le atribuye la calidad de trabajador. Es por esta razón que se realiza una aproximación desde la reglamentación laboral.

Entre los planes de gobierno revisados a partir del año 1994, desde “El Salto Social” hasta el año 2018. “Pacto por la Equidad” se identificó que en algunos se enuncias acciones y estrategias en torno a mejorar las condiciones de salud de los colombianos favoreciendo la cobertura en SGSSS (Planeación, Plan Nacional de Desarrollo "El Salto Social", 1994); mejorar la salud y el acceso de toda la población a servicios de salud corrigiendo las inequidades, la ineficiencia y la falta de solidaridad que persiste en el sistema (Planeación, Plan Nacional de desarrollo "Cambio para Construir la Paz", 1998); fortalecimiento del aseguramiento a través de la mejora en el acceso y la utilización de los servicios de salud (Planeación, Plan Nacional de Desarrollo "Hacia un Estado Comunitario", 2002); mayor prevención, protección y atención de riesgos que afectan a los trabajadores mejorando el balance entre los costos del sistema de salud y el sistema de riesgos profesionales (Planeación, Plan Nacional de Desarrollo "Estado Comunitario", 2006); acceso y calidad en salud: universal y sostenible mejorando el acceso y la calidad en la prestación (Planeación, Plan Nacional de Desarrollo "Prosperidad para Todos", 2010); mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y

sostenibilidad (Planeación, Plan Nacional de Desarrollo "Todos por un Nuevo País", 2014).

- “El Salto Social” (1994-1998). Gobierno de Ernesto Samper Pizano

Periodo posterior al proceso de reforma constitucional en Colombia que se consolida con la Constitución Política del año 1991, en el cual se exponen entre otras reformas, el establecimiento de un Estado Social de Derecho, indicando así las garantías fundamentales de todos los individuos en el territorio nacional y los mecanismos para su garantía (República de Colombia, 1991). En este sentido, el Estado Social, procura garantizar los mínimos derechos y garantías supliendo las necesidades de orden social y económico de los individuos, como es la protección al Derecho a la Salud y la prestación de los derechos asistenciales, con especial énfasis en la población vulnerable.

Así mismo, el Estado de Derecho, configura un sistema jerárquico de normas legales que se estructuran en el marco del actuar no solo por parte del Estado, sino de todos los miembros de la sociedad Colombiana, de esta forma se constituye un marco de regulación de las relaciones entre individuos, soportado en principios y valores de orden constitucional, como la vida, prevalencia del interés general sobre el particular, solidaridad y dignidad humana, entre otros. La Constitución Política de Colombia (1991), establece un nuevo modelo económico para el país, con influencia de los principios neoliberales, determinados por el Consenso de Washington (1989), liderado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, entre los cuales se encuentran: Disciplina fiscal, disminución del gasto público, mejorar la recaudación impositiva sobre la base de la extensión de los impuestos indirectos, liberación del sistema financiero y de la tasa de interés. mantenimiento de un tipo de cambio competitivo, liberación comercial externa, otorgar amplias facilidades a las inversiones extranjeras, privatización de las empresas públicas, cumplimiento estricto a los compromisos de deuda y derecho a la propiedad.

Lo anterior se refleja en la Constitución Política de Colombia (1991), en la medida que se identifica mayor énfasis en la protección de los derechos individuales como el derecho a la vida, a la libertad y a la propiedad, entre otros (Cruz, 2010).

Con relación a la seguridad y política sociales, los lineamientos del Consenso de Washington determinaron que como objetivo de un Estado se requiere mayor atención a la población vulnerable, además de la implementación del subsidio a la oferta y no a la demanda, como elementos indispensables para la eficacia y eficiencia del Estado (Cruz, 2010). Lo que determina que no toda la población pueda tener acceso a todas las prestaciones sociales, especialmente aquellos que por su condición social y económica no tienen capacidad para la cotización al Sistema de Seguridad Social.

Colombia en las últimas tres décadas ha tenido transformaciones trascendentales para alinearse a esta estructura que ha modificado fuertemente el Estado ha logrado implementar un nuevo modelo económico, basado en la transformación del mercado interno, favoreciendo la fase de globalización capitalista (Cruz, 2010).

En la construcción del modelo neoliberal se incluye toda la vida económica, social y política del país e incluye la exigencia del Derecho que procura generar nuevos lineamientos que deben orientar el comportamiento del Estado frente a la economía, lo que debe conducir a generar legalidad y seguridad (Cruz, 2010).

Para el sector salud en la Constitución Política de 1991 se precisa que la Seguridad Social es un servicio público (Artículo 48), de carácter obligatorio, donde el Estado es quien dirige y coordina su prestación en el marco de los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad en los términos definidos por la Ley, además la atención de la salud y saneamiento ambiental dependiendo del Estado para garantizar a todos los colombianos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (República de Colombia, 1991; Cruz, 2010)

A manera reglamentación, la Ley 100 de 1993, establece como sistemas de la seguridad social en Colombia: salud, pensiones y riesgos laborales donde se atribuye una política social subsidiaria donde los actores del Sistema General de Seguridad Social se reorganizan a partir de un mercado de modelo competitivo, cuyo eje de articulación, explícitamente se define como intermediarios.

Para la prestación de los servicios de salud, se definieron después de varias reformas, como Empresas Administradoras de Planes de beneficios Subsidiadas y Contributivas (EAPB), Instituciones Prestadoras de salud Privadas (IPS) y Empresas Sociales del Estado E.S.E, para el Sistema General de Seguridad Social en Salud; mientras, para el Sistema General de Riesgos Laborales, se encuentran las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) (Cruz, 2010).

Una de las definiciones que implícitamente precisó la Ley 100 de 1993 fue el concepto de aseguramiento, y a partir de esta claridad conceptualizó también la cobertura. Es así como el aseguramiento en salud obtuvo una definición ampliada con la Ley 1122 de 2007, artículo 14 de este modo: “Organización del Aseguramiento: para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”.

Como parte de los objetivos de este aseguramiento se encuentra la cobertura de toda la población y la coordinación y regulación por parte del Estado de la prestación de los servicios de salud. (Mesa de trabajo en Salud, 2011).

Pero teniendo en cuenta que a estos beneficios solo accedían los contribuyentes al régimen contributivo que se traduce en aquellas personas que tiene capacidad de pago por estar vinculados laboral y formalmente al Sistema General de Seguridad Social, a través de la figura binomial trabajador-empleador para la financiación del aseguramiento

del sistema para los que tiene capacidad de pago. Los que no tienen esa solvencia se encuentran afiliados al régimen subsidiado donde el Estado es quien financia el aseguramiento de quienes se encuentran afiliados a tal régimen.

Con respecto a las prestaciones económicas derivadas de los riesgos y contingencias que afectan la salud de los colombianos, el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSS), incorporó la incapacidad temporal como mecanismo de protección social para el riesgo de enfermedad y sus consecuencias en la salud de las personas (Duque Quintero, et al., 2017). Sin embargo, tal prestación sólo se otorga como derecho a los trabajadores afiliados al régimen contributivo de salud y a quienes se encuentran en la misma condición en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ley 100/1993, Art. 206); (Ley 776 de 2002, Art. 1 y 2; Ley 1562 de 2012).

Es así, como el artículo 206 de la Ley 100 de 1993, estableció que el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general se otorga a quienes se encuentran afiliados al régimen contributivo (artículo 157 Ley 100 de 1993) y son las EPS las encargadas de cubrir estos. A su vez, las incapacidades originadas en enfermedad laboral y accidente de trabajo serán reconocidas por las EPS, pero su financiamiento está a cargo del Sistema General de Riesgos Laborales (Ley 100 de 1993).

Entendiendo que la incapacidad temporal solo se otorga a los trabajadores, es la Ley 776 de 2002, mediante el artículo 1 y 2 que reglamenta la noción y su reconocimiento en eventos de origen laboral. Como parte del concepto, incluye como factores la presencia de una enfermedad o el cuadro agudo de la misma o lesión, que en todo caso afecte a quien se encuentra afiliado en calidad de cotizante (trabajador) y que, además, su capacidad para trabajar esté temporalmente afectada, mientras se recupera y/o rehabilita para su reincorporación al trabajo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito y con el propósito de relacionar tales avances normativos en seguridad social con el plan de desarrollo propuesto para el

período presidencial de Ernesto Samper Pizano denominado “El Salto Social”, la primera consideración frente al tema, es que ese gobierno fue el encargado de liderar la implementación de la Ley 100 de 1993 articulando su programa de gobierno de tal forma que se dé cumplimiento a los objetivos del aseguramiento en salud y así procurar la mejora las condiciones de salud de los colombianos, ampliando la cobertura en salud del Sistema General de Seguridad Social y cumpliendo las responsabilidades definidas en tan importante reforma (Departamento Nacional de Planeación, 1995).

Dicho plan de gobierno orientó sus esfuerzos hacia las prioridades sociales, particularmente con el propósito de disminuir las brechas de la desigualdad social en temas de salud, educación, vivienda y saneamiento básico, con énfasis en población marginada (Departamento Nacional de Planeación, 1995).

Para cumplir con tales propósitos eleva el gasto público al 13,5% del PIB al finalizar su gobierno en 1998. El gasto público se concentra principalmente en los sectores de salud, agua y saneamiento básico y educación a cargo de los municipios y departamentos, financiado mediante recursos de la nación y del plan de inversiones al Sistema Nacional de Cofinanciación (Jaramillo Londoño, 1997)

En el marco de la seguridad social, particularmente en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud se dieron cambios (Vega-Vargas, et al., 2012) en los siguientes sentidos:

- Ampliación de la cobertura familiar para todos los afiliados al ISS, generando diferencias entre el desempeño de esta entidad frente a las demás EPS.
- Se definieron las características de la UPC para el Régimen Subsidiado.
- Se fortalece los entes territoriales como encargados del manejo de los recursos en salud destinados a la población más pobre.
- Aumenta la cobertura en el Régimen Subsidiado y a su vez en el Régimen Contributivo al incluir nuevos cotizantes y su grupo familiar.
- Fortalece el plan de atención básica en temas de inmunización.

- Mejora la calidad de la oferta pública de servicios mediante la actualización de la infraestructura de hospitales, centros y puestos de salud.
- Se crearon programas para atención de población infantil y ancianos en condición de abandono.

En conclusión, “El Salto Social”, como plan económico presentó como desafío la implementación de un nuevo modelo de seguridad social en Colombia, que dio las bases para generar planes de mejora en la implementación del nuevo concepto de aseguramiento (Departamento Nacional de Planeación, 1996). Por lo tanto, es el punto de partida para reglamentaciones futuras en materia de prestaciones económicas en el marco de la seguridad social en Colombia.

En su momento, la desigualdad social en el campo de la prestación de servicios de salud lleva a que el Gobierno de Samper Pizano, se enfoque en el cambio social buscando disminuir la inequidad en salud. Por tal razón, se concentra en la población vulnerable a través del régimen subsidiado.

En este sentido, no existen reformas en el campo de las prestaciones económicas como la incapacidad temporal, que en esencia mantiene algunas condiciones planteadas en el Código Sustantivo del trabajo (Artículo 227) y reformadas por la Ley 100 de 1993, diferenciando la prestación según el origen del riesgo (general o laboral).

- “Cambio para Construir la Paz” (1998-2002). Gobierno de Andrés Pastrana Arango

Para los años de este gobierno Colombia se encontraba en una situación compleja de orden público, situación que ocupó al Estado en una inversión importante del PIB en Gasto en Defensa y Seguridad; con el objetivo de mantener el control y combatir abiertamente las agresiones al Estado y a la Población civil, que puede interpretarse bajo el argumento del trabajo de Giha, Riveros & Soto (1999) donde afirma que, a mayor Gasto en Defensa y Seguridad, mayor será el crecimiento económico porque si la seguridad nacional mejora y se puede ejercer con más eficacia el derecho de propiedad, se

estimulará la inversión privada y en consecuencia habrá crecimiento económico (Arrieta Manrique & Gonzalez Arana, 2014). Obviamente la situación indicada favoreció el aumento del gasto público y del déficit fiscal. En consecuencia, durante toda la década de los 90 se dio la tendencia al deterioro de la cuenta corriente de la balanza de pagos, que en 1997 alcanzó un déficit superior al 6% del PIB (Departamento Nacional de Planeación, 1998).

En contraste con este asunto, la Constitución Política de Colombia de 1991, llevaba más de 7 años de proclamación y como una de sus metas se planteó lograr cobertura universal con calidad en la educación básica del país. Pero por el conflicto armado se hace complejo fortalecer la inversión en el sector educativo para alcanzar el objetivo propuesto.

En un nuevo plan de gobierno y una vez iniciada la implementación de la Ley 100 de 1993 por la que se organiza el Sistema General de Seguridad Social y donde se articula a las estrategias planteadas en este Gobierno con la democracia y la participación ciudadana que se fusionan para construir un Estado participativo que continúa en descentralización permitiendo una reorganización como Estado a través del empoderamiento social con ciudadanos participativos, activos y comprometidos que dan poder a la base social para que sea ella su propia gestora de la modernización Estatal. Mediante la cesión de responsabilidades a las regiones y a la sociedad civil para la conducción de sus asuntos (Departamento Nacional de Planeación, 1998).

Los cambios en la política y modelo de estado que trajo consigo la Constitución de 1991 tuvo como efecto la descentralización y una reforma de la Seguridad Social en Colombia que a su vez reguló el pago de las prestaciones económicas a los trabajadores formales aportadas por la cotización solidaria del binomio empleado-empleador con unos porcentajes diferenciales donde el empleador tiene la mayor carga económica. Esta situación desestimó el ciclo económico, teniendo en cuenta que en los últimos cuatro años la tasa de crecimiento no ha superado el 3%. Aumentando la tasa de desempleo a

niveles insoportablemente altos, lo cual, sin duda, agudiza los conflictos sociales (Departamento Nacional de Planeación, 1998).

“Cambio para Construir la Paz” (1998-2002), como plan de gobierno de de Andrés Pastrana Arango, tuvo cuatro pilares, entre los cuales se encontraba el fortalecimiento del tejido social a través del trabajo colectivo, a la solidaridad y al estrechamiento de los vínculos colectivos. Para ello son pilares indiscutibles la educación, la salud y la nutrición, prestando una adecuada atención a nuestra niñez y a la juventud sin distinciones de ninguna clase. Todos los fundamentos del plan de gobierno se entrelazan, por lo tanto, el desarrollo de este pilar contribuye a los demás, como la consolidación de la democracia, la búsqueda de la paz y un desarrollo de las exportaciones y competitividad regional (Departamento Nacional de Planeación, 1998).

Este Gobierno se propuso mejorar la salud de los colombianos y el acceso de toda la población a los servicios de salud. Este compromiso social es un derecho y un deber para la construcción de la paz y la reconstitución del tejido social. El Plan Nacional del Gobierno de Andrés Pastrana Arango buscó el compromiso de la sociedad con el sistema de salud; para disminuir las inequidades, la ineficiencia y la falta de solidaridad y cobertura que aún persisten en el sistema. Para lograrlo buscó como garantizar la estabilidad financiera del sistema, mediante la eficiencia en la asignación y manejo de los recursos, resolviendo problemas estructurales y administrativos en las instituciones de salud. Con políticas dirigidas a mejorar el acceso a los servicios con equidad, consolidar la solidez de las Administradoras de Régimen Subsidiado, la reestructuración de las Empresas Sociales del Estado E.S.E, adecuación del sistema de vigilancia y control y definir el sistema de información. Todas estas soluciones se orientaron a resolver los principales problemas del sistema en cuanto a viabilidad y estabilidad financiera que impiden mejorar la salud de los colombianos.

A su vez y como un principio del Estado Colombiano, desde que se inició la implementación de la Ley 100 de 1993 se ha procurado alcanzar el principio de

universalidad, es decir que todos los colombianos estén asegurados en salud. Lo que contribuye a la protección financiera de las familias, porque es el Estado quien hace mayor aporte en el gasto total en salud y una escasa dependencia del gasto de bolsillo para el financiamiento del sector (Minsalud, 2015). De esta forma, la seguridad social como instrumento busca garantizar la protección de la población ante las necesidades que se puedan presentar asociadas a factores individuales, sociales, culturales y económicos.

Para mitigar el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles que coexisten con enfermedades transmisibles, carenciales, epidémicas, emergentes y reemergentes, lesiones de causa externa con importantes diferencias regionales. Y teniendo en cuenta que un porcentaje importante de la carga de la enfermedad se puede evitar, la estructura de incentivos en el aseguramiento centrada en los efectos financieros del siniestro y la existencia de un modelo de atención fragmentado, con limitaciones en el acceso y la continuidad de la atención, generan situaciones que se traducen en aumento de la carga de la enfermedad potencialmente evitable, la insatisfacción de los usuarios y la ineficiencia en el uso de los recursos (Minsalud, 2015).

Para enfrentar esta situación, se diseñó un modelo integral de atención que permitiera orientar la respuesta del sistema de salud, de tal forma que se articulen las acciones individuales y colectivas de carácter sectorial y extra sectorial. Hoy en día, estas acciones se realizan sobre individuos, familias, comunidades y entornos organizados, con el fin de consolidar una cultura saludable, mejorar o preservar el nivel de salud y bienestar y disminuir o mitigar las consecuencias desfavorables de la enfermedad (MSPS, 2014a). El marco estratégico del modelo lo constituyen la atención primaria, la gestión integral del riesgo en salud, la salud familiar y comunitaria, el enfoque diferencial y el contexto institucional para su aplicación. Por tanto, la gestión integral del riesgo en salud debe ser asumida a la luz de la perspectiva del aseguramiento en el contexto del modelo de integral de atención en salud (Minsalud, 2015).

Por esta razón la incapacidad temporal como parte de los derechos prestacionales de los trabajadores afiliados y cotizantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, guarda relación con la garantía efectiva del derecho a la salud. En la medida que se presente una mayor carga de la enfermedad o empeore una condición previa que pudo ser evitable, se requerirán más recursos y servicios, entre los cuales se encuentra el reconocimiento y pago de la incapacidad que será asumida como un costo para sector productivo cuando se trata de 1 y 2 días y luego lo asume el sector salud, hasta los límites ya explicados. En este sentido, acciones que deben realizar las EPS como parte de la gestión del riesgo como la caracterización de los afiliados, permite prevenir lo descrito anteriormente (Castaño, R, 2008; Minsalud, 2015).

En particular para el régimen contributivo del Sistema de Salud, los pagos de las prestaciones económicas se realizan de la unidad de pago por capitación, UPC, (Artículo 182, Ley 100 de 1993), la cual permite la protección integral de las familias a la maternidad y cubre el riesgo de ocurrencia y tratamiento de la enfermedad general en la población afiliada. Este valor que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS le reconoce a cada EPS, corresponde a el valor de una prima por persona afiliada. Mientras mayor sea la capacidad de predicción del comportamiento del gasto en salud, menores serán los efectos indeseados, como por ejemplo la selección de riesgos que podrían hacer las aseguradoras. Una prima adecuadamente estimada es un requisito para el equilibrio financiero del sistema y la sostenibilidad del aseguramiento (Minsalud, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior se puede concluir que en el gobierno de Andrés Pastrana Arango se continuó con la descentralización progresiva de las entidades estatales de salud llamadas desde entonces Empresas Sociales del Estado. Además de iniciarse la implementación de la gestión del riesgo en salud como lineamiento del Banco Mundial que una vez articulado con la normatividad de aseguramiento en salud nacional generó la expectativa de mejorar el acceso a servicios de salud a través de un modelo integral de prestación de servicios de salud que aún se está consolidando en el país.

- Hacia un Estado Comunitario 2002-2010. Gobierno De Álvaro Uribe Vélez

En el año 2002 el país avanza hacia la descentralización con la presencia de altos índices de violencia. El aumento de homicidios y secuestros, la repetición de actos terroristas y el exceso de negocios ilícitos han sido un obstáculo para el crecimiento económico. Evidenciando límites de inseguridad importantes en todo el territorio nacional, lo que genera un alto grado de incertidumbre afectando la prosperidad y el futuro del país (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

Se calculó que para estos años los grupos armados al margen de la ley crecieron tanto en número de disidentes que ya se precisaban casi 10.000 personas que integraban estas filas, como el aumento de otros grupos armados que iniciaban presencia a nivel nacional. Lo que ha generado que en los sitios rurales o urbanos donde estos grupos hacen presión; los habitantes se sientan intimidados a tal punto que para salvaguardar su vida y la de sus familias deban migrar a otros lugares lo que genera concentración poblacional en las ciudades y con el resultado de altas tasas de desempleo (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

Los objetivos de este gobierno se consolidaron en 4 grandes líneas que son:

- Brindar Seguridad democrática
- Impulsar el crecimiento Económico sostenible y la generación de Empleo
- Construir equidad social
- Incrementar la Transparencia y Eficiencia del estado

El desarrollo de las estrategias para el logro de estos objetivos implicó una inversión económica importante y transversal interviniendo todas las líneas de acción posibles para restablecer el control del territorio y generar condiciones propicias para el crecimiento económica que por efecto genera empleo, y con ello, el poder adquisitivo y las inversiones

económicas se activan progresivamente, además se trabaja en proteger la infraestructura nacional (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

El deterioro en el sector salud, específicamente lo que tiene que ver con la cobertura es evidente por el aumento del desempleo y la informalidad laboral.

El panorama del país es preocupante. El crecimiento desmedido del gasto puso en riesgo la sostenibilidad de las finanzas públicas y no evidencia mejores condiciones sociales. La corrupción y la ineficiencia generaron desconfianza en cuanto a la capacidad del Estado para atender sus necesidades más apremiantes. Varias empresas públicas insistieron en conservar sus privilegios en salud, vivienda y educación a toda costa; haciendo vulnerable la viabilidad de las propias empresas. La descentralización no ha reducido el despilfarro y no ha podido instaurar una cultura de rendición de cuentas.

Para mitigar estos problemas el Gobierno de Uribe Vélez se comprometió con una reforma de la Administración Pública, de las relaciones interregionales y del ordenamiento territorial del país. Su propósito fue lograr un estado más eficiente, transparente y más cercano a los intereses de la sociedad, donde uno de sus objetivos fue retomar las principales directrices del Estado comunitario promoviendo un Estado gerencial donde prime la eficiencia y honestidad en la administración de lo público, un Estado participativo que tenga en cuenta las necesidades de la población y un Estado descentralizado que gestione las necesidades locales sin perjuicio del interés nacional y la solidaridad regional.

En el tema de salud en el plan de gobierno tuvo como propósito mejorar la calidad de los servicios de salud en el territorio nacional, a través de una política que enfatizara en la calidad y capacidad resolutoria en el nivel de menor complejidad y se implementan mecanismos que integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública. Regulando el ingreso de prestadores de servicios de salud al mercado mediante el sistema único de habilitación que garantiza las condiciones mínimas de operación de los proveedores de servicios de salud en términos financieros,

infraestructura, recurso humano, tecnología y estructura administrativa. Además de la implementación del sistema único de acreditación para prestadores y aseguradores que permita garantizar que los que portan la certificación son realmente los que garantizan la mejor atención en salud y tienen medición periódica de su gestión por los resultados que emiten.

En cuanto a los aseguradores se inicia la implementación del proyecto de creación de redes de servicios que garantizan una atención integral de las necesidades de sus afiliados. Los avances en materia de seguridad social son menores, sin embargo, la promulgación de la Ley 776 de 2002 resuelve los vacíos normativos relativos a la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.

- Prosperidad para Todos (2010-2014) - Juan Manuel Santos

Luego de dos periodos presidenciales guiados hacia mejorar la seguridad, utilizando estrategias de disminución al mayor grupo armado al margen de la ley en ese momento en Colombia las FARC-EP, con el objetivo de reactivar algunas actividades económicas en el país que se estaban viendo afectadas resultando en momentos de optimismo, confianza en las potencialidades locales, percepción positiva en el exterior para inversión y turismo; y teniendo en cuenta otros factores como la decisión del presidente de EEUU Barack Obama en disminuir en 55 millones de dólares la ayuda al Plan Colombia en el mes de febrero de 2010, los efectos y costos de la ola invernal en la segunda mitad de 2010, llevaron a estructurar y conformar un plan para conducir a Colombia a la seguridad democrática (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

Los fundamentos del plan “la Prosperidad para Todos”, involucró temas relativos a la innovación en el sector productivo con alianzas entre lo público y privado, así como la inclusión del principio del “buen gobierno”, el posicionamiento de Colombia en los

mercados internacionales y la sostenibilidad ambiental y acceso a las tecnologías de la comunicación e información (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

Estos ejes transversales deben basarse en tres pilares, como: la Estrategia de crecimiento sostenido con economía más competitiva, productiva e innovadora; la Estrategia de igualdad de oportunidades, para que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales; y la Estrategia para consolidar la paz en todo el territorio, fortaleciendo la seguridad, la vigencia de los derechos humanos y el funcionamiento eficaz de la justicia. (Ley 1450 por la cual se expide el PND 2010-2014) (Congreso de la República, 2011)

Este PND propone articular el desarrollo económico de Colombia con el social. Esta articulación es la base de una sociedad equitativa, incluyente, próspera y en paz. Para el efecto, se diferencian cuatro desafíos fundamentales: (1) aumentar la eficiencia del gasto social para que los recursos se traduzcan en mejores resultados en cobertura y calidad; (2) mejorar la focalización del gasto social para que éste beneficie prioritariamente a los más pobres y vulnerables; (3) consolidar un sistema de protección social (SPS) que contribuya eficazmente a fortalecer y proteger el capital humano y los ingresos de los hogares, y a reducir su vulnerabilidad; y (4) alcanzar la inclusión social de los diferentes grupos étnicos, así como de la igualdad de género (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

En cuanto a las disposiciones en el PDT en los aspectos de Seguridad Social y salud, se observan varios aspectos como en el ámbito de financiación de proyectos de investigación y desarrollo tecnológico, por ejemplo, los recursos que se destinaron al Fondo de Investigación en Salud que se asignaron a actividades de ciencia, tecnología e innovación a través del Ministerio de la Protección Social y de Colciencias. El Ministerio de TIC apoyaría el proceso de adopción de las TIC para el desarrollo nacional en todos los sectores de la economía –educación, salud, financiero. Estas inversiones y planes del Gobierno nacional se reflejarían en altos niveles de calidad y cubrimiento de los servicios

de salud, brindando información relevante a sus usuarios en línea, y fortaleciendo el sector a nivel institucional, a partir de la instalación de infraestructura tecnológica y la apropiación y uso eficaz de las TIC en el mismo; de esta manera, se fortalecerían los Sistemas de Información del sector salud en el país, facilitando la atención a los ciudadanos, brindando transparencia en el manejo de recursos de este sector, y buscando mejorar el monitoreo y control de amenazas de salud a través de las TIC. Adicionalmente, las instituciones del Sistema de Protección Social mejorarían o actualizarían sus sistemas de información, promoviendo la interoperabilidad en los mismos, y brindando una mejor atención al ciudadano. De otra parte, se promovió el uso, apropiación y generación de contenidos de TIC en los currículos del sector salud y también la investigación aplicada a desarrollo de contenidos de TIC para el mismo (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

En cuanto al mejoramiento en Infraestructura, el PND tuvo en cuenta al sector salud en los programas de participación privada en infraestructura robusteciendo la dinámica de participación privada en este campo, mediante infraestructura social en educación, salud y atención integral a la primera infancia (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

La política de transformación productiva estuvo en varios sectores entre estos Turismo de Salud y Bienestar, ya que es uno de los sectores que mejor se conecta con los otros sectores y genera empleo calificado, impulsando el crecimiento económico y el desarrollo tecnológico (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

Hacia el objetivo de la disminución de la pobreza y la desigualdad, una de las condiciones necesarias es garantizar el funcionamiento del Sistema de Protección Social cuyo diseño comprende, tres grandes componentes: (1) la seguridad social integral –salud, riesgos profesionales y protección al cesante–, (2) la promoción social, y (3) las políticas y programas de formación del capital humano; se hace énfasis en consolidar un sistema de salud equitativo, sostenible y de calidad, lidiar con desafíos como la cobertura universal del aseguramiento en salud a través de regímenes contributivos y subsidiado,

y lograr la unificación de sus planes de beneficios; esto en condiciones de sostenibilidad financiera y reduciendo los niveles de evasión y elusión (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

En su Política Integral de Desarrollo y Protección Social, este plan considera las estrategias para Primera infancia, Niñez, adolescencia y juventud, formación del capital humano, Acceso y calidad en salud; en este aspecto de acceso y calidad en salud última se observa que la afiliación a 2010 estaba en régimen subsidiado 21,6 millones de personas y en régimen contributivo 18,11 millones donde la mayor afiliación a través de subsidios se constituye en limitante importante de la sostenibilidad del sistema en un contexto donde se reclama la igualación de beneficios; entonces se hacía necesario consolidar esfuerzos a partir de la promoción de condiciones de vida saludables, la prevención de la enfermedad y la consolidación de manera sostenible del SGSSS, esto como estrategia al igual que brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios; y consolidar el aseguramiento –avanzar en la unificación de planes de beneficios y regular los servicios no cubiertos por el plan de beneficios–, fortalecer institucionalmente el SGSSS en la vigilancia del riesgo a cargo del INS y el INVIMA en la disponibilidad de información oportuna y confiable para la toma de decisiones, en la eficacia del sistema de IVC y las entidades a cargo, en la rendición de cuentas como herramienta de control social, así el Ministerio de la Protección Social, sus entidades adscritas y los actores del SGSSS deberán considerar las diferencias regionales existentes y los abordajes apropiados para éstas, y los enfoques diferenciales para grupos de población. Con respecto a promover el mejoramiento de la calidad y la eficiencia: se fortalecerá el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad a partir de la evaluación del componente de habilitación para la revisión y eventual ajuste respecto de las condiciones técnico científicas exigibles a las IPS y EPS y a la conformación y operación de redes de prestadores de servicios; en la definición e implementación de un plan nacional de mejoramiento de la calidad, estableciendo incentivos a la acreditación, priorizando el otorgamiento de créditos, descuentos en la tasa de vigilancia y reducción de aranceles para la modernización de servicios. A su vez, una profundización o programa de

disciplina fiscal y financiera en las IPS públicas, con la regulación y el desarrollo de incentivos que promuevan relaciones de costo-eficiencia y calidad, el análisis, revisión y ajuste del régimen laboral aplicable a los trabajadores del sector salud, también continuidad a las acciones de saneamiento de la cartera hospitalaria. Se otorgarían préstamos condonables con recursos de la Nación, y ser apoyados con una línea de redescuento con tasa compensada por FINDETER. Adicionalmente, se reforzarían las acciones del Programa Nacional de Hospital Seguro Frente a Desastres (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

En ese sentido, parte de los compromisos en salud consignados en el PND 'Prosperidad para todos' 2010-2014 estuvieron cerca de cumplirse, según la tendencia agregada a nivel nacional de algunos indicadores trazadores en salud, como son la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de 5 años, la atención institucional del parto y la cobertura en vacunación en niños de 1 año. La mayor parte de metas cumplidas son las que tienen que ver con la gestión en el sector salud. Dentro de estas metas se destacan la unificación de los planes de beneficios reglamentada a partir del Acuerdo 032 de 2012 de la CRES en cumplimiento de una de las ordenes de la Sentencia T-760/08; la presentación de 25 guías de práctica en cuatro temas (salud infantil y salud materna, enfermedades crónicas, salud mental, infecciones de transmisión sexual), el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud a partir de la expedición de los decretos 2462 y 2463 de 2013 que reestructuraron la entidad, la política pública de discapacidad e inclusión social contenida en el documento Conpes 167 de 2013, y la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS, entre otras. En cuanto a las metas que no se cumplirían y que causan gran preocupación están la razón de mortalidad materna, la mortalidad por dengue que no ha presentado una disminución significativa, y la meta de inscripción de personas con discapacidad en el Registro Nacional de Discapacidad. Hubo otras medidas tomadas por esa administración que no estaban contempladas como metas ejemplo las medidas de control de precios de medicamentos, el proyecto de Ley Estatutaria en Salud que fue presentado a partir de una iniciativa de la sociedad civil, el cual fue aprobado por el Congreso y avalado por la Corte Constitucional; el saneamiento y compra de cartera a través de la disposición de

\$5,7 billones para mejorar ingresos; compra de cartera de \$12,78 billones para mejorar el flujo de recursos a través del giro directo y de \$2,7 billones para saneamiento. En salud pública se destaca la entrega del Plan Decenal de Salud Pública, la conformación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el fortalecimiento del Sistema Integrado de la Protección Social SISPRO, entre otros (Soto I, 2019).

- Todos por un Nuevo País (2014-2018) - Juan Manuel Santos

Luego de un primer periodo presidencial de Santos, aún persisten retos en materia de conflicto e inseguridad, pobreza, desigualdad y formación de capital humano. Se observan las continuas luchas con los grupos armados FARC-EP bajas para aquel grupo y para los militares colombianos, aunque se iniciaron conversaciones en la Habana, Cuba para conseguir la paz en 2012. También acontecieron movimientos sociales como el paro Nacional de Cafeteros, el paro Campesino del Catatumbo en Norte de Santander, el paro Nacional Agrario; de igual forma varios de los objetivos de su PND del periodo anterior se han logrado total o parcialmente.

Para el Gobierno Santos, una sociedad en paz puede focalizar sus esfuerzos en el cierre de brechas y puede invertir recursos en mejorar la cobertura y calidad de su sistema educativo. Una sociedad equitativa en donde todos los habitantes gozan de los mismos derechos y oportunidades permite la convivencia pacífica y facilita las condiciones de formación en capital humano, es por esto, que los tres pilares a los que se dirigirá el PND de 2014 a 2018 son Paz, Equidad y Educación; procesos de acercamiento y negociación con los grupos insurgentes, transformación sostenida del país en su educación, manera de estado y medios para formar una nueva generación (Departamento Nacional de Planeación, 2014).

Es claro, que el propósito del Plan Nacional de Desarrollo, *Todos por un nuevo País* es contribuir a una Colombia en paz, equitativa y educada mediante las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación de largo plazo prevista por los

objetivos de desarrollo sostenible. En este sentido, todos los esfuerzos se orientaron hacia la construcción de la paz, bajo un enfoque de goce efectivo de derechos (Departamento Nacional de Planeación, 2014; Congreso de la República, 2015).

Teniendo en cuenta el enfoque en Movilidad Social, uno de sus objetivos consistía en Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad. La salud universal y de calidad es una de las condiciones básicas para preservar el capital humano a través de la promoción del aseguramiento de la población, por sus propios medios o mediante subsidios, para el manejo de los riesgos individuales, y por medio de acciones de salud pública, para intervenir los riesgos colectivos a los que está expuesta la población. La preservación del capital humano permite desarrollar el potencial productivo y las capacidades que dinamizan la movilidad social, propiciar hábitos de vida saludable para mejorar condiciones físicas y mentales para una mayor competitividad. Así mismo el derecho fundamental a la salud, como derecho irreductible en lo individual y lo colectivo, este un elemento primordial para alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible. Para ello se desarrollarían los siguientes objetivos específicos:

- 1) aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención.
- 2) mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas de resultados.
- 3) Recuperar la confianza y legitimidad en el sistema de salud.
- 4) Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en condiciones de eficiencia.

Algunas estrategias para utilizar como: la consolidación de la cobertura universal y unificación de la operación de aseguramiento, facilitando la afiliación y mitigando las deficiencias en esta operación; la generación de incentivos para el mejoramiento de la calidad, introduciendo los mecanismos para que los agentes del Sistema emprendan y mantengan los esfuerzos para el mejoramiento de la calidad y la generación de resultados en salud. Otra estrategia empleada fue la política de atención integral en salud, donde se

buscaría implementar un modelo de atención en salud. La Política de Atención Integral en Salud establece la aplicación de un marco estratégico que permitirá la articulación y armonización del aseguramiento. La prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud individual y colectiva, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades.

Estaría formado por 4 componentes:

- 1) la atención primaria en salud (APS), como mecanismo de articulación de las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad;
- 2) la salud familiar y comunitaria, como enfoque de intervención en los servicios básicos o primarios y la coordinación del flujo de usuarios a través del sistema,
- 3) la gestión integral del riesgo en salud, como actividad central de los agentes del sistema para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas, y,
- 4) el enfoque diferencial para adaptar la política a cada contexto poblacional. Otra de las estrategias empleadas fue incentivar la inversión pública hospitalaria en condiciones de eficiencia, fortaleciendo la capacidad instalada asociada con la prestación de servicios de salud, en los componentes de infraestructura física, equipamiento biomédico, industrial, tecnológico y mobiliario de las empresas sociales del estado (ESE). Se buscó desarrollar esquemas alternativos de operación de hospitales públicos, donde se promoviera la formulación e implementación de alternativas jurídicas, técnicas, administrativas, financieras, operativas y los mecanismos para su implementación y adaptación en las instituciones de dinámica del aseguramiento y del modelo de atención del SGSSS en condiciones de eficiencia, competitividad, calidad. También se formuló el avance en el desarrollo de la política de talento humano en salud, a partir de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y del desarrollo de un modelo de salud preventivo, enfocado en la gestión de los riesgos, las bases de la política buscarán mejorar la disponibilidad y pertinencia del talento humano en salud, así como las condiciones para el desarrollo personal y profesional del personal sanitario. Por último, se trabajó en mejorar la

capacidad de diagnóstico de los laboratorios de salud pública a nivel nacional y territorial, implementar la política Nacional de Sangre e implementar el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) (Departamento Nacional de Planeación, 2014).

6.3 Evolución de la normatividad legal en materia de incapacidad temporal en Colombia (1.994 a 2.018).

En correspondencia con el objetivo de investigación planteado, se presenta el avance normativo en materia de legislación relacionada al tema de Incapacidad Temporal, las definiciones para su reconocimiento, tratamiento, gestión, obligaciones y beneficios.

6.3.1 Avances normativos en materia de incapacidad temporal en Colombia

La incapacidad temporal se encuentra enunciada en el Artículo 227 del Código Sustantivo de Trabajo. A su vez, la norma fue modificada por el Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999 y posteriormente por el Decreto 2943 de 2013, el cual definió cómo responsabilidad del empleador reconocer las prestaciones económicas correspondientes a los dos primeros días de incapacidad por enfermedad general; y que, a partir del tercero hasta el día ciento ochenta la responsabilidad económica de reconocer el auxilio por incapacidad temporal es de las Empresas Promotoras de Salud EPS. Pasados los ciento ochenta días de incapacidad ininterrumpida, las EPS dejan de ser las responsables del pago y se debe iniciar el trámite de calificación por pérdida de capacidad laboral para determinar si se puede otorgar el reconocimiento a pensión por invalidez a cargo del sistema general de pensiones. Pese a esto, el Artículo 23 del Decreto 2463 de 2001 habilitó a las Administradoras de Fondos de Pensiones para posponer el trámite de calificación del estado de invalidez hasta por 360 días adicionales a los primeros 180 días, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Concepto favorable de rehabilitación.
- Autorización de la Aseguradora con la cual el Fondo de Pensiones tiene contratado el seguro previsional.
- Incapacidades emitidas por el médico tratante.

Teniendo en cuenta lo anterior, y aún con la legislación existente al respecto, existía un vacío normativo sobre la responsabilidad del reconocimiento del subsidio por incapacidad durante este periodo, que se aclaró con el Decreto Ley 019 de 2012: “Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondo de Pensiones postergará el trámite de calificación de invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador”. Según lo anterior, las Empresas Promotoras de Salud se obligan a emitir concepto favorable de rehabilitación antes del día ciento veinte (120) y remitirlo a la Administradora de Fondo de Pensiones antes del día ciento cincuenta (150). En caso tal que la EPS no cumpla este requisito, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva IT con posterioridad a los ciento ochenta días iniciales, de sus propios recursos hasta cuando expida el concepto favorable (Dávila Villegas, 2017)

En el anexo 1 se describe la evolución normativa de la incapacidad temporal entre 1994 a 2018. mediante la estrategia del normograma.

6.3.2 Características de la incapacidad temporal en el Sistema de Seguridad Social de Colombia.

En primer lugar, la incapacidad temporal debe entenderse como un derecho prestacional en el marco del Sistema de Seguridad Social en Colombia. A su vez, como prestación económica se encuentra reglamentados aspectos como los riesgos objeto de protección, los sujetos que pueden acceder al derecho, los requisitos para su otorgamiento y la forma de pago, así como las entidades responsables de su gestión.

Como punto de partida, es necesario aclarar que de acuerdo con el origen del evento (general o laboral), la incapacidad temporal se reconoce de una forma diferente para cada sistema (salud y riesgos laborales). Por esa razón, este apartado solo hace referencia a las cualidades de la incapacidad temporal en el contexto de la enfermedad general, aunque por tratarse de una prestación a la cual solo acceden los trabajadores afiliados al régimen contributivo de salud, algunas normas relativas al sector trabajo son aplicables para la comprensión de la figura

En primer lugar, se encuentra el concepto, su pago y reconocimiento descrito en el Código Sustantivo del Trabajo (Ministerio de Protección Social, 1950). Es así como se hace necesario cumplir con los requisitos de orden legal para el reconocimiento de este derecho, como se observó en el normograma. Estos requisitos son:

- La definición incapacidad por enfermedad general, establece que se trata del reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de esta que hacen las EAPB a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual. Lo anterior tiene su origen en el CST (Empleador), Decreto 770 de 1975 (ISS) y Ley 100 (Art. 206).
- Tener incapacidad escrita, donde sea explícito el número de días de incapacidad, expedida por un médico habilitado y reconocido según la legislación colombiana.

- El documento de incapacidad deberá presentar nombre del profesional médico, número de registro médico y firma.

En segundo lugar, para el pago de la prestación, se aplican los siguientes requisitos:

- Los dos primeros días de Incapacidad lo reconoce el empleador, a partir del tercer día y hasta el ciento ochenta, está a cargo de la EPS. Después del día 180 y hasta el día 540, lo reconocerá la Administradora del Fondo de Pensiones. Para la incapacidad del día 541 en adelante lo pagará la EPS/Fondo de Pensiones, en caso de existir concepto favorable de rehabilitación.
- La incapacidad se pagará sobre el Ingreso base de cotización (IBC) del empleado. Se reconoce el auxilio equivalente a las dos terceras partes del salario, es decir, el 66.67% del mismo, siempre y cuando dicho valor no resulte inferior al SMMLV, pues en tal caso, se debe pagar el 100% del auxilio por incapacidad. El valor pagado al empleado en caso de IT por enfermedad general se define según normatividad vigente en el artículo 277 del CST como un auxilio que el Empleador (hoy las EPS en virtud de la Ley 100 de 1993, a partir del 3 día) reconoce hasta por 180 días y seguidamente consagra la forma para su liquidación así: Las 2/3 partes del salario devengado por 90 días, y ½ del salario por el tiempo restante hasta completar 180 días (Mario, 2017).
- Durante los primeros dos días se pagará el 66.67% del salario, siendo las dos terceras partes, es decir el 66.67% del salario, que deberá pagarse durante los primeros noventa (90) días, y por el tiempo restante, hasta 180 días, se pagará el 50% del SBC.
- Por último, la incapacidad temporal es diferente según el origen del riesgo: Pueden ser por enfermedad general o de origen laboral.

Tabla 9. Reconocimiento de la incapacidad temporal por enfermedad general en el Sistema de Seguridad Social en Salud

Periodo de Incapacidad	Pago a cargo de
Días 1 a 2	A cargo del empleado

Días 3 a 180	A cargo de la EPS
Días 181 a 540	A cargo del Fondo de Pensiones
Día 541 en adelante	EPS / Fondo de Pensiones

Número de Días	Porcentaje de Liquidación
Primeros 2 días	66.67%
Días 3 hasta el día 90	66.67%
Día 90 hasta el día 540	50%

Fuente: autor a partir de la normatividad legal vigente en materia de incapacidad temporal

En conclusión, la figura de la incapacidad temporal como un derecho prestacional de la seguridad social, se encuentra diseñado para mitigar los efectos económicos que pueda presentar un trabajador debido a la imposibilidad de trabajar (temporalmente) debido a la enfermedad o lesión. Lo que se observa, a partir de los hallazgos es que esta figura no ha presentado modificaciones en cuanto a sus cualidades esenciales, pero si en su gestión a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993.

Uno de los aspectos en los que ha evolucionado la gestión de la incapacidad temporal se asocia al modelo de pluralismo estructurado que incorporó los principios de la competencia regulada y que organiza de forma segmentada la prestación de los servicios, a partir de la Ley 100 de 1993; siendo ésta una de las razones de diferenciar el origen de los eventos, y a su vez diferenciación en los sistemas y entidades encargadas de su reconocimiento y pago (González Castaños & Duque Quintero, 2017).

Lo anterior explica, en cierta forma, el porqué existen requisitos legales diferentes entre sistemas (salud y riesgos laborales). Otro de los aspectos relativo a la gestión, es la aclaración, desde la perspectiva legal, de quien asume la responsabilidad por el pago. De esta forma, al entrar en vigor la Ley 100 de 1993, la responsabilidad por el reconocimiento y pago de la IT por enfermedad general se realiza entre el empleador (2 primeros días), la EPS y el Fondo de pensiones como se explicó en la tabla 9. Por último, el legislador en aras de la garantía del derecho a la salud y en virtud del principio de

sostenibilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud, ha tratado de limitar la temporalidad de la IT, para lo cual ha emitido diversas normas que buscan dar respuesta ante situaciones no previstas por el ordenamiento jurídico, como lo es el tema de las incapacidades temporales superiores a los 540 días.

7. DISCUSIÓN

En el contexto político, económico y social, las condiciones de salud de la población siempre serán objeto de intervención por parte de los gobernantes a través de sus planes de gobierno. Las necesidades en salud a nivel global son evidentes y como se ha explicado la OMS insta de forma permanente a disminuir las brechas de la inequidad y a la búsqueda de un mejor desempeño de los sistemas de salud. Es por esta razón, que la situación política es el principal componente en la prestación de servicios de salud, dentro del mundo del funcionalismo estructural en donde el modelo de Estado y de salud se convierten en procesos sociales dependientes de variables importantes como son el flujo de recursos económicos, toma de decisiones gerenciales, gestión estratégica, gobernabilidad, legitimidad del poder, dotación de elementos para la prestación completa de asistencia y prevención en enfermedades, en el contexto de la seguridad social (Restrepo Pimienta, 2019).

Colombia no es ajena a esta situación y como lo explica Restrepo (2019), tales necesidades en cuanto a la mejora de salud de la población se convierten en un desafío para el Estado, buscando permanentemente soluciones a los problemas identificados mediante el planteamiento de estrategias, acciones y programas como parte de las políticas públicas. Es así como uno de los desafíos importantes es la garantía de la accesibilidad simplificando los procesos para reducir la fragmentación en la prestación; mejorar la cobertura y garantizar la calidad de los servicios de salud (Restrepo Pimienta, 2019). En este sentido, el reconocimiento de la incapacidad temporal como prestación, se ve afectada por la complejidad de los procesos, específicamente cuando se debe establecer el origen del riesgo (común o laboral) para el reconocimiento de la prestación, lo cual conlleva que generalmente la enfermedad sea tratada como de origen común hasta se compruebe lo contrario, implicando el reconocimiento de la incapacidad bajo los criterios de la incapacidad por enfermedad general.

A su vez y desde el concepto de riesgo en salud, la IT se puede considerar como un determinante de la gestión en salud, por lo tanto, es fundamental identificar y desarrollar

estrategias para su prevención, mitigación y control. En este sentido y ante los costos elevados, alta frecuencia de IT y afectaciones a la salud de los cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debido a morbilidades y comorbilidades agudas y crónicas, se espera que los entes territoriales, así como aseguradores, prestadores de servicios y entes de vigilancia y control planteen alternativas para la mitigación de tales efectos, desde el contexto político y normativo.

Desde este punto de vista, existe la necesidad de establecer una metodología de planteamiento de políticas en protección social, que involucre subsidios por enfermedad, de tal forma que estén más acordes a las situaciones de vulnerabilidad de las comunidades afectadas por pobreza, es decir establecer un Sistema de Seguridad Social que sea permanente, flexible e integrado, alineado hacia el tratamiento y prevención de las coyunturas desfavorables que implica para las comunidades el vivir en nivel de pobreza. En consecuencia, las políticas públicas son la respuesta del gobierno a condiciones que generan necesidades de orden social para un número considerable de personas; es decir, responde a situaciones que vulneran un derecho fundamental y que es de interés público, la cual ha sido ineficientemente desatendida por el Estado (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

A su vez, como se identificó en la literatura, algunas de las causas asociadas a los costos por incapacidad temporal están desde el orden estatal con la desarticulación de las políticas públicas en materia de salud y de trabajo afectando la competitividad empresarial y a su vez el bienestar de los trabajadores (Arrieta Burgos et al, 2017). Por ello, es importante que el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo, de forma coordinada y en pro de la población trabajadora, articulen estrategias y planes, con acciones conjuntas en este ámbito de la protección social por razones de la enfermedad y las lesiones garantizando el ingreso de los trabajadores.

Por otra parte, es necesario replantear la definición y reglas de la IT en cuanto a su reconocimiento para que se logre la universalidad con cubrimiento más allá del régimen

contributivo y la cobertura actual; y a su vez ampliar el cubrimiento en el tratamiento o manejo de la IT y su categorización para lograr la cobertura ampliada, intervenciones asociadas pertinentes, atención general, prevención y seguimiento de las incapacidades. Si bien es cierto el concepto de incapacidad temporal no ha presentado cambios significativos desde su origen en el Código Sustantivo del Trabajo, se encuentra que existen vacíos jurídicos que permitan establecer las diferencias claras entre conceptos como la incapacidad médica, incapacidad laboral e incapacidad temporal desde una perspectiva general, sin entrar a determinar el origen.

Teniendo en cuenta que existe la confluencia de varios actores en la gestión de la IT (EPS, fondo de pensiones, ARL, empresa y trabajador), se presenta en ocasiones la vulneración de los derechos a trabajadores, por lo cual debe interceder la vía judicial haciendo efectivo los mecanismos constitucionales y legales para la protección de los derechos laborales, como lo es el derecho al mínimo vital, la estabilidad en el trabajo y la no discriminación (Dávila, 2017). A lo anterior se suma la necesidad de revisar la forma en que se reconoce la IT por enfermedad general, porque afecta el ingreso salarial de los cotizantes al sistema que ingresan en condición de enfermedad, lo que afecta su capacidad de adquirir o satisfacer necesidades básicas y compromisos familiares como son la educación, comida, vivienda, servicios públicos, transporte y demás. Se aclara que estos pasivos mensuales son innegociables y constituyen costos fijos para la satisfacción de necesidades básicas.

De esta forma, la unificación de conceptos favorece ciertos procesos relativos a la gestión de la IT como parte de la gestión de los servicios en salud. Por otra parte, y relacionado con lo descrito, se hace necesaria la revisión de los procesos y procedimientos internos de las Empresas Promotoras de Salud, en términos de la prevención y promoción de la salud y de rehabilitación, así como los procesos para el pago de las incapacidades (Arrieta Burgos, et al., 2017). Es importante indicar, que la incapacidad temporal es un indicador del estado de salud, que puede terminar en discapacidad prematura.

Asimismo, aspectos que inciden en la evaluación del comportamiento de la IT por enfermedad general, como lo es la inexistencia de lineamientos determinados desde la normatividad legal o técnica, asociados con la duración de la incapacidad, que permitan realizar la evaluación y seguimiento de esta prestación de forma objetiva, trae como efecto costos asociados al aumento en la frecuencia y número de días por eventos de incapacidad (Arrieta Burgos, et al., 2017). Se hace necesario que a partir de la evidencia científica relativa a los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación se analice de forma objetiva los periodos de incapacidad, que, aunque con prórrogas, permita controlar los gastos innecesarios para el sistema de salud. Por tanto, se hace imprescindible que el Estado legisle el tema de IT contemplando de manera equilibrada los intereses de los actores involucrados (Dávila Villegas, 2017).

Para finalizar, la solución al problema planteado esta en el constante trabajo para mejorar el desempeño del sistema de salud Colombiano, teniendo en cuenta aspectos como la calidad de los servicios y el soporte de los procedimientos administrativos y jurídicos establecidos para la prestación de los servicios de salud y el reconocimiento efectivo del derecho a la salud y al trabajo como valores del Estado Colombiano. La prestación de los servicios de salud y el reconocimiento de las prestaciones económicas como la incapacidad temporal deben ampararse, como lo indica Restrepo (2019) bajo el sistema de garantía y calidad, para lograr la atención, diagnóstico y rehabilitación de las personas de forma más pertinente y completa alcanzando un desarrollo potencial del sistema y la salubridad humana (Restrepo Pimienta, 2019).

8. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como finalidad analizar los avances y desafíos de la incapacidad temporal como medida de protección de la Seguridad Social en Colombia en el marco de las políticas públicas y lineamientos normativos de orden nacional en materia de salud y expedidos por entidades competentes entre 1994-2018. Las principales limitaciones se encuentran en la selección de documentos objeto de análisis, por cuanto no establecen de forma explícita referencias a la figura de incapacidad temporal y por parte de la normatividad legal la multiplicidad de reglamentación en materia de salud. De igual forma, aunque en una fase inicial exploratoria se consideró realizar la comparación con otros países, se decidió no continuar con ese análisis por cuanto cada país determina sus propias políticas y lineamientos normativos según las condiciones y necesidades particulares en salud.

Lo expuesto anteriormente permite concluir que los principales avances en materia de seguridad social en Colombia y en particular en la incapacidad temporal como un derecho prestacional, se dan durante el periodo gubernamental de Ernesto Samper Pizano (1994-1998), quien plantea como plan de gobierno “El Salto Social” dado que asumió la implementación de la Ley 100 de 1993 y la reglamentación general frente al tema objeto de estudio.

Los siguientes periodos presidenciales desarrollaron normatividad reglamentaria, sin embargo, en sus respectivos planes de gobierno, la salud siempre fue una necesidad sentida por resolver. En el caso de Andrés Pastrana Arango (1998-2002) quien desarrolla su plan “Cambio para construir la paz” promovió la implementación de políticas dirigidas a mejorar el acceso a los servicios con equidad, adecuación de sistemas de vigilancia y control y el montaje de un sistema de información orientado a resolver serias dificultades de viabilidad y estabilidad financiera que presenta el sistema y que obstaculizan la posibilidad de mejorar la salud de los colombianos.

Por otra parte, en los dos períodos presidenciales de Álvaro Uribe Vélez (2002-2006 y 2006-2010), el plan nacional de desarrollo se definió bajo la denominación de “Hacia un Estado comunitario” y procuró fortalecer el aseguramiento en salud, mejorar el acceso y la utilización de los servicios en salud. De igual manera consolidó el Sistema de Riesgos Laborales con especial énfasis en aumentar la prevención, protección y atención de los riesgos que afectan a los trabajadores, contribuyendo así al balance entre los costos del sistema de salud y el Sistema de Riesgos Laborales.

Por su parte, el gobierno de Juan Manuel Santos (2010-2014 y 2014 a 2018), mediante los planes de gobierno “Prosperidad para todos” y “Todos por un nuevo país” buscó mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud de todos los colombianos en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad. Motivando a la población a tener y propiciar hábitos de vida saludable que generan mejores condiciones físicas y mentales del recurso humano favoreciendo mayor competitividad en todos los roles que se asumen.

Por otra parte, se concluye a partir del análisis inductivo de los hallazgos, los principales desafíos que presenta la figura de la incapacidad temporal como medida de protección de la Seguridad Social en Colombia.

En primer lugar, se hace necesario el planteamiento de estrategias y acciones como parte de las políticas públicas y de la normatividad legal, en la búsqueda de garantizar la accesibilidad a la incapacidad temporal como prestación, simplificando los procesos para su reconocimiento, por cuanto se ve afectada por la complejidad de los procesos, específicamente cuando se debe establecer el origen del riesgo (común o laboral).

Por otra parte, la IT es un determinante e indicador de la gestión en salud lo cual hace necesario identificar sus causas para desarrollar estrategias, desde la gestión del riesgo, para su prevención, mitigación y control y así controlar los costos y su frecuencia. En este escenario la participación intersectorial y de actores es fundamental para el logro de las metas propuestas entorno a la mitigación de tales efectos, desde el contexto político y normativo.

Luego es importante que el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo, de forma coordinada y en pro de la población trabajadora, articulen estrategias y planes en materia de protección social por razones de la enfermedad y lesiones garantizando el ingreso de los trabajadores. Este logro implica establecer políticas en protección social que involucre subsidios por enfermedad, de tal forma que estén más acordes a las situaciones de vulnerabilidad de las comunidades afectadas por la pobreza.

Por ello, es importante replantear la definición y reglas de la IT en cuanto a su reconocimiento. Los hallazgos permitieron identificar la existencia de vacíos jurídicos que permitan establecer las diferencias claras entre conceptos como la incapacidad médica, incapacidad laboral e incapacidad temporal desde una perspectiva general, sin entrar a determinar el origen. Más aún cuando en la gestión de esta prestación económica intervienen diversos actores del Sistema General de Seguridad Social, en cuyo proceso se presenta en ocasiones la vulneración de los derechos a trabajadores, por lo cual debe interceder la vía judicial haciendo efectivo los mecanismos constitucionales y legales para la protección de los derechos laborales, como lo es el derecho al mínimo vital, la estabilidad en el trabajo y la no discriminación.

Por último, existen aspectos relacionados con la gestión de la IT que afectan el cumplimiento de las metas del sistema de salud en cuanto a la mejora de las condiciones de salud, como la falta de existencia de lineamientos desde la normatividad legal o técnica, asociados con la duración de la incapacidad, que permitan realizar la evaluación y seguimiento de esta prestación de forma objetiva. Se hace necesario que a partir de la evidencia científica relativa a los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación se analice de forma objetiva los periodos de incapacidad, que, aunque con prórrogas, permita controlar los gastos innecesarios para el sistema de salud.

Los aportes hechos por el estudio fortalecen la comprensión de las dinámicas de las prestaciones como derechos inmersos en la seguridad social, en el marco de las políticas públicas y de la normativa legal en materia de salud. Lo anterior representa una visión del contexto social y a su vez de factores determinantes de la salud, lo cual es objeto del sistema de salud como contribución para disminuir las brechas de la inequidad. Lo

anterior lleva a pensar que hace falta más investigación en esta problemática, lo cual abre las puertas para nuevos planteamientos particularmente en torno a la implementación de política pública y la gestión del riesgo en salud.

Anexo. Normograma

ANEXO. NORMOGRAMA					
MARCO NORMATIVO					
No.	Tipo de Documento	NUMERO / REFERENCIA	Fecha de Emisión	DESCRIPCIÓN	Entidad Emisora
1	Constitución Política de 1991	Artículo 48	1991	Artículo 48. Define La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.	Asamblea Nacional Constituyente, de Colombia
2	Código Sustantivo del trabajo - Adoptado por el Decreto Ley 2663 de 1950	Artículo 227	5 de agosto de 1950	Define el valor pagado al empleado en caso de IT por enfermedad general, especifica ser Auxilio Monetario por enfermedad no profesional.	Ministerio de Protección Social
3	Ley	100	23 de diciembre de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras Disposiciones. Se fija la estructura del sistema de salud vigente.	Congreso de la República
4	Ley	100 Artículo 174	23 de diciembre de 1993	Artículo 174. Define el Sistema General de Seguridad Social en salud a nivel territorial	Congreso de la República
5	Ley	100 Artículo 182	23 de diciembre de 1993	Artículo 182. Define UPC Unidad de Pago por Capitación como valor de un valor per cápita por cada afiliado a EPS	Congreso de la República
6	Ley	100 Artículo 202	23 de diciembre de 1993	Artículo 202. Define el Régimen Contributivo y la vinculación de los	Congreso de la República

				individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	
7	Ley	100 Artículo 206	23 de diciembre de 1993	Artículo 206. Incapacidades. Definición y reconocimiento de incapacidades generales	Congreso de la República
8	Ley	100 Artículo 211	23 de diciembre de 1993	Artículo 211. Define el Régimen Subsidiado de vinculación al Sistema General de Seguridad Social	Congreso de la República
9	Ley	789	27 de diciembre de 2002	Artículo 1. Se define el Sistema de Protección Social colombiano y el Fondo de Protección Social	Congreso de la República
10	Ley	1122	9 de enero de 2007	Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.	Congreso de la República
11	Ley	776	17 de diciembre 2002	Se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema	Congreso de la República

				General de Riesgos Profesionales	
12	Ley	776 Artículo 1	17 de diciembre de 2002	Artículo 1o. Derecho a las prestaciones. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas.	Congreso de la República
13	Ley	776 Artículo 2	17 de diciembre de 2002	Artículo 2o. Definición de Incapacidad Temporal	Congreso de la República
14	Ley	1562	11 de julio de 2012	Modifica el Sistema de Riesgos Laborales y dicta otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional	Congreso de la República
15	Ley Estatutaria	1751	16 de febrero de 2015	Garantiza y regula el Derecho fundamental a la Salud, y establece mecanismos de protección.	Congreso de la República
16	Decreto-Ley	1295	22 de junio de 1994	Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Modificado por la Ley 1562 de 2012	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
17	Decreto	2699	13 de junio de 2007	establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Definición de factores de ajuste de la UPC para predecir el comportamiento del	Ministerio de la Protección Social

				gasto en salud, cuentas de Alto Costo	
18	Decreto	806	30 de abril de 1998	Reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. (actualmente derogado)	Presidencia de la República
19	Decreto	1406	28 de julio de 1999	Se adoptan disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, se dictan disposiciones para la puesta en operación del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, se establece el régimen de recaudación de aportes que financian dicho Sistema y se dictan otras disposiciones.	Presidencia de la República
20	Decreto	783	3 de mayo de 2000	Artículo 9. Define los períodos mínimos de cotización para el acceso a las prestaciones económicas por Incapacidad por enfermedad general.	Presidencia de la República
21	Decreto	047	19 de enero de 2000	Artículo 3. Define los períodos mínimos de cotización para el acceso a las prestaciones económicas en caso de Incapacidad por enfermedad general y Licencias por maternidad.	Presidencia de la República
22	Decreto	2943	17 de diciembre de 2013	Modifica y ajusta el número de días que los empleadores deben	Presidencia de la República

				asumir frente a las prestaciones económicas de incapacidad laboral originada por enfermedad general	
23	Decreto	1333	27 de julio de 2018	Se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones, reglamenta el procedimiento de revisiones periódicas de las incapacidades por enfermedad general de origen común por parte de las EPS.	Presidencia de la República
24	Decreto	770	30 de abril de 1975	se expide el reglamento general del seguro de enfermedad general y maternidad.	Presidencia de la República
25	Decreto	2462 y 2463	7 de noviembre de 2013	Decretos 2462: se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud. Decreto 2463: se modifica la Planta de Personal de la Superintendencia Nacional de Salud. Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, reestructuración de la entidad, la política pública de discapacidad e inclusión social contenida en el documento Conpes 167 de 2013, y la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS.	Presidencia de la República

26	Resolución	112	15 de octubre de 2015	Adopción de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Región Administrativa y de Planeación especial RAPE	Región Administrativa y de Planeación especial RAPE
27	Resolución	1841	28 de mayo de 2013	Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 Definición de riesgo en salud y clasificación de riesgo	Ministerio de Salud y Protección Social
28	Resolución	1740	20 de mayo de 2008	Se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación. Aproximación Riesgo empresarial.	Ministerio de la Protección Social
29	Resolución	2266	6 de agosto de 1998	Se reglamenta el proceso de expedición, reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas por incapacidades y Licencias de Maternidad en el Instituto de Seguros Sociales (I.S.S).	Instituto de Seguros Sociales
30	Resolución	6045	30 de diciembre de 2014	Por el cual se adopta el <i>Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021</i>	Ministerio de Trabajo
31	Acuerdo	032	17 de mayo de 2012	Acuerdo 032 de 2012 de la CRES, Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional para los adultos entre 18 y 59 años.	Comisión de Regulación en Salud, CRES

32	Convenio	102	4 de junio de 1952	<p>Convenio Internacional sobre la Seguridad Social (norma mínima). Convenios y Recomendaciones formales sobre el Derecho de todas las personas a la Seguridad Social, estableciendo normativas sobre los mínimos de reconocimiento que deben darse a los ciudadanos, dirigidas a los Estados miembros de la ONU</p>	<p>Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo - Organización Internacional del Trabajo OIT</p>
33	Documento	Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021	30 de diciembre de 2014	<p>Pretende dar continuidad a los Ejes de la Política Pública para la protección de la salud en el Mundo del Trabajo (2001), la articulación con el Plan Decenal de Salud Pública en la dimensión “salud y ámbito laboral” y a las acciones desarrolladas e implementadas a través de los Planes de Salud ocupacional que le anteceden (2003-2007 y 2008-2012). Dirige su accionar hacia el fortalecimiento institucional, promoción de la SST y prevención de ATEL. Configuran el horizonte de trabajo y se orientan al fortalecimiento de las instituciones para controlar la morbimortalidad laboral.</p>	<p>Ministerio de Trabajo</p>

34	Documentos	Observación General No.19	4 de febrero de 2008	Observación General No. 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9). Guía detallada proporcionada a los Estados miembros de la ONU sobre las obligaciones de respetar, proteger y garantizar sobre el derecho a la seguridad social	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)(CESCR) - ONU
35	Documento	Conpes Social 91	14 de marzo de 2005	Documento Conpes 91 de 2005 Establecimiento de las metas y estrategias de Colombia para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015	Consejo Nacional de Política Económica y Social - DNP

Referencias

- Acosta Navarro, O. L., Forero Ramírez, N., & Pardo Pinzón, R. (2015). Sistema de protección social de Colombia. *Serie Estudios y Perspectivas - Oficina de la CEPAL en Bogotá*, 9-15. Obtenido de https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/37882/S1421114_es.pdf
- Aguirre, J., & Jaramillo, L. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta moebio*(53), s/p. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000200006>
- Álvarez Torres, S., & Riaño-Casallas, M. I. (2018). La política pública de seguridad y salud en el trabajo: el caso colombiano. *Revista Gerencia y Políticas de Salud Vol. 17 Num. 35 Pontificia Universidad Javeriana*, 17-35. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24383>
- ANDI - Centro de Estudios Sociales y Laborales. (2019). *Segundo Informe de Seguimiento sobre salud y estabilidad en el empleo 2017*. Medellín: CESLA.
- ANDI Centro de Estudios Sociales y Laborales. (2019). *Tercer informe de seguimiento sobre Ausentismo Laboral e Incapacidades Médicas*. Medellín: CESLA.
- Andréu Abela, J. (2002). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Sevilla, España: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Arrieta Burgos, E., Fernández Londoño, C., Sepúlveda Zea, C., & Arnago Vieira, D. (2017). Segundo informe de seguimiento sobre salud y estabilidad en el empleo 2017. *CESLA*, 82.
- Arrieta Manrique, P., & Gonzalez Arana, R. (2014). Una aproximación al gobierno de Andrés Pastrana. *Investigación Científica y Tecnológica- Universidad del Norte*.
- Arrubla Sánchez, D. J., Ballesteros Cabrera, M., Barreto Nieto, L., Calderón Romanov, V., Camacho Celis, M., Cano Blandón, L., . . . Herrera Zgaib, M. A. (2010). *Enfoques para el análisis de Políticas Públicas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Banco Mundial. (29 de marzo de 2019). *BANCO MUNDIAL BIRF - AIF*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview>
- Castellanos Ramírez, J. C. (enero-marzo de 2013). La Incapacidad como Acto Médico. *Universitas Medica*, 54(1), 26-38.
- CEPAL. Naciones Unidas . (s/f). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de Protección / seguridad social: <https://www.cepal.org/es/temas/proteccion-seguridad-social>

- Colombia, (Diciembre de 2002). LEY 776 DE 2002. *Organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales*. Bogotá, Colombia
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE). (14 de Noviembre de 2018). ceoe.es. Obtenido de <https://www.ceoe.es/es/ceoe-news/>
- Congreso de la República. (2002). *Ley 776 del 17 de Diciembre de 2002*. Bogotá: República de Colombia.
- Congreso de la República. (2002). *Ley 789 del 27 de Diciembre de 2002*. Bogotá: República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6778>
- Congreso de la República. (2011). *Ley 1450 de 16 de Junio de 2011*. Bogotá: REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- Congreso de la República. (2015). *Ley 1753 del 9 de Junio de 2015*. Bogotá: REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- Corte Constitucional. (2017). *Sentencia T-693 del 24 de Noviembre de 2017 Reconocimiento y Pago de incapacidades laborales*. Bogotá: Corte Constitucional.
- Cruz, L. E. (2010). LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991 Y LA APERTURA ECONÓMICA. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión vol. XVIII, núm. 1- Universidad Militar Nueva Granada*, 269-280.
- Dávila Villegas, J. M. (2017). Subsidio por incapacidad como prestación económica a cargo del Sistema Integral de Seguridad Social. Aproximaciones a las responsabilidades de los distintos subsistemas. *Páginas de Seguridad Social Revista Universidad Externado de Colombia Vol 1 , n.º 2*, 113-127. Obtenido de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/pagss/article/download/5255/6717/>
- Departamento Nacional de Planeación - Consejo Nal. Política Económica y Social. (2005). *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Departamento Nacional de Planeación. (1995). *Plan Nacional de Desarrollo - 1994-1998 "El Salto Social"*. Cali: República de Colombia .
- Departamento Nacional de Planeación. (1996). *El Salto Social - Plan Plurianual de Inversiones, Balance 1995 - Documento Conpes 2849 DNP*. Bogotá: DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION.
- Departamento Nacional de Planeación. (1998). *PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1998-2002 - CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ*. Bogotá: REPÚBLICA DE COLOMBIA.

- Departamento Nacional de Planeación. (2002). *PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2002-2006 - Hacia un Estado Comunitario*. Bogotá: República de Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 - Prosperidad para Todos*. Bogotá: REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 - Todos por un nuevo país*. Bogotá: REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- Duque Quintero, S. P., Quintero Quintero, M. L., & González Sanchez, P. (Julio de 2017). El pago de incapacidades por enfermedad común y el derecho al mínimo vital de un trabajador en Colombia. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas - UPB*, 47(127), 383-405. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfdcp/v47n127/0120-3886-rfdcp-47-127-383.pdf>
- Echevarría-Zuno, S., Mar-Obeso, Á. J., Borja-Aburto, V. H., & Méndez. (2009). La incapacidad temporal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(5), 565-574.
- Guerrero Lopez, C. M., Reynales Shigematsu, L. M., Jimenez Ruiz, J. A., & Karam Araujo, R. (mayo-junio de 2012). Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud pública de México*, 54(3), 233-241.
- González Castaños, V., & Duque Quintero, S. (2017). La promoción del diálogo social como posibilidad para frenar la expansión de trabajos precarios y lograr la justicia social en Colombia. *Dialnet*, 125-142.
- Goyes Moreno, I. (2013). Evolución Conceptual y Jurídica de la Seguridad Social. *revistas.unab.edu.co*, 1-12.
- Greco R. (1968). *Revista de Seguridad Social*. No.6, 518.
- Grisales, L. M., & Giraldo, L. A. (2008). Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, afines con el sector salud, 2006. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública Volumen 26 SCielo*, 78-89.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Jaramillo Londoño, C. (1997). El fracaso de la política social de Samper. *Revista Universidad EAFIT*, 33 No.107, 109-131.

- Mejía-Ortega, L., & Franco-Giraldo, Á. (2007). Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 9(3), 471-483. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2007.v9n3/471-483/#ModalArticles>
- Mesa de trabajo en Salud - Proc. de Diseño del Plan Estrat. de Desarrollo. (2011). IV Foro El Sistema de Salud en Colombia: Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. *IV Foro: Proceso de Diseño del Plan de Desarrollo de la Facultad de Salud 2011-2030* (pág. 8). Cali Valle: Universidad del Valle.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *ABC del Sistema de prección scial. Deberes y derechos. Seguridad Social y Asistencia Social*. Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CARTILLA%20DEL%20ABC.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (Agosto de 1950). Código Sustantivo de Trabajo. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1841 de 2013 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Informe final INCAPACIDADES EN COLOMBIA 2007-2016*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Trabajo - OISS. (2014). *Plan Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013 - 2021*. Bogotá: Ministerio Trabajo - Organización Iberoamericana de Seguridad Social-OISS. Obtenido de <http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/PlanNacionalDeSeguridadySaludEnElTrabajo.pdf>
- Ministerio de Trabajo. (2007). *I Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Análisis de la Situación de Salud de Colombia. 2007*. Bogotá: Ministerio de Trabajo. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20SALUD%20RP.pdf>
- Ministerio de Trabajo. (2013). *II Encuesta Nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales de Colombia. 2013*. Bogotá: Ministerio de Trabajo. Obtenido de <https://fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2019/08/ii-encuesta-nacional-seguridad-salud-trabajo-2013.pdf>
- Minsalud Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (2015). *Gestión Integral del Riesgo en Salud - Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud.

- Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (5 a 23 de noviembre de 2007). *Observación General Nº 19. El derecho a la seguridad social (artículo 9)*. Obtenido de https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f19&Lang=en
- Oficina Internacional del Trabajo - OIT. (s/f). *Hechos concretos sobre la Seguridad Social*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) Consejo Económico y Social. (4 de Febrero de 2008). *Observación General Nº 19 El derecho a la seguridad social (artículo 9)*. Obtenido de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: <https://www.refworld.org/es/docid/47d6667f2.html>
- ONU: Organización de la Naciones Unidas. Asamblea General. (13 de Septiembre de 2000). *Aplicación de la Declaración del Milenio*. Obtenido de A/RES/55/2: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. (2011). *Sistema de Gestión de la SST: una herramienta para la mejora continua*. Ginebra: OIT Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_154127.pdf
- Organización Internacional del Trabajo OIT. (1981). *C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981*. Ginebra: OIT. Obtenido de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Capítulo 4. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En *Salud en las Américas: 2007* (Vols. I - Regional, pág. 453). Washington, D.C., E.U.A: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas: 2007 - Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud* (Vols. VOLUMEN I- REGIONAL). Washington, D.C.: OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622.
- Pérez Leñero, J. (1956). *Fundamentos de la Seguridad Social*. Madrid: Aguilar Editores.
- Pino Montoya, J. (2017). Aspectos metodológicos para evaluar una política pública. *Revista Humanismo y Sociedad Vol.5 No.1, 1-7*.

- Red-DESC - Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (s/f). *El derecho a la Seguridad Social*. Obtenido de <https://www.escri-net.org/es/derechos/seguridad-social>
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia 1991*. Bogotá, Colombia: Gobierno de Colombia. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0219.pdf>
- Restrepo Pimienta, J. L. (2019). *Modelo de Estado en la comprensión político-jurídica del Sistema de Salud*. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.
- Soto I, C. (2019). *Seguimiento y análisis de políticas públicas en Colombia 2018*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Torres-Melo, J., & Santander A., J. (2013). Estado y políticas públicas. En J. Torres-Melo, & J. Santander A., *Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía* (págs. 23-31). Bogotá: IEMP Ediciones Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- Valero-Pacheco, I. C. (2020). La Incapacidad Temporal y la Enfermedad Relacionada con el Trabajo en la Seguridad Social - Una Aproximación a Partir de la Revisión de Literatura. *Verba Iuris Número 44 Revistas Universidad Libre*, 55-72.
- Vanegas Otálora, C. H. (2019). *Análisis Narrativo de la Implementación de la Política Pública de Participación Distrital: Estudio de Caso Suba 2012-2015*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vega-Vargas, M., Eslava-Castañeda, J., Arrubla-Sánchez, D., & Hernández-Álvarez, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, Vol.11 Num.23 Universidad Javeriana*, 58-84.
- Vicente Pardo, J. M. (2018). La gestión de la incapacidad laboral algo más que una cuestión económica. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64(251), 131-160. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&p.
- Vicente-Herrero, M. T., Terradillos-García, M. J., & Capdevila-García, L. M. (2018). Discapacidad e incapacidad laboral en España. Actualización legislativa 2016*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 12-20.
- Villegas, J. M. (Noviembre de 2017). Subsidio por incapacidad como prestación económica a cargo del Sistema Integral de Seguridad Social. Aproximaciones a las responsabilidades de los distintos subsistemas.*. *Universidad Externado de Colombia*, 1(2), 113-127.