

**ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL
SECTOR FORMAL EN SAN JUAN DE PASTO EN EL PERIODO 2005-2007.**

**LEYDA JENIFFER BENAVIDES BASTIDAS
DIANA CAROLINA PABÓN MENESES**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

**ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL
SECTOR FORMAL EN SAN JUAN DE PASTO EN EL PERIODO 2005-2007.**

**LEYDA JENIFFER BENAVIDES BASTIDAS
DIANA CAROLINA PABÓN MENESES**

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ECONOMISTA

**ASESOR:
Esp. MARCO ANTONIO BURGOS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

“Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis son responsabilidad exclusiva de sus autores”.

Artículo 1° del acuerdo 324 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación.

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto, 11 de febrero de 2009

Dedicada a...

Primero que todo a Dios, a quien quiero agradecerle infinitamente por regalarme la vida, y una segunda oportunidad de estudiar, además la fortaleza, la inteligencia y las ganas de salir adelante y permitir que lograra terminar con mi carrera y así mismo por poner en mi camino a personas que me ayudarían a conseguirlo, en especial a mi abuelita Mercedes, a mis tíos y a mis hermanos, por el amor, apoyo, comprensión y paciencia permanente que me brindaron, al igual que a esa personita especial que estuvo ahí, acompañándome y motivándome día a día, porque sin ellos no hubiera sido posible alcanzar ésta meta tan anhelada, les doy las gracias desde lo más profundo de mi corazón, los amo.

A mis familiares y amigos que hicieron que éste paso por la UDENAR estuviera lleno de cariño y alegría. Y a todas aquellas personas que de una u otra forma me ayudaron en ésta etapa de mi vida que hoy culmina aquí donde comienza una nueva.

Gracias a todos y que Dios los llenes de bendiciones.

Jeniffer Benavides Bastidas.

DEDICATORIA:

*...A Dios mi señor y creador por darme la fuerza
Para sortear todas las dificultades y salir adelante.
...A mi madre que por su inmenso amor y dedicación
Se convirtió en la razón más importante que me motivo.
...A mis abuelos, por su gran apoyo.
...A mis amigas, mis aliadas y cómplices.
...A todos los que de una u otra forma colaboraron
para poder alcanzar esta meta GRACIAS por su apoyo.
Y que Dios los bendiga.*

DIANA CAROLINA PABÓN MENESES.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

MARCO ANTONIO BURGOS.

Por su orientación, por su tiempo y valiosa colaboración.

Docente del Programa de Economía.

IGNACIO GARCÉS.

Por ser el gestor de esta investigación.

Docente del Programa de Economía.

Todos los profesores (as) del programa de Economía.

Por brindarnos sus conocimientos y enseñarnos que es posible un lugar mejor.

Las entidades que nos suministraron la información:

- DANE.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño.
- Alcaldía de Pasto.

Todas las personas que con su voluntad nos apoyaron para el desarrollo de ésta investigación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	22
1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	24
1.1.1 Estado Actual	24
1.1.2 Formulación del Problema	28
1.2 JUSTIFICACIÓN	32
1.3 OBJETIVOS	32
1.3.1 Objetivo General	32
1.3.2 Objetivos Específicos	32
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	33
1.4.1 Universo de Estudio	33
1.4.2 Cobertura Espacial	33
1.4.3 Cobertura Temporal	33
1.5 MARCO DE REFERENCIA	33
1.5.1 Marco Teórico	33
1.5.2 Marco Contextual	57
1.5.3 Antecedentes	60
1.5.4 Marco Legal	64
1.5.5 Marco Conceptual	74
1.6 ASPECTOS METODOLOGICOS	79

1.6.1 Tipo de Investigación	79
1.6.2 Tipo de Estudio	79
1.6.3 Población y muestra	80
1.6.4 Diseño de procedimientos y métodos	82
1.6.5 Técnicas de Análisis e Interpretación de Resultados	83
2. COBERTURA Y EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN PASTO	84
2.1 COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN PASTO	84
2.1.1 Cobertura de la seguridad social en salud de la población total en Pasto	85
2.1.2 Cobertura de la seguridad social en salud en Pasto según régimen	85
2.2 AFILIADOS A RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD POR EPS	93
2.3 NIVELES DE COBERTURA DE LA AFILIACION DE LA POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA Y OCUPADA (2007)	99
2.4 RELACIÓN ENTRE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DESEMPLEO EN PASTO Y COLOMBIA	101
3. CARACTERÍSTICAS EMPRESARIALES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DE SALUD EN PASTO	103
3.1 SERVICIOS QUE PRESTAN LAS EPS	103
3.2 CUOTA MODERADORA Y COPAGO	104
3.3 PRINCIPALES EPS EN PASTO	106
4. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y BENEFICIARIOS) DE LAS EPS	110
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LOS AFILIADOS (BENEFICIARIOS Y COTIZANTES)	111
4.1.1 Rasgos demográficos de los afiliados (cotizantes y beneficiarios)	111

❖ Segregación por Sexo	111
❖ Segregación por edad	112
❖ Estado Civil	112
4.1.2 Rasgos demográficos de los beneficiarios	112
❖ Segregación por sexo	113
❖ Segregación por edad	113
❖ Estado Civil	114
4.1.3 Rasgos demográficos y características socioeconómicas de los cotizantes	115
❖ Tipo de Empleo de los cotizantes	115
❖ Segregación por sexo	116
❖ Segregación por edad	116
❖ Estado Civil	117
❖ Personas a cargo	117
❖ Años de trabajo	119
❖ Nivel Salarial	121
4.2 ASPECTOS GENERALES SOBRE LA AFILIACIÓN A SALUD DE LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y BENEFICIARIOS) DE LAS EPS	122
4.2.1 Aspectos generales sobre la afiliación a salud de los usuarios	123
❖ EPS en la que se encuentran los afiliados en Régimen Contributivo.	123
❖ Años de afiliación	123
❖ Estado de salud	124
❖ Frecuencia de uso del servicio de salud	126

❖ Razón por la que más asiste al servicio de salud	126
4.2.2 Aspectos generales sobre la afiliación a salud de los beneficiarios	127
❖ EPS en la que se encuentran afiliados los beneficiarios	128
❖ Años de afiliación	128
❖ Estado de salud	129
❖ Frecuencia de uso del servicio de salud	129
❖ Razón por la que más asisten al servicio de salud	129
4.2.3 Aspectos generales sobre la afiliación a salud de los cotizantes	131
❖ EPS en la que se encuentran afiliados los cotizantes	131
❖ Años de afiliación	131
❖ Permanencia en la EPS	133
❖ Elección de la EPS	134
❖ Elección libre de la IPS	135
❖ Costos del servicio de salud	135
❖ Estado de salud	136
❖ Frecuencia de uso del servicio de salud	138
❖ Razón por la que más asiste al servicio de salud	138
5. PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	140
5.1 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y BENEFICIARIOS)	141
5.2 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS	150

5.3 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS COTIZANTES	158
5.4 RECOMENDACIÓN DE LA EPS POR PARTE DE LOS AFILIADOS (BENEFICIARIOS Y COTIZANTES)	170
5.4.1 Recomendación de la EPS por parte de los afiliados	170
5.4.2 Recomendación de la EPS por parte de los beneficiarios	170
5.4.3 Recomendación de la EPS por parte de los cotizantes	171
6. DIFICULTADES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	173
6.1 DIFICULTADES PARA LAS EPS	176
6.2 DIFICULTADES PARA LAS IPS	179
6.3 BENEFICIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	184
7. CONCLUSIONES	186
8. RECOMENDACIONES	196
BIBLIOGRAFÍA	199
NETGRAFÍA	201
ANEXOS	202

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Cobertura en Seguridad Social en Salud. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.	87
Cuadro 2. Cobertura en Seguridad Social en Salud según Régimen. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007. Valores Absolutos.	89
Cuadro 3. Cobertura en Seguridad Social en Salud según Régimen. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007. Valores Porcentuales.	89
Cuadro 4. Variación Porcentual 2007/2005. Afiliación a los Regimenes Contributivo, Subsidiado y Total. Pasto, Nariño y Colombia.	91
Cuadro 5. Afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad 2005-2007. Valores Absolutos.	94
Cuadro 6. Afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad 2005-2007. Valor porcentual.	94
Cuadro 7. Promedio de afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad.	95
Cuadro 8. Porcentaje de la población afiliada a Régimen Contributivo vs. Tasa de Desempleo.	102
Cuadro 9. Aspectos generales de las EPS, año 2007.	106
Cuadro 10. Tipo de Empleo de los cotizantes.	115
Cuadro 11. Segregación por sexo de los cotizantes.	116
Cuadro 12. Segregación por edad de los cotizantes.	117
Cuadro 13. Estado Civil de los cotizantes.	118
Cuadro 14. Personas a cargo de los cotizantes.	119
Cuadro 15. Años de trabajo de los cotizantes.	120
Cuadro 16. Nivel Salarial de los cotizantes.	121

Cuadro 17. EPS en la que se encuentran los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de Régimen Contributivo en la ciudad de Pasto.	123
Cuadro 18. Estado de salud de los afiliados.	125
Cuadro 19. EPS en la que se encuentran afiliados los beneficiarios.	127
Cuadro 20. EPS en la que se encuentran afiliados los cotizantes.	131
Cuadro 21. Años de afiliación los cotizantes.	132
Cuadro 22. Costos del servicio de salud.	136
Cuadro 23. Estado de salud de los cotizantes.	137
Cuadro 24. Frecuencia de uso del servicio de salud de los cotizantes.	138
Cuadro 25. Razón por la que más asiste al servicio de salud los cotizantes.	139
Cuadro 26. Factores Determinantes en la Prestación del Servicio de Salud de los afiliados	142
Cuadro 27. Factores Determinantes en la Prestación del Servicio de Salud de beneficiarios.	150
Cuadro 28. Factores Determinantes en la Prestación del Servicio de Salud de los cotizantes.	158

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Cobertura en Seguridad Social en Salud. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.	87
Gráfica 2. Cobertura en Régimen Contributivo. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.	90
Gráfica 3. Cobertura en Régimen Subsidiado. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.	90
Gráfica 4. Variación Porcentual 2007/2005. Afiliación a los Regimenes Contributivo, Subsidiado y Total. Pasto, Nariño y Colombia.	91
Gráfica 5. Promedio de afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad 2005-2007.	96
Gráfica 6. Porcentaje de la población afiliada a Régimen Contributivo vs. Tasa de Desempleo.	102
Gráfica 7. Segregación por sexo de los afiliados.	111
Gráfica 8. Segregación por edad de los afiliados.	112
Gráfica 9. Estado Civil de los afiliados.	112
Gráfica 10. Segregación por sexo de los beneficiarios.	113
Gráfica 11. Segregación por edad de los beneficiarios.	114
Gráfica 12. Estado Civil de los beneficiarios.	114
Gráfica 13. Tipo de Empleo de los cotizantes.	115
Gráfica 14. Segregación por sexo de los cotizantes.	116
Gráfica 15. Segregación por edad de los cotizantes.	117
Gráfica 16. Estado Civil de los cotizantes.	118
Gráfica 17. Personas a cargo de los cotizantes.	119

Gráfica 18. Años de trabajo de los cotizantes.	120
Gráfica 19. Nivel Salarial de los cotizantes.	122
Gráfica 20. EPS en la que se encuentran los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de Régimen Contributivo en la ciudad de Pasto.	124
Gráfica 21. Años de afiliación de los afiliados.	124
Gráfica 22. Estado de salud de los afiliados.	125
Gráfica 23. Frecuencia de uso del servicio de salud de los afiliados.	126
Gráfica 24. Razón por la que más asisten al servicio de salud los afiliados.	127
Gráfica 25. EPS en la que se encuentran afiliados los beneficiarios.	128
Gráfica 26. Años de afiliación de los beneficiarios.	128
Gráfica 27. Estado de salud de los beneficiarios.	129
Gráfica 28. Frecuencia de uso del servicio de salud de los beneficiarios.	130
Gráfica 29. Razón por la que más asisten al servicio de salud los beneficiarios.	130
Gráfica 30. EPS en la que se encuentran afiliados los cotizantes.	132
Gráfica 31. Años de afiliación los cotizantes.	133
Gráfica 32. Permanencia en la EPS.	134
Gráfica 33. Elección libre de la EPS.	134
Gráfica 34. Elección libre de la IPS.	135
Gráfica 35. Costos del servicio de salud.	136
Gráfica 36. Estado de salud de los cotizantes.	137
Gráfica 37. Frecuencia de uso del servicio de salud de los cotizantes.	138
Gráfica 38. Razón por la que más asiste al servicio de salud los cotizantes.	139

Gráfica 39. Acceso (Afiliados).	143
Gráfica 40. Eficacia del personal médico.	144
Gráfica 41. Oportunidad.	144
Gráfica 42. Trato (atención).	145
Gráfica 43. Número de Centros de atención.	145
Gráfica 44. Infraestructura.	146
Gráfica 45. Suministro de medicamentos.	147
Gráfica 46. Solicitud de citas.	148
Gráfica 47. Personal (Número).	149
Gráfica 48. Información al usuario.	149
Gráfica 49. Trámites.	150
Gráfica 50. Acceso (Beneficiarios).	151
Gráfica 51. Eficacia del personal médico.	152
Gráfica 52. Oportunidad.	152
Gráfica 53. Trato (atención).	153
Gráfica 54. Número de Centros de atención.	154
Gráfica 55. Infraestructura.	154
Gráfica 56. Suministro de medicamentos.	155
Gráfica 57. Solicitud de citas.	156
Gráfica 58. Personal (Número).	157
Gráfica 59. Información al usuario.	157
Gráfica 60. Trámites.	158

Gráfica 61. Acceso (Cotizantes).	160
Gráfica 62. Eficacia del personal médico.	160
Gráfica 63. Oportunidad.	161
Gráfica 64. Trato (atención).	162
Gráfica 65. Número de Centros de atención.	163
Gráfica 66. Infraestructura.	164
Gráfica 67. Costos Generales del servicio.	165
Gráfica 68. Suministro de medicamentos.	166
Gráfica 69. Solicitud de citas.	166
Gráfica 70. Afiliación a familiares.	167
Gráfica 71. Personal (Número).	168
Gráfica 72. Información al usuario.	169
Gráfica 73. Trámites.	169
Gráfica 74. Recomendaría a su EPS (Afiliados).	170
Gráfica 75. Recomendaría a su EPS (Beneficiarios).	171
Gráfica 76. Recomendaría a su EPS (Cotizantes).	171

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Encuesta a cotizantes de las EPS del sector formal de Pasto.	203
Anexo B. Encuesta a beneficiarios de las EPS de la ciudad de Pasto.	206
Anexo C. Entrevista a Directivos de las EPS de la ciudad de Pasto.	209
Anexo D. Entrevista a Directivos de las IPS de la ciudad de Pasto.	212

RESUMEN

Con la expedición de la Constitución de 1991 y, en particular, de la Ley 100 de 1993 se estableció la salud como un servicio público a cargo del Estado que puede ser prestado por entidades públicas y privadas. El propósito de ésta reforma fue incrementar la cobertura de población asegurada y se garantizara la salud en todo el país, superando las dificultades del anterior régimen.

Este trabajo pretende determinar las condiciones en las cuales se encuentra la prestación del servicio de Seguridad Social en Salud en régimen contributivo en Pasto, y se constituye por 6 capítulos; en el primero se analiza la cobertura y evolución de la seguridad social en salud, además se identifican las principales EPS; se establecen los niveles de cobertura de la población económicamente activa y ocupada en régimen contributivo y finalmente la relación entre los afiliados a éste régimen con la tasa de desempleo en Pasto y Colombia.

En el segundo capítulo, se describen ciertas características empresariales de la EPS más representativas de la ciudad como cantidad de usuarios, años de funcionamiento, número de funcionarios, número de centros de atención, activos solo para el año 2007.

En el tercer capítulo, se determinan algunas características generales propias de los individuos objeto de estudio que correspondieron a una muestra de 382 personas. El análisis de resultados obtenido se divide en dos secciones, la primera de ellas corresponde a la descripción de características demográficas y socioeconómicas, la segunda describe algunos aspectos relacionados con la afiliación a seguridad social en salud de todos los usuarios de las EPS, es así, que primero se realiza un análisis para el total de la muestra y posteriormente se realiza el respectivo análisis tanto para beneficiarios como para cotizantes.

En el cuarto capítulo, se evalúa la calidad del servicio de salud que ofrecen las EPS a sus usuarios, a partir del grado de satisfacción de los mismos, teniendo en cuenta componentes como: satisfacción con la accesibilidad; oportunidad de la atención; trato e información recibida; infraestructura; medicamentos; solicitud de citas; trámites; afiliación a familiares y costos. El análisis también se realiza para el total de la muestra, así como para beneficiarios y cotizantes independientemente. Y por último, se determinan las principales dificultades para la prestación del servicio de seguridad social en salud en la ciudad de Pasto tanto para EPS como para IPS.

PALABRAS CLAVES:

Seguridad social; Régimen Contributivo; Cobertura; Evolución; Entidades Promotoras de Salud; Instituciones Prestadoras de Salud; Afiliados; Beneficiarios; Cotizantes.

ABSTRACT

With the expedition of the Constitution of 1991 and, particularly, of the Law 100 of 1993 the health was established like a public utility in charge of the State that can be lent for private and public companies. The purpose of this reforms was to increase the cover of insured population and the health in all the was guaranteed country, superarando the difficulties of the previous state.

This work intends to determine the conditions in which the installment of the service of Social Security in Health in contributive state in Pasture is found, and is constituted for 6 chapters; in the first one the cover is analyzed and evolution of the social security in health, besides the main are identified EPS; the levels of cover of the busy and economically active population in contributive state are established and finally the Relation among them affiliated to this state with the unemployment rate in Pasture and Colombia.

In the second chapter, certain business characteristics of the EPS more representative of the city are described like quantity of users, years of operation, number of officials, attention centers number, alone assets for the year 2007.

In the third chapter, some own general characteristics of the study object individuals are determined that corresponded to a sample of 382 people. The analysis of results obtained is divided into two sections, the first one of them corresponds to the description of socioeconomic and demographic characteristics, the second describes some aspects related to the affiliation to social security in health of all the users of the EPS, is thus, that first an analysis for the total of the sample is carried out and subsequently the respective so much analysis for beneficiaries is carried out as for contributors.

In the fourth chapter, the quality of the service of health is evaluated that offer the EPS to its users, from the degree of satisfaction of the same, keeping in mind components as: satisfaction with the accessibility; opportunity of the attention; deal and information received; infrastructure; medicines; request of appointments; procedures; affiliation to relatives and costs. The analysis also is carried out for the total of the sample, as well as for beneficiaries and contributors independently. And finally, the main difficulties for the installment of the service of social security in health in the city of so much Pasture are determined for EPS as for IPS.

KEYWORDS:

Social security; Contributive State; Cover; Evolution; Health property development Companies Company; Health Lenders Institutions; Affiliated; Beneficiaries; Contributing.

INTRODUCCIÓN

Con la expedición de la Constitución Política de 1991 y, en particular, de la Ley 100 de 1993 el tema de la Seguridad Social adquirió para la sociedad colombiana una nueva dimensión y se estableció la salud como un servicio público a cargo del Estado que puede ser prestado por particulares, siendo el Estado quien debe garantizar los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma, los que se organizarán de manera descentralizada por niveles y con participación de la sociedad; quizás, la reforma de carácter social que más interés ha despertado entre los ciudadanos en las dos últimas décadas, ha sido la instauración del Sistema de Seguridad Integral.

Esta reforma fue motivada, entre otras razones, por el impulso decisivo que se le dio a los procesos de privatización de los sistemas pensional y de salud, aunque no se llegó a instaurar una administración exclusivamente privada del régimen pensional. De otra parte, la reforma en salud se orientó a superar la muy baja cobertura de población asegurada, de forma tal que con su desarrollo, se garantizara la salud en todas las regiones del país, y se superara las dificultades del anterior régimen.

La reforma colombiana es un caso especial en América Latina y en algunos casos constituye un ejemplo que se ha ofrecido para emprender reformas en otros países, particularmente en el campo de la salud. Un primer aspecto, referido al origen de la reforma, ha sido el intento porque ella fuera integral y derivada directamente de los principios y aspiraciones consagrados en una nueva Constitución. Sin embargo, pese a que la Ley 100 reformó los sistemas de pensiones, salud y riesgos profesionales, en la práctica han sido reformas independientes, sin considerar al trabajador, la familia o el ciudadano como sujetos centrales en materia de políticas de bienestar, y no ha sido fácil lograr armonía entre la solidaridad, la universalidad y la eficiencia, de modo que particularmente entre las dos primeras y la última se presenta una disyuntiva que aún no se resuelve y que trae implicaciones políticas, sociales y económicas hacia delante.

En el caso de la salud, coexisten un esquema de medicina prepagada y el seguro público o la asistencia pública. Sin embargo, al pretender abarcar a toda la población y no solamente a la fuerza de trabajo los desafíos en este campo son mayores y por eso se requiere el compromiso fiscal y la adopción de mecanismos que hagan explícitas las garantías para la población. Hacia el mediano y largo plazo las exigencias serán mayores por los cambios demográficos y epidemiológicos, por la oferta tecnológica y los avances en materia del derecho a la salud.

No es concebible una sociedad sin una política que busque organizar el acceso de la población a los servicios de salud. En la mayoría de los países esta organización toma la forma de un sistema donde las interrelaciones entre los diferentes actores: usuarios, hospitales y agencias tanto públicas como privadas están, en alguna forma, predeterminadas y existe la idea de rendir cuentas desde el sistema político, frente a los resultados en cuanto al bienestar de la población.

La sociedad colombiana tiene hoy un gran debate alrededor del Sistema de Seguridad Social en Salud. A pesar de su impacto sobre las familias, las empresas aseguradoras en salud y las mismas instituciones prestadoras, los diferentes decretos y normas reglamentarios, así como las propuestas de ajuste no se han concertado suficientemente con los diferentes actores involucrados en la administración y desarrollo del sistema.

En este sentido, ésta investigación pretende establecer las principales características del Sistema de Seguridad Social en Salud con el fin de determinar las condiciones en las cuales se encuentra la prestación de los servicios de seguridad social en salud en la ciudad de Pasto, que permita establecer estrategias de mejoramiento de este servicio, lo cual no solo favorecerá a mejorar la calidad de vida de los trabajadores afiliados y sus familias a este sistema sino que además contribuirá de esta forma al desarrollo de la región.

1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Estado actual. Hacía fines del siglo XX, se dan cambios tanto políticos, económicos y sociales en Colombia, es por ello que la reforma a la Seguridad Social es una consecuencia de los mismos y se encuentra sumida en una contradicción histórica, pues si bien la Constitución de 1991 consagró el Estado social de derecho, con amplias responsabilidades públicas para atender a los ciudadanos en la satisfacción de necesidades materiales y la garantía de derechos, al mismo tiempo el país se embarcó en un nuevo modelo de desarrollo basado en la apertura económica, la liberalización y desregulación de mercados y la modernización de organismos públicos, entre otras estrategias que podrían ir en contra de las aspiraciones constitucionales.¹

Esta contradicción, para el caso de la seguridad social y la salud, tuvo escenario en la Asamblea Nacional Constituyente (Jaramillo, 1999). Allí se expresaron dos perspectivas opuestas, una de corte social demócrata y otra neoliberal, y bajo la fórmula del consenso se dio lugar a los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, se consagró la seguridad social como un derecho irrenunciable, se acordó que el servicio público de salud estaría bajo la dirección del Estado y se delegó en la ley la adopción de un paquete de servicios de salud de acceso gratuito.

Para asegurar una reforma, la Constitución dispuso la conformación de una Comisión Transitoria que entregaría recomendaciones al gobierno en procura de hacer modificaciones al sistema de seguridad social. De allí se siguió la presentación de varias iniciativas de reforma en salud (Molina y Trujillo, 1992), la propuesta gubernamental de reformar el sistema de pensiones y el interés de un sector del Congreso por desarrollar la Constitución.

En la discusión y preparación de propuestas se partía de reconocer la problemática de cobertura y calidad de la seguridad social, con cuatro décadas de desarrollo y las siguientes características básicas: el sistema cubría en salud, pensiones y riesgos profesionales a los trabajadores del sector privado por medio del Instituto de Seguros Sociales ISS que se financiaba con la contribución obrero-patronal, y desde su creación no ofrecía cobertura familiar en salud, así que para este caso sólo cubría al trabajador, a la cónyuge en caso de maternidad y a los hijos hasta el primer año de vida. En cuanto a los trabajadores del sector público, no se tenía formalizada una contribución y se presentaba una multiplicidad de

¹ OCAMPO, José Antonio. Reforma del Estado y desarrollo económico y social en Colombia. Análisis Político, No. 17, 1992.

régimenes o esquemas de previsión en salud y pensiones mediante erogaciones directas de cada entidad.²

A partir de este panorama surge la Ley 100 de 1993, la cual ha sido considerada como una política pública bastante ambiciosa y compleja que combinaba la ampliación sustancial de recursos con la adopción de cambios estructurales en el sistema de seguridad social.

❖ **La reforma en salud.** A partir de enero de 1995, se da un aumento de la contribución que pasa del 7% al 11% del ingreso base de cotización, con lo cual la Ley 100 aprobó la cobertura del plan obligatorio de salud POS para el cotizante y su grupo familiar, el o la cónyuge, los hijos hasta los 18 años o hasta los 25 si estudian y los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente, permitiendo también la afiliación de otras personas dependientes del cotizante mediante un pago adicional.

Además, se estableció un régimen de pagos compartidos como son los copagos y cuotas moderadoras, para aportar a la financiación de las prestaciones; se llamó a éste Régimen Contributivo. La reforma buscó integrar a todas las entidades aseguradoras o administradoras bajo las mismas reglas del juego, con la denominación de empresas promotoras de salud EPS, obligó a cotizar las entidades estatales y los funcionarios públicos y reconoció los mismos beneficios para todos los afiliados bajo el POS.

Lo que en realidad se buscaba era que todos los afiliados pertenecieran a un sistema único, con la incorporación de los empleados públicos y las familias de los cotizantes, pero no bajo el monopolio del ISS sino en el mercado regulado de las EPS.

Es así, como los propósitos sobre cobertura se combinan con la inserción de la competencia y la separación de funciones, lo cual implicaba la desintegración vertical de la rama de salud del ISS y la participación de nuevos agentes. Esto implicó, por una parte, que si bien se mantendría el financiamiento público por medio de la contribución y se garantizaba la solidaridad mediante un fondo nacional (Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA), esta función ya no le correspondería al ISS y esta entidad debería operar como una EPS más.

Por otra parte, el ISS debería separar su rol de asegurador del correspondiente al de prestador de servicios. Adicional al régimen contributivo, la reforma creó el régimen subsidiado como una de sus innovaciones más importantes, de manera que a los cambios institucionales y la ampliación de cobertura para la población trabajadora se hizo un cambio estructural del anterior sistema nacional de salud con la incorporación del concepto de aseguramiento y por tanto la cobertura del seguro para población no cotizante. Es así como se quiso ampliar el alcance de la propuesta de corte bismarckiana, original de la Alemania de fines del siglo

² RESTREPO, Jairo. El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?, citado por RAMÍREZ, Berenice. La seguridad social: reformas y retos. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas, 1999.

XIX, para abordar un esquema como el propuesto por William Beveridge en Inglaterra, en el marco del Estado del Bienestar de mediados del siglo XX.³

La transformación del sistema de asistencia pública y su incorporación al Sistema General de Seguridad Social en Salud significaba, por un lado, cambiar los flujos de financiamiento dirigidos a la red de hospitales, de modo que éstos no recibirían los recursos directamente del presupuesto gubernamental sino que habrían de basar sus ingresos en la contratación de servicios con agentes administradores o aseguradores, y, por otro lado, crear las administradoras del régimen subsidiado ARS para afiliar a la población pobre y garantizar así la prestación del plan obligatorio de salud subsidiado.

La Ley 100 estableció una contribución adicional de un punto de la cotización, el denominado punto de solidaridad, con el fin de facilitar la ampliación de cobertura, el cual comenzó a hacerse efectivo a partir de abril de 1994, así que la contribución al final sería del 12%. También se instauró un aporte gubernamental, el *pari passu*, que pretendía ser por lo menos igual al aporte anterior. Por último, un cambio institucional que habría de enfrentar una enorme rigidez era la transformación de los recursos hasta entonces asignados en forma directa a los hospitales, para dirigirlos a la afiliación de población a las ARS.

Al pasar el tiempo el régimen Subsidiado y los hospitales públicos muestran inestabilidad jurídica, política y administrativa, mientras el régimen contributivo ha sido más estable. Es así como han propagado normas sobre el tamaño de las administradoras, la contratación de éstas con los hospitales públicos, la transformación de recursos para apoyar el aumento de cobertura, los requisitos de afiliación y períodos de contratación, entre otros.

En cuanto a la adopción de medidas que a partir de la Ley 100 constituyen la base de operación del sistema, se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual define aspectos claves como el POS, la Unidad de Pago por Capitación UPC, las cuotas moderadoras y los copagos. Además, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud contraen funciones de regulación financiera e inspección, como el establecimiento de márgenes de solvencia para las EPS.⁴

La implementación del sistema ha tenido muchas dificultades y ofrece lecciones importantes en materia de regulación. En el primer caso, en medio de presión fiscal y la discusión política, se destacan los cambios en los aportes gubernamentales y el flujo de recursos, además de un sinnúmero de modificaciones en la organización del régimen subsidiado.

Dentro de los principales aspectos, que son tratados a partir de decretos, acuerdos o resoluciones, se han dado cambios en el POS, principalmente mediante adiciones al plan de

³ MESA LAGO, Carmelo. Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social” Documentos de proyectos, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, 2006.

⁴ Artículo 156. Libro II. Ley 100 de 1993.

medicamentos e intervenciones; la determinación anual de la UPC, los copagos y las cuotas moderadoras; el cambio de EPS que pueden realizar los afiliados, el cual ha pasado de uno a dos años y nuevamente a un año; los períodos mínimos de cotización, para tener acceso a tratamientos de alto costo, que han pasado de 100 a 26 semanas; el grupo familiar, en particular la fijación de criterios para incorporar a los padres de los cónyuges y la determinación del pago para beneficiarios adicionales, y la afiliación de los independientes, en especial la determinación del ingreso base de cotización, el cual ha pasado de dos salarios mínimos a uno.⁵

El sistema judicial en Colombia juega un papel importante como garante del derecho a la salud y la seguridad social, por lo que algunos de estos designios están respaldados por éste. Como por ejemplo, la ampliación del POS, precedida en ocasiones por fallos sobre acciones de tutela.

❖ **Reforma a la reforma.** Después de muchos intentos por parte del Gobierno Nacional, catorce años más tarde, se logró introducir la reforma pertinente a la Ley 100 de 1993, esta vez con la Ley 1122 de 2007; las múltiples reglamentaciones efectuadas a la primera, por medio de organismos de participación, vigilancia y control y del propio ejecutivo, la constituyeron en una de las normas más intervenidas en cualquier tipo de legislación.

La Ley 1122 de 2007 se creó con el objetivo de realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen 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.

El motivo principal de la reforma a la Ley 100 de 1993 fue alcanzar la cobertura universal en los próximos tres años, para lo cual se incrementaron los recursos destinados a financiar la afiliación de la población pobre aún no afiliada, de los niveles del Sisben 1 y 2. Con este fin se subió la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo en 0.5% a cargo del empleador. En el caso de los trabajadores independientes y de los pensionados o jubilados, que son responsables del pago completo de 12.5%, la nueva ley disminuye los ingresos reales de esta población; es decir, afecta a quienes dependen de una mesada.

Además, al aumento de 0.5% de la cotización, el Artículo 11 de la Ley 1122 modifica el porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), de las rentas cedidas y de Etesa, que los entes territoriales deben destinar a la afiliación en el Régimen Subsidiado (RS). Esta decisión incrementa el gasto territorial en la afiliación al Sistema y disminuye la proporción que corresponde al Gobierno Nacional.

⁵ TAFUR, Luís Albert. Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122, 2007.

En cuanto a la dirección del sistema la nueva ley crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y le da al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) funciones de asesor y consultor. La CRES es constituida por cinco comisionados «expertos», a quienes nombra el Presidente de la República, de ternas propuestas por diferentes entidades como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados.

De otra parte, el reemplazo del Plan de Atención Básica (PAB) por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), busca centralizar las decisiones sobre la salud pública y evitar el despilfarro de los recursos a niveles municipal y departamental que se ha observado en la ejecución del PAB territorial. Los Entes Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud, según lo establecido en la nueva Ley, tienen obligación de elaborar un plan operativo para cada año, así como un plan financiero y presupuestal, que permita ejecutar el PNSP definido por el Ministerio de la Protección Social y que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional.

En relación con los contenidos de los POS, la nueva Ley establece que la Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el POS buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes (contributivo y subsidiado).

En la prestación de servicios de salud, la Ley deja en manos del Ministerio de la Protección Social la definición de los requisitos de habilitación, de las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios, el sistema de clasificación de las Instituciones Prestadoras de Salud y los mecanismos para la aplicación de la libre elección de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud entre los afiliados a las Entidades Promotoras de Salud.

Estos cambios entre muchos otros, buscan solucionar las fallas de la anterior ley, sin embargo, aún no es claro si el desarrollo de la Ley 1122 de 2007 resuelva los problemas estructurales del modelo y concluya los retos que la anterior ley no desarrolló y/o acabó.

1.1.2 Formulación del Problema

❖ PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son las condiciones de la seguridad social en salud del sector formal en San Juan de Pasto en el periodo 2005- 2007?

❖ PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- ¿Cuál ha sido la cobertura y evolución de la seguridad social en salud en San Juan de Pasto en el periodo 2005-2007?
- ¿Cuáles son las características empresariales (tamaño, activos, centros de atención, años de funcionamiento, especialización en otros servicios) de las Entidades Promotoras de Salud en San Juan de Pasto?
- ¿Cuál es el grado de satisfacción que tienen los cotizantes y beneficiarios de las Entidades Promotoras de Salud en San Juan de Pasto?
- ¿Cuáles son las principales dificultades de la prestación de los servicios de seguridad social en salud para las Entidades Promotoras e Instituciones prestadoras del servicio de Salud?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las reformas a la seguridad social en Colombia constituyen políticas públicas en permanente construcción, pues pese a sumar dos décadas de haberse iniciado, han requerido ajustes, parecen inconclusas y poco efectivas en varios aspectos que hacen parte de la problemática que se intenta resolver. Más aún, las reformas han traído consigo nuevos problemas o conflictos que impiden el alcance de las metas en materia de cobertura y calidad. Tal vez el principal aspecto en discusión se refiere a las contradicciones entre los sistemas solidarios o de reparto, por una parte, en donde importan los beneficios con criterios de equidad aunque a la postre se hace muy difícil la sostenibilidad financiera, y los sistemas de capitalización individual, por otra, los cuales ofrecen beneficios individuales atractivos, aunque con cierta incertidumbre, que solo pueden gozarse en función de la capacidad de ahorro y que para un grupo de la población serán inalcanzables debido a la falta de solidaridad.

En cuanto a salud, la reforma colombiana ha ofrecido innovaciones y lecciones importantes, destacándose el propósito de ofrecer un seguro de salud con una cobertura de servicios igual para toda la población y, al mismo tiempo, modificar el sistema de asistencia pública. Sin embargo, en parte los buenos propósitos se diluyen en la medida en que su alcance está sometido a visiones encontradas sobre el sistema de seguridad social que se quiere para el país, al tiempo que la viabilidad económica exige esfuerzos crecientes de parte de la población y parte de ésta se expresa en el deterioro de las condiciones de prestación de los servicios.

Es por ello la importancia de la elección de este tema de investigación dado el innegable impacto económico que el nuevo Sistema de Seguridad Social ha tenido sobre la economía nacional por cuanto ha incidido sobre las decisiones de los diferentes agentes involucrados.

Además, es incuestionable que los avances en seguridad social en salud significan un mejoramiento en las condiciones de vida de la población beneficiaria, que incide en el potencial de la fuerza laboral, de esta manera, la pertinencia de éste estudio se encuentra al considerar que la salud, el sistema de salud y las empresas vinculadas a ella impactan en la productividad y la competitividad del país.

En este sentido, es necesario conocer cuál es la situación en la que se encuentra el sistema de seguridad social en salud a nivel de la población afiliada específicamente a régimen contributivo y de las instituciones encargadas de prestar el servicio en la ciudad de Pasto, no solo a nivel económico sino también social, ya que desde el punto de vista de las personas, el mantenimiento de la salud es un factor preponderante en su productividad y más aún en su bienestar.

Para los países como Colombia que no han alcanzado el desarrollo, el reto consiste en mantener el mejor sistema de salud posible, dadas sus propias restricciones de financiación. En consecuencia, el diseño, el orden y los componentes del sistema de salud son factores fundamentales.

Es una obligación ética que los profesionales de la región aporten sus elementos de juicio sobre situaciones que afecten a la comunidad, y así generar el debate que pueda contribuir al crecimiento económico y al mismo tiempo en la construcción de una sociedad más igualitaria.

Con ésta investigación se pretende determinar hasta que punto las condiciones en las que se encuentra la prestación de los servicios de salud afectan positiva o negativamente a los agentes económicos involucrados en la Ciudad de Pasto; además, ésta investigación busca sentar unas bases conceptuales y formular propuestas de mejoramiento para que sean consideradas ó evaluadas por futuras investigaciones de tipo académico ó comercial.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General.

Determinar las condiciones de la seguridad social en salud en el sector formal en San Juan de Pasto en el periodo 2005-2007.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la cobertura y evolución de la seguridad social en salud en San Juan de Pasto en el periodo 2005-2007.

- Determinar las características empresariales (tamaño, activos, centros de atención, años de funcionamiento, especialización en otros servicios) de las Entidades Promotoras de Salud en San Juan de Pasto.
- Conocer el grado de satisfacción que tienen los cotizantes y beneficiarios de las Entidades Promotoras de Salud en San Juan de Pasto.
- Identificar las principales dificultades de la prestación de los servicios de seguridad social en salud para las Entidades Promotoras e Instituciones prestadoras del servicio de salud.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1 Universo de Estudio: La investigación hace referencia a las entidades públicas y privadas prestadoras de los servicios de seguridad social en salud (EPS e IPS) y a los afiliados (cotizantes y beneficiarios) del sector formal.

El estudio se hizo con las seis EPS más representativas y con doce de las IPS más contratadas por éstas. En cuanto a los afiliados se tomó una muestra al azar tratando de dar una adecuada participación de cada una de las EPS.

1.4.2 Cobertura Espacial: La investigación se desarrolló en la Ciudad de Pasto.

1.4.3 Cobertura Temporal: Con el objeto de presentar una visión consistente y clara de la problemática a investigar se ha tomado como periodo de análisis los años 2005 a 2007 y para desarrollar la investigación se hizo necesario emplear seis meses del año 2008.

1.5 MARCO DE REFERENCIA

1.5.1 Marco Teórico. A lo largo del tiempo, el hombre siempre ha estado sometido a diferentes circunstancias que provocan en él necesidades sociales; claro está, él no se ha resignado a estas circunstancias y por el contrario ha buscado e instaurado instrumentos de protección contra esas necesidades sociales. Pues bien, en el objetivo de sobrevivencia del ser humano se sitúa la seguridad social, cuya finalidad última consiste en la satisfacción de las necesidades sociales, es por esto que se ha considerado como uno de los derechos básicos del hombre y, por tanto, de la sociedad humana.

En este sentido cabe aclarar que por necesidades sociales se entiende la carencia o escasez de un bien o servicio unida al deseo de su satisfacción que puede incidir en un doble

sentido: sobre el individuo como miembro del cuerpo social, y sobre la totalidad o parte de la colectividad social puesto que la vida social se mueve en torno a la cobertura de las necesidades humanas, cuya satisfacción verdadera solo es posible dentro de la sociedad, dada la impotencia del ser humano para satisfacer algunas de ellas.

Una mirada hacia las distintas épocas de la humanidad, muestra que los hombres han acudido siempre a diferentes sistemas de protección para sus necesidades, tal es el caso de los colegios o collegias de artesanos; las guildas o asociaciones de defensa y asistencia mutua; las cofradías, nacidas bajo el amparo de la iglesia para la ayuda mutua y religiosa; las sociedades muturias o de socorro, las hermandades de socorro, de muerte y de enfermedad; las corporaciones de artesanos y obreros de la Edad Media; los montepíos, las instituciones de beneficencia privada, el seguro social moderno, etc. Y en fin son muchas las referencias acerca de la presencia histórica de las instituciones de protección social inventadas por el hombre para ayudarse, socorrerse y, en general, atender sus necesidades.

Diversos autores han postulado múltiples definiciones del concepto de protección social.

El Banco de Desarrollo Asiático (2001) considera la protección social como el “Conjunto de políticas y programas diseñados para *reducir la pobreza y la vulnerabilidad*, promoviendo la eficiencia de los mercados laborales, disminuyendo la exposición de las personas a *riesgos* y fortaleciendo su *capacidad para protegerse* de interrupciones o pérdidas de ingreso”.

Por su parte Marcus, R (2004) la establece como el “Conjunto de medidas encaminadas a: (i) proteger a las personas de choques que los puedan llevar a la pobreza, (ii) *hacer a la gente menos vulnerable* a estos choques, (iii) proteger a la gente contra la pobreza extrema y sus efectos sobre el bienestar y (iv) proteger el bienestar durante períodos de vulnerabilidad del ciclo de vida”

Para el Banco Mundial (2001) es el “Conjunto de intervenciones que buscan *disminuir la vulnerabilidad* de los individuos pobres, las familias o las comunidades, a través de un mejor manejo del riesgo”

Y entre muchos otros para Acosta, O y Ramírez, J (2004) la protección social está determinada por “Las intervenciones del estado para prevenir, mitigar y enfrentar los riesgos que constituyen su política de protección social, con la cual se buscan dos objetivos principales. El primero, *la reducción de la vulnerabilidad de los hogares* con ingresos muy bajos ante caídas del consumo y de su acceso a servicios básicos. El segundo, *suavizar el consumo a lo largo del ciclo de vida* para todos los hogares y, por tanto, una distribución más equitativa del bienestar”

Todas las definiciones tienen dos elementos en común. Se refieren, de alguna u otra manera, a la idea de reducir la vulnerabilidad de los hogares frente a eventuales caídas de los ingresos, a través de un mejor manejo del riesgo. También hacen alusión al apoyo que requieren las personas y comunidades que se encuentran en situación de pobreza.

A partir de esto, la **“PROTECCIÓN SOCIAL: Es una serie de intervenciones públicas para ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar mejor el riesgo y apoyar a**

los más pobres en situación crítica. Se observa que en esta definición hay dos componentes. El primero, que busca un mejor manejo del riesgo, corresponde al concepto de aseguramiento. El segundo, que procura prestar ayuda a los más pobres, se refiere a una intervención de carácter asistencial”.⁶

En este trabajo, se analizará el primero de los componentes de protección social que corresponde al **ASEGURAMIENTO**, el cual tiene como función proteger a los trabajadores frente a eventuales caídas de los ingresos originadas por una de estas causas: salud (se hace referencia también a la invalidez y la maternidad), desempleo o vejez. La mala salud puede lesionar la capacidad económica de una persona porque pierde capacidad de trabajo (incapacidad) y/o porque le toca pagar una suma desproporcionada de dinero en un tratamiento, como ocurre con las llamadas enfermedades catastróficas. Un empobrecimiento similar puede resultar de una situación de desempleo prolongado. Así mismo, la vejez está asociada a una pérdida de capacidad de trabajo y por lo tanto de generación de ingresos. Lo que hace la seguridad social, entonces, no es más que proteger a los trabajadores frente a las consecuencias económicas adversas de eventos asociados a la salud, el empleo y la vejez.

De esta manera, no es una novedad que los asuntos relacionados con salud y trabajo estén juntos, pues siempre han estado unidos alrededor del concepto de seguridad social. De otro lado, se observa que el común denominador de tres temas tan aparentemente distintos como la salud, la vejez y el desempleo, es la pérdida de ingresos. Así, la lógica que hay detrás del concepto de seguridad social es eminentemente económica.

En este sentido, hay varias y poderosas razones para que el Estado intervenga en la organización institucional de la seguridad social. En primer lugar, existen las denominadas fallas del mercado que hace que el mercado de los seguros no funcione perfectamente; es decir, de manera abierta, transparente y eficiente. Pero este no suele ser el caso. Los textos de economía normalmente citan la industria aseguradora como ejemplo de fallas de mercado asociadas a defectos de información. Por ejemplo, la selección adversa y el riesgo moral hacen que en ausencia de regulación estatal la industria aseguradora funcione defectuosamente, que discrimine entre grupos de la población, que no ofrezca sus servicios a quienes más los necesitan o que cobre a los usuarios primas excesivamente altas.⁷

La mayoría de países del mundo exige a trabajadores y empleadores a afiliarse al sistema de seguridad social. Las personas que no se aseguran frente a los riesgos salud, vejez y desempleo, tarde o temprano terminan por convertirse en una carga para el Estado, que debe asistirlos con el dinero de todos los contribuyentes (incluidos aquellos que sí tuvieron la previsión de asegurarse). Por esta razón la seguridad social, por mandato legal, suele ser obligatoria, es decir, el Estado debe intervenir.

⁶ GUERRERO, Ramiro. Cuadernos de Protección Social. Cuaderno. No. 3, Bogotá, Junio 2006. p.1.

⁷ Ibid., p.3.

Una razón para la intervención estatal en la seguridad social es que puede haber muchas personas que quisieran asegurarse, pero no tienen la capacidad de pago suficiente para hacerlo. Por lo tanto, los esquemas de financiamiento de los seguros sociales deben prever mecanismos especiales para quienes se encuentran en dicha situación.

De otra parte, la seguridad social tiene su origen en una serie de obligaciones de los patronos incluidas en los contratos de trabajo. Por razones históricas, jurídicas y prácticas, los sistemas de seguridad social se construyeron alrededor del contrato laboral.

Dicho contrato tiene ventajas como otorgar al trabajador ciertas garantías de estabilidad y de calidad de vida, además le genera unos ingresos estables, predecibles y, muy importante, observables.

La desventaja que tiene el contrato de trabajo es que no cubre a toda la población. Hay personas que no participan del mercado laboral y hay otras que aunque quisieran trabajar no lo pueden hacer. También hay quienes trabajan por su cuenta y, por ser independientes, no tienen una relación de dependencia con ningún patrono. Por último, hay personas que realizan sus actividades en el sector informal, sin cumplir con las obligaciones tributarias ni las asociadas a la seguridad social.

Sin embargo, el concepto de seguridad social ha evolucionado y ahora tiende a desligarse del contrato de trabajo. El objetivo de la política pública es lograr que toda la población y no sólo los trabajadores activos, tenga acceso a instrumentos adecuados de aseguramiento, los cuales hacen énfasis más en la prevención que en la indemnización.

Tomando como base las anteriores reflexiones se puede entender al primer componente del Sistema de Protección Social, el aseguramiento, como una versión del concepto tradicional de seguridad social, actualizada en tres sentidos. Primero, busca cubrir no sólo a los trabajadores formales sino a toda la población. Segundo, combina el seguro con una estrategia explícita de prevención. Y tercero, permite la competencia de actores públicos y privados en la provisión de los seguros, bajo la regulación del Estado, por lo tanto el **ASEGURAMIENTO** es un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo.

En este sentido, también es importante considerar el segundo componente de protección social que se identifica con la **ASISTENCIA SOCIAL**, la cual es un conjunto de intervenciones estatales orientadas a reducir la pobreza a través de dos estrategias: una de carácter estructural que busca dotar a toda la población de un nivel suficiente de capital humano y físico, de manera que todas las personas puedan generar un ingreso aceptable y la otra de carácter asistencial que tiene como función otorgar subsidios, en especie o en dinero, a aquellas personas con insuficiente capacidad de generación de ingresos.

Dicho componente se infiere que el Estado para alcanzar éste fin puede eliminar las causas estructurales de la pobreza o remediar sus consecuencias.

En la primera posibilidad se encuentra lo que se puede denominar como **estrategia estructural**, la cual tiene las siguientes precisiones: es una política cuyos resultados sólo se ven en el largo plazo, pues si aún se lograra una educación universal de buena calidad en un horizonte de tiempo corto, los resultados sólo se mostrarán a partir de la siguiente generación y es una política transversal a todo el Estado, es decir, no es misión de un sector de la administración pública, sino que los involucra a todos (incluido educación, vivienda, entre otros).

Y en la segunda posibilidad se destaca una **estrategia asistencial**. Pues bien, dicha estrategia busca para enfrentar la pobreza que el Estado intervenga para extraer recursos de las personas con altos ingresos (vía tributación, por ejemplo), para redistribuirlos entre los más necesitados. Es decir dicha estrategia consiste en otorgar subsidios (en dinero o en especie) a los sectores de la población que no tienen suficiente capacidad de generar ingresos.

En este sentido, se puede decir que los beneficiarios de la política asistencial pueden ser los denominados pobres crónicos, que son personas insuficientemente dotadas de capital humano o físico y otros grupos objeto de política asistencial como: los niños abandonados, los discapacitados, los ancianos indigentes y los desplazados por la violencia.

Cabe resaltar que uno y otro componente de la Protección Social no son excluyentes entre sí, sino por el contrario funcionan con un carácter complementario para lograr el mayor bienestar para toda la población.

Así pues, muchos pensadores a lo largo de la historia han realizado diferentes análisis y/o aproximaciones del concepto de seguridad social y muchos de ellos consideran que a través de éste sistema se participa en la producción de riqueza de una sociedad, siendo la forma hasta ahora más importante y elemental de esta participación, la participación a través del trabajo remunerado. El individuo aporta a través de su trabajo a la producción social de riqueza y, en la medida en que contribuya, participa de ella; por lo menos en el caso ideal.

En este sentido se resalta que la sociedad no puede por si misma mantener la satisfacción de las necesidades sociales, de espaldas a la realidad estatal y sin recibir atención de ésta, porque las necesidades sociales inciden de lleno en el plano de los fines estatales. De esta manera, el Estado, debe atender a la provisión de esos bienes materiales, espirituales y morales; por cuanto ha de servir, establecer los medios e instrumentos a través de los cuales pueden conseguirse esos fines, y ordenar y normalizar esos instrumentos dentro de un sistema coherente.

Entre los diferentes autores que han abordado el concepto de Seguridad Social a través del tiempo, se han considerado como autores representativos a los siguientes:

❖ **Thomas Hobbes**. Su afán de engrandecer al Estado lo lleva a afirmar que no puede supeditarse a la voluntad popular, pero ni siquiera a las leyes que el mismo Estado ha

elaborado. Las ideas de Hobbes son la negación del Estado de derecho moderno, que dice que el primero que tiene que sujetarse a las leyes es el Estado mismo.

En este aspecto Hobbes señala:

*“la misión del soberano consiste en el fin para el cual fue investido con el soberano poder, que no es otro sino el de procurar la seguridad del pueblo. A ello está obligado por la ley de la naturaleza, así como rendir cuenta a Dios, autor de esta ley, y a nadie sino a él”.*⁸

De esta manera, para Hobbes el Estado debe asumir la obligación primordial de proporcionarle a la sociedad, garantías para la satisfacción de las necesidades como la seguridad social; puesto que considera a todos los hombres de igual forma y con ello recalca que tanto pobres como ricos tienen el mismo derecho de acceder a los servicios básicos como son: la salud, la educación, la vivienda y una vida tranquila en la vejez.

Además, no todos los seres humanos tienen los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades, por cuanto el Estado debe ser el ente capaz de proveerlas y una vez establecido este sistema debe ser capaz de regularlo y controlarlo para así mantener un equilibrio en la sociedad con lo cual se obtendrá el bienestar general.

❖ **Juan Carlos Leonardo Sismonde De Sismondi.** Con Sismondi obró lo que podría llamarse el rescate del carácter humanístico de la economía. Si la economía había sido la ciencia de la riqueza, para Sismondi debería ser la ciencia del bienestar social.

Para Sismondi el Estado es el que debe proteger a las clases débiles, debe otorgarles garantía profesional, con lo cual debía oponerse al maquinismo, a la gran empresa y a la explotación del obrero.

En este sentido, Sismondi afirma:

“Miremos donde miremos, en todas partes encontramos la misma lección: *proteger a los pobres*; esta debe ser la más importante dedicación del legislador y del gobierno... Protege a los pobres, para que puedan conservar... la parte de la renta de la comunidad que su trabajo debe garantizarles; protege a los pobres, porque necesitan ayuda, para que tengan cierto descanso, cierto grado de desarrollo intelectual, con objeto de que alcancen un mayor grado de virtud; protege a los pobres porque el mayor peligro para la ley, la paz pública y la estabilidad es que tengan la creencia de que están

⁸ HERRERIAS, Armando. Fundamentos para la historia del Pensamiento Económico, México DF: Limusa Noriega Editores, 2002. p.104.

oprimidos y odian al gobierno; protege a los pobres si deseas que florezca la industria, porque los pobres son los consumidores mas importantes.”⁹

De esta manera, se puede observar la importancia que Sismondi le da a clase trabajadora y la obligación que tienen los empresarios de proporcionarles las condiciones necesarias para un trabajo digno, por lo que sugiere que se establezcan seguros contra paro, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, puestos eventos afectan la capacidad de trabajo y por lo tanto de ganancia, condenando al trabajador a la pobreza sino se le otorga un ingreso substitutivo.

Sismondi veía como el naciente maquinismo destruía los equilibrios de la vieja sociedad, pero no por eso estaba en contra del progreso, al contrario pensaba que a través de este se podía superar éstas dificultades y dirigir el progreso en beneficio de todos. Para conseguir ésta finalidad veía necesaria la intervención del Estado en la vida económica; para poder proteger a los débiles y disminuir las diferencias sociales. Es así como Sismondi, hace una aproximación de lo que sería la previsión social y la seguridad social la cual sólo es garantizada con la intervención del Estado.

❖ **Robert Owen.** Las ideas de Owen fueron preparatorias del derecho del trabajo y del cooperativismo. Owen propietario de una fábrica de textiles emprendió algunas medidas avanzadas para la época que buscaban mejorar las condiciones de vida de los trabajadores y sus familias tales como: reducir las horas de trabajo, se negó a emplear niños menores de diez años, abolió radicalmente las multas y castigos característicos del sistema. También logró que los obreros trabajasen en un ambiente limpio y agradable y construyó para ellos excelentes casas.

Fue seguramente el primero que tomó medidas encaminadas a aumentar el bienestar de los trabajadores, para cuyos hijos creó escuelas. Es decir, para él era importante que el trabajador contara con unas buenas condiciones las cuales garantizarían el buen desempeño del mismo y por lo tanto, mayores ganancias para los empresarios, como se expresa en:

“la experiencia les habrá mostrado a ustedes la gran diferencia que existe entre una fabrica bien equipada, con maquinaria limpia y en buen estado, y otra que utiliza maquinas bien cuidadas y que trabajan en alto grado de fricción. Y si los cuidados que dedican a la maquinaria les dan tan excelente rendimiento, ¿no creen que iguales o mejores los obtendrían si se los dispensaran a los seres humanos que son de una calidad infinitamente superior? ¿No es natural pensar que estos seres superlativamente más delicados y

⁹ SISMONDE DE SISMONDI, Juan Carlos Leonardo. Political Economy and the Philosophy of Government Londres. 1847. p.220-223, citado por OSER Jacob y BLANCHFIELD, William. Historia del Pensamiento Económico, Madrid: Aguilera S.A, 1980. p.179.

*complejos, desplegarán también más fuerza y eficiencia y serán, al postre más económico, si se les conserva en buenas condiciones y se los trata con moderación y simpatía? La amabilidad y las buenas maneras pueden mucho para acabar con la irritación y las fricciones entre las clases, que son siempre consecuencia, por parte del obrero, de una alimentación insuficiente para mantener el cuerpo en plena eficiencia productiva, para detener el agotamiento y prevenir la muerte prematura”.*¹⁰

Pero, el interés de Owen no se limitó a practicar estas medidas en sus propias fabricas; sino que por el contrario, trato de ganar partidarios en el ámbito empresarial y exigió al Parlamento que dictara las leyes necesarias para proteger al trabajador; todos estos novedosos propósitos se debieron a la situación tan crítica en la que se encontraban los obreros ingleses del siglo XIX. En especial las condiciones obreras de los mineros eran infrahumanas. Al trabajador no se le protegía contra los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y en consecuencia esto ocasionaba una disminución de la capacidad de trabajo y por lo tanto de salarios y de ganancia. El resultado era la más terrible pobreza.

Esta triste circunstancia ocasionó el gran movimiento obrero del cartismo que encabezó Owen y que dio algunos puntos preparatorios de la legislación laboral y de la previsión social.

Queda claro entonces que, Owen siempre se preocupó por el bienestar de las demás personas, especialmente por las condiciones de la clase trabajadora que estaba tan oprimida por sus patrones, para Owen el ayudar a los trabajadores implicaba ventajas tanto para ellos como para toda la sociedad. La solidaridad de toda la comunidad facilitaría el desarrollo de los servicios de asistencia social como por ejemplo las pensiones de vejez, compensaciones en caso de inactividad o enfermedad, además facilitar los medios de educación y diversión cuando afirma:

*“Las causas que me formaron en el seno materno, las circunstancias que me han rodeado desde mi nacimiento y sobre las que no he tenido ninguna influencia me dotaron de especiales facultades, hábitos y sentimientos. Estos me han dado una mente que no puede sentirse satisfecha sin tratar de librar a mis congéneres, por todos los medios posibles, se su miserable situación, y le han conferido una hechura tal que los más formidables obstáculos no sirven para aumentar mi entusiasmo y para crear en mí la inamovible determinación de vencerlas o morir en el intento”*¹¹

¹⁰ OWEN, Robert. Catecismo del nuevo mundo moral, Londres. p.54

¹¹ *Ibíd.*, p.108.

Para destacar el legado de Robert Owen, se hace referencia a:

“Los méritos contraídos por Owen ante la clase obrera son grandes. Contribuyó a la unificación de los obreros ingleses en un sindicato único. Fue el primero en crear sociedades cooperativistas. Con su ayuda y gracias a su esfuerzo fue promulgada una ley que limitaba la jornada de trabajo de las mujeres y los niños en las fábricas. De esta manera planteó por primera vez el problema de la legislación”.¹²

❖ **Jeremy Bentham.** Bentham fue el líder de los filósofos radicales, entre los que se encontraban James Mill y su hijo, John Stuart Mill. Fundaron y dirigieron la revista *Westminster Review*, que sirvió para difundir sus ideas reformistas.

En el sistema capitalista afirma, “el salario que se paga al trabajador siempre es inferior que el valor del producto que el trabajador ha producido y que el capitalista se ha apropiado. De ahí la explotación, la opresión y la miseria.”¹³

Para Bentham el trabajo es la única fuente del valor y la clase obrera debiera ser la única en recibir el producto. En la sociedad capitalista las exigencias del capital y de la tierra despojan al trabajo de una parte de lo que le pertenece. Esto no significa tan solo una distribución antinatural e injusta que nunca logrará la máxima felicidad de la sociedad, sino que, además, crea la contradicción más sorprendente del capitalismo: la abundancia y la pobreza, que conllevan al origen de los males sociales.

En la Introducción a los principios de la moral y la legislación Bentham propuso el utilitarismo como la base para emprender las reformas sociales. Mantenía que era posible comprobar de modo científico lo que era justificable en el plano moral aplicando el principio de utilidad. Así, las acciones eran buenas si tendían a procurar la mayor felicidad para el mayor número de personas. La felicidad era equivalente al placer. Mediante una especie de cálculo matemático-moral de los placeres y las penas, se podría llegar a decir qué era una acción buena o mala. Si todos los placeres y las penas estuvieran en el mismo orden, entonces sería posible una evaluación utilitarista de las actividades morales, políticas y legales. Bentham afirmó también que si los valores se basaban en los placeres y las penas, entonces las teorías de los derechos naturales y de la ley natural no eran válidas.

Para Bentham, “una estructura social existente, con todas sus concepciones de la ley, de los derechos y de los deberes, no tenía nada de sacrosanta. Había que juzgarla a la luz del ideal

¹² KARATEV; RYNDINA; STEPANOV y otros. Historia de las doctrinas económicas Vol. I, México D.F: Grijalbo, 1964. p.265.

¹³ ROLL, Eric. Historia de las doctrinas económicas, Tercera Edición, México: Fondo de Cultura Económica, 2002. p.225.

utilitarista.”¹⁴ Por tanto, para los socialistas la inexistencia del orden ideal en el que no hay explotación porque cada quien obtiene todo lo que le pertenece de su trabajo, se debe fundamentalmente a la organización y las leyes sociales vigentes. En particular dirigieron sus ataques a la distribución existente de la propiedad y al conjunto del sistema de propiedad privada.

La concepción de Bentham estaba impregnada de una tradición individualista y, sin embargo el alcance de los objetivos sociales como incrementar la producción de bienes y servicios y su distribución más justa y equitativa exigía, cada vez en mayor medida una actuación colectiva.

Bentham vivió y escribió en una época en que el hombre medio, el humilde trabajador no tenía voz ni voto en la gestión de los asuntos sociales y políticos. Se esperaba de él que fuera diligente, dócil y muy trabajador. Sus fatigas y sacrificios engrandecían el poder de la nación, la gloria de sus gobernantes, la prosperidad de la clase adinerada, industrial y comercial, la indiferente tranquilidad de la aristocracia. Y, sin embargo, para Bentham un hombre es un hombre sin considerar su posición social, por consiguiente, si algo añade a la satisfacción de un hombre medio más de lo que disminuye a la de un aristócrata, será recomendable; si la intervención del gobierno incrementa la felicidad de una colectividad en mayor medida que la reduce, la intervención está justificada.

Para Bentham era importante que los legisladores trataran de aumentar la felicidad total de la colectividad. En lugar de que el pueblo sirva al Estado, éste debería servir al pueblo. Concluyo que la mayor parte de los controles y regulaciones estatales existentes eran perjudiciales; “su lema para el gobierno era estado quieto.”¹⁵ Pero no rindió culto al *laissez-faire* como principio a aceptar ciegamente. Si existen razones especiales, el gobierno debe intervenir, allí donde los intereses de los hombres no se armonizan naturalmente, el Estado debe establecer una armonía artificial de intereses que faciliten la máxima felicidad al mayor número de personas.

Bentham consideraba que debería existir igualdad entre los ricos y los pobres para poder obtener una armonía social y por lo tanto obtener el máximo beneficio social; esto solo se lograría si había una distribución equitativa de los ingresos. De esta manera Bentham, considera que el papel que juega el Estado es fundamental a la hora de brindarles las condiciones necesarias a quienes carecen de recursos suficientes para satisfacer sus principales necesidades a través de un sistema de seguridad social, el cual les permitiría acceder a los servicios básicos de salud y educación, además de garantizarles una estabilidad en el futuro o ante cualquier riesgo que se les presentara.

¹⁴ Ibid., p.226.

¹⁵ STARK, W. Jeremy Bentham's Economic Writings, Vol. I, Nueva York, 1952. p.117, citado por ROLL, Erick. Historia de las doctrinas económicas, Op. Cit., p.132.

Bentham no estaba de acuerdo en cómo el Estado cumplía sus funciones de garantizar el bienestar de la población ya que para él, el Estado solo se preocupaba por mantener la propiedad privada y beneficiar a las dueños de los medios de producción sin tener en cuenta que éstos se enriquecían cada vez más gracias a la explotación de la clase trabajadora y no impulsaba los mecanismos necesarios para que los trabajadores obtengan un mínimo de seguridad social, por lo tanto, si las cosas continuaban así la felicidad que tanto buscaba Bentham nunca se iba a conseguir porque las diferencias entre los ricos y los pobres continuarían sin fin. “Las ideas de Bentham tuvieron mucha influencia en la reforma de la estructura administrativa del Gobierno británico a finales del siglo XIX, en el Derecho penal y en el procedimiento jurídico tanto en el Derecho penal como en el civil.”¹⁶

❖ **John Stuart Mill.** En su filosofía social declara que la economía política tiene como misión contribuir al bienestar humano y ayudar a la puesta en marcha de una política inteligente. De esta manera, resalta que el hombre, para vivir, necesita de la libertad tanto como la seguridad económica, y que éste puede mejorar su suerte contribuyendo a perfeccionar las instituciones que los gobiernan.

Por la influencia de las críticas románticas y socialistas al utilitarismo, se interesó por el punto de vista histórico, conoció la complejidad de los fenómenos sociales y dudó de la perpetua bondad del libre juego de las fuerzas del egoísmo. Aunque no abandonó nunca la teoría utilitarista de la armonía, ni la creencia general en la superioridad del capitalismo competitivo sobre otros sistemas económicos, se mostró dispuesto, desde entonces, a tomar en cuenta y defender la reforma de las instituciones existentes, aun cuando tales reformas implicasen la intervención del gobierno en los intereses privados.

Mill criticaba el principio de *laissez-faire*, él pensaba que, “la doctrina de la no intervención o teoría de que lo mejor que pueden hacer los gobiernos es no hacer nada, se debía al egoísmo y a la incompetencia de los gobiernos europeos modernos. Sin embargo, como teoría general creía que una mitad de ella era verdadera y la otra mitad falsa.”¹⁷

Para Mill el gobierno debía principalmente ocuparse de la defensa, pero una vez terminada ésta tarea el Estado podía ocuparse de otros aspectos relacionados con el bienestar de la población. Mill hizo una defensa de los sindicatos a través del principio mismo del *laissez faire*., cuando afirma: “impedir la formación de sindicatos de oficios era violar un derecho evidentemente incluido en la regla general de la libertad económica.”¹⁸

¹⁶ Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2005.

¹⁷ MILL, J. S. Coleridge Dissertations and Disquisitions, citado por ROLL, Erick. Historia de las doctrinas económicas. Tercera Edición, México: Fondo Cultura Económica, 2002. p.438.

¹⁸ MILL, J. S, Op.cit., p.15.

Aquí se evidencia la contradicción de Mill en cuanto a su defensa del *laissez faire*, cuando afirma que mediante éste principio, es decir, mediante la intervención del Estado se puede conformar las asociaciones de los trabajadores con el fin de mejorar las condiciones del trabajo, como por ejemplo la reducción de las horas laborales, teniendo en cuenta que no afecte sus ganancias, pero así mismo para Mill es muy difícil que se organicen el suficiente número de trabajadores que estén dispuestos a exigir ésta mejora de las condiciones, por lo tanto es necesario que el Estado intervenga para obligar ésta reducción.

Aunque Mill, nunca dejó de ser seguidor del liberalismo, se interesó más por la clase trabajadora, y creía que se podía llegar a instaurar un sistema en el que los capitalistas mejoraran las condiciones laborales de los trabajadores y por lo tanto mejorar su bienestar. Mill era un radical y un reformador social, estaba de acuerdo con todas las reformas que se hicieran a favor de los más necesitados y pedía concesiones por parte de los capitalistas para los trabajadores y de esta manera evitar que se presentaran los males que afectarían las bases del capitalismo.

Para Mill, “Las leyes y condiciones de la producción de la riqueza tienen un carácter de verdades físicas. No hay en ellas nada discrecional ni arbitrario... no sucede lo mismo con la distribución de la riqueza, por lo tanto, depende las leyes y costumbres de la sociedad.”¹⁹, de esta forma Mill apela para realizar reformas que permitan una mejor distribución de los ingresos, es decir, más equitativa, que beneficie especialmente a la clase trabajadora y es el Estado quien debe cumplir con ésta función.

Mill planteaba, “la desaparición del “estado progresivo” y el nacimiento del “estado estacionario” en el que la inteligencia, esfuerzo y destreza del hombre ya no se encaminaran hacia la multiplicación de la riqueza, sino a repartir mejor la misma en bien de que se extienda la cultura moral y social.”²⁰

El aumento de la riqueza, pensaba Mill, llegaría a su límite en algún momento, y la sociedad entrará en un estado estacionario. Los progresos técnicos, la ley de los rendimientos decrecientes, la acumulación de capital y la acción de la competencia se combinan para producir la disminución de las ganancias, el alza de las rentas y, si se impide que la población crezca de forma excedida una mejoría de la actuación de la clase obrera. Pero aunque los progresos de la técnica y la exportación de capital pueden permitir continuidad del progreso aun en países muy desarrollados, en última instancia no podrá retrasarse la aparición del estado estacionario. Mill mira con satisfacción ese estado optimista de equilibrio en el que la riqueza estará repartida con más igualdad como consecuencia tanto de la sensatez y medida individuales, como de la legislación.

¹⁹ MILL, J. S. Principios de Economía Política. p.199-200.

²⁰ OSER, Jacob y BLANCHFIELD, William. Historia del pensamiento económico, Madrid: Aguilera S.A. de ediciones, 1980. p.149.

Para Mill, la seguridad social es un instrumento de la democracia social y económica y con este sistema busca atenuar las disparidades entre las clases sociales ya que para él la historia ha sido una lucha por incrementar la riqueza siendo beneficiados tan solo unos pocos.

❖ **John M. Keynes.** En el mundo industrializado, especialmente en Europa occidental, tras la Segunda Guerra Mundial, la orientación "nacionalista" cerrada encontró una legitimación especialmente relevante en el "pacto social" que supuso la puesta en marcha del "Estado del Bienestar". Las políticas keynesianas de intervención pública en economía encontraron en las demandas sociales de estabilización económica y protección social su contrapartida social y políticamente más presentable. Estas demandas sociales se han convertido en uno de los elementos más atractivos de las intervenciones públicas en economía.

Parece evidente que cualquier intervención gubernamental que se proponga la implementación de un modelo de actuación global en pro de reducir la desigualdad de los ingresos debe contemplar la política fiscal como uno de los principales mecanismos que permite ayudar a los grupos más desfavorecidos, tanto en lo que respecta a la satisfacción de las necesidades humanas básicas, como en lo que concierne a la protección social y disminución de la vulnerabilidad de los mismos ante ciertas adversidades.

El denominado Estado de bienestar desarrollado en la mayoría de las sociedades industrializadas a partir del decenio de los cuarenta, el cual es un proyecto y modelo de sociedad constituye el principal punto programático de gran número de ideologías y partidos políticos actuales. El concepto, parte de la premisa de que el gobierno de un Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el 'bienestar' de los ciudadanos en determinados marcos como el de la sanidad, la educación y, en general, todo lo relacionado con la seguridad social.

Estos programas gubernamentales, financiados con los presupuestos estatales, deben tener un carácter gratuito, en tanto que son posibles gracias a fondos procedentes del fisco, sufragado a partir de las imposiciones fiscales con que el Estado grava a los propios ciudadanos. En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues, en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.

La fuerte expansión del Estado de bienestar coincidió con el periodo dorado de auge económico de los países desarrollados entre 1945 y 1975. Este crecimiento del Estado de bienestar tuvo su justificación en la disminución de las desigualdades sociales que se produjo de manera generalizada en estos países.²¹

²¹ NAVARRO, V. Protección social, flexibilidad laboral y desempleo. No 129, Bogotá, 1995. p.50-51.

Los motivos que se consideran contra el Estado de bienestar son múltiples: insostenibilidad financiera, falta de legitimidad, ineficiencia o incluso falta de eficacia en el logro de los objetivos clásicos del Estado de bienestar: igualdad, redistribución y reducción de la pobreza, son algunos de los argumentos más comunes.²² Pero quizá sea la consideración de la inutilidad de las políticas keynesianas para hacer frente a los problemas económicos uno de los principales aspectos que han contribuido a poner en entredicho el papel del Estado de bienestar, dado que la política keynesiana había servido de sustento al mismo hasta la década de los setenta. No olvidemos, de hecho, que, como acentúa Tobin, “la economía keynesiana proporciona, como mínimo, una justificación para las medidas del estado de bienestar y otros esfuerzos del gobierno respecto a la redistribución de la riqueza”.²³

A lo largo del siglo XIX, y hasta bien entrado el siglo XX, estuvo presente en la sociedad el argumento de que la redistribución de la renta de los ricos a quienes se suponía capaces de ahorrar una parte, entre los pobres de quienes se suponía que gastaban todo su ingreso tiene un efecto desfavorable sobre la producción como consecuencia de su influencia negativa sobre el ahorro, de acuerdo con el pensamiento de los clásicos. Pero, la incursión de Keynes en la más alta escena científica dio un giro inesperado a este argumento.

Así lo reconoce, el mismo Schumpeter, cuando afirma que:

*“no debe olvidarse que Keynes prestó un servicio decisivo a los igualitaristas en un punto de fundamental importancia. Desde hacía mucho tiempo los economistas de esa tendencia habían aprendido a prescindir de todos los demás aspectos o funciones de la desigualdad de los ingresos, salvo en un caso: al igual que J. S. Mill, habían mantenido ciertos escrúpulos en cuanto a los efectos de la política igualitaria sobre el ahorro. Keynes los liberó de esos escrúpulos”.*²⁴

Keynes estaba convencido que en las condiciones de la época, el ahorro de las instituciones era suficiente y, en contra de la creencia clásica, la “mesura” de las clases más opulentas, lejos de favorecer el crecimiento económico, lo retiene. Así, pues, cualquier medida de política económica que favorezca la igualdad distributiva y que suponga, por tanto, un incremento del consumo, se traducirá en un estímulo para el crecimiento económico.

De este modo, Keynes se opone a la postura de los economistas clásicos y arremete contra uno de los grandes obstáculos que bloqueaba el camino hacia una distribución de la renta más igualitaria, proporcionando un argumento de peso a favor de la relación de

²² OCHANDO CLARAMUNT, C. El Estado de bienestar español y su influencia en el grado de igualdad y redistribución de la renta, Madrid: Hacienda Pública Española, 1997. p.55.

²³ TOBIN, J. Las políticas de Keynes en la teoría y en la práctica. Boletín Económico de Información Comercial Española, No. 2010, 1985. p.86.

²⁴ SCHUMPETER, J. A. Historia del análisis económico. Barcelona: Ariel, 1995. p.1267.

compatibilidad entre distribución de la renta y crecimiento económico, en la cual la distribución influye positivamente sobre el crecimiento.

El mercado, cuando opera al margen de la regulación estatal, intensifica en exceso los conflictos sociales; la creciente inseguridad laboral (despidos masivos, trabajos temporales en malas condiciones, etc.) tiene como contrapartida el descrédito del sistema político representativo. El progresivo e incontrolable deterioro del Estado de bienestar disminuye las redes establecidas por parte del poder público para socorrer a la población en supuestos de necesidad vital grave como el desempleo temporal, enfermedad, maternidad, vejez, etc., lo cual aumenta el número de “excluidos sociales” y, con ello al mismo tiempo los desórdenes públicos.

Es más, hoy día, parece incuestionable como los principales inconvenientes que Keynes percibía en la sociedad de su tiempo “la incapacidad para alcanzar la situación de pleno empleo y la arbitraria y desigual distribución de la renta y la riqueza”,²⁵ siguen estando tanto o más latente que cuando él escribía, por lo que no parece lo más adecuado dejar en el olvido aportaciones teóricas que, con más o menos acierto, ofrecen posibles vías para atenuarlos.

Queda claro entonces, que la construcción teórica correspondiente al llamado Estado de bienestar, creado por Gran Bretaña en el año 1942 y cuyo andamiaje descansa sobre el pensamiento keynesiano, parte de una premisa básica y fundamental: todo ciudadano, por el hecho de serlo, tiene el derecho a disfrutar de unas condiciones vitales mínimamente dignas desde lo material, para lo que resulta preciso garantizar la prestación de servicios públicos universales y gratuitos a favor de toda la población sin discriminación alguna junto con la seguridad social que desde su mismo inicio, perseguía satisfacer todas las necesidades humanas, sustentándose en la doctrina keynesiana.

El pensamiento económico keynesiano apuesta por la intervención pública y colectiva en pos del interés general, frente a quienes, desde un punto de vista individualista, apuestan en exclusiva por la primacía del mercado. La política sólo se hace evidente cuando constituye un conjunto de procedimientos que, desde la igualdad y libertad, decide lo justo, equitativo y tendente al bien común; el mercado pretende obtener unos resultados concretos, materiales y cuantitativos, no conviene por lo tanto que el mercado rijan también las decisiones políticas, desnaturalizándolas.

La firme defensa de la intervención pública, eje del pensamiento económico keynesiano tiene como fin último la más justa redistribución de la renta en orden a la equidad y el más próspero desarrollo económico a través de la justicia social.

²⁵ KEYNES, J. M. Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero, 1936. p.372.

❖ **Franco Modigliani.** Premio Nóbel de Economía en 1985 por sus contribuciones a la microeconomía, en especial por su “Teoría del Ciclo Vital” y las formas de funcionamiento de los mercados financieros.

La llamada "hipótesis o teoría del ciclo vital", que ideó Modigliani trata de explicar el comportamiento de los ahorros personales, partiendo de que el propósito de ahorrar a lo largo del tiempo de vida de una persona es mantener un estándar de vida razonablemente fijo.

Esta teoría considera que las personas, pese a que sus ingresos fluctúen, planifican el consumo y el ahorro para un periodo largo con el fin de distribuir el consumo de la mejor manera posible a lo largo de toda la vida, es decir, que intentan mantener un determinado nivel de ahorro durante su vida profesional; por tanto, limitan el gasto durante su periodo vital activo para luego utilizar dicho ahorro cuando se jubilan.

De este modo, a lo largo de la vida de una persona, sus ingresos, su consumo y ahorro siguen un ciclo. En los primeros años de vida activa, los sujetos suelen incurrir en deudas (desahorro) con el fin de disfrutar de niveles de consumo superiores a sus ingresos corrientes, bajos al principio, y con el fin de adquirir los bienes duraderos necesarios en esos inicios: compra de la vivienda y los bienes duraderos necesarios para formar una familia.

Posteriormente, los ingresos corrientes se irán elevando (se da una mayor experiencia, la existencia de promoción interna, o al menos, el simple plus de antigüedad) con lo que se puede hacer frente a ese desahorro inicial y seguir ahorrando. El mayor porcentaje de acumulación de ahorro coincide con las edades previas a la jubilación, momento además en el que los hijos han abandonado ya el hogar familiar para constituir su propia familia.

En el momento de la jubilación, las rentas caen notablemente (las pensiones, cuando las hay, son más bajas que los salarios alcanzados durante la vida activa). El consumo en general se reduce (disminuyen las necesidades vitales y las posibilidades de ocio) salvo que se surjan gastos extraordinarios, relacionados con la salud o la atención médica del sujeto. No obstante, el sujeto vive de la riqueza acumulada hasta entonces, ya que la nueva renta no cubre el consumo en el que se incurre, de modo que en el momento de muerte del sujeto, éste ha consumido la mayor parte de su riqueza, siendo el remanente una consecuencia de la incertidumbre acerca del momento exacto de muerte del agente.

En este sentido, el propio Modigliani (1986) señala: “(...) la incertidumbre sobre la duración de la vida podría aportar el elemento primordial para una explicación plena de la lenta desacumulación de los jubilados.”²⁶

La conclusión que sacó el autor es que la renta tiene una forma de campana en el transcurso de la vida, de modo que es baja al inicio, alta en la edad madura y de nuevo baja tras la

²⁶ Modigliani, F. El ciclo vital, el ahorro individual y la riqueza de las naciones, Papeles de Economía Española, No 28, 1986. p.309.

jubilación. Esto lleva a pensar que los jóvenes serán los que más recurran al crédito, los adultos serán los que más ahorren y los ancianos los que gastarán sus ahorros.

En este sentido, en el modelo del ciclo vital se resalta la importancia de las medidas políticas de seguridad (seguridad social, asistencia médica garantizada, etc.) y los diversos instrumentos de seguro, que ofrecen los Sistemas Públicos, como una forma de protección en circunstancias tales como el desempleo, la enfermedad, la vejez, etc.

Estas investigaciones ayudaron a interpretar la relación entre el consumo y el ahorro de los trabajadores activos en relación a los jubilados, y fueron utilizadas para fundamentar el desarrollo de muchos sistemas de seguridad social teniendo aplicaciones importantes en los planes nacionales de pensiones.

❖ **Milton Friedman.** Es considerado como el representante más destacado de la corriente neoliberal norteamericana. Premio Nobel de economía en 1976.

Vinculado a las teorías monetarias modernas, Friedman al igual que los liberales de antaño, considera la propiedad privada, la libertad económica y la libre competencia como requisitos indispensables para un país que quiera desarrollar su economía; se opone a la organización centralmente planificada de la sociedad, argumentando que a lo largo de la historia las empresas y medios de producción en general, administrados por el Estado (como en los países socialistas), han resultado improductivos e incapaces de abastecer a sus ciudadanos de los “beneficios sociales” que pretenden proporcionar y que, sin embargo, dichos beneficios son mejores y superados en los países que poseen una economía de libre mercado.

Friedman reconoce que la situación del trabajador medio, ha mejorado enormemente, no solo económicamente sino debido a condiciones más higiénicas, la disminución de la jornada laboral y a las prestaciones sociales que buscan proteger al trabajador. Sin embargo, desmiente que dicho progreso se deba a los sindicatos, los cuales no existieron en Estados Unidos en los dos últimos siglos, época donde el trabajador americano no dejó de progresar y recibir uno de los más altos salarios per cápita en el mundo.

Al respecto señala que si bien los sindicatos tienen la habilidad para mejorar las condiciones laborales de algunos trabajadores ello no significa que la sindicación universal pueda elevar los salarios ó mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores. Por el contrario, Friedman afirma que: “los beneficios que los sindicatos poderosos obtienen para sus miembros, se consiguen principalmente a expensas de otros trabajadores”²⁷, es decir, si bien los sindicatos consiguen salarios mayores para sus afiliados restringiendo la entrada en una profesión o en un oficio, esos salarios más altos se obtienen a expensas de otros trabajadores, quienes ven sus oportunidades reducidas.

²⁷ FRIEDMAN, Milton y FRIEDMAN, Rose. Libertad de Elegir: “Hacia un nuevo liberalismo económico”, Barcelona: Editorial Grijalbo, 1981. p.324.

Para Friedman, el Estado ha aprobado un conjunto de leyes destinadas a proteger a los trabajadores en general, tales como: normas tendentes a proporcionar una compensación a los trabajadores, la prohibición del trabajo infantil, el establecimiento de salarios mínimos y otras como la seguridad social. Sin embargo, para él, el Estado protege muy bien o especialmente a aquellos trabajadores a quienes emplea, por cuanto ellos tienen un trabajo seguro y altos salarios, además cuando se retiran reciben pensiones de la administración acordadas al coste de la vida e independientes de la seguridad social, convirtiéndose aquellos en individuos que llenan sus bolsillos por partida doble.

Para Friedman la existencia de muchos empresarios proporciona la protección más fiable y efectiva a la mayoría de los trabajadores. Una persona que tiene un solo patrono para conseguir trabajo dispone de una protección escasa o nula.

Los empresarios que protegen a un trabajador son aquellos a quienes les gustaría dar trabajo a éste. En este sentido, la demanda que aquellos hacen de los servicios de éste hace que el pago del valor total de los servicios del trabajador (incluida la seguridad social) redunde siempre en beneficio del propio empresario. Si el primer empresario no está dispuesto a pagar este valor total, otro puede estar dispuesto a hacerlo, entonces, la protección real del trabajador proviene de la competencia por conseguir sus servicios.

Por supuesto, esta competencia a veces es fuerte o débil y es imperfecta, de modo que la competencia no proporciona una protección completa, sin embargo, aquella constituye la mejor o, lo que es lo mismo, la protección menos mala para la inmensa mayoría de los trabajadores que se haya encontrado.

Es así que Friedman considera éste es el secreto de la enorme mejora de las condiciones de la clase trabajadora a lo largo de los últimos siglos.

Friedman también considera en el ámbito de la seguridad social que el problema de ésta radica básicamente en el tipo de relación proveniente de los fondos, frente al uso de ellos. En la mayoría de los programas de acción social alguien usa fondos que no le corresponden, en beneficio de terceros. Por ejemplo, en el mejor de los casos los jubilados usan los fondos de los jóvenes. Eso se convierte en un dilema de estabilidad social: los jóvenes se quejan de la creciente carga de los impuestos y el poco nivel de resultados que ven en ellos y en el otro lado del puente se sabe que no se puede abandonar a los ancianos.

Este es el ejemplo clásico de lo que sucede con los impuestos y su aplicación, es por ello que Friedman propone la implantación de un impuesto negativo, que permitiría compensar las dos grandes falencias de la economía: la seguridad al insertarla al mercado y lo indistributivo de los impuestos.

Por lo general, todos los impuestos directos toman una base impositiva de renta, bajo la cual los ciudadanos no pagan el impuesto. La propuesta básicamente intenta subsidiar a los que estén bajo el nivel en que se fije la base, con lo que se garantiza una mejor distribución. Así,

las cargas para los que se encuentren sobre la base disminuirán puesto que dejarán de subsidiar la administración burocrática.

Este impuesto permitiría reemplazar paulatinamente los ineficientes sistemas de impuestos de la actualidad sin afectar a los que dependen de ellos. Sin embargo, ésta propuesta de Friedman carece de viabilidad política que permita su implantación al existir Estados obesos en los que se alimenta la burocracia.

❖ **Paul Anthony Samuelson.** Samuelson expone clara y cuidadosamente, en términos matemáticos y cuantitativos, su filosofía económica intermedia, basada principalmente en las teorías de John Maynard Keynes.

Dada la emergencia en el siglo XX, debido al proceso de mundialización se hizo necesario un nuevo contrato social, ya que dicho proceso prometía ganancias y eficiencia a las sociedades poniendo en riesgo en parte el sistema de protección social; lo que ha dado lugar a unos compromisos de los Estados en materias de protección social, de políticas de estabilización (incluyendo la preocupación por el empleo). De esta manera, son los estados los garantes del cumplimiento de ese nuevo contrato social en contraposición a una economía mundializada.

Samuelson es uno de los grandes economistas en realizar estudios concluyentes sobre el efecto del sindicalismo, en el manual más típico de economía, donde asevera que jamás se podría afirmar que a mayor sindicalismo hay mejores remuneraciones y mejor bienestar para los trabajadores.

Dice el profesor Samuelson:

“Cuando los promotores sindicales comenzaron por primera vez a tratar de sindicarse a los trabajadores, sostenían que los sindicatos eran necesarios como contrapeso del poder de los grandes empresarios. Supongamos que usted vive en una ciudad que gira en torno a una empresa. Ésta tiene contratada a la mayoría de personas que tienen empleo. Usted debe aceptar lo que le ofrece o quedarse sin trabajo; la alternativa es irse a otra región. En este caso, el empresario es un monopsonista, es decir, es el único comprador de una mercancía, el trabajo (lo mismo que “monopolio” significa que existe un solo vendedor).”

El profesor Samuelson continúa diciendo:

“El empresario monopsonista no se comportaría como un comprador de trabajo perfectamente competitivo, sino que se daría cuenta de que puede influir en los salarios y en el número de trabajadores a contratar. Por tanto, el monopsonista reduce los

*salarios y limita el empleo.”Aparece el sindicato. Una vez sindicados los trabajadores, acuerda con el empresario un salario superior al nivel salarial monopsonístico reducido. Un sindicato que ejerce un poder de contrapeso puede elevar los salarios y el empleo.”*²⁸

De esta manera, se puede observar que para Samuelson se debe contar con las condiciones propicias para el buen desempeño laboral y que un medio para lograrlo puede ser la asociación de los trabajadores, lo que más comúnmente se conoce como sindicatos.

Samuelson está de acuerdo con la CEPAL (2006) en considerar que los programas de protección social, además de ser los que más llegan a la población pobre son independientemente de posibles defectos de diseño o instrumentación los que presentan una mayor progresividad redistributiva.

Esto último parece lógico, aunque en algún momento se pretendió divorciar la lucha por la reducción de la pobreza y la destinada a la disminución de la desigualdad. La primera no es lo mismo que la segunda, pero aquella coadyuva inevitablemente a realizar aportes progresivos en materia distributiva, aunque sólo sea uno de los factores que influye en el resultado final en la disminución de la desigualdad. En este campo siempre es bueno considerar que, como dice Paul Samuelson, “la desigualdad cambia con una lentitud glacial y sólo con buenas intenciones no se consigue absolutamente nada”²⁹

Contrario a lo que algunos radicales de izquierda consideran, Samuelson es un crítico del capitalismo liberal, respecto del cual muestra de manera sistemática una significativa desconfianza. Entendiendo por capitalismo liberal aquel que reduce a sus funciones mínimas la actividad del gobierno en la economía y, en general, en la vida de sus ciudadanos. Es decir, un gobierno que proteja la seguridad interna y externa de sus ciudadanos, que establezca un sistema jurídico en el cual se cumplan los contratos libremente pactados y que esté dispuesto a llevar a cabo aquellas actividades que el sector privado no encuentre atractivas.

A dicha forma de capitalismo Samuelson la considera indeseable, ya que la actividad gubernamental reguladora ha mostrado, en las últimas décadas, que puede ser fuente de perturbaciones y de distorsiones para el funcionamiento eficiente de los mercados. Es decir, ha quedado patente que no es necesariamente cierto que para cada imperfección de mercado exista una intervención óptima de las autoridades gubernamentales. Por el contrario, las fallas del gobierno se han vuelto un campo de análisis y de reflexión en sí mismo.

Samuelson mantiene en alto la necesidad de la regulación gubernamental de la actividad capitalista, en un número considerable de actividades. Puesto que mediante la imposición

²⁸ SAMUELSON, Paul. Economía, México: Mc Graw-Hill, 1981. p.92.

²⁹ Ibid., p.92.

progresiva y los programas de bienestar, se atenuarían las desigualdades más lacerantes en lo que a distribución de la renta se refiere. Samuelson no es un igualitarista que propone repartir por partes iguales la renta generada por personas desiguales en su dotación de factores y de capital humano; tampoco pierde de vista que los procesos redistributivos radicales tienen efectos significativos en el incentivo para contribuir al proceso de generación de renta; ni olvida que los programas de bienestar pueden estar mal diseñados. Su propuesta es la de atenuar las formas más drásticas de la pobreza, en la que los muchos infortunados tuvieran que sufrir por cuenta propia todo el peso de su infortunio, o quedar sujetos a la caridad privada, mientras los pocos afortunados se unieran en defensa de sus intereses.

Samuelson no aparece como un abanderado absoluto de los mercados ni tampoco como un intervencionista extremo que les hace el juego a los enemigos de la libertad económica. Ahora podemos entender el sentido del aforismo de Samuelson cuando afirma: “dos hurras para el mercado, pero no tres”.³⁰

De esta manera, se puede establecer que para Samuelson el individuo necesita del apoyo del Estado para solventar necesidades como la seguridad social que el mercado por sí solo no puede proporcionarle. Pero no establece en este sentido que sea necesariamente el Estado o el mercado el más eficiente para proveer dichas necesidades. Por lo cual, se hace necesario una intervención moderada pero que en el mercado de paso a una satisfacción eficiente de las necesidades.

❖ **Joseph E. Stiglitz.** Joseph Stiglitz, premio Nóbel de Economía en 2001 y vicepresidente senior del Banco Mundial, vivió y presencié desde el inicio los efectos nocivos que trae consigo la aplicación, en el marco de la globalización, de políticas económicas manipuladas por intereses financieros e ideológicos. El sostiene que la globalización, en sí, no es buena ni mala: si beneficia o golpea a los países y a sus habitantes, depende exclusivamente de sus administradores y reguladores. Por lo cual hace una dura crítica a las instituciones económicas mundiales. “Tenemos que ser concientes de que vivimos en un mismo mundo, y las políticas implementadas deben atender a todos por igual. Deben ser justas y equitativas y basarse en la justicia social”³¹.

Afortunadamente, con el paso del tiempo, se comenzó a reconocer que existe un "contrato social" que vincula a los ciudadanos entre sí y con su Estado. Una parte de este contrato, contempla la equidad: que los pobres compartan las ganancias de la sociedad cuando crece, y que los ricos compartan las penurias sociales en momentos de crisis. Las políticas del Consenso de Washington, no obstante, no prestaron atención a la equidad ya que creían que, finalmente, los beneficios del crecimiento de un país se filtrarían y llegarían a los pobres.

³⁰ *Ibíd.*, p.113.

³¹ STIGLITZ, Joseph. El malestar de la globalización. P.18.

Como prueba, los países latinoamericanos que aplicaron esta política económica quedaron destruidos: con más pobres de los que tenían, a pesar de las mejoras en la economía. Sin embargo, el FMI se enaltecía de los avances en Latinoamérica en términos de reformas de mercado durante la década del '90.

Además, para la política de filtración los problemas de la educación y la salud no tienen relativa importancia, lo que es perjudicial para un Estado. En cuanto a los empleos, y a pesar de que los trabajadores han luchado por mejorarlos, la política del FMI denominada "flexibilidad del mercado laboral" sólo auspicia salarios más bajos y menor protección laboral. Una vez más, las estrategias del Fondo devastan a la clase media, sin hablar de las clases más bajas, y enriquece a unos pocos.

Pues bien, en este sentido Stiglitz se centra en cinco conceptos específicos: honestidad, equidad, justicia social, (que incluye la preocupación por los pobres), elementos externos y responsabilidad.

En el presente trabajo se hará referencia a la justicia social, la cual incluye el ayudar a los necesitados, y hacerlo en forma tal que incremente su sentido de la dignidad así como su capacidad de asumir su propia responsabilidad individual.

Para Stiglitz la preocupación por la justicia social debería hacer que un asesor económico preste especial atención a las posibles consecuencias de las políticas para los pobres. La información incide en la acción, y si bien el economista tiene la responsabilidad moral de no imponer sus valores, también la tiene en el sentido de cerciorarse de que haya suficiente información disponible para permitir la adopción de decisiones de política morales, como por ejemplo las que reflejen los principios de la justicia social, ya que alguien que no comparta los valores, que no se preocupe por los pobres, podría invocar el argumento de que el suministrar dicha información no solamente es irrelevante, sino que además distorsiona el proceso político de la toma de decisiones.

Hay entonces la responsabilidad moral de adoptar enfoques creativos, en la medida de lo posible, acerca del tipo de políticas que podrían brindar más oportunidades a los pobres, permitiéndoles asumir la responsabilidad por su propio bienestar.

Los países más exitosos en el mejoramiento de la condición de los pobres han tenido una estrategia explícitamente orientada al crecimiento de este sector, que va más allá de la simple afirmación de la importancia de los sectores educación y salud. A menos que se les den activos a los pobres como mediante reformas agrarias es probable que sigan atrapados en la pobreza.

Stiglitz plantea aquí algunos temas fundamentales:

“afirmé anteriormente que las políticas económicas a menudo se adoptan sin la debida atención al efecto que tendrán en los pobres, en el sentimiento de seguridad. Sugiero que esto constituye una violación de preceptos éticos básicos. Sin embargo las políticas

económicas se preocupan aún menos por su impacto en la comunidad, en las redes de seguridad social y en las relaciones tradicionales. “Mercados laborales flexibles”, significa que los patronos pueden sentirse en libertad de despedir trabajadores tan pronto dejan de ser necesarios: no existe la obligación moral de brindarles apoyo para que logren superar épocas de dificultades. Cualquier política que socave el sentimiento de comunidad, las normas sociales, la cultura y el orgullo de un país puede ser vista, desde esta perspectiva, como una violación de principios éticos”³².

De esta manera Stiglitz, afirma que la globalización de la economía no tiene por qué conllevar una reducción de los salarios ni de la protección social de los trabajadores existente en los países más desarrollados cuando lo que requiere, a su juicio, es su reforzamiento.

Stiglitz señaló que el sistema de protección social existente en algunos países desarrollados debe reforzarse para, entre otros objetivos, ayudar a los más jóvenes a incorporarse al mundo laboral, proteger a los colectivos más vulnerables del mercado de trabajo, como son los inmigrantes y las personas con baja cualificación profesional, y crear una sociedad más dinámica en torno al mundo del conocimiento y de las nuevas tecnologías.

Para él, el desarrollo consiste en transformar las sociedades sin destruirlas, mejorar las vidas de los pobres, permitir que todos tengan la oportunidad de salir adelante y permitir el acceso de todos a la salud y sobre todo a la educación y en general, todo lo relacionado con la seguridad social y así asegurar unos niveles mínimos de dignidad de vida para todos los ciudadanos e intentar corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades.

❖ **Amartya Sen.** Amartya Sen es Master del Trinity College en Cambridge, Inglaterra. En 1998, ganó el premio Nóbel de Economía por sus contribuciones a la investigación del bienestar que ayudan a comprender los mecanismos subyacentes en las situaciones de hambruna y pobreza.

Uno de los méritos de Amartya Sen es el estudiar nuevos índices para medir el bienestar real de la población. Tradicionalmente se consideraba que la única manera de evaluar el progreso social y económico de un país era a través de la medición del Producto Interno Bruto “Per Capita”, el Premio Nóbel, Amartya Sen, ha manifestado que “...El desarrollo consiste en la eliminación de algunos tipos de falta de libertad que dejan a los individuos pocas opciones y escasas oportunidades para ejercer su capacidad de dirigir su propio destino”.

“En este contexto,...la pobreza se considera como la falla en la capacidad efectiva para lograr estados socialmente deseables y posibles. No se trata únicamente de tener menos

³² Ibid., p.72.

ingresos o bienes, sino el estar sometido a una privación humana inaceptable o a exclusión social”.³³

Sen cree que se ha dedicado demasiada energía a atacar la liberalización económica o a exagerar los conflictos entre Estado y mercado, y se ha olvidado centrar la atención en las implicaciones sociales de las desigualdades y la indigencia. El Estado y los mercados pueden y deben combinarse, con ortodoxia financiera y defensa a ultranza de las libertades políticas, para promover el desarrollo de las competencias humanas y las oportunidades sociales que constituyen el verdadero desarrollo.

Sen se manifiesta gran defensor del Fondo Monetario Internacional (FMI), aunque deja claro que el papel de este tipo de instituciones financieras “consiste en combinar el problema de la estabilización a corto plazo con el trabajo a largo plazo, por un lado, y la protección a los más vulnerables, por otro”.

En este aspecto, se manifiesta más cercano a la nueva preocupación del Banco Mundial, “que pone gran énfasis en la necesidad de redes de protección social que protejan a los pobres, además de poner en marcha programas de fomento de la democracia”.³⁴

Desde el punto de vista de Amartya Sen la Protección Social, se expresa en:

*“Todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (desempleo, deterioro ambiental, guerra). Estos eventos afectan a las personas, comunidades y regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza”.*³⁵

La política social es un rasgo definitorio de la sociedad y la ausencia de protección social en favor de las personas más débiles constituye un fracaso colectivo. Aunque este fracaso ocurre en muchos lugares, no es inevitable. La mundialización, el trabajo irregular y la pobreza plantean un reto palpable y gigantesco a la política social. Ahora bien, como afirma Amartya Sen con unos planes bien pensados puede transformarse una previsión temida en una realidad constructiva “La integración creciente de la economía mundial exige un

³³ SEN, Amartya. Desarrollo como libertad, 1999. p.136.

³⁴ <http://www.fce.unal.edu.co/download/cuadernos/29/29-LATAM03.pdf>

³⁵ HOLZMAN, R. y JORGENSEN S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Banco Mundial. Documento de Trabajo No. 0006 sobre Protección Social, Febrero de 2000.

enfoque también universal de los principios éticos básicos y de los procedimientos políticos y sociales.”³⁶

Uno de sus libros fundamentales se denomina “Desarrollo como libertad”, publicado en 1999, en donde realiza un razonamiento básico para entender el problema del desarrollo de los pueblos desde una perspectiva integral, en donde a más de considerar las variables económicas y sociales comunes, como el crecimiento de los indicadores básicos, recomienda y hace un examen de otros factores socioculturales que tiene igual relevancia para juzgar la efectividad de una política social.

Para Sen debería asentarse una política social renovada, a fin de facilitar la viabilidad de ampliar las oportunidades que posee la gente para mejorar su nivel y naturaleza de vida. En ese proceso, algunas variables, como la educación y la salud, son determinantes directos de la capacidad humana, mientras que otras son instrumentales, tales como la promoción agrícola o la productividad industrial y en este sentido es la propia libertad la que importa y no sólo los medios por los cuales es lograda.

Se sabe que el PIB apenas mide (parte de) la cantidad de los medios de vida o bienestar que poseen los individuos (y aún eso muy imperfectamente), pero ello nada dice de lo que la gente “extrae” de tales bienes y servicios, lo que hace con ellos y cómo ese proceder los enriquece en cuanto seres humanos, dados sus fines y características personales. Es en esta perspectiva que radica la fuerza del enfoque seniano.

❖ **Manfred Max-Neef.** Para examinar los avances en materia de desarrollo humano sostenible es indispensable observar, en términos de acceso y distribución, cómo las necesidades humanas son atendidas, qué bienes y servicios produce la sociedad para atenderlas, y cuáles capacidades y oportunidades le permiten a la población una vida satisfactoria mediante la transformación de estos componentes en realizaciones en materia de desarrollo humano.

Manfred Max-Neef, un distinguido académico chileno, ha ofrecido una contribución intelectual importante al análisis de las necesidades humanas, como punto de partida para el examen del desarrollo humano. Max-Neef advierte que las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables; que son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos.

Los aportes de Max-Neef también superan el limitado esquema tradicional que restringe la atención de las necesidades humanas al ámbito de la política social, y aportan como contribución suya una visión integradora de lo económico y lo social, a la que posteriormente se ha unido el factor ambiental. Las necesidades básicas identificadas por Max - Neef se agrupan en: “Subsistencia, Protección, Salud, Conocimiento, Identidad,

³⁶ SEN Amartya, Op. cit., p.115.

Afecto, Libertad, Creación, Movilidad, Ocio o Recreación, y Participación”;³⁷ en este sentido el interés de la investigación se limita a las necesidades de protección que enmarca las siguientes categorías: sistemas de seguros, de salud, ahorro, seguridad social, legislaciones, derecho, familia, trabajo.

Por tratarse de necesidades humanas, éstas tienen una dimensión individual y otra social; tienen componentes materiales, pero también espirituales. Sus potencias generan avances hacia el desarrollo humano y sus carencias conducen a algún tipo de pobreza humana.

Max Neef advierte que las necesidades humanas en sí mismas constituyen también un recurso potencial de desarrollo específicamente afirma que:

*“...Concebir las necesidades tan sólo como carencias implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de falta de algo. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencias y, más aún, pueden llegar a ser recursos. La necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de afecto”.*³⁸

Max Neef define a los conceptos de necesidad y de satisfactores, que denotan asuntos distintos.

*“El concepto de necesidad define tanto las carencias como las potencias que tiene que satisfacer una población para alcanzar sus logros o realizaciones, mientras que el concepto de satisfactores se refiere a las formas históricas, culturales y espaciales en que un grupo social le hace frente a las necesidades. De esta manera, la alimentación y el abrigo serán satisfactores de la necesidad de subsistencia; la educación y la investigación serán satisfactores de la necesidad de conocimiento; los servicios de nutrición, vacunación y hospitalización serán satisfactores de la necesidad de sentirse saludable; y los de vivienda y seguridad social serán satisfactores de la necesidad de protección”.*³⁹

Para pasar de la carencia a la potencia, se requiere que la sociedad (a través de los servicios sociales del gobierno o de los servicios sociales privados, con o sin fines de lucro) provea un conjunto de satisfactores muy diversos, que van desde el alimento hasta los valores

³⁷ MAX NEEF, Manfred. El Desarrollo a Escala Humana, 1995. p.37.

³⁸ *Ibíd.*, p.45.

³⁹ *Ibíd.*, p.36.

espirituales, y que genere bienes y servicios, oportunidades y opciones adecuadas, accesibles y equitativas para todos sus miembros. A fin de evitar los riesgos del paternalismo y el clientelismo, los satisfactores proporcionados por los gobiernos, a través del gasto social, promoverán el desarrollo de capacidades que habiliten a las personas para tomar parte activa en la solución de sus problemas y el logro de una vida plena. En la medida en que estos satisfactores contribuyan a atender esas necesidades humanas en forma oportuna y adecuada, la sociedad podrá identificar logros o realizaciones conducentes al desarrollo humano sostenible. Cuando ocurra lo contrario, la disminución de logros o realizaciones conducirá hacia la pobreza humana.

El Desarrollo a Escala Humana no excluye metas convencionales como crecimiento económico para que todas las personas puedan tener un acceso digno a bienes y servicios. Sin embargo, el crecimiento económico no debe ser el fin de las políticas de un Estado, sino este debe ser considerado como el medio para alcanzar el desarrollo de una sociedad ya que la persistencia de la pobreza termina convirtiéndose en un mal para la sociedad, por ejemplo, en el caso del desempleo, este no puede concebirse sólo como una falta de trabajo e ingresos, sino como un recorte sustancial y, a menudo, irrecuperable de la persona humana, en la medida en que la persona se sentirá cada vez menos protegida, se destruyen sus relaciones afectivas, lo invaden sentimientos de aislamiento y marginación y disminuye la autoestima.

1.5.2 Marco Contextual. San Juan de Pasto es la capital del departamento de Nariño, localizado en el extremo sur occidental de Colombia, limita al norte con el Cauca, al este con Putumayo, al sur con Ecuador, y al oeste con el océano Pacífico.

El nombre del municipio y de la ciudad se origina en el nombre del pueblo indígena Pastos que habitaba el Valle de Atríz a la llegada de los conquistadores españoles.

Fundada en 1539 por el capitán Lorenzo de Aldana en el sitio de Yacuanquer. Fue trasladada el 24 de junio de 1540 a su actual ubicación por Pedro de Puelles, con el nombre de Villaviciosa o San Juan de Pasto.

La Capital del Departamento de Nariño, se levanta al pie del volcán Galeras, posee una altura de 2.559 metros sobre el nivel del mar y una temperatura media de 14 grados centígrados, con latitud de 1° 10'N y longitud de 77°16'O. Con aproximadamente 400.000 habitantes, quienes en el sector urbano dependen del comercio, los servicios y la industria, destacándose el procesamiento de alimentos y las artesanías. El territorio municipal en total tiene 1.181 km² de superficie de la cual el área urbana es de 26.4 km².

El área urbana está dividida en 12 comunas y la zona rural está compuesta por 13 corregimientos: Buesaquillo, Cabrera, Catambuco, El Encano, Genoy, Gualmatan, La Caldera, La Laguna, Mapachico, Mocondino, Morasurco, Obonuco y Santa Barbara.

Es una ciudad donde se siente la presencia del pasado, mostrando un contraste arquitectónico sin igual con edificaciones de la época republicana y casas modernas. Esta bella población

se caracteriza por sus bellos paisajes, reservas naturales y centros culturales que acogen al turista con la amabilidad y cordialidad manifiesta de su gente.

El aspecto cultural de la ciudad está enmarcado en el carnaval de negros y blancos, el barniz de pasto, arquitectura religiosa de diferentes estilos, museos, bibliotecas y centros educativos.

Por su riqueza en monumentos religiosos es llamada la ciudad teológica de Colombia, se destacan las iglesias de Cristo rey, San Felipe Néri, San Juan Bautista, Santiago, Catedral, Santuario Eucarístico Maridáz.

• **Reseña Histórica.** Traslada a su actual emplazamiento por el explorador y conquistador español Lorenzo de Aldana en 1539, la ciudad inicialmente fue llamada con el nombre de Villaviciosa de la Concepción cuando Sebastián de Belalcázar en 1537 la fundo en el sitio que hoy es ocupado por la población de Yacuanquer. Ya situada en el Valle de Atríz, en Valladolid (España) el día 17 de junio de 1559, le fueron concedidos a Pasto el escudo de armas, en dos cédulas reales distintas firmadas por la princesa Doña Juana, hermana del rey Don Felipe II y el cual consta de un castillo de plata y a los lados cuatro leones de oro, debajo de dicho castillo sale un río de aguas azules y blancas que atraviesa entre árboles verdes, un campo amarillo y suelo verde y el nombre de ciudad como **San Juan de Pasto** que sigue siendo el oficial.

La ciudad ha sido centro administrativo, cultural y religioso de la región desde la época de la colonia.

Durante las guerras de la independencia adoptó la causa realista bajo el liderazgo de Agustín Agualongo de origen indígena por lo cual, una vez obtenida la independencia de España y sumado a su situación geográfica, se mantuvo aislada configurándose una actitud conservadora, tradicionalista y de ensimismamiento cultural con respecto al resto del país.

En el siglo XIX, durante una de las guerras civiles que caracterizaron esa época de la historia colombiana, la ciudad fue por seis meses capital provisional de la República por decisión de un caudillo conservador, el General Leonardo Canal, quien pretendió enfrentar desde esta ciudad convertida en cuartel y símbolo de la resistencia contra los liberales radicales, al caudillo liberal Tomás Cipriano de Mosquera.

En 1904 con la creación del departamento de Nariño, la ciudad es nombrada su capital.

• **Economía.** La economía del departamento se basa en la prestación de servicios bancarios, comerciales y de transportes, le siguen las actividades agropecuarias, entre las que se destacan los cultivos de papa, hortalizas, trigo, fríjol y cebada; la ganadería es vacuna con fines principalmente lecheros, también existe el ganado ovino y la cría de curíes. Algunos ingresos dependen de la explotación forestal y la pesca en el litoral pacífico.

Algunos de los indicadores económicos más importantes son:

- ✓ PIB: 280.472,4 Millones de Pesos⁴⁰
- ✓ Inflación 2006: 5.0%
- ✓ Población económicamente activa (PEA): 201.005
- ✓ Tasa de ocupación: 53,4%
- ✓ Tasa de Desempleo: 14%
- ✓ Tasa Global de Participación: 62,1%⁴¹

De lo anterior, se puede apreciar que Pasto es una de las ciudades que menos aporta al PIB nacional y que además presenta índices de inflación y desempleo muy altos; lo que demuestra que la ciudad se encuentra en un nivel de atraso con respecto a otras ciudades por el carácter de su economía que se basa principalmente en el agro y que en los últimos años ha tenido una tendencia creciente hacia el sector terciario, lo que conlleva a que la generación de empleo no sea la óptima, los ingresos sean bajos y exista baja calidad en el nivel de vida de la población.

• **Salud.** En Pasto operan 6 IPS públicas las cuales cuentan con 21 Puestos de Salud, 147 IPS privadas y 388 profesionales independientes adscritos al Sistema General de Seguridad Social. Además, operan 6 EPS privadas con sede en la ciudad y 3 EPS públicas. Es importante resaltar que en su mayoría las IPS tienen niveles de atención I y II; y tan solo existen dos IPS privadas con nivel de atención III, las cuales son: Unidad Cardioquirúrgica de Nariño Ltda. y Laboratorios del Valle; y de carácter público la IPS E.S.E. Hospital Universitario Departamental De Nariño.⁴²

Otros aspectos importantes en salud son las causas de morbilidad y entre las principales se tiene: caries de la dentina (90.1% en una tasa por mil habitantes) y hipertensión esencial primaria (81.6% en una tasa por mil habitantes). Además, la tasa de mortalidad en la ciudad es de 40.4%.⁴³

En cuanto a los recursos que se destinan a salud para la ciudad del Sistema General de Participaciones se tiene: Total Demanda: \$11.841.073.493; Total Salud Pública: \$1.151.803.087; Total Oferta Prestación de Servicios: \$4.061.718.873; Total Sistema General de Participaciones (2006): \$17.054.595.453.⁴⁴

⁴⁰ Proyecto PPEP. CEDRE, 2007.

⁴¹ Gran Encuesta Integrada de Hogares. Boletín de Prensa. DANE. Diciembre 2007.

⁴² Indicadores Básicos de Salud. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2006. p.24.

⁴³ Ibid., p.38.

⁴⁴ Ibid., p.54.

- **Transporte y vías de acceso.**

✓ **Acceso terrestre:** Pasto está conectado hacia el norte por vía terrestre con Cali y hacia el sur, Ipiales en la frontera y la república del Ecuador a través de la carretera Panamericana. La distancia de Pasto a la capital de la república, Bogotá, por la vía panamericana es de 865 Km, para un tiempo promedio de viaje de 22 horas.

Hacia el occidente la ciudad se comunica con el puerto de Tumaco sobre el océano Pacífico por medio de una carretera pavimentada de 284 Km., y hacia el oriente con Mocoa en departamento del Putumayo con una carretera de aproximadamente 145 Km.

Para el transporte intermunicipal nacional terrestre existe un Terminal en el que operan las principales empresas y por el cual pasan aproximadamente 2 millones de pasajeros al año.

✓ **Acceso aéreo:** El Aeropuerto Antonio Nariño a 35 km. de la ciudad, en la localidad cercana de Chachagüí, ofrece conexiones aéreas nacionales.

1.5.3 Antecedentes. La reforma a la seguridad social ocupa un lugar destacado en la agenda de las políticas públicas en el mundo. En Latinoamérica, empezando los años 90's se produjo ciertos cambios en los sistemas de salud y de pensiones con el objetivo de mejorar su eficiencia, aumentar la cobertura y garantizar su sostenibilidad.

Esto se hacía en el marco de las reformas económicas de carácter estructural, que daban mayor participación a agentes privados, buscaban reducir el déficit fiscal y fortalecían el sector financiero. En buena medida, las reformas en pensiones y salud se inspiraban en recomendaciones de organismos internacionales como el Banco Mundial y tomaban como ejemplo el caso chileno.⁴⁵

Claro está, que en cada uno de los países latinoamericanos, estas reformas se hicieron de diferente manera, teniendo en cuenta el modelo de financiamiento o si la salud hacía parte o no del Sistema de Seguridad social, entre otros aspectos. Además, los aspectos políticos, económicos y sociales también jugaron un papel importante a la hora de realizar las reformas y específicamente en lo relacionadas con los nuevos o modificados sistemas de Seguridad Social.

Es así como, en el año 1993 Colombia adoptó una reforma al sistema integral de seguridad social (pensiones, salud y riesgos profesionales) que va acorde al ejercicio anteriormente descrito, ya que han sido varias las modificaciones y las dificultades de implementación.

⁴⁵ Reforma a la Seguridad Social en Colombia, 1993 – 2007. Observatorio de la seguridad social. Medellín, Abril de 2007. En: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/observatorio15.pdf>

❖ **Antecedentes de la Reforma de la Seguridad Social (RSS) en Salud.** En 1905, aparece la Ley 29, que establecía una pensión de jubilación para sectores particulares restringidos y en 1915 la Ley 57 que obliga a las empresas públicas y las empresas privadas de más de 15 trabajadores a brindar asistencia médica y farmacéutica, indemnizaciones en caso de incapacidad o muerte a sus trabajadores y familias; esta se consideró como la primer ley de protección del trabajador privado. Así, hasta 1945 se dieron diferentes leyes de protección y amparo, pero cubrían poblaciones muy específicas y reducidas, sin embargo se considera como antecedentes para el sistema de seguridad social que seguiría.

Para la instauración del Instituto de Seguros Sociales ISS, se presentó el primer proyecto de ley en 1929 por el Ministro de Industria (José Antonio Montalvo), pero este, junto con otros dos del mismo año de 1930, fueron archivados por el congreso, pero en Agosto de este mismo año, el presidente Olaya Herrera aprueba la “Convención sobre seguro contra las enfermedades de los trabajadores de la industria y el comercio y de los sirvientes domésticos” expedida por la OIT el 15 de julio de 1927, que obliga a Colombia a establecer los Seguros Sociales; desde el año 1935 se presentan varios proyectos, pero es hasta 1945 que la Ley 6 crea el la Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL y en 1946 la Ley 90 crea el actual ISS. Es este el ultimo cambio mas marcado hasta la creación de la ley 100 de 1993.⁴⁶

El ISS no entro a funcionar inmediatamente, se crea provisionalmente el Departamento de Nacional de Seguros Sociales que funcionó por más de un año y en junio de 1949 se inaugura el ISS como tal, para septiembre de ese año estaba prestando los servicios médicos para enfermedades no profesionales para los trabajadores de la capital del país, a la par se fueron construyendo los centros de atención en Medellín, Quindío y Valle del Cauca.⁴⁷

La primera década fue para la consolidación y fortalecimiento, la década de los 60 para la ampliación de la cobertura y reglamentación para los riesgos profesionales, en los años 70's se implementó el seguro médico familiar y en la década de los 80 se empezó a hablar de la crisis de los seguros sociales y se sintetizó la problemática tanto Externa: deficiencia en la prestación de los servicios de salud, desabastecimiento, desconfianza en los manejos de los recursos y en la realidad financiera de la entidad; como Interna: Aplicación parcial de la legislativa de estructuración, no se dio desarrollo administrativo, no hubo integralidad, no se controlaron los servicios directos o contratados.

⁴⁶ PARRA, Ángela y RUIZ Verónica. Sistema general de seguridad social en salud. Universidad de Antioquia, 2006. En: <http://www.atal.org/segsocial/5.htm>

⁴⁷ RAMÍREZ, Pedro. La protección social antecedentes históricos de la seguridad social. En: <http://www.ucsd.edu.do/v3/pmgsalud/MED10/DOCUMENTOS%20LECTURA/HISTORIA%20DE%20LA%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20CONCEPTOS.doc>

Desde el Ministerio de Salud se controlaban los Servicios Seccionales de Salud, que a su vez controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (Hospitales Universitarios) y los de segundo nivel de atención (Hospitales Regionales), los que a su vez controlaban los Hospitales Locales, Centros y Puestos de Salud.

Se trataba principalmente de un sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los casi omnipotentes Servicios Seccionales de Salud se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrara el recurso humano de salud, se vigilara y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros. Era evidente que ante tal multiplicidad de funciones se generara un esquema ineficiente, altamente burocratizado y propenso a la corrupción, pues prácticamente se trataba de ser juez y parte.

Las direcciones seccionales de salud eran responsables de: dirigir el sistema territorial de salud, adaptando los lineamientos del orden nacional a la realidad política y epidemiológica de la región, prestar los servicios de salud a través de una red de instituciones de carácter público, ejercer las funciones de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental y vigilar y controlar la ejecución de los recursos transferidos a los hospitales públicos.

A su vez, la red hospitalaria pública tenía dos razones para hacerse cada vez menos eficiente: primero, las cada vez más onerosas convenciones colectivas hacían que la carga prestacional se incrementara hasta alcanzar niveles insostenibles; y segundo, los nombramientos de trabajadores supernumerarios o nóminas paralelas (para saciar los apetitos políticos de las clases dirigentes que para ese entonces dominaban los Servicios Seccionales de Salud) dieron al traste con los ya caóticos hospitales que no podían sostener ni siquiera la nómina y gastos generales que estaban presupuestados, mucho menos los no presupuestados.

A toda esta lamentable condición del sistema, se le añaden otras deficiencias como la falta de cobertura familiar que en el área urbana alcanzaba el 54.5% y en el área rural tan solo el 20.5% de la población⁴⁸; la aplicación de preexistencias en las entidades de previsión social y el Instituto de Seguro Social.

❖ **Un intento fallido antes de la Ley 100.** En vista de las condiciones reinantes en las direcciones seccionales de salud, se hacía evidente que el modelo propiciaba la corrupción, pues estas no podían al mismo tiempo dirigir, ejecutar recursos financieros y ejercer acciones de auto vigilancia y autocontrol, ya que esta mezcla de funciones incompatibles eran aptas para la desviación de recursos del erario público hacia los bolsillos particulares.

⁴⁸ Ministerio de Salud. La reforma a la Seguridad Social en Salud, 1994.

El decenio de los setenta fue el período floreciente del Sistema Nacional de Salud durante el cual se construyeron grandes hospitales públicos, a través del Fondo Nacional Hospitalario, casi siempre ligados a prestigiosas facultades de medicina, con excelente dotación tecnológica y gran capacidad de resolución de problemas de salud.

El decenio de los ochenta fue el que cumplió el tiempo requerido para que el sistema público centralizado evidenciara sus debilidades. A finales de los ochenta se empieza a ver la necesidad de desarticular las funciones de salud que ejercían los Servicios Seccionales; los municipios reclamaban a grito una descentralización.⁴⁹

Para 1990 el Congreso de la República expide la Ley 10 que organiza la prestación del servicio de salud en tres niveles de atención. Los municipios podrían acceder a los recursos del situado fiscal de salud para las atenciones de menor complejidad, siempre y cuando demostraran capacidad de gestión para asumir la competencia. El decreto 1770 de 1990 reglamentó la materia. Los municipios debían crear direcciones locales de salud, un fondo local de salud, diseñar un sistema de información en salud que les permitiera mantener un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de la población y la elaboración de un Plan Local de Salud que permitiera controlar a través de indicadores la ejecución de los recursos de salud. La dirección local de salud debía contar con una estructura organizacional y un manual de funciones e implementar la carrera administrativa para sus funcionarios.

A los municipios que fueron asumiendo la competencia se les transfería la IPS pública de baja complejidad, la dotación tecnológica y el recurso humano, y obviamente el premio: el situado fiscal de nivel 1. Pero un pequeño detalle dio al traste con tan bien intencionado plan. ¿A qué entidad le correspondería el papel de evaluar si los municipios cumplían o no con los requisitos y expedir el certificado de cumplimiento? Nada menos que a las Direcciones Seccionales de Salud.⁵⁰

Dado que la descentralización de los municipios representaba la pérdida de poder como ordenador del gasto y nominador, pues implicaba girar los recursos del situado fiscal al Fondo Local de Salud y transferir el personal de las instituciones prestadoras de primer nivel; sólo se descentralizaban aquellos municipios cuyos alcaldes eran de los afectos del gobernador o director seccional de salud de turno. La evidencia de tal afirmación está en que a la fecha, catorce años después de expedida la ley 10 de 1990, de los 1098 municipios de Colombia existen 637 sin descentralizar, lo que equivale al 58%.⁵¹

❖ **El advenimiento de la Ley 100 de 1993.** La Reforma de la Seguridad Social tiene dos antecedentes recientes: El primero de ellos es el Estudio Sectorial de Salud realizado en

⁴⁹ CORREA, Ana Cristina y PIEDRAHITA, Juan David. Algunos aspectos de la evolución histórica de la seguridad social en Colombia. Universidad de Antioquia, 1993.

⁵⁰ NUGENT, Ricardo. La Seguridad social: Su historia y sus fuentes. Capítulo 33. p. 1-20

⁵¹ ROMERO, Rodolfo. Seguridad social: Su evolución histórica. En: Url: <http://www.ugal.org/segsocial/5.htm>

1988-89 por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, que convocó a un amplio grupo de expertos para definir una imagen-objetivo del sector de la salud.

Esa imagen proyectó un sistema de cobertura universal, sin barreras económicas, geográficas ni culturales, que garantizara el derecho a la salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, acciones coherentes con las necesidades municipales, la gestión comunitaria y las relaciones intersectoriales, y el segundo corresponde a la Nueva Constitución Política de 1991, que consagró el derecho a la salud y a la seguridad social y dio pie a la formulación de la Ley 100 de 1993, que establece por primera vez en el país un Sistema de Seguridad Social en Salud con vocación explícita de cobertura universal, bajo los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social. Asimismo, la Constitución declaró al Municipio como la célula fundamental del ordenamiento territorial, haciendo que se vincule más la dirección del cambio hacia la transferencia de competencias al poder local.

1.5.4 Marco Legal. La Constitución Política de 1991 generó cambios importantes en materia de Seguridad Social, en sus Artículos 48 y 49 establece el carácter de servicio público obligatorio y de derecho irrenunciable que tiene la seguridad social en Colombia, en los siguientes términos:

✓ **Artículo 48.** La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

✓ **Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de la comunidad.

La Carta no opta por un sistema de salud y seguridad social de carácter estrictamente público, ni por un sistema puramente privado, sino que defiere al Congreso la toma de esas decisiones políticas. Así, explícitamente la Constitución señala que la seguridad social puede ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. Pertenece a la categoría de los derechos prestacionales o asistenciales, para cuya eficacia se requiere de procedimientos y entidades que permitan hacerlos efectivos.

El derecho a la Salud y a la seguridad social es de amplia configuración legal pues la Constitución confiere libertad al legislador para definir su alcance, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad que orientan el sistema.

Pues bien, en desarrollo de la Constitución se expidió la Ley 100, que estableció un nuevo Sistema de Seguridad Social integrado por tres subsistemas: salud, pensiones y riesgos profesionales.

En cuanto a la salud, dicha ley, organizó el Sistema de Salud de forma descentralizada, del cual hacen parte las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, como órganos encargados de armonizar el financiamiento y la administración del sistema para la coexistencia de los dos regímenes: el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando que la Ley 100 de 1993 trajo consigo importantes reformas al Sistema de Seguridad Social en Salud, para fines de ésta investigación se presenta los principales fundamentos de dicha ley.

❖ **Ley 100 de 1993, sistema general de seguridad social en salud.** Define a la salud como servicio público esencial, estableciendo como principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la equidad para proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad⁵², a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago; la obligatoriedad de afiliación al sistema para todos los habitantes, corresponde entonces a todo empleador la afiliación de sus trabajadores y al Estado facilitar la afiliación

⁵² Los criterios de calidad en la promoción y prestación de los servicios de salud fueron reglamentados por el **DECRETO 2309 DE 2002** que tiene como objetivo transversal el de establecer las reglas que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de salud, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bajo esta perspectiva se define la atención de salud como el conjunto de servicios, procedimientos e intervenciones asistenciales encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la población, y su calidad se entiende como la presentación de servicios accesibles y equitativos a través de profesionales en un nivel óptimo haciendo uso de los recursos disponibles y logrando la satisfacción del usuario. A partir de esta norma se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, aplicable a las entidades comprometidas en la promoción y la prestación de este servicio.

a quienes carezcan de vínculo con algún empleador; la atención integral en salud a toda la población en sus fases de educación, información y fomento con calidad y eficiencia; el Estado asegura a los usuarios libertad de escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio; estas instituciones tendrán personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente; además la organización del sistema será descentralizada y de ello harán parte a las direcciones seccionales distritales y locales de salud.

El sistema también estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema y del sistema en general, propiciará también la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.

El Estado intervendrá en el Servicio Público de Seguridad Social en Salud para garantizar la observancia de los principios constitucionales y legales, asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social y la atención básica en salud, organizar los servicios de salud en forma descentralizada, evitar que los recursos destinados a la Seguridad Social se destinen a fines diferentes y garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio de Seguridad Social.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por los Organismos de Gestión, Vigilancia y Control entre los que se encuentra el CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD quien es el que define el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados del régimen contributivo; el monto de cotización de los medicamentos genéricos y esenciales del POS⁵³; y el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL encargado de formular las políticas y programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el plan de desarrollo económico, social y los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y aplicar los criterios de evaluación de gestión de dichas entidades; el sistema también está integrado por los organismos de administración y financiación (como las EPS y el FOSYGA); las IPS, los empleadores y los trabajadores independientes y dependientes, los beneficiarios del sistema y los Comités de Participación Comunitaria.

⁵³ El **DECRETO 806 DE 1998** define los **Criterios para la elaboración de Plan Obligatorio de Salud** que deben ser seguidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para efectos de elaborar el POS. Se toman en cuenta aspectos relacionados con la capacidad tecnológica y los perfiles de morbimortalidad del país, así como la relación costo-efectividad de los servicios prestados. Los procedimientos médicos, tratamientos y medicamentos que se consagran en el POS, deben ser aceptados por las sociedades y organizaciones de la ciencia médica, verbigracia la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y que gocen de comprobada eficacia en el mejoramiento de las condiciones de salud de las personas.

❖ **Régimen contributivo.** Todos los habitantes con capacidad de pago deben ser afiliados previo el pago de cotización, los afiliados recibirán un plan integral de protección de la salud con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales contemplados en el POS.

El recaudo de las cotizaciones le corresponde al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, quien puede delegar la función en las EPS.

La vinculación al sistema se hace a través del pago de un aporte económico financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador; la cotización será máximo del 12% del salario base de cotización, dos terceras partes de ésta estarán a cargo del empleador y una tercera parte del trabajador, un punto de cotización será trasladado al FOSYGA para contribuir al régimen subsidiado. La base de cotización para las personas vinculadas mediante contrato de trabajo y los servidores públicos, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones; la base de cotización para trabajadores independientes se calculará teniendo en cuenta una serie de presunciones de ingreso (nivel de educación, experiencia laboral, actividades económicas, etc.), así mismo la periodicidad de la cotización de estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

Las EPS recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados por delegación del FOSYGA, de este monto se descontará a las unidades de pago por capitación fijadas para el POS y trasladará la diferencia al FOSYGA.

El régimen contributivo reconocerá incapacidades generadas en enfermedad general de sus afiliados y pagará a cada una de las EPS la licencia por maternidad de conformidad con las disposiciones legales vigentes, el cumplimiento de ésta obligación será financiado por el FOSYGA de su subcuenta de compensación. El no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y el derecho a la atención del POS.

Son afiliados al régimen contributivo como cotizantes todas aquellas personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia vinculadas mediante contrato de trabajo que se fija por las normas colombianas incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país; los servidores públicos; los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos tanto del sector público como del sector privado (en los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse a la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios); los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a los salarios mínimos mensuales legales vigentes; los cónyuges o compañeros (as) permanente de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiario del cónyuge

afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la Ley 100 de 1993.

Por su parte son afiliados al régimen contributivo como beneficiarios los miembros del grupo familiar del cotizante constituido por el cónyuge; a falta de este compañera o compañero permanente siempre y cuando la unión sea superior a dos años; los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado; los hijos de cualquier edad si tiene incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado; los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo; los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentre en las situaciones definidas anteriormente; a falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados o dependan económicamente de éste⁵⁴.

Los afiliados deberán inscribir ante la EPS, a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que la persona que conforma su grupo familiar no está afiliada a otras EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingreso debe estar afiliada como cotizante.

El régimen contributivo garantiza a su afiliado la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS; el subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional; el subsidio en dinero en caso de maternidad. Se aclara que cuando el afiliado al régimen contributivo requiere de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá beneficiarlos directamente.

❖ **Plan Obligatorio de Salud (POS).** A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Es el principal beneficio del Sistema de Seguridad Social en Salud que procura la protección integral de las familias, la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación para todas las patologías, según los niveles de atención para los afiliados cotizantes en el régimen contributivo, se aplicará el POS. Este será similar para los beneficiarios de la familia del cotizante. El Plan de Salud Obligatorio tiene cobertura familiar, siendo beneficiarios el

⁵⁴ Reglamentado por el **DECRETO 806 DE 1998**.

cónyuge o el compañero (a) permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años, los hijos menores de 18 años que dependan económicamente de él, los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan del afiliado. A falta de éstos la cobertura puede extenderse a los padres del afiliado.⁵⁵

Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del POS, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia y pediatría.

El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán ser 100 semanas de afiliación, de las cuales por lo menos 26 semanas deben cotizarse en el último año.⁵⁶

El POS para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, parto, posparto y las afecciones relacionadas con la lactancia. El POS para los menores de un año cubre la educación, información y fomento de la salud y de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de enfermedades, atención hospitalaria y medicamentos.

Las limitaciones al POS serán todas las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios o sean el resultado de complicaciones de éstos tratamientos o procedimientos.

Tampoco se financiarán actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptadas por la ciencia médica. Sin embargo, las Entidades Promotoras de Salud podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada y también podrán implementar planes complementarios al POS, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos diferentes a las cotizaciones obligatorias.

⁵⁵ Ibid.,

⁵⁶ Según el **DECRETO 806 DE 1998** los **Periodos mínimos de cotización** pueden ser exigidos por las EPS para efectos de que la persona puede acceder a la prestación de servicios de alto costo incluidos en el POS. Son: Un **máximo de cien (100) semanas** de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Un **máximo de cincuenta y dos (52) semanas** de cotización para enfermedades que requieren manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos MAPIPOS, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

❖ **Régimen subsidiado.** El régimen subsidiado, se administra a través de contratos suscritos entre las direcciones locales, distritales o departamentales de salud y las administradoras del régimen subsidiado -ARS- debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio, el cual se financia con recursos fiscales, con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, con recursos propios y aquellos provenientes de ETESA (antes ECOSALUD) que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud, y con los recursos adicionales previstos en el artículo 214 de la ley 100 de 1993.

Con relación al control de calidad del servicio de Salud, inicialmente se reguló las condiciones del servicio a través del **DECRETO 2174 DE 1996**, definiendo como calidad el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la salud, por virtud del **DECRETO 1280 DE 2002** se crea el Sistema de Vigilancia, Control e Inspección del Sector Salud y a través del **DECRETO 2309 DE 2002** se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

❖ **Entidades promotoras y prestadoras del servicio de salud.** Según la Superintendencia Nacional de Salud las EPS deben cumplir requisitos básicos como tener una razón social que las identifique y exprese su naturaleza, tener personería jurídica y como objetivo la afiliación y registro de la población en el Sistema de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción y gestión de los servicios de salud. Deben tener también, una organización administrativa que comprende una base de datos de los afiliados y su situación económica una capacidad técnica y científica necesaria para el desarrollo de sus funciones, y un sistema de evaluación de la calidad de los servicios; acreditar un número mínimo y máximo de afiliados y una solvencia económica, periódicamente.⁵⁷

Podrán ser autorizadas como EPS: El Instituto de Seguros Sociales; las Cajas, Fondos y Entidades de Sector Público; las Entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud; las Entidades Promotoras de Salud creadas por los departamentos, distritos y municipios o por sus asociaciones; los organismos creados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores, con anterioridad a la Ley 100 de 1993, que gocen de personería jurídica y las organizaciones no gubernamentales y del sector solidario que se organicen para tal fin, entre otra instituciones.

Las cotizaciones recaudadas por las EPS pertenecen al Sistema de Seguridad Social en Salud. Por la organización y la prestación de los servicios incluidos en el POS por cada afiliado, el Sistema de Seguridad Social en Salud reconocerá a la EPS, un valor per cápita denominado UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC), que se establece con

⁵⁷ Según el **DECRETO 1703 DE 2002 con modificaciones del DECRETO 2400 DE 2002** las EPS tendrán la obligación de realizar muestreos estadísticos de su población de afiliados, cada tres meses, con el objeto de establecer si aún conservan las calidades presentadas al momento de la afiliación. Los informes que contienen los muestreos deberán presentarse a la Superintendencia de Salud, para efectos de que se tomen las medidas de ajuste necesarias. Las EPS que no se acomodaran a éstas medidas responderían por la permanencia en la afiliación o la no afiliación de la persona y por el pago de la respectiva UPC.

referencia al perfil epidemiológico de la población, los riesgos cubiertos y los costos de la prestación del servicio en condiciones medias de calidad, y será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.⁵⁸

La EPS no puede terminar unilateralmente el contrato de sus afiliados, ni negar la afiliación a quien lo solicite, siempre y cuando éste garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente y no haya mala fe del usuario.

Los afiliados del Sistema de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles, con el objeto de realizar el en uso del servicio del sistema para los demás beneficiarios y se aplicaran también para complementar la financiación del POS. Tales pagos se definirán teniendo en cuenta la estratificación socioeconómica, para evitar que se conviertan en obstáculos de acceso a los servicios para los más pobres; estos serán recursos de las entidades Promotoras de Salud, aunque parte de ellos pueden destinarse para la promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las IPS (Instituciones prestadoras del servicio de salud) por su parte tienen a su cargo prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente, bajo los principios de calidad y eficiencia. Gozan de autonomía administrativa, técnica y financiera.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios no pueden discriminar en la atención a los usuarios, en caso de hacerlo, éstos podrán solicitar reclamación ante el comité técnico científico de la entidad de salud a la cual esté afiliado, y en caso de inconformidad con ese concepto, podrán solicitar uno nuevo ante un comité similar que designará la Dirección Seccional de Salud.

❖ **Ley 1122 de 2007.** Con fines de reforma de la Ley 100 de 1993 se ha creado la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen 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 (**Art. 1º**).

❖ **Dirección del Sistema.** En la organización del SGSSS, la Ley crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, donde el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus

⁵⁸ Reglamentado por el **DECRETO 806 DE 1998**.

funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud, CRES (**Art. 3**).

Al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se le dará un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La Comisión de Regulación en Salud estará integrada por: el Ministro de la Protección Social, el Ministro de Hacienda y Crédito Público y cinco Comisionados expertos, designados por el Presidente de la República.

Entre sus funciones la CRES podrá definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS), definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios, definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente ley, definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio, definir los criterios para establecer los pagos moderadores, entre otras.

❖ **Financiación.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén. Con este fin la cotización al Régimen Contributivo de Salud será, a partir del primero (1°) de enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que hace referencia el **Artículo 10 (Modificación del Artículo 204 de la Ley 100 de 1993)**. El cero punto cinco por ciento (0,5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual sólo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%).⁵⁹

De esta manera, el Régimen Subsidiado se financiará con recursos de:

⁵⁹ Reglamentado por el **DECRETO 4982 DE 2007**.

✓ **De las entidades territoriales**⁶⁰: Aquí se encuentran los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP.S, que se destinarán previo concepto del Conpes, y en forma progresiva al Régimen Subsidiado en Salud en un determinado porcentaje (año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%), porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública; así mismo los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación.

Además, sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinará por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial. Y otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

✓ **Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.** a) Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción; b) El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la presente ley;

✓ **Otros.** Aquí se encuentran los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones; los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado; el 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana; los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.⁶¹

❖ **Prestación de Servicios.** Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá: los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del

⁶⁰ Reglamentado parcialmente por el **DECRETO NACIONAL 2878 DE 2007**, Adicionado por el art. 17, Ley 1151 de 2007.

⁶¹ El **DECRETO 1020 DE 2007** reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda.

mercado y podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales; así mismo definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.

Definirá el diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas; y los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

❖ **Salud Pública.** El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.⁶²

Este plan debe incluir: el perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública; las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos; así como el plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS.

Entre otros aspectos a incluir están: las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables; las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana; entre otras.⁶³

1.5.5 Marco Conceptual. Teniendo en cuenta la evolución que ha tenido la seguridad social, el concepto moderno de ésta recoge las características comunes a muchos sistemas de seguridad social en función de las necesidades reales de la comunidad objeto de protección; en este sentido, es importante destacar que en la delimitación del contenido de la seguridad social y en general de su desarrollo han jugado un papel importante diversas organizaciones

⁶² **DECRETO NACIONAL 3039 de 2007.**

⁶³ **Mediante Resolución del Min. Protección 425 de 2008.**

e instituciones a nivel mundial, para fines de ésta investigación se ha tomado en cuenta principalmente la siguiente:

✓ **ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT).** El acceso a un nivel adecuado de protección social se reconoce expresamente en declaraciones de la OIT y en diversas normas internacionales del trabajo, como uno de los derechos fundamentales de todo individuo. También se considera que contribuye en general a promover de manera eficaz el bienestar humano y el consenso social a gran escala, y que propicia y resulta indispensable para la paz social y, en consecuencia, para un mejor crecimiento y rendimiento económico. No obstante, en muchos países, y especialmente en los países en desarrollo, la realidad dista mucho de estos ideales.

El progreso se ha visto dificultado a lo largo de los últimos años por la recesión económica, la reducción del nivel de empleo en el sector estructurado, la necesidad del ajuste estructural y, en muchos países, por la transición a una economía de mercado. La falta de acierto en la dirección y la gestión de las instituciones de seguridad social han venido a sumarse a las dificultades de orden económico. Sin embargo y a pesar de estos problemas, muchos países están tratando de reformar y ampliar sus actuales regímenes con el fin de mejorar las prestaciones, ampliar la cobertura y lograr mayor eficacia y efectividad.

Del mismo modo que el Consejo de Administración de la OIT adopta planes bienales de trabajo para el conjunto de la OIT, también adopta para cada Departamento un plan de trabajo que determina el enfoque de la labor que éste desempeña, existe el Departamento de Seguridad Social que cuenta con tres programas de acción, relacionados entre sí y destinados a crear una estructura de planificación para:

- la reforma y el desarrollo de sistemas de seguridad social;
- la mejora de la dirección, la gestión y la administración de los regímenes de la seguridad social;
- el abundarse de las cuestiones que atañen a las redes de seguridad, la asistencia social, la prevención de la pobreza y la ampliación de la protección social a través de un aprovechamiento más eficaz de las transferencias basadas en la tributación y del papel que podrían llegar a desempeñar los servicios universales de atención de la salud financiados a través de impuestos.

El Departamento de Seguridad Social de la OIT tiene como objetivo mejorar la capacidad de los mandantes, y en especial la de los gestores de la seguridad social, tanto para diseñar regímenes de seguridad social como para dirigirlos y administrarlos de manera más eficaz, de modo que puedan facilitar mejores prestaciones y ampliar su cobertura. Esto se logra a través del desarrollo de un sistema para el diseño y la planificación de los regímenes y programas de seguridad social, incluidas la reforma y la ampliación de los mismos, fundado en el análisis comparativo y en la evaluación de las experiencias nacionales en este terreno. Sobre la base de las normas internacionales del trabajo aplicables y de los correspondientes

análisis comparativos e investigaciones, se facilitan consejos y orientaciones a través de: la prestación de servicios de asesoramiento técnico; la asistencia para la realización de valoraciones actuariales; la cooperación técnica; el desarrollo de actividades y material de formación; y la organización de cursillos prácticos en el plano nacional o regional. Se proporciona apoyo a la labor de los mandantes mediante la recopilación y difusión de informaciones relativas a los regímenes de seguridad social.

El Departamento de Seguridad Social cuenta con capacidad para proporcionar una visión global, gracias a la experiencia específica y a las credenciales (capacidad técnica) de sus dos servicios:

- el Servicio de Planificación, Desarrollo y Normas;
- el Servicio de Actividades Financieras, Actuariales y Estadísticas.

En todo momento, el énfasis se sitúa en la reafirmación de la seguridad social y de la protección social como derecho humano fundamental. Las actividades de la OIT están encaminadas a ayudar a los Estados Miembros a mejorar y ampliar la protección que facilitan al conjunto de los miembros de la comunidad en relación con toda la gama de contingencias: ingresos mínimos asegurados en caso de necesidad, atención de la salud, enfermedad, vejez e invalidez, desempleo, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, maternidad, responsabilidades familiares y muerte. Además, se emprenderán distintas actividades destinadas a mejorar la protección social de los trabajadores emigrantes.

Una cuestión importante dentro de la labor del Departamento es la necesidad de asegurarse tanto de la coherencia entre las políticas en materia de seguridad social y otras políticas relacionadas con la mitigación de la pobreza, como de la compatibilidad de las primeras con las limitaciones de orden económico y la capacidad de las instituciones.

En resumen, el Departamento de Seguridad Social de la OIT proporciona asesoramiento en materia de políticas, realiza investigaciones y lleva a cabo actividades de cooperación técnica en aquellos países que recurren a sus servicios. Dichas actividades se desarrollan en colaboración con los distintos equipos consultivos multidisciplinares para África, Europa Central y Oriental, Asia Oriental y Sudoriental y América Latina.

De la misma manera como se han establecido a nivel mundial diferentes conceptos acerca de la Seguridad Social, Colombia también ha establecido una serie de elementos conceptuales acerca de su definición, particularmente con la Ley 100 de 1993, donde el tema de la Seguridad Social adquirió una nueva dimensión.

✓ **Ley 100 de 1993.** El preámbulo de la Ley 100 de 1993 define la Seguridad Social integral como:

“el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”

En el artículo 2° de la ley 100 de 1993 se establece la seguridad social como: *“un derecho irrenunciable que el Estado debe garantizar a todos habitantes”* por lo cual deberá prestarse bajo seis principios básicos: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación.

Con respecto a lo anterior, la Ley 100 de 1993 adopta la salud como un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de enfermedad; se asume de esta forma que la salud es también un fenómeno colectivo, vale decir, se concibe como un proceso social. En este sentido, se resalta que las causas de salud-enfermedad colectiva se relacionan igualmente con la manera como la sociedad entra en contacto con la naturaleza y la transforma.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta la seguridad social en salud como objeto de estudio, es importante considerar los conceptos que se encuentran estrechamente ligados a este tema, que facilitan una mayor claridad del mismo. Así pues, se han tenido en cuenta como conceptos que ofrecen una mayor comprensión, los siguientes:

✓ **Administradora de Régimen Subsidiado (ARS):** Se encarga de afiliar y carnétizar a las personas vinculadas al Régimen Subsidiado. Esta entidad administra los recursos y garantiza la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

✓ **Cajas de Compensación Familiar (CCF):** Las Cajas de Compensación Familiar tienen como fin promover el mejoramiento del nivel de vida de los trabajadores, sus familias y la comunidad, para lo cual proporcionan bienes y servicios, de acuerdo con el dinero recaudado de los empleadores.

✓ **Copagos:** Es un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra copago en todos los servicios del POS en los que no se cobra cuota moderadora. Los copagos son cancelados únicamente por los beneficiarios con base en el Ingreso Base de Cotización del cotizante, de acuerdo con los rangos establecidos por la ley.

✓ **Cuotas moderadoras:** Es un aporte en dinero que debe ser cancelado por todos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) cuando se asiste al médico general, al especialista, al odontólogo o a consulta con un profesional paramédico, cuando se reciben medicamentos, al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios y también

cuando se utiliza el servicio de urgencias. El valor de la cuota moderadora depende del Ingreso Base de Cotización, de acuerdo con los rangos establecidos por la ley.

✓ **Entidad Promotora de Salud EPS:** Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizantes. Se encargan de la organización y garantía de la aplicación del POS, promueven la afiliación de grupos que aun no están cubiertos por la Seguridad Social, también deben organizar los mecanismos a través de los cuales se accede a los servicios de salud, en todo el territorio nacional y establecen procedimientos para controlar la atención integral, eficiente y oportuna de los servicios prestados por la IPS.

✓ **Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA:** Es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta personal propia y funciona a través de subcuentas independientes.

✓ **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS:** Son establecimientos públicos o privados que prestan los servicios de salud en los diferentes niveles de atención a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, previa contratación con la ARS.

✓ **Plan Obligatorio de Salud o Plan de Beneficios (POS):** Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que están obligadas a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

✓ **Preexistencia:** Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación, o afección que padezca el usuario antes de la fecha de afiliación a una EPS.

✓ **Régimen Subsidiado:** Conjunto de normas que rigen la vinculación de individuos, cuando su afiliación se hace por el pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad.

✓ **Régimen de transición:** Es el período comprendido entre el momento que entra en vigencia la ley y su puesta en marcha; en cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud con todas las entidades y elementos que lo conforman tendrá un plazo máximo de un año, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para iniciar su funcionamiento, salvo los casos especiales previstos en la presente ley.

Se creó la Comisión Técnica para la Transición, para asesorar al Gobierno Nacional, con la debida consulta a los diversos grupos partícipes del Sistema, para la puesta en marcha del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.

✓ **Régimen Contributivo:** Conjunto de normas que rige la vinculación de los individuos y familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando se realiza por el pago de una cotización individual y / o familiar, o por un aporte previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleado.

✓ **Subsidio Familiar:** Prestación social pagada en dinero, especie y servicio a los trabajadores de mediano y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo.

✓ **Superintendencia Nacional de Salud Supersalud:** La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector salud. Para el efecto la Superintendencia deberá tener en cuenta la opinión de un comité integrado para cada caso por un especialista designado por la Superintendencia, un especialista designado por la entidad y un especialista designado por el usuario.

✓ **Unidad de Pago por Capitación UPC:** Es el valor per cápita que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a cada Entidad Promotora de Salud, para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio a cada afiliado. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

✓ **Sistema Único de Acreditación:** Conjunto de estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, entre otras.

1.6 ASPECTOS METODOLOGICOS

1.6.1 Tipo de investigación. La investigación es de tipo NO EXPERIMENTAL puesto que no se manipulan deliberadamente las variables; lo que se hace en ésta es observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo, de hecho no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su realidad.

1.6.2 Tipo de estudio. El tipo de estudio que se aplicó en la investigación fue en un principio de carácter descriptivo que abarca la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la comprensión de procesos y fenómenos de la realidad estudiada, señalando las características y definiciones que enmarcan el Sistema de Seguridad Social, tratando de identificar las variables y conceptos que involucran el tema a investigar.

Después se realizó un estudio analítico para determinar las condiciones de la prestación de los servicios de seguridad social que permitió realizar diferentes conclusiones, aseveraciones y propuestas al tema de investigación.

1.6.3 Población y muestra. Para llevar a cabo la investigación se consideraron como poblaciones objeto de estudio a:

- Directivos de las EPS cuantificadas en seis (6).
- Directivos de las IPS cuantificadas en doce (12).
- Población cotizante del sector formal y población beneficiaria vinculada a ésta de las EPS en la ciudad de Pasto, éste dato se encontró de manera aproximada tomando como referencia los datos otorgados por el Departamento de Seguridad Social del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

En ésta investigación se supone una distribución normal estandarizada porque se considera que en la práctica cuando se trata de muestras de tamaño común, las estimaciones de muestras tienen una distribución aproximadamente normal. Con una estimación distribuida en forma normal se conoce la distribución de frecuencias, si son conocidas la media y la desviación estándar o la varianza.

“La confianza de que la aproximación normal es adecuada en la mayoría de situaciones prácticas proviene de diferentes fuentes. Se han hecho muchos estudios en la teoría de probabilidades sobre la distribución de las medias de muestras aleatorias. Se ha probado que para cualquier población que tiene una desviación estándar finita, la distribución de la media muestral tiende a la normalidad conforme N aumenta”⁶⁴

De ésta manera, dado el tamaño de la población fue necesario conformar una muestra representativa de la misma, para lo cual se empleó la siguiente fórmula estadística:

$$N = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot z^2}{e^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Siendo:

N : Tamaño de la muestra

N : Universo de elementos a trabajar

z : Valor de la variable estandarizada en la función de distribución normal

p : proporción en la población

q : $1-p$

e : Márgen de error

⁶⁴ COCHRAN, William. Técnicas de Muestreo. Pág. 66

Reemplazando:

$$N = 224.557$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$z = 1.96$$

$$z^2 = 3.8416$$

$$e = 0.05$$

$$e^2 = 0.0025$$

$$p \cdot q = 0.25$$

$$N = \frac{224.557 (0.25) (3.8416)}{0.0025 (224.557) + 3.8416 (0.25)}$$

$$N = \frac{215664.54}{562.35}$$

$$N = 383$$

Fórmula para reducir aún más N

$$N_1 = \frac{N}{1 + \frac{N}{N}}$$

$$N_1 = \frac{383}{1 + \frac{383}{224.557}} = 382$$

La muestra se escogió al azar tratando de dar una adecuada participación a la población afiliada (cotizante y beneficiaria) del sector formal de cada una de las EPS, cabe resaltar que las EPS universo de estudio son las más representativas que operan con sede en la ciudad de Pasto existentes en el primer trimestre del año 2008, si bien es cierto que el estudio se realizó en el periodo 2005-2007, se debe tener en cuenta que en este último año funcionaban otras EPS distintas a las de la muestra, sin embargo, los afiliados a ellas pasaron a formar parte de

alguna de las EPS más representativas y por lo tanto se tomó la base de datos del año 2008; de allí se aplicaron las encuestas y las entrevistas respectivamente.

Con respecto a lo anterior, es importante señalar que debido a que el análisis se hace con base en los afiliados a régimen contributivo de salud donde se encuentran tanto beneficiarios como cotizantes, para saber que número de las encuestas se aplicarían en uno y otro caso, se hizo necesario realizar una desagregación basada en la densidad familiar (relación entre afiliados y cotizantes) ya que las EPS de la ciudad de Pasto no reportaron dicha información de esa forma. Pues bien, la densidad familiar así determinada, es decir, con base en todas las EPS de la Ciudad de Pasto no pudo obtenerse dado que existen grandes limitaciones con respecto a la información requerida, sin embargo, siendo que Coomeva es la única EPS que reportó el número de afiliados discriminados en beneficiarios y cotizantes se tomó dicha densidad, la cual corresponde a 2,2 en el primer trimestre del año 2008.

De esta forma, pudo establecerse que del total de la muestra que corresponde a 224.557 afiliados, 102.071 se presume son cotizantes (54.55%) y los restantes 122.486, es decir, el 45.45% son beneficiarios. Por lo tanto, se calculó que de *N_i* que corresponde a 382 encuestas, 208 debían realizarse a beneficiarios y 174 encuestas a cotizantes.

Ahora bien, teniendo en cuenta que éstos últimos pueden ser dependientes ó independientes, adicionalmente, se hizo necesario determinar de las 174 encuestas la cantidad que debía dirigirse a unos y otros, para ello se tomó la población ocupada según posición ocupacional que reporta el DANE para el año 2007,⁶⁵ de lo cual se pudo identificar que el 51% de la población ocupada es dependiente y 49% es independiente en el sector formal de la economía. De esta manera, se efectuaron 89 y 85 encuestas respectivamente.

De igual manera, las IPS universo de estudio son las principales instituciones contratadas por las EPS base del estudio, de allí se aplicaron las entrevistas.

Es importante aclarar que los aspectos específicos en las entrevistas tanto para los directivos de las EPS como para los directivos de las IPS presentan similitud en su forma ya que lo que se pretende es identificar las dificultades que se presentan en la prestación de los servicios de seguridad social en salud teniendo en cuenta el análisis que realiza cada una de ésta desde su propia perspectiva independientemente de la función que desempeña.

1.6.4 Diseño de procedimientos y métodos. Para llevar a cabo el desarrollo de la investigación se realizó una recolección de información primaria, secundaria y terciaria.

- **Información Primaria:** Entrevistas a los funcionarios que pertenecen a las entidades prestadoras de servicios de seguridad social en salud tanto públicas como privadas, estableciendo aspectos de carácter misional, funcional, administrativo y presupuestal.

⁶⁵ DANE. GEIH. Población Ocupada según posición ocupacional. Total 13 áreas y ciudades Metropolitanas. Promedio Enero-Diciembre 2007.

Encuestas a los cotizantes que pertenecen a las empresas del sector formal de la economía de la ciudad de Pasto y a los beneficiarios de éstos.

• **Información Secundaria:** Se obtuvo a través de la consulta de fuentes bibliográficas para la información teórica y actual en cuanto al tema concerniente, disponible en bibliotecas y archivos de Instituciones relacionadas. Los principales textos de consulta fueron:

- ✓ CAÑÓN Ortegón, Leonardo. “Una Visión Integral de la Seguridad social”
- ✓ RODRIGUEZ, Oscar. “Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia”
- ✓ TORRES CORREDOR, Hernando. “Sistema de Seguridad Social Salud”

• **Información Terciaria:** Se consulto datos e información vía Internet mediante páginas Web, enciclopedias y libros virtuales y los distintos documentos publicados en la red, que sirvieron de base para los fines de la investigación. Las principales páginas Web son:

- ✓ www.minproteccionsocial.gov.co
- ✓ www.supersalud.com.co
- ✓ www.seguridadsocial.com.co

1.6.5 Técnicas de análisis e interpretación de resultados. Una vez recolectada la información se procedió a organizarla, tabularla y procesarla y se interpretaron los resultados obtenidos con el fin de formular las alternativas de mejoramiento de la prestación del servicio de seguridad social en salud en la Ciudad de Pasto.

El instrumento de sistematización que se utilizó para la tabulación fue el programa Excel, ya que este es un medio fácil y confiable para la obtención de los mejores resultados los cuales se presentan en cuadros y gráficas.

2. COBERTURA Y EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN PASTO.

La reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993), sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado.

Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS colombiano está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados y el segundo, denominado régimen subsidiado que vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

El capítulo se dividirá en cuatro secciones, la primera de ella consta de una descripción de la cobertura en el Sistema de Seguridad Social en Salud de la población total y por regímenes (Contributivo y Subsidiado), al igual que la evolución del período 2005-2007 en Pasto, Nariño y Colombia, y su respectivo análisis; en la segunda parte se determina cuáles son las EPS más representativas a nivel local; en la tercera sección se realiza un análisis sobre los niveles de cobertura de la población económicamente activa y ocupada que se encuentra afiliada a régimen contributivo y en la última se establece una relación entre población cubierta a éste régimen con la tasa de desempleo a nivel local y nacional.

2.1 COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN PASTO.

De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el SGSSS debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través del régimen contributivo y subsidiado. Sin embargo, la cobertura del sistema alcanzó para el año 2007 el 87.91% en el país, lo cual se puede explicar, de una parte, por la insuficiencia de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del régimen subsidiado y, de otra, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal, la cual determina el aumento de la población beneficiaria del régimen contributivo. Lo anterior plantea una doble dificultad para ampliar la cobertura de salud a través de los dos regímenes existentes debido a que su financiación depende esencialmente de la generación de empleo formal.

De lo anterior, se puede establecer que obviamente la cobertura en seguridad social en la ciudad de Pasto no es universal, pero es necesario determinar qué porcentaje de la población total está cubierta y cuánta falta por afiliar, ya que el derecho de la salud es fundamental para cualquier persona sin importar su condición social; además es importante conocer los porcentajes de participación de cada uno de los regímenes, con el fin de precisar el ritmo de crecimiento de la base de la financiación del sistema, es decir, el régimen contributivo.

Es así, como se inicia con el análisis de la cobertura en el Sistema de Seguridad Social en Salud de la población total y luego según los regímenes contributivo y subsidiado).

2.1.1 Cobertura de la seguridad social en salud de la población total en Pasto. Como se señaló anteriormente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los dos regímenes contributivo y subsidiado establecidos en la Ley 100 de 1993. Sin embargo, la cobertura total del SGSSS en el país alcanzó para el año 2007 solamente el 87.91%, en Nariño se logró una cobertura 77.33% y en la ciudad de Pasto el 90.53% del total de la población.

Según cifras del Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud del Ministerio de la Protección Social y las brindadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño para el período 2005-2007, en promedio en Pasto se encontraban afiliados 339.889, es decir, se obtuvo una cobertura promedio de 87.48%, en Nariño 1.148.986 personas para una cobertura de 73.57% y en Colombia 36.288.308 afiliados que corresponden al 84.96%, esto demuestra que Pasto a diferencia de Nariño y Colombia tiene un mayor número de afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud tanto en régimen contributivo como subsidiado (ver cuadro y gráfica 1).

Aunque ésta cifra es muy alentadora, hay que tener en cuenta que en Pasto todavía el 9.47% de la población está por fuera del Sistema de Seguridad Social en Salud, la que por derecho debe garantizársele el acceso a éste servicio que es indispensable para el buen desempeño como ser humano en todos los campos de la vida.

Analizando la cobertura en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Pasto para el periodo 2005-2007, esta se incrementó en un 9.52%, pasando de 81.01% a 90.53% respectivamente, al observar las cifras de cada año se demuestra que el período no es uniforme, pero es necesario reconocer que las políticas del Estado que se aplicaron en la ciudad el año 2005 fueron efectivas en el tema de salud ya que es sorprendente como se pasó a una cobertura de 90.89% en el año 2006, presentándose un aumento de 9.88% con respecto al 2005; no obstante, en el año 2007 se logró una menor cobertura, aunque esta diferencia con el 2006 no es muy significativa, pues es tan sólo de 0.36%, hay que tener en cuenta que esto no implica que haya disminuido el total de afiliados al sistema en ese año, sino que la población creció en mayor proporción.

En este mismo cuadro de análisis, se puede apreciar que la cobertura en el departamento de Nariño se incrementó en un 8.2%, puesto que pasó de 69.13% a 77.33% en el período, a

pesar de que estas cifras muestran que existe una tendencia creciente, todavía falta mucho que resolver en materia de seguridad social en salud para alcanzar la cobertura universal, ya que se necesita afiliar al 22.67% de la población nariñense.

En el caso de Colombia, esta amplió su cobertura en seguridad social en salud en 5.19% en el mismo período, pasando de 82.72% a 87.91%, lo cual muestra que para lograr que toda la población esté cubierta es necesario afiliar a 5.312.831 personas aproximadamente, que corresponde al 12.09% del total de la población.

Lo anterior indica que en Pasto, se han hecho grandes esfuerzos en materia de cobertura, ya que en el período analizado se dio una mayor ampliación del porcentaje de población que está afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, en comparación con Nariño y Colombia.

A pesar de lo anterior, no se puede perder de vista que en Pasto la población en los últimos años ha aumentado en una menor proporción, es así que, para el año 2006 con relación al 2005 ésta solamente tuvo un crecimiento de 1.5% y en todo el período la población se incrementó en 2.99%.

2.1.2 Cobertura de la seguridad social en salud en Pasto según régimen. En el año 2007, el porcentaje de participación del régimen contributivo disminuyó en Pasto, Nariño y Colombia, (ésta menor participación en Colombia se debe, a que el régimen subsidiado lo hizo en mayor proporción, sin embargo, la cantidad de personas afiliadas al régimen contributivo siguió su crecimiento); algunas de las razones de esa disminución en la ciudad fueron, que aunque los sectores económicos fueron productivos, no se logró impactar positivamente el desempleo ya que éste siguió siendo alto y además los ingresos percibidos por la población fueron bajos restringiendo el consumo y el ahorro, por lo tanto la inversión y a su vez la generación de empleo (ver cuadros 2 y 3).

Otros factores que afectaron la actividad económica de la ciudad fueron la inseguridad, debido al incremento de robos y atracos callejeros, causados especialmente por la población desmovilizada y desplazada que llega a Pasto de otros lugares del departamento y del país que se suman a la larga lista de desempleados.

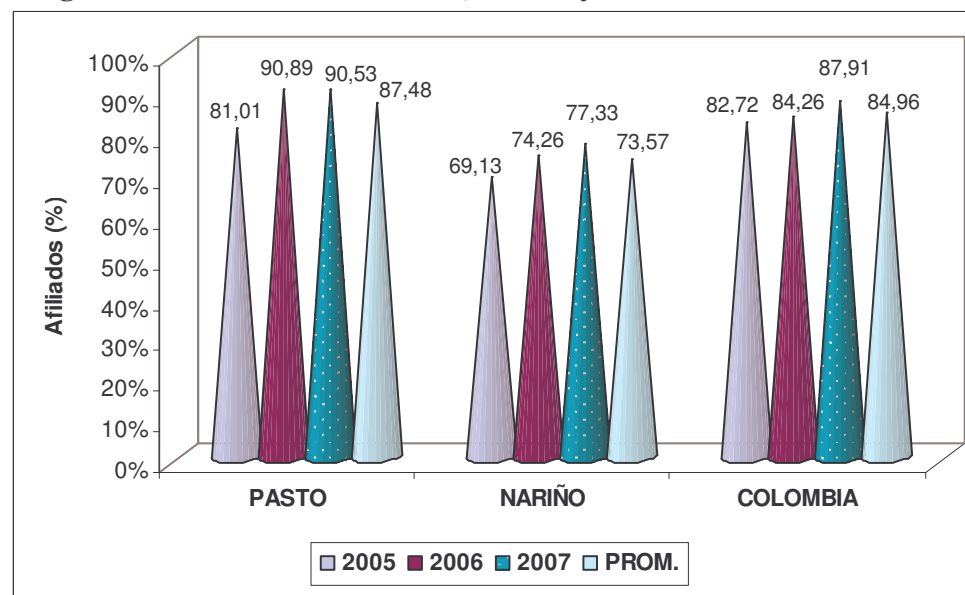
De acuerdo al mismo análisis, en el período 2005-2007 en promedio en Pasto se encontraban afiliadas 154.485 personas en el régimen contributivo, es decir, 45.4% y 185.404 en el régimen subsidiado, o sea el 54.6%; en Nariño se hallaban 223.683 afiliados en el régimen contributivo que representa el 19.45% y en el régimen subsidiado estaban 925.303 afiliados que corresponden a 80.55% y en el país dentro del régimen contributivo habían 16.189.826 afiliados y en el régimen subsidiado 20.098.482 que equivalen al 44.64% y al 55.36% respectivamente (ver cuadros 2 y 3 y gráficas 3 y 4).

Cuadro 1. Cobertura en Seguridad Social en Salud. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.

Año	PASTO			NARIÑO			COLOMBIA		
	Total Afiliados	Total Población	Cobertura	Total Afiliados	Total Población	Cobertura	Total Afiliados	Total Población	Cobertura
2005	309.956	382.618	81,01%	1.065.974	1.541.956	69,13%	34.114.992	41.242.948	82,72%
2006	352.967	388.347	90,89%	1.159.083	1.560.895	74,26%	36.136.728	42.888.592	84,26%
2007	356.745	394.074	90,53%	1.221.900	1.580.123	77,33%	38.613.203	43.926.034	87,91%
PROM	339.889	388.346	87,48%	1.148.986	1.560.991	73,57%	36.288.308	42.685.858	84,96%

Fuentes: MPS. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud.
Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. Instituto Departamental de Salud de Nariño. DANE

Gráfica 1. Cobertura en Seguridad Social en Salud. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.



Las anteriores cifras muestran que en promedio tanto en Pasto como en Nariño y en Colombia existe un mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado, pero en la ciudad de Pasto el porcentaje es menor; sin embargo, se asemeja más al nacional que al departamental, ya que en con éste último existe una gran diferencia pues representa más del 80% del total de la población.

Lógicamente, hay una menor cantidad de personas que están afiliadas en el régimen contributivo, en Pasto haya una mayor proporción, pero esto se debe a que en su mayoría urbana mientras que en Nariño y Colombia predominan las zonas rurales. No obstante, es muy notorio que en Nariño el porcentaje que corresponde a régimen contributivo es demasiado bajo, y se debe principalmente a que Nariño tiene en su mayoría población rural. “En 2005 más de la mitad de la población de Nariño (54%) todavía vivía en zonas rurales, sólo superado por el Departamento del Cauca (59%), mientras en el total nacional esa participación se había reducido al 24%. Nariño tiene 21 municipios con población igual o inferior a 10 mil habitantes y apenas tres municipios con más de 100 mil (Pasto, Tumaco e Ipiales). Esta situación demográfica confirma la condición de ruralidad del Departamento de Nariño, así como su dependencia con el sector primario de la economía”.⁶⁶

⁶⁶ Plan de Desarrollo 2008 – 2011 “Adelante Nariño”. San Juan De Pasto. Junio De 2008. Pág. 4.

Cuadro 2. Cobertura en Seguridad Social en Salud según Régimen. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007. Valores Absolutos.

Año	PASTO			NARIÑO			COLOMBIA		
	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total
2005	136.121	173.835	309.956	192.767	873.207	1.065.974	15.533.582	18.581.410	34.114.992
2006	172.819	180.148	352.967	253.366	905.717	1.159.083	16.029.505	20.107.223	36.136.728
2007	154.516	202.229	356.745	224.916	996.984	1.221.900	17.006.391	21.606.812	38.613.203
PROM	154.485	185.404	339.889	223.683	925.303	1.148.986	16.189.826	20.098.482	36.288.308

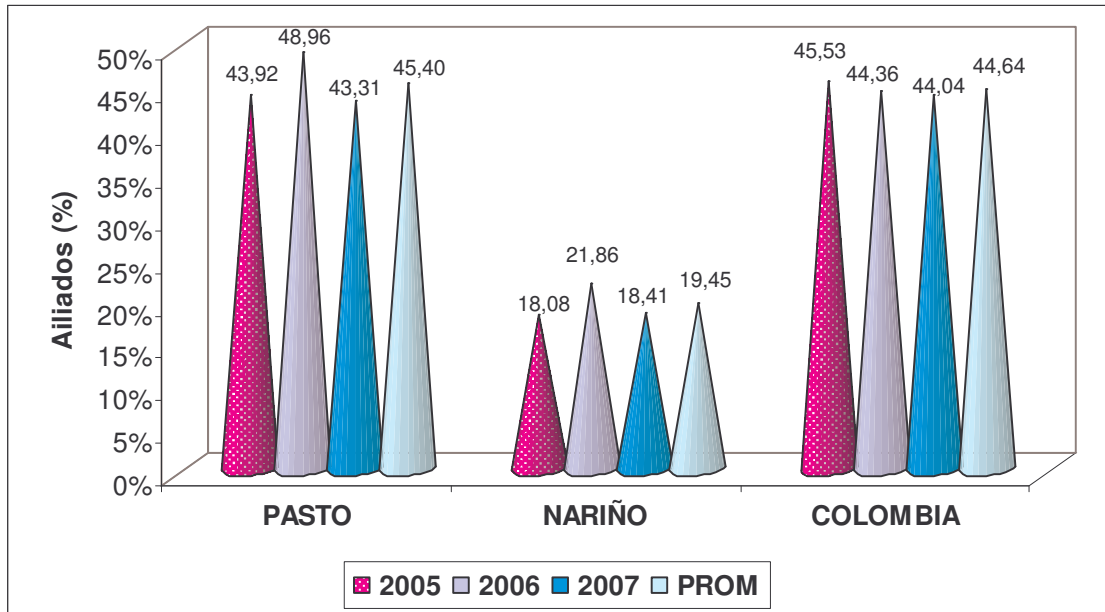
Fuentes: MPS. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. DANE

Cuadro 3. Cobertura en Seguridad Social en Salud según Régimen. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007. Valores Porcentuales.

Año	PASTO			NARIÑO			COLOMBIA		
	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total
2005	43,92%	56,08%	100%	18,08%	81,92%	100%	45,53%	54,47%	100%
2006	48,96%	51,04%	100%	21,86%	78,14%	100%	44,36%	55,64%	100%
2007	43,31%	56,69%	100%	18,41%	81,59%	100%	44,04%	55,96%	100%
PROM	45,40%	54,60%	100%	19,45%	80,55%	100%	44,64%	55,36%	100%

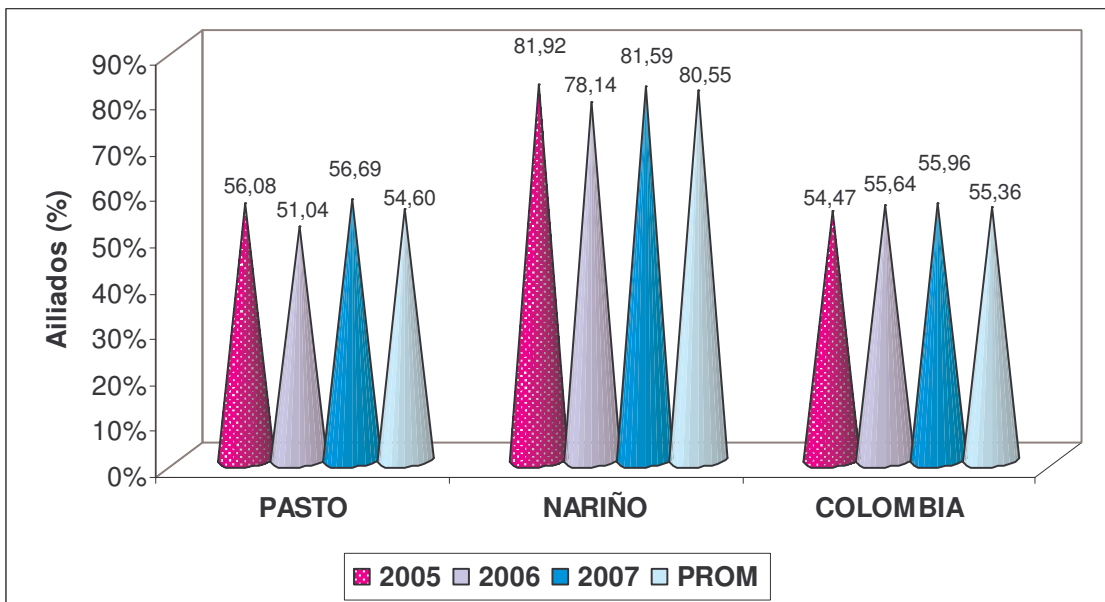
Fuentes: MPS. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. DANE

Gráfica 2. Cobertura en Régimen Contributivo. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.



Fuentes: MPS. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. DANE

Gráfica 3. Cobertura en Régimen Subsidiado. Pasto, Nariño y Colombia. 2005-2007.



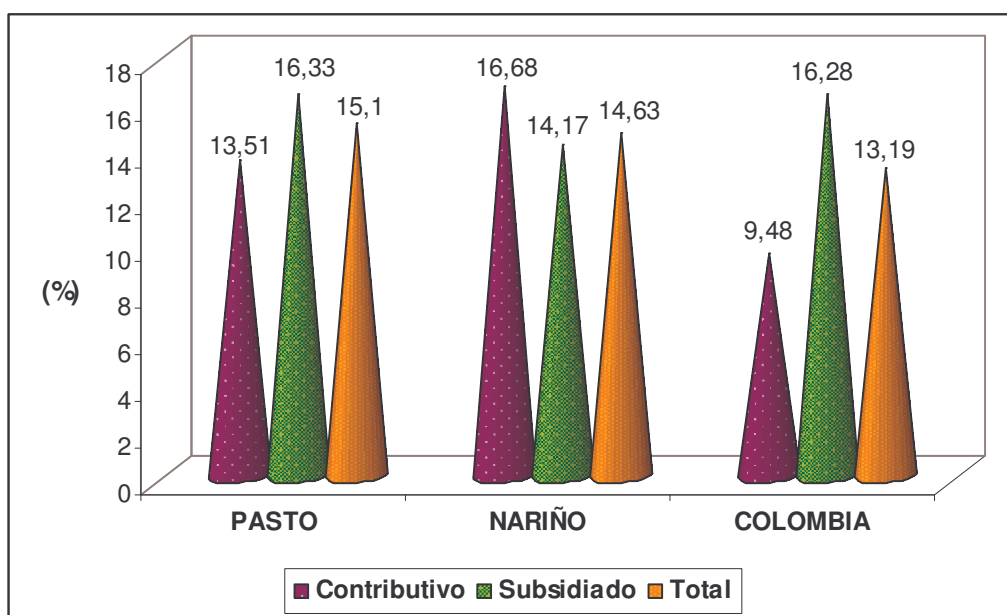
Fuentes: MPS. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. DANE

Cuadro 4. Variación Porcentual 2007/2005. Afiliación a los Regimenes Contributivo, Subsidiado y Total. Pasto, Nariño y Colombia.

Régimen	PASTO	NARIÑO	COLOMBIA
	Variación Porcentual 2007/2005	Variación Porcentual 2007/2005	Variación Porcentual 2007/2005
Contributivo	13,51	16,68	9,48
Subsidiado	16,33	14,17	16,28
Total	15,10	14,63	13,19

Fuentes: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones y Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Cálculos propios.

Gráfica 4. Variación Porcentual 2007/2005. Afiliación a los Regimenes Contributivo, Subsidiado y Total. Pasto, Nariño y Colombia.



Fuentes: MPS. Dirección General de Planeación y Análisis de Política. Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. DANE

Teniendo en cuenta la variación porcentual de la afiliación a Seguridad Social en Salud en el período 2005-2007, se encontró que el mayor incremento se produjo en la ciudad de Pasto, representando el 15.1%; en Nariño y Colombia se dieron incrementos de 14.63% y 13.19% respectivamente. Una vez más, se comprueba la eficacia de las políticas de salud en Pasto orientadas a incrementar la cobertura (ver cuadro y gráfica 4).

Continuando con el mismo cuadro de análisis, , la mayor variación porcentual del período con respecto al régimen contributivo se presentó en Nariño, la cual corresponde a 16.68%, seguida por Pasto y Colombia, es decir, que en el departamento el número de personas afiliadas a este régimen se aumentó en una mayor proporción que en los dos últimos y con relación al régimen subsidiado, el mayor incremento se presentó en la ciudad de Pasto, el cual representa el 16.33%; en orden sigue Colombia y Nariño con el 16.28% y 14.17% respectivamente.

El Gobierno, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, viene desarrollando políticas para alcanzar la universalización en la prestación de servicios de salud, lo que refleja sin ninguna duda la decisión política claramente establecida de que es necesario financiar el aseguramiento para la totalidad de la población. Lo que ha aumentado en este campo es el régimen subsidiado, el diseñado para los pobres. Es decir lo que se ha expandido rápidamente es el mecanismo para que la población más pobre del país acceda a los servicios de salud.

¿Porqué la importancia del aseguramiento en el Gobierno del Presidente Uribe?, según el ministro Diego Palacios, “porque la evidencia en el mundo entero muestra que el aseguramiento bien manejado es un instrumento importante para romper barreras de acceso y lograr servicios de salud”.⁶⁷

Sin embargo, se debe tener en cuenta que un sistema de salud sostenible debería funcionar de la siguiente manera: el régimen subsidiado debería estar soportado financieramente por el régimen contributivo financiado por el trabajador y el empleador formal, por los aportes estatales y los de los pensionados y sus familias. Sin embargo, al observar las cifras de afiliados a ambos regímenes, la situación es preocupante.

Mientras el régimen subsidiado ha crecido en el período 2005-2007 en un 16.28% en el país y en Pasto 16.33%, el régimen contributivo ha aumentado en el mismo período 9.48% y 13.51% respectivamente. Es por esto que el sistema no es sostenible financieramente y el Gobierno, al buscar la universalización por medio del régimen subsidiado, está creando una bomba fiscal que al estallar perjudicará a los de siempre, a los más pobres.

La ley 1122 de 2007 estableció que el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe alcanzar en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén, para lo cual el Gobierno Nacional ha diseñado un plan que permita el cumplimiento de la meta de universalización de la afiliación al régimen subsidiado al año 2009. Sin embargo, mucho más de una década de historia del régimen subsidiado está marcada por un propósito delirante de aumentar cobertura a cómo dé lugar, con un

⁶⁷ PALACIO B. Diego. Políticas de salud basadas en evidencia. Conferencia de Apertura presentada en el Primer Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Bogotá. Octubre 23 de 2006. En: http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias_1congreso_sp/congreso_%20salud_compilado/fin_al/cdpcb.pdf

complejo paquete de normas que se contradicen, aplazan, corrigen, reordenan, sin resolver con certeza los anhelos de millones de colombianos que por lo menos aspiran a ese escalón en el acceso a servicios plenos en el sistema de salud.

No debe desconocerse la buena voluntad de las instancias rectoras del sistema de salud y de los sucesivos gobiernos desde 1993, por ofrecer a la población más pobre y vulnerable una esperanza de servicios de salud a través del régimen subsidiado, pero se han visto desbordados en su ánimo de operar con eficiencia el sistema a favor de los afiliados como lo demuestran las cifras.

2.2 AFILIADOS A RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD POR EPS.

La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud como parte del Sistema de Seguridad Social Integral, creado por la Ley 100 de 1993, estableció un marco normativo que buscó consolidar un mercado del aseguramiento de los riesgos de salud con base en la competencia regulada entre entidades públicas y privadas.

Este marco normativo contempla como uno de sus más importantes aspectos administrativos la figura de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Estas son entidades de naturaleza pública o privada, que por delegación pueden afiliar y recaudar las cotizaciones de las personas que de acuerdo con la ley deben asegurarse para la protección en el régimen contributivo, ó administrar los recursos que el sistema destina para el aseguramiento de quienes tienen derecho de hacerlo en el régimen subsidiado.

En todo el territorio colombiano existen aproximadamente 23 EPS de régimen contributivo, en su mayoría privadas; sin embargo, solo tres de ellas han conseguido posicionarse en el mercado del aseguramiento en salud, pues son las de mayor presencia en todo el territorio nacional, por lo tanto, cuentan con la mayor población afiliada a dicho régimen y son las siguientes: Saludcoop, el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y Coomeva.

Con el fin de determinar que tan importantes son éstas EPS no solo en la ciudad de Pasto sino también en el contexto departamental y nacional se realizó un comparativo con la participación que dichas EPS han tenido en el periodo 2005 a 2007, cabe aclarar, que en el análisis se tiene en cuenta especialmente a las seis principales EPS que existen en la ciudad de Pasto, las cuales son: SaludCoop, el ISS, Coomeva, Sánitas, Servicio Occidental de Salud (SOS) y SaludVida.

Cuadro 5. Afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad 2005-2007.

ENTIDAD	PASTO			NARIÑO			COLOMBIA		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Saludcoop	67.928	93.196	77.067	103.731	144.222	119.997	3.058.118	2.940.342	3.143.010
ISS	39.600	44.509	40.913	48.034	55.211	50.091	2.677.685	2.320.736	2.290.947
Coomeva	19.162	21.283	22.857	25.640	30.684	32.141	2.141.029	2.460.429	2.640.855
Total 3 principales EPS	126.690	158.988	140.837	177.405	230.117	202.229	7.876.832	7.721.507	8.074.812
Otras EPS	9.431	13.831	13.679	15.362	23.249	22.687	7.656.750	8.307.998	8.931.579
TOTAL	136.121	172.819	154.516	192.767	253.366	224.916	15.533.582	16.029.505	17.006.391

Fuentes: Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social 2005-2007 y FIDUFOSYGA–Instituto Departamental de Salud de Nariño. IDSN. Planeación Sistemas. Cálculos esta investigación.

Cuadro 6. Afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad 2005-2007. Valor porcentual.

ENTIDAD	PASTO			NARIÑO			COLOMBIA		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Saludcoop	49,90	53,93	49,88	53,81	56,92	53,35	19,69	18,34	18,48
ISS	29,09	25,75	26,48	24,92	21,79	22,27	17,24	14,48	13,47
Coomeva	14,08	12,32	14,79	13,30	12,11	14,29	13,78	15,35	15,53
Total 3 princ. EPS	93,07	92	91,15	92,03	90,82	89,91	50,71	48,17	47,48
Otras EPS	6,93	8	8,85	7,97	9,18	10,09	49,29	51,82	52,52
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuentes: Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social 2005-2007 y FIDUFOSYGA–Instituto Departamental de Salud de Nariño. IDSN. Planeación Sistemas. Cálculos esta investigación.

Como puede observarse claramente, el mercado de la salud contributiva en todo el contexto nacional ésta en manos de las tres EPS ya mencionadas, ello se evidencia en que estas tienen la mayor participación en dicho mercado, es decir, que cuentan con la mayoría de la población afiliada en el periodo de análisis (ver cuadro y gráfica 6).

Si bien en Colombia dicha participación representa en promedio el 48.79%, es decir, que en SaludCoop, el ISS y Coomeva están casi la mitad de los afiliados, para el caso de Nariño y especialmente para Pasto esta participación es mucho mayor pues representa el 90.92% y el 92.07% respectivamente, lo cual demuestra en estos últimos la alta concentración de los afiliados en solo tres de éstas entidades (ver cuadro 7 y gráfica 6).

Ahora bien, de la misma forma, pudo identificarse que dentro de las tres principales EPS es SaludCoop sin duda alguna la EPS que se encuentra consolidada como la más grande dado el número de usuarios con los que cuenta siendo éstos en promedio en la ciudad de Pasto 79.397, es decir, el 51.24% lo cual muestra que algo más de la mitad de los afiliados se encuentran solo ésta entidad, y por lo tanto el resto de los usuarios se encuentra en las demás EPS, especialmente en el ISS y Coomeva.

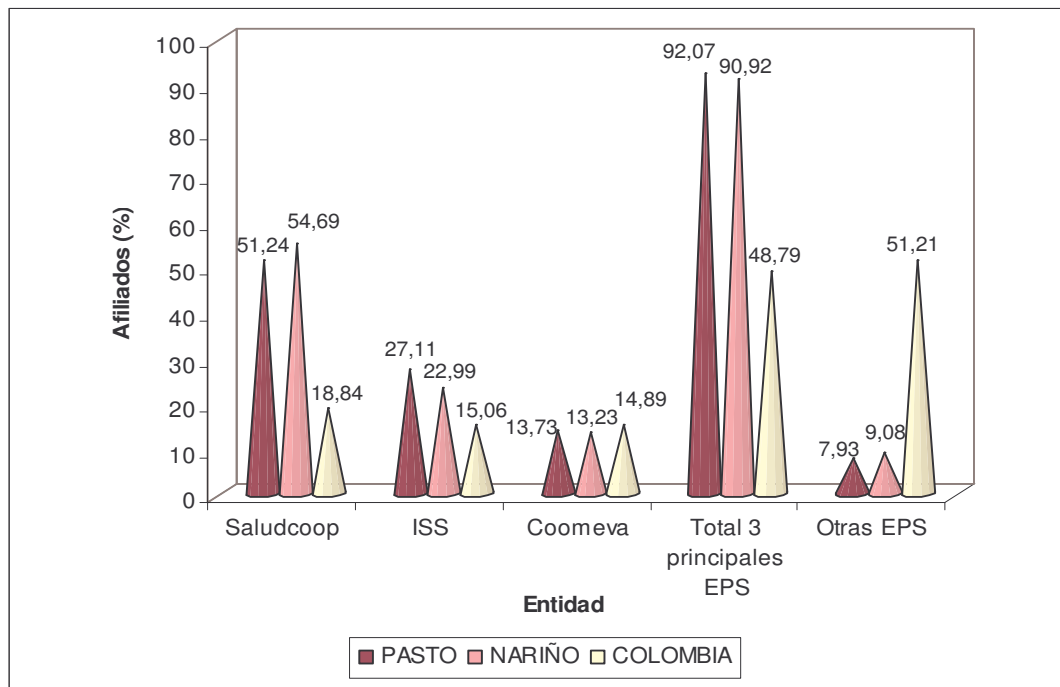
Con respecto a Nariño la tendencia es similar pero un poco más notable puesto que SaludCoop participa con el 54.69% del total de los afiliados siendo estos en promedio 122.650, a nivel nacional la participación de SaludCoop no es tan marcada pero de la misma forma es aquella entre las tres principales EPS la que cuenta con la mayoría de los usuarios siendo éstos en promedio 3.047.157, es decir, el 18.84% (ver cuadro 7).

Es importante resaltar que SaludCoop es una EPS de carácter privado que lleva funcionando en el mercado de la salud contributiva desde hace 14 años, es decir, en seguida a la implementación de la ley 100 de 1993, lo que le ha permitido conocer bien el mercado y sacar las mayores ventajas de ello, esto se refleja en el gran tamaño que ha adquirido a través de los años no solo en la ciudad de Pasto sino a nivel del departamento de Nariño y también del país.

Cuadro 7. Promedio de afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad 2005-2007.

ENTIDAD	PASTO		NARIÑO		COLOMBIA	
	Afiliados Promedio	Part. %Prom.	Afiliados Promedio	Part. %Prom.	Afiliados Promedio	Part. %Prom.
Saludcoop	79.397	51,24	122.650	54,69	3.047.157	18,84
ISS	41.674	27,11	51.112	22,99	2.429.789	15,06
Coomeva	21.101	13,73	29.488	13,23	2.414.104	14,89
Total 3 principales EPS	142.172	92,07	203.250	90,92	7.891.050	48,79
Otras EPS	12.314	7,93	20.433	9,08	8.298.776	51,21
TOTAL	154.485	100	223.683	100	16.189.826	100

Gráfica 6. Promedio de afiliados a Régimen Contributivo de salud por Entidad 2005-2007.



Fuentes: Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social 2005-2007 y FIDUFOSYGA–Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. Planeación Sistemas. Cálculos esta investigación.

La EPS que le sigue a SaludCoop en cuanto a número de afiliados es el Instituto de Seguros Sociales, si bien para el periodo de análisis la participación promedio de dicha EPS es significativa, lo es más en la ciudad de Pasto pues representa el 27.11% del total de los afiliados que en Nariño donde representa el 22.99% y en Colombia el 15.06% del total de los afiliados (ver cuadro 7 y gráfica 6).

Frente a la participación que tiene el ISS en el mercado de la salud contributiva en los años 2005 a 2007, es importante resaltar que se denota una gran disminución de ésta si se tiene en cuenta que antes de la Ley 100 de 1993 era el ISS la entidad de carácter estatal que contaba con la mayoría de los afiliados a régimen contributivo en todo el país, ahora bien, dicha disminución de los afiliados al ISS y que ahora hacen parte de EPS como SaludCoop especialmente, evidencia como la empresa privada a logrado ofrecer a los usuarios mayores garantías y una mejor prestación del servicio de salud ante lo cual los usuarios se han sentido atraídos y han elegido hacer parte y permanecer en EPS diferentes al ISS.

Si bien el ISS cuenta con un alto número de usuarios hasta 2007 en la ciudad de Pasto y en general en todo el contexto nacional ello se explica en parte porque antes y después de la

Ley 100 de 1993 ésta entidad se encargó de prestar no solo el servicio de salud sino también de pensiones y riesgos profesionales, que en el caso de las pensiones implican largos periodos de cotización para los afiliados quienes por ello optaron por permanecer en el ISS desde hace mucho tiempo atrás recibiendo también el servicio de salud.

De la misma forma que SaludCoop y el ISS, Coomeva se destaca por ser una de las EPS más grandes en cuanto al número de afiliados, sin embargo, su participación en relación a éstas es mucho menor especialmente en la ciudad de Pasto pues representa aproximadamente la tercera parte de los afiliados de SaludCoop y la mitad de los que se encuentran en el ISS; para el departamento de Nariño el comportamiento es similar, pero a nivel nacional no se presenta una gran diferenciación del número de afiliados en éstas tres EPS aunque es Coomeva la que cuenta con un menor número de usuarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, claramente puede verse que EPS como Sánitas, Servicio Occidental de Salud -SOS- y SaludVida que se encuentran en el concepto Otras EPS, no tienen una significativa participación en el mercado, pues para el caso de la ciudad de Pasto éstas en conjunto cuentan tan solo el 4.53% del total de los afiliados, y dado que son seis las EPS que operan en la ciudad dicha participación es demasiado mínima, lo cual demuestra el alto grado de concentración de los afiliados y como se mencionó anteriormente especialmente en la EPS SaludCoop (ver gráfica 6).

De la misma forma sucede en Nariño y en Colombia solo el 4.74% y el 8.56% respectivamente de los afiliados se encuentran en Sánitas, SOS y SaludVida evidenciando que solo una pequeña proporción de los usuarios se encuentran satisfechos con el servicio de salud que les prestan estas EPS.

Lo anterior no solo demuestra que SaludCoop, el ISS y Coomeva son las EPS que lideran el campo del aseguramiento en salud, ello también demuestra que están entre las mejores empresas del país y así lo ha catalogado en el periodo de análisis la Revista Semana en su publicación anual titulada: “Las Cien Empresas más grandes de Colombia (...y las 900 siguientes)”.⁶⁸ Si esto es así ello se debe su crecimiento y fortalecimiento reflejado en el dinamismo en ventas y en sus ingresos operacionales y utilidades netas.

Pues bien, para el año 2007 SaludCoop fue entre las tres EPS la que ocupó el primer lugar en dinamismo y crecimiento a nivel nacional, (en dicha publicación el puesto 17), ello se debió a que tuvo para ese año unos ingresos operacionales de \$2.448.990.000.000, así como una utilidad operacional de \$42.243.000.000, una utilidad neta de \$21.480.000.000 y unos activos de \$959.396.000.000.

Le sigue el Instituto de Seguros Sociales que ocupó el segundo lugar (en dicha publicación el puesto 21), quien presentó unos ingresos operacionales de \$1.906.244.000.000 y unos activos de \$1.894.146.000.000, ocupando el tercer lugar en las empresas estatales más

⁶⁸ SARMIENTO, Carlos. Las Cien Empresas más grandes de Colombia. En: Revista Semana. Edición N°1356 (abril-mayo de 2008); p.32

grandes del país, pero con una utilidad neta negativa de -\$300.033.000.000, que la ubico en el primer lugar de las empresas con mayores pérdidas en 2007; sin embargo, presentó una utilidad operacional de \$83.676.000.000.

Y por último, está Coomeva quien se ubico en el puesto 31 del Ranking empresarial de 2007, con unos ingresos operacionales de \$1.327.074.000.000, unos activos de 267.130.000.000, una utilidad neta de \$11.816.000.000 y una utilidad operacional de \$5.143.000.000.

Lo anterior pone de manifiesto que entre todas las EPS éstas empresas evidentemente son las que más se favorecieron del buen momento por el que atravesó la economía del país la cual creció al 7,5% en 2007, la cifra más elevada de las últimas tres décadas, así como también de la rentabilidad que ofrece el campo del aseguramiento en salud.

Sin duda alguna, SaludCoop, el ISS y Coomeva han mantenido en los últimos años márgenes de ventas muy superiores que les ha permitido generar unos altos ingresos operacionales y por ende cuantiosas utilidades que las ubican en una posición privilegiada en el mercado, lo cual refleja una eficiente gestión asistencial y administrativa.

Dichas empresas también son las de mayor impacto social en favor de la población colombiana, pues se han constituido en una importante fuente de empleo para la población del país, como es el caso específico de SaludCoop que en los años 2005, 2006 y 2007 fue la entidad líder en la generación de puestos de trabajo pues contó en su nómina aproximadamente con 21.811, 24.889 y 25.787 empleados a nivel nacional respectivamente⁶⁹.

En el caso específico del ISS, es importante resaltar que aunque ésta EPS se ha constituido por muchos años en una de las empresas estatales más grandes del país, no es un secreto que la entidad en los últimos años ha estado sometida a un proceso de transformación y liquidación debido a diversas y profundas dificultades de tipo financiero y administrativo gestadas desde hace mucho tiempo, que se reflejan en el alto endeudamiento (relación pasivo/activos %) que para 2006 fue del 209,9% y para 2007 de 228.8%, además de que para los mismo años incurrió en significativas pérdidas con una utilidad neta de -\$405.570.000.000 y -\$300.003.000.000 respectivamente.

Es por ello que para el año 2008 y luego de que se suspendiera la licencia a la EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud el proceso de liquidación término por darle paso a la creación de una nueva entidad aseguradora llamada “La Nueva EPS” por parte de seis cajas de compensación entre las que se encuentran Cafam, Colsubsidio y Compensar, ésta nueva entidad aseguradora a la que pasaron automáticamente los afiliados del ISS tiene como principal propósito brindar un servicio de salud con calidad y oportunidad a sus millones de usuarios.

⁶⁹ Ibid., P.35.

De esta forma Coomeva y SaludCoop como entidades privadas y el Instituto de Seguros Sociales como entidad pública (con los problemas que presentó ésta última) se consolidaron como las entidades aseguradoras más grandes en el mercado de la salud contributiva no solo porque tener presencia en todo el territorio nacional, sino por poseer Instituciones Prestadoras de Salud IPS propias, lo cual les ha facilitado la prestación del servicio de salud.

Cabe resaltar que la consolidación de empresas como es el caso de SaludCoop y Coomeva ha sido posible a que dichas empresas tienen como política reinvertir sus excedentes y en este sentido, ello les ha permitido contar con la infraestructura hospitalaria más grande y moderna del país, con Unidades Especializadas, así como con un equipo médico especializado, idóneo, con experiencia, habilidad y destreza para el desarrollo de sus funciones y tecnología de alta complejidad, para dar respuesta a las necesidades de los usuarios y así brindarles más beneficios y facilidades para acceder a los mismos.

2.3 NIVELES DE COBERTURA DE LA AFILIACION DE LA POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA Y OCUPADA EN EL AÑO 2007.

Con el fin de determinar qué porcentaje de población de régimen contributivo sostiene al Sistema de Seguridad Social en Salud tanto a nivel local como nacional, se establecieron las siguientes relaciones teniendo en cuenta las cifras del año 2007⁷⁰:

➤ **Fórmula 1:**

$$\text{Población Cotizante/ Población Económicamente Activa} * 100$$

En la ciudad de Pasto solo existe una institución que cuenta con la base de datos de la población afiliada a seguridad social en salud para régimen contributivo (Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN), la información que posee dicha institución no se encuentra desagregada en cotizantes y beneficiarios; por lo tanto, para establecer esta relación se hizo necesario tomar como referencia la densidad familiar de Pasto, que es la relación entre afiliados y cotizantes, la cual se determinó a partir de la base de datos de Coomeva, que corresponde a 2.2.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a los datos encontrados sobre el total de la población afiliada a dicho régimen, se pudo establecer lo siguiente:

$$\text{Total Población Régimen Contributivo / Densidad Familiar} =$$

$$154.516 / 2,2 = \mathbf{70.234 \text{ afiliados cotizantes}}$$

Una vez encontrada esta cifra se reemplaza en la fórmula 1 y se tiene:

⁷⁰ DANE. Encuesta Continua de Hogares. Cálculos Dirección General de Promoción del Trabajo, 2007.

$$70.234 / 183.704 * 100 = \mathbf{38,23\%}$$

En Colombia, el número de cotizantes se encuentra establecido en 7.625.481 afiliados⁷¹, por lo tanto se reemplaza en la fórmula 1 así:

$$7.625.481 / 20.497.000 * 100 = \mathbf{37,20\%}$$

De la población total en Pasto que corresponde a 394.074 para el año 2007, 183.704 personas hacen parte de la población económicamente activa, de ésta población tan solo el 38.23% cotiza en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo cual indica que en Pasto la base del régimen contributivo y en consecuencia del SGSSS es muy baja, pues casi todo el peso del sistema recae sobre ésta, pero la situación es más preocupante, cuando ésta cifra se la compara con la del país, ya que corresponde a 37.2%, siendo todavía más baja.

El SGSSS fue concebido para lograr estabilidad cuando el régimen contributivo representase la mayor parte del sistema, sobre la base de las contribuciones ligadas al empleo formal. Sin embargo, esto choca con problemas estructurales del mercado laboral, donde la tasa de desempleo es alta representada por el 12.89% en Pasto y 11.1% en Colombia.

De la misma forma, puede establecerse una relación entre la población cotizante y la población ocupada en Pasto y Colombia, para determinar en realidad qué porcentaje de la población que está trabajando contribuye al SGSSS como se muestra a continuación:

➤ **Formula 2:**
Población cotizante Régimen Contributivo / Población Ocupada *100

Reemplazando en la fórmula 2 se tiene:

$$70.234 / 160.029 * 100 = \mathbf{43.9\% \text{ en Pasto.}}$$
$$7.625.481 / 18.215.000 * 100 = \mathbf{41.9\% \text{ en Colombia.}}$$

Estos resultados indican que del total de la población que se encuentra ocupada en Pasto y Colombia, solamente menos de la mitad de las personas cotizan en régimen contributivo, es decir, que más del 50% de éstas personas se encuentran afiliadas a régimen subsidiado o no están afiliadas en el peor de los casos, demostrando una vez más que el Sistema de Seguridad Social en Salud no es sostenible en el tiempo, puesto que si las personas que de una u otra forma tienen capacidad de pago no cotizan en el régimen contributivo, de dónde van a salir los recursos para mantener y aumentar la población del subsidiado? ¿No se desestimula la afiliación al régimen contributivo?

⁷¹ Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.

Sobre los afiliados a régimen contributivo recae buena parte de la responsabilidad de mantener al SGSSS; éste régimen son quienes soportan a sus familias, aportan un punto de solidaridad en el régimen subsidiado, y del aparato productivo del cual hacen parte salen vía impuestos los recursos del Sistema General de Participaciones; igualmente, los recursos para atender a la población vinculada expresan un aporte indirecto de quienes hacen parte del aparato productivo. Podrá entenderse que una estructura como una pirámide, apoyada en una estrecha base (*Cotizantes*) es inestable, y requerirá de varios apoyos para mantenerse estable.

Si el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social de Salud no se da gracias a un mayor crecimiento del régimen contributivo, prosperar por el régimen subsidiado no solucionará de raíz las deficientes coberturas de salud ni permitirá viabilidad a largo plazo al SGSSS.

2.4 RELACIÓN ENTRE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DESEMPLEO EN PASTO Y COLOMBIA EN EL PERÍODO 2005-2007.

Se podía creer que existe una relación estrecha entre el desempleo y el grado de afiliación a seguridad social en salud a través de régimen contributivo, ya que al disminuir el primero, generaría que más personas tengan ingresos puedan cotizar en el sistema y así acceder al servicio de salud, como el mismo presidente de la República lo señaló: “si hay algún indicativo de las tendencias de empleo, es el grado de afiliación de los colombianos a la seguridad social y que por eso, el Gobierno le ha hecho un cuidadoso examen a su evolución”⁷².

De esta manera, se realizó el respectivo análisis con el fin de determinar si existe ésta relación inversa entre el nivel de desempleo y la cobertura en el régimen contributivo de salud para el año 2007 en Pasto.

Para explicar el aumento en la afiliación a la seguridad social es útil la información sobre desempleo tanto de la ciudad de Pasto como de Colombia (período 2005-2007). Esta información nos indica, que durante este período el desempleo total disminuyó 9.09% en la ciudad y 5.13% en el país, mientras que la cobertura en régimen contributivo creció en 1.08% en Pasto y disminuyó en 3.27% en Colombia (ver cuadro 8 y gráfica 7).

De lo anterior, se puede deducir que el desempleo en la ciudad de Pasto disminuye en mayores proporciones que en el país; sin embargo, en este último la participación del régimen contributivo en el total de afiliados se reduce en el período 2005-2007, mientras que en Pasto aumenta, aunque en un bajo porcentaje.

⁷² URIBE, Álvaro. Declaración en la ciudad de Huila. En: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/sne/2007/febrero/01/20012007.htm

Teniendo en cuenta cada año por separado, se observa que efectivamente en 2006, al incrementarse la tasa de desempleo tanto a nivel nacional como local, el porcentaje de afiliados en régimen contributivo disminuyó, es decir, que al incrementarse las personas sin empleo, esto repercutió en que no pudieran seguir cotizando en salud y por lo tanto se retiraron de sus EPS.

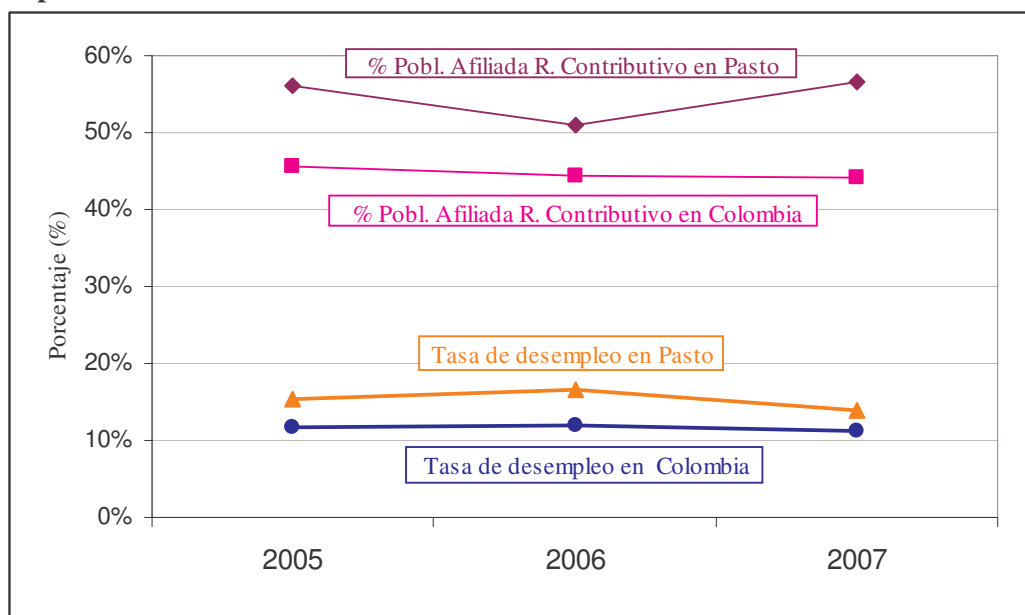
Para Pasto en el año 2007, sigue presentándose la misma situación, mientras el desempleo disminuyó, el porcentaje de afiliados a régimen contributivo aumentó, es decir, se muestra una vez más la relación inversa. Sin embargo, para Colombia esta relación no aplica, si se analiza los valores porcentuales y no los nominales.

Cuadro 8. Porcentaje de la población afiliada a Régimen Contributivo vs. Tasa de Desempleo.

Año	PASTO		COLOMBIA	
	% Afiliados R. Contributivo	Tasa de desempleo	% Afiliados R. Contributivo	Tasa de desempleo
2005	56,08%	15.4%	45,53%	11,7%
2006	51,04%	16.6%	44,36%	12,0%
2007	56,69%	14.0%	44,04%	11,1%

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. DANE.

Gráfica 7. Porcentaje de la población afiliada a Régimen Contributivo vs. Tasa de Desempleo.



Fuente: Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN. DANE.

3. CARACTERÍSTICAS EMPRESARIALES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD EN PASTO.

La Constitución de 1991 generó cambios en materia de Seguridad Social y estableció que ésta se podía prestar tanto por entes públicos como privados, pero aclaró que se debía mantener la regulación, control y vigilancia por cuenta del Estado.

En desarrollo de la Constitución se expidió la Ley 100 de 1993, que estableció un nuevo Sistema de Seguridad Social integrado por tres subsistemas: salud, pensiones y riesgos profesionales.

En cuanto a la salud éste nuevo panorama dio la posibilidad de creación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que podrían ser públicas, privadas, mixtas o cooperativas y estableció que el Instituto de Seguros Sociales (ISS) debía pasar a ser otra más de éstas entidades conservando su carácter público, lo cual se convirtió en un reto para el ISS porque debió poner en marcha una profunda transformación para atender y competir con la empresa privada en el mercado del aseguramiento en salud.

Es así como, la Ley 100 de 1993 estableció un nuevo sistema de salud basado en el concepto de la “competencia regulada”, donde toda la población del país tiene derecho a acceder a los servicios de salud y los usuarios mismos cuentan con autonomía en el momento de escoger una empresa aseguradora de salud (EPS).

Por su parte, las EPS específicamente de régimen contributivo, se encargan de afiliar los trabajadores dependientes e independientes cotizantes y su grupo familiar en los términos que establece la ley, y para la prestación de los servicios de salud contrata con las IPS (Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud) los servicios que están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

En este sentido es importante destacar que las EPS de régimen contributivo deben cumplir los siguientes parámetros sin excepción:

3.1 SERVICIOS QUE PRESTAN LAS EPS

De acuerdo con lo definido en la Resolución 5261 de 1994 emanada por el Ministerio de Salud, “por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud”, y demás normas que la adicionen, complementen, reformen o sustituyan, se deben prestar los siguientes servicios de acuerdo al nivel de atención:

✓ Nivel I. Atención médica general y especializada; atención odontológica; atención de urgencias; pequeñas cirugías; atención de partos y cesáreas; ayudas diagnósticas

✓ (radiografía, ecografía obstetricia); laboratorio clínico; medicamentos esenciales en presentación genérica y acciones de Promoción y Prevención.

✓ Nivel II. Consulta especializada (medicina interna, pediatría, gineceo-obstetricia, cirugía general); Hospitalización mayor de 24 horas; laboratorio especializado; ecografías y radiología especializada; terapia del lenguaje; terapia ocupacional; terapia respiratoria; optometría y exámenes especializados.

✓ Nivel III. Sub especialidades médicas (cardiología, nefrología) y cirugías programadas; cirugía maxilofacial y ortopedia Infantil.

✓ Nivel IV. Enfermedades de alto costo; tratamiento con radioterapia, quimioterapia para el cáncer; tratamientos para el VIH-SIDA y sus complicaciones; tratamiento quirúrgico para enfermedades cardíacas y cirugía de grandes vasos; insuficiencia renal; trasplante de riñón, corazón, hígado, córnea y médula ósea; reemplazos articulares de rodilla y cadera; cirugía de trauma mayor; unidad de cuidados intensivos y resonancia magnética nuclear.

Dentro de los anteriores existen algunos procedimientos o servicios que requieren un periodo mínimo de cotización, periodos que además varían según se trate de un trabajador dependiente, independiente o si viene de otra EPS.

Adicionalmente, existen algunos servicios que están excluidos por la ley en el Plan de Beneficios del POS, tal y como lo establece el Art. 18 de la Resolución 5261 de 1994, algunos de ellos son los siguientes: cirugías estéticas de embellecimiento y tratamientos para adelgazar; tratamientos de infertilidad; tratamientos o cura de reposo o del sueño; prótesis no incluidas expresamente en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (MAPIPOS); trasplantes de órganos diferentes a riñón, médula ósea, corazón y córnea, entre muchos otros.

3.2 CUOTA MODERADORA Y COPAGO.

Con el propósito de racionalizar la utilización de los servicios y financiar el costo de los mismos el afiliado debe cancelar las cuotas moderadoras y copagos. La ley 100 de 1993 establece que los valores a pagar dependen de:

- ✓ El tipo de afiliación (cotizante o beneficiarios)
- ✓ La atención en salud que se requiere
- ✓ El salario o ingreso del trabajador cotizante

El pago de la *cuota moderadora* corresponde a un porcentaje del valor de los servicios incluidos en el POS, dependiendo del rango salarial del cotizante y el *copago* también varía de acuerdo al nivel salarial del cotizante (ver tabla 1). A continuación se presentan los valores de las cuotas moderadoras y los copagos.

TABLA 1. CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO AÑO 2008.

TIPO	SERVICIO	Rango Salarial 1 hasta \$922.999	Rango Salarial 2 de \$923.000 a \$2.307.500	Rango Salarial 3 de \$2.307.501 en adelante
Cuotas Moderadoras Aplica para cotizantes y beneficiarios	* Consulta médica general, odontológica y paramédica y de medicina alternativa aceptada * Consulta médico especialista * Exámenes de laboratorio * Ayudas diagnósticas y terapias * Fórmula Medicamentos	\$1.800	\$7.100	\$18.700
Copagos Aplica sólo para beneficiarios	* Tratamiento odontológico * Exámenes de laboratorio 2do y 3er nivel * Cirugía y procedimientos ambulatorios *Hospitalización	11.5% hasta \$132.451	17.3% hasta \$530.725	23% hasta \$1.061.450
Tiempo máximo de copagos por año calendario		57.5% de I SMLMV \$263.363	230% de I SMLMV \$1.061.450	460% de I SMLMV \$2.122.900

Fuente: Art. 6°, 7°, 8°, 9° y 10° Acuerdo 260 de Febrero 27 de 2004 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. SMLMV= Salario Mínimo Legal Vigente Rige a partir de Enero 03 de 2008.

En ningún caso se podrá exigir el pago anticipado de cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias (Art. 6°, Párrafo 1° Acuerdo 260 de 2004). La atención inicial de urgencias está exenta del cobro de copagos (Art. 7°, Acuerdo 260 de 2004).

Sin embargo, cuando el paciente utilice estos servicios sin ser urgencia deberá pagar el valor total de la atención. (Art. 10 Resolución 5261 de 5 de Agosto de 1994).

3.3 PRINCIPALES EPS EN PASTO.

Con el fin de conocer las características empresariales de las EPS de Pasto, se han tomado las 6 principales EPS de régimen contributivo que se encuentran en la ciudad, ya que éstas en el año 2007 contaron con aproximadamente el 96% del total de usuarios, a las cuales se indago sobre aspectos tales como: años de funcionamiento, número de centros de atención, número de funcionarios, activos, otros servicios, entre otros; aspectos necesarios para determinar cómo influyen dichas características en la cantidad de usuarios de cada una de ellas (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Aspectos generales de las EPS, año 2007.

EPS	Usuarios	Años funcionam.	# Centros Atención	# de funcionarios*	Activos†	Activo per cápita
SALUDCOOP	77.067	13 años	5	556	14.319.173.490	114.275
ISS	40.913	14 años	3	560	4.000.000.000	73.329
COOMEVA	22.857	10 años	2	50	454.132.640	13.631
SÁNITAS	3.298	11 años	0	12	19.558.000	3.560
S.O.S	2.471	3 años	1	15	70.445.034	18.835
SALUDVIDA	2.240	4 años	0	18	73.319.329	34.023
TOTAL	148.846	-	-	1211	18.936.628.493	257.654
PROMEDIO	24.808	9 años	2	201,83	3.156.104.749	42.942

* El número de funcionarios solo corresponde al área de salud de dichas entidades.

† Los activos corresponden al año 2007.

Teniendo en cuenta las anteriores características empresariales de cada una de las EPS, puede determinarse que aunque a partir de la Ley 100 de 1993 se estandarizaron los patrones de funcionamiento para las entidades promotoras de salud quienes deben prestar sus servicios bajo un único plan (POS) y por lo tanto bajo unas normas de calidad establecidas y que son reguladas y controladas por el Estado; éstas se han diferenciado por el número de usuarios y en consecuencia por su posicionamiento en el mercado a través de los años.

Como se observa en el cuadro 9, el promedio de usuarios de las seis EPS es 24.808, sin embargo, tan solo SaludCoop y el ISS se encuentran por encima de este promedio, ya que éstas cuentan con el 51.78% y el 27.49% del total de los afiliados respectivamente, ésta participación sumada a la de Coomeva quien es la EPS que les sigue en número de usuarios, representa el 94.63% del total de éstos, lo cual demuestra que existe un alto grado de concentración.

Es importante tener en cuenta que del 94.63%, el 67.14% de los usuarios corresponde a SaludCoop y Coomeva las cuales son EPS privadas lo que indica que cada vez más con el correr de los años el servicio de salud está quedando en manos del sector privado.

De igual manera se puede determinar que las EPS que tienen más años de funcionamiento y por lo tanto, más años de experiencia son las que cuentan con el mayor número de afiliados como es el caso de SaludCoop y del ISS; sin embargo, cabe resaltar que este último funcionaba muchos años antes de emitirse la Ley 100 de 1993, prestando también servicios como pensiones y riesgos profesionales, característica que hizo que muchos de sus usuarios prefirieran permanecer en esta entidad pública a pesar de la creación de nuevas EPS privadas. Y por el contrario las EPS que se han conformado en los últimos años son las que tienen el menor número de usuarios (ver cuadro 9).

De acuerdo al promedio de años que las EPS se encuentran funcionando que es de 9 años, se puede establecer que cuatro EPS están por encima, lo cual equivale al 67%, que demuestra que en su mayoría éstas son antiguas.

En la investigación se encontró que las EPS en su mayoría no cuentan con instalaciones locativas propias, por lo tanto, se ven en la obligación de arrendarlas. En este sentido hay que tener en cuenta que las EPS pueden contar con sus propios centros de atención para prestar el servicio de salud como tal ó solo para tratar aspectos administrativos; de las seis EPS cuatro cuentan con éstos centros, siendo SaludCoop la EPS con la mayor cantidad que corresponde a 5, seguida del ISS que tiene 3 centros de atención, lo cual muestra que las dos EPS más grandes en cuanto a número de usuarios son las que cuentan con sus propios centros de atención. Se debe tener en cuenta que dentro de estos centros están la Clínica Los Andes y la Clínica Maridíaz que pertenecen a SaludCoop y el ISS respectivamente, siendo estas EPS las únicas que cuentan con una IPS propia.

En el caso particular de Sánitas y Saludvida, estas EPS no tienen ningún centro de atención propio para prestar el servicio de salud, por lo cual toda la prestación del servicio se deja en manos de terceros.

De acuerdo a lo anterior, cabe aclarar que los centros de atención con los que cuentan las EPS solo prestan servicios de salud de nivel I, por lo que se hace necesario contratar con las IPS los servicios de salud que tienen un nivel más alto, entre ellas se encuentran los hospitales y las clínicas tanto públicas como privadas; en ésta investigación se pudo establecer que las principales IPS contratadas en la ciudad son: Hospital Infantil Los Ángeles, Hospital San Pedro, Clínica Profesionales de la Salud PROINSALUD LTDA, Clínica Fátima, Clínica Palermo, Hospital Universitario Departamental de Nariño, siendo este último el único que presta servicios de salud de tercer nivel en todo el departamento; además de clínicas odontológicas y especialistas particulares.

En cuanto al número de funcionarios que opera en cada una de las EPS, se pudo determinar que las tres EPS que tienen mayor cantidad de personal son las mismas que cuentan con mayor número de usuarios y más centros de atención propios en la ciudad; sin embargo se debe tener en cuenta que para SaludCoop y el ISS se incluyen sus respectivas clínicas, por lo tanto, el número de funcionarios en ellas es muy superior a las otras EPS como se muestra en el cuadro 9.

En este sentido es importante resaltar que las EPS constituyen una fuente de empleo ya que para el año 2007 generaron 1211 empleos directos.

Según el cuadro 9, el total de activos con que cuentan las seis principales EPS es \$18.936.628.493, de éste \$14.319.173.490 corresponden a Saludcoop y \$4.000.000.000 al ISS, que representan el 75.62% y el 21.12% respectivamente, lo que indica que solo estas dos EPS poseen casi el total de los activos ya que cuentan con el 96.74%, demostrando una vez más que en todos los aspectos son las más grandes y que se encuentran consolidadas en el mercado de la salud contributiva, junto a Coomeva que es la EPS que les sigue.

De la misma forma, se estableció el activo per cápita que le corresponde a cada usuario de acuerdo a la EPS y claramente se pudo comprobar que éste es el más alto en el caso de SaludCoop y el ISS.

Cuando existen ciertos límites establecidos o un nivel de los mismos equivalente para todas en el contexto nacional, la competencia entre ellas no es en base a factores tales como el precio (monto de la cotización), la diferencia reside entonces, en factores relacionados con la calidad, es decir, la competencia es en base a calidad, en un contexto en el cual se abarcan aspectos diferentes a los precios y donde el tamaño de las entidades involucradas además de las características de la estructura del mercado, afecta igualmente el grado de competencia.

Este es el caso de las EPS que en la ciudad de Pasto han logrado concentrar la mayoría de los usuarios y que por ende tienen un gran tamaño; su posicionamiento reside en que para ser más atractivas a los usuarios y por lo tanto ser más competitivas han generado en la prestación del servicio de salud un valor agregado, ejemplo de ello es una atención eficiente y oportuna, el servicio personalizado, oportunidad de citas con médico general en 1 día y con médico especialista en 3 días, programas de promoción y prevención empresarial, facilidades de pago (pagos electrónicos), salas SIP, programa de salud integral a los jóvenes, solicitud de citas por Internet, entre otros.

En este sentido, el usuario es el principio y el fin de todos los procesos de la EPS, los cuales están encaminados a satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, ello sumado a la búsqueda de la eficiencia en la prestación de los servicios de salud por parte de los usuarios ha hecho que éstos se trasladen hacia las EPS privadas que brindan mayores garantías en la calidad de los servicios, lo cual se evidencia en el número de usuarios que ha dejado de pertenecer al ISS a través del tiempo y que ahora hacen parte de las demás EPS, especialmente de SaludCoop que cuenta con la mayoría de usuarios como se mencionó anteriormente.

De esta forma, es importante destacar que aunque la salud se ha convertido en un negocio rentable impulsando la aparición de muchas EPS privadas, no todas han tenido la capacidad de subsistir en un mercado tan competitivo lo que ha ocasionado el cierre de algunas o su fusión a las grandes EPS ya consolidadas hace varios años, tal es el caso de

Humana Vivir y Solsalud que desaparecieron y cuyos afiliados se trasladaron especialmente a SaludCoop.

En todas las EPS se resalta el propósito de seguir creciendo, mejorando la calidad de sus servicios y ampliando su cobertura para consolidarse cada una como la empresa líder en la prestación de los servicios de salud, con lo cual buscan contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la ciudad de Pasto.

4. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y BENEFICIARIOS) DE LAS EPS.

Un reto para el Estado colombiano en el área de la salud fue el aumento de la cobertura de los servicios con calidad y oportunidad, mediante la utilización eficiente y solidaria de los recursos que aportan el Estado, trabajadores y empleadores.

Atendiendo a este reto se introdujo la modalidad de aseguramiento de riesgos, un fondo financiero común (FOSYGA) para la distribución equitativa de los recursos y entidades aseguradoras (EPS) y prestadoras de servicios de salud (IPS), todo bajo la regulación del Estado a través de la Ley 100 de 1993.

El servicio de salud debe estar enfocado al paciente, es por ello que el sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender el por qué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir al servicio de salud.

De esta manera, el objetivo de este capítulo es determinar algunas características generales propias de los individuos objeto de estudio que corresponden a una muestra de 382 personas, seleccionada en forma aleatoria a partir del universo de usuarios registrados en el Sistema de Seguridad Social en Salud de régimen contributivo residentes en la ciudad de Pasto; entre quienes acuden a las instituciones prestadoras de servicios de salud a recibir los beneficios del sistema, además de otros lugares como farmacias y otros puntos de entrega de medicamentos y entre quienes laboran en empresas tanto privadas como públicas, la selección aleatoria de las personas se realizó hasta alcanzar el tamaño deseado de la muestra.

Para obtener los datos requeridos se diseñó y utilizó un cuestionario que se aplicó por medio de la encuesta estructurada (ver anexo 1 y 2).

Así, teniendo en cuenta lo anterior, el análisis de resultados obtenidos para una adecuada presentación se divide en dos secciones, la primera de ellas corresponde a la descripción de características demográficas y socioeconómicas, la segunda describe algunos aspectos relacionados con la afiliación a seguridad social en salud de todos los usuarios de las EPS, es así, que primero se realiza un análisis para el total de la muestra y posteriormente se realiza el respectivo análisis tanto para beneficiarios como para cotizantes.

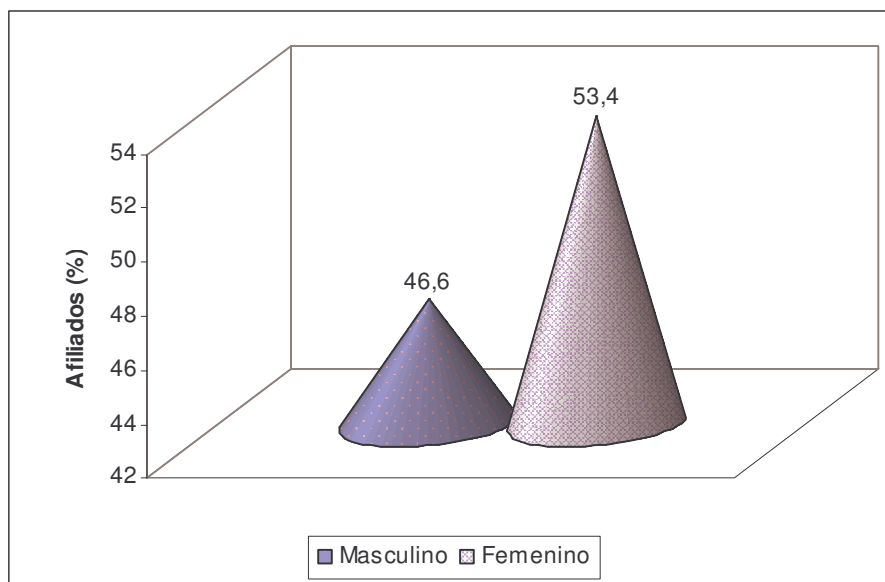
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LOS AFILIADOS (BENEFICIARIOS Y COTIZANTES).

Las características demográficas de las personas encuestadas que se presentan son: sexo, edad y estado civil; en primer lugar para el total de la muestra (cotizantes y beneficiarios) y luego se presenta dichos aspectos de forma separada, es decir, tanto para beneficiarios como para cotizantes. Es importante aclarar que solo para el caso de éstos últimos se presentan aspectos de tipo socioeconómico tales como: tipo de empleo, personas a cargo, años de trabajo y nivel salarial.

4.1.1 Rasgos demográficos de los afiliados (cotizantes y beneficiarios). Los resultados que se obtuvieron después de realizar la respectiva interpretación y análisis de los datos se presentan de la siguiente manera:

❖ **Segregación por Sexo.** De las personas encuestadas el mayor porcentaje lo constituyen las mujeres con el 53.4%, lo que evidencia que éste grupo es el que más demanda el servicio de salud y el 46.6% corresponde al genero masculino (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Segregación por sexo de los afiliados.

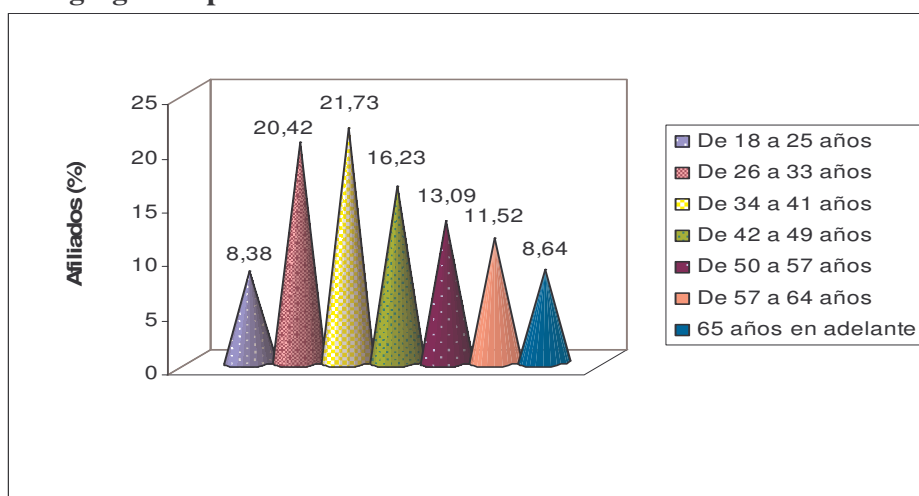


Fuente: Esta investigación.

❖ **Segregación por edad.** De otra parte, se tiene que del total de los encuestados la mayor proporción se encuentra en un rango de edad entre los 34 a 41 con el 21.73%, seguido de la población que se encuentra entre los 26 a 33 años con el 20.42% (ver gráfica 9).

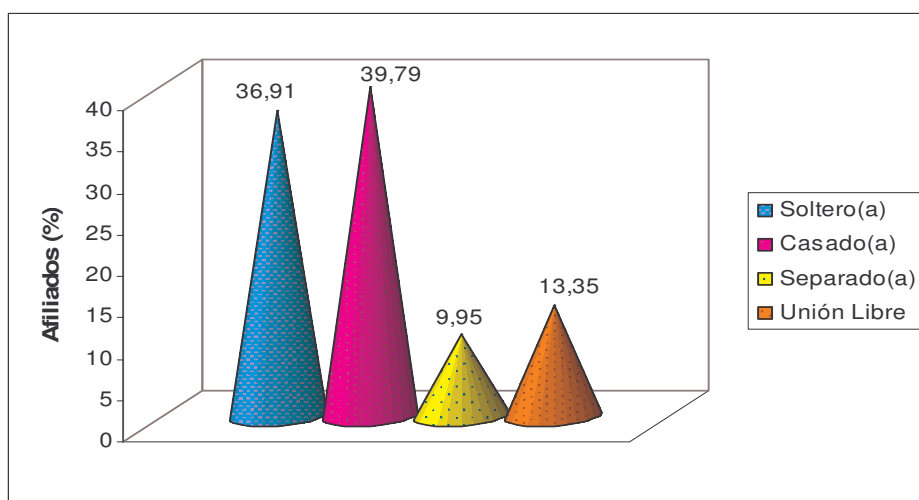
❖ **Estado Civil.** También se tuvo en cuenta el estado civil, encontrándose que de la población encuestada la mayoría está casado(a) con el 39.79%, seguida del 36.91% que se encuentra soltero(a); evidenciando una correspondencia en este tipo de población (ver gráfica 10).

Gráfica 9. Segregación por edad de los afiliados.



Fuente: Esta investigación.

Gráfica 10. Estado Civil de los afiliados.

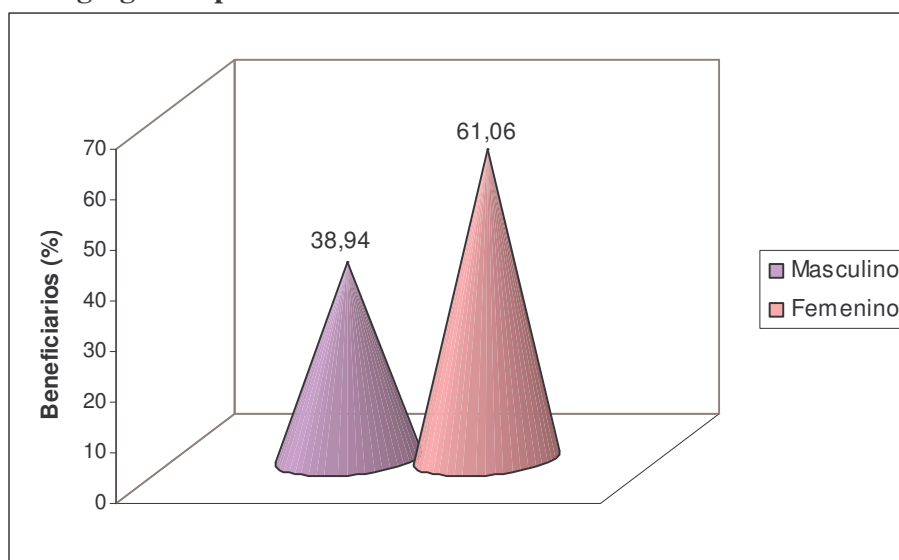


4.1.2 Rasgos demográficos de los beneficiarios. Teniendo en cuenta que la Ley 100 de 1993 extendió la cobertura en salud pues ofreció la posibilidad de aseguramiento no solo al cotizante (trabajador) sino también a su grupo familiar, dentro del cual se encuentra el cónyuge o en su defecto el compañero(a) permanente (cuando la unión sea superior a dos años) y los hijos de éstos que dependan económicamente del afiliado y sean menores de 18 años o tengan entre 18 y 25 años siendo éstos estudiantes de tiempo completo o si tienen incapacidad permanente y a falta de cónyuge o de compañero(a) permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste; ésta investigación a tenido en cuenta esta parte de la población afiliada a régimen contributivo denominada beneficiarios para determinar también su concepción sobre la prestación del servicio de salud. En este sentido se tiene como rasgos demográficos de esta población los siguientes:

❖ **Segregación por Sexo.** Como un primer un aspecto se consideró el sexo de los beneficiarios, de lo cual se pudo extraer que el mayor porcentaje lo constituye el sexo femenino con el 61.06%, lo que evidencia que éste grupo de la población es el que más demanda el servicio de seguridad social en salud (ver gráfica 11).

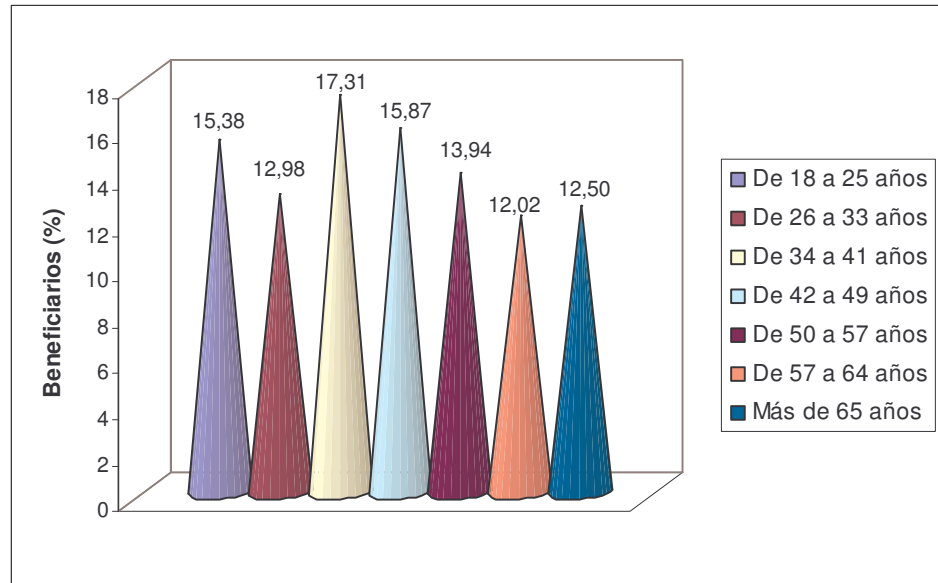
❖ **Segregación por Edad.** Otro aspecto que se tuvo en cuenta es la edad, llegando a determinar que la mayor parte de los encuestados se ubica en el rango que oscila entre los 34 a 41 años edad con el 17.31%, seguido por el 15.87% que corresponde a los beneficiarios que se ubican entre los 42 a 49 años de edad (ver gráfica 12).

Gráfica 11. Segregación por sexo de los beneficiarios.



Fuente: Esta investigación.

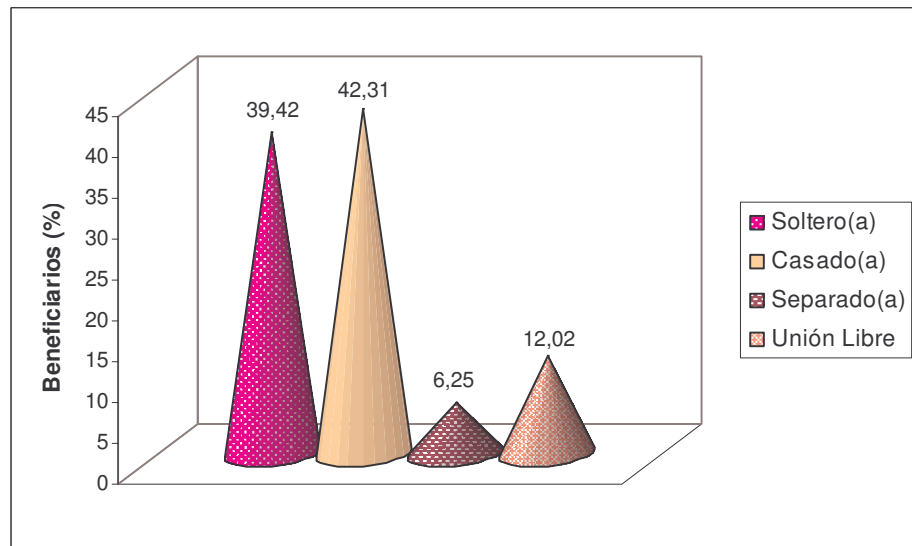
Gráfica 12. Segregación por edad de los beneficiarios.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Estado Civil.** Y por ultimo se tuvo en cuenta el estado civil, encontrándose que de la población encuestada la mayoría está casado(a) con el 42.31%, seguida del 39.42% que se encuentra soltero(a); evidenciando una correspondencia en este tipo de población (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Estado Civil de los beneficiarios.



Fuente: Esta investigación.

4.1.3 Rasgos demográficos y características socioeconómicas de los cotizantes. Como ya se había mencionado anteriormente, en los afiliados cotizantes se encuentran tanto trabajadores dependientes como independientes, en este sentido, fue importante analizarlos por separado, ya que los costos que ellos pagan por el servicio de salud no es el mismo, pues mientras el trabajador dependiente tiene la obligación de pagar por el servicio de salud solo el 4.0% de su salario; el trabajador independiente debe correr con el total del monto, el cual corresponde al 12.5%.

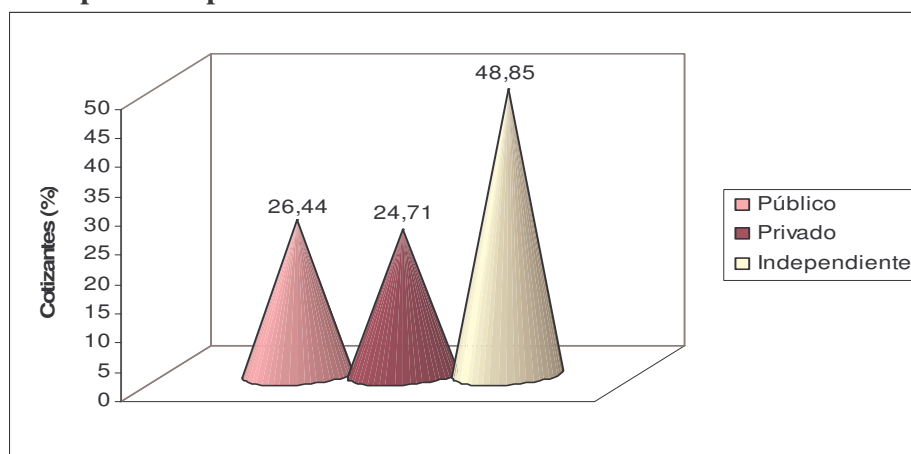
❖ **Tipo de Empleo de los cotizantes.** Antes de la realización de las 174 encuestas a los cotizantes fue necesario determinar qué porcentaje de éstas correspondía a los trabajadores dependientes y que porcentaje a los independientes, para ello se tomó la clasificación que hace el DANE de la población ocupada en el sector formal, de lo cual se pudo fijar que el 51% de la población trabajadora es dependiente y el 49% restante es independiente aproximadamente.

Lo anterior dio como resultado, que de las 89 que se efectuaron a los trabajadores dependientes del sector público como privado corresponden al 26.44% y al 24.71% (ver cuadro 10 y gráfica 14).

Cuadro 10. Tipo de Empleo de los cotizantes.

Tipo de Empleo	Número de Cotizantes	Porcentaje (%)
Público	46	26,44
Privado	43	24,71
Independiente	85	48,85
Total	174	100

Gráfica 14. Tipo de Empleo de los cotizantes.

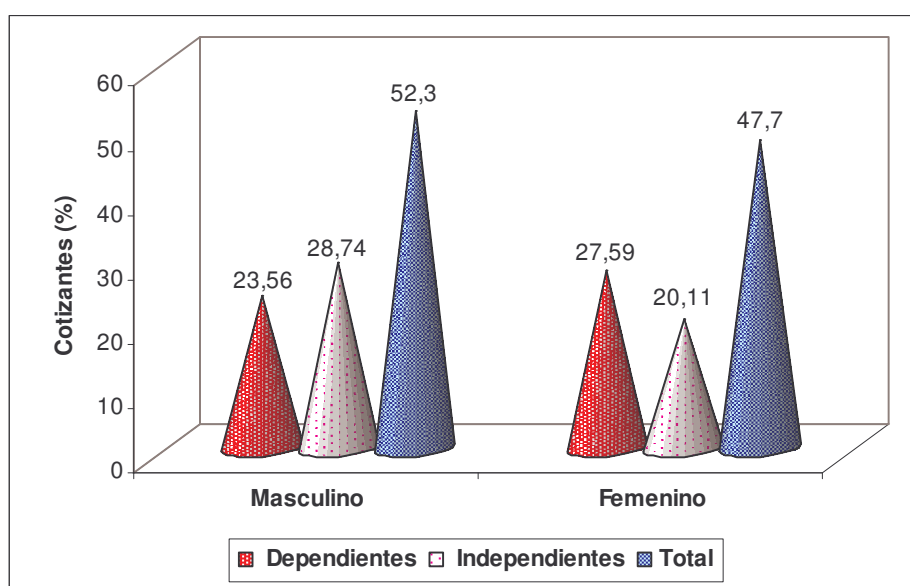


❖ **Segregación por sexo.** De los cotizantes encuestados, el mayor porcentaje lo constituye el sexo masculino con el 52.3%, del cual el 23.56% corresponde a cotizantes dependientes y 28.74% a independientes; por lo tanto, el 47.7% del total de afiliados son mujeres, donde el 27.59% son cotizantes dependientes y el 20.11% son trabajadores independientes, lo anterior indica que los hombres prefieren en su mayoría trabajar sin depender de un patrón y que por el contrario las mujeres sí lo prefieren (ver cuadro 11 y gráfica 15).

Cuadro 11. Segregación por sexo de los cotizantes.

Sexo	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
Masculino	41	50	91	23,56	28,74	52,3
Femenino	48	35	83	27,59	20,11	47,7
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 15. Segregación por sexo de los cotizantes.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Segregación por edad.** De otra parte, se tiene que de las personas encuestadas el mayor porcentaje de la muestra lo constituye el rango de edad que se ubica entre los 25 a 32 con el 29.31% del cual el mayor porcentaje (16.67%) corresponde a los cotizantes independientes; seguido de la población que se encuentra entre 33 a 40 años de edad con el 27.01% y de éste el 15.52% pertenece a los cotizantes dependientes, esto indica que la población joven prefiere la vinculación laboral por parte de un empleador y que al correr de los años las

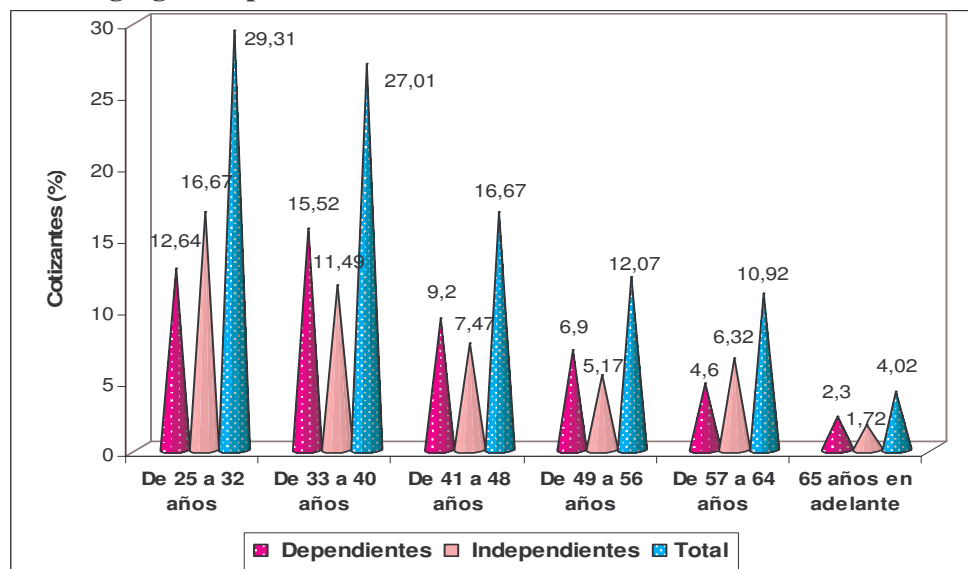
personas adquieren experiencia lo que les permite crear su propio negocio para no depender de nadie (ver cuadro 12 y gráfica 16).

Cuadro 12. Segregación por edad de los cotizantes.

Edad	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
De 25 a 32 años	22	29	51	12,64	16,67	29,31
De 33 a 40 años	27	20	47	15,52	11,49	27,01
De 41 a 48 años	16	13	29	9,2	7,47	16,67
De 49 a 56 años	12	9	21	6,9	5,17	12,07
De 57 a 64 años	8	11	19	4,6	6,32	10,92
65 años en adelante	4	3	7	2,3	1,72	4,02
Total	89	85	174	51	49	100

❖ **Estado Civil.** También se tuvo en cuenta en este estudio el estado civil de este tipo de la población encuestada, y se encontró que los casados(as) y solteros(as) componen la mayor proporción que corresponde al 36.78% y 33.91% respectivamente, y de estos, los cotizantes dependientes son quienes tienen el mayor porcentaje (19.54% y 18.39%) y casi en un porcentaje similar, se ubican los separado (as) y quienes viven en unión libre con el 14.37% y 14.94% cada uno, pero, por el contrario, en éste grupo de personas los cotizantes independientes son quienes representan la mayoría (7.47% y 8.62% respectivamente) (ver cuadro 13 y gráfica 17).

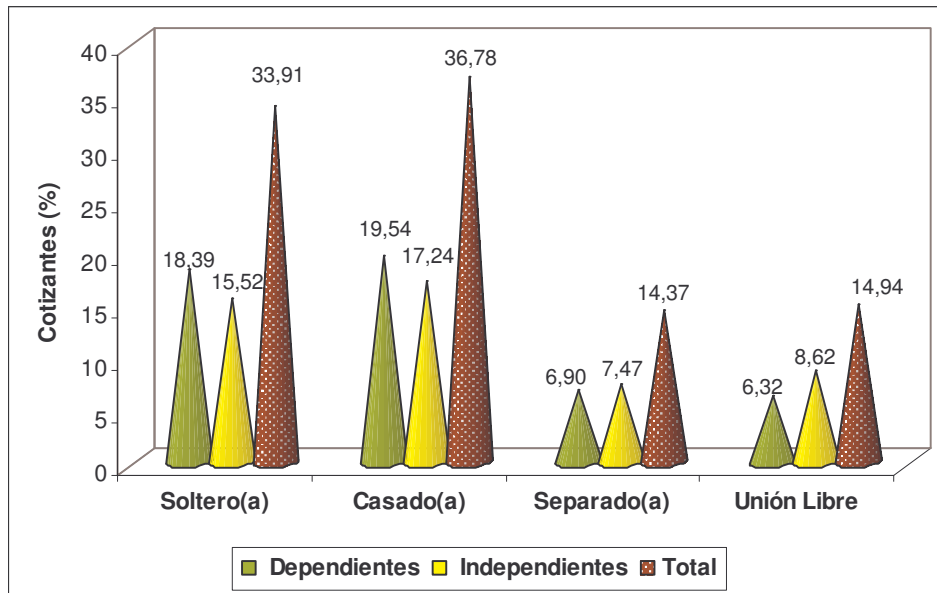
Gráfica 16. Segregación por edad de los cotizantes.



Cuadro 13. Estado Civil de los cotizantes.

Estado Civil	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
Soltero(a)	32	27	59	18,39	15,52	33,91
Casado(a)	34	30	64	19,54	17,24	36,78
Separado(a)	12	13	25	6,90	7,47	14,37
Unión Libre	11	15	26	6,32	8,62	14,94
Total	89	85	96	51	49	100

Gráfica 17. Estado Civil de los cotizantes.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Personas a cargo.** Otro aspecto importante que ayuda a establecer si la posibilidad de afiliar a familiares es un factor que incide en la determinación del costo del servicio de salud, es el número de personas que tienen a cargo las personas encuestadas, ya que existe una gran diferencia entre quien las tiene y quien no, pues en los dos casos el pago es el mismo.

El estudio dio como resultado que el 54.02% tiene de 1 a 2 personas a cargo siendo éste el porcentaje más representativo, seguido por el 23.56%, el cual es responsable de 3 a 5 personas, lo que indica que más del 77% del total de la población cotizante encuestada tiene familiares a quienes afiliar y por lo tanto hace uso de su derecho, de esta forma, el costo que paga por la prestación del servicio de salud lo cubre a él como a sus beneficiarios.

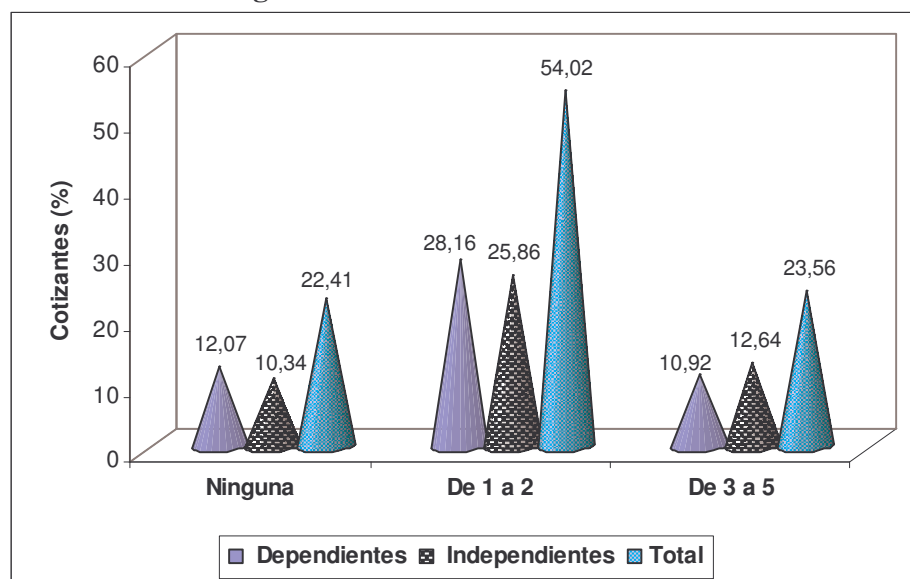
De los trabajadores encuestados que tienen a cargo de 1 a 2 personas, tanto los dependientes como independientes presentan un comportamiento similar, pues constituyen el 28.16% y 25.86% respectivamente, y lo mismo sucede con los que tienen de 3 a 5 personas bajo su responsabilidad (10.92% y 12.64% respectivamente).

Sin embargo, el 22.41% del total de la muestra no tiene ninguna obligación con otras personas, por lo que el monto que paga por el servicio de salud será única y exclusivamente para cubrir su propio servicio (ver cuadro 14 y gráfica 18).

Cuadro 14. Personas a cargo de los cotizantes.

Personas a cargo	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
Ninguna	21	18	39	12,07	10,34	22,41
De 1 a 2	49	45	94	28,16	25,86	54,02
De 3 a 5	19	22	41	10,92	12,64	23,56
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 18. Personas a cargo de los cotizantes.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Años de trabajo.** De otra parte, se consideró los años de trabajo como un elemento explicativo para determinar el tiempo que los trabajadores tanto dependientes como independientes se encuentran afiliados a una misma EPS como cotizantes.

Según el cuadro 15, se observa que la mayor proporción que corresponde al 29.31% de los trabajadores tan solo tiene de 1 a 5 años de vida laboral, de los cuales la mayoría es dependiente (15.52%), que se explica porque como se mencionó anteriormente el grueso de la muestra se encuentra entre los 25 y 35 años de edad; le sigue las personas con 16 a 20 años de trabajo, que representan el 22.99% y que de igual forma los cotizantes dependientes forman el mayor porcentaje, el cual corresponde al 12.64%.

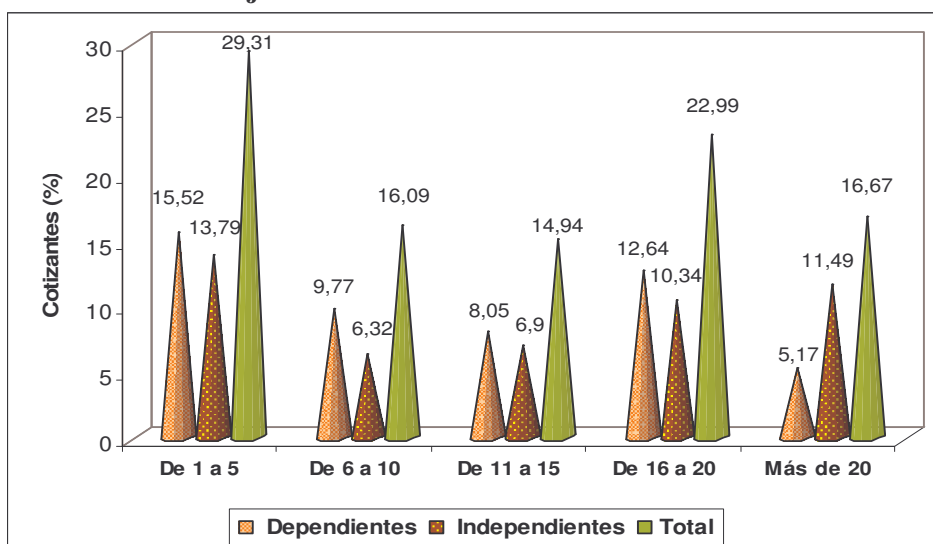
Se aprecia también que, las personas que tienen de 6 a 10 años de trabajo y quienes han trabajado más de 20 años de su vida, están casi en igual proporción con el 16% aproximadamente, y en menor porcentaje se encuentran cuyas personas tienen de 11 a 15 años de vida laboral (ver cuadro 15 y gráfica 19).

Por lo anterior, se evidencia que la mayoría de las personas están comenzando su vida laboral y por lo tanto es poco el tiempo que llevan cotizando a Seguridad Social en Salud.

Cuadro 15. Años de trabajo de los cotizantes.

Años de Trabajo	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
De 1 a 5	27	24	51	15,52	13,79	29,31
De 6 a 10	17	11	28	9,77	6,32	16,09
De 11 a 15	14	12	26	8,05	6,9	14,94
De 16 a 20	22	18	40	12,64	10,34	22,99
Más de 20	9	20	29	5,17	11,49	16,67
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 19. Años de trabajo de los cotizantes.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Nivel Salarial.** Como aspecto relevante para el análisis se determinó el nivel salarial de los trabajadores encuestados ya que de éste se establece el aporte que deben realizar los mismos para poder acceder al servicio de seguridad social en salud, además, de dicho nivel salarial se fijan los diferentes pagos que se deben hacer como copagos y cuotas moderadoras.

De la población encuestada se determinó que el 44.8% devenga tan solo de 1 a 2 salarios mínimos legales vigentes (SMLV), lo que evidencia que en la ciudad de Pasto existe un bajo nivel de ingresos, que apenas son suficientes para cubrir con todas las obligaciones, entre las que se encuentran el pago de servicios públicos, vivienda, alimentación, educación, entre otras; por lo cual la única posibilidad de recibir el servicio de salud es a través de las EPS contributivas.

Otra característica que se destaca, es que solamente el 27.01% de ellos recibe un ingreso igual o superior a los \$2.307.501 lo que demuestra el bajo porcentaje de personas que tienen efectivamente la posibilidad de elegir un mejor servicio, se encuentran afiliados a las EPS contributivas más que por el buen servicio que estas puedan prestar porque así lo dispone la ley. De esta forma, muchas de estas personas prefieren acudir a los servicios de salud particulares porque consideran que se prestan oportunamente y con mejor calidad antes que someterse a un servicio inesperado en cada una de las EPS a las que están afiliados.

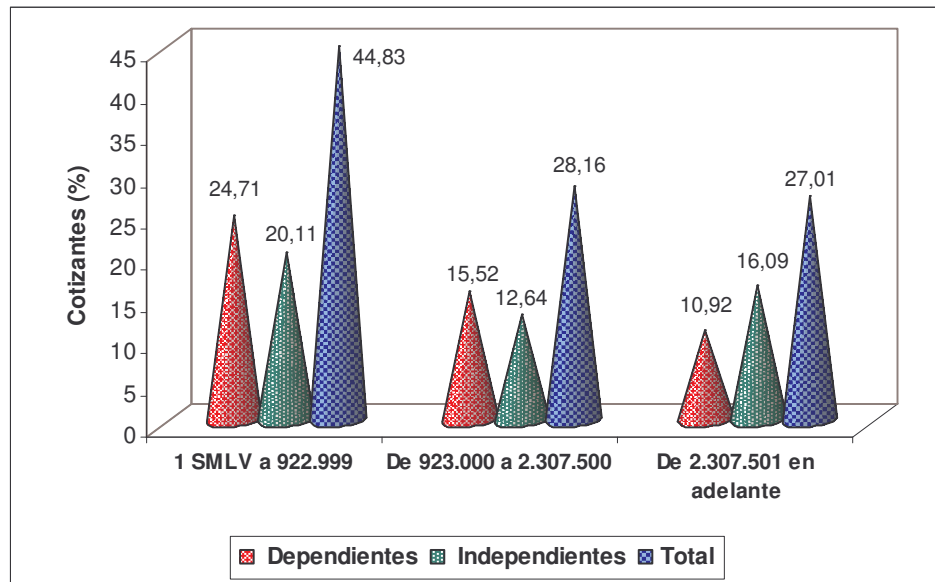
Es importante resaltar que a pesar de la existencia de un 28.16% de trabajadores que perciben de dos a cinco salarios mínimos, ésta parte de la población dado el salario que recibe tampoco accede a un servicio de salud particular, al no estar sujetos a las restricciones que les exigen las EPS, muchas veces con el fin de disminuir costos, básicamente en la formulación de medicamentos de marca que en su mayoría tienen un alto precio.

Los trabajadores independientes son los que obtienen más altos ingresos, ya que el 16.09% percibe ingresos superiores a los cinco salarios mínimos, frente 10.92% de los trabajadores dependientes, lo cual pone de manifiesto que algunos de los trabajadores encuestados al no depender de un empleador obtienen una mayor remuneración (ver cuadro 16 y gráfica 20).

Cuadro 16. Nivel Salarial de los cotizantes.

Nivel Salarial	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
1 SMLV a 922.999	43	35	78	24,71	20,11	44,83
De 923.000 a 2.307.500	27	22	49	15,52	12,64	28,16
De 2.307.501 en adelante	19	28	47	10,92	16,09	27,01
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 20. Nivel Salarial de los cotizantes.



Fuente: Esta investigación.

4.2 ASPECTOS GENERALES SOBRE LA AFILIACIÓN A SALUD DE LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y BENEFICIARIOS) DE LAS EPS.

Al indagar sobre la experiencia personal de los usuarios (cotizantes y beneficiarios) de las EPS en el nuevo esquema de Seguridad Social en Salud surgido a partir de la aplicación de la Ley 100 de 1993, que brinda la opción de elegir libremente tanto al cotizante como a su familia la Entidad Promotora de Salud EPS, se observa que en Pasto efectivamente cada persona que pertenece a dicho esquema en el régimen contributivo se encuentra afiliada a una EPS y en este caso a una de las seis EPS más representativas de la ciudad.

En este sentido, se tuvieron en cuenta como aspectos relevantes: los años de afiliación a la EPS, el estado de salud, la razón de asistencia y la frecuencia de utilización del servicio de salud para determinar como éstos factores influyen en su percepción sobre la calidad. En primera instancia se establecen los aspectos mencionados para el total de la muestra (cotizantes y beneficiarios) y luego se presentan de forma separada, es decir, tanto para beneficiarios como para cotizantes.

Ahora bien, además de los anteriores se tuvieron en cuenta en ésta sección otros aspectos, que tienen que ver con la permanencia o inestabilidad de los usuarios en sus respectivas EPS, con la libertad de elección de la EPS e IPS y con los costos del servicio, como es lógico, dichos aspectos solo se aplican en el caso de los cotizantes pues son ellos los que manejan éstas cuestiones directamente.

4.2.1 Aspectos generales sobre la afiliación a salud de los usuarios (cotizantes y beneficiarios). Teniendo en cuenta lo anterior, como aspectos generales de la afiliación de las personas encuestadas a la EPS se tiene:

❖ **EPS en la que se encuentran los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de Régimen Contributivo en la ciudad de Pasto.** Se observa que la mayor proporción que representa el 43.46% de las personas encuestadas pertenecen a SaludCoop, es decir, que en ésta entidad se encuentran afiliados casi la mitad del total encuestado y por lo tanto la otra mitad se halla afiliada en las cinco EPS restantes, que en orden de importancia son el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y Coomeva S.A. con el 18.85% y 16.75% respectivamente.

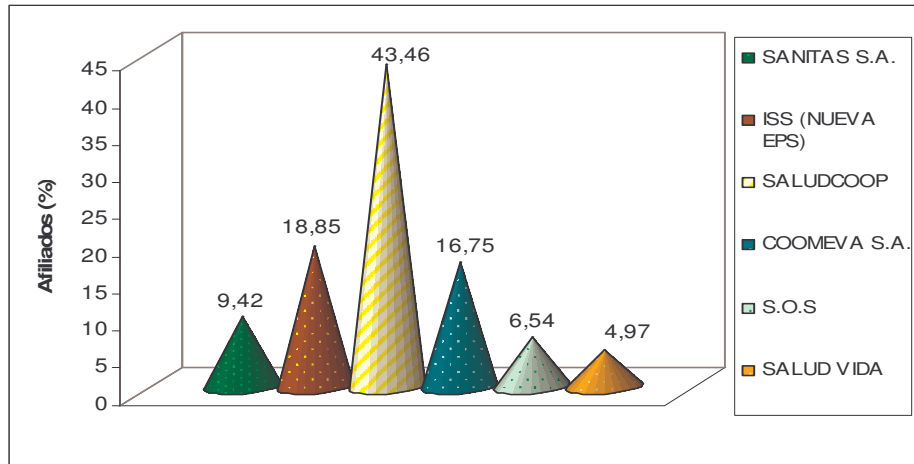
Lo anterior evidencia que existe concentración de los afiliados en una sola entidad (SaludCoop), mostrando que las personas prefieren el servicio de salud que ésta les ofrece, cuyas razones se presentarán en el transcurso de la investigación (ver cuadro 17 y gráfica 21).

Cuadro 17. EPS en la que se encuentran los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de Régimen Contributivo en la ciudad de Pasto.

EPS	Número de afiliados	Porcentaje (%)
SÁNITAS S.A.	36	9,42
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	72	18,85
SALUDCOOP	166	43,46
COOMEVA S.A.	64	16,75
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	25	6,54
SALUD VIDA	19	4,97
Total	382	100

❖ **Años de afiliación.** Continuando con el análisis, respecto a los años de afiliación a las respectivas EPS, se pudo determinar que el más alto porcentaje (38.48%) está en el rango entre 6 y 10 años, seguido muy de cerca del rango entre 1 y 5 años con el 37.70%, lo que prueba que con la aparición de las EPS privadas los usuarios que pertenecían especialmente al Instituto de Seguros Sociales, vieron ampliadas sus posibilidades de elección entre éste y las nuevas entidades y por lo tanto algunos de ellos prefirieron cambiarse a estas últimas al correr de los años (ver gráfica 22).

Gráfica 21. EPS en la que se encuentran los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de Régimen Contributivo en la ciudad de Pasto.

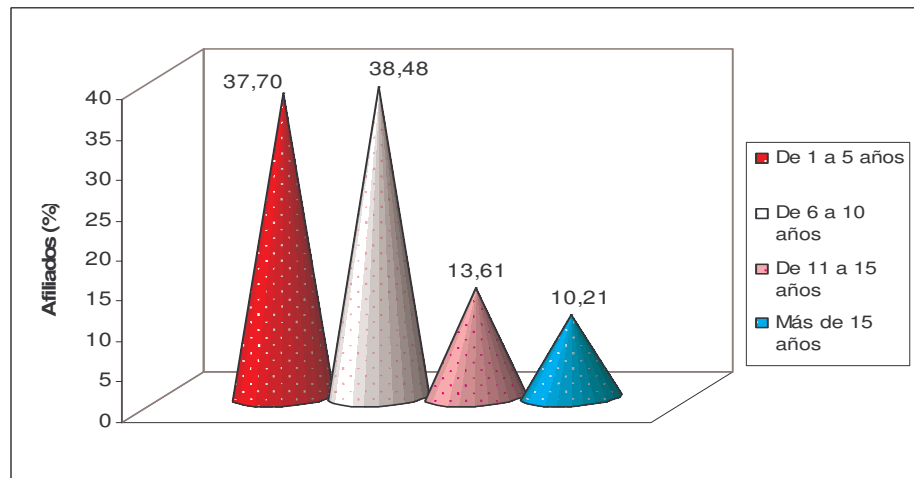


Fuente: Esta investigación.

❖ **Estado de salud.** Para la investigación es importante tener en cuenta cuál es el estado de salud de la población afiliada, ya que de ello depende la frecuencia con que se utiliza el servicio de salud y en consecuencia qué tan costoso o no, puede resultar éste para el usuario.

Así, se determinó que aproximadamente el 65.18%, es decir, más de la mitad de las personas encuestadas goza de un buen estado de salud (48.43%) y muy bueno (16.75%), por lo que el uso del servicio no es tan frecuente, como se puede observar posteriormente (ver cuadro 18 y gráfica 23).

Gráfica 22. Años de afiliación de los afiliados.



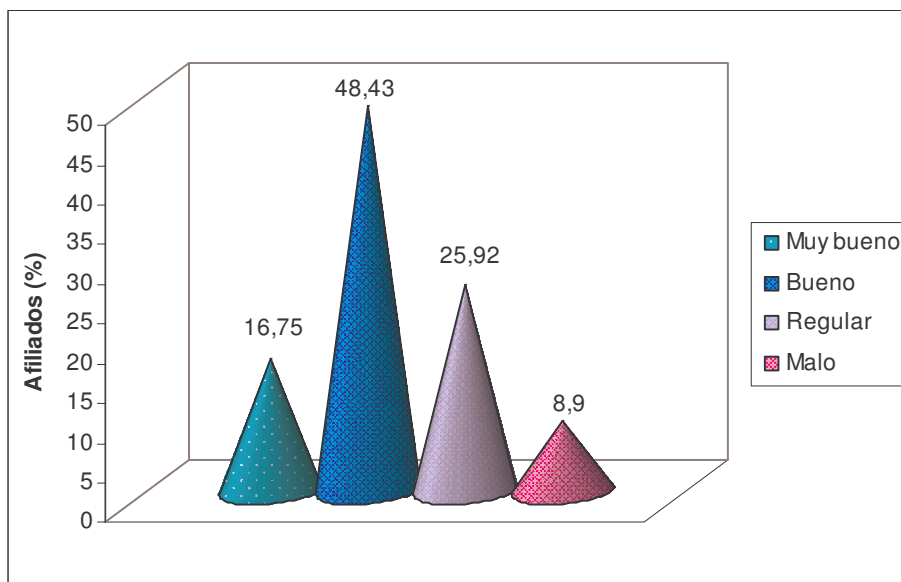
Sin embargo, 99 de las 382 personas encuestadas poseen un estado de salud regular el cual corresponde al 25.92%, siendo este porcentaje considerable ya que es el segundo más alto de todos y en menor proporción aparecen las personas que poseen un mal estado de salud que representan el 8.9%, es decir, en conjunto estos porcentajes suman 34.82% como se señala en el cuadro 18.

Lo anterior indica que esta parte de la población es la que más utiliza el servicio de salud y lo hace varias veces en el mes y por lo menos una vez al mes que representan el 7.59% y el 13.35% respectivamente, cuyas razones principales son realizarse controles con médicos generales y especialistas por consulta externa y también están quienes ingresan por urgencias (ver gráficas 24 y 25).

Cuadro 18. Estado de salud de los afiliados.

Estado de salud	Número de afiliados	Porcentaje (%)
Muy bueno	64	16,75
Bueno	185	48,43
Regular	99	25,92
Malo	34	8,9
Total	382	100

Gráfica 23. Estado de salud de los afiliados.

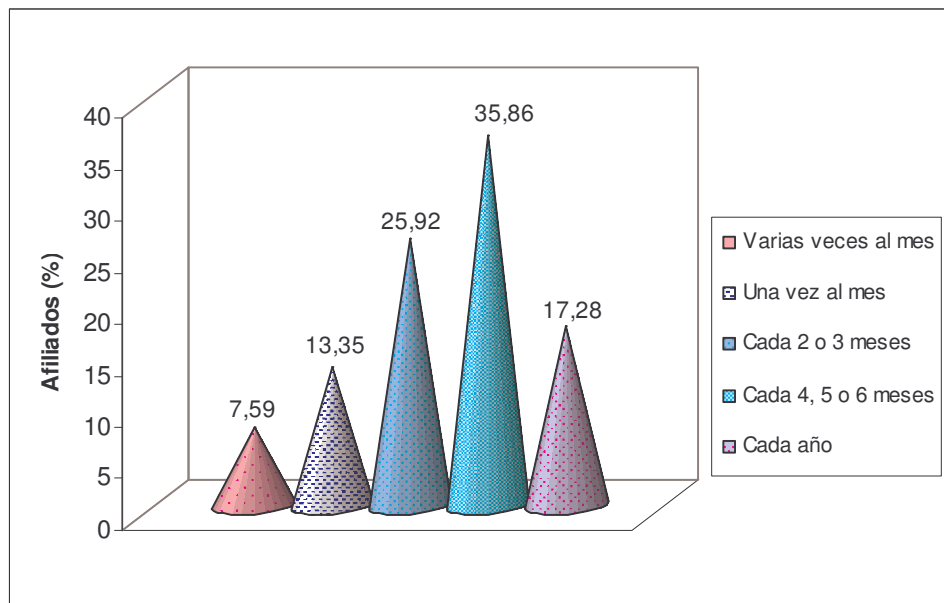


Fuente: Esta investigación.

❖ **Frecuencia de uso del servicio de salud.** Otros resultados importantes que se encontraron en lo relacionado con la frecuencia de la utilización del servicio de salud, es que, el 35.86% asiste a su EPS cada 4, 5 ó 6 meses, seguido del 25.92% que asiste cada 2 ó 3 meses, de lo cual se puede deducir que éstos usuarios hacen uso regular del servicio de salud que les ofrece su EPS y cuando lo hacen es porque realmente requieren de una atención urgente y especialmente algunos manifiestan que muchas veces prefieren contratar los servicios de un médico particular porque consideran que la atención prestada en sus EPS no es muy buena, y además, porque como se mencionó anteriormente los afiliados en su mayoría gozan de un buen estado de salud (ver gráfica 24).

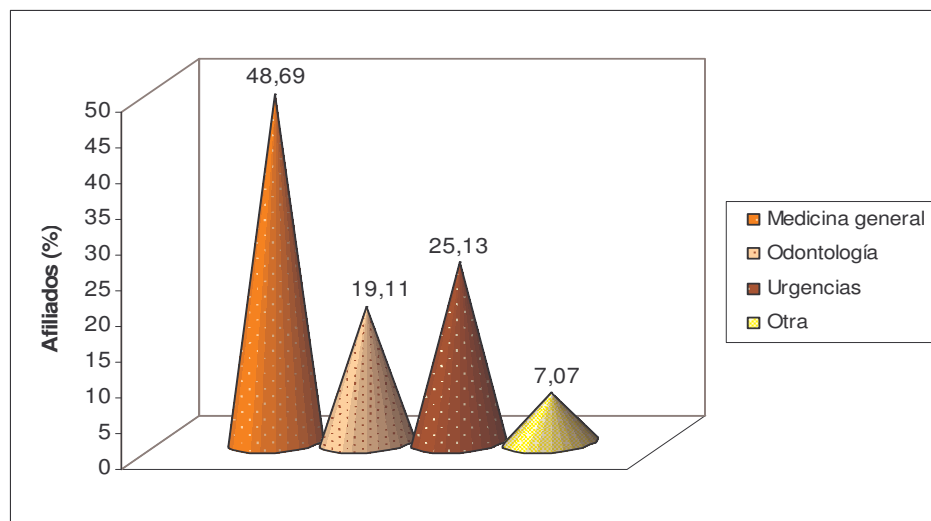
❖ **Razón por la que más asisten al servicio de salud.** Al respecto, cabe mencionar que la razón por la que más asisten los afiliados a sus respectivas EPS ó IPS es porque necesitan de los servicios médicos generales (48.69%), el 25.13% va debido a que requieren el servicio médico de urgencias y solo un pequeño porcentaje acude porque necesita de los servicios de un médico especialista (7.07%) que está catalogada en otra razón; es importante resaltar que éste bajo porcentaje no se debe a que los usuarios no demandan dicho servicio, sino a que existe demora en el otorgamiento de citas y por lo tanto optan por recurrir a éstos de manera particular (ver gráfica 25).

Gráfica 24. Frecuencia de uso del servicio de salud de los afiliados.



Fuente: Esta investigación.

Gráfica 25. Razón por la que más asisten al servicio de salud los afiliados.



Fuente: Esta investigación.

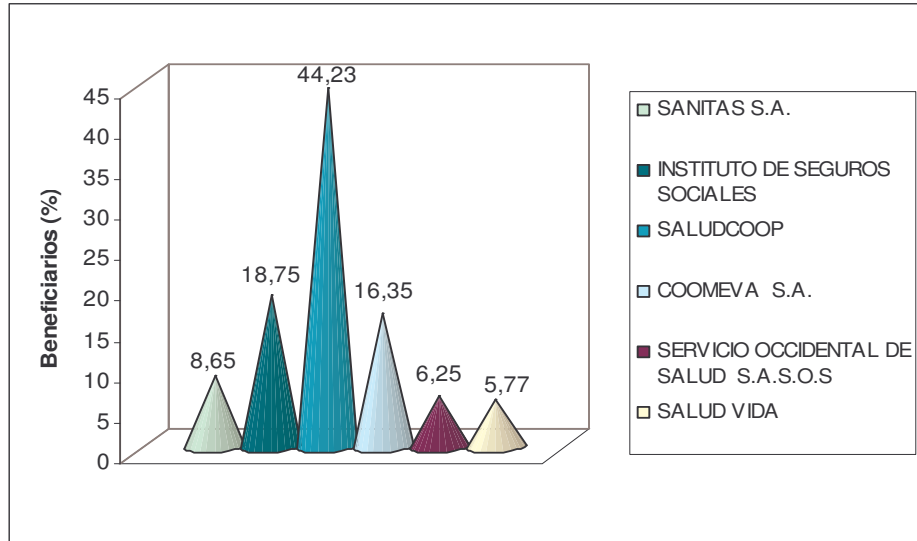
4.2.2 Aspectos generales sobre la afiliación a salud de los beneficiarios. Como se menciono anteriormente la población cotizante tanto dependiente como independiente en su mayoría se encuentra afiliada a las seis EPS más representativas de la ciudad, en ese mismo sentido se encuentran las personas beneficiarias de ellos, como lo establece la ley.

❖ **EPS en la que se encuentran afiliados.** De esta forma es claro observar que la población beneficiaria hace parte de las diferentes EPS en la misma proporción en la que se encuentran los afiliados cotizantes (dependientes e independientes). Así pues, el 44.23% de los encuestados se ubica en SaludCoop y como es lógico se observa que ésta es la EPS con mayor número de afiliados pues aquí se encuentra la mayoría de las familias de la ciudad. Y en orden de importancia le sigue el Instituto de Seguros Sociales y Coomeva S.A. con el 18.75% y el 16.35% respectivamente (ver cuadro 19 y gráfica 26).

Cuadro 19. EPS en la que se encuentran afiliados los beneficiarios.

EPS	Número de Beneficiarios	Porcentaje (%)
SANITAS S.A.	18	8,65
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	39	18,75
SALUDCOOP	92	44,23
COOMEVA S.A.	34	16,35
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	13	6,25
SALUD VIDA	12	5,77
Total	208	100

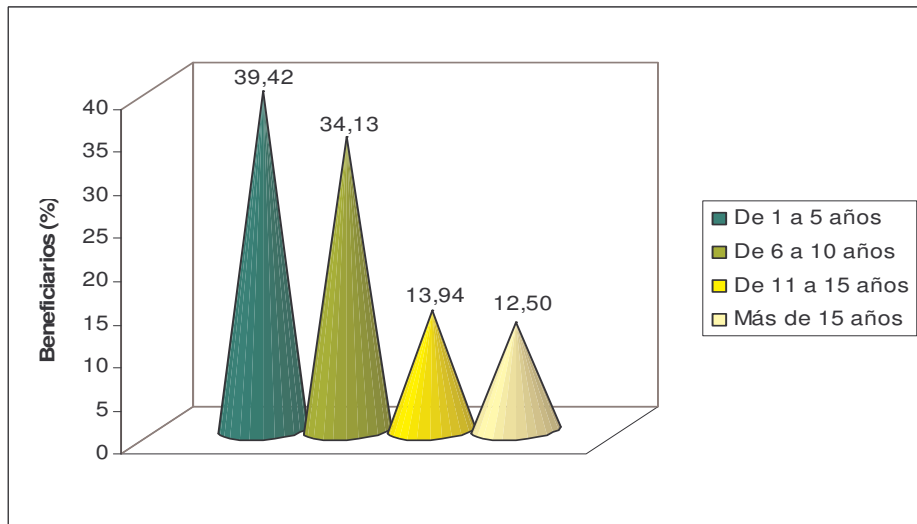
Gráfica 26. EPS en la que se encuentran afiliados los beneficiarios.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Años de afiliación.** Asimismo, los años de afiliación de la población beneficiaria se relacionan con los años de afiliación de la población cotizante lo cual claramente se puede observar en la gráfica 27, donde la mayor proporción tiene de 1 a 5 años afiliado a su EPS con el 39.42%, seguido del 34.13% que tiene de 6 a 10 años de afiliación.

Gráfica 27. Años de afiliación de los beneficiarios.



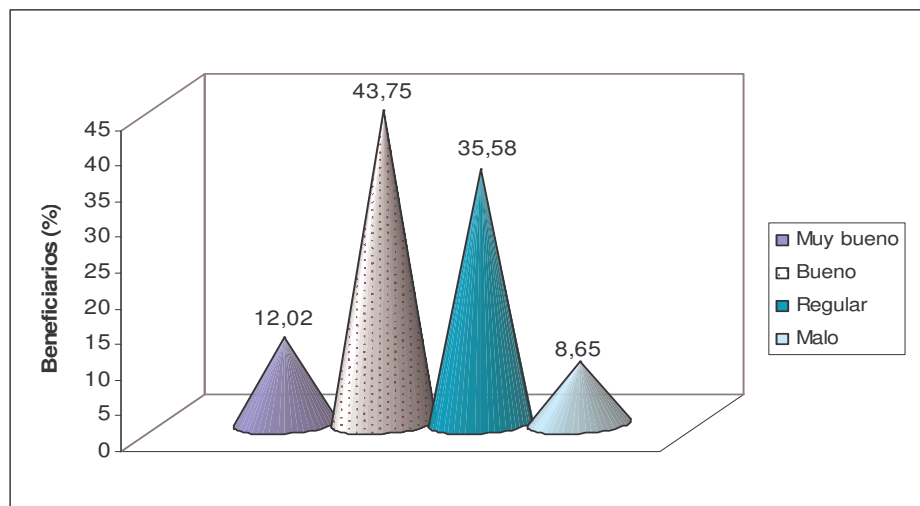
Fuente: Esta investigación.

❖ **Estado de salud.** De otra parte, como un aspecto específico importante se consideró el estado de salud de los beneficiarios para establecer si son ellos los que acuden más frecuentemente a recibir el servicio de salud, pues de esto también depende que el monto del aporte que realiza el cotizante le resulte a éste acorde o no, pues como se vio anteriormente muchos de éstos no utilizan con mucha frecuencia el servicio de salud lo que no ocurre con sus propias familias.

Como puede observarse en la gráfica 28 el estado de salud de la población beneficiaria en general es bueno (43.75%), sin embargo, puede verse también que le sigue un alto porcentaje de la población que tiene un estado de salud regular (35.58%), lo cual está relacionado con la frecuencia de asistencia a las respectivas EPS.

❖ **Frecuencia de uso del servicio de salud.** Teniendo en cuenta lo anterior, en este estudio se encontró que la población beneficiaria acude a que su EPS le preste el servicio de salud más frecuentemente que los cotizantes (dependientes e independientes), puesto que los primeros acuden en mayor medida cada 2 ó 3 meses con el 35.10% y cada 4, 5 ó 6 meses con el 27.40%, siendo que para los segundos la relación es contraria. Esto se explica porque como se mencionó anteriormente el estado de salud de los usuarios beneficiarios es en cierta medida regular (ver gráfica 29).

Gráfica 28. Estado de salud de los beneficiarios.

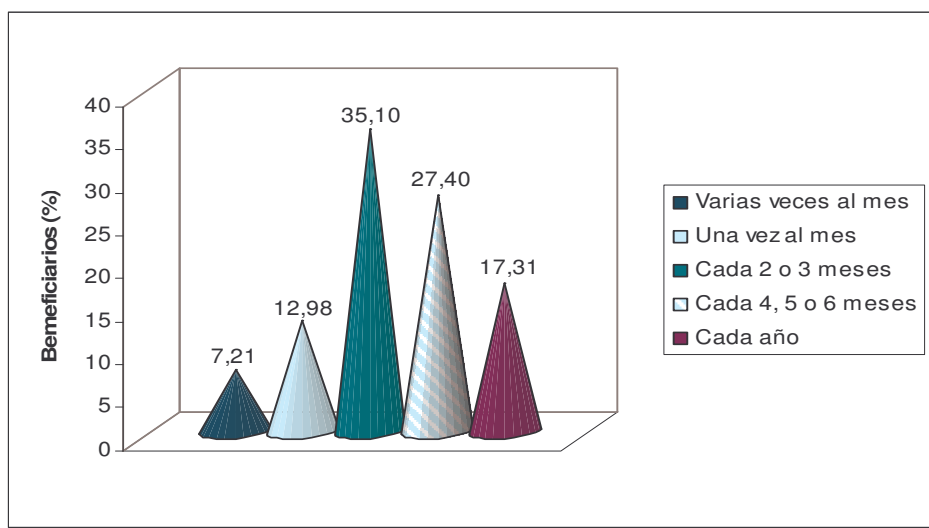


Fuente: Esta investigación.

❖ **Razón por la que más asisten al servicio de salud.** Al respecto, cabe mencionar que la principal razón por la que los usuarios asisten a su respectiva EPS es medicina general con el 49.52%; destacándose también la asistencia por urgencias con el 29.33%, muchas veces

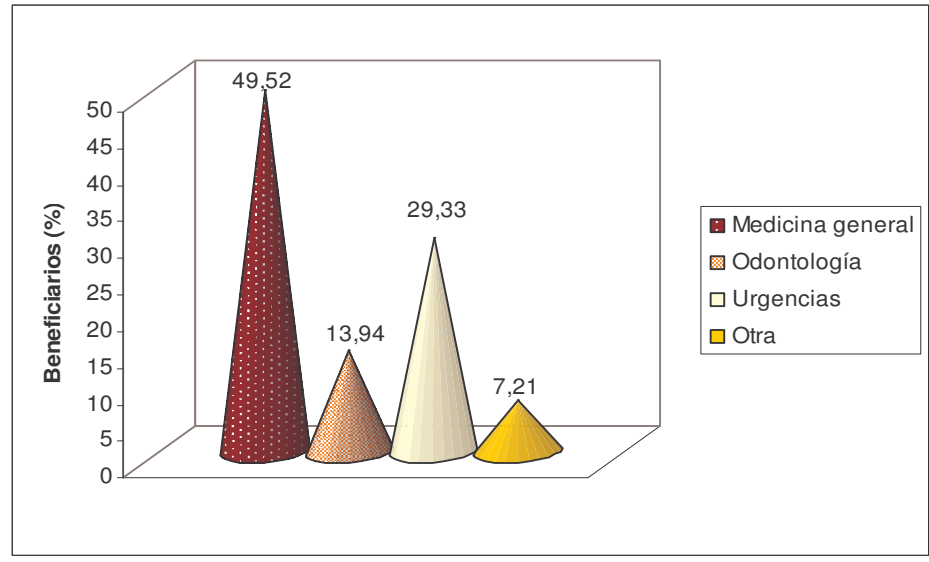
para recibir atención prioritaria en casos como gripas, alergias, indigestión, etc. (ver gráfica 30).

Gráfica 29. Frecuencia de uso del servicio de salud de los beneficiarios.



Fuente: Esta investigación.

Gráfica 30. Razón por la que más asisten al servicio de salud los beneficiarios.



Fuente: Esta investigación.

4.2.3 Aspectos generales sobre la afiliación a salud de los cotizantes. Al indagar sobre la experiencia personal de los usuarios en sus respectivas EPS, específicamente de los cotizantes tanto dependientes como independientes se obtuvieron las siguientes consideraciones:

❖ **EPS en la que se encuentran afiliados los cotizantes.** Se puede observar que la mayor proporción que representa el 42.53% de los encuestados está afiliado a SaludCoop EPS, donde el 22.41% pertenece a los trabajadores dependientes y el 20.11% a los trabajadores independientes, mostrando así que ésta EPS es la de mayor preferencia sin importar el tipo de empleo; seguido en orden de importancia por el Instituto de Seguros Sociales ISS con el 18.97%, de éste se tiene que, los trabajadores independientes están en mayor proporción con 10.34%, aunque casi en igual porcentaje están los dependientes con el 8.62%; luego está Coomeva S.A. con el 17.24%, encontrando que tanto trabajadores dependientes como independientes están casi en igual magnitud (8.05% y 9.2%) (ver cuadro 20 y gráfica 31).

Se nota que en las otras EPS de menor importancia en la ciudad como Sanitas, Servicio Occidental de Occidente S.O.S. y Salud Vida se encuentran afiliados en mayor proporción los trabajadores dependientes, a diferencia de Coomeva y el ISS en donde hay más trabajadores independientes.

Cuadro 20. EPS en la que se encuentran afiliados los cotizantes.

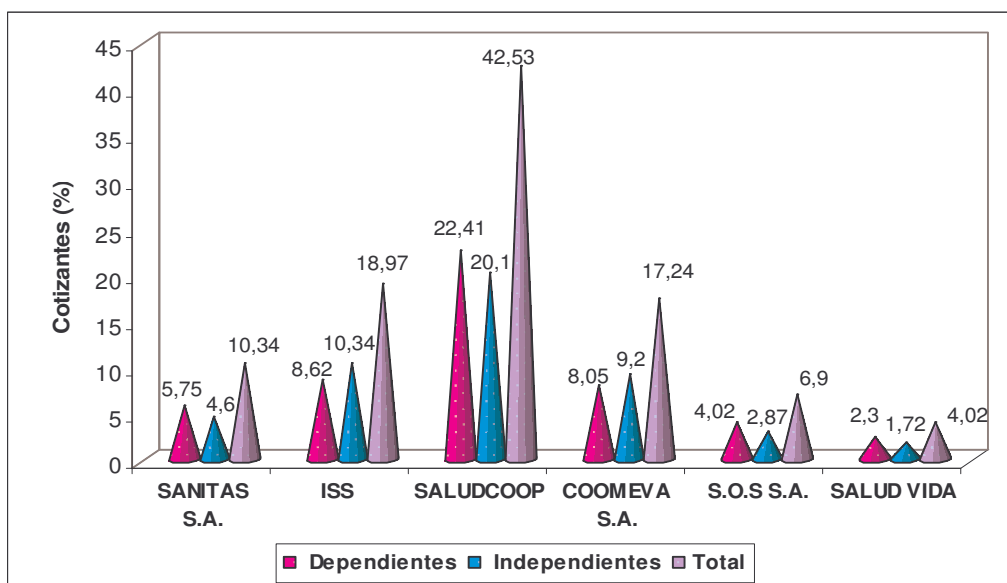
EPS	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
SANITAS S.A.	10	8	18	5,75	4,6	10,34
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	15	18	33	8,62	10,34	18,97
SALUDCOOP	39	35	74	22,41	20,11	42,53
COOMEVA S.A.	14	16	30	8,05	9,2	17,24
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	7	5	12	4,02	2,87	6,9
SALUD VIDA	4	3	7	2,3	1,72	4,02
Total	89	85	174	51	45,83	100

❖ **Años de afiliación.** Con lo referente a los años de afiliación a las respectivas EPS, se determinó que el rango entre 6 a 10 años constituye el mayor porcentaje con el 43.68% y dentro de éste los trabajadores dependientes constituyen la mayoría (26.44%); luego se encuentra el rango entre 1 a 5 años con el 35.63% donde el 15.52% corresponde trabajadores dependientes y el 20.11% a trabajadores independientes.

Solo el 20.72% de las personas encuestadas se encuentran afiliadas en sus EPS más de 11 años, lo que prueba que, hubo una transferencia de quienes hacían parte del Instituto de Seguros Sociales o de otra EPS como la Caja de Previsión Departamental, la cual se cerró y por lo tanto quienes pertenecían a ella se vieron en la obligación de buscar otra EPS que les ofreciera sus servicios y gracias a la creación masiva de nuevas EPS, éstos tuvieron una amplia oferta para elegir la de su preferencia (ver cuadro 21 y gráfica 32).

Cabe señalar que, otra razón que explica el tiempo de afiliación es el rango de edad más representativo que como ya se había expresado anteriormente oscila entre los 25 y 35 años de edad, por lo cual el tiempo que dicha población lleva cotizando en una EPS no supera los diez años.

Gráfica 31. EPS en la que se encuentran afiliados los cotizantes.

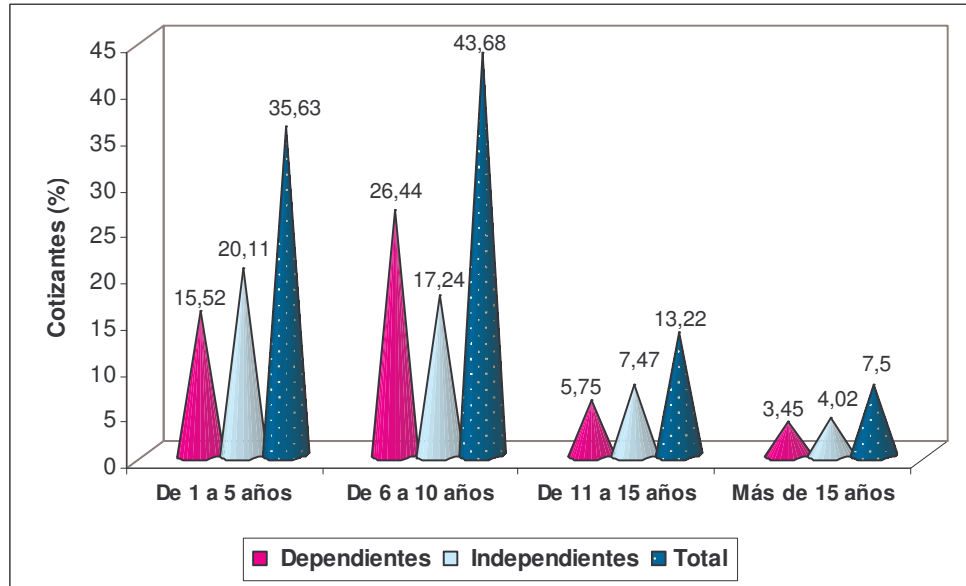


Fuente: Esta investigación.

Cuadro 21. Años de afiliación los cotizantes.

Años de afiliación	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
De 1 a 5 años	27	35	62	15,52	20,11	35,63
De 6 a 10 años	46	30	76	26,44	17,24	43,68
De 11 a 15 años	10	13	23	5,75	7,47	13,22
Más de 15 años	6	7	13	3,45	4,02	7,5
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 32. Años de afiliación de los cotizantes.

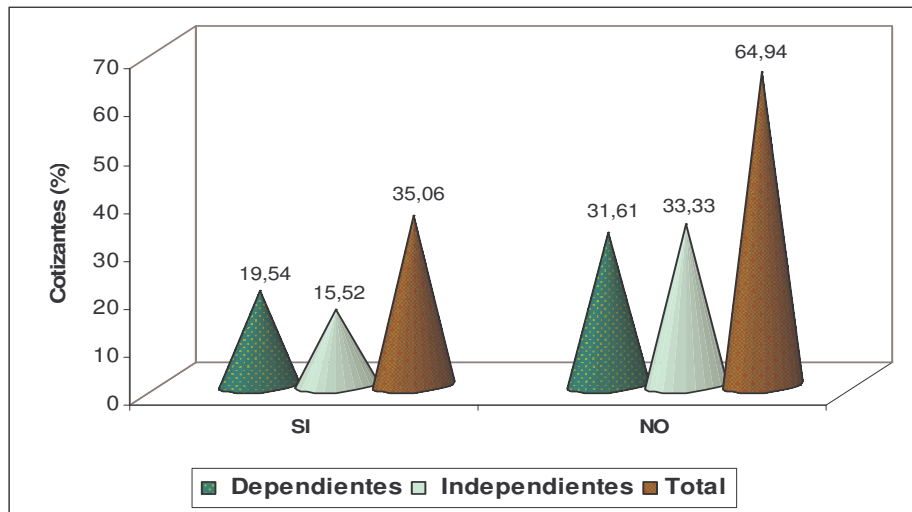


Fuente: Esta investigación.

❖ **Permanencia en la EPS.** Por lo anterior, se pudo corroborar que efectivamente en los últimos 5 años el 35.06% de los trabajadores encuestados si ha cambiado de EPS, y algunas de las razones que más se resaltan son la liquidación de algunas de ellas como es el caso de Humana Vivir, Solsalud, entre otras y/o porque no estaban a gusto con el servicio de salud que recibían de sus anteriores EPS, justificado principalmente, en que este no era oportuno y porque la atención de los médicos no los satisfacía. De este porcentaje, los trabajadores dependientes conforman la mayor parte con el 19.54%, mientras que los trabajadores independientes representan el 15.52% (ver gráfica 33).

Sin embargo, el 64.94% no ha cambiado de EPS, pues argumenta que la razón más importante es que el servicio prestado en su respectiva EPS satisface la mayoría de las expectativas que tiene como usuario ya que recibe una buena atención de todo el personal en general y además porque consideran que entre todas las EPS de la ciudad, la suya es la que mejor presta el servicio aunque tenga muchas falencias por lo cual no descartan la idea de optar por la medicina prepagada. Y en este sentido, no se observa una gran diferencia entre los cotizantes dependientes e independientes, pues sus porcentajes son casi similares. Cabe resaltar, que muchos de los encuestados no cambian de EPS por falta de tiempo para realizar los trámites de afiliación a otra.

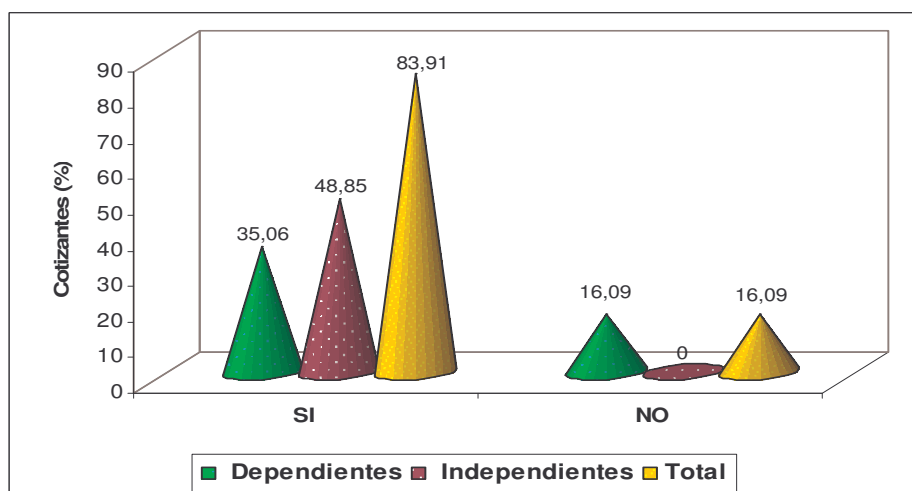
Gráfica 33. Permanencia en la EPS.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Elección de la EPS.** Un alto porcentaje (83.31%) de las personas encuestadas tuvo libertad a la hora de elegir la EPS, dentro de éste se encuentra que el 35.06% corresponde a los trabajadores dependientes y el 48.85 % a los trabajadores independientes; lo cual indica que existe mayor autonomía para elegir la EPS en los trabajadores independientes, quienes lo hicieron en su totalidad, mientras que, de los trabajadores dependientes no lo hizo el 16.09%, mostrando así que no todos los empleadores acatan la ley (específicamente Ley 100 de 1993) al no permitirles a sus trabajadores que accedan al servicio de salud donde ellos mejor lo consideren (ver gráfica 34).

Gráfica 34. Elección libre de la EPS.

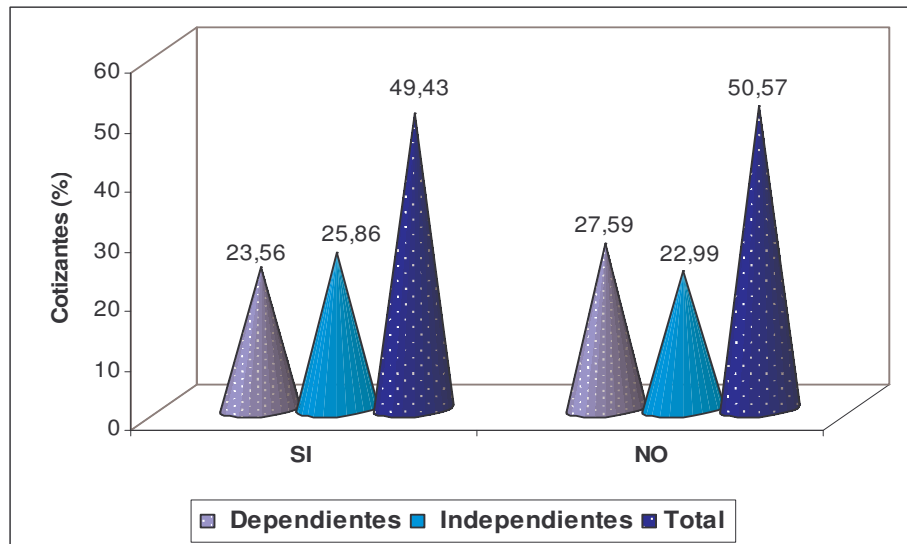


Fuente: Esta investigación.

❖ **Elección libre de la IPS.** De la misma forma, puede verse que así como hay libertad para escoger la EPS, también los afiliados tienen la posibilidad de elegir la institución que les preste el servicio de salud (IPS) de su preferencia, sin embargo, si el afiliado no lo hace, la EPS es quien decide donde se recibirá el servicio y lo hace dependiendo del lugar de residencia.

Las personas encuestadas en su mayoría no hicieron la elección de su preferencia, pues estas representan el 50.57%, del cual se destaca que son los trabajadores dependientes quienes más no lo hicieron (27.59%); sin embargo, un porcentaje muy similar sí eligió la IPS, el cual corresponde al 49.43%; dentro de éste, entre los trabajadores dependientes e independientes no existe una diferencia muy marcada ya que representan el 23.56% y el 25.86% respectivamente (ver gráfica 35).

Gráfica 35. Elección libre de la IPS.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Costos del servicio de salud.** De otra parte, se encontró que la mayoría de los trabajadores dependientes no sabe cuánto paga o le descuentan mensualmente por la afiliación a salud, puesto que al no realizar ellos mismos el pago ya que éste es descontado directamente por el empleador a través de la nómina, no se muestra interés en ello y por lo tanto desconocen éste valor; sin embargo, su desconocimiento no es total, puesto que los encuestados en su mayoría si tienen conocimiento sobre el porcentaje que les corresponde pagar tanto a ellos como a su empleador que equivale al 12.5% en total.

En cuanto a los trabajadores independientes, se encontró que al realizar ellos mismos el pago, obviamente tienen conocimiento de éste; pero, se observó que al tener que pagar todo el monto de la cotización (12.5%), en su mayoría efectúan un pago menor de lo que

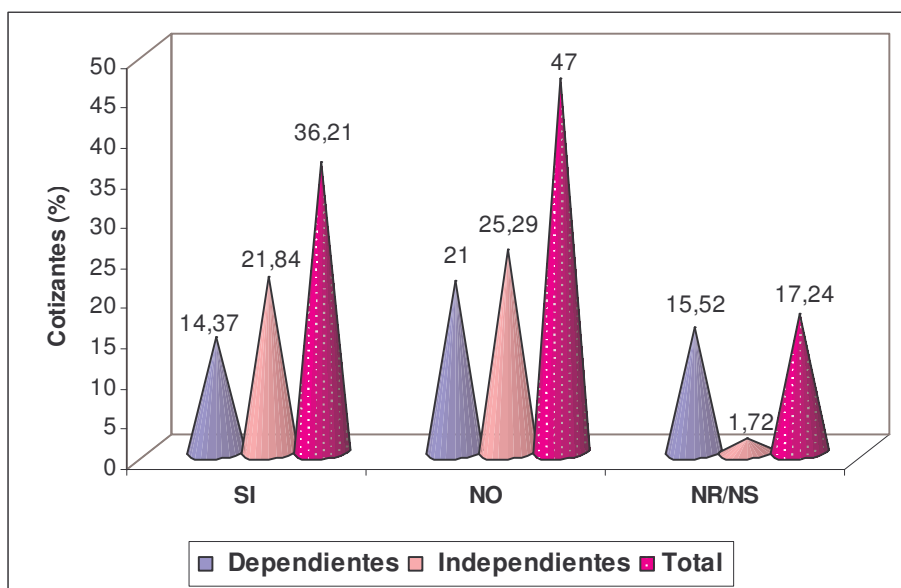
realmente deberían pagar de acuerdo a sus ingresos y por ende cotizan en base al salario mínimo cuando sus ingresos superan en gran proporción éste salario.

De acuerdo a lo anterior, se encontró que el servicio de salud no le parece costoso al 47% de los trabajadores encuestados, sin embargo, al analizar por separado tanto a los trabajadores dependientes como independientes es a éstos últimos a quienes les parece que el servicio de salud por el que pagan es caro, lo cual se explica porque ellos deben asumir con la totalidad del pago como se mencionó anteriormente (ver cuadro 22 y gráfica 36).

Cuadro 22. Costos del servicio de salud.

Concepto	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
SI	25	38	63	14,37	21,84	36,21
NO	37	44	81	21	25,29	47
NR/NS	27	3	30	15,52	1,72	17,24
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 36. Costos del servicio de salud.



Fuente: Esta investigación.

❖ **Estado de salud.** Para el presente estudio fue importante tener en cuenta cuál es el estado de salud de la población trabajadora, ya que de esto depende con qué frecuencia se utilizan los servicios de salud y en consecuencia qué tan costoso o no puede resultar para el

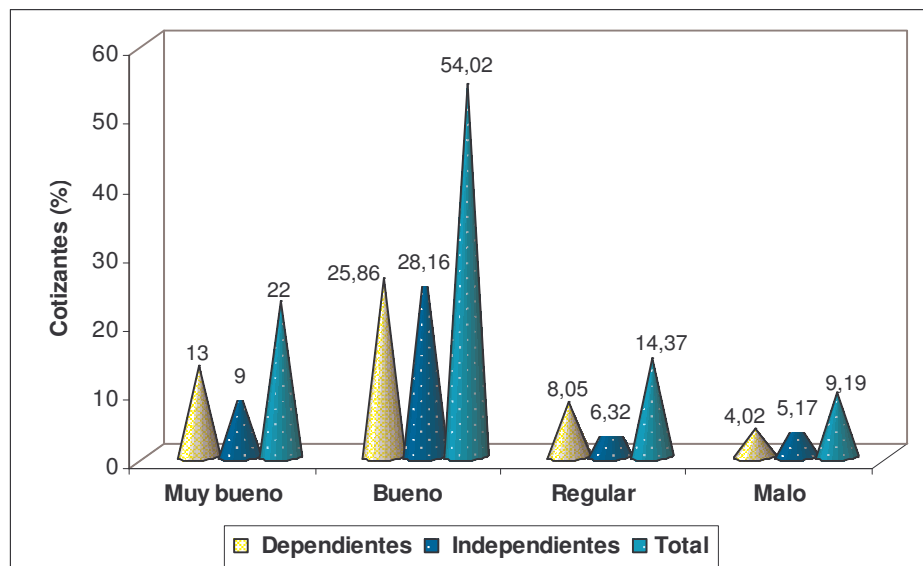
usuario éste servicio, llegando a determinar que aproximadamente el 76% de las personas encuestadas tiene un estado de salud que en general es bueno (54.02%) y muy bueno (22%), por lo que el uso del servicio de salud no es tan frecuente, lo que se evidencia en el cuadro 23. Y un menor porcentaje correspondiente al 23.56% no tiene un buen estado de salud (regular y malo), lo que indica que es esta parte de la población trabajadora la que puede necesitar más de los servicios de salud.

Entre las personas encuestadas que gozan de un buen estado de salud, se observan en mayor medida a los trabajadores independientes puesto que representan el 28.16% y los trabajadores dependientes el 25.86%. De forma contraria ocurre con quienes su estado de salud es muy bueno, 9% y 13% respectivamente.

Cuadro 23. Estado de salud de los cotizantes.

Estado de salud	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
Muy bueno	23	16	39	13	9	22
Bueno	45	49	94	25,86	28,16	54,02
Regular	14	11	25	8,05	6,32	14,37
Malo	7	9	16	4,02	5,17	9,19
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 37. Estado de salud de los cotizantes.



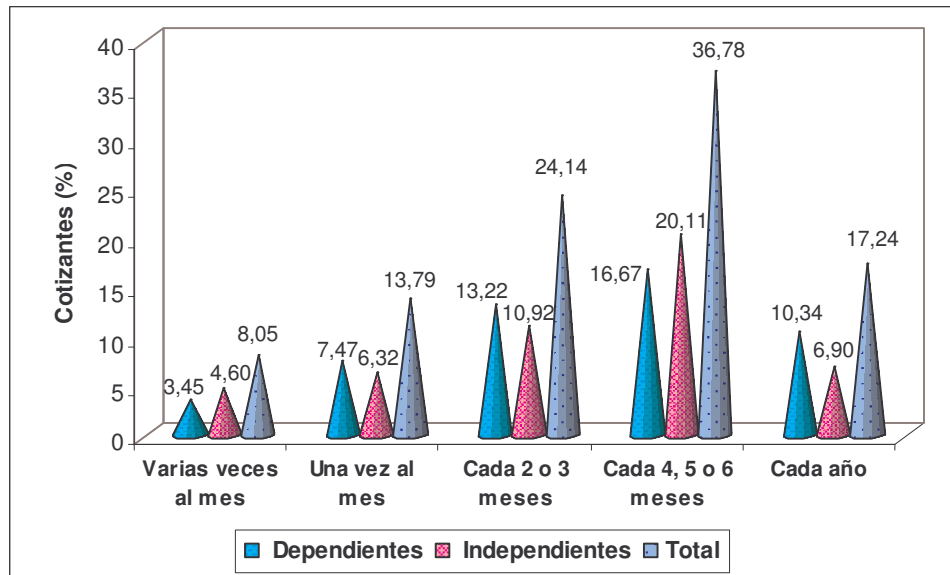
Fuente: Esta investigación.

❖ **Frecuencia de uso del servicio de salud.** Con respecto a la frecuencia de la utilización del servicio de salud, se determinó que el 36.78% asiste a su EPS cada 4, 5 ó 6 meses, seguido de 24.14% que lo hace cada 2 ó 3 meses, de lo cual se puede deducir que éstos usuarios hacen poco uso del servicio de salud que les ofrece su EPS ya que en promedio lo hacen mínimo 2 y máximo 6 veces al año, esto indica que no sólo gozan de un buen estado de salud en general sino que además también recurren a los servicios de los médicos particulares como ya se ha manifestado antes (ver cuadro 24 y gráfica 38).

Cuadro 24. Frecuencia de uso del servicio de salud de los cotizantes.

Frecuencia	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
Varias veces al mes	6	8	14	3,45	4,60	8,05
Una vez al mes	13	11	24	7,47	6,32	13,79
Cada 2 o 3 meses	23	19	42	13,22	10,92	24,14
Cada 4, 5 o 6 meses	29	35	64	16,67	20,11	36,78
Cada año	18	12	30	10,34	6,90	17,24
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 38. Frecuencia de uso del servicio de salud de los cotizantes.



Fuente: Esta investigación.

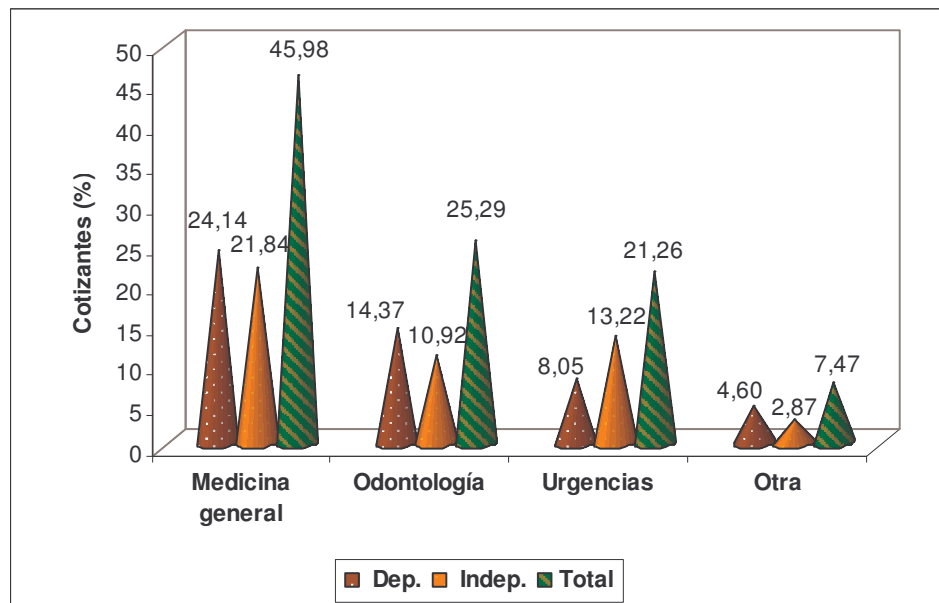
❖ **Razón por la que más asiste al servicio de salud.** Al respecto, cabe mencionar que la razón por la que los cotizantes más frecuentan su IPS es porque requieren de los servicios

médicos generales con el 45.98%, y que en su mayoría lo hacen los trabajadores dependientes (24.14%); seguido con el 25.29% quienes asisten porque necesitan de los servicios odontológicos y en una mínima proporción (7.47%), acuden para solicitar los servicios de un médico especialista, este bajo porcentaje se debe principalmente a la demora en las citas, como se había explicado anteriormente (ver cuadro 25 y gráfica 39).

Cuadro 25. Razón por la que más asiste al servicio de salud los cotizantes.

Razón	Número de Cotizantes			Porcentaje (%)		
	Dep.	Indep.	Total	Dep.	Indep.	Total
Medicina general	42	38	80	24,14	21,84	45,98
Odontología	25	19	44	14,37	10,92	25,29
Urgencias	14	23	37	8,05	13,22	21,26
Otra	8	5	13	4,60	2,87	7,47
Total	89	85	174	51	49	100

Gráfica 39. Razón por la que más asiste al servicio de salud los cotizantes.



Fuente: Esta investigación.

5. PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

En general, además de la eficiencia, la calidad es el principal resultado al que debe apuntar cualquier entidad que ofrezca el servicio de salud, ésta se puede definir como las características que deben poseer los servicios de salud, concretamente las condiciones necesarias y suficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios, tanto en el ámbito de la prevención y promoción como de la atención y el apoyo.

En la práctica, de acuerdo con los modelos utilizados por las empresas que ofrecen servicios (bancos, restaurantes, etc.), la calidad se puede evaluar por medio de encuestas que miden el grado de:

- (1) satisfacción con la accesibilidad a los servicios prometidos;
- (2) satisfacción con la oportunidad de la atención;
- (3) satisfacción con el trato e información recibida por parte del personal de salud;
- (4) satisfacción con el aspecto de las instalaciones y la cantidad de las mismas;
- (5) percepción de beneficio respecto de los medicamentos;
- (6) satisfacción con solicitud de citas y trámites y
- (7) percepción de los beneficios como afiliación a familiares y costos.

En este sentido, el objetivo de este estudio consiste en evaluar la calidad del servicio de salud que ofrecen las Entidades Promotoras de Salud a sus usuarios (cotizantes y beneficiarios), a partir del grado de satisfacción de los mismos, teniendo en cuenta los componentes considerados más prioritarios.

Para evaluar la calidad de la atención del servicio de salud y el grado de satisfacción de los usuarios con dicho servicio es necesario comenzar comprendiendo qué es calidad y todo lo referente a ella, para posteriormente aplicarlo a la prestación del servicio de salud y en este proceso relacionar el concepto de satisfacción.

Existen numerosas definiciones de calidad, pero puede decirse que todas ellas están comúnmente basadas en las propiedades de algo y en la percepción de ese algo; entonces, al momento de definir calidad, es clara la subjetividad de su valoración y su relatividad, por lo cual no se considera como una cualidad absoluta, sino como un atributo relativo. Ahora bien, en términos de productos o servicios se hace referencia a las características del bien o servicio y a la satisfacción de las necesidades y exigencias del cliente o consumidor; al tener en cuenta la subjetividad mencionada en lo relacionado con calidad, se hace necesario construir el binomio producto o servicio/cliente o consumidor, pues la percepción es distinta dependiendo del punto de vista de quien ofrece y quien consume; es por esto que algunos autores resaltan que la calidad está determinada por aquellas características que re

conoce el consumidor como beneficiosas para él, motivo por el cual se juzga según la apreciación del consumidor y no según la del proveedor.

El concepto de satisfacción, se ha ido matizando a lo largo del tiempo, según han ido avanzando sus investigaciones, enfatizando distintos aspectos y variando su concepción. La definición de la satisfacción está concebida, no solo desde distintos puntos de vista, sino desde las distintas disciplinas; un ejemplo claro de esto es que mientras la economía se centra en la medida de la satisfacción como resultado, estado final o utilidad, y en las diferencias existentes entre tipos de consumidores y productos e ignoran los procesos psicosociales que llevan al juicio de satisfacción; la psicología y sociología enfatizan más en el proceso de evaluación. Pero finalmente, las numerosas definiciones respecto a éste término coinciden en que la satisfacción implica: la existencia de algo deseado o necesitado por el cliente o consumidor y la consecución de ese algo. Por lo cual el proceso de evaluación de la satisfacción involucra como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación. Entonces se hace posible apreciar la satisfacción como el “resultado de la diferencia entre los estándares de comparación previos de los clientes y la percepción del servicio o bien”.*

Apareciendo la insatisfacción cuando lo que realmente se adquiere no llena las expectativas de lo que realmente se pretendía. Es por eso que se asume que los individuos asimilan la realidad observada para ajustarla a sus estándares de comparación.

Así, teniendo en cuenta lo anterior, el análisis de los resultados obtenidos para una adecuada presentación se divide en cuatro secciones, en la primera de ellas se establecen las percepciones que sobre calidad tienen los afiliados de acuerdo a una serie de factores a partir del total de la muestra; en la segunda y la tercera se hace el mismo análisis de forma separada, es decir, para beneficiarios y cotizantes respectivamente y en la última parte se hace una breve exposición de las razones que explican por qué los usuarios recomendarían o no a la EPS en la que se encuentran afiliados.

5.1 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y BENEFICIARIOS).

A continuación, se mostrará el grado de satisfacción que tienen los usuarios de las diferentes EPS frente a los factores que se identificaron como relevantes para realizar el análisis sobre la prestación del servicio de salud, los cuales son:

Satisfacción con la accesibilidad a los servicios prometidos; satisfacción con la oportunidad de la atención; satisfacción con el trato e información recibidas por parte del personal de salud; satisfacción con el aspecto de las instalaciones y cantidad de las mismas; percepción

* PARASURAMAN A; BERRY L. Marketing Services: Competing Trough Quality, the Free Press, New York, 1991. En: http://editorial.unab.edu.co/revistas/rmarketing/pdfs/r11_art3_c.pdf

de beneficio respecto de los medicamentos; satisfacción con solicitud de citas y trámites y la percepción de otros beneficios como afiliación a familiares y costos (ver cuadro 26).

Cuadro 26. Factores Determinantes en la Prestación del Servicio de Salud.

FACTORES	NÚMERO DE AFILIADOS										Total
	MS	%	S	%	PS	%	NS	%	NS/NR	%	
Acceso	32	8,38	196	51,31	108	28,27	45	11,78	1	0,26	382
Eficacia del personal médico	34	8,90	193	50,52	111	29,06	41	10,73	3	0,79	382
Oportunidad	19	4,97	208	54,45	125	32,72	28	7,33	2	0,52	382
Trato (atención)	39	10,21	219	57,33	97	25,39	23	6,02	4	1,05	382
# de Centros de Atención	15	3,93	113	29,58	196	51,31	48	12,57	10	2,62	382
Infraestructura	22	5,76	224	58,64	104	27,23	24	6,28	8	2,09	382
Suministro de medicamentos	8	2,09	113	29,58	195	51,05	65	17,02	1	0,26	382
Solicitud de citas	25	6,54	152	39,79	147	38,48	57	14,92	1	0,26	382
Personal (Número)	15	3,93	177	46,34	164	42,93	23	6,02	3	0,79	382
Información al usuario	15	3,93	129	33,77	194	50,79	39	10,21	5	1,31	382
Trámites	6	1,57	140	36,65	180	47,12	54	14,14	2	0,52	382

MS: Muy Satisfecho; S: Satisfecho; PS: Poco Satisfecho; NS: Nada Satisfecho.

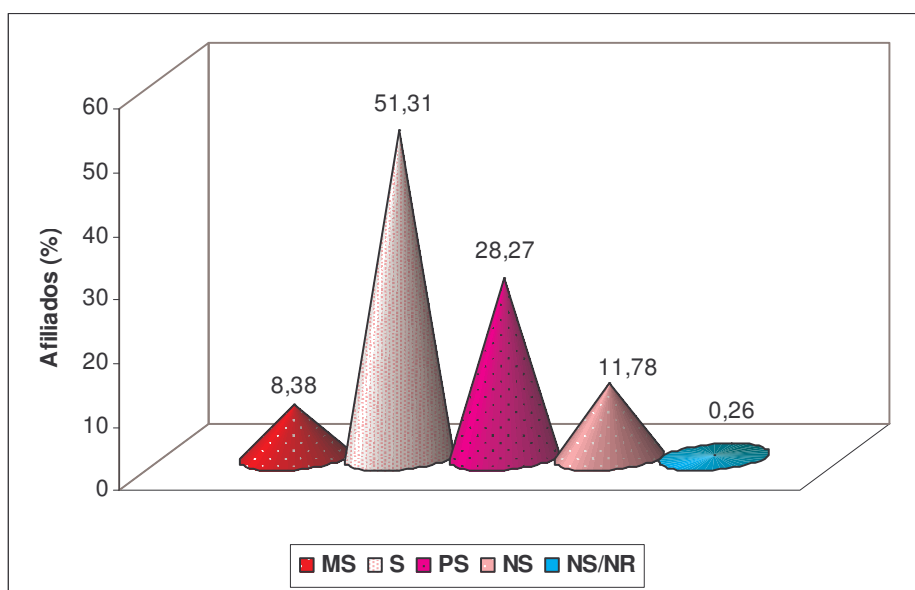
A partir de lo anteriores resultados, se realizó el siguiente análisis:

Acceso. El acceso debe entenderse como la coherencia entre la población que necesita el servicio de salud y el sistema de prestación. Esta interacción depende tanto de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los usuarios para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención.

De esta manera, se encontró que el 51.31% de las personas encuestadas se siente satisfecha frente a éste factor, entre las razones más importantes están que no hay inconvenientes en cuanto a la afiliación para recibir el servicio, además lo considera económico y no existen limitaciones ni complicaciones para que la EPS e IPS atienda sus necesidades.

Sin embargo, existe un porcentaje considerable del total de encuestados (28.27%) que está poco satisfecho ya que no recibe el servicio de forma ágil dado por la demora que requieren algunos trámites y especialmente en el otorgamiento de citas con el médico de su preferencia. Otra razón que dificulta el acceso se refiere a los costos adicionales que deben pagar para recibir el servicio como las cuotas moderadoras y los copagos, debido a que los usuarios no siempre están en la capacidad de correr con éstos gastos extras y por ello no hacen uso del servicio de salud afectando su calidad de vida (ver gráfica 39).

Gráfica 40. Acceso.



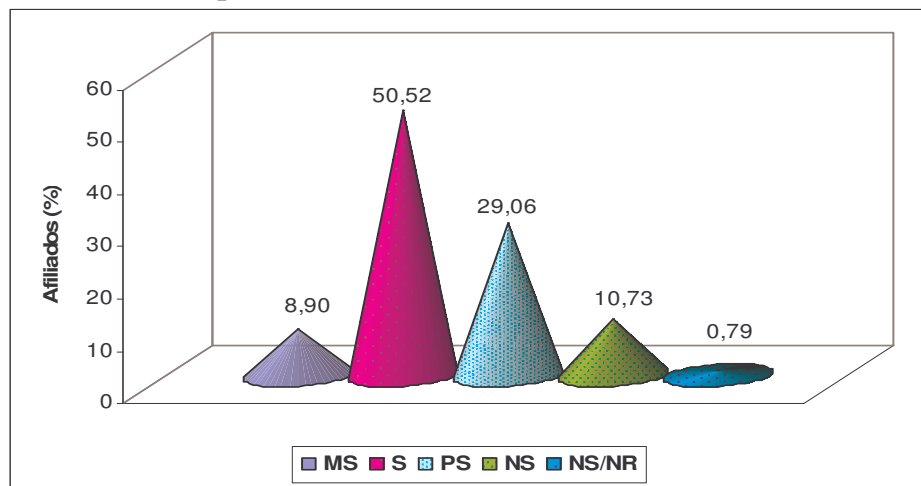
Eficacia del personal médico. Se pudo observar que el 50.52% se considera satisfecho frente a la eficacia del personal médico debido principalmente a que sí se da solución al problema que los aqueja, sin embargo, opinan no sentirse muy satisfechos porque opinan que éste servicio puede mejorar.

No obstante, el 29.06% se siente poco satisfecho porque no se ha cumplido con sus expectativas ya que manifiestan que son tratados como clientes de cualquier otro negocio y no como pacientes que necesitan una atención más humana, pues muchas veces no sólo recurren para que se les formule medicamentos sino porque necesitan ser escuchados y se les demuestre un mayor interés (ver gráfica 40).

❖ **Oportunidad.** La oportunidad hace referencia a la prontitud con que se recibe el servicio de salud, a lo cual las personas encuestadas se manifestaron en su mayoría satisfechos con el 54.45%, dado que el servicio que les presta su EPS e IPS es rápido y eficiente, es decir, no requiere mucho tiempo de espera para recibirlo.

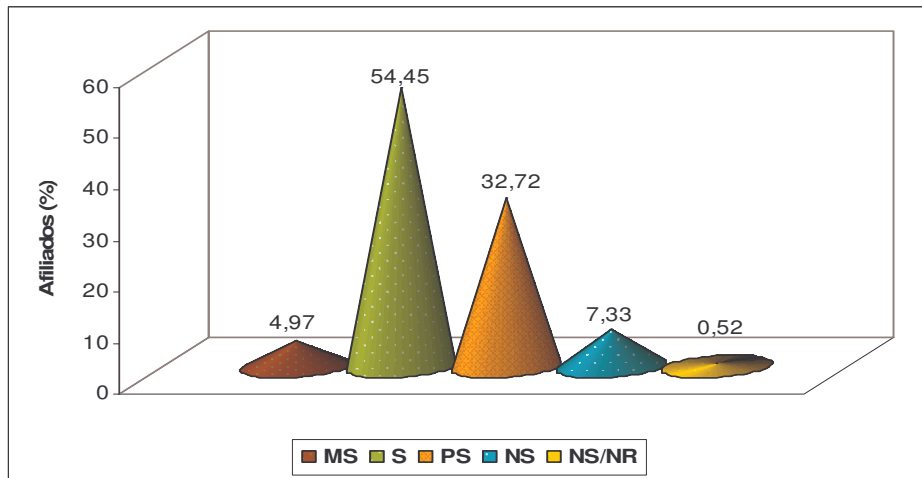
Sin embargo, el 32.72% se siente poco satisfecho porque las citas que se solicitan con médicos especialistas se dan en tiempos prolongados y porque muchas veces no existe suficiente personal médico para la atención en urgencias, por lo cual éstos se sienten inconformes y algunos prefieren asistir a un consultorio particular y hasta en ocasiones automedicarse especialmente, cuando se trata de enfermedades que son consideradas leves como un resfriado, indigestión, dolor de cabeza, etc. (ver gráfica 42).

Gráfica 41. Eficacia del personal médico.

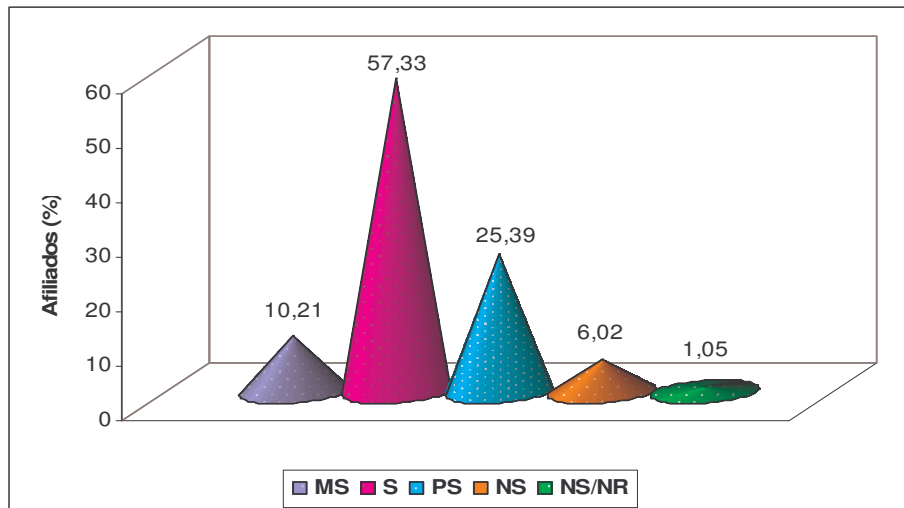


❖ **Trato (atención).** Con respecto al trato, se observa que el 57.33% de las personas encuestadas está satisfecho por la atención que recibe del personal que labora en su EPS e IPS puesto que opina que son tratados con respeto y amabilidad debido a la idoneidad de los mismos, teniendo en cuenta que ésta cualidad no abarca a todo el personal ya que algunos de ellos no ofrecen una atención cordial sino más bien un tanto grosera e indiferente por lo cual existe desaprobación por parte de algunos usuarios, los cuales corresponden al 25.39% que se siente poco satisfecho (ver gráfica 42).

Gráfica 42. Oportunidad.



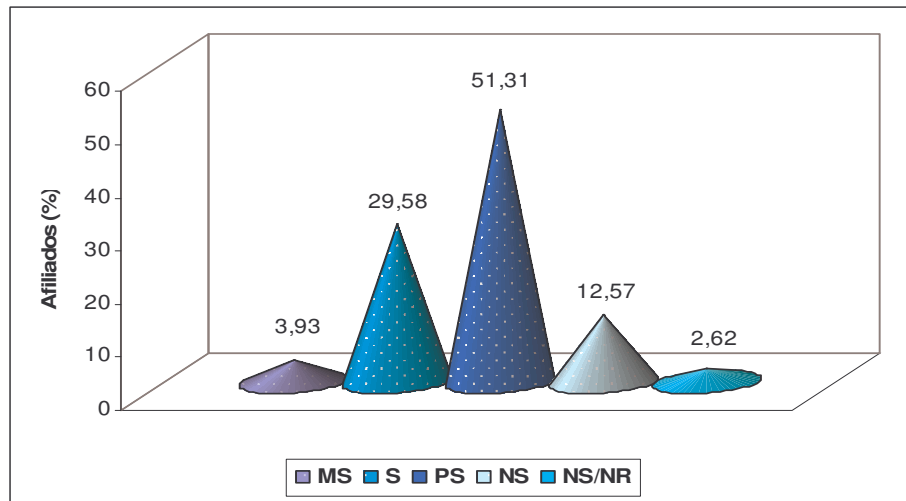
Gráfica 43. Trato (atención).



❖ **Número de Centros de atención.** Otro factor importante que se tuvo en cuenta en el análisis, es el número de centros de atención con el que cuenta cada EPS con el fin de determinar si la oferta es suficiente para cubrir la demanda del servicio de salud, de lo cual se identificó que existe un alto porcentaje que se encuentra poco satisfecho frente a éste factor (51.31%) pues considera que debería existir más centros de atención distribuidos adecuadamente en la ciudad, es decir, por varias zonas para mejorar la prestación del servicio de salud y por ende la calidad del mismo.

Pese a lo anterior, el 29.58% de los usuarios cree que el número de centros de atención si es suficiente dado que no ha visto perjudicada la prestación del servicio por éste aspecto (ver gráfica 43).

Gráfica 44. Número de Centros de atención.

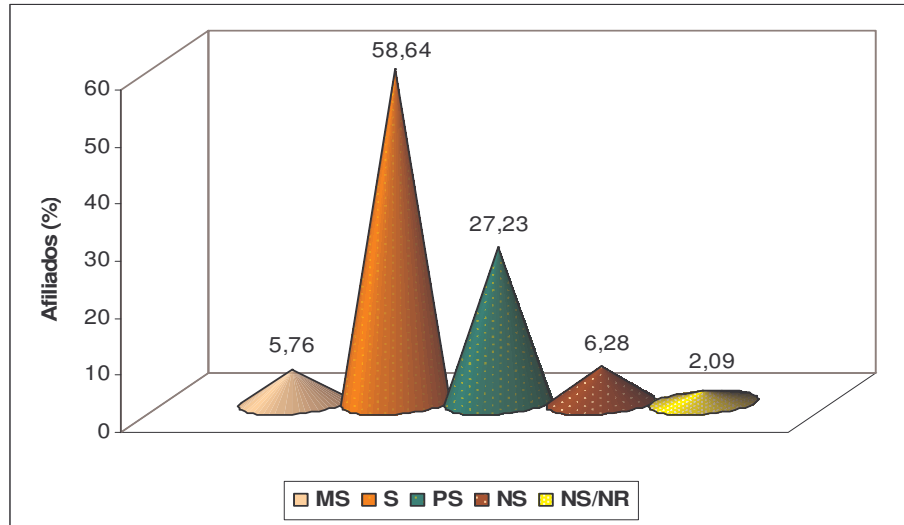


❖ **Infraestructura.** El 58.64% de las personas encuestadas se siente satisfecho con la infraestructura de los centros de atención existentes, declarando que las instalaciones y equipos son adecuados, se encuentran en buen estado, además que cumplen con los estándares de limpieza; y en el caso específico de las instalaciones se siente a gusto con éstas ya que son bonitas, cómodas y espaciosas. En menor proporción (33.51%) que corresponde a 27.23% y 6.28% de poco y nada satisfecho respectivamente, cree que éstas deberían mejorar porque no se están contentos con ellas (ver gráfica 45).

❖ **Suministro de medicamentos.** Con lo relacionado al suministro de medicamentos, se puede observar que existe un alto porcentaje de insatisfacción dado que el 51.05% se siente poco satisfecho y el 17.02% nada satisfecho, lo que demuestra que el 68.07% tiene dificultades con respecto a éste factor, explicadas en primer lugar porque la entrega es incompleta, es decir, no hay la suficiente existencia de todos los medicamentos y los que hay no son de la mejor calidad, además que siempre se formula los mismos medicamentos y por lo general, por no decir siempre, son calmantes que no curan la enfermedad sino que solamente la mitigan como es el caso del ibuprofeno que se receta para todas las enfermedades.

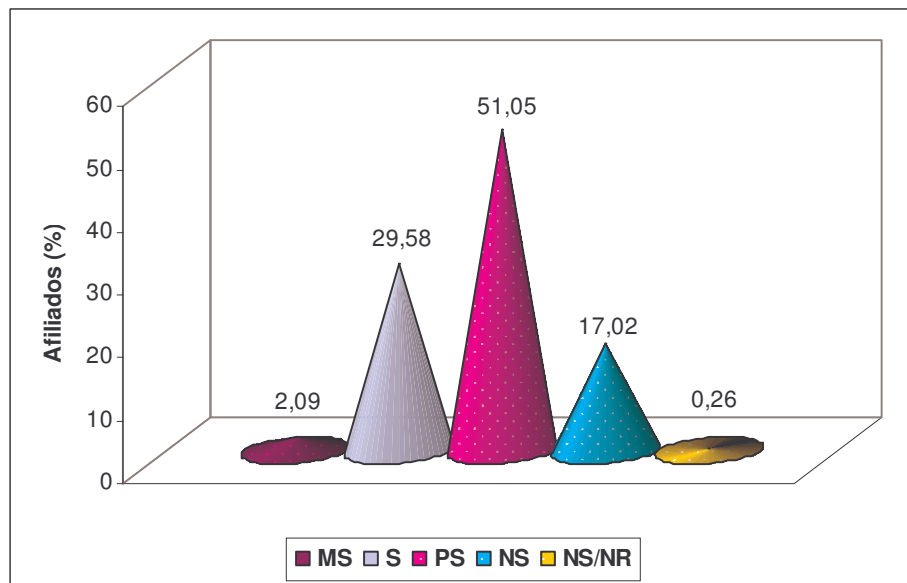
El 29.58% si está satisfecho con el suministro de medicamentos y tan solo el 2.09% restante se encuentra muy satisfecho con éste aspecto porque se sienten complacidos con los medicamentos formulados y no han tenido ningún inconveniente con la entrega de los mismos (ver gráfica 46).

Gráfica 45. Infraestructura.



❖ **Solicitud de citas.** En cuanto a la solicitud de citas, el 36.91% del total de los encuestados se halla satisfecho porque éstas se pueden realizar a través de medios cómodos y asequibles tales como vía telefónica e Internet que permiten al usuarios hacerlo desde cualquier lugar, evitando costos especialmente de transporte, sin embargo, el 41.62% no lo ve así ya que en ocasiones éstos medios no le han garantizado agilidad en el proceso de solicitud debido a que existe congestión que lleva al punto de tardarse en adquirir una cita hasta más de dos días, indicando así que no sólo se requiere de mayor personal para que cumpla con ésta función, sino que además se debe mejorar el procedimiento para hacerlo más corto y por lo tanto más eficiente (ver gráfica 47).

Gráfica 46. Suministro de medicamentos.

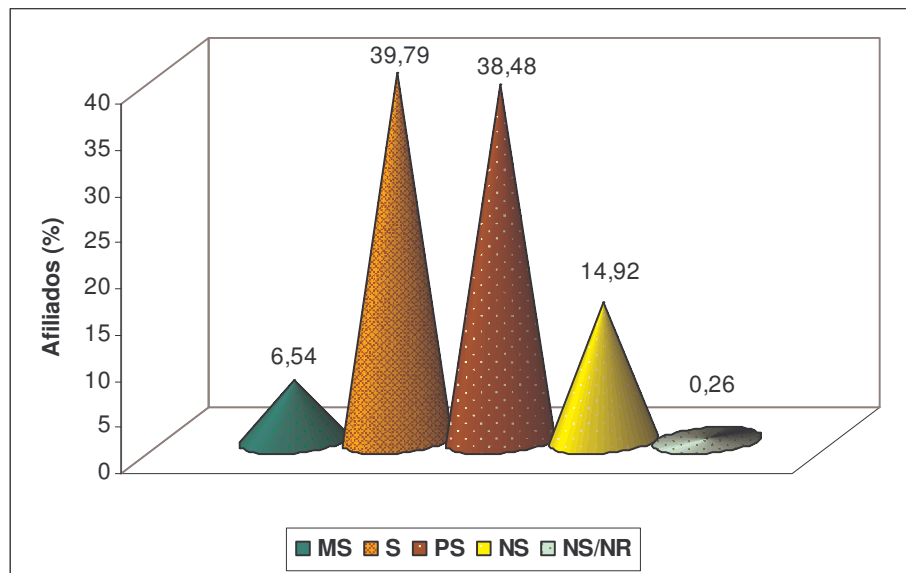


❖ **Personal (Número).** Al determinar el grado de satisfacción de las personas encuestadas frente a la cantidad de personal que labora en las EPS e IPS, se pudo establecer que existe una equivalencia entre quienes se sienten satisfechos y quienes no; ya que el 48.95% no está conforme con este tema, argumentado principalmente en la falta de personal médico tanto para medicina general como especializada en consulta externa y urgencias, lo cual ven como un obstáculo para recibir un servicio oportuno. Otra razón la constituye la falta de personal administrativo, en atención al cliente y en general, personal que se encargue de realizar los diferentes trámites.

Pero, el 50.27%, del total encuestado opina que no hay limitación para recibir el servicio dado que el personal es suficiente para atender y prestar el servicio por lo que se siente satisfecho y muy satisfecho (ver gráfica 48).

❖ **Información al usuario.** Teniendo en cuenta la información que se le brinda al usuario, el 60.99% (poco y nada satisfecho) del total de la muestra se siente inconforme en cuanto a la información que recibe del personal, ya que opina que ésta no se da a tiempo, es decir, si el usuario no se acerca a las oficinas a preguntar sus inquietudes, la EPS no utiliza medios de difusión para informar notas de interés al usuario, además considera que la información no es comprensible y por lo tanto genera dificultades en el momento de realizar algún trámite y el 37.7% restante cree que la información que ha necesitado si se ha dado oportuna y claramente (ver gráfica 49).

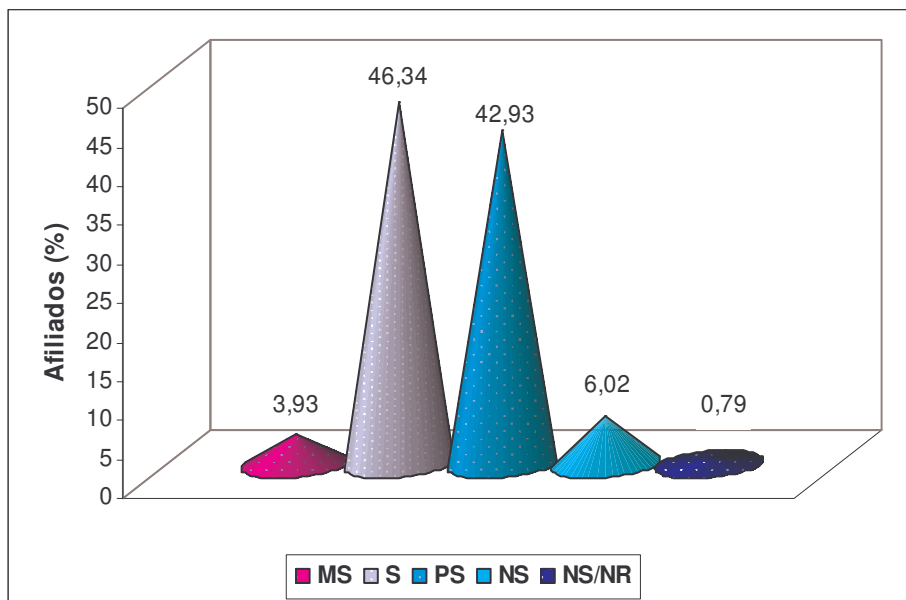
Gráfica 47. Solicitud de citas.



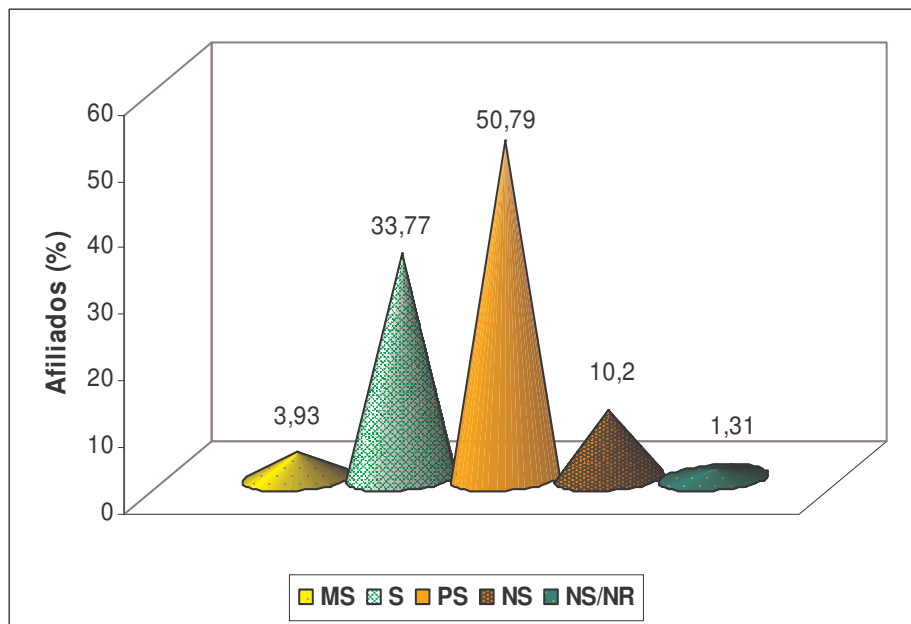
❖ **Trámites.** Como puede verse en la gráfica 50, existe descontento en lo relacionado a los trámites que deben realizar los afiliados para cualquier procedimiento por lo cual el 47.12% y el 14.14% se sienten poco y nada satisfecho frente a éste tema, esto se explica en su mayoría por que los trámites a gestionar son en primer lugar demasiados y en segundo lugar demorados y engorrosos, lo que demuestra que al interior de las EPS existe desorganización porque no utilizan un sitio específico de atención para realizar éstos sino que, se debe ir a diferentes lugares por lo que agrava más la situación, como ejemplo se tiene la autorización que se requiere para recibir la atención de los médicos especialistas.

El 38.22% restante, expresa que está satisfecho y muy satisfecho pues no ha tenido la necesidad de realizar ningún trámite y cuando lo ha hecho no se ha visto en problemas.

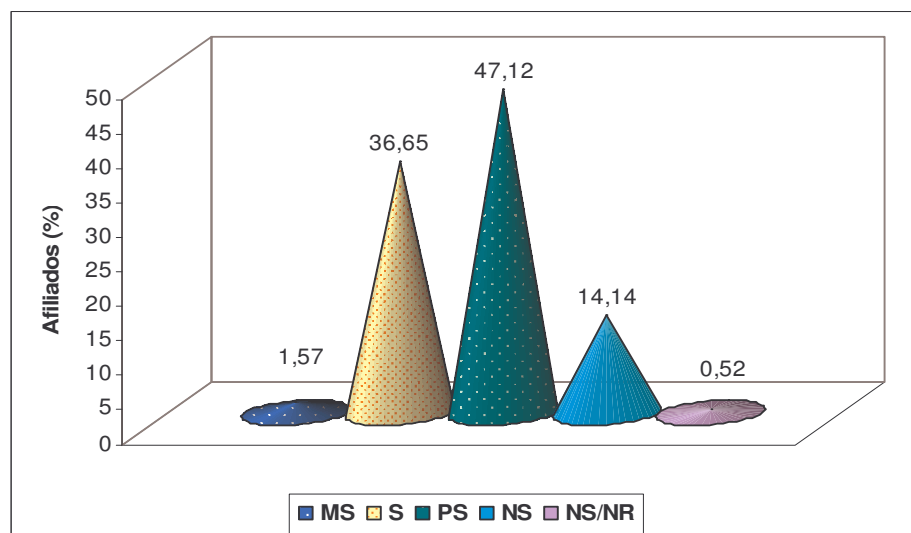
Gráfica 48. Personal (Número).



Gráfica 49. Información al usuario.



Gráfica 50. Trámites.



5.2 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS.

Se realiza el análisis de los factores determinantes, teniendo en cuenta las diferentes apreciaciones de los beneficiarios en valores porcentuales.

Cuadro 27. Factores Determinantes en la Prestación del Servicio de Salud.

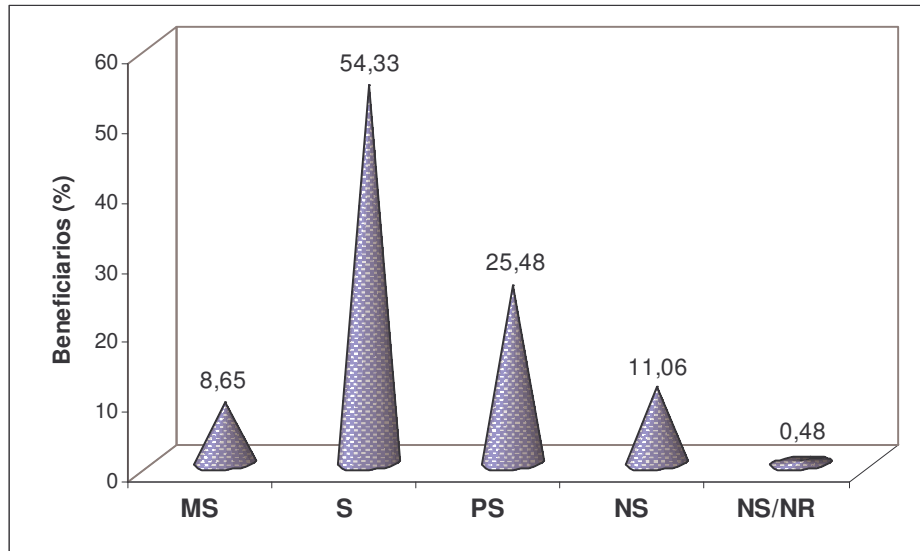
FACTORES	Beneficiarios (%)					Total
	MS	S	PS	NS	NS/NR	
Acceso	8,65	54,33	25,48	11,06	0,48	100
Eficacia del personal médico	9,62	48,56	26,44	13,94	1,44	100
Oportunidad	3,37	57,69	30,77	7,21	0,96	100
Trato (Atención)	10,58	61,06	21,15	5,29	1,92	100
# de centros de aten.	2,40	22,12	55,29	15,38	4,81	100
Infraestructura	1,92	59,62	28,37	6,25	3,85	100
Suministro de medic.	1,44	27,88	60,10	10,10	0,48	100
Solicitud de citas	7,69	29,33	45,19	17,31	0,48	100
Personal (Número)	2,40	53,85	37,98	4,33	1,44	100
Inform. al usuario	1,44	26,92	60,58	8,65	2,40	100
Trámites	0,48	36,06	49,52	12,98	0,96	100

A partir de lo anteriores resultados, se realizó el siguiente análisis:

❖ **Acceso.** Frente al acceso se encontró que el 54.33% de los encuestados se siente satisfecho, teniendo como principales razones que el servicio se presta a tiempo y no existen dificultades económicas u obstáculos para asistir al lugar donde se recibe el servicio.

No obstante, el 25.48% de los encuestados manifiesta que se encuentra poco satisfecho dado que en ocasiones suelen presentarse dificultades para acceder al servicio principalmente muchos trámites, centros de atención distantes, demora para el otorgamiento de citas (especialmente con médicos especialistas), tardanza en la atención de urgencias y el pago de los copagos (ver gráfica 51).

Gráfica 51. Acceso.



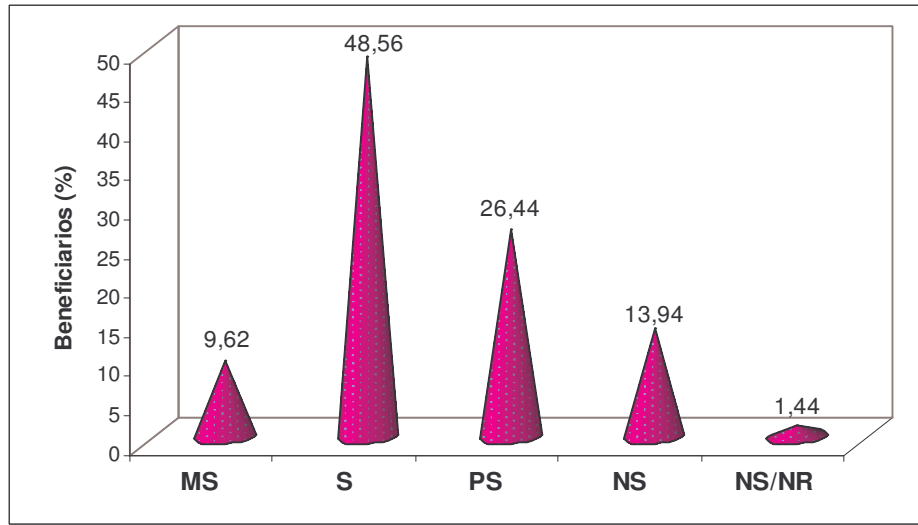
❖ **Eficacia del personal médico.** Con respecto a la eficacia del personal médico en la prestación del servicio de salud, un alto porcentaje de los usuarios (48.56%), manifestó sentirse satisfecho y ello lo justificó en que se le presta un buen servicio dado que existe en su EPS e IPS personal médico competente, además porque ha obtenido una respuesta rápida y eficiente a sus requerimientos.

Sin embargo, el 26.44% manifiesta sentirse poco satisfecho porque considera regular la calidad de los servicios médicos utilizados, sosteniendo que no se satisface eficientemente sus necesidades ya que los medicamentos formulados no son tan efectivos además, porque éstos son fabricados en laboratorios considerados de no tan buena calidad (ver gráfica 52).

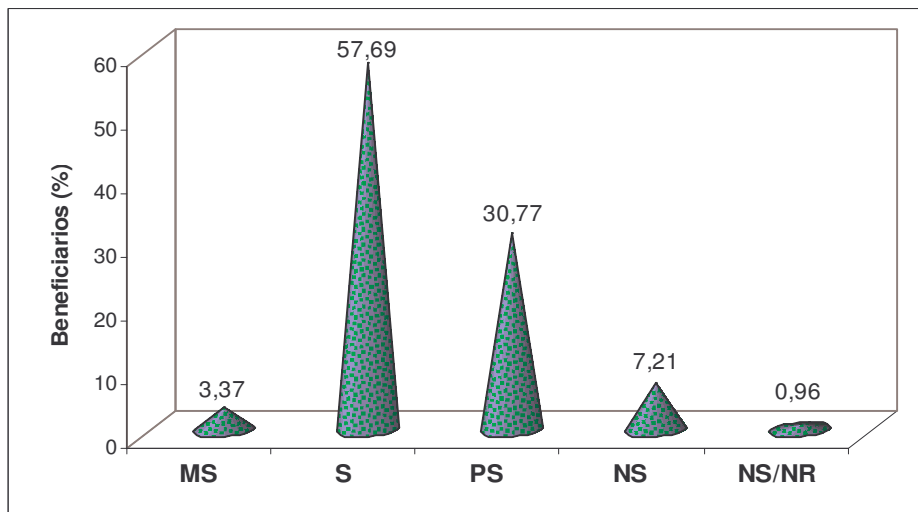
❖ **Oportunidad.** De otra parte se tiene la oportunidad en el servicio, la cual hace referencia a que si el servicio se presta con prontitud o no, a ello los encuestados manifestaron sentirse satisfechos (57.69%), pues para ellos el servicio se presta a tiempo, sin inconvenientes y efectivamente resuelve sus necesidades. Al respecto cabe resaltar, que los usuarios consideran que podría haber mejoras.

De la misma manera, se encontró que el 30.77% de los encuestados se siente poco satisfecho ya que encuentra en muchas ocasiones demora en el servicio especialmente cuando se trata de cirugías y citas con médicos especialistas (ver gráfica 53).

Gráfica 52. Eficacia del personal médico.

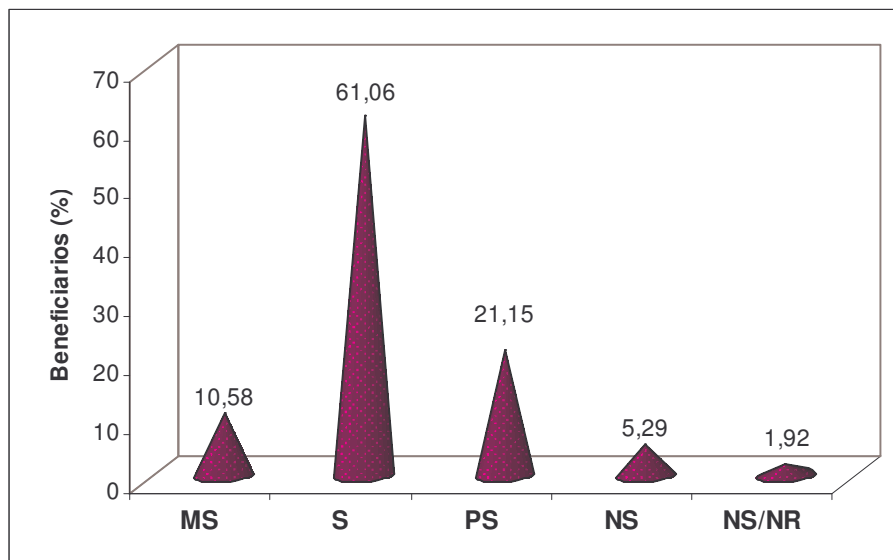


Gráfica 53. Oportunidad.



❖ **Trato (atención).** Frente al trato o atención que reciben los usuarios del personal que labora en las EPS e IPS se encontró que la mayoría de ellos (61.06%) se siente satisfecho pues considera que en general el personal se preocupa por sus necesidades de forma amable y atenta facilitando el acceso al servicio de salud; sin embargo, un 21.15% de los usuarios no lo considera así, puesto que opina que existen algunos funcionarios malhumorados que brindan una pésima atención por lo cual recomiendan se les capacite en mayor medida en ese aspecto (ver gráfica 54).

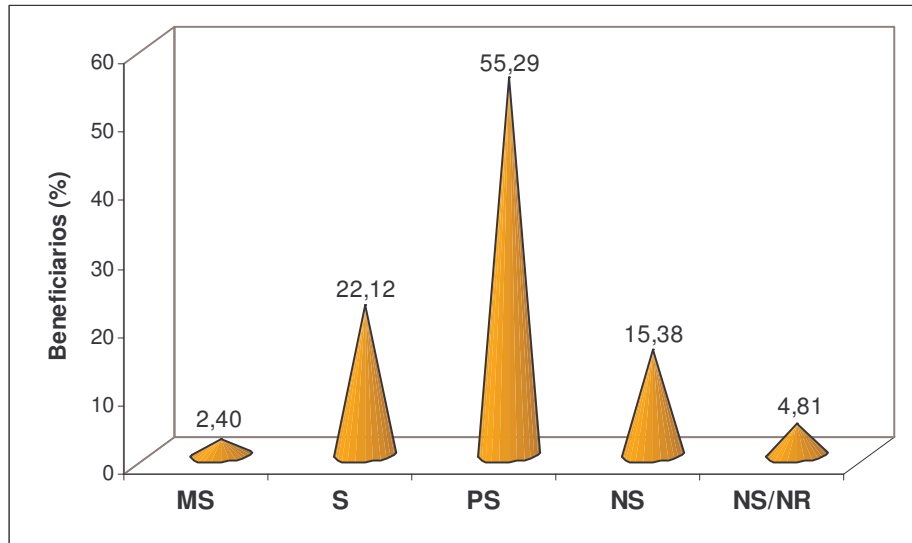
Gráfica 54. Trato (atención)



❖ **Número de centros de atención.** En cuanto al número de centros de atención en la ciudad, los usuarios manifestaron en su mayoría sentirse poco satisfechos con el 55.29%, dado que los existentes no son suficientes para atender de forma adecuada a todos los usuarios por lo cual se presenta congestión, tal es el caso de los centros de terapia y los centros de suministro de medicamentos; por lo que consideran debería existir mayor número de centros de todo tipo en diferentes puntos de la ciudad.

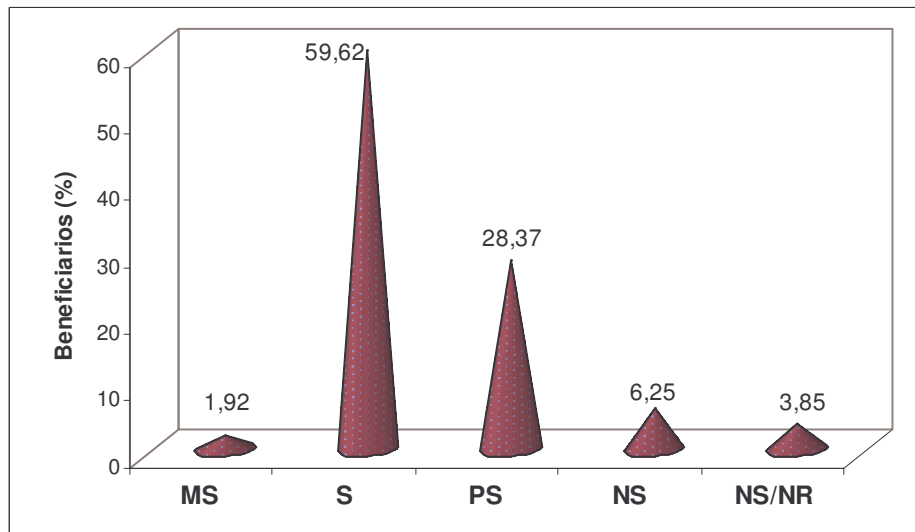
Por el contrario un pequeño porcentaje de los encuestados si se siente satisfecho (22.12%), y lo justifica en que los centros de atención se ajustan a sus necesidades por lo cual no hacen falta más (ver gráfica 55).

Gráfica 55. Número de centros de atención.



❖ **Infraestructura.** En la investigación se encontró que la mayoría de los usuarios, o sea, el 59.62% opina sentirse satisfecho con la infraestructura de los centros de atención existentes, pues encuentran que los equipos y las instalaciones están en perfecto estado, son adecuados y están bajo estándares de higiene; además manifiestan sentirse a gusto porque los espacios en las instalaciones son amplios, agradables y cómodos. Y un pequeño porcentaje (28.37%) no lo cree así pues se siente poco satisfecho ya que opina que la infraestructura podría ser más óptima (ver gráfica 56).

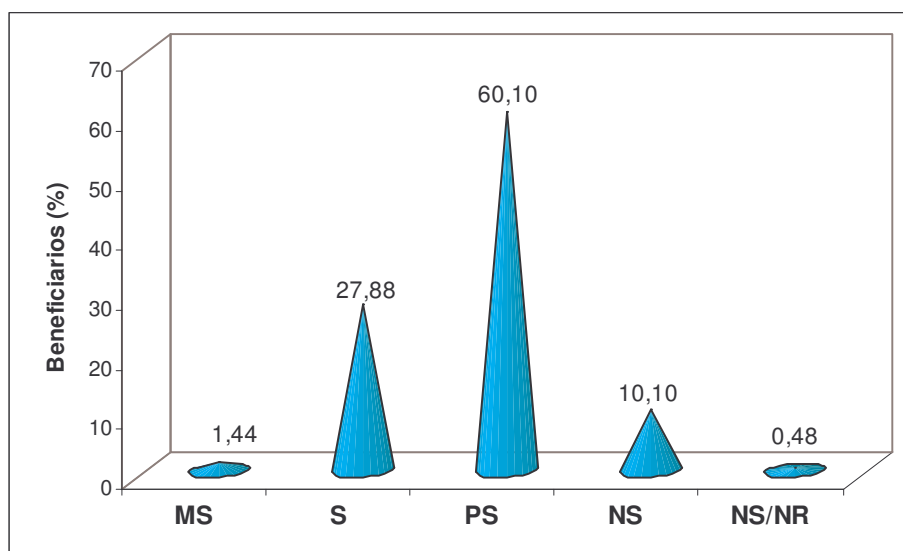
Gráfica 56. Infraestructura.



❖ **Suministro de medicamentos.** En lo referente al suministro de medicamentos, se encontró que aproximadamente el 70% de los encuestados no se siente satisfecho, debido principalmente a dificultades como la entrega repetitiva de los medicamentos para las diferentes afecciones que obviamente no curan la enfermedad pues se trata en la mayoría de los casos de medicamentos para solamente aliviar el dolor; el inconformismo se debe también a la demora que existe en la entrega de algunos medicamentos y a lo genérico de éstos dado por las restricciones del POS por lo cual deben comprarse por cuenta propia.

Solo el 30% aproximadamente de los usuarios opina sentirse satisfecho frente al suministro de medicamentos pues considera que la entrega es oportuna, completa y sin ninguna dificultad aunque aclaran que si bien los medicamentos son genéricos ello no depende de la EPS sino de las restricciones que tiene el POS a nivel nacional (ver gráfica 57).

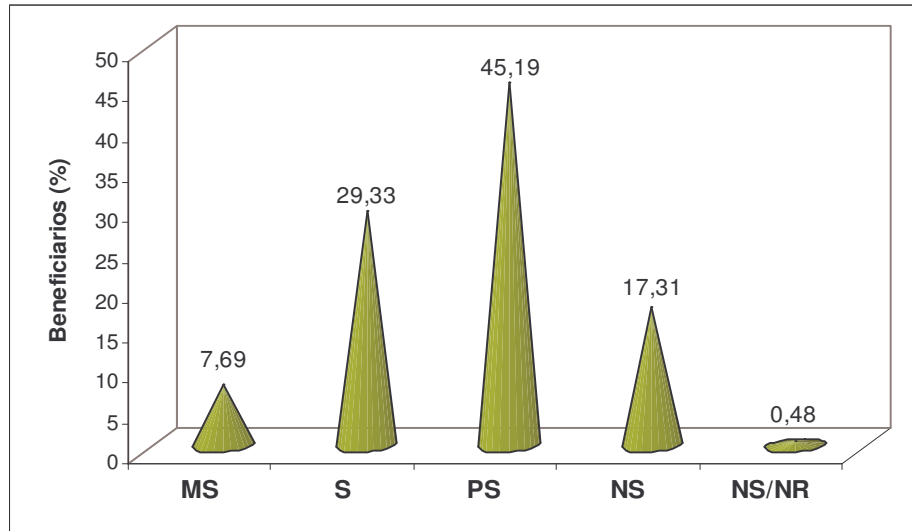
Gráfica 57. Suministro de medicamentos.



❖ **Solicitud de citas.** En cuanto a la solicitud de las citas, puede observarse que un alto porcentaje de los encuestados (45.19%) se siente poco satisfecho, pues encuentra como principales dificultades la congestión telefónica y la considerable espera que debe hacer para lograr el otorgamiento de una cita dado porque el proceso es largo y dispendioso, ante lo cual se debe optar por dirigirse a la misma EPS, que resulta en mayor complicación para el usuario quien afirma que solo ahí puede conseguir se le conceda una cita, de ésta manera manifiestan que nada tiene de comodidad la vía telefónica y que para ser completamente efectivo dicho mecanismo debería haber más personal en esta función.

Los usuarios que dijeron sentirse satisfechos (29.33%), lo justifica en que sí se presenta facilidad en la solicitud vía Internet y telefónica puesto que de ésta manera dicha solicitud es fácil, rápida y puede hacerse desde cualquier lugar (ver gráfica 58).

Gráfica 58. Solicitud de citas.



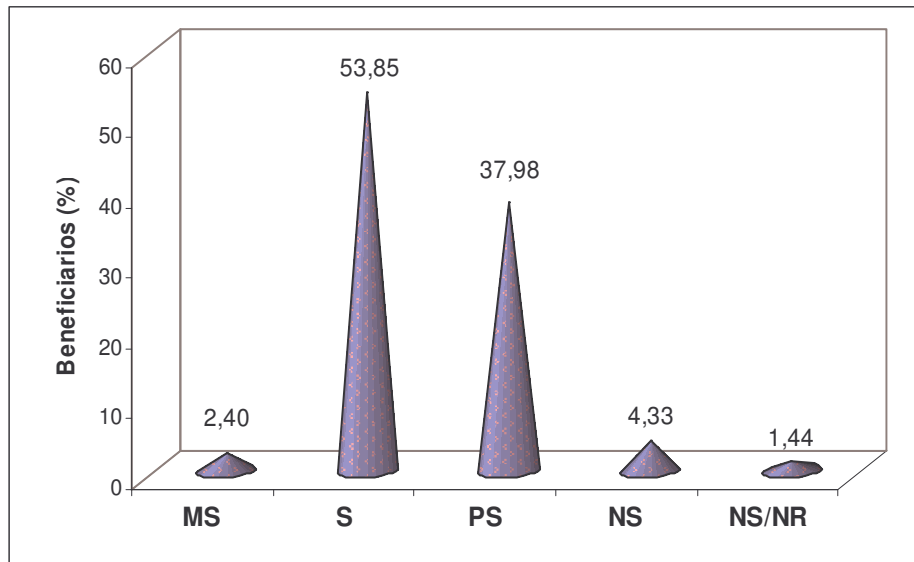
❖ **Personal (Número).** En cuanto la cantidad de personal que labora en las distintas EPS e IPS, los usuarios en su mayoría (53,85%) manifestaron sentirse satisfechos dado que consideran como suficiente dicha cantidad, es decir, que está acorde al número de usuarios; lo contrario opina el 37,98% que se siente poco satisfecho al considerar que aún no son del todo ágiles los procesos en la prestación del servicio de salud, lo cual podría darse con mayor personal trabajando en las distintas áreas: médica, administrativa, etc. (ver gráfica 59).

❖ **Información al usuario.** Frente a la información que se brinda al usuario, un alto porcentaje de los encuestados, que corresponde al 60,58%, opina sentirse poco satisfecho puesto que ésta no se expone al usuario de forma completa, clara y oportuna, para lo cual plantea que debe haber mayor organización y la implementación de medios más efectivos que lleguen a todos los afiliados por igual. Sin embargo, para el 26,92% la información si se entrega a tiempo, de forma detallada y suficiente ante lo cual se sienten satisfechos (ver gráfica 60).

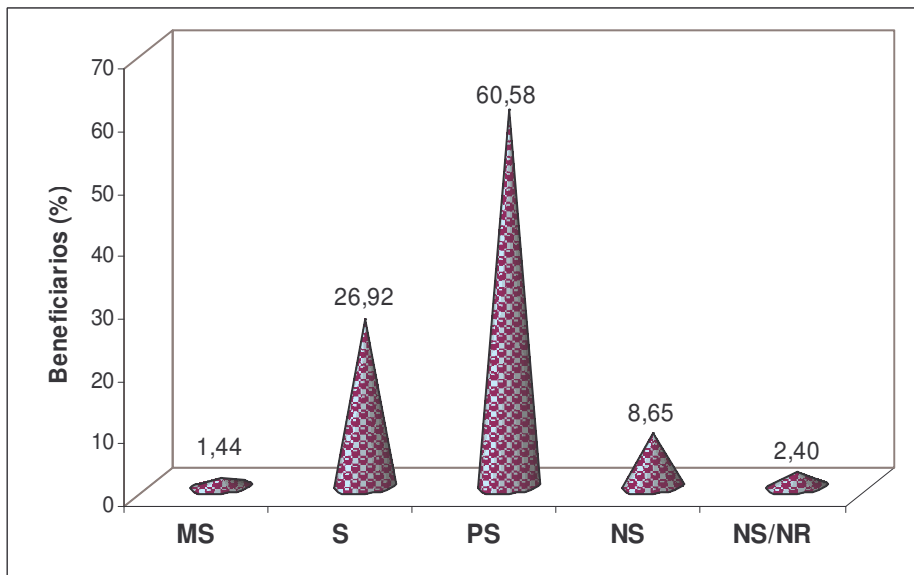
❖ **Trámites.** En cuanto a los trámites que exigen algunos de los procesos del servicio de salud, se encontró que un alto porcentaje de los encuestados se siente poco satisfecho, el cual representa el 49,52%, entre las razones principales que explican el descontento están que son muchos, demorados, dispendiosos y que deben realizarse en lugares muy dispersos por lo cual manifiestan que debería tomarse las correcciones necesarias para solucionar este problema, por ejemplo un sitio específico que se encargue solo de ésta función, es decir, que haya mayor planificación por parte de la EPS e IPS para evitar las dificultades existentes.

No obstante, el 36.06% de las personas encuestadas expresaron que si se encuentran satisfechos ya que no han tenido ningún inconveniente dado porque los trámites realizados fueron pocos, ágiles y no fueron complicados (ver gráfica 61).

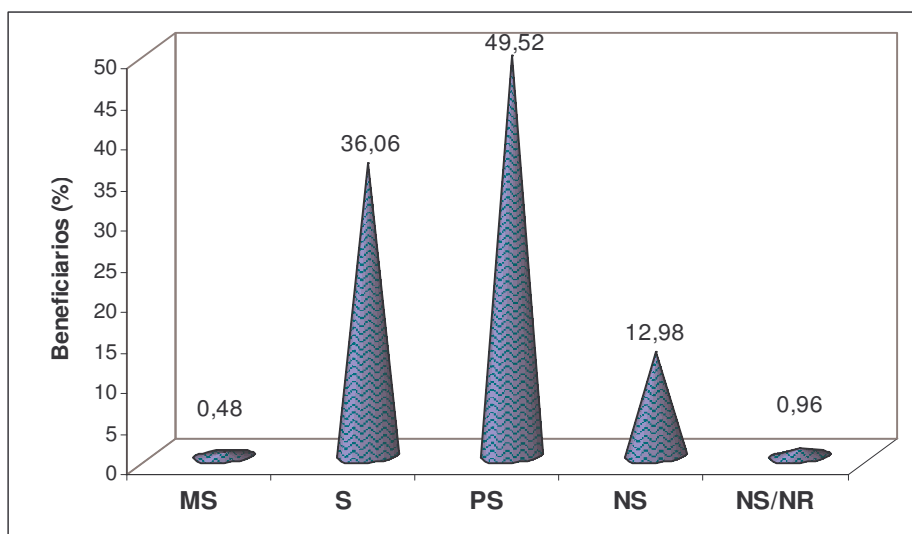
Gráfica 59. Personal (Número)



Gráfica 60. Información al usuario.



Gráfica 61. Trámites.



5.3 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS COTIZANTES.

A continuación, se mostrará la percepción particular de los cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto trabajadores dependientes como independientes frente a los factores que ya se analizaron anteriormente.

Cuadro 28. Factores Determinantes en la Prestación del Servicio de Salud.

FACTORES	Cotizantes (%)								Total
	MS		S		PS		NS		
	Dep.	Indep.	Dep.	Indep.	Dep.	Indep.	Dep.	Indep.	
Acceso	5,17	2,87	24,71	22,99	15,52	16,09	5,75	6,9	100
Eficacia del personal médico	4,6	3,45	23,56	29,31	18,97	13,22	4,02	2,87	100
Oportunidad	2,3	4,6	28,16	22,41	17,24	17,82	3,45	4,02	100
Trato (atención)	4,02	5,75	27,01	26	14,9	15,5	5,17	1,72	100
# de Centros de Atención	3,45	2,3	16,67	21,84	28,16	18,39	2,87	6,32	100
Costos generales del servicio	2,87	2,87	23	20,69	17,82	16,67	7,47	8,62	100

Infraestructura	5,75	4,6	29,89	27,59	12,07	13,79	3,45	2,87	100
Suministro de medicamentos	1,15	1,72	16,09	15,52	21,84	18,39	12,1	13,22	100
Solicitud de citas	2,87	2,3	27,01	25,29	13,79	16,67	7,47	4,6	100
Afiliación a familiares	6,32	5,17	31,61	34,48	10,92	8,62	2,30	0,57	100
Personal (Número)	2,3	3,45	20,69	16,67	23	25,86	5,17	2,87	100
Información al usuario	4,02	2,87	22	20,11	17,24	21,84	8,05	4,02	100
Trámites	1,72	1,15	19,69	17,82	21	22,99	8,62	6,9	100

MS: Muy Satisfecho; **S:** Satisfecho; **PS:** Poco Satisfecho; **NS:** Nada Satisfecho.

El análisis particular de los cotizantes tanto dependientes como independientes, se realiza como se hizo para los beneficiarios de la siguiente manera:

❖ **Acceso.** En cuanto al acceso se encontró que más del 50% de las personas encuestadas se sienten satisfechas y muy satisfechas frente a éste factor, la razón más importante es que no hay dificultad para recibir el servicio ya que se hace de manera fácil y rápida. Se observa que quien opinan en su mayoría esto son los trabajadores dependientes como se muestra en la gráfica 62 que corresponde al 24.71% y 5.17% respectivamente, contra el 22.99% y el 2.87% de los trabajadores independientes.

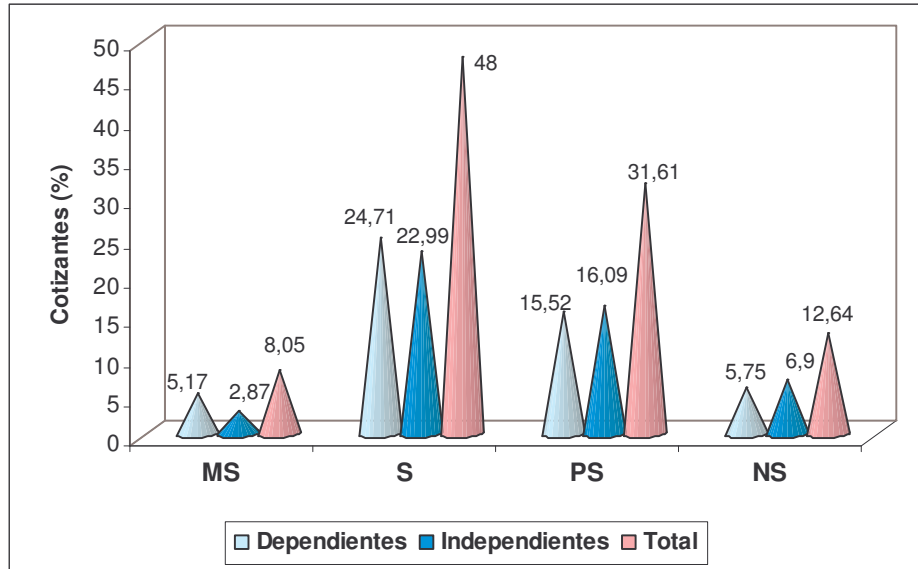
Sin embargo, existe un 31.61% de los encuestados que manifiesta sentirse poco satisfecho ya que ha tenido bastantes inconvenientes cuando ha requerido del servicio de salud, especialmente en el otorgamiento de citas.

Otra razón que dificulta el acceso se refiere a los costos adicionales que deben pagar para recibir el servicio como cuotas moderadoras y copagos, debido a que los afiliados así sean trabajadores no siempre están en capacidad de asumir con éstos gastos extras tanto para ellos como para sus beneficiarios (ver gráfica 62).

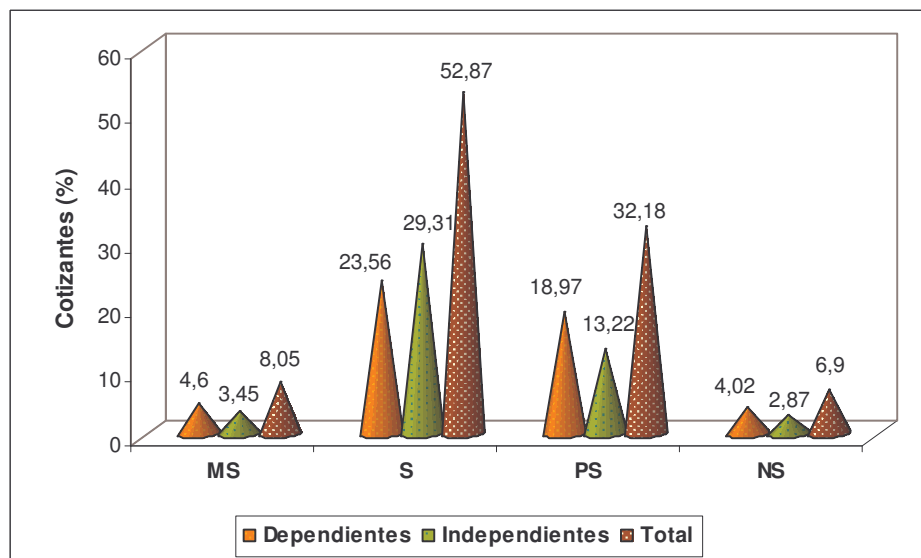
❖ **Eficacia del personal médico.** Con respecto a este factor, se puede observar que un alto porcentaje de los encuestados (52.87%) está satisfecho, siendo en su mayoría los trabajadores independientes los que se encuentran más satisfechos con el 29.31%; muy satisfechos con la eficiencia del personal médico está el 8.05%, debido especialmente a que se sienten a gusto con dicho personal, pues éstos le dan solución a sus quebrantos de salud. Sin embargo, no se descarta el deseo de que exista siempre un mejoramiento continuo.

No obstante, el 32.18% de los cotizantes se siente poco satisfecho y el 6.9% nada satisfecho pues no se ha cumplido con sus necesidades cuando asisten a las EPS o IPS en busca de una atención médica idónea y eficaz, siendo los trabajadores dependientes los que representan el mayor porcentaje, el 18.97% y el 4.02% respectivamente (ver gráfica 63).

Gráfica 62. Acceso.



Gráfica 63. Eficacia del personal médico.

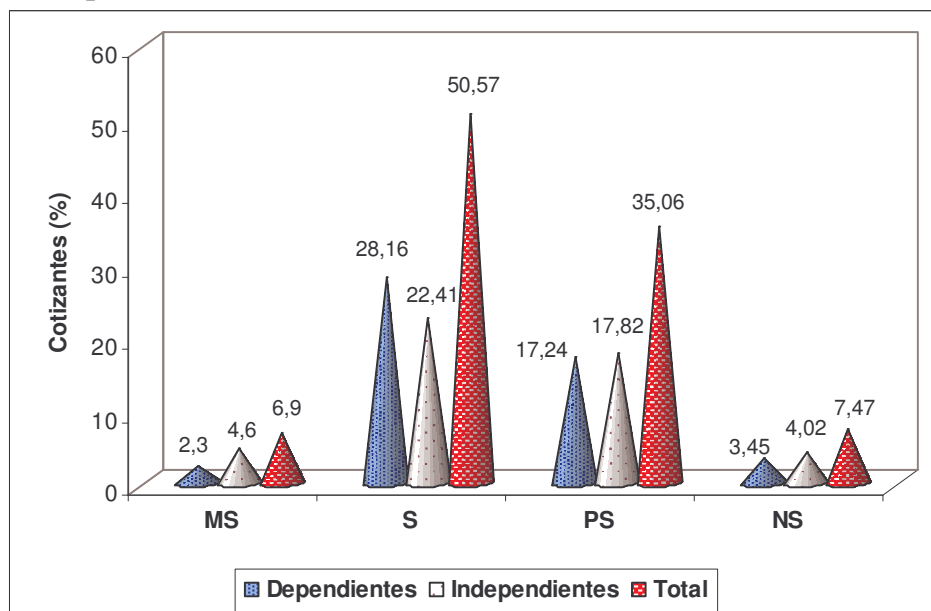


❖ **Oportunidad.** En cuanto a la oportunidad, las personas encuestadas se manifestaron en su mayoría satisfechas con el 50.57% y tan solo el 6.9% se encuentra muy satisfecho frente a este factor, algunas de las razones que expresaron se basan principalmente en que el servicio que les presta su EPS a través de su IPS es suministrado por personal adecuado y se realiza a tiempo; quienes más satisfechos se encuentran son los trabajadores dependientes que representan el 30.46%.

Sin embargo, el 35.06% se siente poco satisfecho y el 7.47% nada satisfecho, ya que cuando necesita la remisión a los médicos especialistas, ésta requiere de mucha tramitología y por lo tanto de un tiempo de espera bastante largo, además porque en general considera que la prestación del servicio de salud no es buena; dentro de éste porcentaje, existe una equivalencia entre trabajadores independientes como dependientes ya que estos representan el 17.82% y el 17.24% respectivamente (ver gráfica 64).

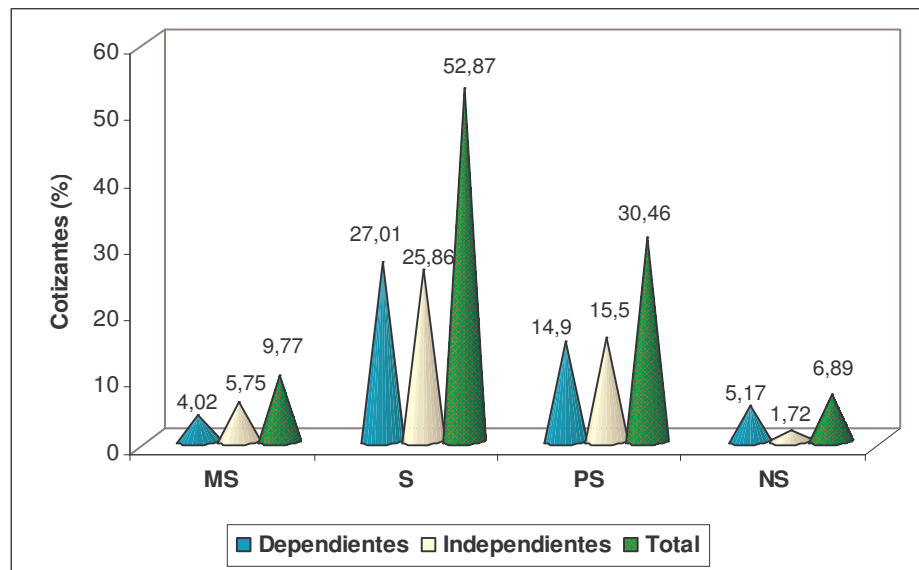
❖ **Trato (atención).** En lo que se refiere al trato de las personas encuestadas se tiene que el 52.87% está satisfecho con respecto a la atención que recibe del personal que trabaja en sus EPS e IPS ya que no han presentado mayores contratiempos con ningún miembro de las entidades, pues estos tratan de manera gentil a todos los afiliados; los trabajadores dependientes están más contentos con el trato que reciben, puesto que constituyen el 27.01%, aunque no muy lejano de este, se encuentran los trabajadores independientes los cuales representan el 25.86%.

Gráfica 64. Oportunidad.



A pesar de ello, el 30.46% se siente poco satisfecho, del cual existe una igualdad tanto para trabajadores dependientes como independientes ya que estos constituyen el 14.9% y el 15.5% respectivamente; el 6.89% se encuentra totalmente insatisfecho, estas dos partes consideran que algunos funcionarios son malgeniados e irrespetuosos y que se debería capacitar principalmente a las personas que se encargan de la atención al público, en relaciones humanas u orientaciones similares (ver gráfica 65).

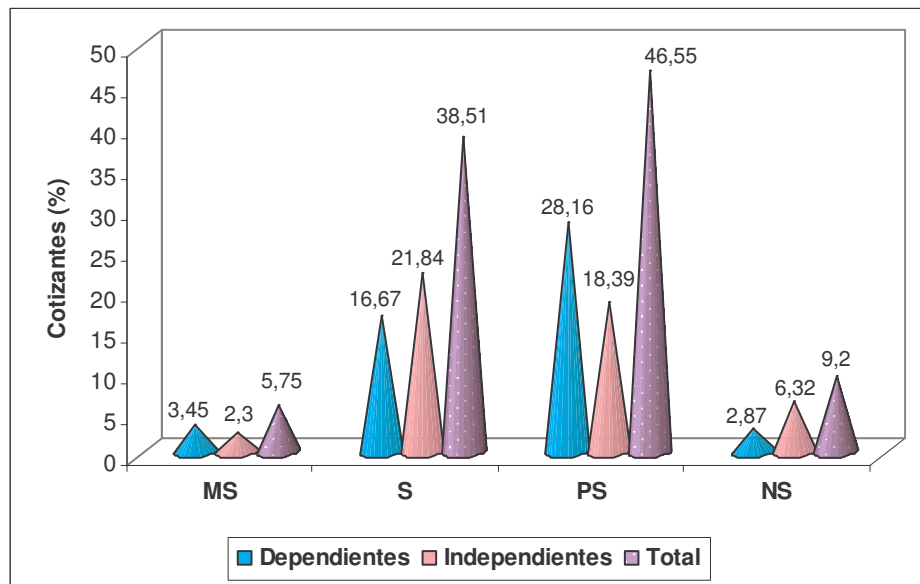
Gráfica 65. Trato (atención).



❖ **Número de Centros de atención.** En cuanto al número de centros de atención con el que cuenta cada EPS se pudo determinar que cerca de la mitad de los encuestados se encuentra poco satisfecho en este aspecto correspondiente al 46.55%, debido especialmente a que los empleados son pocos en comparación con la cantidad de afiliados en cada una de las EPS afectándose la calidad del servicio de salud; en su mayoría son los trabajadores dependientes los que se sienten más perjudicados y por lo tanto más descontentos, pues estos representan el 28.16%. Además, sumado a ello se encuentra el total de personas que se sienten totalmente insatisfechas y que pertenecen al 9.2% de cotizantes.

Pese a lo anterior, el 38.51% de los trabajadores cotizantes considera que el número de centros de atención es el adecuado para prestar el servicio, algunos opinan que más importante que la cantidad es la calidad tanto de médicos como de infraestructura y equipos; los más satisfechos obviamente son los trabajadores independientes que constituyen el 21.84% (ver gráfica 66).

Gráfica 66. Número de Centros de atención.



❖ **Infraestructura.** Como ya se analizó anteriormente existe un gran descontento por la cantidad de centros de atención que funcionan en el momento, sin embargo, el 57.47% de los encuestados se siente satisfecho con la infraestructura existente ya que considera que los equipos y las instalaciones son apropiados, no solo por su buen estado sino porque, además, las instalaciones son limpias, confortables y espaciosas.

Aunque hay un porcentaje considerable que no está satisfecho con éste factor, el cual representa el 32.18%, que cree que las instalaciones son pequeñas lo que impide que se preste un buen servicio, además, que opina que se debería invertir para dotar las IPS con equipos de última tecnología.

A excepción de los trabajadores independientes quienes en su mayoría se sienten poco satisfechos, en las demás percepciones los trabajadores dependientes tienen la mayor proporción, aunque su diferencia con los independientes no es muy significativa (ver gráfica 67).

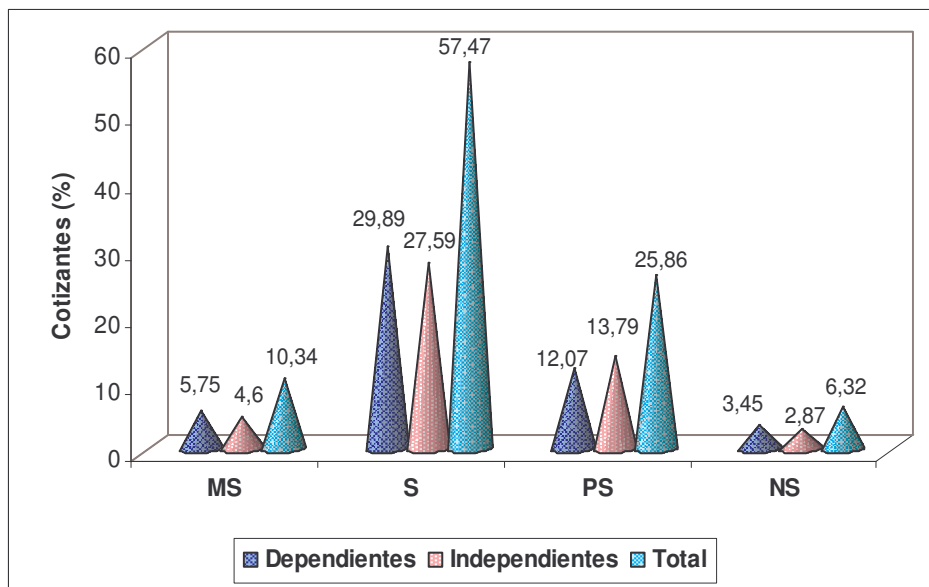
❖ **Costos Generales del servicio de salud.** Con respecto a los costos generales del servicio de salud, puede observarse que existe un alto porcentaje (43.68%) que considera que éstos son económicos, por lo cual expresa sentirse conforme, especialmente porque ya están determinados por ley de acuerdo al nivel de ingresos de cada persona y que por lo tanto se mantienen constantes en el año, es decir, durante un año se les descuenta el mismo valor, lo que conlleva a que los usuarios lo tengan presupuestado. De éste porcentaje los trabajadores dependientes son en su mayoría quienes están más satisfechos con el 22.99%, frente al 20.69% de los trabajadores independientes.

En cuanto al 34.48% que se halla poco satisfecho, éste declara que el costo general del servicio que recibe es muy alto para un servicio regular, dado porque además del aporte que se les descuenta mensualmente, tiene que realizar diferentes pagos (cuota moderadora y copago) en el momento que necesita el servicio y que al final de cuentas, éste no cumple con sus expectativas, principalmente porque los medicamentos que les entregan no son los mejores.

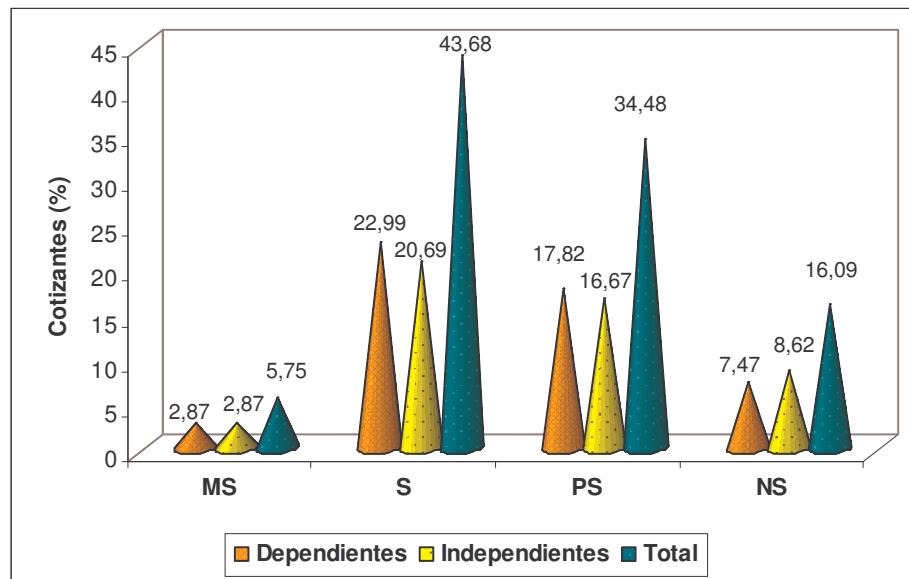
Cabe resaltar, que existe una parte de las personas encuestadas que si se siente muy satisfecha con los costos, el cual corresponde a 5.75%, pero, de la misma forma se encuentran al otro extremo quienes opinan sentirse muy insatisfechos en este aspecto y estos representan el 16.09%, porcentaje un tanto significativo.

Se observa que, a pesar de la gran diferencia que existe en el aporte mensual de trabajadores dependientes e independientes, pues mientras que los primeros solo deben aportar el 4% de su salario a Seguridad Social en Salud, los últimos deben pagar todo el monto el cual corresponde al 12.5%, entre ellos no existe esa misma diferencia a la hora de expresar su apreciación por los costos ya que los porcentajes correspondientes a cada uno de ellos son similares (ver gráfica 68).

Gráfica 67. Infraestructura.



Gráfica 68. Costos Generales del servicio.



❖ **Suministro de medicamentos.** En lo referente al suministro de medicamentos, se puede apreciar que las personas encuestadas, en su mayoría se sienten poco y nada satisfechas ya que conforman el 40.23% y el 25.29% respectivamente, es decir, que más del 65% se siente insatisfecho, y se debe especialmente, a que la entrega de los mismos no es completa, pues muchas veces, de todos los medicamentos formulados solo se recibe algunos, y además, porque generalmente son los mismos calmantes que se recetan para toda enfermedad, además, son genéricos y en realidad no remedian la enfermedad.

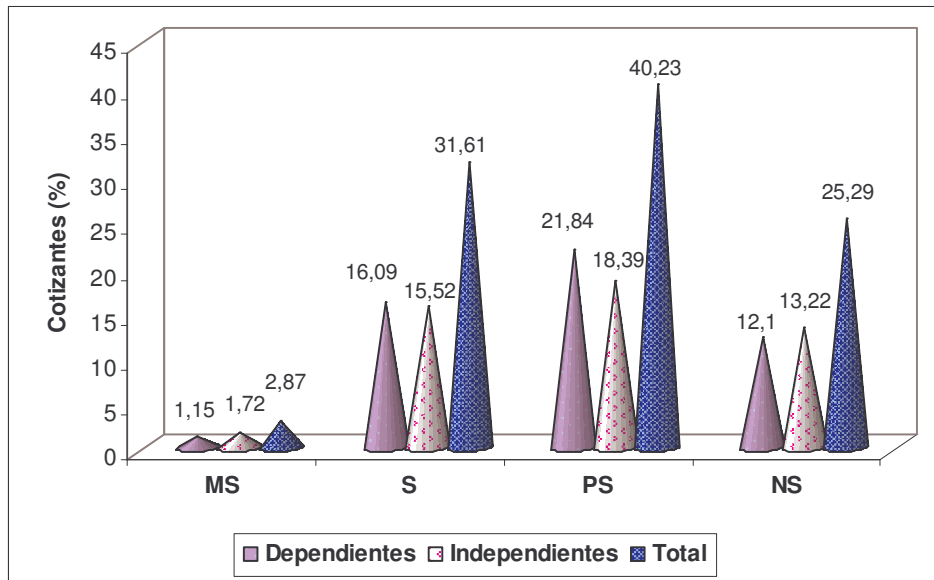
El 31.61% y el 2.87% que está satisfecho y muy satisfecho con el suministro de medicamentos se debe principalmente a que se sienten conformes con los medicamentos formulados y no han tenido ningún inconveniente con la entrega de los mismos. Los trabajadores dependientes son quienes se sienten más insatisfechos con el 21.84%, dado que los trabajadores independientes representan el 18.39% (ver gráfica 69).

Otra razón importante que expresan los trabajadores dependientes como independientes es que faltan muchos medicamentos de vital importancia para la salud de las personas, pero que por su alto costo no están incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud POS.

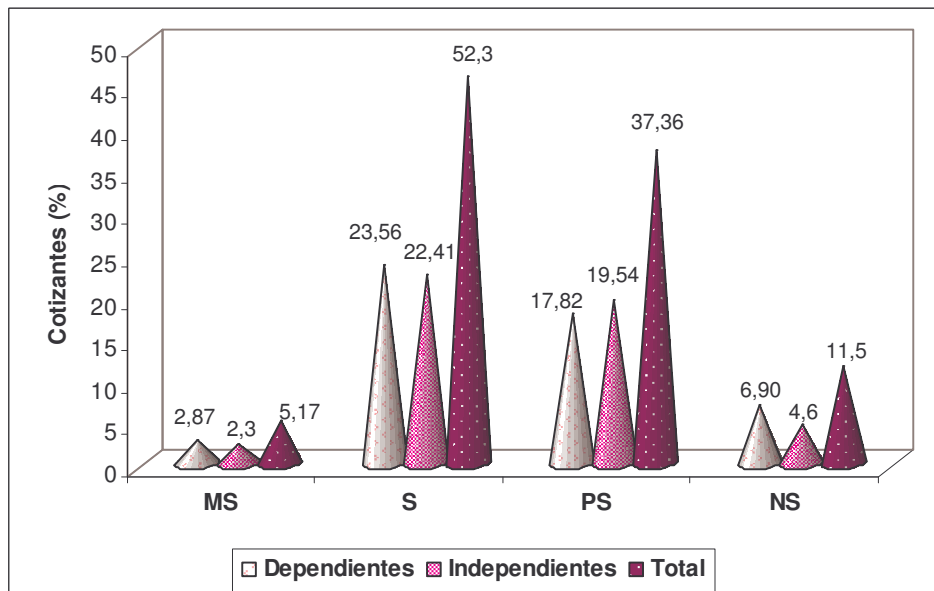
❖ **Solicitud de citas.** En cuanto a la solicitud de citas, el 52.3% de los encuestados está satisfecho por la facilidad que ofrecen sus EPS para obtener una cita ya que se hace por vía telefónica o por Internet, permitiendo a los usuarios hacerlo desde cualquier lugar, a pesar de ello éstos medios no garantizan una buena prestación de éste servicio (solicitud de citas) debido a que existe mucha congestión, especialmente telefónica, por lo que muchas veces los afiliados prefieren acercarse personalmente a la entidad, de esta manera no se estaría

cumpliendo con el objetivo de agilizar el proceso mediante el servicio en línea; de ellos el mayor porcentaje corresponde a los trabajadores dependientes que representan el 23.56%, así que, son ellos los más satisfechos (ver gráfica 70).

Gráfica 69. Suministro de medicamentos.



Gráfica 70. Solicitud de citas.



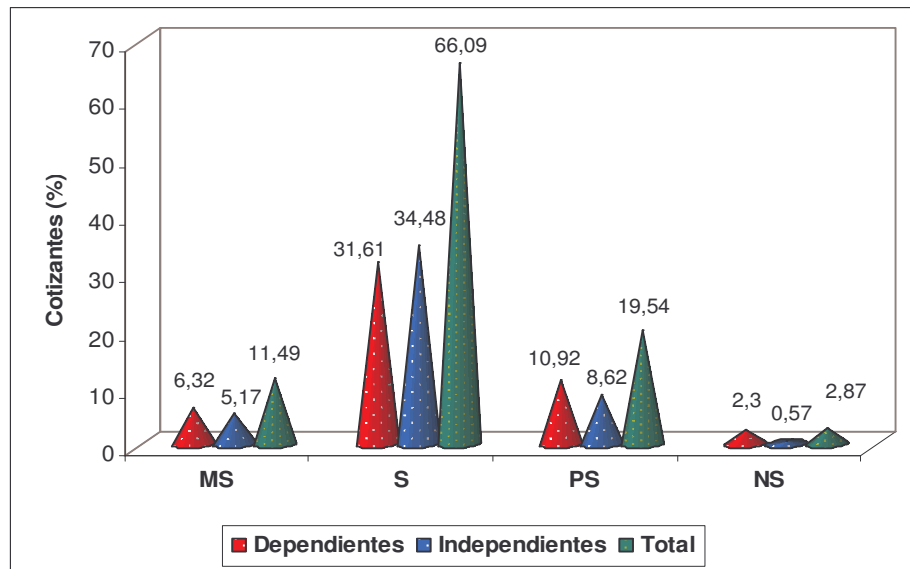
❖ **Afiliación a familiares.** Con lo relacionado a la afiliación a familiares, se observa que la mayoría de las personas encuestadas se sienten satisfechas representando el 66.09%, es decir, está conforme al respecto, ya que no han tenido inconveniente en el momento de realizar el proceso de afiliación; el porcentaje restante, aproximadamente el 23%, que no se encuentra satisfecho, es debido principalmente a lo que establece la ley, la cual establece que la afiliación se restringe a cónyuge, hijos y a falta de éstos padres que dependen económicamente del cotizante y no a otro familiar fuera de éstos.

Se observa una leve diferencia entre los trabajadores dependientes e independientes en cada una de las percepciones, sin embargo, en todas ellas los dependientes tienen el mayor porcentaje, a excepción de quienes se sienten satisfechos quienes en su mayoría son los independientes con el 34.48% (ver gráfica 71).

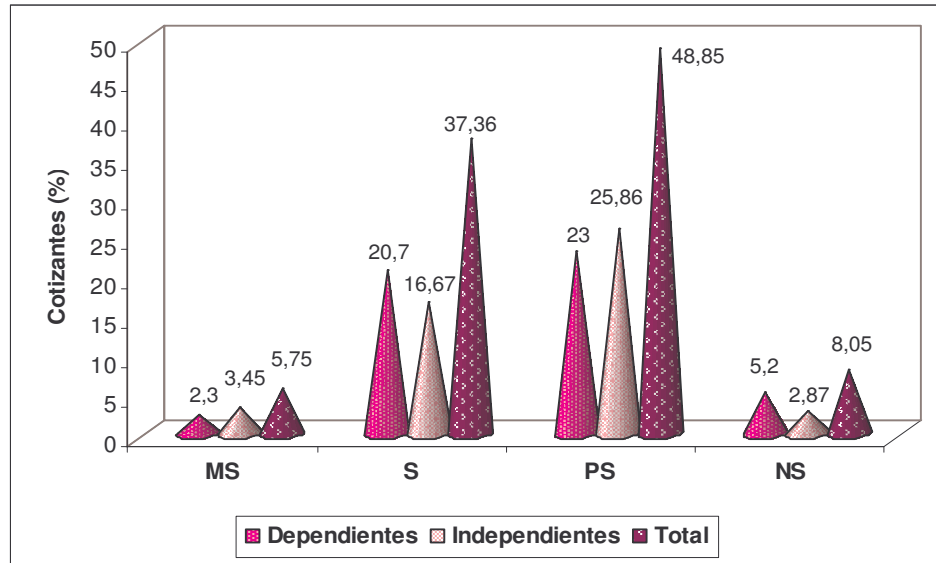
❖ **Personal (Número).** Al determinar el grado de satisfacción de las personas encuestadas frente a la cantidad de personal que labora en las EPS e IPS, pudo establecerse que la mayoría no están satisfechos, dado que el 48.85% del total se siente poco satisfecho y el 8.05% está totalmente insatisfecho, debido fundamentalmente a la falta del personal médico tanto general como especialista para atender a todos los pacientes que requieren de sus servicios y por lo tanto el servicio es inadecuado; de otra parte se observa similares porcentajes tanto para trabajadores dependientes como independientes.

Sin embargo, el 37.36% opina que la cantidad de personal no es un motivo para no prestar un buen servicio de salud y por lo tanto cree que el personal es suficiente, pero manifiesta que debería mejorar la calidez humana del existente (ver gráfica 72).

Gráfica 71. Afiliación a familiares.



Gráfica 72. Personal (Número).



❖ **Información al usuario.** En lo que se refiere a la información al usuario, el 41.95% del total de los trabajadores encuestados manifiesta sentirse satisfecho en cuanto a lo relacionado con la información que recibe como usuario, justificado principalmente en que la información es completa, veraz y oportuna cuando la requieren; sin embargo existe una parte de los encuestados que se encuentran poco satisfechos los cuales representan el 39.08%, quienes expresan que la información que reciben es confusa y que no siempre se brinda en el momento indicado.

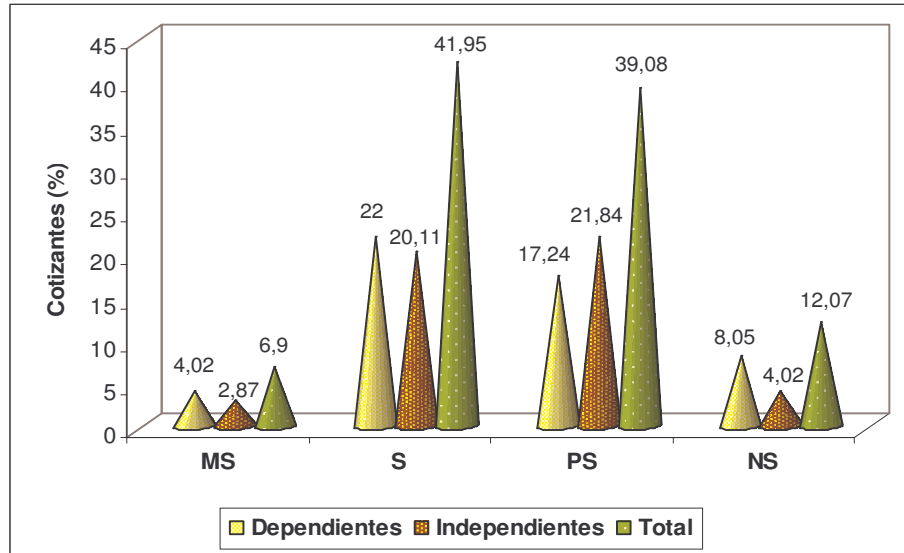
No existe mucha diferencia en las proporciones de los trabajadores dependientes e independientes, pero en todas las percepciones la mayoría corresponde a los primeros y estos son los que más satisfechos se sienten (ver gráfica 73).

❖ **Trámites.** En cuanto a los trámites, se observa que existe insatisfacción en este aspecto, debido a que el 44.25% y el 15.52% se siente poco y nada satisfecho para un total de 59.77%, explicado especialmente, en que los trámites a gestionar son complicados, demorados y que para cualquier solicitud se necesita realizar una gran cantidad de los mismos. Se aprecia que los trabajadores dependientes e independientes constituyen una proporción equivalente puesto que representan el 29.88% y el 29.89% respectivamente.

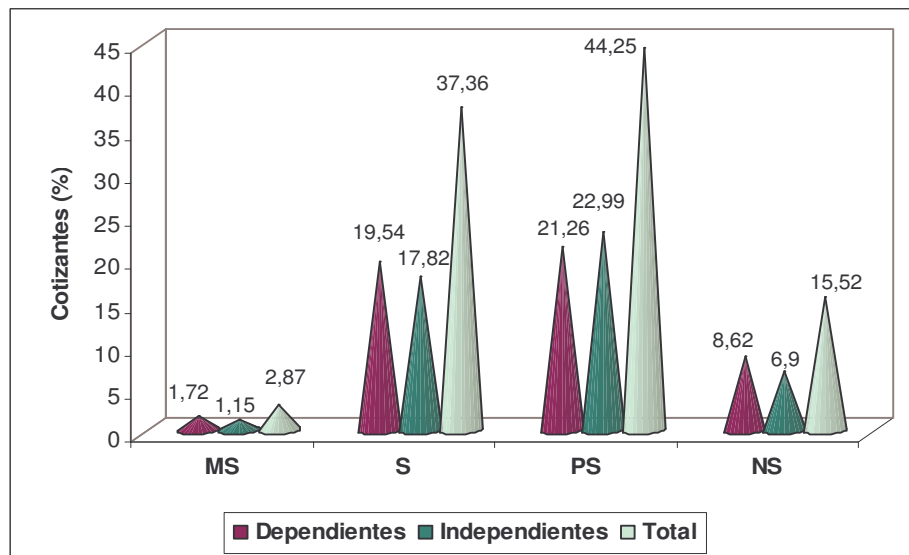
El 40.23% restante expresa que está satisfecho y muy satisfecho, porque en la realización de algún tipo de trámite no se les ha presentado ninguna dificultad, sin embargo, como una justificación en este sentido también se encuentra que algunos no han tenido la necesidad de realizar ningún trámite, por lo tanto, se manifiestan a gusto; los trabajadores

dependientes se sienten más satisfechos, pues constituyen la mayor proporción que representa el 21.26% (ver gráfica 74).

Gráfica 73. Información al usuario.



Gráfica 74. Trámites.

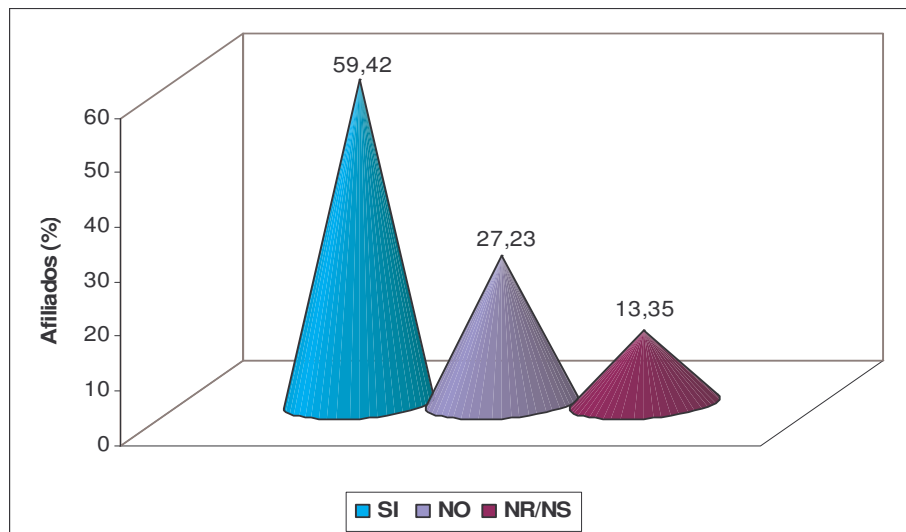


5.4 RECOMENDACIÓN DE LA EPS POR PARTE DE LOS AFILIADOS (BENEFICIARIOS Y COTIZANTES).

Finalmente, teniendo en cuenta el grado de satisfacción de los afiliados de las diferentes EPS frente a los factores anteriormente mencionados, se les pregunto si recomendarían o no a su respectiva EPS, de lo cual se obtuvo lo siguiente:

5.4.1 Recomendación de la EPS por parte de todos los afiliados (beneficiarios y cotizantes). Un alto porcentaje de los usuarios encuestados de las EPS (59.42%), están satisfechos con los servicios que reciben de ésta por lo cual estarían en disposición de sugerirle a un amigo(a) que se afilie a su EPS, mientras que el 27.23% no la recomendaría y el 13.35% no sabe o no responde ya que no cuenta con el suficiente conocimiento sobre la prestación del servicio de salud que ofrecen las EPS diferentes a la suya (ver gráfica 75).

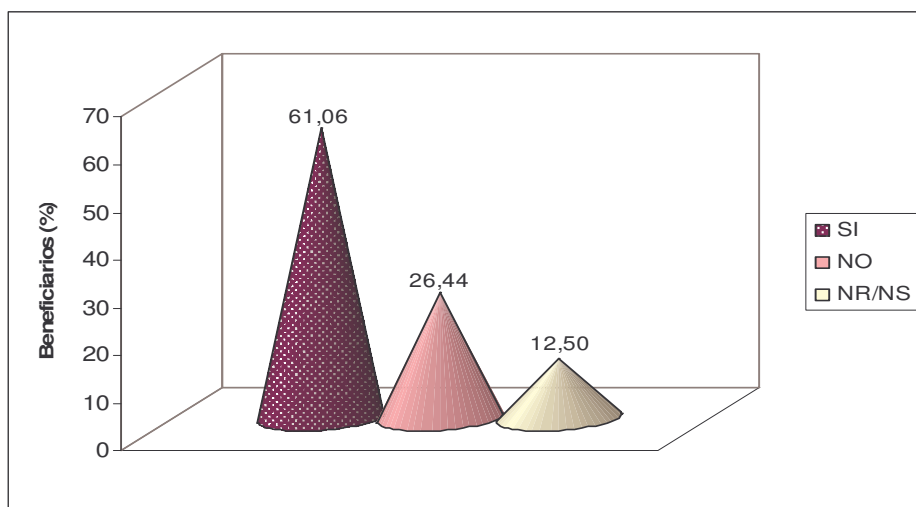
Gráfica 75. Recomendaría a su EPS.



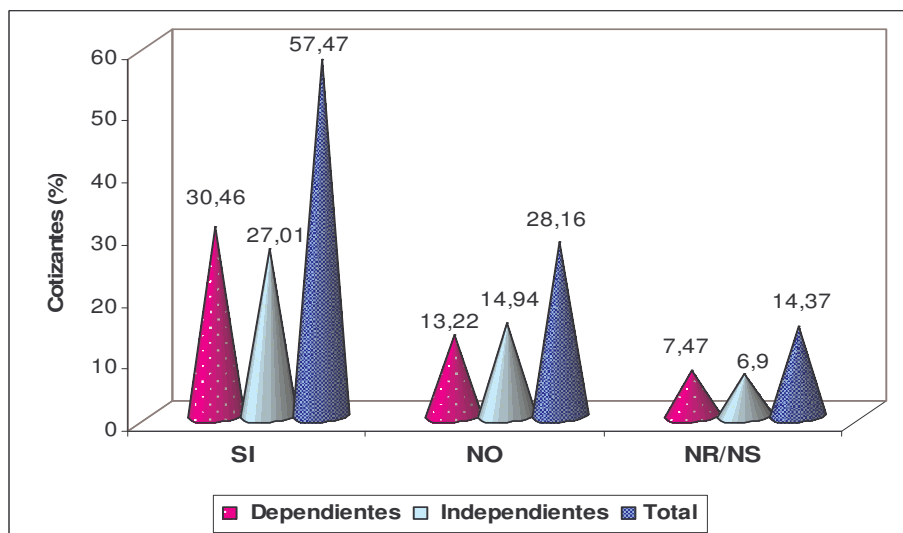
5.4.2 Recomendación de la EPS por parte de los beneficiarios. De la misma forma, se encontró que un alto porcentaje de los usuarios encuestados (61.06%) están satisfechos con los servicios que reciben de ésta, dado que el servicio es de fácil acceso, es bueno y oportuno por lo cual estarían en disposición de sugerir a un amigo(a) que se afilie a su EPS, aunque también lo harían por razones como el desconocimiento de los servicios que prestan las demás EPS; mientras que el 26.44% no la recomendaría porque considera mala la calidad del servicio dado porque la oferta del servicio no está a la par de la demanda del mismo, es difícil el acceso y deben realizarse muchos trámites. Tan solo el 12.50% no sabe o no responde (ver gráfica 76).

5.4.3 Recomendación de la EPS por parte de los cotizantes. Por último, se tiene que de los trabajadores encuestados un alto porcentaje que corresponde al 57.47% está satisfechos con el servicio de salud que reciben de su EPS, por lo cual estarían en disposición de sugerir a un amigo(a) que se afilie a su ella, mientras que el 28.16% no la recomendaría y el 14.37% no sabe o no responde, especialmente, porque no conoce de las bondades de las otras EPS y porque no todo es malo en la que se encuentran afiliados. Se observa que más confianza tienen los trabajadores dependientes a su EPS que los independientes (ver gráfica 77).

Gráfica 76. Recomendaría a su EPS.



Gráfica 77. Recomendaría a su EPS.



En general se puede afirmar que las percepciones tanto de beneficiarios como cotizantes son similares ya que en factores tales como: acceso, eficacia del personal médico, oportunidad, trato (atención), infraestructura y cantidad de personal se sienten en su mayoría satisfechos, de la misma forma beneficiarios y cotizantes opinan sentirse insatisfechos en los otros factores que se tuvieron en cuenta para realizar el análisis los cuales son: número de centros de atención, suministro de medicamentos, solicitud de citas, información al usuario y trámites.

De lo anterior, se puede concluir que a pesar de que en algunos factores determinantes en la prestación del servicio de salud los usuarios manifiestan sentirse a gusto, ello no significa que la prestación del servicio cumpla con todas las expectativas de los afiliados, pues en muchos de los factores se evidencia que existen dificultades lo que indica que en general el servicio que ofrecen las EPS e IPS presenta grandes fallas que afectan la calidad del mismo y que en última instancia el más perjudicado resulta ser el paciente, teniendo en cuenta que en el servicio de salud no se deben cometer errores porque lo que está en riesgo es la integridad y la vida misma de las personas.

6. DIFICULTADES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

La salud es un derecho fundamental para cualquier persona, ya que de ella depende el buen desarrollo de sus actividades cotidianas, además, es un factor preponderante en su productividad, por que incide en el potencial de la fuerza laboral y más aún en su bienestar.

Por lo tanto, es primordial que el servicio de salud se preste con calidad, la cual se entiende como la provisión de servicios accesibles y equitativos a través de profesionales calificados en un nivel óptimo, haciendo uso de los recursos disponibles, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios.

Es por ello que el gobierno se ha preocupado por instaurar mecanismos de vigilancia y control para las Entidades Promotoras y Prestadoras del Servicio de Salud, con el establecimiento de normas como el DECRETO 2309 de 2002, por medio del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud; el cual procura que al usuario se le preste una atención en salud oportuna, es decir sin retrasos injustificados, de forma pertinente (obteniendo una calidad mayor de beneficios que efectos secundarios en la aplicación de un servicio asistencial) y continúa conservando una secuencia lógica de acuerdo al conocimiento científico de tal servicio. De esta manera, el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.

En este sentido, es el Ministerio de la Protección Social el encargado de establecer los estándares mínimos de calidad a los que deben ajustarse las EPS y las IPS del país, en concordancia con el desarrollo científico y tecnológico interno, el avance del sector y las evaluaciones que respecto a calidad en el servicio realicen periódicamente la Superintendencia Nacional de Salud o las entidades departamentales o distritales de salud.

Uno de los propósitos del presente estudio fue determinar si las EPS e IPS de la ciudad de Pasto cumplen con los estándares de calidad que dicta la ley como se mencionó anteriormente, así se pudo establecer que en su totalidad las EPS e IPS de la muestra de la investigación, sí hacen uso de estándares para el establecimiento, mantenimiento y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud, a través del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), con sus respectivos estándares de habilitación y acreditación institucional.

De igual manera, se soportan en herramientas administrativas de construcción del Sistema de Gestión de Calidad, ambiental y de Seguridad y salud ocupacional como la certificación ICONTEC ISO 9001 que proporciona una base sólida para un sistema de gestión, en cuanto al cumplimiento satisfactorio de los requisitos del sector y la excelencia en el desempeño; ISO 14001 la cual crea un enfoque sistemático para las actividades ambientales y la mejora en los procesos en las empresas dirigido a definir los aspectos e impactos ambientales significativos para la organización; OSHAS 18001 que establece los requisitos que permite a las empresas controlar sus riesgos de seguridad y salud ocupacional y, a su vez, dar confianza a quienes interactúan con las organizaciones respecto al cumplimiento de dichos requisitos; así como normas de buenas prácticas de manufactura y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) para el caso de las entidades estatales, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado.

De esta manera, todos los procesos tienen unos parámetros de calidad enfocados a satisfacer al cliente, mediante indicadores de oportunidad en cuanto a la prestación del servicio de salud, por ejemplo, en el caso de las citas para médico general siempre se está verificando que los tiempos de espera no superen los dos días, en el caso de medicina especializada que no superen los 10 días de espera, en el caso de las cirugías programadas que no supere los 60 días, etc.

Además, se utilizan mecanismos como encuestas a los usuarios para evaluar el servicio y detectar de esa manera las fallas que se estén presentando, con lo cual se pretende brindar un buen servicio, fundamentalmente mediante un buen trato. Otro mecanismo lo constituyen los programas de atención al cliente a los cuales se les hace seguimiento mes a mes donde se revisan todas las manifestaciones de éste y se definen unas estrategias para el mejoramiento continuo.

La función básica es la disminución de los riesgos en la prestación de los servicios de salud, mejorando integralmente los componentes organizacionales: infraestructura, tecnología, procesos, competencias del personal, finanzas, materias primas, medio ambiente y gestión pública.

En este sentido, se pudo establecer que el 100% de las EPS e IPS hacen seguimiento a los diferentes procesos y resultados de la prestación del servicio de salud, por medio de diferentes métodos, entre los principales está el ciclo PHVA en el cual se planifica, se hace, se verifica y se actúa; se efectúan los procesos de auditoría obligatorios como son: autocontrol, auditorías internas y externas; y además se realizan reuniones periódicas donde se analizan y evalúan las encuestas mensuales a los usuarios y el buzón de quejas y reclamos, para determinar dificultades, solicitudes y recomendaciones de ellos. Al respecto es importante resaltar que en este proceso interviene la Oficina de Participación ciudadana, donde se hace la erradicación de derechos de petición, tutelas, reclamos y demás requerimientos; y el Comité de usuarios, los cuales son reglamentados y exigidos por la ley; todo ello con el fin de efectuar un plan de mejoramiento y así llevar a cabo la acción correctiva que corresponda.

Además, internamente existen indicadores para cada proceso y por cada una de las áreas, los cuales sirven para determinar si se está cumpliendo o no con la meta que tiene el indicador, por ejemplo, cuando la rotación de cartera o la cantidad de tutelas que se presenta en cada periodo están por encima de lo establecido el sistema automáticamente acciona una alerta, para lo cual se efectúa un Plan de Acción con medidas tanto correctivas como preventivas, se definen las estrategias de mejoramiento y se hace el seguimiento respectivo para verificar el cumplimiento de los objetivos en un tiempo límite.

Todo lo anterior, con el fin de evaluar como se está prestando el servicio y si éste satisface las necesidades de los afiliados y si no es así se toman medidas correctivas y preventivas nuevamente.

De la misma forma se pudo establecer que dentro de la prestación del servicio de salud las diferentes instituciones y entidades no solo tienen la obligación de brindar un servicio curativo sino también desarrollar actividades de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados, lo cual es llevado a cabo mediante la implementación de planes de promoción y prevención de la salud como por ejemplo: exámenes de próstata, mamografías, citologías, etc.

De otra parte, como se ha mencionado en otros apartes, la Ley 100 de 1993 creó instituciones en su mayoría privadas, para la tramitación de todos los aspectos en la prestación del servicio de salud, las denominadas Entidades Promotoras de Salud EPS, y a su vez motivo la aparición de nuevas Instituciones Prestadoras de Salud IPS privadas; pues bien, en este sentido se pudo determinar de acuerdo a la opinión de todos los directivos de las EPS e IPS de la muestra, que en la ciudad de Pasto si existe una alta competencia entre ellas en el mercado de la salud contributiva.

Como razón principal de tal competencia se encuentra la gran cantidad de recursos que se transfiere por parte del gobierno nacional para una adecuada prestación del servicio de salud y que manejan las EPS generalmente privadas, ya que su principal función es la intermediación de dichos recursos, recursos que han hecho considerar el campo de la salud un negocio muy rentable y por ende atractivo a muchos empresarios donde el usuario es considerado más que un paciente un cliente.

Es importante tener en cuenta que lo que ha favorecido la existencia de un alto nivel de competencia no solo en la ciudad sino a nivel nacional es la facilidad para la creación tanto de EPS como IPS, pues así como es necesario cumplir con los criterios del Sistema de Seguridad Social en Salud que obligan a garantizar la calidad, también existen algunos términos mínimos para la apertura de tales establecimientos, lo cual ha motivado el interés por su creación pero que ha generado complicaciones para los usuarios en cuanto a la calidad del servicio.

Sin embargo, en este sentido es importante resaltar que con el fin de evitar dicha situación, en la actualidad los decretos reglamentarios, especialmente el DECRETO 1011 de 2006,

por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual tiene como componentes: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad; son más exigentes para regular que el establecimiento de EPS e IPS cumpla con las condiciones mínimas de seguridad para el paciente.

Ahora bien, la competencia es cada vez mayor pero no es motivo de preocupación para las entidades e instituciones que ven en ésta una motivación para prestar un servicio de salud oportuno y eficiente, pues consideran que la buena calidad ofrecida es la que hace la diferencia y permite el posicionamiento en el mercado, por lo cual, su propósito es generar un valor agregado en la prestación del tal servicio con procesos muy bien establecidos y con un personal bien capacitado profesionalmente para lograr la certificación y así poder acceder a la acreditación, pues consideran que de esa forma se logra el reconocimiento por parte del usuario quien apreciará la buena prestación del servicio y por lo tanto, deseará permanecer en ellas.

Asimismo, es importante destacar que aunque la calidad puede verse afectada por una competencia desleal, como tal la competencia en cualquier campo y dentro de cualquier área es muy beneficiosa, pues, en el caso específico de la salud ella ha conllevado a que exista una mayor cobertura en la prestación del servicio de salud dado que ha posibilitado mayor y mejor infraestructura, calidad en el servicio, el mejoramiento de los estándares de atención, mayor disponibilidad y al mismo tiempo ha estimulado a las entidades de salud a que implementen como se mencionó anteriormente valores agregados para lograr una mayor diferenciación y modernización y así estar acorde con las necesidades y exigencias de los usuarios, lo cual sin duda alguna redundará en bienestar para éstos; ello sumado a la libre elección que tienen los usuarios constituye un logro importante de la implementación de la Ley 100 de 1993; sin embargo, ello no se aplica totalmente en la realidad, puesto que existe dificultad para cambiar de EPS en el régimen contributivo dada la tramitología que se exige para dicho proceso.

En consecuencia, cuando la competencia es leal y sana es muy ventajosa y productiva pues de un lado amplía las alternativas para poder acceder más fácilmente al servicio, es decir, que hay más capacidad, mayor disponibilidad y oportunidad de que la población que efectivamente pertenece al Sistema de Seguridad Social en Salud sea atendida y por otro se estimule una adecuada prestación del servicio de salud con el fin de conservar usuarios y atraer muchos más.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que aunque con la presencia de las EPS e IPS privadas se ha ampliado las posibilidades de acceso efectivo y oportuno al servicio de salud, en lo que a la población amparada por SGSSS se refiere, ello no implica que absolutamente todas éstas presten un servicio de salud con una excelente calidad, se reconoce que por la misma competencia hay una mayor garantía para el usuario que si solo existiera un oferente pero la calidad dependerá del compromiso que se tenga con ésta por parte de determinada EPS con sus respectivas IPS sean éstas propias o contratadas hacia el usuario.

Ahora bien, en el estudio se encuentra que si la calidad es relativa ello depende de factores distorsionantes tales como: las imposiciones de la legislación colombiana a las EPS, las imposiciones de las EPS sobre las IPS, y por otro lado la real prestación del servicio al usuario ya sea por parte de las IPS contratadas o de las IPS propias.

Lo anterior afecta la calidad del servicio en éste sentido, primero, con respecto a las imposiciones de la legislación colombiana a las EPS, está la cantidad de requisitos que se exigen para la transferencia de los recursos, por ejemplo: el diligenciamiento de la historia clínica, que se delega al personal médico que le resta tiempo a la consulta, donde aparece entonces el interrogante de qué calidad se ofrece al usuario en un tiempo de consulta tan corto.

6.1 DIFICULTADES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LAS EPS.

En lo que se refiere a las imposiciones de las EPS sobre las IPS (ya sean propias ó contratadas) se tiene que las primeras para mantener una determinada línea de presupuesto establecen ciertas restricciones en cuanto a exámenes, a cirugías y a otros procedimientos, con lo cual se evidencia que también prima el carácter económico sobre las condiciones de prestación del servicio salud, que afecta al usuario quien termina por recibir un servicio a medias por parte de las IPS. Es decir, la calidad no es la misma en todos los procedimientos y por ende para todos los usuarios, pues lo económico juega un papel fundamental. Un ejemplo de ello lo constituye el direccionamiento por parte de las EPS de los usuarios que padecen enfermedades denominadas de alto costo, pues bien, dichos pacientes o se les niega inmediatamente ciertos servicios ó se los transfiere a ser atendidos en una IPS con menores tarifas que implican menores costos para las EPS pero que manejan de cierta forma un alto grado de riesgo, por lo cual se pone en peligro la vida del usuario.

Ahora bien, según los Artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991, la salud es un “*servicio público de carácter obligatorio... que se prestará... en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad... (y al cual) todos los habitantes tienen un derecho irrenunciable*”. De ello resulta que la salud es un derecho de todos los ciudadanos, pero también es un servicio que debe ser prestado de manera eficiente por “entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”, es decir, la propia Constitución somete la prestación del servicio de salud a la lógica de las actividades económicas, y según la definición de Robbins “*economía es la ciencia que analiza el comportamiento humano como la relación entre unos fines dados y medios escasos que tienen usos alternativos*”^{*}.

Pues bien, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por supuesto usan los recursos escasos que reciben, no sólo para el fin altruista de atender a los usuarios, sino para el uso

^{*} ROBBINS Charles, (1898-1984) fue un economista británico que propuso una de las primeras definiciones contemporáneas de economía.

alternativo de obtener ganancias. Como cualquier empresa privada, o incluso como una pública, la EPS trata de “reducir al mínimo” el uso de los servicios para “maximizar las utilidades”. Dentro de los límites que les imponen la competencia y las regulaciones estatales, las EPS tienden a sacrificar al usuario en beneficio de sus propietarios, que en muchos casos son entidades del sector solidario de proveedores médicos y no de usuarios.

Pero mientras la lógica económica les da la razón a las EPS, el derecho a la salud de los afiliados no conoce límites, y los demandantes de servicios buscan a toda costa maximizar su bienestar, pues en eso consiste el goce del derecho a la salud.

De ahí que para solucionar ese problema, la puerta falsa que encontró el sistema creado por la Constitución y desarrollado por la Ley 100 de 1993, fue la acción de tutela, la cual ante la imposibilidad del usuario de acceder al servicio del que requiere, resultó ser la mejor solución, lo cual ha recargado el sistema judicial y ha evidenciado lo problemático de un servicio que tiene grandes restricciones en cobertura y calidad por derecho.

Pues bien, la base de todas las tutelas que imponen los usuarios de dichas entidades se debe a que en un principio los administradores económicos del sistema, entre ellos el propio Ministerio de la Protección Social, adoptaron en la prestación del servicio de salud un mínimo nivel, el llamado Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Servicios (MAPIPOS), cuyas definiciones y escapatorias permiten negar ciertos servicios y administrar “eficiente” o “económicamente” los recursos escasos.

Para defender de un lado el derecho de los usuarios y del otro el presupuesto limitado de las EPS, se abrió como antes se afirmó la puerta falsa de las tutelas, que filtran el derecho y transfieren el gasto a las cuentas del Estado en cabeza del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), quien debe rembolsar a la EPS el sobrecosto respectivo; sin embargo, también los recursos del FOSYGA son pocos y los usos son muchos, de suerte que sus fondos ayudan a financiar la deuda pública mediante la compra de Títulos de Tesorería (TES).

En estas circunstancias, en el FOSYGA de una parte se han represado cuentas por cobrar de las EPS, y se ha generado la demora de otras cuentas, lo cual mantiene al borde de la quiebra a estas entidades representando una gran dificultad para la prestación del servicio de salud.

El más reciente fallo de la Corte Constitucional (Sentencia T-760 del 31 de Julio del 2008) define nítidamente la salud como un derecho fundamental y además convierte a la demanda específica de servicios en parte principal de ese derecho. Al mismo tiempo, sin embargo, y aunque hace múltiples recomendaciones acerca de la operación del sistema, el fallo de la Corte no pone en entredicho el principio de “administración económica” de los servicios ni el papel central que corresponde a las EPS.

En otras palabras, aunque mantiene la ambigüedad, la sentencia de la Corte acentúa el componente de “derecho a la salud” sobre el concepto de “economía de la salud”.

Otra dificultad que encuentran las EPS para la prestación del servicio de salud ya sea mediante IPS propias o contratadas y que ya se mencionó antes, es lo extenso que resulta el diligenciamiento de documentos como requisitos para captar los recursos y que deben presentarse al Ministerio de la Protección Social para la certificación de los servicios prestados, que al delegarse al médico tratante (por ejemplo, la historia clínica) lo convierte en un médico para el papel y no para el usuario. De esta manera, dicha tramitología y las barreras de acceso documentales que finalmente imponen al usuario para poder prestar el servicio terminan por afectar negativamente la percepción que tiene usuario de la EPS.

En otro contexto, la no cotización por parte de los trabajadores ya sean dependientes ó independientes también ocasiona inconvenientes para las EPS, pues dado que existe falta de articulación de procesos entre éstas y las IPS, por ejemplo, en cuanto a las bases de datos de afiliación, que al no ser actualizadas por parte de la EPS, permiten que las IPS brinden el servicio de salud a quien no lo merece, lo cual ocasiona discrepancias entre ellas.

En suma todo lo anterior, limita aún más la prestación del servicio por parte de las EPS con sus respectivas IPS que termina por generar un servicio no oportuno y que no cumple con las necesidades de los usuarios. Lo cual se convierte en la base o el fundamento de las críticas por parte de éstos.

6.2 DIFICULTADES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LAS IPS.

De otro lado están las Instituciones Prestadoras de Salud IPS, quienes presentan sus propias dificultades. Entre las principales, se encontró problemas que se derivan a partir de su contratación por parte de las EPS, que de alguna u otra forma se convierten en obstáculos para alcanzar la calidad en la prestación del servicio de salud y cumplir las expectativas de los usuarios; éstas dificultades provienen especialmente de la Ley 100 de 1993 con la cual la salud como se mencionó anteriormente, se convirtió en un negocio rentable en el que el paciente pasó a ser cliente y se dio lugar a la creación de las Entidades Promotoras de Salud EPS, como intermediarias entre los usuarios y las instituciones prestadoras del servicio de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, para las IPS desde el punto de vista financiero, uno de los principales problemas es la demora en la cancelación de los servicios brindados a los pacientes afiliados a las EPS. Aunque dicho inconveniente con los pagos de las aseguradoras en ocasiones, se deriva de que las glosas no son reportadas para su previa auditoria médica por parte de las IPS.

El manejo que le dan las Entidades Promotoras a su relación con las IPS siempre es acomodado a sus intereses en detrimento de estas últimas. La prestación de los servicios de salud y el manejo de los mismos lo desarrollan las Entidades Promotoras, sin que el negocio de ellas sea efectivamente la salud. En este sentido, el negocio de las EPS es un

negocio financiero, y su prioridad no es que se preste calidad en el servicio de salud, por lo tanto algunas veces acuden a las instituciones que menos tarifas les cobren.

La prestación de los servicios de salud para las IPS se vuelve demasiado compleja, ya que: no tienen clientes sino "pacientes". Si bien existen tarifas institucionales las EPS las fijan y casi siempre se refieren a las del ISS y tarifas SOAT, las cuales no sólo no han aumentado sino que han disminuido considerablemente si se les compara con precios de años anteriores. Así, pagan las facturas en el mejor de los casos a 60 días después de la fecha de radicación de las mismas, y para que esto se dé transcurren aproximadamente 50 días desde que se prestó o se efectuó el procedimiento.

Hoy los hospitales y clínicas tienen que tener más personal administrativo, pues en varios aspectos ven transferidas las responsabilidades de muchas EPS, y como si fuera poco, las EPS les quieren quitar el manejo de los medicamentos e insumos que es uno de los pocos frentes que genera alivio económico. De modo que, la vida íntima de las instituciones prestadoras de servicios transcurre acosada por los conflictos en la facturación, por las divergencias con las glosas o los tropiezos en la conciliación de cartera.

Las tarifas, además, no tienen correlación con los costos de los servicios, y por ello la guerra tarifaria que se ha creado como consecuencia de mantener a toda costa las IPS abiertas, generará en el corto plazo un colapso de grandes magnitudes. Esto, sin duda, afectará la calidad de los servicios y terminará en problemas de salud pública. Adicionalmente, estas instituciones caracterizadas por su uso intensivo de tecnología no tendrán capacidad de renovación tecnológica y no será fácil estar a la vanguardia en salud.

De otra parte, la auditoria médica de estas empresas pasó a ser una actividad negativa y que no agrega valor, antes, por el contrario, dificulta y atrasa el desarrollo de la facturación. La falta de compromiso y solidaridad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud facilitan a las EPS estos manejos.

Para las IPS, entonces, la dificultad principal es no contar con recursos propios, lo cual en ocasiones limita contratar el suficiente personal profesional para cubrir las diferentes especialidades; otra dificultad son los costos del personal especializado que en una región como la de San Juan de Pasto la oferta es muy escasa, que en últimas se ve reflejado en los costos que paga el paciente y que junto con los de los medicamentos terminan siendo realmente muy altos y en muchas ocasiones es indiscutible la falta de conciencia social por parte del gremio médico.

A pesar de afrontar las IPS tantos apuros con el incumplimiento en los pagos por parte de las EPS, CALIDAD, así, con mayúsculas, es lo que se les exige a diario, aunque eso que tanto se exige, no siempre se pague.

El comportamiento recto en los pagos varía de acuerdo a los aseguradores. No es un secreto que muchos han mejorado sus relaciones con los hospitales y clínicas, pero todavía son numerosos los problemas y desacuerdos en el reino de los ceros y mientras en algunas

IPS crece el desconcierto, algunas de las EPS figuran en las publicitadas listas de las empresas más fuertes de Colombia como SaludCoop y Coomeva. De esta manera, se hace importante resaltar que no son fáciles las condiciones que afrontan las IPS para quienes en ciertas circunstancias el flujo de caja se vuelve una pesadilla.

Son muchos los factores que afectan el estado financiero de las IPS, incluyendo a que es evidente que están acorraladas también por la cultura del no pago oportuno de sus servicios, las IPS presentan baja rentabilidad, y es ahí cuando enfrentan otra gran dificultad: tener poco acceso a las entidades financieras.

Y ni qué decir del no giro de recursos por parte del gobierno nacional a las IPS públicas. Se oye apenas el eco de la doctrina y jurisprudencia constitucional que señala, el deber estatal de asegurar la oportunidad, continuidad y calidad del servicio público de la salud...por su carácter inherente a la existencia del ser humano y del respeto a su dignidad...donde todo retardo o interrupción puede ocasionar problemas para la vida colectiva (Sentencia T-403-93). Desde arriba, el incumplimiento se ensarta con los entes territoriales.

El no pago de los servicios, las trabas a la facturación, la reducción de las tarifas o la sola contratación con las IPS de los servicios menos rentables, aparecen como las peores muestras de un sistema que tiene entre sus mayores desventuras, la de subvalorar el eslabón fundamental de la cadena: la prestación de servicios con calidad a una comunidad que los reclama, porque los necesita.

Situación ésta, que algunas IPS han tratado de evitar, a lo cual el director científico de PROINSALUD, una de las IPS de la ciudad de Pasto afirma: “la institución ha tratado de hacerle frente a los problemas económicos, logrando que estos no afecten al usuario, es decir, sin deteriorar la calidad de los servicios, pero lastimosamente ello sí afecta a la empresa como tal porque se está ofreciendo servicios con calidad a unos costos muy bajos, ya que si no somos contratados no tendríamos usuarios para atender y por ende saldríamos del mercado, entonces, en este sentido puede verse deteriorada la relación entre EPS e IPS”.[†]

En el caso de las IPS públicas, la situación es más grave, los inconvenientes en el retraso de los pagos por parte del gobierno, ha sido motivo para que algunas de ellas hayan desaparecido y otras estén en condiciones financieras críticas como es el caso de hospitales que prestaron el servicio, pero que no obtuvieron el pago por ello.

En la ciudad de Pasto se cuenta con el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO primer centro asistencial de Nariño y del suroccidente colombiano, cuyo jefe de atención en calidad afirma que los mayores problemas que se presentan en dicha institución son: “La no cancelación de facturas de prestación del

[†] ENTREVISTA con el doctor Robert Guancha. Subdirector científico. PROINSALUD. San Juan de Pasto, 13 de septiembre de 2008.

servicio de salud que en el momento por parte del gobierno ascienden a \$25.000.000.000, deuda generada debido a la atención a la población vinculada, por la que el gobierno no responde o cuando lo hace los recursos no alcanzan y dado que el hospital tiene una naturaleza pública la atención no puede negarse dado que el servicio de salud no es un servicio como cualquier otro; la baja oferta de personal especializado en la región que incrementa los costos; la caracterización de la población que se atiende ya que el 52% de la población es gente de bajos recursos, donde por sus condiciones sociales su recuperación es más lenta y por ende más costosa y la atrasada cancelación de facturas por parte de algunas EPS”.[‡]

Con las dificultades de tipo financiero que tienen las IPS, es obvio, que la calidad en la prestación de sus servicios esté ante la crítica de los usuarios, pues dado que algunas IPS regalan los servicios, solo por obtener un ingreso adicional y no analizan la magnitud de sus decisiones, ello repercute en la disminución de la calidad del servicio que reciben los usuarios, pues tratarán de minimizar costos a través de restringir la entrega de medicamentos, negación de consultas y demora en las mismas, así como también de exámenes, cirugías, y la no solución inmediata de enfermedades riesgosas, etc.

De otra parte, se tiene que en la ciudad Pasto, algunas de las IPS por no decir todas, no cuentan con todas las condiciones: dotación e infraestructura adecuada para cubrir a todos los usuarios, ya que el Hospital Departamental es el único que presta los servicios de salud de Nivel III; todavía hace falta mucha infraestructura para atender a tantos pacientes, igualmente que personal médico, principalmente, especialistas y en cuanto a las IPS privadas, a pesar de que su situación no es tan dramática, no es del todo perfecta.

En este sentido, mayor es la dificultad en las IPS públicas porque éstas atienden a toda clase de usuarios (contributivos, subsidiados, vinculados) y así mismo no existen IPS que abarquen cuarto y quinto nivel por lo que se hace obligatorio el traslado a otras ciudades como Cali y Bogotá cuando hay pacientes que necesitan de ésta atención. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que todo radica en la cuestión presupuestal.

Ante tantas dificultades que tienen las IPS, la calidad en la prestación de sus servicios es cuestionable y muy criticada por los usuarios, lo que en últimas pone de manifiesto que son las EPS las verdaderas responsables (puesto que las IPS son la imagen corporativa de éstas, si las IPS prestan mal el servicio, será la EPS quien asuma ésta situación) junto con el gobierno de no cumplir con las expectativas de los usuarios, sin embargo, hay que tener en cuenta, que a pesar de ser la salud un derecho para todas las personas existe una normatividad que lo reglamenta y que en su mayoría es desconocida por los usuarios, por lo cual los lleva en muchas ocasiones a exigir más de lo establecido en la ley.

No obstante, cabe resaltar que la crítica en el campo de la salud es mucho mayor que la que se presenta en cualquier otro campo, la importancia de este ámbito reside en que no se trata

[‡] ENTREVISTA con el profesional Gerardo Rodríguez. Jefe de Calidad. Hospital Universitario Departamental de Nariño. San Juan de Pasto, 15 de octubre de 2008.

de la prestación de un servicio cualquiera sino de un servicio que para todo ser humano es vital, puesto que cuando se cometen errores en los procedimientos, por ejemplo una cirugía en miembro equivocado la implicación es de graves consecuencias para los pacientes.

Ahora bien, teniendo en cuenta la importancia que tienen las Instituciones Prestadoras de Salud IPS como su nombre lo indica por ser las que efectivamente prestan el servicio, en la investigación se planteó de vital importancia determinar si para éstas es un deber considerar los requerimientos del cliente para diseñar la prestación de sus servicios, ya que los cambios de escenarios en el contexto mundial afectan todos los sectores y por ende las instituciones que los conforman, la globalización económica, la transición demográfica, el comportamiento epidemiológico de nuevas enfermedades, son factores que influyen directamente en el comportamiento de las necesidades de salud de una población.

Las sociedades han modificado sus interacciones, producto de la mayor oportunidad de información que ha provocado cambios en la forma de prestación de las organizaciones de servicios de salud, también han cambiado las perspectivas de los usuarios con respecto a la atención, hoy la demanda de atención va acompañada de una expectativa a cumplir que va más allá de solo resolver el problema de salud, la necesidad de atención reclama atributos durante la misma, y es aquí donde la calidad forma parte de esta expectativa y deja de ser algo simbólico volviéndose realidad.

Durante todo el proceso de atención en donde intervienen diversos actores, los usuarios van demandando algo más que solamente ser atendidos, es allí donde concurre la efectividad, la eficacia, la calidez, los valores éticos. La demanda de los usuarios cada día es más informada, esto genera expectativas que deben cumplirse para lograr la satisfacción de los mismos.

Es claro que para las IPS obtener la satisfacción de los usuarios no es solo tener estructura y tecnología, es necesario lograr en la prestación una característica que solo la puede proporcionar el prestador durante el proceso de la prestación y que la suma de ello durante esta interacción prestador-usuario lleva a garantizar la prestación de calidad en cada acción de atención a sus usuarios.

Hoy en día la calidad representa una oportunidad no tan solo de satisfacción sino de incrementar la eficiencia en los prestadores de servicios y la efectividad de las unidades de salud. Lograr que la calidad sea parte integral de cada acción en salud, es un verdadero reto, no se logra de la noche a la mañana, se necesita definir un proceso de cambio aplicado por etapas en donde se vaya midiendo el impacto de cada una de las estrategias que se implementen, para ello es necesario crear evidencias visibles que puedan indicar si el camino para alcanzarla está siendo el correcto.

Las instituciones de servicios de salud, al igual que cualquier organización están formadas por seres humanos y eso implica tener una diversidad de pensamiento y con ello diversidad de actitud y compromiso, por ello los servicios de salud son organismos sustentados por el

valor humano que no puede ser dejado de lado, con un marco jurídico legal, porque además de la prestación está el compromiso de hacerlo bien; alcanzar la calidad es una inversión que los servicios de salud tienen en cuanto a credibilidad, en prestigio e imagen institucional.

Es un hecho que las instituciones de servicios de salud forman parte de un ámbito de competencia, donde el usuario tiene la oportunidad de elegir en donde ser atendido y exponer su necesidad, hoy el usuario tiene un abanico de posibilidades de atención que le permite el privilegio de elección del prestador, y la calidad es el valor agregado que el usuario identifica para decidir, la calidad entonces no es política, no es programa, es una necesidad sentida, planteada y solicitada por los usuarios de los servicios de salud.

En las IPS de la ciudad de Pasto se ha iniciado un esfuerzo conjunto por alcanzar la calidad en todo el sector, existe una estrategia de evaluación de indicadores de satisfacción de los usuarios, de efectividad, de trato digno que fortalece la cultura de la medición como un paso obligado para medir los cambios, mejoras y el quehacer de los prestadores del servicio para fortalecer la credibilidad de las instituciones, donde el cliente es el inicio y el fin. Falta mucho por lograr, lo importante es avanzar y conseguir que la calidad deje de ser un mito y se convierta en realidad, y es deber de la academia, los usuarios y del Estado velar por ello.

6.3 BENEFICIOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

No todo es negativo para las IPS, también desde el punto de vista de los directivos, la contratación por parte de algunas EPS trae sus ventajas como: ampliar el mercado; mayor productividad en los procesos; mayor facturación; mayor reinversión; mayor oportunidad y mejoramiento de competencias del personal.

Además, para las IPS otro beneficio es la remuneración económica mensual que se recibe por la prestación de los servicios, la cual se puede hacer a través de dos formas de facturación denominadas capitación y evento. La primera corresponde a un pago por una cantidad específica de usuarios, por ejemplo: un millón de pesos por la atención de cien (100) pacientes; ahora bien el pago se hace si se atendieron a los cien ó si solo se atendió a uno. Lo cual ocasiona que las IPS no se interesen por atender a los usuarios. Y la segunda consiste en que el pago que se efectúa es de acuerdo a cada una de las actividades que realice la IPS a las tarifas establecidas, entonces, en este caso a las IPS les conviene atender el mayor número de usuarios porque de esa manera obtendrán mayores ingresos.

Para las EPS que tienen su propia red de IPS, uno de los privilegios es principalmente administrativo, ya que le permite a la EPS en algún momento alinear todos los objetivos de la organización, puesto que los propósitos son dirigidos a los mismos usuarios, por lo cual es más fácil el despliegue del direccionamiento estratégico, de la misión, de la visión, para que todo apunte al logro de las metas.

Como es el caso de SaludCoop en la ciudad de Pasto, que al contar con su propia IPS realiza procesos encaminados al logro de las metas en menos tiempo y más eficazmente. De esa forma aplica más fácilmente políticas para mejorar la calidad, controlar y reducir los costos, los gastos y en fin la realización de toda una gama de estrategias para lograr la mejor prestación del servicio de salud y así satisfacer adecuadamente al usuario, aunque para ello se requiere de una gran inversión en infraestructura y activos en general, lo que no todas las EPS de la ciudad están en condiciones de hacerlo.

6. CONCLUSIONES

- La Ley 100 de 1993 trajo consigo la aparición de las EPS como Entidades que serían capaces de promover el servicio de salud en forma privada; esto permitió mayor infraestructura más personal, etc., sin embargo, la ley impulsó el ánimo de lucro, pues se empezó a considerar la salud como un negocio muy rentable que propició la creación de EPS que no siempre velan por la calidad en la prestación del servicio de salud y ponen en riesgo la integridad de la persona.
- En el período 2005-2007, se logró una cobertura promedio en Pasto de 87.48%, en Nariño 73.57% y en Colombia 84.96%, demostrando que Pasto tiene un mayor número de afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud tanto en régimen contributivo como subsidiado. Aunque ésta cifra es muy alentadora, hay que tener en cuenta que en Pasto todavía el 9.47% de la población está por fuera del sistema.
- La cobertura en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Pasto se incrementó en 9.52% en el período 2005-2007, pasando de 81.01% en el año 2005 a 90.53% en el año 2007, indicando que las políticas del Estado que se aplicaron en la ciudad fueron efectivas en el tema de salud ya que es sorprendente como se pasó a una cobertura de 90.89% en el año 2006 presentando una variación porcentual de 26.96% con respecto al 2005, mientras que en Nariño y Colombia tan sólo fue de 0.47% y 1.91% respectivamente.
- En el período 2005-2007 en promedio en Pasto, Nariño y Colombia se encontraban afiliados al régimen contributivo el 45.4%, 19.45% y 44.64% y en el régimen subsidiado el 54.6%, 80.55% y 55.36% respectivamente. Las cifras muestran que en promedio existe un mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado, pero en la ciudad de Pasto el porcentaje es menor; sin embargo, se asemeja más al nacional que al departamental, pues en este se encuentran afiliadas más del 80% del total de la población.
- Los mayores incrementos en el período, se dan también en el régimen subsidiado, especialmente en el país, ya que el gobierno, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, viene desarrollando políticas para alcanzar la universalización en la prestación de servicios de salud, lo que refleja sin ninguna duda la decisión política claramente establecida de que es necesario financiar el aseguramiento para la totalidad de la población. Es decir lo que se ha expandido rápidamente es el mecanismo para que la población más pobre del país acceda a los servicios de salud.

- Sin embargo, se debe tener en cuenta que un sistema de salud sostenible debería funcionar de la siguiente manera: el régimen subsidiado debería estar soportado financieramente por el régimen contributivo, éste a su vez financiado por el trabajador y el empleador formal, por los aportes estatales y los de los pensionados y sus familias. Sin embargo, al observar las cifras de afiliados en ambos regímenes, la situación es preocupante. Puesto que, el régimen subsidiado ha crecido en el período 2005-2007 en un 16.28% en el país y en Pasto 16.33%, mientras el régimen contributivo ha aumentado 9.48% y 13.51% respectivamente; es por esto que el sistema no es sostenible financieramente y el Gobierno, al buscar la universalización por medio del régimen subsidiado, está creando una bomba fiscal que al estallar perjudicará a los de siempre, a los más pobres.
- De la población total en Pasto que corresponde a 394.074 para el año 2007, 187.858 personas hacen parte de la población económicamente activa, de ésta población tan solo el 38.23% cotiza en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual indica que en Pasto la base del régimen contributivo y en consecuencia del sistema es muy pequeña, pues casi todo el peso del sistema recae sobre ésta, pero la situación es más preocupante, cuando ésta cifra se la compara con la del país, ya que corresponde a 37.2%, siendo todavía más baja.
- Se determinó que del total de la población que se encuentra ocupada en Pasto y Colombia, solamente menos de la mitad de las personas cotizan en régimen contributivo, es decir, que más del 50% de éstas personas son beneficiarios, se encuentran afiliadas a régimen subsidiado ó no están afiliadas en ningún régimen en el peor de los casos, demostrando una vez más que el Sistema de Seguridad Social en Salud no es sostenible en el tiempo, puesto que si las personas que de una u otra forma tienen capacidad de pago no cotizan en el régimen contributivo, de dónde van a salir los recursos para mantener y aumentar la población del subsidiado
- Si el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social de Salud no se da gracias a un mayor crecimiento del régimen contributivo, prosperar por el régimen subsidiado no solucionará de raíz las deficientes coberturas de salud ni permitirá viabilidad a largo plazo al SGSSS.
- Se encontró que en Pasto, existe una relación inversa entre el porcentaje de población afiliada a régimen contributivo y la tasa de desempleo, esto se demuestra efectivamente en los años 2006 y 2007, puesto que, en el primero al incrementarse la tasa de desempleo, el porcentaje de afiliados a régimen contributivo disminuyó; mientras que para el año 2007, cuando el desempleo disminuyó, el porcentaje de afiliados a régimen contributivo aumentó.
- En todo el territorio colombiano existen aproximadamente 23 EPS de régimen contributivo, en su mayoría privadas; sin embargo, solo tres de ellas han conseguido posicionarse en el mercado del aseguramiento en salud, pues son las de mayor presencia en todo el territorio nacional, por lo tanto, cuentan con la mayor población

afiliada a dicho régimen y son las siguientes: Saludcoop, el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y Coomeva.

- Si bien en Colombia dicha participación representa en promedio el 48.79%, es decir, que están casi la mitad de los afiliados, para el caso de Nariño y especialmente para Pasto esta participación es mucho mayor pues representa el 90.92% y el 92.07% respectivamente, lo cual demuestra que en estos últimos la alta concentración de los afiliados solamente es en tres entidades.
- Pudo identificarse que dentro de las tres principales EPS, es SaludCoop sin duda alguna la EPS que se encuentra consolidada como la más grande dado el número de usuarios, que en la ciudad de Pasto representaron en promedio en el periodo 2005-2007 el 51.24%; en Nariño la tendencia es similar pero un poco más notable puesto que participó con el 54.69% del total de los afiliados, sin embargo, a nivel nacional la participación de SaludCoop no fue tan marcada, aunque contó con la mayoría de los usuarios siendo éstos el 18.84%. De esta forma, puede observarse de un lado la alta concentración de los usuarios en dicha EPS y de otro la escasa participación de las otras EPS que operan especialmente en la ciudad.
- Es importante resaltar que SaludCoop es una EPS de carácter privado que lleva funcionando en el mercado de la salud contributiva desde hace 14 años, es decir, se creó en seguida de la implementación de la ley 100 de 1993, lo que le ha permitido conocer bien el mercado y sacar las mayores ventajas de ello, esto se refleja en el gran tamaño que ha adquirido a través de los años no solo en la ciudad de Pasto sino a nivel del departamento de Nariño y también del país.
- La EPS que le sigue a SaludCoop en cuanto a número de afiliados es el Instituto de Seguros Sociales, si bien para el periodo de análisis la participación promedio de dicha EPS es significativa, lo es más en Pasto, pues representa el 27.11%, mientras que en Nariño representa el 22.99% y en Colombia el 15.06% del total de los afiliados. Cabe resaltar que aunque ésta EPS ha perdido afiliados es la segunda EPS más grande, debido especialmente a que esta entidad también prestaba los servicios de pensiones y riesgos profesionales.
- En cuanto a características tales como años de funcionamiento, número de funcionarios, número de centros de atención y activos ponen de manifiesto que son éstas mismas EPS las de mayor importancia y solidez en la ciudad de Pasto.
- Sin duda alguna, SaludCoop, el ISS y Coomeva han mantenido en los últimos años márgenes de ventas muy superiores que les ha permitido generar unos altos ingresos operacionales y por ende cuantiosas utilidades que las ubican en una posición privilegiada en el mercado, lo cual refleja una eficiente gestión asistencial y administrativa.

- Es importante destacar que aunque las EPS tienen la obligación de acogerse a los mismos parámetros, ello no ha implicado que éstas entidades no se motiven a implementar estrategias hacia la generación de un mayor valor agregado en la prestación del servicio de salud como son la atención personalizada, los servicios en línea, mecanismos más ágiles y cómodos de realizar los pagos por parte de los empleadores, entre otras. En este sentido, el usuario es el principio y el fin de todos los procesos de la EPS, los cuales están encaminados a satisfacer sus necesidades y expectativas.
- Pese a las deficiencias que las EPS presentan en la prestación del servicio, se encuentra que la existencia de estas entidades, sí ha representado en algo un beneficio para el usuario, por cuanto les ha implicado el esfuerzo de incrementarles su satisfacción, puesto que con ello las EPS logran un mayor reconocimiento, que se refleja en más usuarios y por ende aumentan su beneficio económico.
- En su totalidad las EPS e IPS de la muestra, sí hacen uso de estándares para el establecimiento, mantenimiento y mejora de la calidad en la prestación del servicio de salud, básicamente a través del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), así como también, se soportan en herramientas administrativas de construcción del Sistema de Gestión de Calidad, Ambiental y de Seguridad y Salud Ocupacional como la certificación ICONTEC ISO 9001, ISO 14001, OSHAS 18001, normas de buenas prácticas de manufactura y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Entre los principales parámetros de calidad enfocados a satisfacer al cliente que existen en los diferentes procesos de prestación del servicio de salud se encuentran: los indicadores de oportunidad, las encuestas a los usuarios y los programas de atención al cliente.
- El seguimiento a los diferentes procesos y resultados de la prestación del servicio de salud se hace por parte de todas las EPS e IPS investigadas, especialmente mediante métodos como el ciclo PHVA, así como también procesos de auditoría obligatorios (autocontrol, auditorías internas y externas) y reuniones periódicas donde interviene la Oficina de Participación Ciudadana y el Comité de Usuarios donde se analizan y evalúan las encuestas mensuales a los usuarios y el buzón de quejas y reclamos, para determinar dificultades, solicitudes y recomendaciones de ellos.
- Existen factores distorsionantes que afectan la calidad del servicio de salud ya sea por las imposiciones de la legislación colombiana a las EPS, las imposiciones de las EPS sobre las IPS o por la real prestación del servicio al usuario por parte de las IPS contratadas o propias.
- Una de las principales dificultades para las EPS en la prestación del servicio de salud es la acción de tutela que imponen los usuarios, transfiriendo el gasto a las cuentas del Estado en cabeza del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), quien debe

rembolsar a la EPS el sobrecosto respectivo, reembolso que no llega con la prontitud necesaria y que además recarga el sistema judicial, evidenciando lo problemático de un servicio que tiene grandes restricciones en cobertura y calidad por derecho y en consecuencia mostrando las fallas del sistema.

- Entre otras dificultades se encuentran el diligenciamiento de requisitos para la captación de los recursos por parte de las EPS, y que deben presentarse al Ministerio de la Protección Social para la certificación de los servicios prestados, como es el caso de la historia clínica, que al delegársela al médico tratante, éste se convierte en un médico para el papel y no para el paciente.
- Para las IPS las dificultades más importantes se relacionan con los recursos que deben obtener como pago a la prestación del servicio de salud por parte de las EPS, que se pactan apenas sobre lo justo y que no se realizan de forma oportuna, de forma tal que para éstas últimas en su función de intermediación se genera una rentabilidad que muchas veces está en detrimento de la calidad del servicio.
- Si bien existen tarifas institucionales las EPS las fijan y casi siempre se refieren a las del ISS y tarifas SOAT, las cuales no sólo no han aumentado sino que han disminuido considerablemente si se les compara con precios de años anteriores. Además, éstas no tienen correlación con los costos de los servicios, y por ello la guerra tarifaria que se ha creado como consecuencia de mantener a toda costa las IPS abiertas, afectará la calidad de los servicios y terminará en problemas de salud pública.
- Para las IPS, su gran problema reside en no contar con recursos propios, lo cual en ocasiones limita contratar el suficiente personal profesional para cubrir las diferentes especialidades, sumado a que en una ciudad como Pasto la oferta disponible es muy reducida, aumentando aún más los costos para las IPS.
- El no pago de los servicios por parte de las EPS a tiempo, las trabas a la facturación, la reducción de las tarifas o la sola contratación con las IPS de los servicios menos rentables, aparecen como las peores muestras de un sistema que tiene entre sus mayores desventajas, la de subvalorar el eslabón fundamental de la cadena: la prestación de servicios con calidad a una comunidad que los reclama, porque los necesita.
- De otra parte, se tiene que en la ciudad Pasto, algunas de las IPS públicas y privadas por no decir todas, no cuentan con las condiciones necesarias en dotación e infraestructura adecuada para cubrir a todos sus usuarios, ya que el Hospital Departamental es el único que presta los servicios de salud de Nivel III; todavía hace falta mucha infraestructura para atender a tantos pacientes, al igual que personal médico, principalmente especialistas y en cuanto a las IPS privadas, a pesar de que su situación no es tan dramática, no es del todo la mejor.

- Las IPS públicas atienden a toda clase de usuarios (contributivos, subsidiados, vinculados), por lo que se les agranda aún más el problema relacionado con infraestructura, personal, equipos, etc.; además no existen IPS que abarquen cuarto y quinto nivel por lo que se hace obligatorio el traslado a otras ciudades como Cali y Bogotá cuando hay pacientes que requieren de ésta atención. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que todo radica en la cuestión presupuestal.
- Para las EPS que tienen su propia red de IPS, uno de los privilegios es principalmente en el campo administrativo, ya que le permite a la EPS en algún momento alinear todos los objetivos de la organización, puesto que los propósitos son dirigidos a los mismos usuarios, por lo cual es más fácil el despliegue del direccionamiento estratégico, de la misión, de la visión, para que todo apunte al logro de las metas. En Pasto, solamente SaludCoop cuenta con su propia Clínica y hasta el año 2007 el ISS.
- El estudio dio como resultado que más del 77% del total de la población cotizante encuestada tiene más de una persona a cargo, por lo tanto hace uso del derecho que le otorga la Ley de afiliar a sus familiares; de esta forma, el costo que paga por la prestación del servicio de salud lo cubre a él como a sus beneficiarios.
- De la población encuestada cotizante, el 44.8% devenga máximo 2 salarios mínimos legales vigentes (SMLV), lo que evidencia que en la ciudad de Pasto existe un bajo nivel de ingresos, que apenas son suficientes para cubrir con todas sus obligaciones, lo que le impide el acceso a la medicina prepagada dado el alto costo que ésta implica, por lo cual la única posibilidad de recibir el servicio de salud es a través de las EPS contributivas.
- Se observa que el 29.31% de los trabajadores tan solo tiene de 1 a 5 años de vida laboral, de los cuales la mayor proporción es dependiente (15.52%), lo cual evidencia que la mayoría de las personas están comenzando su vida laboral y por lo tanto es poco el tiempo que llevan cotizando al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Del total de la población cotizante, el 64.94% no ha cambiado de EPS en los últimos cinco años, pues argumenta que la razón más importante es que el servicio prestado en su respectiva EPS satisface la mayoría de las expectativas que tiene como usuario y además porque considera que entre todas las EPS de la ciudad, la suya es la que mejor presta el servicio aunque tenga muchas falencias, por lo cual no descartan la idea de optar por la medicina prepagada. Cabe resaltar, que muchos de los encuestados no cambian de EPS por falta de tiempo para realizar tantos trámites que exigen para afiliarse a otra.
- Se pudo comprobar que con la aparición de las EPS privadas los usuarios que pertenecían especialmente al Instituto de Seguros Sociales, vieron ampliadas sus posibilidades de elección entre éste y las nuevas entidades y por lo tanto algunos de ellos prefirieron cambiarse a estas últimas al correr de los años ya que el 38.48% del total de la muestra se encuentra afiliado entre 6 y 10 años en sus respectivas EPS.

- El 83.31% de los cotizantes encuestados tuvo libertad a la hora de elegir la EPS, dentro de éste se encuentra que el 35.06% corresponde a los trabajadores dependientes y el 48.85 % a los trabajadores independientes; lo cual indica que estos últimos lo hicieron en su totalidad, mientras que los dependientes no, mostrando así que no todos los empleadores acatan la Ley 100 de 1993, al no permitirles a sus empleados que accedan al servicio de salud donde ellos lo consideren más pertinente.
- Así como hay libertad para escoger la EPS, los cotizantes tienen la posibilidad de elegir la institución que les preste el servicio de salud (IPS) a ellos y por ende a sus beneficiarios, sin embargo, si el afiliado no lo hace, la EPS es la que decide donde se recibirá el servicio, generalmente dependiendo del lugar de residencia; no obstante, se observó que existe similitud entre quienes lo hacen y quienes no, pues representan el 50.57% y 49.43% respectivamente.
- Se pudo establecer que la mayoría de los trabajadores dependientes no saben cuánto es el monto exacto que les descuentan mensualmente por la afiliación a salud, puesto que éste es descontado directamente por nómina; sin embargo, los encuestados tienen conocimiento sobre el porcentaje que les corresponde pagar tanto a ellos como a su empleador que equivale al 12.5% en total.
- En cuanto a los trabajadores independientes, se pudo determinar que al realizar ellos mismos el pago, obviamente tienen conocimiento de éste; aunque, se observó que existe elusión en éste monto, ya que en su mayoría efectúan un pago menor de lo que realmente deberían pagar de acuerdo a los ingresos que perciben y en consecuencia cotizan en base al salario mínimo.
- El servicio de salud no le parece costoso al 47% de los trabajadores encuestados, pero indiscutiblemente, son los trabajadores independientes quienes consideran que el monto que pagan por éste es demasiado alto, lo cual se explica porque ellos deben asumir con la totalidad de la cotización y además, porque el servicio que reciben no cumple con todas sus expectativas.
- Se estableció que aproximadamente el 65.18%, es decir, más de la mitad de las personas encuestadas gozan de un buen estado de salud tanto beneficiarios como cotizantes, por lo que el uso del servicio no es tan frecuente, ya que el 61.78% asiste en promedio a su EPS 4 veces al año, de lo cual se puede deducir que éstos usuarios hacen poco uso del servicio de salud que les ofrece su IPS y cuando lo hacen es porque realmente requieren de una atención urgente, además algunos manifestaron que muchas veces prefieren contratar los servicios de un médico particular que aunque les cuesta más, éste garantiza un servicio más eficiente y eficaz.
- En cuanto al acceso, se encontró que del total de la muestra, tanto cotizantes como beneficiarios se sienten satisfechos frente a éste factor, ya que representan más de la mitad, sin embargo, los beneficiarios son quienes en su mayoría más satisfechos se

sienten, puesto que constituyen el 62.98% frente al 55.75% de cotizantes, las razones más importantes que manifestaron los beneficiarios se deben a la prontitud del servicio; además que no existen obstáculos para asistir a la IPS, como por ejemplo que no haya transporte, o que ésta se encuentre en un lugar demasiado retirado.

- Con respecto a la eficacia del personal médico, se puede observar que igualmente, beneficiarios y cotizantes están a gusto en este aspecto, siendo éstos últimos quienes más satisfechos están, ya que representan el 60.92% mientras que los beneficiarios solo componen el 58.18%; algunos argumentos son que en su EPS e IPS el personal médico es idóneo, el cual ha sabido resolver con certeza la molestia por la que asistió a consulta.
- En lo referente a la oportunidad, se identificó que también beneficiarios y cotizantes están satisfechos, pero quienes en su mayoría se manifestaron más satisfechos fueron los beneficiarios con el 61.06%, dado que los cotizantes representan solamente el 57.47%, justificado básicamente en que el servicio se presta a tiempo, sin inconvenientes y efectivamente resuelve sus necesidades. Aunque obviamente, opinan que éste puede y debe mejorar.
- Con relación al trato o la atención que los usuarios reciben del personal que labora en su EPS e IPS, se observa otra vez más, que cotizantes y beneficiarios se sienten contentos frente a éste factor; aunque son los beneficiarios los que sienten mucho más complacidos al respecto, ya que constituyen el 71.64% superior al 62.64% de cotizantes, puesto que los primeros consideran que en general el personal se preocupa por sus necesidades de forma atenta y cordial facilitando la solución de sus necesidades.
- En cuanto al número de centros de atención con el que cuenta cada EPS se pudo determinar que existe insatisfacción frente a éste factor, y quienes más inconformes están son los beneficiarios, los cuales representan el 70.67%, mientras que los cotizantes corresponden al 55.75%; estos expresaron que la cantidad de centros existentes no son suficientes para atender de forma adecuada a todos los usuarios, presentándose congestión y dificultad para prestar un buen servicio, por lo que consideran que debería existir más centros de atención en diferentes puntos de la ciudad.
- Con respecto a la infraestructura, se observó un alto grado de satisfacción por parte de cotizantes y beneficiarios; siendo los primeros los que más conformes se encuentran, representando el 67.81%, frente al 61.54% de cotizantes; manifestando que las instalaciones cumplen con los estándares de limpieza, son bonitas, cómodas y amplias, además, que los equipos son adecuados y se encuentran en buen estado.
- El suministro de medicamentos no es un factor con el que los afiliados estén muy a gusto, pues se encontró que un alto porcentaje, el 70.2% de los beneficiarios y el 65.52% de los cotizantes se sienten insatisfechos debido principalmente a que en

muchas ocasiones la entrega de los mismos es no oportuna, es incompleta y/o poco efectiva. En este sentido es importante resaltar que en gran medida el inconformismo se debe a lo genérico de los medicamentos, llevando todo lo anterior a que el usuario tenga que comprarlos por cuenta propia.

- Frente a la solicitud de las citas las opiniones se encuentran en cierta medida divididas entre quienes se sienten satisfechos y quienes no, sin embargo, es mayor el porcentaje de los afiliados (56.28%) que se siente insatisfecho, dentro de este porcentaje los más descontentos son los beneficiarios con el 62.5%, las razón principal de tal desazón se debe a que si bien los medios dispuestos para tal fin por parte de las EPS están bien diseñados, el personal en esta función no ha sido suficiente lo que ha provocado mucha congestión y por ende mucha demora, especialmente vía telefónica.
- La opinión que tuvieron los afiliados frente a la cantidad de personal que labora en las diferentes EPS e IPS de la ciudad es opuesta prácticamente en la misma proporción, pues mientras los beneficiarios si se sienten satisfechos (56.25%), los cotizantes por su parte no se sienten así (56.9%), ello tiene que ver con que para estos últimos falta personal, especialmente médico tanto para medicina general como especializada, lo que ha ocasionado que no sean del todo ágiles los procesos en la prestación del servicio de salud; obviamente opinión que no comparten los beneficiarios.
- Con respecto a la información que recibe el usuario de su EPS, pudo encontrarse que ésta no se expone de forma oportuna, clara y completa, por lo cual el 61% de los usuarios manifiestan no se sentirse conformes sino por el contrario insatisfechos, especialmente los beneficiarios con el 69.23%.
- De la misma forma, los afiliados encuentran en su mayoría (61.25%) que los trámites a gestionar son en primer lugar demasiados, en segundo lugar demorados y engorrosos y que además deben realizarse en diferentes lugares lo que agrava aún más la situación, por lo cual beneficiarios y cotizantes se encuentran poco y nada satisfechos con el 62.5% y el 59.77% respectivamente.
- Puede deducirse que, a pesar de que en algunos factores determinantes en la prestación del servicio de salud los usuarios manifiestan sentirse a gusto, ello no significa que la prestación del servicio cumpla con todos los estándares de calidad y por ende con las expectativas de los afiliados, pues en muchos de los factores se evidencia que existen grandes dificultades, además, consideran que las disposiciones internas existentes dentro de las EPS limitan a los médicos; por ejemplo éstos, no pueden ordenar exámenes sino hasta cierto límite, en ciertos casos y cada determinado periodo de tiempo. Además, que éstas no cuentan con una gama de especialistas adecuada y por lo tanto la remisión a ellos es muy complicada y demorada., lo que indica que, en general el servicio que ofrecen las EPS reflejado en las IPS, presenta grandes fallas que afectan la calidad del mismo.

- Bajo estas condiciones no se puede garantizar un buen estado de salud para la población, además el Estado no interviene para cambiar esta situación de raíz, ya que es demasiado permisivo y la Supersalud nunca es drástica en sus sanciones; por lo cual los usuarios carecen de medios de defensa adecuados y efectivos dentro del mismo Sistema, salvo la tutela que es un mecanismo externo y que en última instancia el único perjudicado termina siendo el paciente, además en el servicio de salud no se deben cometer errores porque lo que está en riesgo es la integridad y la vida misma de las personas.

8. RECOMENDACIONES

Dadas las grandes dificultades que se presentaron en la realización de la investigación por la insuficiente información sobre seguridad social en salud, especialmente en régimen contributivo en la ciudad de Pasto y por la falta de colaboración por parte del escaso número de entidades encargadas de manejar dicha información, se hace necesario que el Ministerio de la Protección Social cree en la ciudad a través de la Alcaldía o del Instituto Departamental de Salud de Nariño, una oficina que cumpla con la función específica de suministrar información, la cual se obtendría a partir de las bases de datos que las EPS reportan al Ministerio con lo cual se facilite al público la realización de estudios, informes e investigaciones sobre este tema con una información verás de forma rápida. Es importante resaltar, que existen mecanismos como el llamado Registro Único de Afiliados RUAF que se encuentra en Internet en la página del Ministerio de la Protección Social, cuyo objetivo es suministrar este tipo de información, sin embargo, en la actualidad apenas se está construyendo, así mismo se encuentra la Base de Datos Única de Afiliados BDUA en la página de Internet del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, que aunque ya está funcionando tiene un proceso muy complejo que dificulta acceder fácilmente a dicha información y que además se comprobó no es del todo confiable, por lo tanto, sería importante que a éstos mecanismos se les hiciera una revisión para que cumplan adecuadamente con el objetivo para el que fueron creados.

No hay una información absolutamente confiable de cuáles son los costos reales de la prestación de los servicios de salud en Colombia y cuál es la oferta para su prestación, por lo que se hace necesario tener información, no solamente para el manejo financiero, sino para el diseño de políticas de salud. Todos los participantes del sector coinciden en que ella es necesaria, pero ninguno la suministra.

Una propuesta para lograr que se mejore la prestación del servicio de salud estaría dirigida hacia dos frentes, el primero es que si bien ya existen unas EPS consolidadas y posicionadas en el mercado las cuales cuentan con el mayor número de afiliados a régimen contributivo en la ciudad de Pasto; éstas no se han interesado en incrementar la oferta de los centros de atención, así como tampoco del personal en servicio, de equipos médicos, entre otros; lo que ha llevado al descontento de los usuarios los cuales reclaman una mayor compromiso por parte de las EPS e IPS, teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que el seguimiento y vigilancia que hacen los Organismos de control sea más riguroso y exigente; lo cual no solo beneficiará al usuario sino también a las mismas EPS e IPS quienes evitaren que sus usuarios se trasladen hacia las demás. El segundo, estaría encaminado a impulsar la creación de nuevas EPS e IPS siempre y cuando éstas cumplan con todas las condiciones necesarias para prestar el servicio de salud en óptima calidad para que los usuarios tengan más opciones de escoger y esto conlleve a que se amplíe la disponibilidad de prestación del servicio y así no exista concentración de los usuarios en solo algunas.

La aparición de las EPS como intermediarias para contratar los servicios entre las IPS y los usuarios, se ha convertido en una dificultad especialmente para las IPS, pues éstas últimas no siempre obtienen el pago justo y oportuno por la prestación del servicio de salud, de esta forma para las primeras se genera una rentabilidad que muchas veces está en detrimento de la calidad del servicio, para lo cual la mejor solución sería que frente a la cartera en mora, al igual que en materia de tarifas, los contratos prevean anticipos y formas de pago que eviten o sancionen la mora más rigurosamente así, si hay un acuerdo de todos los prestadores a este respecto, las Entidades Promotoras de Salud tendrán que aceptar que solamente pueden contar con servicios si los pagan en forma justa y oportuna donde sea la SuperSalud la entidad que ejerza controles más estrictos y efectivos ó que la contratación de los servicios se haga de forma directa entre el Ministerio de la Protección Social y las IPS para que en estas exista mayor autonomía al contar con recursos propios, que les facilite tomar las decisiones con respecto a sus verdaderas necesidades.

Es importante que se plantee con seriedad la racionalización de la capacidad instalada de la atención en salud, tanto pública como privada, pues de no lograrse esa racionalización, las tarifas, aún fijadas por la propia Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, no cubrirán los costos de la salud o, de hacerlo, no podrán ser pagadas ni aún doblando el valor de la UPC, además del análisis de su presupuesto, pues aunque se incremente la UPC, con la ampliación del POS, estos servicios que antes no se cubrían pueden ocasionar muchos inconvenientes para todos los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud por sus altos costos y que pondría en peligro la sostenibilidad del mismo.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es la revisión urgente de la reglamentación actual porque con las tutelas el POS tiende a desaparecer y de otra parte no se afecten los recursos que pueden destinarse a beneficiar a muchos en general, ya que existen en algunas ocasiones fallos a favor de tutelas que no ameritan, como cirugías estéticas disfrazadas de enfermedades, las cuales desvían los recursos y perjudican a todos los usuarios.

Según la información que se encontró en la investigación, se pudo establecer que las EPS tratan de captar especialmente a población joven dado que ésta implica menos costos porque tienden a enfermarse menos a diferencia de los niños y los adultos de la tercera edad, por ello se debería obligar a las EPS a que tengan cierta cantidad de éstos usuarios; para que la misma esté en cierta medida equilibrada con respecto a la edad y así haya compensación entre unos y otros, con lo cual se evite incurrir en sobrecoseos que terminan afectando al mismo usuario.

Además debe existir un control estricto en el direccionamiento que realizan las EPS de los pacientes que se hace según sea su conveniencia, pues dependiendo de la enfermedad se los ubica en IPS de menor tarifa, con el fin de controlar los costos, pero que afecta la salud del usuario, de esta manera, vulneran su derecho de libre escogencia de la IPS, lo mismo ocurre con las cirugías las cuales son reprogramadas para mantener el presupuesto establecido en un mes determinado.

Si bien la buena prestación del servicio de salud depende de la entidad que lo ofrece, también hay que tener en cuenta que el usuario juega un papel muy importante en el desempeño de éstas, puesto que son muchos los inconvenientes que se derivan del inadecuado uso de los servicios que se prestan, ejemplo de ello es el incorrecto uso que se hace del servicio de urgencias por parte de algunos usuarios que no necesitan realmente éste servicio; otra dificultad se relaciona con las tutelas ya que generalmente éstas fallan a favor de los usuarios y esto es muy bueno siempre y cuando la necesidad lo amerite, puesto que las tutelas que fallan a favor de tratamientos que no ponen en riesgo el normal funcionamiento de la persona le quitan recursos a otros procedimientos de mayor importancia y a programas que pueden beneficiar a toda la población afiliada, así mismo evitar las multifiliaciones y los engaños de algunos usuarios, para lo cual se debería capacitarlos y concientizarlos, con el fin de que utilicen el servicio de salud adecuadamente y de esta manera se beneficien todos.

Es indispensable lograr que el sistema de salud crezca por donde debe ser, por el régimen contributivo. La única forma de asegurar sostenibilidad y crecimiento en el largo plazo, es el aporte de las personas y no un subsidio; para lo cual, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Ministerio de la Protección Social, deben buscar fórmulas para fortalecer el régimen contributivo, de manera que le ayuden al sistema a tomar la senda hacia un equilibrio financiero.

No hay una información absolutamente confiable de cuáles son los costos reales de la prestación del servicio de salud en Colombia y cuál es la oferta para su prestación, por lo que se hace necesario tener información, no solamente para el manejo financiero, sino para el diseño de políticas de salud. Todos los participantes del sector coinciden en que ella es necesaria, pero ninguno la suministra.

De otra parte, que el usuario no se considere como un cliente sino como un paciente, es decir, que haya mayor consideración, para lo cual se debería capacitar y concienciar al personal que labora en las EPS con lo cual se favorecerán los usuarios que realmente necesitan el servicio; así mismo que los medicamentos no sean tomados en cuenta como mercancías, pues con ello se da una deshumanización de la medicina, es decir, que se quita su carácter social.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, Olga Lucía y AYALA, Ulpiano. Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia. Santiago de Chile: CEPAL, 2001. 45p.

CÁMARA DE COMERCIO DE PASTO. Anuario Estadístico de Pasto. Pasto, 2008.

CAÑÓN Ortegón, Leonardo. Una Visión Integral de la Seguridad Social. Bogotá: Ediciones PROA Ltda., 1988. 97p.

DORNBUSCH, R y FISHER, S. Macroeconomía. Octava Edición. España: McGraw-Hill, 2002. 368p.

FERNÁNDEZ, G. Nuevo sistema de salud en Colombia. Santa fe de Bogotá: Castillo Editorial, 1996. 121p.

FRIEDMAN, Milton y FRIEDMAN, Rose. Libertad de elegir: “Hacia un nuevo liberalismo económico”. Segunda Edición. Barcelona: Editorial Grijalbo, S.A., 1981. 186p.

GUERRERO, Ramiro. Cuadernos de Protección Social. Cuaderno No. 3. Bogotá, 2006.

HERRERIAS, Armando. Fundamentos para la Historia del Pensamiento Económico. Quinta Edición. México DF: Editorial Limusa Noriega Editores, 2002. 346p.

HOLZMANN, R. y Jorgensen, S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Santiago de Chile: Banco Mundial, 2000. 93p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la Republica y Cámara de Representantes. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2005, 2006, 2007. 245p.

JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia: cinco años de la puesta en marcha de la ley 100. 4 ed. Bogotá: Fescol, 1999. 25p.

KARATEV; RYNDINA; STEPANOV y otros. Historia de las Doctrinas Económicas. Vol. I. México D. F.: Editorial Grijalbo S.A., 1964. 374p.

LEIBOVICH, José. El sistema pensional colombiano: algunas consideraciones. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2004. 53p.

MESA LAGO, Carmelo. Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: CEPAL, 2006. 62P.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe de Actividades 2006–2007. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social, 2007. 36p.

MOLINA, Carlos y TRUJILLO, Juan Pablo. La Reforma del Sistema de Seguros de Salud: Una Comparación de Tres Propuestas. Bogotá D.C.: FEDESARROLLO, 1992. 51p.

OCAMPO, José Antonio. Reforma del Estado y desarrollo económico y social en Colombia. Análisis Político, No. 17. Bogotá: FEDESARROLLO, 1992. 72p.

OCHANDO CLARAMUNT, C. El Estado de bienestar español y su influencia en el grado de igualdad y redistribución de la renta. Madrid: Hacienda Pública Española, 1997. 143p.

OSER Jacob y BLANCHFIELD, William. Historia del Pensamiento Económico. Primera Edición. Madrid: Aguilera S.A., 1980. 292p.

RESTREPO, Jairo y RODRÍGUEZ, Sandra. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas, 2005. 47p.

------. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas. 2006. 65p.

------. Integración vertical en el sistema de salud colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización. Medellín: Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas. 2006. 32p.

RODRIGUEZ, Oscar. Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional. CID, 2003. 103p.

ROLL, Eric. Historia de las doctrinas Económicas. Tercera Edición. México: Fondo de Cultura Económica, 2002. 237p.

SCHUMPETER, J. A. Historia del Análisis Económico. Barcelona: Ariel, 1995. 225p.

SAMUELSON, Paúl. Economía. 11^a ed. México: Mc Graw-Hill, 1983. 341p.

TORRES CORREDOR, Hernando. Sistema de Seguridad Social Salud. Segunda edición. Vol. IV. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003. 59p.

VANEGAS CASTELLANOS, Alfonso. Los Nuevos Sistemas de Seguridad Social. Teoría y Práctica. Primera edición. Bogotá: Universidad de los Andes, 1994. 87p.

NETGRAFÍA

<http://www.banrep.gov.co/documentos/presentaciones-discursos/pdf/impres1003.pdf>

<http://www.cendex.org.co/regimensubsidiado>

http://editorial.unab.edu.co/revistas/rcmarketing/pdfs/r11_art3_c.pdf

<http://www.fce.unal.edu.co/download/cuadernos/29/29-LATAM03.pdf>

http://www.javeriana.edu.co/fcea/convocatorias/memorias_1congreso_sp/congreso_%20salud_compilado/final/cdpb.pdf

<http://www.oit.org.com/departamentoseguridadsocial>

http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/sne/2007/febrero/01/20012007.htm

ANEXOS

ANEXO A. Encuesta a cotizantes de las EPS del sector formal de la ciudad de Pasto.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA

FORMATO DE ENCUESTA

Dirigida a: Cotizantes de las EPS del sector formal de la ciudad de Pasto.

Objetivo: La presente encuesta tiene por finalidad conocer la opinión de los cotizantes sobre la prestación del servicio de salud.

Nota: Los datos solicitados son confidenciales y se utilizarán solamente para fines académicos.

Encuesta No _____

Fecha: _____

I. ASPECTOS GENERALES

Sexo: M _____ F _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Personas a cargo: _____

Empleado Público: _____ Empleado Privado: _____ Independiente: _____

Años de trabajo: _____

Salario \$ _____

II. ASPECTOS ESPECÍFICOS

1. A qué EPS se encuentra afiliado? _____

2. Hace cuántos años se encuentra afiliado? _____

3. Eligió la entidad afiliadora?

Si _____ No _____

4. Eligió la entidad donde lo atienden?

Si _____ No _____

5. Ha cambiado de EPS?

Si _____ No _____ Cuantas veces _____

Por qué: _____

6. Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente por la afiliación a salud?

Valor \$ _____ Porcentaje: _____ NR/NS _____

7. El valor total del servicio de salud le parece costoso?

Si _____ No _____ Por qué? _____

8. El estado de su salud en general es:

Muy bueno _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

9.Cuál es la razón por la que más asiste a su EPS?

Medicina general _____ Odontología _____ Urgencias _____

Otra _____ Cuál? _____

10. Con qué frecuencia utiliza los servicios de salud?

Varias veces al mes _____

Una vez al mes _____

Cada 2 o 3 meses _____

Cada 4, 5 o 6 meses _____

Cada año _____

11. Usted como se siente frente a los siguientes factores en la prestación de los servicios de salud:

FACTORES	MS	S	PS	NS	Por qué
Acceso					
Eficacia del personal médico					
Oportunidad					
Trato (atención)					
Número de centros de atención					
Costos generales del servicio					
Infraestructura					
Suministro de medicamentos					
Solicitud de citas					
Afiliación a familiares					
Personal (Número)					
Información al usuario					
Trámites					

MS: Muy Satisfecho
S: Satisfecho

PS: Poco Satisfecho
NS: Nada Satisfecho

12. Recomendaría a un amigo que se afilie a su EPS?

SI _____
NO _____
NR/NS _____

Porqué: _____

Observaciones: _____

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO B. Encuesta a beneficiarios de las EPS de la ciudad de Pasto.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA

FORMATO DE ENCUESTA

Dirigida a: Beneficiarios de las EPS de la ciudad de Pasto.

Objetivo: La presente encuesta tiene por finalidad conocer la opinión de los beneficiarios sobre la prestación del servicio de salud.

Nota: Los datos solicitados son confidenciales y se utilizarán solamente para fines académicos.

Encuesta No _____

Fecha: _____

I. ASPECTOS GENERALES

Sexo: M _____ F _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

II. ASPECTOS ESPECÍFICOS

1. A qué EPS se encuentra afiliado? _____

2. Hace cuántos años se encuentra afiliado? _____

3. El estado de su salud en general es:

Muy bueno _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

4. Cuál es la razón por la que más asiste a su EPS?

Medicina general _____ Odontología _____ Urgencias _____

Otra _____ Cuál? _____

5. Con qué frecuencia utiliza los servicios de salud?

Varias veces al mes _____

Una vez al mes _____

Cada 2 o 3 meses _____

Cada 4, 5 o 6 meses _____

Cada año _____

6. Usted como se siente frente a los siguientes factores de la prestación de los servicios de salud:

FACTORES	MS	S	PS	NS	Por qué
Acceso					
Eficacia del personal médico					
Oportunidad					
Trato (atención)					
Número de centros de atención					
Infraestructura					
Suministro de medicamentos					
Solicitud de citas					
Personal (Número)					
Información al usuario					
Trámites					

MS: Muy Satisfecho

S: Satisfecho

PS: Poco Satisfecho

NS: Nada Satisfecho

7. Recomendaría a un amigo que se afilie a su EPS?

SI _____

NO _____

NR/NS _____

Porqué: _____

Observaciones: _____

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO C. Entrevista a Directivos de las EPS de la ciudad de Pasto.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA

FORMATO DE ENTREVISTA

Dirigida a: Directivos de las EPS de la ciudad de Pasto.

Objetivo: La presente entrevista tiene por objeto obtener información acerca de los mecanismos que utiliza la entidad para la prestación de los servicios de seguridad social en salud en la ciudad de Pasto.

Nota: Los datos solicitados son confidenciales y se utilizarán solamente para fines académicos.

Fecha: _____ **Hora:** _____

Nombre de EPS: _____

Cargo: _____

ASPECTOS GENERALES

Años de funcionamiento: _____

Número de Centros de Atención: _____

Número de funcionarios: _____

Cuenta la EPS con sus propias IPS ó estas son contratadas, cuáles? _____

Además del servicio de salud, se prestan otros servicios tales como: financieros, pensiones, etc.? _____

Activos Estimados: \$ _____

ASPECTOS ESPECÍFICOS

1. La entidad hace uso de estándares para el establecimiento, mantenimiento y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud?

Si ____ No ____ Cómo? Porqué?

2. Cuenta la entidad con mecanismos para identificar y conocer las necesidades y requerimientos que tienen los afiliados actuales, probables y potenciales?

Si ____ No ____ Cómo? Porqué?

3. Se hace seguimiento a los diferentes procesos y resultados de la prestación de los servicios, para verificar si se está cumpliendo con las necesidades de los afiliados y si no es así se toman medidas correctivas?

Si ____ No ____ Cómo? Porqué?

4. Se desarrollan actividades de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados?

Si _____ No _____ Cómo? Por qué?

5. Usted cree que hay una alta competencia en el mercado de la salud contributiva?

6. Qué beneficios ha traído para el usuario esa competencia?

7. Podría afirmar que con la presencia de las EPS e IPS privadas se ha ampliado de manera real la cobertura y calidad de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad?

8. Cuáles considera Usted son las principales dificultades de la prestación de los servicios de seguridad social en salud para las Entidades Promotoras de Salud?

9. Cuáles considera Usted son las principales dificultades de la prestación de los servicios de seguridad social en salud para las Instituciones prestadoras del servicio de salud.

10. Qué propondría para mejorar la prestación de servicios de salud dentro del sistema de seguridad social?

11. Qué propondría para mejorar la prestación de servicios de salud dentro del sistema de seguridad social en el ámbito de las IPS?

12. Por qué se critica tanto la calidad del servicio de salud que se presta a los usuarios de las EPS?

13. Por qué se critica tanto la calidad del servicio de salud que se presta la IPS a los usuarios?

ANEXO D. Entrevista a Directivos de las IPS de la ciudad de Pasto.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA

FORMATO DE ENTREVISTA

Dirigida a: Directivos de las IPS de la ciudad de Pasto.

Objetivo: La presente entrevista tiene por objeto obtener información acerca de los mecanismos y procedimientos que utiliza la entidad para la prestación de los servicios de seguridad social en salud en la ciudad de Pasto.

Nota: Los datos solicitados son confidenciales y se utilizarán solamente para fines académicos.

Fecha: _____ **Hora:** _____

Nombre de IPS: _____

Cargo: _____

1. La entidad hace uso de estándares para el establecimiento, mantenimiento y mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud?

Si ____ No ____ Cómo? Porqué?

2. Se hace seguimiento a los diferentes procesos y resultados de la prestación de los servicios, para verificar si se está cumpliendo con las necesidades de los afiliados y si no es así se toman medidas correctivas?

Si ____ No ____ Cómo? Porqué?

3. Es deber de una IPS considerar los requerimientos del cliente para diseñar la prestación de sus servicios?

Si ____ No ____ Por qué?

4. Cuáles cree usted que son los beneficios y cuáles las dificultades que se presentan a partir de su contratación por parte de las EPS?

5. Usted cree que hay una alta competencia en la prestación del servicio de salud?

6. Qué beneficios ha traído para el usuario esa competencia?

7. Podría afirmar que con la presencia de las EPS e IPS privadas se ha ampliado de manera real la cobertura y calidad de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad?

Si ____ No ____ Cómo? Porqué?

8. Cuáles considera Usted son las principales dificultades de la prestación de los servicios de seguridad social en salud para las Entidades Promotoras de Salud?

9. Cuáles considera Usted son las principales dificultades de la prestación de los servicios de seguridad social en salud para las Instituciones prestadoras del servicio de salud.

10. Qué propondría para mejorar la prestación de servicios de salud dentro del sistema de seguridad social?

11. Qué propondría para mejorar la prestación de servicios de salud dentro del sistema de seguridad social en el ámbito de las EPS?

12. Por qué se critica tanto la calidad del servicio de salud que prestan las IPS?

13. Por qué se critica tanto la calidad del servicio de salud que las EPS ofrecen?