

**EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA DE LA APLICACIÓN DE LA LEY 100 DE
1993, EN EL PERÍODO 2004 - 2011 EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

**DARÍO ENRIQUE CORAL MORA
JOSÉ FRANCISCO REVELO MESSA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2013**

**EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA DE LA APLICACIÓN DE LA LEY 100 DE
1993, EN EL PERÍODO 2004 - 2011 EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

Trabajo de tesis para optar el título de Economista

**DARÍO ENRIQUE CORAL MORA
JOSÉ FRANCISCO REVELO MESSA**

Asesor:

JULIO CESAR RIASCOS

ECONOMISTA

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

2013

“Las ideas y conclusiones aportadas en el trabajo son responsabilidad de los autores”

Artículo 1º de acuerdo N° 324 de Octubre 11 de 1966, emanado por el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, Agosto de 2013.

A mi madre María Esther Mora Cepeda y padre Luis Enrique Coral Moreno que me acompañaron en todos estos años, a mis hermanos Wilmer, Gineth y Juliana.

A Viviana Gustin Mora porque sus consejos en no pocas ocasiones me brindaron la capacidad de dilucidar los problemas fundamentales del sistema de salud en Colombia y Nariño.

Darío Enrique Coral Mora

Con humildad dedico este trabajo muy especialmente a mi señora madre María Floralba; por todo su amor, sus consejos y sobre todo su apoyo incondicional.

A mi padre Fabio Hernán, a mis hermanos Ricardo y Fabio Alberto; por todas sus bendiciones, y la confianza depositada en mi para la consecución de este logro.

José Francisco Revelo Messa

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Nariño y la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, porque con su acompañamiento en estos años de nuestra carrera forjó en nosotros las capacidades que demandaban un trabajo de esta naturaleza. Un agradecimiento especial merecen nuestros asesores Julio Cesar Riascos, docente del Programa de Economía y la Doctora Sonia Gómez, docente del programa de Medicina, de la Universidad de Nariño, porque su orientación fue la clave para poder conjugar las complejidades del sistema de salud tanto a nivel nacional como regional bajo la mirada de las ciencias económicas.

Es importante también extender nuestro agradecimiento a las instituciones que nos colaboraron en el desarrollo de toda la investigación, entre las cuales se encuentran, el Instituto Departamental de Salud de Nariño en cabeza de su directora, la Doctora Elizabeth Trujillo de Cisneros; la Defensoría del Pueblo Regional Nariño por hacer valer el derecho a la salud de los nariñenses y la aplicación del derecho constitucional a la Tutela. También agradecemos a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, Pasto Salud, Hospital Universitario Departamental de Nariño, Hospital Civil de Ipiales y la IPS Gestionar Bienestar de Túquerres, especialmente por su motivación para que los resultados de nuestro trabajo tuvieran aplicaciones prácticas en la región. Igualmente a las diferentes asociaciones de profesionales de las ciencias de la salud, primordialmente a la Asociación Médica Sindical Colombiana ASMEDAS en Nariño, a la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, el Tribunal de Ética Médica de Nariño y la Academia Nariñense de Medicina por su profunda capacidad crítica y sus comentarios tan acertados frente al sistema de salud y las condiciones laborales de los profesionales del área en el departamento; aprovechamos también para agradecer a las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado que a pesar de los reparos que tuviéramos frente al sistema de salud, mostraron disposición de colaboración en la mayoría de los casos.

No podríamos dejar pasar la oportunidad de un merecido agradecimiento a dos actores muchas veces anónimos para el sistema de salud pero de una importancia trascendental y significativa; el primero es la Academia en cabeza de las facultades de áreas de la salud de la Universidad de Nariño, Universidad San Martín, Universidad Cooperativa de Colombia y Universidad Mariana, por su decidida colaboración; el segundo son los representantes de los usuarios que de

manera desinteresada nos compartieron sus experiencias en la atención y el manejo de varias particularidades del sistema de salud en el departamento de Nariño.

Finalmente agradecemos la información brindada por entidades de carácter nacional como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– y la Superintendencia Nacional de Salud.

En general a todas las personas que de una manera u otra hicieron posible el logro del trabajo que presentamos a la Universidad de Nariño y a la sociedad nariñense en su conjunto.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	23
1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	25
1.1 TEMA	25
1.2 TÍTULO	25
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	25
1.3.1 <i>Antecedentes.</i>	25
1.3.1.1 Antecedentes en Colombia	28
1.3.2 <i>Situación Actual</i>	34
1.3.3 <i>Formulación del Problema</i>	38
1.3.3.1 Pregunta General	38
1.3.3.2 Preguntas Específicas	38
1.4 JUSTIFICACIÓN	39
1.5 OBJETIVOS	41
1.5.1 <i>Objetivo General</i>	41
1.5.2 <i>Objetivos Específicos</i>	41
1.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	42
1.6.1 <i>Universo de Estudio</i>	42
1.6.2 <i>Cobertura Espacial</i>	42
1.6.3 <i>Tiempo a Investigar</i>	42
1.6.4 <i>Tiempo a Emplear</i>	42
1.7 MARCO DE REFERENCIA	42
1.7.1 <i>Marco Teórico</i>	42

1.7.1.1	Carl Marx	42
1.7.1.2	Jhon Maynard Keynes	44
1.7.1.3	Milton Friedman	45
1.7.1.4	Sir William Beveridge	47
1.7.1.5	Kenneth Arrow	50
1.7.1.6	Selma Mushkin	53
1.7.1.7	Víctor Fuchs	55
1.7.1.8	Juan Miguel Gallego	56
1.7.1.9	Juan Luis Londoño	58
1.7.2	<i>Marco Contextual</i>	61
1.7.2.1	Aspectos Socio económicos de las Subregiones	61
1.7.2.2	Demografía	67
1.7.2.3	Biodiversidad	69
1.7.2.4	Historia	70
1.7.2.5	Cultura	71
1.7.3	<i>Marco Legal</i>	72
1.7.3.1	Constitución Política de Colombia de 1991	72
1.7.3.2	Ley 100 de 1993	74
1.7.3.3	Ley 1122 de 2007	76
1.7.3.4	Ley 1438 de 2011	77
1.7.3.5	Decreto 1703 de 2002	78
1.7.3.6	Decreto 1020 de 2007	79
1.7.3.7	Pronunciamientos de la Corte Constitucional	79
1.7.4	<i>Marco Conceptual</i>	81

1.8	METODOLOGÍA	83
1.8.1	<i>Tipo de Estudio</i>	83
1.8.2	<i>Población y Muestras</i>	84
1.8.3	<i>Diseño de Procedimientos</i>	86
1.8.4	<i>Método</i>	88
1.8.5	<i>Técnicas de Análisis e Interpretación de Resultados</i>	88
2.	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO BAJO LA APLICACIÓN DE LA LEY 100 DE 1993	89
2.1	EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1974-1993)	89
2.2	EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	92
2.2.1	<i>Elementos Generales.</i>	93
2.2.2	<i>Plan Obligatorio De Salud –POS– y Unidad De Pago Por Capitación –UPC–</i>	95
2.2.2.1	Unificación del POS y la UPC	98
2.2.3	<i>Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA–</i>	108
2.2.3.1	Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo	109
2.2.3.2	Subcuenta de Solidaridad del Régimen de subsidios en Salud	109
2.2.3.3	Subcuenta de promoción de la Salud	110
2.2.3.4	Subcuenta de Seguros de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito	111
2.2.4	<i>Régimen Contributivo</i>	111
2.2.5	<i>Régimen Subsidiado</i>	115
2.2.6	<i>Financiación del Régimen Contributivo</i>	120
2.2.6.1	Los aportes de solidaridad	121

2.2.6.2	Aporte para la subcuenta de Promoción y Prevención	121
2.2.6.3	Incapacidades	122
2.2.7	<i>Financiación del Régimen Subsidiado</i>	124
2.2.7.1	Ingresos Territoriales	124
2.2.7.2	Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)	125
2.2.7.3	Otros	128
2.2.8	<i>Las Empresas Promotoras de Salud</i>	129
2.2.9	<i>Dirección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud</i>	136
3.	ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO HISTÓRICO E INTERRELACIÓN DE LOS ACTORES QUE CONFORMAN LOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, BAJO LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LA LEY 100 DE 1993 EN EL PERIODO 2004-2011	138
3.1	ACTORES DEL SGSSS EN NARIÑO	143
3.1.1	<i>Instituto Departamental de Salud de Nariño</i>	143
3.1.2	<i>Empresas Promotoras de Salud</i>	144
3.1.3	<i>Prestadores del Servicio de Salud en el Departamento De Nariño</i>	146
3.2	CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LA LEY 100 DE 1993 EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	148
3.2.1	<i>Cobertura</i>	149
3.2.2	<i>Eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Nariño.</i>	153
3.2.2.1	Desempeño Financiero de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado	154
3.2.2.2	Indicadores Financieros de las EPS del Régimen Subsidiado	163

3.2.2.3	Desempeño Financiero de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo en el Departamento de Nariño	165
3.2.2.4	Indicadores Financieros de las EPS del Régimen Contributivo	173
3.2.2.5	Análisis Conjunto de las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo.	175
3.2.2.6	Suficiencia Patrimonial de las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo para el año 2011	175
3.2.2.7	Gastos de Administración	178
3.2.3	<i>Análisis de la Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Nariño</i>	185
3.2.3.1	Calidad desde el punto de vista curativo	186
3.2.3.2	Calidad y su Relación con las Políticas de Salud Pública en el Departamento de Nariño	197
3.3	PRINCIPALES INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO 2004-2011	203
3.3.1	<i>Dengue</i>	210
3.3.2	<i>Malaria</i>	211
3.3.3	<i>Hepatitis A y B</i>	212
3.3.4	<i>Tuberculosis</i>	213
3.3.5	<i>Sífilis Gestacional y Congénita</i>	214
4.	ESTUDIO DE EFICIENCIA DE LOS RECURSOS ASIGNADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SU REPERCUSIÓN SOCIO-ECONÓMICA EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO DESDE 2004 HASTA EL AÑO 2011	219
4.1	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	219

4.2	INTERRELACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD Y LAS VARIABLES SOCIO - ECONÓMICAS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN EL AÑO 2011.	225
5.	RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD QUE PERMITAN MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD EN NARIÑO.	234
6.	CONCLUSIONES	240
	BIBLIOGRAFÍA	242
	NETGRAFÍA	246
	ANEXOS	249

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Evolución UPC-C y UPC-S. 1994-2011	100
Gráfico 2. Beneficiarios del Régimen Contributivo	112
Gráfico 3. Evolución del total recaudado mensual por cotizaciones del Régimen Contributivo entre Enero 2005 y Diciembre 2011(py). DIC 2009=100	114
Gráfico 4. Cobertura Régimen Subsidiado y Contributivo 2004-2011	119
Gráfico 5 Crecimiento relativo de los regímenes Subsidiado y Contributivo 2005-2011	120
Gráfico 6. Deducciones de las cotizaciones totales del Régimen Contributivo y financiación subcuenta de compensación 2005-2011py	123
Gráfico 7. Financiación del Régimen Subsidiado, según fuente	128
Gráfico 8. Pirámide Poblacional, Departamento de Nariño. 2011	139
Gráfico 9. Gastos de Administración como porcentaje de los Ingresos por UPC. Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo. 2011	179
Gráfico 10. Relación de personal asistencial por cada trabajador administrativo 2004-2011	187
Gráfico 11. Servicios prestados por las IPS públicas del departamento. 2004, UVR	194
Gráfico 12. Servicios prestados por las IPS públicas del departamento. 2011, UVR	195
Gráfico 13. Casos totales de IRA y mortalidad en menores de 5 años en Nariño 2003-2011	206
Gráfico 14. Casos Totales de EDA y Mortalidad en menores de 5 años en Nariño 2003 – 2011	206

Gráfico 15. Casos de dengue en Nariño 2004-2011	210
Gráfico 16. Casos de Malaria principales municipios Costa Pacífica 2004-2011	211
Gráfico 17. Hepatitis A y B casos Nariño 2004 – 2011	213
Gráfico 18. Casos Tuberculosis en Nariño 2004 – 2011	214
Gráfico 19. Sífilis gestacional y congénita Nariño 2004 - 2011	215
Gráfico 20. Distribución del SGP	220
Gráfico 21. Situado Fiscal y SGP 2004-2011	221
Gráfico 22. Distribución SGP Salud Nariño 2011	222
Gráfico 23. SGP Salud Nariño 2004-2011 Miles de pesos Corrientes	223
Gráfico 24. Distribución SGP Salud. Promedio subregiones 2004-2011 Milesde pesos Corrientes	226
Gráfico 25. ICV vs SGP Nariño 2011	233

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estructura de costo por grupo etario, por zona geográfica y zona urbana, de la UPC-C 2011	96
Tabla 2. Estructura de costos subsidio pleno y subsidio parcial, por zona geográfica y zona urbana, de la UPC-S 2011	97
Tabla 3. Proceso de unificación de los Planes de Beneficio y las UPC	102
Tabla 4. Principales inclusiones al POS-S y POS –C, Colombia 1993 - 2011	103
Tabla 5. Cobertura nacional del Régimen Contributivo 2004-2011	113
Tabla 6. Cobertura nacional del Régimen Subsidiado 2004-2011	117
Tabla 7. Normatividad que ha regulado el mecanismo de pari passu.	126
Tabla 8. Estructura financiera Empresas Promotoras de Salud. 2011 En Millones de Pesos	134
Tabla 9. Niveles de NBI e ICV por Subregiones de Nariño. 2011	141
Tabla 10. Afiliados Según EPS en el Departamento de Nariño. 2011	145
Tabla 11. Número de Prestadores en Nariño. 2006 – 2011	147
Tabla 12. Cobertura Régimen Subsidiado Nariño. 2006-2010	151
Tabla 13. Situación patrimonial Emssanar ESS. 2004,2011	154
Tabla 14. Estado de Resultados Emssanar ESS. 2004,2011	155
Tabla 15. Situación patrimonial Caprecom. 2010,2011	156
Tabla 16. Estado de Resultados Caprecom EPS. 2010,2011	156
Tabla 17. Situación patrimonial Asmet Salud 2004, 2010, 2011	157

Tabla 18. Estado de Resultados Asmet Salud EPS. 2004, 2011	158
Tabla 19. Situación patrimonial Mallamas EPS-I. 2004, 2010, 2011	159
Tabla 20. Estado de Resultados Mallamas EPS-I. 2004,2011	159
Tabla 21. Situación patrimonial Comfamiliar 2010,2011	160
Tabla 22. Estado de Resultados Comfamiliar. 2010, 2011	160
Tabla 23. Situación patrimonial Cóndor EPS. 2010, 2011	161
Tabla 24. Estado de Resultados Cóndor EPS. 2010, 2011	162
Tabla 25. Indicadores Financieros de las EPS del Régimen Subsidiado en el departamento de Nariño. 2004, 2010, 2011	164
Tabla 26. Situación patrimonial Saludcoop EPS. 2004, 2008, 2010	166
Tabla 27. Estado de Resultados Saludcoop EPS. 2004, 2008, 2010	166
Tabla 28. Situación patrimonial de La Nueva EPS. 2008, 2011	167
Tabla 29. Estado de Resultados La Nueva EPS. 2008, 2011	168
Tabla 30. Situación patrimonial Coomeva EPS. 2004, 2008, 2011	169
Tabla 31. Estado de Resultados Coomeva EPS. 2004, 2008, 2011	169
Tabla 32. Situación patrimonial Sanitas EPS. 2004, 2008, 2011	170
Tabla 33. Estado de Resultados Sanitas EPS. 2004, 2008, 2011	171
Tabla 34. Situación patrimonial Salud Vida. EPS 2004, 2008, 2011	172
Tabla 35. Estado de Resultados Salud Vida EPS. 2004, 2008, 2011	172
Tabla 36. Indicadores Financieros de Las EPS del Régimen Contributivo en el departamento de Nariño. 2004,2008,2011	174
Tabla 37. Suficiencia Patrimonial EPS del Régimen Subsidiado en Nariño. 2011	176

Tabla 38. Suficiencia Patrimonial EPS del Régimen Contributivo En Nariño. 2011	176
Tabla 39. Resumen de las cuentas por cobrar reportadas por las IPS públicas del departamento de Nariño según nivel con corte a 31 de Diciembre de 2011	181
Tabla 40. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño con cargo a las EPS del Régimen Subsidiado a 31 de Diciembre de 2011 discriminada por edad	182
Tabla 41. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño a cargo de las EPS de Régimen Contributivo a 31 de Diciembre de 2011 discriminada por edad	183
Tabla 42. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño a cargo de Entidades Territoriales a 31 de Diciembre de 2011 discriminados según nivel	184
Tabla 43. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño por “Otros Conceptos” con corte a 31 de Diciembre de 2011 discriminado por niveles	185
Tabla 44. Capacidad instalada IPS Nariño 2004 – 2011, Cantidades	189
Tabla 45. Producción de servicios IPS públicas Nariño 2004 – 2011, Cantidades	192
Tabla 46. Producción total UVR 2004, 2011	196
Tabla 47. Matriz de Correlaciones	228
Tabla 48. Modelo de regresión lineal múltiple	230

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Proyecciones del total recaudado mensual por cotizaciones del Régimen Contributivo

Anexo 2. Evolución cotizaciones 2005 –2011 Py

Anexo 3. Pérdidas de la subcuenta de Solidaridad entre Marzo y diciembre de 2011 Py

Anexo 4. Cuentas por cobrar reportadas por las E.S.E. del departamento de Nariño a cargo de las E.P.S. del Régimen Subsidiado por nivel, 2011

Anexo 5. Cuentas por cobrar reportadas por las E.S.E. del departamento de Nariño a cargo de las E.P.S. del Régimen Contributivo por nivel, 2011

Anexo 6. Cuentas por cobrar reportadas por las E.S.E. del departamento de Nariño a cargo de las Entidades Territoriales por nivel, 2011

Anexo 7. Distribución Recurso Humano Nariño 2004 – 2011

Anexo 8. Producción de servicios IPS Públicas Nariño 2004 - 2011

Anexo 9. Indicadores Socio-Económicos y de Salud según subregión del departamento de Nariño, 2011

Anexo 10. Variables empleadas en la estimación del modelo, 2011

Anexo 11. Formatos de Entrevista

Anexo 12. Ejes de la crisis del SGSSS, de acuerdo a los resultados de la aplicación de la metodología de “teoría fundamentada” en el departamento de Nariño. Cuadros sinópticos

RESUMEN

El documento inicia con un recuento teórico de la subdisciplina economía de la salud en el que se detallan los aportes de varios autores de diferentes posturas ideológicas. Continúa con la contextualización de las condiciones del departamento de Nariño, lugar donde se desarrolló la investigación, además del aspecto jurídico como base normativa del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en salud. Para el desarrollo de los objetivos se hizo necesario caracterizar el sistema de salud colombiano en su conjunto, para posteriormente comprender los efectos de su aplicación en los diversos actores que operaron en el departamento en el periodo 2004 – 2011, insumos que a su vez aportaron el material necesario para el desarrollo de una aplicación práctica econométrica. Paralelamente se adelantó un ejercicio cuantitativo consistente en entrevistas realizadas a actores representativos del sistema de salud en el departamento de Nariño, que permitieron la formulación objetiva de una serie de recomendaciones para la aplicación de políticas públicas en materia de salud.

Palabras Clave: Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, Economía de la Salud, Econometría, Políticas Publicas.

ABSTRACT

This paper begins with a survey of the theoretical sub discipline of health economics which details the contributions of various authors from different ideological positions. Continues with the contextualization of the conditions of the department of Nariño, where the research was carried, also the legal aspects the regulatory basis of the functioning of Social Security System in Health. For the development of the objectives it was necessary to characterize the Colombian health system as a whole, in order to later to understand the effects of their application in the various actors operating in the Nariño department in the period 2004 – 2011, these inputs provided the materials necessary for the development of a practical application econometric. In parallel, advanced a quantitative exercise consisting of interviews with representative actors in the health system in the department of Nariño, which allowed an objective formulation of a series of recommendations for the implementation of public policies for health.

Keywords: Colombian General Health System, Health economics, Econometric, Public Policy.

INTRODUCCIÓN

Analizar la problemática de los sistemas de seguridad social no es una responsabilidad exclusiva de los profesionales de áreas afines a la salud; también desde las ciencias económicas es posible realizar importantes aportes teóricos y prácticos que contribuyan a solucionar los inconvenientes de este campo social. De ahí que la importancia de la presente investigación radique en comprender de una manera integral el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano –SGSSC-, en donde se detallan las responsabilidades adquiridas por cada uno de los agentes que intervienen tanto en la dirección, la administración y la prestación del servicio de salud; para posteriormente evaluar las repercusiones en la sociedad. Es muy importante resaltar que es el primer estudio de este tipo que se realiza en el departamento de Nariño bajo los lineamientos de la sub-disciplina *Economía de la Salud*. La intención de abordar este tema de investigación surge a raíz del malestar social que vive la población colombiana debido a la crisis del sector salud, aunque esta problemática es generalizada, el objetivo principal es determinar las consecuencias socio-económicas que en el departamento de Nariño ha tenido la aplicación de la Ley 100 de 1993 y demás normas que regulan el sistema.

A pesar que la investigación presenta fuertes componentes cualitativos como cuantitativos, vale la pena mencionar que a lo largo de su desarrollo se presentaron múltiples limitaciones, relacionadas principalmente con la disponibilidad de la información, puesto que en realidad no se cuenta con un sistema único de cuentas del sector salud; en algunos casos, las cifras aparecen consolidadas a nivel nacional y se desconoce el comportamiento en las regiones.

Además de esta introducción, el documento presenta en una primera parte la caracterización del SGSSS a nivel nacional, destacando el análisis de la Unidad de Pago por Capitación y el Plan Obligatorio de Salud, dos herramientas que lo vuelven un sistema diferente, además de la clasificación de la población en regímenes Subsidiado y Contributivo y la forma como se financia cada uno de ellos. Posteriormente el estudio se focaliza en el comportamiento de los actores en Nariño como las Empresas Promotoras de Salud, los Prestadores especialmente públicos y el sector gubernamental, para determinar el cumplimiento de los objetivos planteados en un inicio por la Ley que reformó la salud en el año 1993. En una tercera sección y luego de determinar la procedencia de los recursos se realiza un análisis de causalidad entre características del sistema de salud y variables socioeconómicas representativas

de los municipios de Nariño. Finalmente, basados en la información recolectada a través de entrevistas a los agentes más representativos del sistema de salud del departamento, se plantea una serie de propuestas basadas en la aplicación de la metodología de *teoría fundamentada*, que permite por medio del análisis cualitativo fuerte elemento de objetividad que será de gran validez para la toma de decisiones en políticas públicas por parte de los responsables del sector.

1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

La Seguridad Social en Salud como factor contribuyente al bienestar social y al crecimiento económico.

1.2 TÍTULO

Evaluación Socio-Económica de la Aplicación de la Ley 100 de 1993, en el periodo 2004 - 2011 en el departamento de Nariño.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Antecedentes. Una vez se organiza el mundo en bloques socialista y capitalista, ambos pugnan por demostrar las bondades de su organización económica y social, de esta manera, buena parte de los países con economías de mercado en aras de hacer frente a las ideas socialistas de las clases obreras, sintieron la necesidad de regular ciertas condiciones sociales en beneficio de la población, aunado a la constante lucha de los trabajadores por mejores condiciones de vida. Sin embargo se venían gestando la aplicación de políticas de intervención social hacia finales del siglo XIX, entre estas se pueden resaltar las conformaciones de sistemas de seguridad social patronales, seguros de desempleo y reformas laborales que permitieran mejoras en el estilo de vida de la clase obrera; posteriormente, la fuerte industrialización de los países más desarrollados dieron como resultado un aumento de la conciencia de los trabajadores y con ello su capacidad de arrancarle a los patronos mejores condiciones laborales. Los primeros sistemas de seguridad social fueron de tipo patronal, sin embargo y a medida que las fuerzas productivas aumentaban al igual que el tamaño de la industria, los aportes patronales fueron insuficientes para sostener los sistemas de seguridad primitivos; así el Estado empezó a jugar un papel más decisivo en la marcha de dichos sistemas, a ello se adicionaron los aportes patronales y también los aportes de los trabajadores. Estas

características permitirían el nacimiento de las bases del *Estado Benefactor*; aunque el Estado de Bienestar Inglés, no tendría lugar sino hasta finales de la década de 1940, apalancado por ideas keynesianas.

Ya para el siglo XX y cuando los sistemas de salud por lo menos en las economías más desarrolladas contaban con cierta madurez en su funcionamiento, es posible analizar las condiciones en las que se organizan. Esta organización dependerá en síntesis de tres componentes, que responderán a las preguntas: ¿Quién dirige el sistema?, ¿Cuál es la procedencia de los recursos con los que se sostendrá? y finalmente ¿Quién será el encargado de prestar los servicios? En la medida en que bien el Estado, o el sector privado tengan más o menos preponderancia en cada componente, se conquista la posibilidad de salud bien como derecho, o como servicio sujeto a la posibilidad de lucro.

Cuando se analizan las condiciones que permitieron en distintos países posicionar sistemas de seguridad social, necesariamente uno de los principales antecedentes son los postulados de Bismarck, entre 1883 a 1889, bajo el gobierno de Guillermo I; que reconocían algunas ventajas sociales restringidas a la clase trabajadora, por tanto con un sentido patronal y ligado a la capacidad financiera del patrono con el fin de:

“Asegurar el desarrollo de la economía nacional y prevenir al mismo tiempo el malestar social y los disturbios consiguientes, se reconoció la necesidad de que el Estado elaborase (...) un sistema oficial de seguridad social”¹

Sin embargo y debido a la progresiva industrialización, para poder garantizar ciertos beneficios, aunque se limitasen a las clases trabajadoras, se volvió cada vez más difícil además de inequitativo, porque dependían enteramente de la solvencia del patrono, así que empezó a pensarse un sistema de seguridad social de carácter obligatorio con responsabilidad directa del Estado, porque *“en el régimen de prestaciones patronales, la efectividad de los derechos del trabajador está subordinada a la solvencia del empresario; en el de seguros sociales, esos derechos están siempre garantizados, aunque quiebre o desaparezca el patrón”²*

Así se moldearía el sistema de *Seguros Sociales*; debido a las presiones obreras de mejoras en la calidad de vida, y adicionalmente debe tenerse en cuenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, especialmente el artículo 22 en el que queda consignado que:

¹ JARAMILLO, Iván. El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Cuarta Edición. FESCOL, FRB, Fundación Corona, 1999., p. 29.

² *Ibíd.*, p. 30.

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”³

Y el artículo 25:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.⁴

A ello se suman distintas conferencias y documentos de la Organización Internacional del Trabajo, – OIT – en las que se resalta la importancia que tiene un sistema de seguridad social que comprenda la asistencia médica, seguros por accidentes, incluso seguros de desempleo y el derecho de una vejez digna; especialmente con la fundación en 1942 de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, cuya reunión y declaración tuvo lugar en Santiago de Chile.

En dicho encuentro y bajo la colaboración de la OIT, se requería de manera pronta la creación de la Conferencia Interamericana, pues el mundo transcurría según su propia declaración una *“época en que la crisis generada por la guerra obligaba a todas las naciones a utilizar al máximo el potencial humano y material, para lo cual los servicios de previsión social estaban llamados a realizar un esfuerzo supremo para asegurar la salud y la capacidad de producción de los trabajadores y sus familias.”⁵*

En el siglo XX entonces se avanza desde una visión de asistencialismo y caridad, hacia una visión que tiene en cuenta políticas de salud pública y seguros sociales, que repercutan en la calidad de vida de la sociedad, y más importante aún, la responsabilidad del Estado en el cumplimiento del derecho de las personas a tener seguridad social.

³Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. (En línea). En: UN. 2012 (consultada: 13 de Junio de 2012) Disponible en la dirección electrónica: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml#atop

⁴ ibíd.

⁵ Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Historia. (En línea) En: CISS. México. 2012 (Consultada: 14 de Junio 2012) Disponible en la dirección electrónica: http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=historia.

Un antecedente especial, de carácter teórico y técnico es el “Plan Beveridge” dirigido por el economista, Sir William Beveridge en 1942, de origen inglés, aplicado justamente como *medida de reconstrucción nacional* en Inglaterra que daría origen al Estado Benefactor Inglés, base del *Estado de Bienestar*. El Plan reviste particular importancia, porque hay una transición de la exigencia de condiciones de salubridad como el derecho que arrancan los trabajadores a los patronos, hacia un derecho de seguridad social, como un componente de la base del desarrollo nacional y por tanto íntimamente ligadas con un proyecto de nación:

El propósito de las políticas de bienestar es otorgar protección a las personas garantizándoles un nivel mínimo de bienestar sin distinción de su condición económica, social, o laboral, de forma tal que no dependan únicamente de su situación ventajosa o desventajosa de inserción en el mercado laboral o de adquisición de habilidades y conocimientos. Los principios básicos de las políticas de bienestar fueron establecidos originalmente en Inglaterra en el Informe Beveridge, documento pionero en la materia y altamente influyente en las políticas sociales adoptadas alrededor del mundo.⁶

Con estos antecedentes, se avanza en posibilitar el reconocimiento de derechos adicionales de índole social y económica, como derecho a la salud, la vivienda, la educación, el trabajo y la alimentación.

En América Latina, sin embargo desde un comienzo se sufrió la imposibilidad de lograr emular los avances europeos. Pese a que “*también se desarrollaron políticas sociales en las distintas áreas del bienestar, (...) dichos esquemas resultaron incompletos, con cobertura social insuficiente, fundamentalmente ocupacional, y desarticulados frente a lo que podría considerarse un verdadero sistema general o universal.*”⁷

1.3.1.1 Antecedentes en Colombia. Los inicios de la seguridad social en Colombia se remontan hacia 1945 y 1946, cuando se crean la Caja Nacional de Previsión, *Cajanal*, y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, *ICSS*, en consonancia con el avance en países como Alemania o Inglaterra. Anteriormente ya se reconocía el derecho a la seguridad social para algunos sectores de la población, principalmente la población asalariada y por tanto existía una

⁶ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Seguridad Social. OCHOA, Sara María. (En línea). EN: DIPUTADOS. México. 2006. (Consultada: 14 de Junio de 2012). Disponible en la dirección electrónica: http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/d_ssosocial.htm.

⁷ BACCA, Laura. *et al.* Léxico de la Política. Fondo de Cultura Económica, FLACSO. México, 2000, p. 565.

legislación frente al tema de seguridad laboral y procedimientos médicos; sin embargo este sistema tenía un sentido *patronal* y la seguridad social era cubierta por las empresas donde se trabajara, es decir no existía un sistema nacional ni una articulación institucional. En el momento en que las prestaciones patronales se vuelven insuficientes, se ve la necesidad de empezar a organizar un sistema de cobertura nacional, Iván Jaramillo dice al respecto:

*“Cuando en una etapa de maduración industrial las empresas comenzaron a sentir la imposibilidad financiera de pagar en forma directa la carga prestacional (...), los empresarios y trabajadores pensaron en crear sistemas de seguros **obligatorios** semejantes a los europeos.”⁸*

Así que se pasa de prestaciones patronales hacia el germen de la organización de un sistema de seguridad social, aunque todavía basado en la capacidad laboral, es decir pensado hacia aquellos que entregaban producción o formaban parte del trabajo productivo o en general a los asalariados. En la exposición de motivos que se hiciera de la Ley 90 de 1946, por la cual se crea el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, se tendrá en cuenta que se separa el derecho de la capacidad financiera del empresario, pero y aunque se estableciera obligatorio, en la práctica aun conservaría la prestación a quienes tuviesen en el presente o en el pasado algún vínculo laboral, por ello el derecho se garantiza, pero aún conserva la característica de ser en base al trabajo asalariado.

Otra característica a mencionar en relación a la seguridad social colombiana de mediados del siglo XX, es la poca cobertura, porque ni Cajanal, ni el ICSS pudieron lograr llegar a amplios sectores de la población. Pero no por ello dejan de formar parte de los primeros avances en la creación de un sistema nacional, aunque diferenciados en la manera como operaron. Por un lado el ICSS desarrolló una seguridad social hacia el sector privado con un principio de solidaridad entre las distintas ramas de la producción. A su vez Cajanal se encargaría de asegurar al sector público. Los resultados de Cajanal no fueron los esperados, pues solo cubrió parte del gobierno central y muchas de las dependencias del sector público formaron sistemas independientes, como Ecopetrol o las Fuerzas Armadas (característica que aun hoy permanece vigente), lo cual derivó en un sistema de previsión social^(*) segregado, atomizado e

⁸ JARAMILLO. Op Cit., p. 30.

^(*) A la manera como el ICSS ordenaba el sistema se denominaría, seguridad social; mientras que la manera como el sistema estaba organizado por Cajanal, recibiría el nombre de previsión social, también es una diferenciación entre el aseguramiento para los sectores privados y el aseguramiento para el sector público.

ineficiente, porque este sistema se concentraría o sería más fuerte en aquellas entidades de mejor remuneración o que hayan concentrado más poder; esta división derivaría en la convivencia de *“entidades de buena y mala calidad, de excelente y precaria situación financiera”*⁹

A lo anterior debe sumarse los sistemas municipales y departamentales que se organizaron para cumplir con la previsión social de los servidores públicos; que con el tiempo se convertirían en caldo de cultivo para el clientelismo, así *“en 1991 existían 1.040 cajas o programas de previsión en todo el país, como resultado disperso de las presiones sindicales o de la influencia del clientelismo regional.”*¹⁰

Luego, y como resultado de la falta de algunas prestaciones patronales, por parte del ICSS o de Cajanal, se crearon fondos de cesantías y Cajas de Compensación Familiar, -CCF-; estas últimas con intención de aplicar un subsidio familiar, con la cotización del 4% de la nómina; pero al haber superávit en estas entidades, fueron invirtiendo en nuevos programas como vivienda, almacenes de consumo básico o salud familiar. Todas estas circunstancias fueron desarrollando una diferencia clara entre un sistema para el sector público y otro para el privado y complementario a las Cajas de Compensación Familiar; sin embargo, existía una baja cobertura, pues el 71% de la población se encontraba por fuera del sistema, de ellos el 54,3% según Jaramillo, estaban *“en manos de la asistencia pública, la cual en el mejor de los casos llegaba a la mitad de esa población con servicios de caridad y de muy mediana calidad; los otros usuarios potenciales no se sabe a ciencia cierta si recibieron o no y bajo que modalidades los servicios de atención en salud.”*¹¹ Adicionalmente coexistía la medicina prepagada y seguros privados de salud, pero por ser privados apenas cubrían a los sectores de mayores recursos.

Posteriormente en la Constituyente de 1991, en donde se aprueba la actual Constitución Política de Colombia, el tema de la seguridad social se centró en dos visiones: Los denominados Bismarckianos y los Neoliberales. Aunque ambas posiciones no son antagónicas propiamente dichas, si diferían del enfoque que debería tener el sistema de seguridad social, los Bismarckianos miraban que la división del sistema entre la clase trabajadora y la asistencia pública era una suerte de *categorización* y por otro lado la baja cobertura y la segregación excesiva –especialmente en el caso de Cajanal–, requería la universalización y unificación

⁹ JARAMILLO. Op Cit., p. 31.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 31.

¹¹ *Ibíd.*, p. 33.

de un sistema “*unir los conceptos de seguridad social y asistencia pública para romper con la odiosa distinción entre beneficiarios de primera y segunda clase.*”¹²

La segunda visión, la neoliberal, distinta tanto en medios como en fines; centraba su discusión alrededor del tema de la calidad y la cobertura, su posición radica en argumentar que ambas tendrían solución si se entregara el ejercicio de la prestación del servicio de la seguridad social, entre ellos la salud, a la órbita del mercado y éste regularía de la mejor manera las necesidades de la población hacia la demanda de servicios de seguridad social; por tanto, se trataba de defender, no el derecho a la seguridad social en sí mismo, sino el derecho del ciudadano a la libre escogencia del sistema que mejor le pareciera, “*para conseguir mediante la concurrencia abierta las metas de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios*”¹³

La visión neoliberal sin embargo tuvo que afrontar la crítica de una posible *chilenización* de la seguridad social, caracterizado por un sector privado en donde estarían las personas de mayor poder adquisitivo de la población y uno público para las capas más pobres; es decir, una diferenciación de hecho en el poder adquisitivo, los privados exitosos y los públicos en latente peligro de quiebra.

Otra de las preocupaciones era la necesidad de universalidad, abanderada por los Bismarckianos. Universalidad que requiere una serie de mecanismos que brinden la posibilidad de hacer efectivo el derecho a la seguridad social, y por su puesto a la salud. En esta orilla se generan dos vertientes o sub-posiciones: *Nominalistas* y *Efectivistas*; los primeros separaban *conceptualmente* la seguridad social y los seguros sociales; entendían entonces que ambas cosas son distintas y por tanto con trato diferenciado a la hora de la norma; que según Jaramillo “*no tenían ningún efecto práctico distinto al de dilatar el enfrentamiento del problema.*”¹⁴ Por otro lado, los efectivistas asumían que la seguridad social debe su existencia a los seguros sociales obligatorios, por tanto la seguridad social no es un concepto abstracto, sino una serie de políticas y medidas financieras concretas; con respecto a este tema, el mismo Ministerio de Trabajo, en memorando a la comisión para la reforma de seguridad social, del 30 de Octubre de 1991 determina que la seguridad social aglutina una serie de políticas y medidas “*mediante las cuales los individuos y por tanto la sociedad, adquieren la certeza de*

¹² *Ibíd.*, p. 33.

¹³ *Ibíd.*, p. 34.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 36.

*que su forma y calidad de vida no se verán afectadas (...) a lo largo de su ciclo vital y que tienen siempre un costo e implicación económica”*¹⁵

Eso significa entonces que la seguridad social y la salud, son un tema de practicidad; con el condicionante de poder existir sí y solo sí existen las políticas y medidas financieras para lograrlo; siendo estas de distintas modalidades y formas, en especial en la manera como se organizan los recursos y su origen, sean privados o públicos o ambos; de carácter exclusivo de la nación o con tareas descentralizadas, etc.

Este debate según Jaramillo, tuvo implicaciones concretas a la hora de crear la Constitución y luego la reglamentación con la Ley 100, pues para el autor, tanto en la Constitución Política de 1991, como en la propia Ley existen contradicciones y el debate de Bismarckianos y Neoliberales está latente en una y otra.

El texto constitucional no diferencia entre seguridad social y seguros sociales y no incluye tampoco todo el concepto de salud (artículo 49) dentro del concepto de seguridad social (artículo 48). Por otro lado (...) La Ley 100 es ambigua en el manejo de los conceptos, pues en una parte distingue seguridad social de salud pública (artículo 152) pero en otro integra la salud pública como un plan de beneficios de la seguridad social (artículo 165).¹⁶

La falta de claridad en el tema de la salud, se centra en si forma parte de la seguridad social o se considera por fuera de ella. Además, la salud puede identificarse como un derecho o un servicio social, de carácter individual o colectivo. En conclusión se deriva un debate alrededor del tema del fortalecimiento o no de la seguridad social como un derecho general, o el fortalecimiento de la demanda y el aseguramiento individual.

Estos debates se concentran principalmente en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991; y son el resultado de la pugna Bismarckiana y neoliberal; sin embargo y debido a la gran distancia entre un argumento y otro, esta pugna no se solucionaría en la constituyente más que en sus líneas generales. El artículo 57 –transitorio– de la Asamblea Nacional Constituyente, delegó a un equipo formado por el Gobierno, sindicatos, gremios económicos, trabajadores informales, campesinos y movimientos sociales para que definieran dicha propuesta en el plazo de 180 días a partir de la entrada en vigencia de la

¹⁵COLOMBIA. Ministerio del Trabajo, Memorando a la comisión para la reforma de la seguridad social, 30 de Octubre de 1991, Bogotá, Citado por JARAMILLO, *Ibíd.*, p. 36.

¹⁶JARAMILLO. *Op Cit.*, p. 37.

Constitución Política de 1991 y sería la base para el proyecto de la Ley a presentarse en el Congreso de la República.

Luego, para los meses de Octubre y Noviembre de 1992 se elabora conjuntamente entre el Ministerio de Salud, el Departamento Nacional de Planeación,-DNP-, el Instituto de Seguros Sociales y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y bajo la dirección del Ministerio de Salud, una comisión para tratar de conciliar a Bismarckianos y Neoliberales. Pues los debates que venían desde la constituyente llegaron a un punto de estancamiento y a esas alturas se tornaron agresivos por ambas partes, principalmente desde el DNP, Neoliberal, y el Instituto de Seguros Sociales, Bismarckiano; finalmente dicha conciliación parece lograrse al combinar tanto la necesidad de universalidad con la aplicación de una apertura a la competencia a partir de Empresas Promotoras de Salud.

Para lograr diseñar un proyecto global de reforma el cual armoniza la competencia o la complementariedad entre varias agencias aseguradoras, denominadas empresas promotoras de salud –EPS– con un fuerte mecanismo de solidaridad, compensación y reaseguramiento, además de combinar el régimen contributivo parafiscal con un régimen subsidiado con recursos fiscales¹⁷

Es decir se cataliza la pugna con la aparición de un Régimen Contributivo y otro Subsidiado, pero con algún principio de articulación de compensación y solidaridad; la libre escogencia dependería de si se está o no laborando en el sector formal y de a qué clase de Empresa Promotora de Salud puede accederse entre varias que se irían creando.

El proyecto que sería resultado de estos debates se conoce como *Proyecto de Hato Grande* y es el origen de la Ley 100 de 1993.

Es este debate entre la universalidad y los derechos de libre escogencia, en el marco de generar competitividad por medio de la libre concurrencia de distintas empresas privadas y públicas, la que determina los lineamientos generales para la aparición de la Ley 100. Se trataría entonces de asumir la salud como política de Estado, con el afán de buscar un beneficio colectivo, y también el servicio a la salud, es decir los distintos procedimientos ofrecidos por distintos agentes y por tanto de beneficio particular; así en la actualidad las EPS son responsables del aseguramiento y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los sistemas locales de salud los responsables de las políticas en salud pública.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 42.

Por otro lado, es necesario recordar diversas políticas que anterior a la Constituyente se venían aplicando y que indudablemente influyeron en la creación del sistema de salud actual. La primera es la política de descentralización de los recursos financieros y con ella la creación de sistemas departamentales o municipales que se encargarían de la salud, pudiendo focalizar de manera directa las políticas y la forma como se adecuarían las instituciones físicas a estos retos, la descentralización también suponía un sistema que permitiría fluir los recursos hacia los entes territoriales. La segunda medida sería la transformación de las clínicas y hospitales, instituciones que prestaban servicios de salud, en Empresas Sociales del Estado, ESE, regidas por la eficiencia empresarial y autonomía institucional, direccionadas por la lógica de la administración privada. Esta metamorfosis se dio en medio del cambio del enfoque de subsidio a la oferta, o más claramente a las instituciones que ofrecían los procedimientos; hacia un subsidio a la demanda; sin embargo los encargados de administrar los recursos no serían las organizaciones de ciudadanos que son quienes demandan, sino las denominadas Empresas Promotoras de Salud, -EPS-, que reciben, organizan y administran dichos recursos.

La descentralización estuvo a cargo principalmente de la Ley 10 de 1990 que asignó la atención del primer nivel de salud a los municipios y los departamentos a su vez asumirían los niveles dos y tres. Los municipios ya venían asumiendo la responsabilidad de la infraestructura desde 1987 y ahora asumirían adicionalmente la dirección y el control de los sistemas de salud de carácter local. *“Lo cual implicaba que el municipio se hiciera cargo de la gestión del personal, los funcionarios, las instituciones, la infraestructura y los recursos financieros.”*¹⁸ Por otro lado los hospitales se convertirían en entidades autónomas, además empezarían a contratar servicios con el sector privado, esto generó no solo una descentralización financiera sino también institucional, con articulación directa del sector privado; lo cual representaría que las decisiones administrativas y las políticas que se pudiesen aplicar, requerirían del análisis de la posición de los privados y los estudios del comportamiento del mercado.

1.3.2 Situación Actual. La entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 produjo la aparición de nuevos actores y modificó la manera como se organizaría el sistema de salud en Colombia; ente los principales actores y cuya presencia determina en buena medida el funcionamiento del sistema, están sin duda alguna los intermediarios financieros, denominadas Empresas Promotoras de Salud o

¹⁸ *Ibíd.*, p. 76.

EPS; encargados de la administración de los recursos estatales destinados al sector salud. En el nuevo sistema las personas pueden afiliarse a la EPS que mejor le pareciese, con ello se llegó a niveles de cobertura mayores. Pues, según datos del DANE y del Ministerio de Salud y Protección Social, a nivel nacional la cobertura en 2011 se encontraba en un 92,13%, esto significa y siguiendo la estimación de población del mismo año, que 3'621.910 de colombianos de un total de 46'044.601, se encuentran por fuera del sistema de aseguramiento; esto suma poco más que la población de Putumayo, Nariño, Cauca y Quindío juntos; como si los habitantes de los cuatro departamentos no estuvieran afiliados a ningún régimen del sistema. Por otro lado para el departamento de Nariño, la cobertura se ubica en 83,27%, muy por debajo del porcentaje nacional, lo cual representa que 277.698 nariñenses se encuentran por fuera del sistema. Demostrando que a pesar del aumento en cobertura, que puede ser un indicador de avance y desarrollo, ello no significa necesariamente mejoras en la calidad y eficiencia del servicio.

La población afiliada se divide fundamentalmente en dos grandes categorías; por un lado se encuentran los afiliados al denominado *Régimen Contributivo*, conformado por trabajadores formales, que cuentan con un contrato fijo y a quienes se descuenta un 12,5% con base a su salario, de los cuales 4% corresponden a cotizaciones por parte del empleado y el restante 8,5% que depende del empleador. A su vez estas cotizaciones sirven para subsidiar parte de la salud de las capas más pobres de la población. Aquellos que no tienen un trabajo formal, deben formar parte del *Régimen Subsidiado* quienes no cotizan a salud y son subsidiarios del sistema. También coexiste el *régimen de excepción*, donde se encuentran la policía, el ejército, el fondo de prestaciones sociales del magisterio, universidades públicas que adoptaron la Ley 647 de 2001 y Ecopetrol.

Este sistema presenta en la actualidad varios inconvenientes, en principio porque se esperaba que la población cotizante y por tanto con un trabajo estable y formal, fuese un porcentaje alto o medianamente moderado, dado que además de ser síntoma de una economía estable, también permite un sistema de tipo solidario, pues con los recursos que la población de mejor remuneración se aportaría a la población pobre, sin embargo según las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2011, el Régimen Contributivo contaba con 19'756.257 afiliados, mientras que el régimen subsidiado tenía 22'296.165 y en el denominado *Régimen de excepción* había 371.269 personas; esto significa que el Régimen Subsidiado representa un 52,6% de los afiliados totales, mientras que el Régimen Contributivo es el 46,6% de los afiliados; situación preocupante, porque son menos los que subsidian que los que son subsidiados, cuando se esperaba una situación

contraria; este hecho refleja los altos grados de informalidad y desempleo que tiene el país. Este precario consolidado cambia con las regiones y en el departamento de Nariño se tiene los siguientes datos, según el Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2011 había 1'115.408 personas en el Régimen Subsidiado, esto es un 80,7% del total de afiliados al sistema en el departamento y en el Régimen Contributivo había 247.452 personas, es decir un 17,9% de total de afiliados; y finalmente 19.504 personas que corresponden al régimen de excepción y representan el 1,4% de la población, estas cifras demuestran la falta de empleo formal en la economía y por tanto bajas posibilidades de mantener un sistema que tenga el principio de solidaridad de un régimen hacia otro; con lo cual aumenta la presencia de deuda acumulada por parte de los entes territoriales y carga fiscal del Estado. Esta diferenciación no solo tiene que ver con la posibilidad o no de acceder a un trabajo formal, sino que a su vez representa una forma de exclusión con respecto al acceso real de medicamentos y procedimientos médicos en particular y en general al derecho a la salud.

Aunque legalmente la salud es un derecho universal, ligado indefectiblemente al derecho también universal de la vida, la sola característica de tener dos regímenes que separan la sociedad acorde a su nivel de ingresos y su situación laboral, permite que en la práctica aquellos con mejor posición social tengan también mejores posibilidades de acceder a servicios de salud; para ello, el mecanismo que utilizó el sistema de salud colombiano, hasta el 30 de Junio de 2012 fue la existencia paralela de dos Planes Obligatorios de Salud o POS: que son el paquete de medicamentos, procedimientos, actividades y servicios hospitalarios al cual el afiliado –dependiendo del régimen al que pertenezca– puede acceder. Sin embargo gracias a distintas presiones de diversos sectores de la sociedad, a partir del 1 de Julio y de manera progresiva se unificaron ambos POS, de acuerdo a lo estipulado por la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, de unificación del Plan Obligatorio de Salud para ambos regímenes.

Con lo anterior queda claro que son las EPS los actores fundamentales alrededor del cual se mueven las características y efectos principales de la Ley 100 de 1993; pues con ellas y al ser un actor de carácter privado, se da puerta abierta a la posibilidad de ganancia, porque son entidades que tienen en la práctica ánimo de lucro, por ello, y aunque la Constitución Política de Colombia reconozca en su artículo 49 la salud como derecho social, este derecho sufre una metamorfosis y se comporta en la realidad como un servicio.

El comportamiento de la salud como un servicio se demuestra en el extraordinario éxito de las EPS, principalmente privadas, pues entre ellas la competencia ha

permitido que aquellas con mayores capitales poco a poco vayan concentrando más el mercado, un claro ejemplo es Saludcoop, que se constituye como la más grande de las EPS privadas, creada en el año de 1994 con un patrimonio de \$2.500 millones y hacia el año 2009 reportó un patrimonio de \$514.000 millones, equivalente a un crecimiento de 204 veces¹⁹

La metamorfosis desde la salud como derecho hacia un servicio, también se manifiesta en las condiciones de las IPS. El principio de eficiencia económica se implanta para la red pública Hospitalaria. Primero por la vía de la descentralización, que les entrega no solo autonomía administrativa sino también financiera; este hecho carga a los departamentos, distritos y municipios de un peso fiscal adicional; en segundo lugar se implanta la idea de manejar los centros hospitalarios con principios empresariales, con ello los hospitales y clínicas, pasan a denominarse Empresas Sociales del Estado, ESE.

En buena medida el cambio en su funcionamiento es la característica que explica el marchitamiento de hospitales, clínicas y centros de salud a lo largo del territorio nacional y departamental, porque los recursos se vieron insuficientes para la prestación de un adecuado servicio y un acceso real de la población a los procedimientos médicos, además las IPS están encargadas de temas de promoción y prevención y a ello se suma la deuda que varias EPS tienen con los prestadores del servicio en el orden territorial, pero asimismo los entes territoriales tienen deudas con las EPS. En Nariño, según informe entregado por la Subcoordinadora de Veedurías de la Superintendencia Nacional de Salud, la ESE Pasto Salud presenta un déficit de \$12.000 millones, con lo cual se encuentra en latente riesgo de intervención; dicho informe aclara, que la principal entidad responsable del déficit, es la EPS de Régimen Subsidiado Caprecom.²⁰

En el departamento de Nariño, la deuda de las EPS del Régimen Subsidiado con las IPS, a Marzo de 2011 ascendía a \$82.157'575.300, aunque las EPS registran que su deuda en el mismo periodo era de \$72.514'351.925; una diferencia de más de \$9.643'223.375, según cifras del Instituto Departamental de Salud de Nariño. Por su parte en el mismo periodo los municipios adeudaban \$50.830'084.293 según las EPS del Régimen Subsidiado, pero los municipios solo registraron una deuda de \$25.665'345.000; una diferencia de \$25.164'739.293;

¹⁹ Debate Plenaria del Congreso. Sobre el sistema de salud. Canal del congreso. Servicio de televisión abierta. Bogotá, 3 de Mayo de 2011.

²⁰ Diario del Sur. EPS Pasto Salud será intervenida. (En línea). En: Diario del Sur. San Juan de Pasto. 2012.(consultada: 13 de Junio de 2012). Disponible en la dirección electrónica: http://www.diariodelsur.com.co/nvodiariodelsur/portal/paginas/vernoticia.php?id_noticia=33645

esta discrepancia de cartera tanto desde las EPS hacia las IPS, como de los municipios hacia las EPS, dan muestra de la falta de organización en los registros de facturación y además demuestra que las mayores deudas se concentran en las EPS.

A lo anterior, se suman las prácticas de corrupción y clientelismo a lo largo del sistema. Las EPS, con las facilidades que el sistema les brinda vieron la posibilidad de organizarse verticalmente y contratar con ellas mismas, de esta forma, una misma EPS puede tener sus propios proveedores de servicios médicos, de insumos e incluso la prestación de los servicios, con lo cual pueden llegar a tener un poder desmedido, casi que de monopolio. Así lo refleja el informe del delegado de las Superintendencia de Industria y Comercio para la Promoción de la Competencia, en el cual se demuestra que las 14 EPS más poderosas del sistema concentran el 90% del Régimen Contributivo y el 90% de los recobros al FOSYGA. Con esta práctica las EPS eliminan la competencia y también dado su poder económico pueden modificar la información que se debe presentar a los entes de control; y con la cual se toman las decisiones sobre políticas de salud en el país.²¹ La corrupción, en los entes territoriales se basa principalmente en la malversación de fondos, al igual que en las IPS, aunado a temas de contratación y clientelismo.

Con todo ello a lo largo de estos 18 años, se ha ido desatando el malestar general en distintos sectores de la población, tanto los usuarios, como los gremios médicos, los estudiantes de áreas afines a la salud y sectores académicos; todos ellos con posiciones críticas al actual sistema de salud.

1.3.3 Formulación del Problema

1.3.3.1 Pregunta General. ¿Qué efectos socio-económicos se derivan de la aplicación de la Ley 100 de 1993, en el departamento de Nariño, desde 2004 hasta el año 2011?

1.3.3.2 Preguntas Específicas.

²¹ Informe Motivado: Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia, recomienda sancionar 14 EPS por participar en acuerdo para la negación de servicios de salud. (En línea). En: SIC. Colombia 2012. (Consultada: 16 de Agosto de 2012) Disponible en: <http://www.sic.gov.co/oldest/index.php?idcategoria=21151>

- ¿Cuáles son las principales características del sistema de salud colombiano bajo la aplicación de la Ley 100 de 1993?
- ¿Cuál ha sido el desempeño histórico e interrelación de los actores que conforman los regímenes Subsidiado y Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño, bajo los objetivos de la Ley 100 de 1993 en el periodo 2004 - 2011?
- ¿Cómo ha sido la asignación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño y que repercusiones socio-económicas se derivan de dicha asignación desde 2004 hasta el año 2011?
- ¿Qué recomendaciones pueden plantearse para la aplicación de políticas públicas en salud, que permitan mejorar la eficiencia del sistema de salud en Nariño?

1.4 JUSTIFICACIÓN

En la década de 1990, Colombia asiste a un cambio profundo en su estructura económica. El proteccionismo y crecimiento del Estado, se modifican por la apertura de mercados y la disminución de las funciones estatales; la Constitución Política de 1991 no solo instauro la posibilidad de un Estado Social de Derecho, sino también se enmarca en dichos cambios, que desde 1990 con la apertura económica se iniciaron en el país.

La Nación tiene a lo largo de esta década un avance de la descentralización territorial y aumento de su autonomía; adicionalmente a ello, la estructura económica por la que se apostaba y aun se apuesta, tiene como objetivo aumentar la participación del sector privado no solo en las actividades comerciales, sino también en actividades que en el pasado eran exclusivas del Estado, para disminuir su peso fiscal; con esto habría en el corto y mediano plazo, apenas iniciada la década de 1990 repercusiones sociales en distintos sectores.

El Estado colombiano en su afán de mejorar la eficiencia y efectividad en la prestación de algunos servicios, como la seguridad social y en particular la salud y amparado en el cambio ideológico de la época, incluyó la posibilidad de intermediarios financieros para la administración de los recursos en la prestación de estos derechos, con ello la naturaleza del derecho se presenta como un servicio, aunque teóricamente la salud aún se presenta como derecho en la práctica se comporta como un servicio; por tanto los análisis que se hagan del sector bien sea a nivel nacional como regional no pueden perder de vista este hecho.

Los intermediarios aparecen en escena gracias a la organización de un sistema que veía con buenos ojos su presencia, en particular a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993. Con su puesta en marcha se verían su vez repercusiones en la manera como se ofrecía el servicio; con la aparición de distintos regímenes para su prestación, uno Contributivo y otro Subsidiado, en coexistencia de los llamados regímenes de excepción o especiales y la medicina prepagada netamente privada; ello representaría la continuidad de una selección adversa que venía desde antes, pero se les sumaría una crisis en la red pública hospitalaria y contradicciones tanto con los sectores académicos como con los gremios de trabajadores del sector salud, a pesar de tener buenos resultados en términos de cobertura.

En los entes territoriales habría por supuesto particularidades, al basarse en la capacidad adquisitiva de la población y al aumentar la descentralización a lo largo de estas dos décadas, estos efectos se irían diferenciando, de ahí la necesidad de un análisis más profundo para el caso específico del departamento de Nariño.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud para el departamento de Nariño tendrá particularidades si se tiene en cuenta el aislamiento geográfico de varias zonas, especialmente hacia la costa pacífica, analizando además los altos grados de informalidad y por tanto la baja población cotizante y el alto número de subsidiados; a ello se añadirá la politiquería y casos de corrupción.

La ausencia de un diagnóstico claro en el departamento de Nariño, tanto de los efectos económicos de la aplicación de la Ley 100 de 1993, como de sus ondas repercusiones sociales en función de sus particularidades, hace necesario profundizar en un análisis de la manera cómo ha evolucionado el sistema de salud en el departamento. Ello supone un análisis de la distribución de los recursos económicos dentro del sistema, además de un estudio histórico de distintas instituciones públicas y privadas como actores activos dentro de la prestación del

servicio de salud, para luego determinar los efectos y las causas económicas en el desarrollo de la estructura productiva del departamento y sus consecuencias sociales.

La Universidad de Nariño como un ente activo y crítico a la realidad nacional y regional y la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas FACEA, como una facultad que puede aportar en el debate, no solo de manera propositiva sino activa, deben y pueden brindar insumos y posiciones, con la posibilidad de incidir en la aplicación de políticas públicas en salud que tengan en cuenta los efectos en las particularidades sociales y económicas del departamento.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General. Analizar los efectos socio-económicos de la aplicación de la Ley 100 de 1993, para el período 2004 - 2011 en el departamento de Nariño.

1.5.2 Objetivos Específicos.

- Caracterizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano bajo la aplicación de la Ley 100 de 1993.
- Analizar el desempeño histórico e interrelación de los actores que conforman los regímenes Subsidiado y Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño, bajo los objetivos propuestos por la Ley 100 de 1993 en el periodo 2004 – 2011.
- Estudiar la eficiencia de los recursos asignados al Sistema General de seguridad Social en Salud y su repercusión socio-económica en el departamento de Nariño desde 2004 hasta el año 2011.
- Plantear recomendaciones para la aplicación de políticas públicas en salud que permitan mejorar la eficiencia del sistema de salud en Nariño.

1.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.6.1 Universo de Estudio. El universo de estudio lo constituyeron los usuarios, los prestadores, las aseguradoras, los trabajadores del sector salud, los profesionales afines a las áreas de salud, la academia, los estudiantes y el sector estatal; que por medio de sus diversas actividades socio-económicas intervienen en las distintas fases del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño. En este sentido se partió desde la promulgación de políticas públicas, los sistemas de financiamiento, la administración de los recursos y la prestación del servicio propiamente dicho.

1.6.2 Cobertura Espacial. Teniendo en cuenta que la formación de los economistas en la Universidad de Nariño está dirigida al desarrollo Regional, y cumpliendo con ese perfil, la investigación tuvo lugar en el departamento de Nariño, ubicado en el sur-occidente colombiano.

1.6.3 Tiempo a Investigar. El tiempo a investigar estuvo comprendido entre el año 2004, en el cual la información se encuentra mejor definida; hasta el año 2011, año en el cual fue posible conseguir datos consolidados.

1.6.4 Tiempo a Emplear. La investigación se desarrolló en un periodo de 13 meses. Comprendidos entre Julio de 2012 y Agosto de 2013.

1.7 MARCO DE REFERENCIA

1.7.1 Marco Teórico. La economía de la salud como sub-disciplina, trata de explicar la incidencia directa que genera la salud sobre el desarrollo económico y social; bajo ese postulado teórico aparecen diversas posturas ideológicas que fortalecen el debate.

1.7.1.1 Carl Marx. En *EL Capital*, obra cumbre de Marx y reconocida a nivel mundial quizá como la más fuerte crítica del sistema capitalista, se hace referencia

al tema de la salud teniendo en cuenta cuáles eran las posibilidades reales de la clase obrera para sobrevivir en condiciones tan extremas, como las que suponían el naciente sistema fabril, como queda constatado en el capítulo VIII que estudia el tema de la Jornada de Trabajo, donde se muestra la degeneración de la clase obrera a causa de una desmedida explotación, Marx diría:

Por eso al capital si le da un ardite de la salud y la duración de la vida del obrero, a menos que la sociedad le obligue a tomarlas en consideración. A las quejas sobre el empobrecimiento físico y espiritual de la vida del obrero, sobre la muerte prematura y el tormento del trabajo excesivo, el capital responde: ¿por qué va a atormentarnos este tormento que es para nosotros fuente de placer (de ganancia)? Además, todo eso no depende, en general, de la buena o mala voluntad de cada capitalista. La libre concurrencia impone al capitalista individual, como leyes exteriores inexorables, las leyes inmanentes de la producción capitalista.²²

Esta consideración permite una visión sobre la cual la salud tiene ondas relaciones con el sistema productivo y responde a la necesidad de mayor o menor destreza para llevar a cabo alguna tarea, pero más allá de consideraciones productivas es claro que para el capital y el capitalista las condiciones en las que se efectúa el trabajo por mucho que quiera disfrazarse como un manto humanitario no por eso deja de ser tomado como un costo de producción. La idea de tomar la salud como un derecho entonces, no responde a un movimiento natural, sino a una lucha social que termina viendo la salud como un derecho humano, es decir se mira desde una perspectiva histórica, actores que ponen de relieve la necesidad de un mínimo derecho a la protección del Estado en el bienestar físico y mental, además de la conquista de un sistema de salud; de ahí que para Marx, las condiciones de la salud de la sociedad en general están en continua relación con el desarrollo del proyecto productivo de la nación, es decir de la actividad productiva en su núcleo primigenio: el trabajo humano abstracto y no responde a paliativos sociales ni favores políticos, por ello los derechos sociales como la salud universal están y deben estar ligados íntimamente al trabajo y al desarrollo productivo y no a la mendicidad ni las migajas de derechos de una clase dominante hacia la clase dominada, dado que en la obra de Marx uno de los principales pilares de su entramado teórico es justamente la lucha de clases.

²² MARX, Carlos. El Capital, Jornada de Trabajo, Cap. VIII. Fondo de Cultura Económica. 2010., p. 212.

1.7.1.2 Jhon Maynard Keynes. Considerado como el padre del Estado Benefactor o el Estado Social de Derecho, Keynes basa sus argumentos en la firme defensa del intervencionismo estatal y la inversión pública, con el fin último de mejorar la redistribución de la renta en aras de la equidad y la consecución del más próspero desarrollo económico a través de la justicia social. Entre sus planteamientos se destacan la simpatía hacia las políticas económicas encaminadas a aumentar el consumo global interno y la intervención en los mercados de bienes como elementos para hacer frente a la recesión. Igualmente, el principio del multiplicador formulado por el profesor R.F. Kahn le sirvió de base teórica a Keynes para establecer su propia teoría y poder explicar que los principales elementos para determinar el nivel de producción en el equilibrio son el ahorro y la inversión y no el tipo de interés propuesto por los clásicos.

En circunstancias dadas, puede establecerse una relación definida, que llamaremos el “multiplicador” entre los ingresos y la inversión, y sujeta a ciertas simplificaciones entre la ocupación total y la ocupación directamente dedicada a inversiones. Este nuevo proceso es parte integrante de nuestra teoría de la ocupación, ya que dada la propensión a consumir, establece una relación precisa entre la ocupación y el ingreso totales y la tasa de inversión.²³

De esta forma, según Keynes era fundamental que los gobiernos invirtieran en las economías a través de la Demanda Agregada, vía consumo y obras públicas estatales. Juan Camilo Restrepo da claridad a los postulados de Keynes al afirmar:

“El gasto público que tiene un mayor factor de multiplicador es aquel que llega a sectores con una alta propensión a consumir, los cuáles, al recibir el ingreso, acrecientan la demanda agregada de la economía y por lo tanto incrementan el volumen de la renta”²⁴

Pero los planteamientos de Keynes no únicamente se limitaron al ámbito económico, igualmente las propuestas del Estado como principal agente interventor se trasladaron a campos de carácter social; así entonces, sus ideas en cuanto a la obligatoriedad del gobierno de un Estado para ejecutar políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en materia de sanidad, educación, salud y en general en todo lo relacionado a seguridad social, fueron adaptadas al concepto de *Estado de Bienestar*, el cual fue desarrollado por la mayoría de la naciones industrializadas a partir del decenio de los cuarenta,

²³KEYNES, Jhon M, Lord. Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero. 1936., p. 107.

²⁴RESTERPO, Juan Camilo. Hacienda Pública. Tercera edición, Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1996, p.50.

pero su auge se dio entre los años de 1945 y 1975 durante el periodo dorado de las economías desarrolladas, ya que estos programas gubernamentales son posibles gracias a los ingresos provenientes de los impuestos con que el Estado grava a los propios ciudadanos, como resultado de dichas políticas se produjo de manera significativa gran disminución en las desigualdades sociales en estos países.

Sin embargo, algunos críticos del pensamiento keynesiano sostienen que las políticas de Keynes son inútiles para hacer frente a los problemas económicos, uno de los principales aspectos que ha contribuido a poner en entredicho el papel del Estado de Bienestar, debido a que se presentan múltiples motivos en contra de éste, como la insostenibilidad financiera, la falta de legitimidad, la ineficiencia e ineficacia en el cumplimiento de los objetivos propios del Estado de Bienestar como la igualdad, redistribución de la riqueza y disminución de la pobreza.

Su teoría se completa con las soluciones que propone para adquirir una administración económica moderna, de tal forma explica que la empresa privada no puede mantener una estabilidad nacional de pleno empleo y máxima renta e introduce la idea de un Estado interventor que asegure el incremento de los beneficios a través de la inversión pública masiva –determina la inversión como el elemento multiplicador de empleo– y el apoyo a los capitalistas más importantes, dicho de otra manera debían ser los gobiernos –factor ignorado hasta entonces–, quienes tendrían que convertirse en instrumentos económicos activos y compensar a través de políticas económicas adecuadas la insuficiencia de inversión privada durante una recesión.

En términos generales el pensamiento económico de Keynes apuesta por la intervención pública en aras de conseguir el bienestar general, considera que el mercado pretende obtener unos resultados concretos, materiales y cuantitativos que no son tendientes al bien común. Así, Keynes propone la intervención estatal para llenar los huecos de la economía capitalista privada, con la finalidad última de lograr una justa distribución de la riqueza.

1.7.1.3 Milton Friedman. El premio nobel de economía en 1976, formado en la Universidad de Chicago bajo una ideología clásica fue uno de los más importantes defensores del libre mercado mas no del liberalismo, Friedman considera que la organización centralmente planificada de toda sociedad es el causante principal del su atraso, pues argumenta que históricamente las empresas y medios de producción administrados por el Estado han sido

improductivos e incapaces de abastecer a sus ciudadanos de los beneficios sociales que se supone deben proporcionar; en cambio, dichos beneficios son mucho mejores en aquellos países que practican una economía de libre mercado; en otras palabras, defiende la propiedad privada, la libertad económica y la libre competencia como requisitos indispensables para conseguir el desarrollo económico y social de un país; en relación a esto Friedman señala:

El gobierno se ha expandido enormemente, sin embargo, esa expansión no ha adoptado la forma de una creciente nacionalización de la industria, las finanzas y el comercio, como tantos de nosotros temíamos que sería. La experiencia puso fin a la detallada planificación económica, en parte porque no logró alcanzar los objetivos anunciados, pero también porque entraba en conflicto con la libertad²⁵.

Aunque no es adepto de la política intervencionista, Friedman reconoce que es necesaria única y exclusivamente en casos de extrema emergencia, por ejemplo, en el incremento exagerado de los niveles de indigencia de Estados Unidos como consecuencia de la gran depresión. Respecto al paquete de ayudas del gobierno por recuperar la economía en los años 30 denominado New Deal, afirma:

El New Deal también incluía programas para proporcionar seguridad contra la desgracia, a destacar la Seguridad Social (OASI: Old Age and Survivors Insurance), el seguro de desempleo y la asistencia pública (...) En ese momento, estos programas cumplían una función útil: había miseria por todas partes: era importante hacer algo con la miseria rápidamente, tanto asistir a las personas en la miseria como restaurar la confianza y las esperanzas de la gente. Estos programas ideados a toda prisa no cabe duda de que eran imperfectos y una pérdida de tiempo, pero eran comprensibles e inevitables en esa situación²⁶

El caso anterior es la única excepción en la que el fundador de los llamados *Chicago Boys* acepta la planificación centralizada, sin embargo hace una fuerte crítica al intervencionismo estatal porque considera que existen programas que pretendían ser estrictamente temporales diseñados para afrontar la situación de emergencia, que se convirtieron en permanentes.

En cuanto a la seguridad social, Friedman no desconoce las buenas intenciones del Gobierno por procurar un mejoramiento en el bienestar social, pero no comparte los resultados obtenidos por la planificación centralizada en materia de

²⁵ FRIEDMAN, Milton y FRIEDMAN, Rose. Libertad de Elegir. Hacia un Nuevo Liberalismo Económico. Segunda edición. Barcelona: Editorial Grijalbo, S.A., 1981., p. 67.

²⁶ *Ibíd.*, p. 67, 68.

salud, educación y sanidad. Considera que el repetido fracaso en los bien intencionados programas no es un accidente, no es simplemente la consecuencia de errores de ejecución, el fracaso se debe principalmente al uso de los malos medios para conseguir buenos objetivos, es evidente su posición al expresar:

*“Nadie puede discutir dos fenómenos superficialmente contradictorios: la amplia insatisfacción con los resultados de la explosión de las actividades del estado del bienestar y la presión continua para su expansión aún mayor (...) Todos sus objetivos han sido nobles, los resultados decepcionantes”.*²⁷

A raíz del incremento en el presupuesto para el departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos en 1978, se considera que los gastos de la Seguridad Social se han disparado y el sistema está en profundos problemas financieros, a lo cual Friedman agrega que el programa de Bienestar está saturado de corrupción y de fraude.

Sin embargo, a pesar de su cuestionada posición frente a la Seguridad Social y la forma como los gobiernos deben redistribuir la riqueza de la nación, hoy en día los postulados del precursor del monetarismo han recibido tanta aceptación que incluso representan la base fundamental de la práctica económica moderna, tanto así que los organismos económicos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional basan sus estudios en los aportes teóricos de Friedman, igualmente su legado ha impulsado un sinnúmero de reformas en sectores como seguridad social, educación ente otros.

1.7.1.4 Sir William Beveridge. El economista Sir William Beveridge, es el autor de un plan, que por encargo del Gobierno Inglés, consigna un detallado análisis de la situación de los seguros sociales en la Inglaterra de inicios y mediados del siglo XVIII; y además sienta las bases del actual sistema de salud Inglés, considerado uno de los mejores del mundo; la primera parte de dicho plan, que se conoce como Plan Beveridge, corresponde a un diagnóstico a cargo de Sir William y su equipo de trabajo, y la segunda parte se centra en una serie de recomendaciones, por mandato del propio Gobierno Inglés, dichas recomendaciones son autoría y responsabilidad personal de Sir William Beveridge.

Para Beveridge la sociedad tiene diferentes males, entre los cuales destacan cinco, a saber: la Necesidad, la Enfermedad, la Ignorancia, la Miseria y el Ocio; de todos ellos, el Plan busca eliminar de manera directa la Necesidad, que en

²⁷Ibíd., p. 69

términos actuales, se definiría como la ausencia de condiciones físicas y materiales para mantener, en términos normales, una vida considerada digna. Por ello la Seguridad Social se entiende como la garantía de ingresos en referencia a un *mínimum nacional*, con el cual se pueden satisfacer las condiciones básicas de vida.

Este *mínimum nacional* se entiende como los recursos necesarios entregados por medio de diversos subsidios, en caso de ausencia de salario o recursos monetarios derivados de cualquier actividad productiva, para vivir en condiciones que se consideran dignas; el cual se entrega cuando acontecen ciertas condiciones, entre las más generales se encuentran el desempleo, accidentes laborales, en caso de muerte o viudez, pensión de retiro y enfermedad además de otras condiciones más particulares. La seguridad social según el Plan, gira alrededor de garantizar por diferentes medios la no pérdida de las condiciones que provee un salario digno, de ahí que se entienda como una política para evitar el desempleo masivo para lo cual se propone como método la adopción de un “*seguro social obligatorio, con asistencia pública nacional y seguros voluntarios como sistemas subsidiarios*”²⁸

Dichos subsidios responden a contribuciones que hacen los trabajadores que reciben un sueldo y tienen contrato de trabajo, los trabajadores considerados independientes y los patronos; recursos que terminan en un fondo nacional, que se desembolsan a favor de ellos mismos y adicionalmente a las amas de casa, personas con edades inferiores a la considerada como edad para trabajar y aquellos que ya hayan superado dicha edad y tienen derecho a una pensión. La financiación del fondo también tiene recursos del erario público.

Con respecto a la postura del Plan Beveridge frente a los seguros sociales, debe mencionarse, que dicho Plan parte de la base del interés nacional, y ligado fundamentalmente a desarrollar una política social que permitiera reducir al máximo la población que se encuentre en periodos más o menos largos de desempleo, de esta manera,

El término seguridad social se emplea aquí en el sentido de asegurar un ingreso que sustituya a las retribuciones normales del trabajo cuando estas queden interrumpidas por paro, enfermedad o accidente; que permita retirarse del trabajo al llegar a determinada edad; que supla la pérdida de recursos para vivir motivada por el fallecimiento de la persona que trabajaba

²⁸ BEVERIDGE. William Henry, Sir. Plan Beveridge. Original Inglés 1942. Traducción del oficial inglés, por Vicente Peris. México, D. F: Ediciones Minerva. p. 10.

*para proporcionarlos y que atienda a los gastos extraordinarios en circunstancias extraordinarias, tales como boda, parto y defunción*²⁹

Es importante señalar que la tarifa que se debería entregar como aporte a dicho Fondo Nacional de Seguridad Social sería la misma, independientemente del nivel de ingreso, porque los beneficios serían los mismos; aunque al existir una parte de financiación a cargo del Estado, se esperaría que los ingresos provenientes de los impuestos a la población fuesen progresivos y se grave con mayores impuestos a las capas más ricas y con menores a los sectores más pobres de la población, sirviendo entonces este hecho como un factor de ajuste en la distribución más equitativa de los ingresos. Beveridge diría:

*Casi todos, por no decir todos, los ciudadanos en edad de trabajar contribuirán por dos conductos: por una cuota de seguro que, dando igual derecho a la misma tarifa de beneficios, será la misma para todos, con independencia de los medios propios de cada cual, y por una porción de los impuestos nacionales que pague, directos o indirectos, y que estará en relación con sus propios medios. Los patronos contribuirán por un tercer concepto, como tales patronos.*³⁰

Sir William en ese sentido estaba de acuerdo con que exista un aporte de las personas para su seguridad social, le parecía necesario que existiera un fondo al cual todos aportarían, con el fin de incentivar la cultura del ahorro para tiempos difíciles, igualmente no se encontraba de acuerdo en que el Estado se vuelva demasiado paternalista con dicho fondo, sin embargo cabe la aclaración que el fondo al cual se refiere, no es un fondo de salud, sino un fondo para la *Seguridad Social* en su sentido más amplio, con respecto al tema de salud en concreto le parecía que es una responsabilidad del Estado, pues *“el Gobierno tampoco debe tener la sensación de que, haciendo una especie de limosna, puede eludir su responsabilidad mayor (...). El dinero y los servicios del Estado deben emplearse en procurar que no falte trabajo y en abrir otras fuentes de prosperidad nacional, y también en prevenir y combatir las enfermedades, pero no en tapar los agujeros de un deficiente sistema de seguros”*³¹. De esta manera se asume que los tratamientos médicos están ligados a la productividad de la clase trabajadora, aunado esto al bienestar de la sociedad en general, además dado que el seguro social también incluía ciertos subsidios por invalides o accidentes laborales, el Estado tenía el incentivo de mejorar rápidamente por prevención o atención en salud a los ciudadanos, para evitar el pago prolongado de aquellos subsidios; por ello Beveridge defendía la idea de una *“separación del tratamiento médico de la*

²⁹ *Ibíd.*, p. 47,48.

³⁰ *Ibíd.*, p. 41.

³¹ *Ibíd.*, p. 16.

*administración de los demás beneficios del seguro e implantación de un servicio médico completo para todos los ciudadanos, cubriendo todas las atenciones y todas las formas de invalidez física, dependiente de los departamentos encargados de los servicios de Salubridad.*³²

De lo anterior se deduce que la seguridad social no se entendía como una política meramente asistencialista, suponía en realidad una política social mucho más amplia, dirigida principalmente a contrarrestar los males del desempleo y en todo caso buscar que la tasa de desocupados se encontrara lo más baja posible; supone además un sistema tributario progresivo, que evite las distorsiones en la distribución del ingreso, en otras palabras, buscar un sistema tributario democrático, puesto que:

*La abolición de la necesidad no puede ser lograda únicamente por el aumento de la producción, sin proceder a una correcta distribución de lo producido. (...) Esta mejor distribución ha de contribuir forzosamente a aumentar el bienestar y, debidamente aplicada, aumentará también el índice de salud general, pues dará los medios de conservar sano y vigoroso al pueblo.*³³

Finalmente el Plan Beveridge advierte que la confluencia de las circunstancias que permitan que el seguro social y la asistencia pública puedan formar parte de una política nacional de defensa del empleo y la producción para mejorar el nivel de vida de la población con el propósito de eliminar *la necesidad* “no puede ser impuesta ni concedida a una democracia. Debe ser conquistada por ella misma”³⁴

1.7.1.5 Kenneth Arrow. Desde hace ya varias décadas, la salud ha venido adquiriendo una significativa importancia dentro de los análisis de bienestar de una sociedad, toda vez que se considera un elemento clave en la definición de calidad de vida. Por ello cada vez es más fuerte la relación que existe con la ciencia económica, en el entendido de que el impacto de la salud sobre la economía se ve reflejado en los aumentos de productividad de las personas, lo que a su vez facilita el crecimiento y desarrollo; por otra parte, la investigación económica permite mejorar la toma de decisiones en materia de política pública, para dar mayor eficiencia a los recursos invertidos en el sector salud. En ese sentido, empieza a tomar importancia la identificación de los temas de investigación que comprenden aplicaciones de la teoría micro y macro económica,

³² *Ibíd.*, p. 21, 22.

³³ *Ibíd.*, p. 81, 82.

³⁴ *Ibíd.*, p. 86.

la econometría, los análisis de economía laboral, las finanzas, los seguros y la economía pública entre otros temas.

En vista de este acercamiento entre las dos ciencias, varios economistas han incrementado su participación teórica en la búsqueda por mejorar la comprensión de los mercados de salud y orientar las políticas en esta materia. Es así como a finales de la década de los 50's los economistas empiezan a interesarse por el estudio de la *Economía de la Salud*, hecho evidenciado con el aumento significativo de aportes investigativos en esta área. Pero sin duda, es a partir de la publicación de Kenneth J. Arrow en la prestigiosa revista "*The American Economic Review*" en el año de 1963 que se consolida la Economía de la Salud como subdisciplina académica.

En el documento catalogado como el pionero del área, Arrow plantea que, en materia de salud el equilibrio competitivo no debe, ni puede expresarse únicamente en los mismos términos de Pareto, como alternativa propone una nueva distribución de costos y beneficios que tenga por finalidad alcanzar progresivamente el equilibrio competitivo en los mercados de salud, así lo expresa al afirmar:

La redistribución del poder adquisitivo de los individuos toma la forma de dinero más simple: impuestos y subsidios. Las consecuencias de la transferencia de satisfacciones individuales no se conocen de antemano. Pero podemos suponer que la sociedad puede juzgar ex post la distribución de satisfacciones y, si se considera insatisfactoria, tomar medidas para corregirlas en transferencias posteriores. Así, por sucesivas aproximaciones, un estado social más preferido se puede lograr, con la reasignación en su fuente manejada por el mercado y las políticas públicas limitadas a la redistribución del ingreso monetario.³⁵

Según su posición, el comportamiento de la industria de la salud no es similar al comportamiento de cualquier otra variable que los economistas utilizan en sus análisis, es por ello que su estudio debe estar acompañado de ciertas condiciones externas, como políticas públicas, redistribución de los ingresos, entre otras; al respecto afirma:

³⁵ ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* No 5, Vol: LIII. 1963 p., 943. Traducción Propia. (En línea). En: KAISERHEALTHNEWS. (consultada: 1 de Octubre de 2012) Disponible en la dirección electrónica: http://www.kaiserhealthnews.org/columns/2010/september/~/_media/Files/2010/May%20to%20September/1963Arrow_AER.pdf.

El funcionamiento de la industria de la asistencia médica (...) difiere de una norma. La "norma" que el economista utiliza generalmente para los fines de estas comparaciones, es el funcionamiento de un modelo competitivo, es decir, los flujos de servicios que serían ofrecidos y adquiridos y los precios que se pagarían por ellos si cada individuo en el mercado ofrece o compra servicios a los precios corrientes, como si sus decisiones no tuvieran influencia sobre ellos.³⁶

Arrow no desconoce el poder descriptivo de los modelos competitivos, sin embargo, para él no tiene ningún sentido generalizar el comportamiento de los individuos a partir de una función objetivo, o sacar conclusiones de política a partir de modelos estáticos. Por lo anterior es considerado como el primer economista en romper con la hegemonía de la microeconomía basada en la racionalidad y la matematización absoluta de la teoría económica.

Otro de los grandes aportes teóricos que se le atribuyen a Arrow se refiere a papel preponderante asignado a las instituciones, ya que sin su existencia sería imposible establecer un modelo competitivo, basado en una función social de bienestar, al respecto opina:

Cualquiera de estos sistemas daría lugar a un estado óptimo, a pesar de las implicaciones distributivas que podrían ser diferentes, por supuesto, no es difícil ver que estos sistemas de precios no podrían ser prácticos. Para aproximarse a un estado óptimo sería necesario contar con la intervención colectiva en forma de subsidio o impuesto u obligación (...) En este trabajo, la organización institucional y las costumbres observables de la profesión médica se incluyen entre los datos que se utilizarán en la evaluación de la competitividad del mercado de la medicina de la salud. También examinará la presencia o ausencia de las condiciones previas para la equivalencia de los equilibrios competitivos y estado óptimo.³⁷

En ese sentido se propone una reformulación del área de la economía de la salud involucrando las instituciones. Las acciones relativas a la salud se caracterizan por realizarse en un ambiente de incertidumbre generalizada, ante la cual se crean instituciones que permiten actuar en tal situación. En consecuencia, se propone tomar como objeto de estudio a la institución. Se hace así más fácil comprender fenómenos típicos de los sistemas de salud, tales como el crecimiento sostenido del gasto o la inducción a la demanda. Al tomar en cuenta las instituciones, se hace factible pasar de la economía del cuidado médico conocida en inglés como

³⁶ *Ibíd.*, p. 941-942.

³⁷ *Ibíd.*, p. 944.

(*health care economics*), que ha recibido mayor atención, a una verdadera economía de la salud (*health economics*), que es un campo mucho más amplio.

En términos generales, con el análisis de la incertidumbre y el bienestar de las prestaciones médicas, se da inicio a la aplicación de herramientas teóricas para el análisis del mercado de servicios médicos, ocupándose de cuestiones particulares como aversión al riesgo, riesgo moral, asimetría de información y externalidades. En otras palabras, con el documento de Arrow se empieza a evaluar el grado de competitividad de los mercados de la salud; sin embargo, se puede afirmar que aún es una rama de la ciencia económica relativamente nueva e innovadora, con un potencial importante de desarrollo en términos teóricos y de inversión aplicada.

1.7.1.6 Selma Mushkin. Considerada junto a Kenneth Arrow los economistas pioneros en cuanto a aportes teóricos sobre la economía de la salud, sus contribuciones se caracterizan principalmente por puntualizar varias consideraciones acerca de una línea de pensamiento económico que venía tomando fuerza desde la década de los 60, y que no habían sido concretados en una rama académica propiamente hablando; con ese objetivo, en el año de 1958 escribe el documento *Hacia Una Definición de la Economía de la Salud*.

Tentativamente organizó y teorizó en las posibilidades del objeto de estudio de la Economía de la Salud. Para Mushkin, *“la economía de la salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y promoción de la salud. Su tarea consiste en evaluar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización.”*³⁸

Mushkin, asume que la utilidad que se deriva del consumo de servicios de salud por parte de cualquier individuo, no puede catalogarse como una utilidad personal, pues redundaría en la salud de la sociedad en general, así por ejemplo, si un individuo se cura de una enfermedad especialmente contagiosa o peligrosa, o asiste a exámenes de rutina y evita la aparición de enfermedades *potencialmente riesgosas* los beneficios no solo se concentran en el individuo sino también redundan en un beneficio para la sociedad de la que forma parte.

³⁸ MUSHKIN, Selma J. Hacia una definición de la Economía de la Salud. En: Universidad de Antioquia. Lecturas de Economía. Julio-Diciembre. 1999. no 51. Traducción del Inglés por Juan Miguel Gallego y Jairo Humberto Restrepo., p. 91-109.

Lo anterior, lleva a Mushkin a establecer que: “*estos importantes ‘beneficios extras al comprador’ (...), son ejemplos en los cuales la demanda individual y el precio del mercado subestiman el beneficio marginal y total producido. Los servicios preventivos de salud serían subvalorados y subproducidos, a menos que agencias administrativas (de gobierno o privadas sin ánimo de lucro) entren al mercado*”³⁹ Es decir, para que la salud pueda redundar de manera efectiva en una mejora del bienestar social en general, se requieren mecanismos para que dicha utilidad no sea tratada como asunto individual, y por el contrario guarde un ánimo colectivo. Pues un privado no podría asumir esa responsabilidad, dado que el bienestar colectivo escapa a la racionalidad impuesta por la ganancia. En este contexto las decisiones individuales se tornan insuficientes, pues su característica principal no se puede limitar de manera alguna solo a la salud de un individuo cualquiera, sino a los efectos que distintas medidas tienen en el conjunto de la sociedad.

Por otro lado, teorizó a cerca de las particularidades del *mercado médico*, advirtiendo que tiene varias características que lo hacen bastante particular, la primera hace referencia a la búsqueda de ganancia en dicho mercado, pues inicialmente las clínicas y centros médicos eran atendidos con base a la beneficencia e incluso muchos médicos prestaban sus servicios sin honorario alguno, atendiendo más a la solidaridad que a la necesidad de una retribución económica por su trabajo, en relación a lo anterior, Mushkin también opina que en este particular mercado, el sistema de precios, la oferta y la demanda, operan de manera distinta a como lo hace cualquier otro mercado; pues los servicios médicos e incluso algunas empresas privadas, con motivo de cumplir con la denominada *responsabilidad social* asumen buena parte del costo de dichos servicios y en buena medida solo se cobran ciertas cuotas, más bien simbólicas a quienes requieren servicios de salud, así pues “*en la esfera de la atención médica, (...) las necesidades individuales han sido históricamente satisfechas, al menos en parte, por organizaciones sin ánimo de lucro y por médicos guiados por el juramento de Hipócrates*”.⁴⁰

Mushkin complementa sus ideas con postulados resultantes del debate que se libró entre Winslow y Myrdal, así por ejemplo, retoma el aporte de uno de ellos, al respecto Mushkin dice: “*Myrdal enfatizó que el éxito de los programas de salud dependerá enteramente de si están integrados adecuadamente en un programa de desarrollo económico general. Estando de acuerdo con Winslow en que los*

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ *Ibíd.*

programas de salud deberían ‘ser una parte vital de un programa más amplio de reconstrucción social’.”⁴¹

1.7.1.7 Víctor Fuchs. A raíz del fortalecimiento de la relación recíproca entre las ciencias de la salud y la economía, ha aumentado el interés por estudiar el área de *Economía de la Salud*, motivado principalmente por el constante aumento del gasto en servicios de salud por parte de los gobiernos para la formación de capital humano. Víctor Fuchs por ejemplo, es uno de los economistas más importantes de esta novedosa subdisciplina académica, para quien, la economía se considera una herramienta de análisis en la problemática referente a los mercados de salud, gracias a su fuerte componente teórico y a la utilidad que esta tiene a la hora de tomar decisiones; así lo demuestra en su publicación “el Futuro de la Economía de la Salud” al expresar:

La economía es un insumo necesario para una buena política (macro o micro), pero para que sea más efectiva, usualmente debe ser complementada con las ideas de otras disciplinas y por la atención explícita a los valores (...) Las mayores fortalezas de la economía y de los economistas son una estructura teórica sistemática, un orden de conceptos y asuntos que son particularmente relevantes en la toma de decisiones de los hacedores de política y la habilidad para hacer inferencia a partir de datos imperfectos.⁴²

Sin embargo, todos los aportes de la economía como insumo para la política pública en salud y la investigación en servicios de salud, no siempre son tan positivos, puesto que dichos estudios pierden credibilidad cuando están basados en datos de mala calidad, generalmente muchos economistas renuncian a la importante tarea de conseguir mejor información que brindaría a su investigación un mayor respeto en círculos de política. En vista de esta falencia que presenta la economía, se hace necesario para los estudios relacionados con temas de salud recurrir a la cooperación multidisciplinaria, especialmente de aquellas ciencias que realizan muy bien el trabajo de campo, es decir, que tratan a profundidad y en forma detallada, la recolección y organización de la información requerida, especialmente de los sociólogos y los politólogos, quienes son expertos en la realización de sus estudios mediante encuestas, sondeos, selección de muestras, etcétera. En relación a esto Fuch menciona:

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² FUCHS, Víctor. El Futuro de la Economía de la Salud. *En*: Universidad de Antioquia. Lecturas de Economía. Julio – Diciembre 2001. no.55., p. 9-30.

“(…) La política de salud y la investigación en servicios de salud requieren insumos de muchas otras disciplinas, es decir, investigación interdisciplinaria o multidisciplinaria, la primera es muy difícil de ejecutar, pero la segunda es muy factible y a menudo muy necesaria.”⁴³

En ese sentido, Fuchs plantea que toda investigación utilizada para diseñar políticas públicas de salud, requiere necesariamente la realización de modelos econométricos y estimaciones a partir de experimentos naturales, actividades propias de los economistas, sin embargo, para un mejor desarrollo investigativo, propone el intercambio de métodos entre las disciplinas que emplean conceptos diferentes, de esa forma se llegará a una verdadera investigación multidisciplinaria que permitirá mejores decisiones que las que serían posibles por medio de la confianza en una sola disciplina.

Víctor Fuchs sostiene que el futuro de esta área del conocimiento es promisorio, tal como ha sido su crecimiento durante las últimas décadas. Este novedoso campo de estudio para los economistas se mantendrá gracias a las discrepancias entre los beneficios que la medicina puede ofrecer a la sociedad y lo que se considera económicamente viable.

“(…) pero habrá un rezago entre las restricciones impuestas por los límites financieros y sus efectos sobre el flujo de los avances médicos (...) Los tomadores de decisiones, en todos los niveles, inevitablemente mirarán a la economía, la disciplina que enfatiza los intercambios (trade offs) y provee un método riguroso para pensarlos”.⁴⁴

Las contribuciones teóricas de Fuchs al desarrollo de la Economía de la Salud como subdisciplina académica, le han valido el reconocimiento de “Decano de los Economistas de la Salud”, pues sus planteamientos han permitido ahondar en el estudio de los mercados de la salud, la interpretación de los sistemas de seguridad social de los diferentes países, y el análisis de la salud como derecho o servicio.

1.7.1.8 Juan Miguel Gallego. En el contexto latinoamericano, Juan Miguel Gallego es uno de los teóricos más representativos de los últimos años; influenciado por el creciente interés de publicar documentos enmarcados en la relación, crecimiento económico versus mejoras en el estado de salud de la

⁴³ Ibíd.

⁴⁴ Ibíd., p. 22.

población, que se suscitó en el continente a raíz del informe del Banco Mundial en 1993, titulado *Invertir en Salud*. El pensamiento de este economista colombiano no va acorde con los modelos que utilizan la variable Salud o Educación, como único elemento de capital humano, para ser introducida en los análisis sobre crecimiento económico, pues considera que hacen falta más puntos de análisis para un fenómeno tan complejo.

Al respecto, y refiriéndose al modelo neoliberal propuesto por Barro en 1996 (**)
Gallego sostiene:

Este es un buen punto de partida para el desarrollo de modelos de este tipo, pero deben considerarse ciertos aspectos teóricos: tratar de expresar una forma funcional para la relación inversa entre las acumulaciones de capital salud y la tasa de depreciación del capital humano y elaborar modelos de dos sectores que consideren la acumulación de capital físico y capital salud de forma diferente en el uso intensivo de los factores (...) Así, existe mucho por elaborar sobre este tema tanto en materia teórica como empírica y la necesidad de entender los aportes de los distintos bienes de capital tanto humano (salud y educación) como físico hacen preponderante este estudio.⁴⁵

Un país muy productivo, hablando en términos económicos, es aquel que puede optimizar los recursos utilizados para obtener la máxima cantidad de productos; en ese orden de ideas, la productividad de un país mejora sustancialmente cuando su fuerza laboral, es decir sus trabajadores, presentan un buen estado de salud, entendida esta no únicamente como la ausencia de enfermedades, sino el estado completo de bienestar físico, mental y social. Por otra parte, se creería que un sostenido crecimiento económico posibilita a los gobiernos trasladar más recursos para atender aspectos sociales como la salud de la población, sin embargo Gallego retoma ideas de Amartya Sen para plantear que:

“El simple crecimiento no es condición suficiente para mejorar el estado de salud de una población; inicialmente, se deben establecer políticas sociales encaminadas

(**)El modelo planteado por Barro es el siguiente. $Y_t = AK_t^\alpha S_t^\beta H_t^\gamma (L_t e^{xt})^{1-\alpha-\beta-\gamma}$. donde el producto Y, depende de los insumos capital físico K_t , nivel de educación de los trabajadores S_t , capital salud de los trabajadores H_t (en el que se incluye las productividad de los trabajadores y su disminución por causas fortuitas), y la cantidad de horas trabajadas L_t .

⁴⁵ GALLEGO, Juan Miguel. Aspectos Teóricos Sobre la Salud Como un Determinante del Crecimiento Económico. En: Universidad de Antioquia. Lecturas de Economía. Enero-Junio, 2001. no. 54, p. 37-53.

*a disminuir la desigualdad en los ingresos y a la provisión de políticas de atención primaria, basadas fundamentalmente en gasto público.*⁴⁶

El autor plantea la posibilidad de ejecutar políticas que propendan por el crecimiento económico, pero acompañado ante todo por un crecimiento equitativo; de esta forma se mejorarán los ingresos de las capas más pobres de la población, pues lastimosamente, es en ellas donde se concentran las mayores incidencias de enfermedades producto de necesidades básicas insatisfechas. Así entonces, el crecimiento equitativo y una política sanitaria fuerte se consideran los elementos claves necesarios para alcanzar logros sociales en salud.

Para Gallego, es claro que a pesar de haber aumentado los distintos estudios sobre el tema y de haber incrementado los recursos en salud, aun no se ha podido constituir un cuerpo teórico sólido que tome a la salud como determinante del crecimiento económico. Lo anterior se ha debido en parte a la errada interpretación de la *educación* como el principal determinante del capital humano, dejando de lado la importancia de la *salud* como elemento clave en el crecimiento económico. Este problema puede deberse a que no es clara la definición de la salud, ya sea como un bien de inversión, o un bien de consumo.

*Un individuo cuando demanda servicios sanitarios, tiene el deseo de mejorar su estado de salud; en ese sentido, quiere curarse para que la vida le resulte más satisfactoria, de igual manera al sentirse sano puede actuar más eficazmente como productor. Esta doble dimensión genera dificultades para definir cuales fondos fueron destinados por el individuo para invertir en salud o cual fue destinado a gasto en consumo, afectando la construcción conceptual de una noción de capital de salud y de manera consecuente los aportes al crecimiento económico.*⁴⁷

1.7.1.9 Juan Luis Londoño. Economista y político colombiano reconocido por su participación en la Reforma a la Seguridad Social del país, mediante la Ley 100 de 1993. A nivel latinoamericano fue uno de los más interesados por desarrollar opciones para reestructurar los sistemas de salud en el continente, sin perder nunca de vista la heterogeneidad de los países, como consecuencia de la desigualdad económica y social.

Para Londoño, los problemas que se desatan en la sociedad, especialmente en el sector salud, están siempre interrelacionados, en consecuencia, no es posible

⁴⁶ *Ibíd.*

⁴⁷ *Ibíd.*

encontrar una alternativa de solución si tan solo se analiza un punto del complejo sistema de salud y se ignoran todos los demás; de esta forma, propone que la problemática de los sistemas de salud y sus reformas, sean vistas de una manera sistémica, es decir, abordar todo el sistema de salud en su conjunto; respecto a lo anterior Londoño afirma:

*“Con demasiada frecuencia, los sistemas de salud son vistos como una colección simple de organizaciones. En lugar de ello, proponemos una visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones”.*⁴⁸

Un análisis global del sistema de salud debe identificar con claridad las organizaciones que cumplen con las distintas funciones del sistema, dicho análisis se considera punto de partida para la propuesta de Londoño denominada *Pluralismo Estructurado*, el cual actúa bajo la premisa de *especialización* de los actores en el sistema de salud. Generalmente se tiende a pensar que únicamente existen las funciones de *financiación* y *prestación* del servicio. La financiación se entiende como la movilización de dinero de fuentes primarias, como los hogares o las empresas, y de fuentes secundarias, como subsidios del gobierno o ayudas internacionales para la atención en la salud; si el objetivo del sistema de salud es alcanzar el aseguramiento universal de la población, la función de financiamiento deberá aumentar gradualmente bajo los principios de finanzas públicas, hasta cumplir con la meta propuesta.

Por otra parte, la función de prestación hace referencia a la combinación de insumos para producir una serie de productos denominados *servicios de salud*. Sin embargo, Londoño resalta la importancia de dos funciones adicionales para un adecuado funcionamiento del sistema de salud bajo el Pluralismo Estructurado propuesto.

Todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término “modulación”. Este es un concepto más amplio que el de regulación. Implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. El establecimiento de las reglas del juego

⁴⁸ LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 353. 1997., p. 7.

*es un proceso delicado en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores.*⁴⁹

Con esta tercera función del sistema se asigna una serie de funciones específicas y se quitan otras obligaciones que anteriormente le correspondían al Estado, así pues, lo que pretende Londoño con su modelo es evitar los extremos del monopolio en el sector público y la atomización del sector privado, de igual forma, procura no caer en los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de las reglas de juego transparente en el sector privado para evitar o compensar las fallas del mercado; en ese orden de ideas, empieza a jugar un papel de mayor relevancia el Ministerio de Salud, en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios, el Ministerio de Salud aseguraría una atención equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados.

Finalmente, aparece una función innovadora dentro del sistema de salud, que reviste singular importancia para alcanzar los objetivos de funcionamiento que el modelo plantea, dicha función comprende las actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud. En relación a lo anterior Londoño expresa lo siguiente:

*“La última función del sistema de salud, puede denominarse ‘articulación’. Esta función se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación. En la mayor parte de los sistemas de salud actuales, ésta ha sido absorbida por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se ha mantenido como una función implícita”*⁵⁰

En sistemas de salud como el colombiano, esta última función la cumplen las Entidades Promotoras de Salud, cuyas responsabilidades radican básicamente en administrar los recursos financieros y la afiliación de los usuarios al sistema. Otra característica sobresaliente del modelo planteado por Londoño y que hace parte de la función de articulación, es el cambio de subsidio a la demanda, en lugar de asignar un presupuesto fijo a cada unidad de servicio de salud independientemente de su desempeño; así pues, cada persona asegurada representará un pago potencial para las instituciones prestadoras del servicio.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 8.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 8.

De manera general, el modelo de Pluralismo Estructurado recoge los aspectos positivos del modelo netamente estatal, sin embargo, trata de superar sus limitaciones mediante la separación de funciones, especialmente las funciones de modulación y articulación, las cuales se vuelven explícitas y se fortalecen de manera considerable.

1.7.2 Marco Contextual. El departamento de Nariño se encuentra ubicado al suroccidente colombiano, limita al norte con el departamento del Cauca, al sur con la República del Ecuador, al oriente con el departamento del Putumayo y al occidente con el Océano Pacífico. Está conformado por sesenta y cuatro municipios, incluida San Juan de Pasto su capital. Geográficamente el departamento está dividido en tres grandes zonas; la Llanura del Pacífico en el sector oriental, que comprende el 52% del territorio departamental, La Zona Andina, que atraviesa al departamento por el centro de sur a norte, representa aproximadamente el 40% del territorio y la Vertiente Amazónica, ubicada al suroriente del departamento y representa el 8% de la extensión territorial nariñense. La posición astronómica del departamento está entre los 0° 21' y 2° de latitud norte (desembocadura del río Iscuandé); y entre los 76° 50'(Cerro Petacas y Ánimas) y 79° 02'(Cabo Manglares) de longitud oeste, del meridiano de Greenwich⁵¹. La extensión territorial del departamento de Nariño asciende a 33.265 km², equivalentes al 2,9% de la superficie nacional.

1.7.2.1 Aspectos Socio económicos de las Subregiones. En vista de las asimetrías de carácter geográfico, climatológico, cultural y socioeconómico que existen entre los distintos municipios, se hace necesaria la subregionalización del departamento, así entonces, el Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015 identifica trece subregiones con sus particularidades teniendo como base al año 2011.⁵²

- **Subregión del Sanquianga.** La integran los municipios ubicados en la costa norte del departamento: El Charco, La Tola, Mosquera, Olaya Herrera y Santa Bárbara. Posee una extensión aproximada de 5.844 km² equivalentes al 16,81%

⁵¹ Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (En Línea) En: IGAC. Mapas Departamentales. Colombia 2012. (Consultada 23 de Octubre de 2012). Disponible en la dirección electrónica: http://geoportal.igac.gov.co/mapas_de_colombia/igac/mps_politico_admon_dptales/Nariño_2012.pdf

⁵² Gobernación de Nariño. Plan de Desarrollo Departamental, 2012 – 2015 “Nariño Mejor”. San Juan de Pasto, 2012; p 23 – 38.

de la totalidad del territorio nariñense. La población rural es de 68.455 habitantes, en tanto que la población del sector urbano tan solo es de 33.258, para una suma de 101.713 habitantes, que corresponden al 6,13% del total departamental. Su economía se basa principalmente en las actividades del sector agropecuario y pesquero, se destacan el cultivo de plátano, coco, cacao, caña de azúcar, y frutales tropicales; igualmente, son de bastante importancia la minería, la explotación de ganado bovino y especies menores.

En cuanto a indicadores de salud, la subregión presenta una cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social es del 76%; el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 28%, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 85,82; la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos equivale al 65%; mientras que la del departamento es del 40,56%. Las condiciones socioeconómicas son representadas mediante el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, el cual expresa para la subregión del Sanquianga un porcentaje de 81%, en tanto que el Índice de Calidad de Vida ICV es de 46%.

- **Subregión del Pacífico Sur.** Esta subregión está conformada por los municipios ubicados al sur de la costa pacífica nariñense: Tumaco y Francisco Pizarro; cuenta con una extensión aproximada de 4.734 Km² que representan el 13,61% de la superficie total del departamento. La población del Pacífico Sur asciende a 196.316 habitantes, equivalente al 11,83% de la totalidad departamental, de los cuales 89.572 personas habitan el sector rural y 106.747 en el sector urbano. La actividad económica de mayor relevancia se encuentra en el sector agropecuario y pesquero, entre ellas sobresalen el cultivo de plátano, palma africana, coco, cacao, banano, arroz, maíz y frutas tropicales. Además se destaca la cría de camarones, los enlatados y la extracción de palma africana en el municipio de Tumaco.

El nivel de aseguramiento en el Régimen Subsidiado del sistema general de Salud es del 80%, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 114,42; La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 54%. El porcentaje de embarazos en adolescentes es de 27%. Por su parte, el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 50% y el Índice de Calidad de Vida es de 58%.

- **Subregión del Telembí.** La subregión se ubica en la llanura del pacífico nariñense y está integrada por Barbacoas, Roberto Payan y Magüí Payan. Su extensión es de 6.206 km² que corresponden al 17,85% del área total del

departamento. El número de habitantes es de 74.581 correspondientes al 4,49% de la población total del departamento, en el sector rural habitan 55.084 personas y los restantes 19.497 hacen parte del sector urbano. La minería y las actividades propias del sector agropecuario son las de mayor relevancia en la economía de esta subregión, destacándose el cultivo de arroz, cacao, plátano y frutales, además de la explotación de ganado bovino y especies menores.

El nivel de aseguramiento en el Régimen Subsidiado de salud es de 76%, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 395,89, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 64%, y el porcentaje de embarazos en adolescentes es del 28%. El indicador NBI demuestra que sus habitantes poseen un 76% de Necesidades Básicas Insatisfechas, en tanto que el Índice de calidad de Vida es del 49%.

- **Subregión del Pie de Monte Costero.** La conforman los municipios de Ricaurte y Mallama, la extensión aproximada de su territorio es de 2.953 Km² equivalentes al 8,49% del área total departamental. La población es de 25.428 habitantes que corresponden al 1,53% de la totalidad nariñense; de los cuales 3.624 hacen parte del sector urbano y 21.804 habitan el sector rural. Su economía se mueve principalmente gracias a las actividades agropecuarias; entre ellas se destacan el cultivo de maíz, plátano, caña panelera y otros secundarios como la yuca, café, frijol, papa en las partes más altas y frutas en general, asimismo son importantes la explotación de ganado bovino y especies menores, la actividad artesanal y la minería.

La cobertura de aseguramiento en Régimen Subsidiado de Salud es del 93%; la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 0, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 71% y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 24%. El NBI para la subregión es de 59%, mientras que el Índice de Calidad de Vida ICV es de 53%.

- **Subregión de la Ex Provincia de Obando.** Ubicada al sur del departamento de Nariño y la conforman los municipios de Ipiales, Aldana, Guachucal, Cumbal, Cuaspud – Carlosama, Pupiales, Puerres, Córdoba, Potosí, El Contadero, Iles, Gualmatán y Funes. Su extensión territorial es de 4.894 Km² aproximadamente, que equivalen al 14,7% de la superficie total de Nariño. Su población es de 273.776 habitantes, y representa el 16,49% de la totalidad del departamento, de los cuales 124.646 se ubican en el sector urbano, y los 149.130 restantes habitan en el sector rural. Las actividades económicas de mayor relevancia se basan en el sector agropecuario, en el que se destacan el cultivo de

papa, maíz, trigo, cebada, frijol, arveja; además son muy importantes la explotación de ganado bovino, porcino, caballar y especies menores; también sobresalen la actividad comercial y artesanal.

En cuanto a aseguramiento en el Régimen Subsidiado de salud la subregión registra un 96%, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 108,87, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 73% y el porcentaje de embarazos en adolescentes es del 22%. Por su parte, el Índice de necesidades básicas Insatisfechas NBI es de 40% y el Índice de Calidad de Vida ICV es de 67%.

- **Subregión de la Sabana.** Hacen parte de ella los municipios de Tuquerres, Imués, Guaitarilla, Ospina y Sapuyes, con una extensión territorial de 643 Km² aproximadamente, posee el 1,85% del área total del departamento. Su población rural es de 49.998, junto a los 25.712 habitantes del sector urbano suman 75.692 que equivalen al 4,56% del total del departamento. En cuanto a su economía, las actividades más sobresalientes son las del sector agropecuario, especialmente el cultivo de papa, trigo, cebada, maíz, arveja, hortalizas y pastos mejorados; igualmente es significativa la explotación de ganado porcino, bovino, caballar y especies menores; las actividades comerciales y artesanales forman parte importante de su economía.

En materia de salud, la subregión presenta una cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado del 95%; la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 256,71; la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos para el año 2011 es de 35%; y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 24%. El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 46% y el Índice de Calidad de Vida ICV es de 65%.

- **Subregión de los Abades.** Está integrada por los municipios del sur occidente del departamento de Nariño: Samaniego, Santacruz y Providencia. Posee una extensión aproximada de 1.362 Km², que equivalen a 3,92% del área total nariñense. La población del sector urbano es de 29.411 habitantes, en tanto que la población rural es de 58.025. En total representan el 5,27% de la población departamental. Su economía se basa principalmente en el sector agropecuario, destacándose los cultivos de caña de azúcar, café, maíz, frijol, cebolla cabezona, plátano, cítricos y frutales en general. Asimismo, es representativa la explotación de ganado bovino y especies menores junto a la actividad minera y artesanal.

La cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud es de 94%, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 197,13 la tasa de

mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 47% y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 23%. En relación a las necesidades básicas insatisfechas, el NBI para esta subregión es de 61% y el Índice de Calidad de Vida es de 56%.

- **Subregión de Occidente.** La conforman los municipios ubicados al occidente del departamento: Sandoná, Linares, Consacá y Ancuya. Su extensión territorial es de aproximadamente 452 Km² que equivalen al 1,3 % del territorio nariñense. La población de esta subregión es de 53.837 habitantes que corresponden al 3,24% de la población total del departamento; de los cuales 17.298 se ubican en el sector urbano y 36.539 habitan el sector rural. Las actividades más relevantes de su economía están basadas en el sector agropecuario, donde se destacan el cultivo de café, plátano, maíz, yuca, fique, caña de azúcar y frutales, igualmente son significativas la explotación de ganado bovino, porcino y especies menores, además de la actividad artesanal y comercial.

El nivel de aseguramiento en Régimen Subsidiado es de 94%, la razón de mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos es de 0, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 36% y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 23%. El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 48% y el Índice de calidad de vida ICV es de 97%.

- **Subregión de La Cordillera.** Se ubica al Noroccidente del departamento y está conformada por los municipios de Taminango, Policarpa, Cumbitara, El Rosario y Leiva. Cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 1.959 Km² equivalentes al 5,63% del área total de Nariño. Su población es de 72.025 habitantes, que representan el 4,34% del total del departamento; de los cuales, 16.046 están ubicados en el sector urbano y 55.979 habitan el sector rural. La economía de la subregión la dinamiza el sector agropecuario, se destacan los cultivos de caña de azúcar, café, plátano, maíz, maní y frutales, igualmente es significativa la explotación de ganado bovino, porcino y especies menores.

Los niveles de aseguramiento en el Régimen Subsidiado del sistema general de salud es de 92%, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 0, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 45%, y el porcentaje de embarazo en adolescentes es de 28%. El Índice de necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 67% y el Índice de Calidad de Vida ICV es de 59%.

- **Subregión del Centro.** Está conformada por los municipios de San Juan de Pasto, Nariño, La Florida, Yacuanquer, Tangua y Chachagui. Cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 1.878 Km², que equivalen al 5,40% del

área del departamento, la población es de 466.331 habitantes que corresponden al 28,09% del total del departamento, de los cuales, 360.966 habitan en el sector urbano y 105.365 en el sector rural. Las actividades económicas más importantes están en el sector agropecuario, donde se destacan el cultivo de papa, maíz, frijol, hortalizas, igualmente es importante la explotación de ganado bovino, porcino y equino, además de la actividad comercial y artesanal.

La cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado de salud para esta subregión es de 94%, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 95,81, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 45%; mientras que el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 24%. Por su parte, el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 20% y el Índice de Calidad de Vida ICV es de 82%.

- **Subregión del Juanambú.** Se ubica al norte del departamento y la integran los municipios de La Unión, San Pedro de Cartago, San Lorenzo, Arboleda y Buesaco. Posee una extensión territorial de aproximadamente 1.219 Km² equivalentes al 3,51% del total del área departamental. Su población es de 84.828 habitantes que corresponden al 5,11% del total del departamento, de los cuales 20.285 están ubicados en el sector urbano y 64.543 en el sector rural. Las actividades económicas más importantes son las propias del sector agropecuario, se destacan el cultivo de café, plátano, maíz, yuca, fique, caña de azúcar y frutales, además es significativa la explotación de ganado bovino y especies menores.

La cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado del Sistema de Salud es de 94%; la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 92,64, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 42% y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 25%. El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 54% y el Índice de Calidad de Vida ICV es de 57%.

- **Subregión del Mayo.** Está integrada por los municipios de El Tablón de Gómez, Albán, San Bernardo, Belén, Colon-Genova, La Cruz y San Pablo. Su extensión territorial es de aproximadamente 864 Km² que equivalen al 2,48% de la superficie total nariñense. La población de sector urbano es de 26.921 habitantes, en tanto que la del sector rural asciende a 77.341, para un total de 104.262 habitantes que corresponde al 6,28% de la población del departamento. La economía se basa en el sector agropecuario y se destacan los cultivos de café, plátano, maíz, yuca, fique, caña de azúcar y frutales; igualmente es significativa la

explotación de ganado bovino, porcino y especies menores, también es de resaltar la actividad artesanal e industrial especialmente en el municipio de Belén.

En cuanto a indicadores de salud, la subregión presenta una cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado del 94%; la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 138,19, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 42%. Y el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 25%. por su parte el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es del 50% y el Índice de Calidad de Vida ICV es de 59%.

- **Subregión del Guambuyaco.** Está conformada por los municipios de Los Andes Sotomayor, La Llanada, El Tambo, El Peñol y constituyen el 5,07% del área departamental con una superficie de 1.764 Km² aproximadamente. Su población es de 43.859 habitantes equivalente al 2,64% del total departamental; de los cuales 15.038 están ubicados en el sector urbano y 28.821 en el sector rural. Su economía se basa principalmente en las actividades del sector agropecuario, se destacan los cultivos de café, plátano, maíz, yuca, fique, caña panelera y frutales; igualmente es muy importante la explotación de ganado bovino, porcino y especies menores, además de la minería.

La cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud es de 93%; la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 0, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 42%; mientras que el porcentaje de embarazos en adolescentes es de 25%. El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 42% y el Índice de Calidad de Vida ICV es de 60%.

1.7.2.2 Demografía. De acuerdo a las proyecciones de población realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, basadas en el censo poblacional de 2005, se estima que para el año 2011, Nariño contó con 1'660.062 habitantes, de los cuales 832.828 son hombres que representan el 50,2% del total de pobladores y 827.234 son mujeres que equivalen al 49,8% de la población total nariñense. En términos generales, el departamento posee una población relativamente joven, pues cerca del 30% de sus pobladores están entre los 5 y 19 años de edad, por el contrario, la población que supera los 60 años tan solo representan el 10%. La pirámide población permite observar el aumento de la población económicamente activa PEA, la cual se ubica alrededor del 60,5%; esto es considerado una ventaja para el departamento pues la mayor parte de sus habitantes está en capacidad de trabajar y ser productiva.

Históricamente el departamento de Nariño se ha caracterizado por su alta concentración poblacional en el sector rural. Aunque en los últimos años se ha presentado una notable reducción de dicha tendencia, aún persiste un alto porcentaje de habitantes en el campo nariñense; así lo expresa el DANE en su publicación más reciente a la fecha de realización de la investigación⁵³; en ella se evidencia que el 48% de sus pobladores, es decir, 784.252 habitan en el sector urbano, y el restante 52% que equivalen a 855.317 personas viven en la parte rural del departamento; lo anterior explica en cierta medida la importancia del sector agrícola para la economía del departamento.

En relación al nivel educativo de los pobladores de Nariño, el 50,7% de ellos ha alcanzado el nivel de básica primaria, el 23% secundaria, el 6,7% posee nivel superior o post grado, pero lo lamentable es el 12,9% sin ningún nivel educativo.

El departamento de Nariño goza de la riqueza pluriétnica de sus habitantes, puesto que habitan en su territorio pueblos indígenas y comunidades afronariñenses. El 18,8% de la población residente se auto reconoce como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, en tanto que el 12% se consideran indígenas, quienes en su mayoría se asientan en los 67 resguardos que ocupan una extensión total de 467.000 Hectáreas ubicados en jurisdicciones de 24 municipios. Las comunidades indígenas del departamento de Nariño son: el Pueblo Pasto, con el 77,41% de la población indígena, el pueblo más numeroso de Nariño; Pueblo Inga, habita en el municipio de tablón de Gómez y representa el 1,78% de la población indígena; Pueblo Awa corresponde al 15,71% de la población indígena del departamento; Pueblo Eperara-Siapidara, corresponde al 2,63% del total de la población indígena nariñense, y habita en los municipios de El Charco, La Tola, Olaya Herrera y Tumaco, Pueblo Cofán, son un pueblo pequeño, con tan solo el 0.009% del total de la población indígena y se ubican en el corregimiento de Santa Rosa de Sucumbíos del Municipio de Ipiales y el Pueblo Quillacinga que representa el 2.35% de la población total indígena, se conforma por los cabildos El Refugio del Sol, La Laguna y Genoy, ubicados en el Municipio de Pasto⁵⁴.

La población afrodescendiente por su parte, se encuentra asentada principalmente en 12 municipios de la costa pacífica: Francisco Pizarro,

⁵³Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (En línea). En: DANE. Proyecciones Demográficas. Colombia. 2012. (Consultada: 8 de Julio de 2012). Disponible en la dirección electrónica:

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

⁵⁴GOBERNACIÓN DE NARIÑO. Ibid., p. 8.

Barbacoas, El Charco, La Tola, Magüí Payan, Mallama, Mosquera, Olaya Herrera, Ricaurte, Roberto Payán, Santa Bárbara Y Tumaco, sin embargo existen importantes asentamientos de comunidades negras en Leiva, Cumbitara y Policarpa.⁵⁵

1.7.2.3 Biodiversidad. De acuerdo con lo que se plantea en el documento *El Departamento de Nariño frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio*⁵⁶, Nariño es el tercer departamento del país en biodiversidad vegetal y animal, especialmente por la riqueza de sus recursos de la costa pacífica: entre páramos, cuencas y microcuencas del departamento. En ese sentido, el pacífico nariñense que hace parte del *Chocó Biogeográfico* es reconocido como una de las regiones de mayor producción de biodiversidad, de agua y de oxígeno en el mundo.

La Amazonía se constituye en la gran reserva ambiental del planeta, y los Andes la cuna de la identidad cultural de gran parte de los pueblos latinoamericanos.

El departamento de Nariño cuenta con las reservas naturales del Volcán Galeras, Laguna de la Cocha, Laguna verde, Laguna del Cumbal, y Chimayoy, en las cuales se puede encontrar una gran variedad de vida, tanto de flora como fauna.

También se identifican algunas regiones que presentan gran potencial natural y una posición geoestratégica como escenarios para la oferta turística, entre ellos se encuentran: la del Pacífico, Mira-Mataje, Medio y Bajo Patía, Santuario de flora y fauna Galeras, Complejo volcánico Suroccidental, cuenca del río Putumayo, cuenca del río Telembí, afluentes y piedemonte Andino.

La hidrografía de Nariño es tan especial que se la considera como despensa significativa de recursos hídricos del planeta, debido a que en el departamento tienen origen importantes ríos, sistemas lagunares y cuerpos de aguas que irrigan todo su territorio. Entre ellos se destacan los ríos Patía, Mira, Telembí, Iscuandé, La Tola, Tapaje, Maguí, Guelmambí, Satinga, Sanquinga, Tabujo, Nulpe, Pasto, Bobo, Guáitara, Mayo, Juanambú, Guamués, Guisa, Blanco, Sapuyes, El Molino, La Magdalena, San Juan, Pascual, Salado, Guabo, Alisales, Miraflores, Molinoyaco. De la misma forma se identifican 20 complejos lagunares que sirven de reservorio de agua, se destacan entre ellos: las lagunas de La Cocha, La Bolsa, Verde, El trueno, Nerete, Pirí, Chimbuza, Zumbí, Telpis y Negra.

⁵⁵Ibíd., p. 8.

⁵⁶ PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. *El Departamento de Nariño, Frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*, p. 44.

1.7.2.4 Historia. Lo que actualmente se conoce como el departamento de Nariño, en el siglo XVI era ocupado principalmente por tres grupos indígenas, a saber: los Pastos, los Abades y los Quillacingas; entre ellos existían relaciones de intercambio comercial, pues transaban con los productos propios de su región como maíz, frijol, frutales, fique y algodón, además de pequeñas explotaciones de oro.⁵⁷

Ya para el periodo colonial, en el territorio del valle del Patía se establecieron haciendas ganaderas y se intensificó la explotación de oro, especialmente en las zonas cercanas Barbacoas, producción que tenía como destino la Casa de la Moneda de Popayán.

La esclavitud también hizo presencia en estas tierras y al igual que sucedió en otras regiones del país, las duras condiciones a las que eran sometidos los esclavos llevó a que muchos de estos se fugaran de las minas de Barbacoas e Iscuandé, dando inicio al cimarronaje y formando palenques en sitios de difícil acceso.

Durante las primeras décadas del siglo XIX llegaron a América los ideales de libertad desarrollados alrededor de la Revolución Francesa, Ante la confusión generada por la invasión francesa, varias de las ciudades españolas en América organizaron Juntas de Gobierno, como fue el caso de Quito en 1809. Los quiteños buscaban extender su área de influencia hasta la provincia de Pasto, pero las fuerzas revolucionarias fueron derrotadas en Funes por los realistas pastusos. Las fuerzas de Quito se rearmaron y emprendieron una nueva campaña contra Pasto en 1811, ciudad que se tomaron y en donde cometieron toda serie de desmanes. Estos hechos encendieron en los pastusos sentimientos en contra de la Independencia. Según el economista pastuso Armando Montenegro, “ante el temor y rechazo a los intentos de invasión por parte de los revolucionarios quiteños, Pasto siempre cerró filas alrededor de sus ejércitos, su religión y ante todo de sus convicciones monárquicas⁵⁸

Quizá uno de los hechos más recordados de la historia nariñense durante el periodo de independencia de Colombia, fue la derrota y posterior aprensión de Antonio Nariño, precursor de la independencia en el año de 1814.⁵⁹

⁵⁷ CERÓN, Benhur. Evolución socioambiental y del espacio geográfico en el Valle del Patía. Pasto, 2005., p. 43.

⁵⁸ MONTENEGRO, Armando. Una historia en contravía: Pasto y Colombia, Editorial El Malpensante, Bogotá. 2002., p. 55.

⁵⁹ QUIJANO GUERRERO, Alberto. Hitos históricos del departamento de Nariño. En Nariño: su historia, sus luchas, sueños y paisajes. 1985.

Para la época de 1824 ya se perfilaba el futuro departamento de Nariño al crearse de manera política y administrativa las provincias de Pasto, Barbacoas y Tumaco. Posteriormente en el año 1863, surgiría la Provincia de Obando. En ese mismo año, la Constitución de Río Negro ratificó al Estado Soberano del Cauca, quedando sometidas las Provincias del Sur a su gobierno. El siglo terminó con la Guerra de los Mil Días. Esta situación siempre estuvo agravada por el tema de la separación del Cauca y la creación del denominado “Décimo Estado” hecho que se concretó en 1904, al erigirse a Nariño como departamento en el mismo año.

En 1893, la guerra colombo-peruana permitió que Nariño se conectara con el interior del país a través de la carretera que se abrió entre Pasto y Popayán. En los años siguientes, el departamento de Nariño ha tratado de salir de su aislamiento, superando problemas económicos, políticos y sociales.⁶⁰

1.7.2.5 Cultura. Nariño es considerada como una de las regiones del país con mayor riqueza en el ámbito cultural, entendida esta como el conjunto de creencias, usos, costumbres y expresiones artísticas propias de una comunidad. El Carnaval de Negros y Blancos que se lleva a cabo en los primeros días del año, y con manifestaciones en todos los municipios del departamento, especialmente en su capital, es considerado como la máxima expresión de la cultura de los nariñenses, pues es la fiesta más grande e importante del sur de Colombia, que integra a todos sus participantes, propios y foráneos en una celebración de hermandad.

Una de las características de la población nariñense es su gran compromiso con la religión católica, esto se refleja en las ferias y fiestas de los diferentes municipios, que tienen gran acogida entre sus pobladores, las mayores manifestaciones de fe católica en Nariño se observan en la fiesta de Nuestra Señora de las Lajas en Ipiales durante el mes de Septiembre, que son comparadas con las peregrinaciones hacia el santuario de la Virgen de Visitación en Ancuya, la Virgen de la Playa en San Pablo y El Señor de los milagros en El Tambo.

A lo largo de todo el territorio nariñense, se encuentra gran variedad de actividades artesanales, entre las que se destacan la cerámica en barniz, conocido popularmente como *Barniz de Pasto*, obtenido de la resina llamada *De Cera*, pero

⁶⁰ GUERRERO LEON, Gerardo. Nariño en la historia. Ensayo elaborado para el Plan de Desarrollo de Nariño 2008 – 2011. Pasto. 2008.

que paradójicamente se encuentra en la Amazonía del Putumayo. Así mismo, sobresalen los tejidos en paja toquilla, los cuales son muy demandados en el interior del país y en el extranjero. Igualmente la marroquinería constituye una actividad primordial dentro de las artesanías nariñenses.

1.7.3 Marco Legal. En todas las sociedades han existido ciertos intereses que pueden o no ser comunes entre sus integrantes y que gracias a la convivencia han logrado determinar que estén en manos de las autoridades, o que al menos los regulen y controlen. Lo anterior se reconoce como administración de los Servicios Públicos, entre los cuales se cuenta la educación y la salud.

Respecto a su definición, Cuervo y Hernández citan al francés Maurice Hauriou, quien afirmó que *“el servicio público es un servicio técnico prestado al público de manera regular y continua para la satisfacción de una necesidad pública y por una razón pública”*.⁶¹ En otras palabras, el cumplimiento de la mencionada actividad es indispensable para el desarrollo de la sociedad. Anteriormente en las definiciones de servicio público se debía incluir necesariamente al Estado por que era este quien los prestaba, sin embargo el concepto ha evolucionado y reconoce que la prestación del servicio público puede ser realizada indirectamente a través de particulares.

La salud es quizás en el caso colombiano el ejemplo más diciente de la participación de los particulares en la prestación del servicio público, igualmente es reconocido por la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 48 como servicio público de carácter obligatorio y que será prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Una vez identificada la caracterización de la salud en Colombia se puede abordar las leyes que rigen por su prestación como servicio público.

1.7.3.1 Constitución Política de Colombia de 1991.La Carta Magna Colombiana consagró de manera expresa la Seguridad Social con importantes elementos dentro de su definición, así, en su artículo 48 señala:

⁶¹ HAURIUO, Maurice. *Precié élémentaire de Droit Administratif*. París, Francia. 1927, EN: CUERVO, David y HERNANDEZ, Andrea. *El Modelo de Aseguramiento en Salud ¿Salud y Estado Social de Derecho o Competencia y Economía de Mercado?* Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. 2004., p. 41.

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 y 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.⁶²

También se reconoció de manera autónoma a la salud. De esta forma, el artículo 49 constitucional prescribió que *“La atención de la Salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”* y garantizó a todas las personas *“el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*.⁶³

Igualmente, estableció que la salud se prestaría en forma de servicio público cumpliendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; y al igual que la seguridad social, el Estado es el responsable de formular las políticas para la prestación de los servicios además de la inspección, vigilancia y control.

La salud, tal como fue prevista en la Constitución colombiana, requiere del interés y de la colaboración del sector privado para su aseguramiento y prestación, quienes se responsabilizan según las directrices del Estado a construir el andamiaje necesario para la prestación del servicio público.

La seguridad social en Colombia se encuentra reconocida por la Constitución Política de 1991 y de las leyes que rigen su cumplimiento. Así, el artículo 50 constitucional establece que: *“Todo niño de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado”*⁶⁴. En cuanto a

⁶² COLOMBIA, 2009. Constitución Política. Bogotá. DC. Legis.

⁶³ *Ibíd.*

⁶⁴ *Ibíd.*

la protección de la familia y de la madre embarazada, se encuentra que la afiliación al sistema de seguridad social en salud representa una afiliación del grupo familiar, en los términos y orden de precedencia que establece la ley.

El instaurar los derechos a la seguridad social y a la salud de manera general es un elemento de suma significancia en la Constitución Política de 1991 porque aglomera a todos los habitantes del territorio sin ninguna clase de condicionamiento, pues los derechos hacen parte del ambiente digno de la persona, sin embargo es importante resaltar que apenas desde la segunda mitad de la década de los ochenta, la salud en Colombia ha tenido su mayor desarrollo, pero no tanto por iniciativa de los gobernantes nacionales, sino como producto atribuido a la preocupación internacional que propugna por el respeto y la promoción efectiva de los derechos del individuo y del ambiente en el que se desarrolla.

1.7.3.2 Ley 100 de 1993. Es la encargada de dar un orden jurídico al Sistema de Seguridad Social Integral; en el cual se encuentran Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, y Servicios Sociales Complementarios.

En el artículo 152 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de *“regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.”*⁶⁵

Primordialmente el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud, se hace por medio de dos regímenes, uno subsidiado y otro contributivo, aunque también existen otros regímenes llamados de excepción. Los artículos 202 y 211 desarrollan el régimen contributivo y subsidiado respectivamente

En el artículo 204 se desarrolla la forma de financiación del régimen contributivo. Este se financia con los aportes que hacen las personas con un trabajo formal o con recursos suficientes para poder costear sus cotizaciones al sistema, es decir principalmente se financia por los trabajadores y los patronos, cotización que se hace por encargo del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, directamente a las Empresas Promotoras de salud o EPS. El FOSYGA es una cuenta del Ministerio de Salud, que según el artículo 156 se encarga de cumplir el principio de

⁶⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, DC., 1993. No. 41.148. Art. 152.

solidaridad, pues busca regular la asignación de recursos en el régimen contributivo, y también ayuda en parte a la financiación del régimen subsidiado.

Por otra parte las Empresas Promotoras de salud, siguiendo el artículo 180, son las instituciones que pueden ser públicas privadas o mixtas y que se encargan de “*la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, (...) a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno*”⁶⁶. Estas Empresas Promotoras de Salud finalmente contratan servicios con los prestadores públicos o privados denominadas Instituciones Prestadoras de Salud, en las cuales se hace efectivo el tratamiento médico.

En cuanto al régimen subsidiado que es desarrollado especialmente entre los artículos 211 a 217; su forma de financiación es un tanto más compleja. Los recursos de los que se financia son principalmente fiscales, por medio de la figura del Sistema General de Participaciones, recursos que son descentralizados y corresponden a los entes territoriales los cuales ya tienen una destinación específica para salud, educación y saneamiento ambiental, también de una subcuenta del Fosyga denominada *de solidaridad* y otros montos.

De acuerdo al artículo 194; la prestación del servicio por parte del estado se descentraliza, y se presta por medio de las Empresas Sociales del Estado de carácter municipal primordialmente, que contratan sus servicios con las Empresas Promotoras de Salud que afilien y aseguren a las personas que acceden a los subsidios a la demanda. El criterio de selección de la población para el acceso al régimen subsidiado es el Sistema de Información de Beneficiarios, SISBEN, especialmente a la población que se encuentre en los niveles I y II, aunque también es posible cubrir en algunos casos a la población de nivel III.

La prestación del servicio y sus características se regulan primordialmente por medio del Plan Obligatorio de Salud, que es un “*Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales*”⁶⁷ al cual tienen derecho todos los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente la orientación de la política recae en el Gobierno Nacional. El Ministerio de Salud se encarga de promulgar la política por medio de la Comisión

⁶⁶ *Ibíd.*, Art. 156, literal e.

⁶⁷ *Ibíd.*, Art. 156, literal c.

de Regulación en Salud, CRES, y la Superintendencia Nacional de Salud realiza las labores de vigilancia y control.

En cuanto a la orientación de las políticas internas del sistema, están a cargo del Estado, en cabeza del presidente de la República o sus delegados, tal como se consigna en el artículo 170:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación y regulación del Presidente de la República y del Ministerio de Salud. (...) El Presidente de la República podrá delegar las funciones de inspección y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y en los jefes de las entidades territoriales.” [A ello se debe sumar que] “el Superintendente Nacional de Salud podrá celebrar convenios con las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud para facilitar el ejercicio de sus funciones”⁶⁸

1.7.3.3 Ley 1122 de 2007. Mediante esta ley se realizaron ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la cual se pretende mejorar la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Con esta finalidad las reformas que plantea el Gobierno Nacional van enfocadas a los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, mejoramiento en los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control.

Entre las modificaciones más destacadas de esta ley, es preciso mencionar la obligación que impone el Ministerio de Salud y Protección Social a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar a todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estas funciones se otorgan debido a que el Ministerio es el órgano rector del sistema.

Igualmente se crea la Comisión de Regulación en Salud, CRES, que regulará entre otras cosas, lo referente con los Planes Obligatorios de Salud y su actualización, además del nivel de financiación de los mismos para ambos regímenes por medio de la Unidad de Pago por Capitación, UPC.⁶⁹

⁶⁸ *Ibíd.*, Art. 170.

⁶⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122. (9 de enero de 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, DC., 2007. 46.506. Art. 7

En cuanto a la planeación en el sistema se obliga además al Gobierno Nacional a definir el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, entendido este como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población.

Finalmente se crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad en Salud, definido como un concepto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

1.7.3.4 Ley 1438 de 2011. Nuevamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud es reformado, esta vez bajo argumento del fortalecimiento del mismo mediante un modelo de prestación de servicio público en salud, que en el marco de la estrategia: *Atención Primaria en Salud* permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

El objetivo de esta ley está orientado a generar las condiciones de protección a la salud de todos los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje y núcleo articulador de las políticas en salud. Para dar cumplimiento a lo expuesto líneas arriba, concurrirán acciones en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que sean necesarias para promover de manera constante la salud de toda la población.

Mediante esta ley se adicionan a los ya existentes en la ley 100 de 1993 otros principios de la seguridad social, entre los que se cuentan:⁷⁰ obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, calidad, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad, concurrencia, corresponsabilidad, prevención y continuidad.

Igualmente se ratifica al Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del Sistema, y bajo cuya responsabilidad están las tareas de dirección, orientación y conducción del mismo.

(***) Antes de la promulgación de la Ley 1122 de 2007, existía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la CRES remplazará a dicho consejo; y se convierte en un órgano consultor.

⁷⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438. (Enero 19 de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, DC. 2011. No 47.957. *Ibíd.*, Art. 3.

Son muchas las modificaciones que la Ley 1438 de 2011 hace al funcionamiento de Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre las cuales se encuentra la imposición hacia las EPS para que resuelvan la solicitud de medicamentos ordenados por los médicos, esto debido a que con anterioridad a la ley; los medicamentos, tratamientos o procedimientos que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud, POS, debían ser autorizados por el comité técnico científico de las EPS, so pena de que el usuario acuda a su reclamación a través de la acción de tutela; en ese orden de ideas, la Ley les impone a las EPS un término de dos días calendario para que resuelvan la solicitud ordenada por el médico, así se expresa en el artículo 26:

Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la EPS con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto⁷¹

Entre otros aspectos que contempla la Ley se destaca la autonomía de los médicos para diagnosticar y recetar, con esta norma se busca que los médicos puedan diagnosticar, pero sobre todo puedan recetar medicamentos u ordenar tratamientos según su conocimiento científico y no presionado por las directivas de las EPS, para que recomienden algún tipo de medicamento o restrinja algún procedimiento médico.

1.7.3.5 Decreto 1703 de 2002.⁷² Por el cual se establece el reglamento para controlar y promover la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de tal manera que se garanticen los recursos para desarrollar la universalidad de la afiliación. Lo establecido en este decreto se aplica a todas las EPS y a todas las personas naturales o jurídicas que participan en el proceso de afiliación y pago de cotizaciones en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁷¹ *Ibíd.*, Art. 26.

⁷² COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1703 (Agosto 2 de 2002). Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, DC. Diario Oficial. No 44.893.

1.7.3.6 Decreto 1020 de 2007.⁷³ Mediante este decreto, y a partir del año 2009 se destinan para el régimen subsidiado como mínimo el 25% de los recursos señalados en el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007. Además, los municipios y distritos se ven en la obligación de calcular para cada vigencia el 0,2% de sus presupuestos con destino a la Superintendencia Nacional de Salud quien cumple con las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema.

1.7.3.7 Pronunciamientos de la Corte Constitucional. Además de los decretos y leyes citados anteriormente, la Corte Constitucional ha tenido varios pronunciamientos, con los cuales ha dejado en claro en varias ocasiones que la atención médica no puede ser dilatada, y menos respecto de personas que sufren enfermedades graves y dolores intensos. Hacerlo es una violación de sus derechos a la vida, a la salud y a la dignidad; con este argumento ha ordenado incluso la práctica de operaciones a personas que lo requieran con urgencia.

El derecho constitucional fundamental a la vida no significa, en manera alguna, la posibilidad de existir de cualquier manera, sino la posibilidad de tener una existencia digna. Así, no solamente el que la persona sea puesta al borde de la muerte amenaza el derecho a la vida, sino que, aunque tal circunstancia sea lejana, también lo amenaza el hecho de que su titular sea sometido a una existencia indigna, indeseable, dolorosa, etc. El dolor es, sin lugar a dudas, una de aquellas circunstancias que hacen indigna la existencia, y si insistimos en que el derecho a la vida debe entenderse a la luz del artículo 1 de la Constitución Política, que funda esta República unitaria en “el respeto de la dignidad humana” aunque su padecimiento no ponga a quien lo sufre al filo de la muerte, hay violación de dicha garantía fundamental cuando nada se hace para superarlo, siendo ello posible. La Sala Octava de Revisión se pronunció, considerando que debe evitarse a toda costa la agravación del estado de salud del paciente o que el mismo agonice para ser atendido o, en el peor de los casos, para que proceda la tutela y sea atendido por orden judicial. No es la urgencia la que determina la procedencia de la acción de tutela en estos casos, sino la valoración de las circunstancias concretas que lleva a establecer con certeza si hay o no vulneración de los derechos fundamentales⁷⁴

⁷³ COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 1023 (Marzo 30 de 2007). Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de los recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda. Bogotá, DC.

⁷⁴ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-010 (Enero 21 de 1999). Derecho a la Salud. Bogotá, DC. 1999.

Respecto a tratamientos o cirugías que no son urgentes, la corte señaló que si bien es cierto los pacientes deben esperar su turno, en todos los casos, la demora debe ser justificada.

No resulta acorde con los principios rectores sobre el respecto a la dignidad humana, a la seguridad social y a la salud, principios protegidos en forma expresa en la Constitución Política, el hecho de que una entidad encargada de la prestación del servicio público de salud, no le suministre a un afiliado información precisa sobre la fecha en que se realizará una intervención quirúrgica. Al obrar de esta manera, se deja al interesado sumido en la más profunda incertidumbre, incertidumbre que no está el paciente obligado a soportar, pues el remediar su situación, solo depende de que la entidad prestadora del servicio se despoje de su falta de interés sobre los problemas del afiliado.⁷⁵

De los más recientes pronunciamientos en relación a la salud, La Corte Constitucional ratificó la obligatoriedad del Estado en el control y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así mismo aclaró que la salud es un servicio público para beneficio de todo habitante del territorio nacional, al respecto afirmó:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su conjunto, es un servicio público esencial. Es además un 'servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado' (art. 4°, Ley 100 de 1993). En tal sentido el Estado tiene la obligación de crear las reglas necesarias para que las diferentes entidades e instituciones del sector de la salud puedan garantizar efectivamente la prestación de los servicios que sean requeridos por las personas dentro del Sistema de Salud. El Estado desprotege el derecho a la salud cuando permite que existan vacíos o lagunas en la regulación, que se constituyan en barreras de acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, la Corte consideró que se viola el derecho a la salud de una persona cuando existe una 'laguna' normativa en la regulación, por no definir los mecanismos de solución de controversias para los eventos en los que se presenten conflictos entre los actores que deciden autorizar la prestación del servicio. Tal situación ocurría, por ejemplo, con los conflictos que se dan entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico, en torno a la definición de si una persona requería o no un determinado medicamento. Es pues imprescindible para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas, que el Estado cumpla con su obligación de crear la reglamentación adecuada para posibilitar la implementación de las

⁷⁵ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-668 (Noviembre 13 de 1998) Derecho a la Seguridad Social de persona de la tercera edad. Bogotá, DC. 1998.

*políticas públicas en salud. El incumplimiento de esta obligación supone pues, una desprotección del derecho a la salud por parte del Estado.*⁷⁶

Las anteriores Leyes, Decretos y Sentencias hacen parte de las más representativas, dentro de una extensa normatividad en cuanto a la salud como derecho de todos los colombianos, todas ellas encaminadas a corregir las falencias que el sistema ha venido presentando a partir de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993.

1.7.4 Marco Conceptual. Se establecen algunos conceptos relevantes para la presente investigación.

- **Asamblea Nacional Constituyente:** Proceso que se llevó a cabo en Colombia en el año de 1991, por medio del cual se redacta una nueva Constitución para el país, que aún hoy en día continúa vigente. Dicha Constitución Política sentaría las bases jurídicas para la aparición de los llamados derechos sociales y económicos, entre los cuales se destaca la seguridad social, siendo el marco jurídico primario de las leyes y normas que regirían al país en lo sucesivo, como en educación, servicios públicos y por supuesto la Ley 100 de 1993, que regula el sector de la salud.
- **Bismarckiano:** Postura ideológica que basa sus postulados siguiendo el modelo alemán de tiempos del canciller Otto Von Bismarck, quien promulgara la creación de un modelo patronal de seguros sociales para Alemania a finales del siglo XIX.
- **Chilenización:** segmentación de los usuarios de salud, acorde a su nivel de ingreso; donde se encuentran un sector privado para las capas de mayor capacidad adquisitiva y otro público para los sectores más pobres de la sociedad.
- **Derechos Sociales:** Derechos fundamentados en el hecho de ser miembro de una sociedad, propios del llamado Estado Social de Derecho. Los derechos sociales también pueden denominarse Derechos Humanos de segunda generación, y se basan ya no en la mera subsistencia, sino en el acceso a los medios para tener una vida digna.

⁷⁶ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 (Julio 31 de 2008). Derecho a la Salud. Bogotá, DC. 2008.

- **Estado de Bienestar:** Concepto que define una propuesta general de Estado y toma como base, además de otras fuentes, el Keynesianismo. Uno de sus antecedentes más destacados es el Plan Beveridge, de origen inglés. En un Estado de bienestar, el poder gubernamental participa en los procesos sociales y económicos, tratando de mitigar las injusticias sociales.
- **Estado Social de Derecho:** Forma de organización política de una sociedad en la que los derechos y las libertades no solo son formales, sino garantizadas para su efectivo cumplimiento. En el Estado Social de Derecho no solo se garantizan los derechos fundamentales de carácter individual como el derecho a la vida o la propiedad, sino que se avanza en la garantía de derechos a un conglomerado de personas que hacen parte de una sociedad.
- **Efectivistas:** Tendencia Bismarckiana, que asume la existencia de la seguridad social, como una serie de políticas y medidas financieras concretas.
- **Fuerzas Productivas:** Conjunto de medios de producción que utiliza cada sociedad acorde a su nivel de desarrollo, en el que se conjugan las relaciones sociales de producción, y por tanto no se limita solamente a herramientas materiales, sino también al conocimiento técnico y la propia fuerza productiva del ser humano.
- **Plan Beveridge:** Conjunto de medidas tendientes a desarrollar un sistema de seguridad social en Inglaterra, dirigida por el economista sir William Beveridge en el año de 1942. Y que es una de las bases del Estado Benefactor Inglés, y también de los distintos sistemas de seguridad social públicos en el mundo.
- **Neoliberalismo:** Teoría política y económica que denomina al mercado como el mejor instrumento de regulación de la vida social.
- **Nominalistas:** Tendencia Bismarckiana que dividía “conceptualmente” la seguridad social y los seguros sociales, y por tanto jurídicamente con vida independiente la una de la otra.
- **Régimen contributivo:** Mecanismo por medio del cual las personas que poseen un trabajo formal, acceden al servicio de salud colombiano; y contribuyen con un porcentaje de su sueldo para financiar el sistema. Se financia un 12,5% del total del sueldo devengado, de los cuales un 4,5% depende del empleado y el restante 8% es obligación del empleador

- **Régimen subsidiado:** Mecanismo por medio del cual la población más pobre del país tiene acceso a los servicios de salud, financiado en parte con recursos públicos directos del Estado, y en parte por hasta un 1,5% de las cotizaciones del régimen contributivo y hasta un 1,5% de las cotizaciones de los regímenes de excepción.
- **Régimen de Excepción:** Mecanismo por medio del cual se brinda el servicio de salud a grupos poblacionales específicos, como las fuerzas armadas, universidades, el magisterio y Ecopetrol, y no responden ni al régimen contributivo ni subsidiado.
- **Pluralismo Estructurado:** Sistema de organización económica del Estado, en el cual coexisten los interés privados y públicos.
- **Recobro:** Derecho de las entidades aseguradoras de repetir contra el Estado a través del Fosyga el adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS, que reglamentariamente se han prestado por las entidades.
- **Selección Adversa:** mecanismo por el cual los usuarios del sistema resultan excluidos de tratamientos o procedimientos por fallas del propio sistema de salud.

1.8 METODOLOGÍA

1.8.1 Tipo de Estudio. El tipo de estudio de la presente investigación es de carácter *cualitativo*, porque busca comprender el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y sus características en el departamento de Nariño; también puede enmarcarse como una investigación de tipo *cuantitativa* puesto que el análisis emplea variables que se pueden medir numéricamente y determinar correlaciones entre ellas. Aunque cabe resaltar que es una investigación *evaluativa*, principalmente porque valora los resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud en razón de sus objetivos; y finalmente, es una investigación *propositiva*, porque al concluir dicha evaluación se determina herramientas prácticas en la toma de decisiones para las políticas públicas de salud.

Se inicia con una descripción de las causas y efectos que orbitan alrededor de la promulgación de la Ley 100 de 1993 con respecto a la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello se analizó no solo los efectos de su organización, sino también sus causas externas. Además se cuantifican los efectos de dicha organización en los actores del sistema en particular; y en general en el desarrollo socioeconómico del departamento de Nariño. Lo anterior se estudió sobre la base de comprobar si los objetivos planteados para el sistema se cumplen con la actual organización del mismo, o si por el contrario se requiere una reestructuración. De esta manera, según Mario Tamayo:

“Este tipo de investigación tiene por objetivo valorar los resultados de un programa en razón de los objetivos propuestos para sí mismo, con el fin de tomar decisiones sobre su proyección y programación para un futuro.”⁷⁷

Por tanto, se determinaron los efectos económicos y sociales derivados de la aplicación de la Ley 100 de 1993 en el departamento de Nariño, por medio del estudio de la interrelación de los actores y del cumplimiento o no de los objetivos del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.8.2 Población y Muestras. La población de estudio de la presente investigación la conformaron los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado del departamento de Nariño, para el periodo 2004-2011. Su comprensión fue base fundamental para el estudio de sus relaciones internas y sus repercusiones socio-económicas.

Desde la demanda de servicios de salud se analizaron los usuarios del Régimen Contributivo y Subsidiado. La función de prestación de los servicios corrió a cargo de las IPS públicas, las ESE y las IPS Indígenas. También están las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado, encargadas de la articulación del sistema. Y finalmente los entes estatales responsables de la inspección, vigilancia y control. Esto fue así porque el análisis del sistema requería no solo identificar los efectos en quienes demandan servicios de salud –los usuarios –, sino también en quienes conforman la oferta, desde la fase de financiación, articulación y administración; hasta la prestación del servicio.

⁷⁷ TAMAYO, Mario. Serie Aprende a Investigar. Módulo 2: La Investigación. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. ICFES. AFROEDITORES LTDA. Tercera Edición. 1999., p. 53.

En ese sentido, la población se delimitó así:

- 1'362.868 usuarios que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los regímenes Subsidiado y Contributivo del departamento de Nariño.
- 14 Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y 8 Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que operan en el departamento de Nariño.
- 82 Instituciones Prestadoras de Salud Públicas.
- Dos entidades estatales encargadas de la inspección, vigilancia y control.

Dada la complejidad del caso se hacía supremamente dispendioso utilizar un método de *Muestreo Aleatorio* para definir la muestra, principalmente porque las bases de datos no son un número fijo en el tiempo, sino que han venido variando año tras año; debido a lo anterior se optó por la utilización de un *Método de Muestreo No Aleatorio*. Con este método los investigadores pudieron incidir de acuerdo a sus criterios y al desarrollo de la investigación en la determinación de la muestra, procurando que sea lo más representativa posible.

Como instrumento para la recolección de información primaria se realizaron entrevistas, con el fin de determinar particularidades en cada uno de los actores. Aunque la presente no puede denominarse fundamentalmente una investigación cualitativa, las entrevistas se volvieron necesarias para su desarrollo, con el fin de conocer las posiciones de quienes hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño.

“Por lo que concierne a la investigación cualitativa y para efectos de la realización de la entrevista, se recurre al muestreo no probabilístico que no reposa sobre el azar, sino que es intencional; en otras palabras se trata de reproducir lo más fielmente a la población, teniendo en cuenta sus características conocidas.”⁷⁸

Por otro lado:

“la entrevista como instrumento de investigación es suficiente para la realización del proceso investigativo y en muchos casos su uso es forzado y frecuentemente obligatorio. Más aún tiene un importante potencial complementario en relación a

⁷⁸ LOPEZ Raúl y DESLAURIERS Jean-Pierre. La Entrevista Cualitativa Como Técnica Para la Investigación en Trabajo Social. *En*: Margen. Junio, 2011. no. 61. p. 8.

*los estudios cuantitativos, en donde su aportación concierne al entendimiento de las creencias y experiencia de los actores.*⁷⁹

En vista de que la investigación se adelantó por tan solo dos investigadores, quienes la financiaron en su totalidad con recursos propios, se tomó como criterios para la determinación de la muestra de Usuarios y Prestadores los dos municipios de mayor afiliación al régimen Subsidiado, así como a la ciudad de San Juan de Pasto como capital del departamento; en los dos municipios, los Prestadores se encargan de mediana y baja complejidad; en tanto que en la ciudad de Pasto se brinda los tres niveles de complejidad; esto se hizo con el fin de representar lo más exacto posible las características de la población. En cuanto a la muestra para las Aseguradoras se empleó el criterio de número de afiliados que poseen. Y finalmente para el sector estatal se tuvo en cuenta la totalidad de instituciones que ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control en el departamento. La muestra representativa de la población objeto de investigación se estableció de la siguiente manera:

- Tres IPS públicas.
- Una IPS privada.
- Cinco EPS del departamento de Nariño, dos del Régimen Contributivo y tres del Régimen Subsidiado.
- Dos representantes de Asociaciones de Usuarios.
- Dos entidades estatales en el departamento de Nariño.

1.8.3 Diseño de Procedimientos. Para la consecución de información primaria, se adelantó un total de 22 entrevistas a distintas personalidades e instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la región, tanto desde la óptica de los usuarios, el aseguramiento y la prestación del servicio; 13 de estas entrevistas se realizaron a los principales actores anteriormente identificados en la muestra de la población. Sin embargo, con motivo de mejorar la percepción desde otros ámbitos, se realizaron 9 entrevistas adicionales a sectores complementarios, brindando de esta manera una visión más amplia y generalizada del sistema de salud.

En ese sentido, las entrevistas que se realizaron para la consecución de información primaria estuvieron clasificadas de la siguiente manera:

⁷⁹ *Ibíd.*, p. 1.

- Tres IPS públicas: Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, Pasto Salud E.S.E, Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
- Una IPS privada: Gestionar Bienestar de Túquerres
- Cinco EPS del departamento de Nariño: Régimen Contributivo (Saludcoop EPS y Coomeva EPS). Régimen Subsidiado (Caprecom EPS, Asmet Salud EPS y Comfamiliar de Nariño EPS).
- Dos representantes de Asociaciones de Usuarios
- Dos entidades estatales en el departamento: El Instituto Departamental de Salud de Nariño y la defensoría del Pueblo Regional Nariño.
- Cuatro Agremiaciones científicas del área de la salud: Academia Nacional de Medicina, Asociación Nacional de Enfermeras, Asociación Médica Sindical de Colombia ASMEDAS y el Tribunal de Ética Médica de Nariño.
- Un sindicato de Trabajadores: Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social en Colombia SINDESS.
- Cuatro instituciones de educación superior que ofrecen carreras en ciencias de la salud en el departamento de Nariño: Universidad de Nariño, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad Mariana y Universidad San Martín.

La información que se recolectó por medio de las entrevistas se organizó y procesó con base a la “teoría fundamentada”⁸⁰ por medio de la codificación de datos con el fin de reorganizarlos para finalmente construir el esquema del sistema basado en el conocimiento de los actores.

Con respecto a la información secundaria se realizó el análisis respectivo utilizando las estadísticas consolidadas suministradas por distintas entidades del orden nacional, como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el Departamento Nacional de Planeación - DNP-, la Fundación Para la Educación Superior y el Desarrollo FEDESARROLLO, la Superintendencia Nacional de Salud, la Red de Bibliotecas del Banco de la Republica; así como del orden territorial como la Universidad de Antioquia y del orden regional como el Instituto Departamental de Salud de Nariño, el Centro de Desarrollo Regional y Empresarial, CEDRE y la Gobernación de Nariño.

⁸⁰ STRAUSS, Anselm. CORBIN, Julit. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de ingeniería de la facultad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. 2002

1.8.4 Método. Es importante señalar que al tratarse de una investigación que busca evaluar los efectos en el desarrollo socio-económico del departamento de Nariño con la aplicación de la Ley 100 de 1993; es decir, que trata de definir cuáles son las variables más importantes del sistema de salud colombiano y cómo dichas variables han ido evolucionando en el tiempo, sin dejar de lado que en el sistema de salud están inmersos principios de corte moral y éticos. Por ello se requiere una mirada profunda de sus características más importantes y su relación con el desarrollo socio-económico. Por todo lo anterior y siguiendo a Salkind, el *método* más conveniente para la investigación es el denominado *cuasiexperimental*, que supone el estudio de las variables cuando ya están dadas, es decir cuando ya han ocurrido en el tiempo; lo cual se ajusta precisamente a la puesta en marcha del sistema de salud colombiano y su evolución en los últimos años. Cambios que aunque no sean estructurales, significan efectos importantes en el bienestar de la población, además de los efectos sobre los actores que intervienen en el mismo como las Empresas Promotoras de Salud, las Empresas Sociales del Estado, las Instituciones Prestadoras de Salud, el sector académico, los trabajadores, los profesionales del sector salud y las entidades del Estado.

Las variables a investigar pasan por diversas modificaciones de las variables independientes que la explican, sin embargo estos cambios no responden al investigador, pues ya sucedieron; tal y como lo asume Neil Salkind, *“los estudios cuasiexperimentales permiten estudiar los efectos de tales variables cuando ya han ocurrido”*⁸¹

1.8.5 Técnicas de Análisis e Interpretación de Resultados. Debido a la naturaleza de la investigación que se dirigió hacia buscar resultados y mediciones; inicialmente se procedió a organizar y tabular la información. Luego se calcularon distintos indicadores de eficiencia, de impacto, de tipo social e indicadores de prestación y acceso. Igualmente se utilizaron herramientas estadísticas matemáticas y econométricas; como grados de correlación, índices, desarrollo de modelos econométricos y cálculo de grado de causalidad entre variables, todo esto mediante del procesamiento de la información primaria y secundaria. Se emplearon por tanto, softwares econométricos como E-views y Gretl, además de herramientas ofimáticas como hojas de cálculo, procesador de textos y herramientas de presentación multimedia.

⁸¹ SALKIND, Neil. J. Métodos de Investigación. Tercera Edición. Prentis Hall, México. 1999., p. 251.

2. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO BAJO LA APLICACIÓN DE LA LEY 100 DE 1993

La puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud es sin dudas uno de los principales acontecimientos políticos del país de los últimos años, no obstante para su comprensión y el análisis de la reforma a la salud, esta sección del documento contiene una breve descripción del funcionamiento y las limitantes del antiguo Sistema Nacional de Salud y las razones de su reforma. Así mismo, describe la puja ideológica entre *Bismarckianos* y Neoliberales que finalmente terminó en la aprobación de la Ley 100 del año 1993 en medio del debate que suscitó la Asamblea Nacional Constituyente y que tendría como resultado la promulgación de la nueva Constitución Política, con la cual se reformaría el sistema de salud de los colombianos, seguido de una detallada descripción de la forma como funciona el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano con sus dos características principales: la aparición de la UPC y el POS, además de la clasificación de la población en regímenes y la forma como se financia cada uno de ellos. Para finalmente determinar los actores que intervienen en el nuevo sistema haciendo énfasis en el surgimiento de las EPS como producto de recomendaciones internacionales.

2.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1974-1993)

A partir de 1974 hasta inicios de la década de 1990 el país contaba con el denominado Sistema Nacional de Salud –SNS–, conformado a su vez por los subsistemas: Público, Privado y de Seguridad Social.

El Subsistema de Seguridad Social aseguraba a trabajadores formales, tanto públicos como privados. Asegurados los públicos por las cajas de previsión social y los privados por el Instituto de Seguros Sociales –ISS–. El sistema se financiaba por cotizaciones de sus afiliados y patronos, además de algunos aportes del Gobierno. El ISS se financiaba por un 7% de los ingresos salariales del trabajador, de los cuales 1/3 correspondía a aportes del trabajador y los restantes 2/3 corrían por cuenta del empleador. A pesar de que inicialmente la financiación sería por partes iguales entre el Estado, el empleador y los trabajadores; recursos con los que se cubriría al trabajador, su conyugue e hijos menores de un año;

aunque cabe resaltar que existieron regiones del país donde debido a la poca afiliación del ISSy con una cotización de 12% de su salario, se aseguraba al núcleo familiar.⁸²

Por otro lado las cajas de previsión social afiliaban al sector oficial, se financiaban con aportes del 5% del ingreso laboral del trabajador, con lo cual se cubría parte de salud y pensiones, el restante corría por cuenta del Estado, quien en última instancia terminó financiando estas cajas. Las cajas de previsión fueron especialmente numerosas en el país, llegando a contarse más de mil de ellas, en las cuales, sectores oficiales se afiliaban, como el caso de las Fuerzas Armadas, el magisterio o Ecopetrol, que aún hoy en día conservan beneficios especiales en los denominados *regímenes especiales o de excepción*.

Posteriormente la Ley 21 de 1982, les dio facultades a las Cajas de Compensación Familiar para poder brindar servicios de salud a sus trabajadores afiliados, que a partir del subsidio familiar atenderían a las familias de los trabajadores formales, inicialmente con cobertura al sector privado y luego a los trabajadores del sector público, mediante un sistema de subsidio a la demanda de servicios de salud.

El subsistema Público, atendía a la población pobre que no podía cotizar, por tanto, no pertenecía al subsistema de Seguridad Social y menos al subsistema Privado. Los servicios de salud eran prestados por la red pública hospitalaria, de las cuales se contaba con más de mil instituciones en todo el territorio nacional dotadas de 45.000 camas hospitalarias, cuyo nivel de ocupación no superaba en la mayoría de los casos el 50% con excepción de algunos hospitales de alta complejidad. Estos hospitales se financiaban por un procedimiento denominado *subsidio a la oferta*. Hacían un ejercicio presupuestal cada año, en el cual proyectaban sus gastos, sin embargo muchos de ellos los proyectaban suponiendo niveles de ocupación superiores a los reales; con este procedimiento los costos se incrementaban y había una ineficiente asignación de recursos; por otro lado sus presupuestos también dependían del nivel de presión política que sus directivas pudieran tener. La financiación de este subsistema se hacía principalmente con recursos del Estado, quien utilizaba para ello criterios de carácter poblacional y de pobreza, que sin embargo finalmente se hacía por recursos históricos y presión de los entes territoriales. La inmensa mayoría de los recursos que eran girados a los departamentos se hacía por medio del *Situado*

⁸²GOMEZ, G. Jorge. El Estado Crítico de la Salud en Colombia. (En línea) EN: CEDETRABAJO. 2001 (Consultada: 4 de febrero de 2013) disponible en la dirección electrónica: <http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/29-8.pdf>

*Fiscal*⁸³, otro tanto correspondía a las rentas cedidas, que son impuestos de carácter nacional, cuyo recaudo se encarga a los departamentos y corresponde a juegos de suerte y azar, licores y tabaco. Más adelante con el avance de la descentralización y las elecciones populares de gobernadores y alcaldes, los entes territoriales también aportan marginalmente algunos recursos por medio de esfuerzo propio, provenientes de impuestos territoriales.

Y por último estaba el subsistema Privado, en el que se atendía a quienes podían costear sus servicios, limitado entonces por la capacidad de pago. Sus afiliados eran atendidos en clínicas y hospitales también de carácter privado; que sería la génesis de la medicina prepagada que aún hoy en día existe.

La principal falencia de este sistema fue que a pesar de haber funcionado varias décadas, no logró la universalidad del servicio de salud. A Diciembre de 1993, el ISS atendía el 15% de la población correspondiente a 5'044.630 de habitantes; las Cajas de Previsión Social y las Cajas de Compensación Familiar alcanzaron una cobertura del 5,6%, es decir 1'887.320 habitantes. Sin embargo el 50% de la población obligada a afiliarse a dichas instituciones prefería ser atendido en el subsistema Público. En tanto que *teóricamente* se esperaba que el subsistema Público atendiera a más del 75% de la población colombiana, este logró una cobertura en 1993 de 11'800.000 personas, es decir el 35.1% de la población. Por otro lado la medicina prepagada y la privada cubrían 2'500.000 personas, un 7.5% de la población total, dejando sin cobertura al 36.8% de los habitantes del país.⁸⁴

Además de los bajos niveles de cobertura, el antiguo SNS presentaba problemas en la articulación de los subsistemas, desorden administrativo que muchas veces conducía a una duplicación de acciones y a la deficiencia en la asignación de los recursos, porque respondían por sobre todo a presupuestos históricos que no encontraban relación con la cantidad de usuarios, la calidad y el volumen de los servicios prestados; por el contrario respondía a presiones políticas de las regiones, con lo cual aquellas de mayor peso político podían tener mayores asignaciones presupuestales, todo ello manifestado en los bajos niveles de calidad.

Estos hechos permitieron una selección adversa acorde a la capacidad de pago e incluso al nivel socioeconómico, situación que produjo un desequilibrio y falta de solidaridad entre los diversos subsistemas y dentro de los mismos; así los trabajadores o sectores con mayores niveles de ingresos disfrutaban de mejores

⁸³ El situado fiscal estuvo vigente hasta el 2001, año en el que la ley 715 de 2001, reglamentó el Sistema General de Participaciones, SGP.

⁸⁴ *Ibíd.*

garantías que sectores con niveles inferiores, característica más marcada en el subsistema de Seguridad Social, principalmente entre las Cajas de Previsión Social. También existía una barrera de acceso para la familia del trabajador afiliado al Instituto de Seguros Sociales, porque no siempre su núcleo familiar estaba asegurado.

En cuanto a la calidad es evidente que existían deficiencias en oportunidad y una prestación efectiva de los servicios de salud. Alrededor del 25% de los colombianos no tenían acceso al subsistema público; el sector privado dependía de la capacidad adquisitiva, e incluso la seguridad social presentaba barreras de acceso como algunos impuestos locales por tramites notariales que significaba en la práctica una especie de copago, que según datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 1992, suponía una barrera a la mitad de las personas que podrían haber sido atendidas en este sistema. Estas fueron las razones que impulsaron la necesidad de una reforma al SNS.

2.2 EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Para entender las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud necesariamente se debe partir de la Constituyente de 1991, en la que se condensan las circunstancias que motivaron la reforma del Sistema Nacional de Salud. Son tres las condiciones que tuvieron un impacto en la manera como se organizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud: la primera, es la propia promulgación de la Constitución Política de 1991, que permitió a Colombia pasar de un Estado de Derecho, a un Estado *Social* de Derecho, cambio que acorde al tema particular de la presente investigación se puede resumir en que no solo se promulga el *derecho* al servicio de salud, sino que además se avanza en buscar mecanismos que permitan el acceso real de los *servicios* de salud. Una segunda condición, que también se encuentra en el ánimo de la propia Constitución, fue la apertura económica con sus efectos en la recomposición del papel del Estado, el cual cada vez más abandona el monopolio que puede tener en diversos sectores socio-económicos y permite que sea el sector privado el que asuma esas responsabilidades, sin embargo continúa generando acciones de vigilancia y control. Una tercera condición, es el aumento de la descentralización para dar mayores responsabilidades a las regiones y municipalización del presupuesto como lo demuestran la promulgación de la Ley 10 de 1990 de descentralización administrativa, la Ley 60 de 1993 y posteriormente la Ley 715 de

2001, las dos últimas encaminadas al aumento de la descentralización en la asignación de los recursos e incrementar las responsabilidades de los entes territoriales.

A las anteriores condiciones, que pueden denominarse exógenas, debe adicionarse el propio debate interno de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptada mediante la Ley 100 de 1993; pues es el resultado de la confrontación de dos fuerzas políticas divergentes: Bismarckianos y Neoliberales; ambos diferían en el enfoque principal del sistema: los primeros abogaban por los principios de *universalidad y solidaridad* especialmente, mientras que los segundos asumían que debía tenerse en cuenta con mayor rigor la *competencia y la eficiencia económica* del sistema; este debate se condensaría en los principios consagrados finalmente en la Ley 100 de 1993.

2.2.1 Elementos Generales. En primer lugar la Ley 100 de 1993 organiza el denominado Sistema Integral de Seguridad Social, bajo los principios de *universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación*. En este sistema se reglamentan los riesgos profesionales, las pensiones y el servicio público de salud; para cada uno de ellos a su vez se crea un sistema particular. En el caso de la Salud se crea el denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– objeto de estudio de esta investigación.

El nuevo SGSSS se establece bajo los principios de: *universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención, continuidad*. En ellos se encuentra implícitamente el debate y consenso entre Bismarckianos y Neoliberales.

Con la reforma al sistema de salud y la creación del SGSSS se pretendía crear un mercado regulado y abierto, a los sectores público y privado, para que por medio de la competencia se garantice tanto eficiencia como calidad. De esta manera se crean las Empresas Promotoras de Salud –EPS– de carácter público, privado o mixto y es la diferencia más marcada tanto con otros modelos de salud de Latinoamérica como con el propio sistema anterior colombiano. Estas empresas son las encargadas de manejar o administrar los recursos del SGSSS, a quienes se reconoce una prima de seguro ajustada por riesgo denominada Unidad de Pago por Capitación –UPC–, con la cual realizan principalmente actividades de

afiliación y aseguramiento; pueden tener o no ánimo de lucro, en el caso del ánimo de lucro su ganancia deriva de la administración del riesgo y de la cantidad de afiliados que tenga: a mayor cantidad de afiliados tienen mayor financiación para contratar los posibles servicios de los prestadores.

La red pública hospitalaria que anteriormente dependía de departamentos o municipios se financiaba con recursos de subsidio a la oferta para cubrir los gastos de procedimientos médicos, administrativos y de infraestructura. Con la puesta en marcha del nuevo SGSSS cada municipio debió crear una Empresa Sociales del Estado –ESE–, con mayor autonomía y principios de autogestión, presididas por una junta en donde se encuentra representado el Estado, la comunidad y profesionales de la salud. A cargo de cada ESE se encuentra una estructura administrativa dirigida por un gerente y oficinas operativas para su funcionamiento; de esta manera se da en la práctica el cambio cualitativo hacia un funcionamiento empresarial. Pues las ESE tienen ahora la necesidad constante de mantener unas finanzas sólidas, en vista que sus ingresos se derivan de la venta de servicios.

Cada municipio debe tener una ESE que cuente con al menos una unidad operativa que preste el servicio de salud, en este sentido cada ESE cuenta con al menos un centro de salud u hospital. En municipios con mayor población, la ESE puede llegar a tener varias unidades operativas para cubrir la demanda de servicios de salud. Los departamentos pueden constituir hospitales de carácter departamental, aunque no es una obligación expresa de la legislación colombiana. Los hospitales y clínicas netamente privados y los profesionales independientes se convirtieron en Instituciones Prestadoras de Salud –IPS–. De esta manera el enfoque de Subsidio a la Oferta del anterior sistema, se sustituye por un enfoque de *Subsidio a la Demanda*, así quienes presten servicios de salud, tendrían el incentivo creado por el mercado para ser más competitivos.

Es necesario tener en cuenta que los subsidios a la demanda, no son recursos que se asignan directamente al usuario, sino una herramienta que permite a la empresa aseguradora o EPS, correr con los gastos de atención o procedimientos de salud, regulados por el Plan Obligatorio de Salud –POS– más un margen que permita cubrir el costo de la administración del riesgo y de la operación. Este valor se reconoce a las aseguradoras por cada afiliado que tengan mediante otra de las herramientas características de este sistema: la Unidad de Pago por Capitación, -UPC– asignada de acuerdo al régimen al que pertenezca el afiliado, que puede ser *Contributivo o Subsidiado*.

El Régimen Contributivo incluye a trabajadores formales y sus patronos, trabajadores independientes con capacidad de pago, población pensionada y además sus núcleos familiares como beneficiarios. Y el Régimen Subsidiado que en general se refiere a la población pobre sin capacidad de pago ni con un trabajo formal. Con el objetivo de financiarlos habrá una UPC para el Régimen Contributivo y otra para el Régimen Subsidiado.

2.2.2 Plan Obligatorio De Salud –POS– y Unidad De Pago Por Capitalización –UPC–. El Plan Obligatorio de Salud –POS– es el conjunto de procedimientos, actividades, medicamentos, atención preventiva y atención médico-quirúrgica, que se entiende como protección integral a que tienen derecho todas las personas pertenecientes al SGSSS. El Gobierno Nacional por medio de la Comisión de Regulación En Salud –CRES⁸⁵– actualiza los componentes del POS y el valor de la UPC a través de acuerdos de manera anual. Estos acuerdos parten de estudios técnicos del POS y de suficiencia de la UPC para el año siguiente a su promulgación, generalmente se contrata un grupo de consultores y estos presentan el informe a la CRES.

Sin embargo uno de los inconvenientes que se encontraron con respecto a los estudios de suficiencia es que la metodología utilizada ha variado año tras año, aunque comprende algunas similitudes. En estas casi dos décadas de funcionamiento del SGSSS, ni el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS– ni la CRES, desarrollaron una metodología estandarizada que permitiera de manera clara determinar la actualización de la UPC y el POS, pues año tras año o bien la metodología cambiaba o bien las adiciones se hacían por diversos argumentos políticos, técnicos, judiciales o económicos. Solamente existen algunos lineamientos generales consignados en el Acuerdo 008 de 1994 del CNSSS en el que se define que las actualizaciones y adiciones al POS deben responder a *“la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad”*⁸⁶ pero teniendo en cuenta *“la mayor efectividad en la utilización de los recursos, mayor*

⁸⁵La conformación de la CRES se llevó a cabo por medio de la ley 1122 de 2007, anterior a esa fecha existía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS–. La CRES asumió las funciones del CNSSS, entidad que asumió el papel de órgano consultor del Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, por medio del decreto 2560 de 2012 se ordena la liquidación de la CRES y sus funciones se trasladan al Ministerio de Salud y Protección Social.

⁸⁶ COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 008. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 1994. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Art. 6.

*eficacia en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía.*⁸⁷

En general el objetivo final de estos estudios es estimar el incremento del costo promedio que tendrán los procedimientos y medicamentos que ya se encontraban incluidos en el POS para el año de referencia y a ello incluir el incremento del costo que se estima tendrá el POS debido a la inclusión de nuevos procedimientos o medicamentos, para finalmente determinar el valor de la UPC en cada uno de los regímenes, dependiendo de zonas geográficas⁸⁸ y urbanas⁸⁹ además de grupos etarios, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Estructura de costo por grupo etario, por zona geográfica y zona urbana, de la UPC-C 2011

UPC-C Promedio Ponderada 2011= \$ 505.627,20

Grupo Etario	Estructura De Costo	UPC-C General	UPC-C Por Zona Geográfica (10%)	UPC-C Por Zona Urbana (6%)
< 1 Año	3,00	1.516.881,60	1.668.569,76	1.607.894,50
1-4 Años	0,96	487.070,68	535.777,75	516.294,92
5-14 Años	0,34	170.143,55	187.157,91	180.352,17
15-18 Años Hombres	0,32	162.154,64	178.370,11	171.883,92
15-18 Años Mujeres	0,56	281.533,22	309.686,55	298.425,22
19-44 Años Hombres	0,57	288.561,44	317.417,59	305.875,13
19-44 Años Mujeres	1,06	535.358,08	588.893,89	567.479,56
45-49 Años	1,05	529.543,37	582.497,70	561.315,97
50-54 Años	1,34	675.416,81	742.958,50	715.941,82
55-59 Años	1,63	825.638,65	908.202,52	875.176,97
50-64 Años	2,10	1.062.575,56	1.168.833,12	1.126.330,09
65-69 Años	2,61	1.321.760,06	1.453.936,07	1.401.065,67
70-74 Años	3,14	1.586.101,96	1.744.712,16	1.681.268,08
75 años y mayores	3,94	1.993.131,86	2.192.445,05	2.112.719,77

FUENTE: CRES. Acuerdo 019 de 2010.

⁸⁷ *Ibíd.* Art. 5.

⁸⁸ Las zonas geográficas corresponden a los departamentos de: Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la Región del Urabá, con excepción de las ciudades de: Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia.

⁸⁹ Las zonas Urbanas corresponden a las ciudades de: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla; y los municipios de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad.

La UPC-C se define como un valor promedio ponderado, pues posee una estructura de costos diferenciado de acuerdo al grupo etario, de esta manera es mayor en los últimos y primeros años de vida, pues son periodos en los que la población tiene mayor probabilidad de enfermedad o muerte. También tiene un componente geográfico y urbano, acorde a un criterio de zonas alejadas o de difícil acceso, que adquieren un valor adicional del 10% de la UPC-C General; además se determina el componente urbano teniendo en cuenta las ciudades capitales de mayor concentración poblacional y su área de influencia, este componente tiene derecho a una adición del 6% del valor de la UPC-C General. De esta manera un niño menor de un año, en 2011 tuvo una UPC-C General de \$1.516.881,60 al año; que resulta de multiplicar \$505.627,20 de la UPC-C Promedio Ponderada, con el valor de 3 que corresponde a la estructura de costo para su grupo etario; si además forma parte de alguna zona geográfica especial al valor de \$1.516.881,60 se le adicionó 10% dando como resultado \$1.668.569,76 al año, o si pertenece a alguna de las zonas urbanas decretadas por la CRES, la adición fue del 6%, que corresponde a \$1.607.894,50 anuales.

La asignación de la UPC del Régimen Subsidiado presentó características diferentes. No tiene una clasificación etaria, por lo cual no existe una ponderación en la asignación de los recursos. La UPC-S plena, homológamente a la UPC-C, tiene una adición correspondiente a la zonas geográficas de difícil acceso, que corresponde a 11.47% adicional a la UPC-S plena; y a las zonas urbanas de mayor concentración de población, que reciben un 7.5% adicional a la UPC-S plena. Existía además una UPC-S parcial, que correspondía al 39.5% del valor de la UPC-S plena, aplicada a la población perteneciente al SISBEN nivel 3 y que no forma parte del Régimen Contributivo y otra UPC-S parcial ajustada por zonas urbanas que correspondió al 42% de la UPC-S plena. Tal como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Estructura de costos subsidio pleno y subsidio parcial, por zona geográfica y zona urbana, de la UPC-S 2011

UPC-S Plena 2011= \$ 302,040.00

UPC-S Plena	UPC-S Adicional Por Zona Geográfica (11.47%)	UPC-S Adicional Por Zona Urbana (7.5%)	UPC-S Parcial General (39.5%)	UPC-S Parcial Por Zona Urbana (42%)
302,040.00	336,683.99	324,693.00	119,305.80	126,856.80

FUENTE: CRES Acuerdo 019 de 2010.

La distribución de los recursos de la UPC deja claro que existe una marcada inconsistencia en la forma como el sistema organiza el gasto por grupo etario;

pues mientras en el Régimen Contributivo se da prioridades y por tanto mayor financiación a la población de edades con mayor riesgo como los niños menores de 1 año y población mayor de 75 años. Aún más, la inmensa mayoría de la población contributiva posee mejor financiación que la totalidad de la población subsidiada. Solamente el grupo comprendido entre hombres de 15 a 44 años y mujeres entre 15 y 18 años poseen una financiación que es menor a la UPC-S.

El año 2011 es prueba de la carencia de una metodología base o estandarizada para la actualización de las UPC, hecho que impide un seguimiento de los resultados y su comparación. Además de ello, actores como el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología –CMET– jugó un papel marginal, pues los incrementos anuales de la UPC se han justificado por diversos argumentos, no solamente técnicos o científicos, sino financieros, económicos políticos y judiciales.

En aras de corregir estas inconsistencias la Ley 1438 de 2011 exige que las metodologías a utilizarse sean explícitas y cuenten con la opinión de los diversos actores que participan en el SGSSS, a ello se sumó la posición de la CRES⁹⁰, que a parte de las disposiciones de dicha Ley, propone como lineamiento que la metodología del POS sea lo suficientemente flexible para que pueda tener ajustes durante el periodo de su implementación, pero a su vez sea lo suficientemente clara y transparente para que cualquier actor pueda usar sus bases de datos y aplicar su metodología, buscando que los resultados sean también los mismos.

2.2.2.1 Unificación del POS y la UPC. Detrás de las falencias metodológicas anteriores, una debilidad aún más de fondo, es que las actualizaciones del POS en su conjunto, al menos en el periodo estudiado, no han podido generar la muy necesaria unificación de los Planes de Beneficio para ambos regímenes, de hecho su origen no es el mismo y la disparidad entre ambos es una característica heredada desde el propio comienzo de la Ley 100 de 1993.

El POS-C fue el resultado de la actualización de los paquetes de beneficios que ya existían en el ISS, producto de la presión política por la no pérdida de los *derechos adquiridos*. Por otro lado el POS-S es el resultado del plan piloto de *Empresas Solidarias de Salud –ESS–*, que el Gobierno Nacional impulsó en 1992, estas

⁹⁰COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Metodología Para la Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Informe de Subdivisión Técnica de La Comisión de Regulación En Salud. Bogotá. Junio de 2011.

buscaban organizar unos paquetes básicos de salud para la población más pobre. De hecho las ESS iniciales de ese plan piloto también son la base de las EPS para el régimen subsidiado. Así mismo esta inequidad en los paquetes de beneficio se manifestó en diferencias en la Unidad de Pago por Capitación para cada régimen desde el sus inicios.

El origen de la UPC al igual que el POS, es inequitativo para el Régimen Subsidiado. Por un lado la UPC contributiva representaba los resultados del estudio técnico ajustado por la metodología de *carga de la enfermedad* realizado por el Ministerio de Salud, que contó con apoyo financiero y asesoría internacional y sus resultados sugirieron la suma de \$140.000 anuales para el inicio del nuevo sistema y la financiación del paquete de beneficios, ello teniendo en cuenta la presión que existió para que el naciente Régimen Contributivo tuviera beneficios acorde al paquete que hasta entonces de manera general brindaba el ISS, aun así no fue respetada en su integralidad la decisión que provenía de un estudio técnico y finalmente se ubicó en los \$118.000 para el año 1994 y \$121.000 para el año 1995; con respecto a esto Giedion, Panopoulou y Gómezcitan:

Los estudios iniciales realizados por Juan Luís Londoño no fueron tenidos en cuenta cuando se aprobó posteriormente la UPC con la que empezó la operación del Sistema. Comenta [Nelcy Paredes] que aunque en el primer estudio se presentan frecuencias de uso, perfil epidemiológico y otras variables que daban un costo para una UPC de \$140.000 pesos, la UPC que empezó a regir fue solo de \$121.000 pesos, la cual se ajustó teniendo como único factor definitivo la disponibilidad de recursos y no se revisó el contenido del POS con la información disponible⁹¹

Por otro lado la metodología que se utilizó para la definición de la UPC del nuevo Régimen Subsidiado fue distinta a la del Régimen Contributivo, pues la priorización se hizo con base a información preexistente y acorde a las edades de la población en *función de la morbimortalidad*; a ello se suma que su intencionalidad era diferente, pues en el plan piloto de las ESS de 1992 se trataba de un plan de beneficios *mínimos*. Tanto es así que inicialmente se esperaba que dicho plan mínimo fuese de \$20.000, posteriormente y con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 se determinó que el inicio del POS-S sería de un valor equivalente al 50% del Contributivo, por este motivo se definió en \$59.000 anuales.

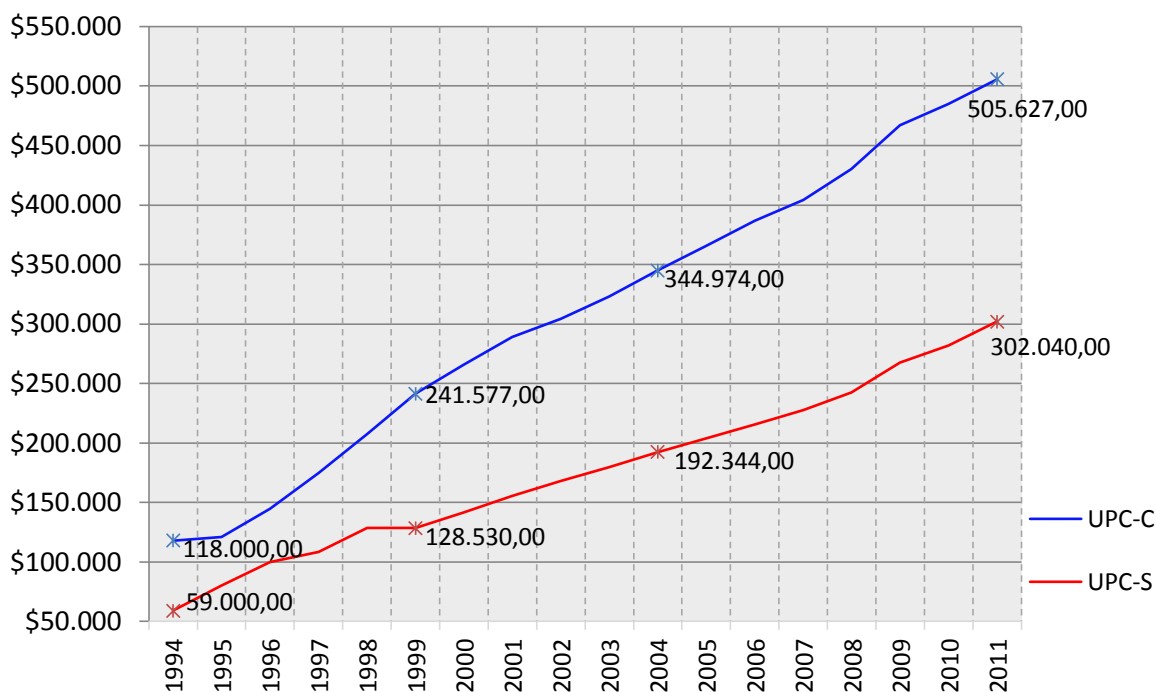
⁹¹CNSSS, Acta No. 142 del 22 de diciembre de 2003. Citado por GIEDION, Úrsula y Otros. Diseño y Ajuste de los Planes Explícitos de Beneficios: el Caso de Colombia y México. Santiago de Chile. CEPAL. 2009., p. 101.

La metodología de carga de la enfermedad utilizada para la definición de la UPC-C sin lugar a dudas genera mejores criterios para la toma de decisiones, en comparación con el análisis *de problemas de salud prevalentes en base a morbimortalidad* aplicada en la definición de la UPC-S. Pues en la primera se emplea fundamentos metodológicos como cálculo de años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura (AVP) y de los años de vida perdidos por discapacidad (AVD).⁹²De esta manera, incluso desde el estudio técnico para su financiación, el POS-C lleva ventaja sobre el POS-S. Ello significa que el POS-S presenta en la práctica una deficiencia en su estructura. Además resulta altamente inequitativo el hecho de recurrir a mejores formas de medición de la UPC para quienes tienen mayores recursos y estimaciones de buena fe a quienes no gozan de ingresos estables o vinculación laboral formal. A continuación en el gráfico 1 se muestra la evolución del valor de la UPC-C y UPC-S.

Desde la puesta en marcha del SGSSS, la UPC-C se ha encontrado por encima de la UPC-S. Es preocupante que el único periodo en que tendían a convergir fue en los inicios de su aplicación, entre el periodo 1994-1998. Entre 1999-2002 debido a la crisis económica que sufrió el país el POS de ningún régimen se actualizó. Por otro lado en 1999 la UPC-S no tuvo crecimiento, por el contrario la UPC-C tuvo un crecimiento de 16%; esta inequidad se mantiene durante los años siguientes, que se puede demostrar porque en el 2011 por cada peso que existía en el Régimen Contributivo tan solo se destinaba 0.59 pesos en el Régimen Subsidiado, un nivel muy por debajo en comparación con el año 1996 que fue el año en el que la financiación de ambos regímenes más se equiparó, pues por cada peso del Régimen Contributivo, correspondían 0,69 pesos para el Régimen Subsidiado.

Gráfico 1. Evolución UPC-C y UPC-S (Precios Corrientes) 1994-2011

⁹² VELÁSQUEZ, Aníbal. Guía Metodológica para las Estimaciones Epidemiológicas del Estudio de Carga de la Enfermedad. (En Línea) EN: USAID 2006 (Consultada: 16 de febrero de 2013) disponible en la dirección electrónica: <http://www.politicassalud.org/site/documentos/14%20Guia%20Metodologica%20final.pdf>



FUENTE: GIEDIÓN, U. y Otros 2009. Acuerdos de la CRES. DANE.

Esta inequidad entre el POS-C y el POS-S y las UPC-C y UPC-S, se ha mantenido durante el periodo de análisis. Si bien es cierto, el espíritu de la Ley 100 pretendía, por lo menos de manera teórica, combatir la diferencia entre quienes pueden financiar el sistema por medio de aportes parafiscales y quienes no lo pueden hacer, el nuevo sistema no avanzó demasiado en ese sentido; el POS de manera originaria se estableció para el régimen Contributivo, como ya se mencionó, como un paquete integral que cubría *“todos los niveles de atención y prácticamente todos los servicios que estaban disponibles en el país en el momento de aprobar la reforma en 1993.”*⁹³ Mientras que el POS para el Régimen Subsidiado cubría la atención de primer nivel, procedimientos que se focalizaban para ciertas poblaciones, como los menores de un año, la atención en parto, mujeres embarazadas y tratamiento pos-parto, pero cobertura limitada en hospitalizaciones y en procedimientos de mediana y alta complejidad. Es apenas en el año 2008, con la sentencia T-760, que la Corte Constitucional ordena una igualación del POS para ambos regímenes, dando unos plazos para que dicha igualación tenga lugar de manera paulatina pero constante. Esto demuestra **que** las actualizaciones y la unificación, en casi veinte años de vigencia del SGSSS, no responde a intereses técnicos ni a argumentos económicos, sino de a presiones

⁹³ GIEDION. Op. cit., p. 14.

sociales que se traducen en órdenes de carácter jurídico. Este proceso se resume en la Tabla 3.

Es evidente que el proceso de unificación de los Planes de beneficio ha sido ineficiente, pues si bien es cierto son un avance en la mejora de la equidad, mientras no se encuentren acompañados del respectivo incremento en la UPC subsidiada resultan difíciles de llevar a la práctica, de esta manera en el 2011, a pesar que ya existía una unificación de los planes de beneficios para algunos grupos etarios se encuentra que por ejemplo, la UPC-S para niños menores de un año, tan solo representa el 20% de la UPC-C para el mismo grupo de edad del Régimen Contributivo; como se demostró en las tablas 1 y 2.

Tabla 3. Proceso de unificación de los Planes de Beneficio y las UPC

Legislación	Acción
Artículo 162 de la Ley 100 de 1993. Acuerdo 009 de 1994 del CNSSS	Crea el Régimen Contributivo y Subsidiado. Desde el comienzo el POS-C y POS-S tenían los mismos beneficios para niños menores de un año, atención del parto, embarazadas y cuidados pos-parto.
Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. Acuerdo 004 y 005 de Septiembre de 2009 de la CRES.	El 1 de Octubre de 2009 se igualan el POS-C y POS-S, además de la UPC-C y la UPC-S para la población comprendida entre 0 y 12 años.
Sentencia T-760 de 2008 y Auto 342A de 2009 de la Corte Constitucional. Acuerdo 011 de 2010 de la CRES	El 29 de Enero de 2010 se igualan el POS-C y POS-S, además de la UPC-C y la UPC-S para la población comprendida entre los 12 y los 18 años.
Sentencia T-760 de 2008. Acuerdo 027 de 2011 de la CRES.	El 1 de Noviembre de 2011 se igualan el POS-C y POS-S, además de la UPC-C y la UPC-S, para la población de 60 o más años.
Sentencia T-760 de 2008. Artículo 34 de la Ley 1393 de 2010. Acuerdo 032 de 2012 de la CRES.	El 1 de Julio de 2012 se igualan el POS-C y POS-S, para la población comprendida entre los 18 y 59 años.
Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. Auto 261 de Noviembre de 2012, de la Honorable Corte Constitucional.	Ordena que a partir de su fecha de expedición, se entienda que la UPC-S se igualará a la UPC-C, además de señalar la necesidad de estudios técnicos y periódicos que garanticen el equilibrio financiero y la prestación de servicios de las EPS del Régimen Subsidiado.

Fuente: Esta Investigación

De esta forma a partir de 2008, como resultado de la sentencia T-760 inicia de manera expedita la orden de unificación de la Unidad de Pago por Capitación y de

los planes de beneficio, tomando como referencia el POS y la UPC del Régimen Contributivo. La última de estas unificaciones tiene lugar en el año 2012 que corresponde a la población entre los 18 y 59 años que inició en el mes de Julio y la unificación de las UPC para su financiación inició en el mes de Noviembre, con lo cual se espera completar la totalidad de la población que tiene derecho a los mismos planes de beneficio independientemente del régimen al cual este afiliado. A continuación en la tabla 4 se detallan las adiciones y actualizaciones más importantes que han tenido el POS-C y POS-S en el periodo 1993-2011, con el fin de mostrar el comportamiento de dichas actualizaciones y modificaciones previas y posteriores a la sentencia T-760 de la Corte Constitucional que corresponde a una presión judicial a partir del año 2008.

Tabla 4. Principales inclusiones al POS-S y POS –C, Colombia 1993 - 2011

Año	CONCEPTO	APLICA PARA:
1993	Ley 100.	AMBOS
1994	Definición inicial del POS-C y POS-S.	AMBOS
1995	Se incluyen enfermedades de alto costo (ejemplo cáncer e insuficiencia renal) Se incluye atención por oftalmología, optometría, suministro de lentes y monturas para <19 y >60 años.	R. SUBSIDIADO
1995	Primera actualización manual medicamentos	AMBOS
1996	Se aumenta patologías de alto costo cubiertos en el POS-S. Se incluye tratamiento estrabismo en <5 años y cataratas en todas las edades.	R. SUBSIDIADO
1997	Se incluyen: apendicetomía, histerectomía, colecistectomía, hernio rafias y servicios de rehabilitación funcional.	R. SUBSIDIADO
1997	Segunda actualización manual medicamentos	AMBOS
1998	Se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	AMBOS
1998	Tercera actualización manual medicamentos.	AMBOS
1999	No hubo actualización del POS.	AMBOS
2000	No hubo actualización del POS.	AMBOS
2001	No hubo actualización del POS.	AMBOS
2002	Incluye acelerador lineal para tele terapia con fotones (tratamiento para cáncer).	AMBOS
AÑO	CONCEPTO	APLICA PARA

2002	Cuarta actualización manual medicamentos, inclusión ácido zoledrónico.	AMBOS
2003	Stent coronario no cubierto, carga viral VIH, colposcopia y biopsia de cuello uterino.	R. CONTRIBUTIVO
2004	Stent coronario no cubierto, carga viral VIH, colposcopia y biopsia de cuello uterino.	R. SUBSIDIADO
2004	Trasplante hepático.	R. CONTRIBUTIVO
2004	16 medicamentos alto costo.	AMBOS
2005	IAM, artroscopias, resonancias para pacientes ortopédicos hospitalizados.	R. SUBSIDIADO
2005	Colecistectomía laparoscópica, Cirugías plásticas, maxilofaciales y de otras especialidad cuando tengan fines reconstructivas funcionales. Mallas para herniorrafia.	AMBOS
2006	Mallas para hernio rafia, colecistectomía laparoscópica, inclusiones VIH/SIDA con base en guías de práctica clínica genotipificación, fórmula láctea, microalbminuria; medicamentos ERC con base en guías de práctica clínica; 3 Bifosfonatos para cáncer, 7 medicamentos para tratamiento nutricional; atención para interrupción voluntaria embarazo.	AMBOS
2007	Con base en guías de práctica clínica, nueva presentación del medicamento Lopinavir+Ritonavir para VIH/SIDA.	AMBOS
2007	Esterilización masculina.	R. SUBSIDIADO
2008	Con base en guías clínicas servicios ambulatorios especializados para hipertensión: consulta médica especializada y exámenes para clínicos o complementarios. Para diabetes mellitus 2: consulta médica especializada, consulta con nutricionista, consulta sicólogo, exámenes para clínicos o complementarios.	R. SUBSIDIADO
2008	Cinco medicamentos anticonceptivos hormonales y condón masculino.	AMBOS
2009	Igualación y unificación de los beneficios cubiertos por el POS-S a los niños y las niñas menores de 12 años, respecto a los contenidos del POS-C.	R. SUBSIDIADO
2010	Se unifican los planes de beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, entre los 12 y los 18 años.	R. SUBSIDIADO
2011	Se unifican los planes de beneficios para la población de 60 o más años.	R. SUBSIDIADO

FUENTE: Esta Investigación con base en Giedion (2009). Ministerio de la Protección Social (2010). CRES

La información de la tabla 4 puede dividirse en tres momentos con características particulares:

- El primer momento se extiende desde la promulgación de la Ley 100 en 1993 hasta el año 2008; en este periodo puede observarse claramente que las actualizaciones y adiciones que tuvieron lugar para el Régimen Contributivo como para el Régimen Subsidiado son en su mayoría de alto costo y utilización de tecnología compleja, como el caso de la colecistectomía o la tele terapia con fotones; sin embargo ello significa que las actualizaciones para el Régimen Subsidiado fueron siempre a la sombra del Régimen Contributivo, porque se adicionaba o bien a ambos regímenes o bien solo al Subsidiado en procedimientos complejos que ya existían en el Contributivo. Ello deriva en un incremento de los niveles más altos de complejidad pero con descuido de procedimientos de mediana y baja complejidad en servicios tan básicos como el médico especialista. Si los pacientes no son tratados en el primer y segundo nivel de complejidad, la enfermedad perdura en el tiempo generando complicaciones, a su vez lo anterior empuja a la utilización de servicios de alta complejidad y tecnología. De manera paradójica, el hecho de que se incrementaran los servicios de alta complejidad en el Régimen Subsidiado sin el correspondiente ingreso al plan de beneficios de atención en los primeros niveles, permite que los niveles de alta complejidad se desarrollen a costa de los primeros niveles de atención.
- Un momento atípico es el comprendido entre 1999-2001, periodo en el que no hubo ninguna actualización de procedimientos, responde esto a la crisis económica que Colombia experimentó para esa época. Queda clara la dependencia del plan de beneficios a las fluctuaciones de la economía y el empleo, por cuanto a menor empleo formal menos cotizaciones y menos financiación y a contraparte si hay menos recursos fiscales menos financiación al Régimen Subsidiado; por otro lado que la UPC-C experimentara crecimientos en este periodo mientras las UPC-S se mantuvo relativamente constante da cuenta de inequidad.
- Finalmente el periodo entre 2008-2011 representa las presiones sociales y judiciales condensadas en la sentencia de T-760 de la Corte Constitucional, en el cual se asume como deber la necesidad de planes de beneficio unificados para ambos regímenes además de una financiación equitativa por cuenta de la igualación de las UPC.

Esta práctica a largo plazo no solo permite sino fomenta el progreso de la enfermedad, si el POS-S no contempla actualizaciones adecuadas en el bajo y mediano nivel de complejidad, es imposible que sea sostenible ya que los gastos en alta tecnología son superiores a los primeros niveles de atención; ello

contribuye además a la ineficiencia en los recursos, porque a mayor complejidad es mucho más limitada la disponibilidad de profesionales, instrumentos, insumos y medicamentos y se perpetúan los altos niveles de población que solamente puede solucionar su enfermedad en los niveles altos de complejidad.

Lo anterior deja claro varias características, en principio el papel del CNSSS y luego la CRES no ha sido un papel protagónico en términos técnicos para la actualización del POS-C y POS-S; ello ha derivado en que las inclusiones se hagan bien por presión social o bien por presión jurídica.

“Es así como el tema de los planes de beneficios ha ocupado un rol marginal en las discusiones de esta máxima entidad reguladora y formuladora del CNSSS. Así por ejemplo, ninguna de las más de 200 actas de las sesiones del CNSSS, le concede un espacio importante al tema de la priorización. Las discusiones que se dan en el consejo alrededor del POS giran alrededor de inclusiones puntuales y se centran en la negociación del aumento de la UPC y del impacto en el equilibrio financiero del sistema que se deriva de éstas”⁹⁴

Un gran inconveniente radica en la falta de claridad en cómo se organiza el plan de beneficios. Este debate es bastante más profundo de lo que la presente investigación podría desarrollar. Sin embargo se encontraron ciertas condiciones que se hace necesario mencionar. En primera instancia el POS no es claro en la manera como debe abordarse, si como una lista de medicamentos y procedimientos que pueden ser combinados para distintos tratamientos; o como una lista de tratamientos que tienen una limitación en los medicamentos y procedimientos que podrían utilizarse para tratar diversas patologías; al respecto existe una pugna que representa el debate. Mientras la Corte Constitucional sostiene el argumento sobre el cual debe entenderse el POS en forma amplia; por tanto si un tratamiento existe en el plan de beneficios del régimen que corresponda se entenderá implícitamente que los demás medicamentos o procedimientos que requiere están contemplados y cubiertos por el POS. Por otro lado el Ministerio de Hacienda, defiende la posición en que solamente forman parte del POS, aquellos medicamentos, procedimientos o tratamientos que explícitamente fueron utilizados para el cálculo de la UPC.

Un hecho relevante que afecta la prestación de servicios, pero que también refleja la ausencia de medidas que garanticen el acceso de los usuarios del SGSSS al

⁹⁴Ibid., p. 82.

POS que le corresponda acorde al régimen en el que se encuentre afiliado, es el creciente número de quejas, requerimientos y tutelas que se vienen generando, en su mayoría en contra de las EPS, muchas de ellas por servicios que se suponen están incluidas en el POS y otro tanto de procedimientos que no se encuentran incluidos pero que son fundamentales para la calidad de vida de los usuarios y para su vida misma. Al respecto debe mencionarse que su incremento tanto en un número absoluto como en su costo relativo, son reflejo de una atención deficiente a la actualización del POS y los estudios de eficiencia de la UPC; sin embargo cabe el peligro de que este problema que ha generado el fenómeno de los recobros, pueda tratar de solucionarse bajo la vía administrativa de las propias EPS y no bajo la necesidad de mejorar la convergencia entre las UPC, los POS y su sostenibilidad financiera.

Un estudio del Centro Nacional de Consultoría y Gestarsalud⁹⁵ en el año 2009, arrojó resultados bastante preocupantes con respecto al desconocimiento de los beneficios consagrados en el POS. Según el estudio el 75% de las personas entre los estratos 4 y 6 conocen los beneficios del POS, mientras que el 48% del estrato 3 dice conocer sus beneficios y finalmente solo el 32% de las personas entre los estratos 1 y 2 respondió que conocía sus beneficios. El desconocimiento del plan de beneficios que en especial afecta a los sectores de menores ingresos de la población, puede generar incentivos que lleve a las EPS a negar servicios que de hecho se encuentran incluidos en el POS. La Defensoría del Pueblo determinó que en el año 2010⁹⁶ en el Régimen Contributivo se presentaron 58.458 tutelas por salud, de las cuales el 54,02% correspondían a beneficios incluidos en el POS-C y el 45,98% respondía a tutelas denominadas no POS-C. Para el Régimen Subsidiado se presentaron en el mismo año 78.802 tutelas por salud, de las cuales el 73,84% fueron por medicamentos o procedimientos incluidos en el POS-S y el restante 26,16% fueron tutelas por medicamentos o procedimientos que no se contemplaban en el POS-S. Sin embargo no hay seguridad que todas las tutelas fueran acatadas porque existe la figura del desacato a tutela que pueden presentar las EPS. Respecto a este problema, aparte del gran número de tutelas que enfrenta el sistema, se corrobora que la negación del servicio afecta en forma especial a las capas más pobres de la población.

⁹⁵ CENTRO NACIONAL DE CONSULTORIA y GESTARSALUD. 2009. Citado por GIEDION, Úrsula y Otros. Diseño y Ajuste de los Planes Explícitos de Beneficios: el Caso de Colombia y México. Santiago de Chile. CEPAL. 2009., p. 104.

⁹⁶ COLOMBIA. DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y el Derecho a la Salud 2010. Equipo Investigativo del Programa en Salud de la Defensoría del Pueblo. Bogotá D.C. 2011., p. 62.

En este sentido, desarrollando la tesis de Giedion⁹⁷, se está dejando de lado el principio fundamental del sistema, por lo menos teóricamente, que es garantizar la prestación del servicio público de salud, en contraprestación con los equilibrios financieros de las EPS, pues el equilibrio que supone el gobierno está encaminado hacia la existencia de las EPS como condición *sine qua non* para la garantía de salud de los colombianos. Contrario a ello puede suponerse otra clase de equilibrios, definidos como un equilibrio micro y otro equilibrio macro. El equilibrio micro hace referencia a la relación entre el costo del POS y la UPC para cada régimen, entendiendo este equilibrio como la cantidad de recursos necesarios para que la UPC pueda financiar plenamente la demanda de servicios de salud comprendidos en el POS. El equilibrio macro hace referencia a la financiación del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado; es posible asumir que el equilibrio macro se refiere principalmente a que los recursos que se invierten en salud, ya sea vía parafiscal en el Régimen Contributivo o fiscal y de solidaridad en el Régimen Subsidiado, sean los necesarios para poder cubrir las necesidades *normales de salud* de la población de cada régimen. Por supuesto teniendo en cuenta que cada uno de los regímenes presenta inequidad entre ellos, el hecho de que se pueda moldear un equilibrio financiero no sugiere de ninguna manera que sea el mejor de los escenarios posibles, más que para quienes captan dichos recursos, esto es, el equilibrio financiero de las EPS.

2.2.3 Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA–. El componente de solidaridad y articulación del SGSSS se manifiesta por medio del Fondo de Solidaridad Y Garantía –FOSYGA–; que se define como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, funciona por encargo fiduciario sin personería jurídica ni tampoco una planta de personal propia. El FOSYGA fue creado para garantizar la compensación entre personas de diversos ingresos y capacidad de pago, garantizar la solidaridad entre quienes pueden cotizar y quienes no pueden hacerlo, compensar riesgos entre diversos grupos poblacionales y poder cubrir situaciones catastróficas o accidentes de tránsito.

Aunque el estudio del FOSYGA reviste una significativa importancia en el desarrollo y comprensión del SGSSS, su análisis desborda los alcances de la presente investigación; su mención responde a una necesidad metodológica para adentrarse a detallar los pormenores de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, ejes correspondientes a los grupos poblacionales de este estudio. Por supuesto

⁹⁷ GIEDION. Op. cit., p. 101.

las condiciones y características que le son comunes al FOSYGA y a los Regímenes Contributivo y Subsidiado se desarrollan a profundidad más adelante.

Las subcuentas que conforman el FOSYGA son las siguientes:

2.2.3.1 Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo. En esta subcuenta se consignan los aportes de las personas que se encuentran vinculadas al Régimen Contributivo. Funciona como herramienta de compensación del ingreso de los afiliados dentro del mismo régimen. Las EPS captan los aportes de sus cotizantes por encargo del propio FOSYGA y solo se consignan en la subcuenta en el caso que el monto recaudado por las cotizaciones que reciben sea superior a los recursos asignados por medio de la UPC. Con los recursos girados se financian las EPS que se encuentren en el caso contrario, es decir, que lo recaudado por concepto de cotizaciones sea menor a la financiación que les correspondería por el cálculo de las UPC. De esta manera se busca equilibrar y compensar los beneficios del Régimen Contributivo.

Pueden formar parte también de esta subcuenta los recursos de aquellas personas obligadas a cotizar y que adicionalmente son beneficiarios de algún régimen de excepción; estas personas no cotizan a ninguna EPS, su cotización se girará directamente a la subcuenta de compensación del FOSYGA.

2.2.3.2 Subcuenta de Solidaridad del Régimen de subsidios en Salud. Por medio de esta subcuenta se cofinancian los gastos del Régimen Subsidiado de los entes territoriales de la siguiente manera:

- Capta hasta el 1,5% del valor de la cotización del Régimen Contributivo, un 1,5% de los regímenes especiales y de excepción y un 1% de la cotización de los pensionados.
- Aportes de las Cajas de Compensación Familiar, que pueden ser del 5% o 10% del subsidio familiar.
- Aportes del Presupuesto Nacional.
- Rendimientos financieros que puedan tener estos aportes y recursos que provengan de la enajenación de bienes de la Nación definidos por el CONPES.

- El 10% de la suma del valor de afiliados adicionales según grupo etario y lo correspondiente a promoción y prevención.⁹⁸
- Recursos de las remesas de explotación petrolera de las zonas Cupiagua y Cusiana que estuvieron vigentes hasta el año 2007, ingreso que fue derogado por el artículo 78 de la Ley 1111 de 2006.
- Recursos del IVA social destinados a la ampliación de cobertura de seguridad social de madres comunitarias.
- Impuesto a las armas que se cobra al adquirir o al renovar el permiso respectivo, es equivalente a un 30% de un SMLMV, el encargado del recaudo de este impuesto es INDUMIL. Con estos recursos se creó un fondo para financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia, dirigida a la población afiliada del Régimen Subsidiado, en particular para los eventos no cubiertos por el POS-S y de la población vinculada al sistema.

2.2.3.3 Subcuenta de promoción de la Salud. Por medio de esta subcuenta se financia el pago de actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, actividades realizadas por las EPS al igual que los programas y campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que directamente realice el Ministerio de Salud y Protección Social. Porque además de la compensación y la solidaridad el FOSYGA tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad de acuerdo con las prioridades que defina la CRES.

- Se financia por la cotización del Régimen Contributivo y de los regímenes especiales y de excepción, en un porcentaje que no podrá ser superior a un punto de la cotización. Opera por medio de un sistema de compensación: en caso de que el gasto en estas actividades supere la cantidad de dinero disponible, el FOSYGA girará la diferencia a las EPS que lo requieran y en el caso en el que los recursos sean superiores será la EPS la encargada de girar los recursos a la subcuenta de promoción del FOSYGA.
- Así mismo, se financia por un impuesto del 20% a las municiones y explosivos que se cobra *advalorem* recaudado por INDUMIL; destinado a campañas para

⁹⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Circular No. 0011 del 1 de Marzo de 2000. Se entiende como una UPC adicional aquella que es contratada para personas distintas a los beneficiarios. La UPC de promoción es la que se paga para el concepto de promoción de cada afiliado diferente al titular o beneficiario. La CRES regula las tablas a cobrarse para ambos casos y acorde a un perfil de edades.

prevenir sucesos violentos y promocionar la convivencia pacífica, además según el decreto 1792 de 2012 este impuesto financia atención especial a mujeres víctimas de violencia.

- En determinados casos también pueden financiarse de parte de los recursos que se recauden de los pagos moderadores que reciban las EPS, esto si así lo determina la CRES.

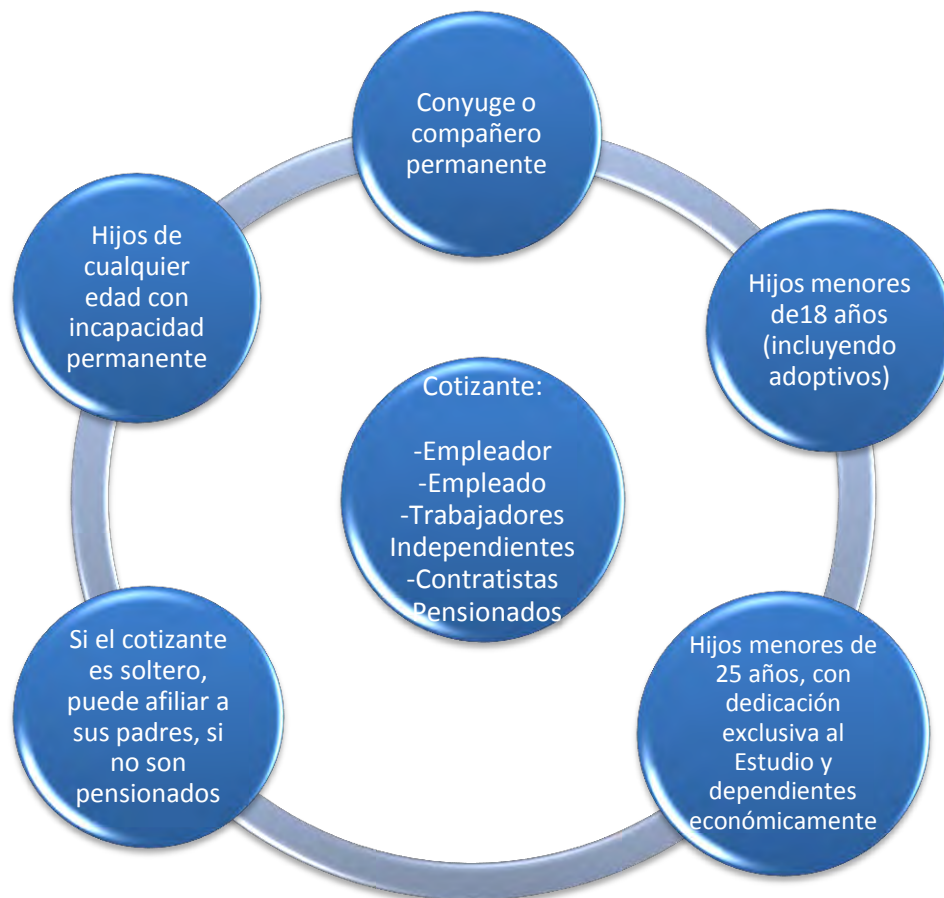
2.2.3.4 Subcuenta de Seguros de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. Esta subcuenta busca garantizar los procedimientos médicos de aquellas personas que hayan sufrido accidentes de tránsito, hechos catastróficos o sean víctimas de actos terroristas.

- Se financia con recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito “FONSAT”; que a su vez se financia por:
 - El 20% del valor de las primas emitidas que administran las entidades aseguradoras responsables de la venta del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT–, aplicado a los propietarios de automotores. Declarado cada bimestre y que se cancela en los 15 días hábiles del mes correspondiente.
 - Donaciones de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras.
 - Rendimientos de las inversiones.
- Además de los recursos del FONSAT, la subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito se financia con un 50% anual del SOAT, que se cobra adicional a su valor.
- Recursos que obtenga el FOSYGA por medio de la aplicación de una Acción de Repetición, cuando este hubiere pagado para cubrir los gastos de un accidente de tránsito, derivado del incumplimiento del dueño del vehículo de adquirir el SOAT. Estos recursos serán destinados a la atención hospitalaria de urgencias de que son responsables los entes territoriales.

2.2.4 Régimen Contributivo. El Régimen Contributivo está formado por empleadores, empleados, trabajadores independientes, contratistas, que perciban ingresos totales mensuales de al menos un salario mínimo, además de los pensionados; también se incluyen su núcleo familiar bajo la figura de beneficiarios. Como se detalla en el gráfico 2.

La cobertura mayoritaria para el Régimen Contributivo y uno de los objetivos amparados en la Ley 100 no se cumplió como se preveía en un comienzo. Pues el supuesto bajo el cual se fundamentaba no se dio en la práctica y el esquema contributivo para el que fue creado no tuvo operatividad en el largo plazo, porque se esperaba que la mayoría de la población tuviera un trabajo formal que le permitiera aportar con sus cotizaciones y brindar financiación solidaria al Régimen Subsidiado. En otras palabras, un Régimen Contributivo sólido sería reflejo de una economía estable, con un mercado formal próspero y creciente, que diera como resultado incrementos sostenibles de la cotización contributiva y que finalmente redundaría en solidaridad al Régimen Subsidiado moderado en su crecimiento y con financiación fiscal estable. Se completaría de esta manera un círculo virtuoso que combinaría eficientemente aportes fiscales y parafiscales de solidaridad. Los datos sin embargo apuntan a que este supuesto se rompe y las condiciones esperadas no se cumplieron.

Gráfico 2. Beneficiarios del Régimen Contributivo



FUENTE: Esta Investigación

La cobertura del Régimen Contributivo varió de 11'199.073 afiliados en el año 2004 a 19'620.393 afiliados en año 2011, ello significó pasar de un porcentaje de cobertura con respecto a la totalidad de la población estimada por el DANE, de 26.43% en 2004 a 42.61% en 2011 como se detalla en la Tabla 5.

Tabla 5. Cobertura nacional del Régimen Contributivo 2004-2011

AÑO	AFILIADOS	POBLACIÓN DANE	COBERTURA
2004	11'199.073	42'368.489	26.43%
2005	14'270.698	42'888.592	33.27%
2006	17'996.635	43'405.956	41.46%
2007	17'423.153	43'926.929	39.66%
2008	18'405.579	44'451.147	41.41%
2009	18'046.744	44'978.832	40.12%
2010	18'462.916	45'509.584	40.57%
2011	19'620.393	46'044.601	42.61%

FUENTE: BDU A Régimen Contributivo-Oficina TIC. Ministerio de Salud y Protección Social.

Los aportes del Régimen Contributivo al SGSSS son una proporción de los ingresos percibidos; de esta manera la base de cálculo del aporte de los empleados formales es el salario mensual del cual se calcula un total de 12,5%; de este porcentaje el empleador aporta el 8,5% y el 4% restante es responsabilidad del trabajador⁹⁹. En el caso de los trabajadores independientes, su cotización es del 12,5% del ingreso declarado. Las personas pensionadas, a su vez, cotizan un 12% de su respectiva mesada. Lo anterior significa que la base mínima de cotización es un SMLMV y existe además un tope máximo a la base de cotización de 25 SMLMV¹⁰⁰, que corresponden a \$13'312.500 en el año 2011, esto significa que quien recibió en dicho año ingresos mensuales superiores a esta suma deja de cotizar en la misma proporción que los cotizantes de niveles de ingresos inferiores, con lo cual se distorsiona el principio de aportes proporcionales según el ingreso y afecta la equidad del sistema.

⁹⁹El 12.5% a que se hace referencia empieza su vigencia a partir del año 2007 con la promulgación de la ley 1122 del mismo año. Anterior a dicha norma la cotización era del 12%, de los cuales 8% corría por cuenta del empleador y el 4% restante era responsabilidad del empleado.

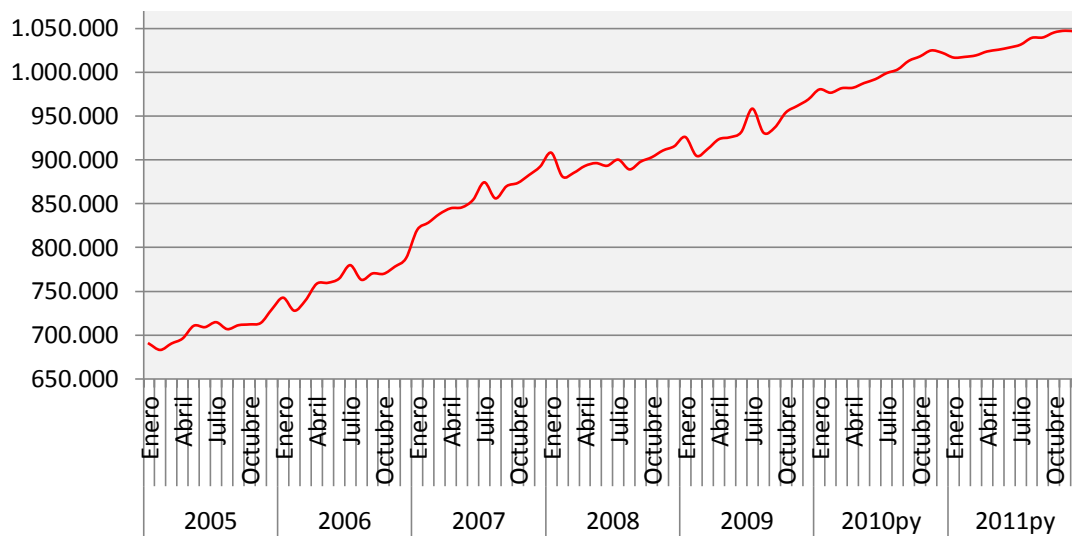
¹⁰⁰COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 510 (5 de Marzo de 2003). Por Medio del cual se Reglamentan Parcialmente los Artículos 3, 5, 7, 8, 9, 10 y 14 de la Ley 797 de 2003. Bogotá D.C., 2003. Art. 3.

El Gráfico 3 representa en precios constantes de 2009 el monto total recaudado por concepto de cotizaciones del Régimen Contributivo. No fue posible encontrar datos mensuales del año 2004, por otro lado los años 2010 y 2011 por falta de información fueron proyectados utilizando una metodología ARIMA. El modelo econométrico y los resultados de las pruebas estadísticas empleados para la estimación del Ingreso Base de cotización y la manera como posteriormente fueron deflactados se indica en el anexo 1.

En el periodo comprendido entre los años 2005 y 2011 este monto ha sido creciente; pasó de \$690.185 millones a \$1.04 billones, un incremento del orden del 51%.

Es notable que en el año 2006 el crecimiento fue moderado, de alrededor de 7,9% en promedio con respecto al año anterior y a partir del año 2007 el crecimiento anualizado de cada mes tiene ritmos superiores de entre el 10,41% y 13,42% en comparación con el año 2006. Esto se explica porque en el año 2007 la CRES aumentó el porcentaje de cotización de 12% a 12,5% del Ingreso Base de Cotización, motivo por el cual a partir de dicho año el recaudo mensual se incrementa de manera acelerada, llegando a Enero de 2008 a los \$908.111 millones, posterior a esta fecha el crecimiento se hace más pausado y moderado, llegando a niveles proyectados de \$1.04 billones a Diciembre de 2011.

Gráfico 3. Evolución del total recaudado mensual por cotizaciones del Régimen Contributivo entre Enero 2005 y Diciembre 2011(py). DIC 2009=100



FUENTE: Ministerio de la Protección Social. Sostenibilidad del FOSYGA (Subcuenta de Compensación Solidaridad y Promoción . 2009 . Calculos de los Autores.

Son responsables del recaudo de estos recursos las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, quienes luego de descontar el valor correspondiente por UPC y en caso de generar superávit deben trasladar dicha diferencia a la subcuenta de compensación del FOSYGA. Por el contrario, si una vez descontado el valor de la UPC generan déficit, recibirán el faltante proveniente de la subcuenta de compensación del FOSYGA. Este procedimiento se conoce como *mecanismo de compensación interno* y se utiliza para asegurar que todas las EPS del Régimen Contributivo reciban el mismo valor de UPC por afiliado y garantizar su viabilidad financiera.

2.2.5 Régimen Subsidiado. El Régimen Subsidiado representa la puesta en marcha de la política *de subsidio a la demanda*, puesto que la población que no cuenta con un trabajo formal y de bajos recursos en general pasa a estar asegurada a una Entidad Promotora de Salud ya sea de carácter público o privado para tener acceso a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado principalmente, o en instituciones privadas. Servicios financiados por medio de los recursos que le corresponden a cada persona por UPC-S.

Este cambio responde al argumento de que los subsidios a la oferta traen consigo la posibilidad de apoyar una asimetría o inequidad en la prestación del servicio de salud, pues como demuestra la práctica, con estos subsidios en el antiguo Sistema Nacional de Salud, generalmente los hospitales de las regiones con mayor capacidad de negociación política podían tener mejores recursos, con lo cual la población de lugares alejados en la geografía nacional tenían peores condiciones que quienes habitaban en zonas de mayor desarrollo urbano. De esta manera podría suceder que el subsidio a la oferta adquiriera efectos más fuertes en sectores medios que en sectores populares, sin embargo el subsidio a la demanda, tal cual como se organiza en el SGSSS colombiano no significa estrictamente una solución a esta asimetría; pues a pesar de que teóricamente se regula por libre competencia entre diferentes EPS, estas no operan bajo principios netamente filantrópicos, sino más bien financieros. Por otro lado no existe una competencia explícita entre las aseguradoras para conseguir afiliados en sus redes de servicios, sean contratadas o propias; muchas veces la información de sus prestadores no pasa de ser una cartelera relegada en algún lugar de sus oficinas que poco interés revisten para los usuarios, bien por falta de información o por desconocimiento bastante manifiesto de sus derechos.

Lo anterior significa que contrario a su justificación teórica, el poder de decisión del subsidio a la demanda sobre la competencia que se pretende desarrollar, no se transfirió de la red pública hospitalaria y los prestadores del antiguo régimen hacia los usuarios, sino hacia quienes representan el aseguramiento de los usuarios en el SGSSS, es decir las EPS de ambos regímenes. Estas toman entonces el papel de demandantes del servicio de salud, lo paradójico es que los recursos líquidos de que son responsables fueron utilizados en renglones productivos o especuladores, en contraposición a la función que les fue encargada por el SGSSS.

Otra característica que trajo el subsidio a la demanda fue la transformación de los prestadores; en el caso de la red pública hospitalaria, pasaron a ser Empresas Sociales del Estado de carácter territorial con personería jurídica y patrimonio propio. Las ESE tuvieron que adecuarse a principios financieros y de competitividad, por supuesto ello significó aprender a facturar servicios y mejorar su sistema de información de gastos e ingresos. Los prestadores privados tuvieron una adecuación similar.

Por otro lado los prestadores de servicios del Régimen Subsidiado, se insertaron en una política muy fuerte de descentralización, pues el Régimen Subsidiado gira alrededor de los municipios, responsables de poner en marcha esta política. De ahí que el primer y segundo nivel de complejidad recaiga en las ESE de los municipios, así por ejemplo habrá municipios que tengan una ESE con al menos un hospital o centro hospital que atenderá el primer nivel y dependiendo la zona de influencia y el desarrollo socio-económico del municipio, puede tener también un hospital de segundo nivel.

El tercer nivel de complejidad, respondió a una política también descentralizada pero de responsabilidad de los departamentos, en este caso existen hospitales de alta complejidad en la mayoría de las capitales departamentales aunque no en todas.

Así entonces existen políticas del SGSSS, que presentan efectos en el Régimen Subsidiado, la primera es el carácter de la descentralización en que opera, la segunda se refiere fundamentalmente a lograr mercados competitivos para la demanda de servicios de salud.

El Régimen Subsidiado en el SGSSS, es el mecanismo mediante el cual se da cobertura a la población pobre y vulnerable según los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Beneficiarios –SISBEN– y que no tengan vinculación laboral formal, quienes tienen derecho a pertenecer a este régimen de manera directa, la

cobertura del Régimen Subsidiado se detalla en la Tabla 6. En algunos casos también pueden ser afiliados personas con nivel 3 del SISBEN que no formen parte del Régimen Contributivo, siempre y cuando el municipio y/o departamento aporte con recursos para asegurarlos. En el periodo 2004-2008 la población de nivel 3 del SISBEN percibió el denominado *subsidio parcial o UPC-S parcial*, que correspondía a un Plan de Beneficios aún más reducido que el del Régimen Subsidiado. Para el año 2011 el subsidio parcial correspondía a \$119.305,80 pero que dependiendo de la diferenciación por zona urbana que utiliza la CRES llegó a ser de hasta \$126.856,80.

Tabla 6. Cobertura nacional del Régimen Subsidiado 2004-2011

AÑO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	POBLACIÓN DANE	COB. R S
2004	15'553.474	42'368.489	36.71%
2005	18'438.013	42'888.592	42.99%
2006	20'125.263	43'405.956	46.37%
2007	21'606.812	43'926.929	49.19%
2008	23'601.000	44'451.147	53.09%
2009	23'373.913	44'978.832	51.97%
2010	21'840.891	45'509.584	47.99%
2011	22'295.140	46'044.601	48.42%

FUENTE: Cupos Contratados Régimen Subsidiado, Consorcio FOSYGA.

Régimen Subsidiado año 2011 - Afiliados cargados en BDUa consorcio SAYP

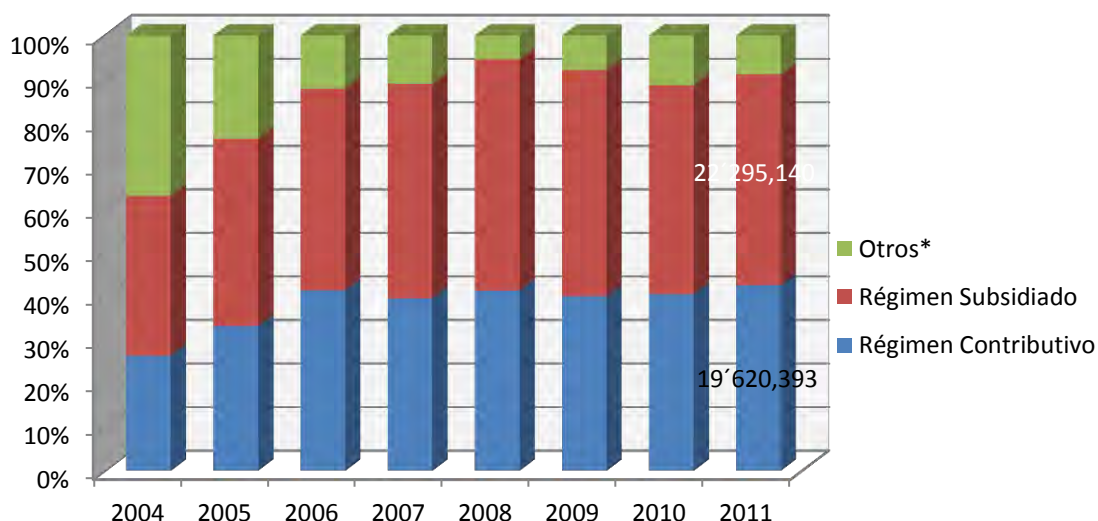
El incremento acelerado de la cobertura en el SGSSS es el resultado de la inclusión de la política de los subsidios parciales en el año 2004 por medio del acuerdo 267 del 28 de Julio de ese año, promulgado por el CNSSS. Inicialmente se llevó a cabo un plan piloto en la ciudad de Pasto Nariño. La medida significó pasar de 15'553.474 afiliados del Régimen Subsidiado en el año 2004 a 23'601.000 afiliados en solo 4 años, un aumento neto de 8'047.526 afiliados; sin embargo no puede asegurarse que todos sean afiliados con subsidio pleno, teniendo en cuenta que la afiliación por medio de subsidios parciales es mucho más económica, pues tan solo representa cerca del 40% de la UPC-S plena. En este sentido cabe aclarar que con el costo de un afiliado con subsidio pleno, podrían ingresar al sistema en promedio 2.5 personas con un subsidio parcial. Política que en la práctica incrementa los niveles de cobertura, sin que ello signifique realmente una mejora en las condiciones de equidad, oportunidad y

suficiencia. Incluso en términos de equidad, el subsidio se asignó con miras al aseguramiento de la población relativamente mejor acomodada, pero aun así con restricciones en su Plan de Beneficios; esta política se mantuvo vigente por espacio de cuatro años (2004-2008), pero con la promulgación de la ley 1122 de 2007, en especial su artículo 14 y literales a, b, c y d; desmontaron progresivamente los subsidios parciales, determinando que solo podrán aplicarse en el momento en el que el municipio alcance niveles de cobertura superiores al 90%, además se establece que la población hasta entonces subsidiada de forma parcial, deberá por medio de aportes adicionales formar parte del Régimen Contributivo, o bien se crearán incentivos para que acceda a la totalidad de beneficios del Régimen Subsidiado. Lo anterior significó que la población con subsidios parciales pasara de 1'818.069 personas en el año 2004 a un estimado de 166.527¹⁰¹ personas para el año 2011. De hecho el acuerdo 019 de 2010 de la CRES ya no contempla en su articulado la UPC-S parcial.

Es necesario resaltar la caída en la cobertura del Régimen Subsidiado de 51,9% en 2009 a 47,99% en 2010, lo que representó un descenso de 1'533.022 afiliados del Régimen Subsidiado, que se puede explicar en parte por la transición que tuvieron los beneficiarios de subsidios parciales ya mencionados, pero principalmente responde al cruce de información realizado por el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social mediante la resolución 1982 de 2010 que conformó la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA– con el propósito de llevar un mejor seguimiento sobre el reporte de información de afiliados al SGSSS. No obstante esta disminución no se ve reflejada en un aumento equivalente de los afiliados al Régimen Contributivo, que solo aumentó en 416.172 afiliados nuevos. Esta disminución neta de poco más de un millón de afiliados al sistema, puede responder probablemente a dobles registros, evasión de la responsabilidad de la cotización o registro de personas fallecidas. El Gráfico4 muestra la participación porcentual de los afiliados al SGSSS, más la población vinculada o en los regímenes de excepción. Al inicio del periodo estudiado y 10 años luego de la aplicación de la ley 100 de 1993, la afiliación total era de apenas el 63%, periodo en el cual la afiliación en ambos regímenes empieza a aumentar, llegando al nivel de 91,03% en el año 2011. Queda claro que al final del periodo de análisis y a casi 2 décadas de aplicación de la Ley 100, no ha sido posible lograr cobertura universal a la población colombiana; como norma técnica se considera un 95% como porcentaje de cobertura universal.

¹⁰¹ Según cifras de Consultor Salud, el gasto a nivel nacional para cubrir subsidios parciales entre abril y diciembre de 2011 fue de 19'867.705.387 pesos, que dividido entre una UPC-S parcial de 119.305,80 da como resultado 166.527 personas.

Gráfico 4. Cobertura Régimen Subsidiado y Contributivo 2004-2011



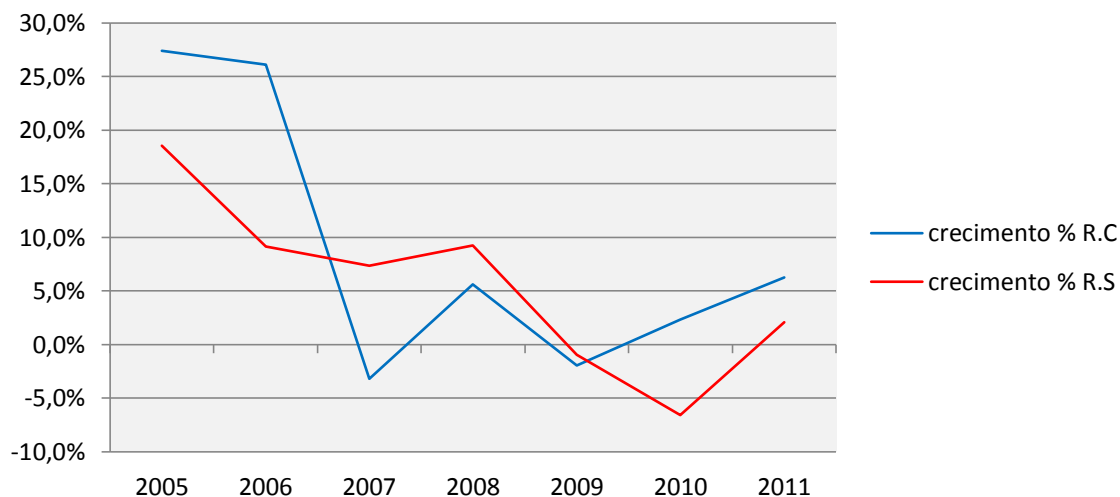
FUENTE: BDU. Consorcio FOSYGA. Consorcio SAYP.

*Corresponde a Regímenes Especiales y población no afiliada

El Régimen Subsidiado en el periodo 2004-2011 tuvo mayor número de afiliados que el Régimen Contributivo en términos absolutos, por otro lado en términos de crecimiento relativo y como puede observarse en el gráfico 5 el Régimen Contributivo presenta una variabilidad más errática que el Régimen Subsidiado, teniendo incrementos de hasta 27% en 2005 pero también presenta tasas de decrecimiento de hasta -3,2% como es el caso del año 2007. El Régimen Subsidiado creció a tasas superiores que el Régimen Contributivo entre 2007 y 2008 y el decrecimiento del año 2009 fue menor con solo -1% de la afiliación, si se compara con el -1,9% en que decreció el Régimen Contributivo; esta disminución corresponde a los años en los que el mundo inicia la crisis financiera y por algunos meses el desempleo en Colombia se situó en niveles oscilantes al 14%. Aun así apenas hacia el final del 2011 parece existir una convergencia. La diferencia entre el número de afiliados de ambos regímenes y por sobretodo la diferencia entre quienes cotizan y quienes son subsidiados, siendo estos últimos el grupo mayoritario, es producto de varios factores, sin embargo puede mencionarse el incremento de la informalidad en la última década como uno de los determinantes de este fenómeno; y la convergencia en el último periodo puede responder a la implementación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA– que

permitió reducir la evasión las cotizaciones, pues existe población que a pesar de estar obligada a cotizar aun pertenece al Régimen Subsidiado.

Gráfico 5 Crecimiento relativo de los regímenes Subsidiado y Contributivo 2005-2011



FUENTE: : BDUA. Consorcio FOSYGA. Consorcio SAYP. Calculo de los Autores.

2.2.6 Financiación del Régimen Contributivo. Para la financiación del SGSSS se adoptó una dualidad entre los aportes privados (*parafiscales*) y los financiados por la Nación (*fiscales*) acorde a la división entre Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado.

La financiación de la UPC-C proviene de la cotización de las personas que se encuentran en el Régimen Contributivo. La UPC-C se conforma del aporte de un 12,5% del salario base de la cotización y que no puede ser inferior al SMMLV en el año respectivo. El porcentaje se divide en un 8,5% a cargo del empleador y el restante 4% a cargo del empleado, recursos que son captados por las EPS del Régimen Contributivo por encargo del FOSYGA.

Al total cotizado por el Régimen Contributivo se deducen recursos de la siguiente manera:

2.2.6.1 Los aportes de solidaridad. En un comienzo con la Ley 100 hasta un 1% del Ingreso Base de Cotización –IBC– que era transferido a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA; posteriormente, con la Ley 1122 de 2007 esta deducción se ubica hasta en 1,5% del Ingreso Base de Cotización con excepción de los pensionados que mantienen el 1% destinado a solidaridad conforme a lo previsto en la Ley 1250 de 2008. Caso particular de gran importancia es el hecho de que a partir del 1 de Marzo de 2011 y por un periodo de un año, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la resolución 047 de 2011¹⁰² la deducción pasa a ser de 0,17% del Ingreso Base de Cotización. Esto significó una pérdida de recursos de la subcuenta de solidaridad, cálculo que varía acorde a la metodología utilizada, por ejemplo FEDESARROLLO concluye que la pérdida por cuenta de esta medida puede llegar a ser de hasta \$1,5 billones¹⁰³.

Los cálculos de la presente investigación por medio de estimaciones, arrojaron un resultado de \$1,4 billones menos para la subcuenta de Solidaridad entre Marzo de 2011 y Febrero de 2012. Solamente entre Marzo y Diciembre de 2011 ya se acumulaba una reducción de \$1,1 billones, como se muestra en el gráfico 6. Además, el lector encontrará en el anexo 2 los valores que dejó de recibir la subcuenta de solidaridad mes a mes durante el año 2011, los cuales se calcularon con base a las estimaciones del Ingreso Base de Cotización anteriormente realizadas.

Esta medida tiene efectos negativos para la financiación del Régimen Subsidiado puesto que se rompe con el principio de solidaridad, justamente en un momento en el que por diversas órdenes judiciales se venía avanzando en un proceso tendiente a la unificación de los planes de beneficios.

2.2.6.2 Aporte para la subcuenta de Promoción y Prevención. Se deduce de la cotización efectiva y se calcula como un porcentaje del IBC y no puede ser superior a un 1% del mismo; este valor ha oscilado entre 0,41% y 0,25%, para el año 2011 se ubicó en 0,40%. Se fija además un valor per cápita para prevención, en el año 2011 este valor fue de \$19.864,80 anuales. La entidad encargada de

¹⁰² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0477 (22 de febrero de 2011). Por la cual se define el monto de la cotización obligatoria de los afiliados al régimen contributivo que se destina a la financiación de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Bogotá D.C. 2011.

¹⁰³ FEDESARROLLO. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano –Dinámica del Gasto y Principales Retos de Cara al Futuro–. Bogotá D.C. La Imprenta Editores S.A. 2012., p. 74

definir el porcentaje que se dedicará a promoción y el monto de prevención fue en un comienzo el CNSSS y finalmente la CRES por medio de acuerdos anuales.

2.2.6.3 Incapacidades. Con destino a reconocer y pagar a los afiliados del Régimen Contributivo las incapacidades por enfermedad general, se descuenta un 0,25% del IBC. Este monto en el periodo 2004-2011 no ha presentado variaciones en los acuerdos anuales que ha promulgado el CNSSS o la CRES.

Los tres elementos hasta aquí mencionados conforman las principales deducciones que se hacen a las cotizaciones; no obstante en el periodo de análisis se determinó un 0,15% del IBC para cubrir gastos de licencias de maternidad. La totalidad de los descuentos, las pérdidas de la subcuenta de solidaridad entre Marzo y Diciembre de 2011 y la forma como se calcula el valor que se gira a la subcuenta de compensación se detalla en el anexo 2.

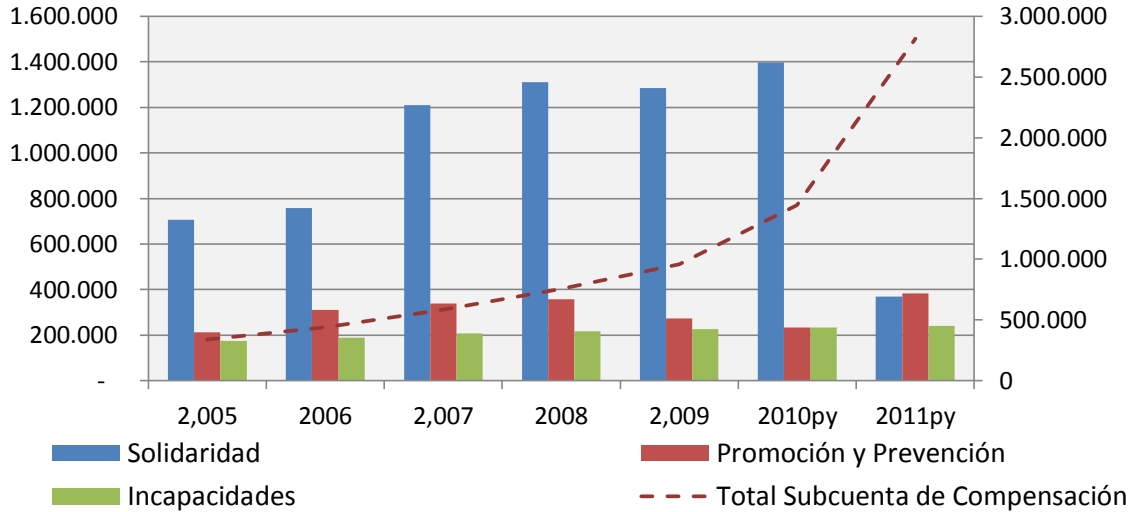
Los datos encontrados de la subcuenta de compensación corresponde al periodo Enero 2005 hasta Diciembre de 2009; las proyecciones correspondientes a los años 2010 y 2011 se realizaron aplicando la metodología ARIMA (Auto Regresivos Integrados de Media Móvil), utilizada en Econometría para diagnosticar modelos dinámicos de series temporales en los que la variable tiempo juega un papel fundamental. La ecuación a estimar es la siguiente:

$$Y_t = \alpha_0 + \alpha_1 y_{t-1} + \dots + \alpha_p y_{t-p} + \epsilon_t + \theta_1 \epsilon_{t-1} + \dots + \theta_q \epsilon_{t-q}$$

Donde la variable a estimar Y_t esta explicada por p periodos de sí misma, es decir que depende de procesos auto regresivos (AR) pero adicionalmente es explicada por un procedimiento de media móvil o comportamientos estocásticos que no son parte del comportamiento natural de la serie, sino que son efectos aleatorios que no se conocen (MA), además de un parámetro de error denominado *ruido blanco*. Los datos proyectados mes a mes se presentan en el anexo 2.

Gráfico 6. Deduciones de las cotizaciones totales del Régimen Contributivo (izq) y financiación subcuenta de compensación (der). 2005-2011py. 2009=100

(En Millones de Pesos)



FUENTE: MPS. (2009)

El eje izquierdo del gráfico 6 relaciona las deducciones a precios de 2009 que se hacen a la cotización neta; se observa que los componentes de promoción y prevención e incapacidades han sido relativamente constantes en el periodo analizado, aunque con leves tendencias crecientes. Si se aplica los porcentajes que define la CRES en el acuerdo 019 de 2010 para estos componentes, los resultados que arrojan son \$383.845 millones para promoción y prevención y \$239.903 millones para incapacidades. Aunque el dato más preocupante se registra en los recursos que debían girarse a la subcuenta de solidaridad, que pasó de \$1,3 billones en el año 2010 a tan solo \$370.314 millones en el año 2011. Esta disminución fue producto del cambio de 1,5% a 0,17% en el cálculo de la deducción de solidaridad de lo cotizado por los afiliados al Régimen Contributivo. A tenor de lo anterior se registra un incremento de 87,88% en el valor destinado a financiar la subcuenta de compensación, que pasó de 1,3 billones a 2,5 billones constantes entre 2010 y 2011, como se puede observar en los datos detallados en el eje derecho. Ello significa que el principio de solidaridad entre quienes tienen un trabajo formal y la población de bajos recursos se vieron afectados a costa de la financiación del Régimen Subsidiado; porque los recursos que anteriormente cofinanciaban la UPC-S ahora se destinan a favorecer los balances financieros del Régimen Contributivo.

2.2.7 Financiación del Régimen Subsidiado. En cuanto a la financiación del Régimen Subsidiado, por formar parte de la estrategia que adoptó la Ley 100 de 1993 para poder llegar a la universalización del servicio de salud, agregando un componente de solidaridad parafiscal y gasto fiscal, el cálculo de su UPC es un tanto más compleja. La UPC-S no solo se compone de recursos fiscales, cuenta además con aportes de solidaridad que provienen de la cotización del Régimen Contributivo y de otras fuentes como es el caso del esfuerzo propio de las entidades territoriales, monto que queda a su discreción y adicional a los anteriores recursos.

En ese orden de ideas, la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado se financia de la siguiente manera:

2.2.7.1 Ingresos Territoriales.

- La UPC-S recibe en su mayoría recursos que provienen del Sistema General de Participaciones –SGP–, de los cuales una vez descontado un 4% de asignaciones especiales, se distribuye un 24,5% para el componente salud. Este componente a su vez se subdivide en gastos para el Régimen Subsidiado, Salud Pública y Prestación de Servicios, esta última corresponde al gasto de la población pobre que aún no se encuentra asegurada.
- Se percibe además recursos por concepto del monopolio de juegos de suerte y azar, recaudados por la Empresa Territorial para la Salud –ETESA¹⁰⁴– y destinado a los diferentes fondos locales de salud, exceptuando los que ya se encuentran comprometidos con pensiones, funcionamiento e investigación.
- De los recursos de rentas cedidas de licores y cigarrillos se destinan parte a financiar la universalización en el aseguramiento y la unificación de los planes de beneficio de los dos regímenes, además de cubrir los servicios prestados a la población pobre no afiliada, acorde a la Ley 1393 de 2010.
- Recursos de regalías que reciben el departamento o los municipios.

¹⁰⁴ ETESA inició su liquidación el 26 de Enero de 2010 y sus funciones las asumió la empresa industrial y comercial del Estado administradora del monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar, COLJUEGOS, mediante el decreto 4142 del 3 de noviembre de 2011.

- Finalmente recursos propios de las entidades territoriales y que estas decidan dedicar a financiar el Régimen Subsidiado.

2.2.7.2 Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Es importante señalar que no toda la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se destina a la financiación de la UPC del Régimen Subsidiado. De esta subcuenta, financian la UPC para este régimen solamente los siguientes componentes.

- 1,5% de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta 1,5% puntos de la cotización de los afiliados del Régimen Contributivo. Los pensionados aportan el 1% con base a su pensión.
- El monto de 10% ó 5% del subsidio familiar, acorte al Cuociente de las Cajas de Compensación Familiar de que habla el artículo 217 de la ley 100 de 1993. Sin embargo no se encontró evidencia de que alguna Caja de Compensación Familiar contribuyera con un porcentaje de 10%; incluso en el último informe de FEDESARROLLO¹⁰⁵ en la materia, se estudia este punto con el 5% sin mencionar un porcentaje diferente.
- El aporte que deben hacer los patronos en caso de que el trabajador considere incensario estar vinculado al Régimen Contributivo y por tanto permanezca en el Régimen Subsidiado.
- Los recursos que voluntariamente deseen aportar los gremios, asociaciones y otras organizaciones para la financiación del Régimen Subsidiado.
- Revisten especial interés los recursos que debe aportar la Nación por medio del Presupuesto General, conocido también como *pari passu*. Este mecanismo se organizó inicialmente para que el Gobierno Nacional cofinanciará el Régimen Subsidiado en la misma proporción de lo recaudado por aportes a la subcuenta de solidaridad y Cajas de Compensación Familiar, de tal manera que por cada peso que aportara el Régimen Contributivo a la subcuenta de solidaridad más el porcentaje del subsidio familiar de las Cajas de Compensación Familiar, el Gobierno se comprometía a aportar otro peso. Mediante la Ley 100 de 1993 este mecanismo se reglamentó para los años 1994 a 1996. Posteriormente en 1997 por cuenta de la Ley 344 de 1996 el aporte se modifica para que el

¹⁰⁵ FEDESARROLLO. Óp. Cit., p. 54.

Gobierno cofinanciará 0.5 pesos por cada peso generado por concepto de solidaridad únicamente y a partir del año 1998 el aporte del presupuesto general no podría ser inferior a 0,25 pesos de lo recaudado por concepto de solidaridad. Sin embargo el Gobierno Nacional no hizo pago oportuno de sus obligaciones, llevándolo a acumular deudas año tras año con el FOSYGA. Conjuntamente existe un vacío jurídico en estos años, primero porque la Ley 344 de 1996 reglamentaria de la materia fue declarada inexecutable por la Ley 508 de 1999 y esta a su vez se declaró inexecutable por la Corte Constitucional en el año 2000 por medio de la Sentencia C-557.

El año siguiente, con la promulgación de la Ley 715 de 2001 se fijó los aportes del Gobierno nuevamente en 0,25 pesos de lo recaudado por concepto de solidaridad, con el objetivo de financiar la afiliación de la población pobre al Régimen Subsidiado, pero la Corte volvió a declarar inconstitucional esta medida por medio de la sentencia C-040 en el año 2004 por la ausencia de definición de un monto fijo que reconociera la deuda del Estado. Hasta esta fecha ya se habían acumulado 8 años de vacío jurídico que impedían conocer de manera concreta la deuda gubernamental para la financiación del Régimen Subsidiado.

Posteriormente con la Ley 1122 de 2007 se determinó que el aporte del Gobierno Nacional ya no será un porcentaje sino una base de \$286.953 millones indexado en un punto adicional en términos reales para cada año siguiente. A partir de la Ley 1438 de 2011 no se especifica ningún monto, sino que se determina dicho rubro como el total de los recursos requeridos para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez se hayan aplicado las demás fuentes de financiación del Régimen Subsidiado. Lo anterior se resume en la Tabla 7.

Tabla 7. Normatividad que ha regulado el mecanismo de *pari passu*. 1994-2010

NORMA	ACCIÓN	AÑO
Ley 100 de 1993. Artículo 221, literal c, numeral 1.	El aporte de la Nación al Régimen Subsidiado, equivalía a la suma de los ingresos del aporte por solidaridad del Régimen Contributivo y el aporte de las Cajas de Compensación Familiar.	1994 -1996

NORMA	ACCION	AÑO
Ley 100 de 1993. Artículo 221, literal c, numeral 2.	El aporte de la Nación al Régimen Subsidiado, equivalía al aporte de solidaridad del Régimen Contributivo.	1997
Ley 344 de 1996. Artículo 34, inciso primero.	El aporte de la Nación al Régimen Subsidiado equivalía al 50% del aporte de solidaridad del Régimen Contributivo.	1997
Ley 344 de 1996. Artículo 34, inciso segundo.	El aporte de la Nación al Régimen Subsidiado, equivalía al 25% del aporte de Solidaridad del Régimen Contributivo.	1998
Ley 508 de 1999. Artículo 4, numeral 4.3.2	Declara inexecutable la Ley 344 de 1996	1999
Sentencia C-557 de 2000 de la Corte Constitucional.	Declara inexecutable la Ley 508 de 1999	2000
Ley 715 de 2001. Artículo 42, numeral 20.	El aporte de la Nación será igual al 25% de los aportes por concepto de solidaridad del Régimen Contributivo; con destino a la afiliación de la población pobre al Régimen Subsidiado.	2001-2004
Sentencia C-040 de 2004 de la Corte Constitucional.	Declara inexecutable el artículo 42 de la Ley 715 de 2001.	2004
Ley 1122 de 2007. Artículo 11, numeral 2, literal b.	El aporte de la Nación será de 286.953 millones en pesos constantes; más un punto anual con base a dicho presupuesto.	2007-2010
Ley 1438 de 2011. Artículo 44, numeral 2, inciso 3.	No especifica un monto para el aporte de la Nación, aunque se determina que se usará para universalización y unificación de los planes de beneficio, una vez se haya utilizado las otras fuentes de financiación del Régimen Subsidiado.	2010-

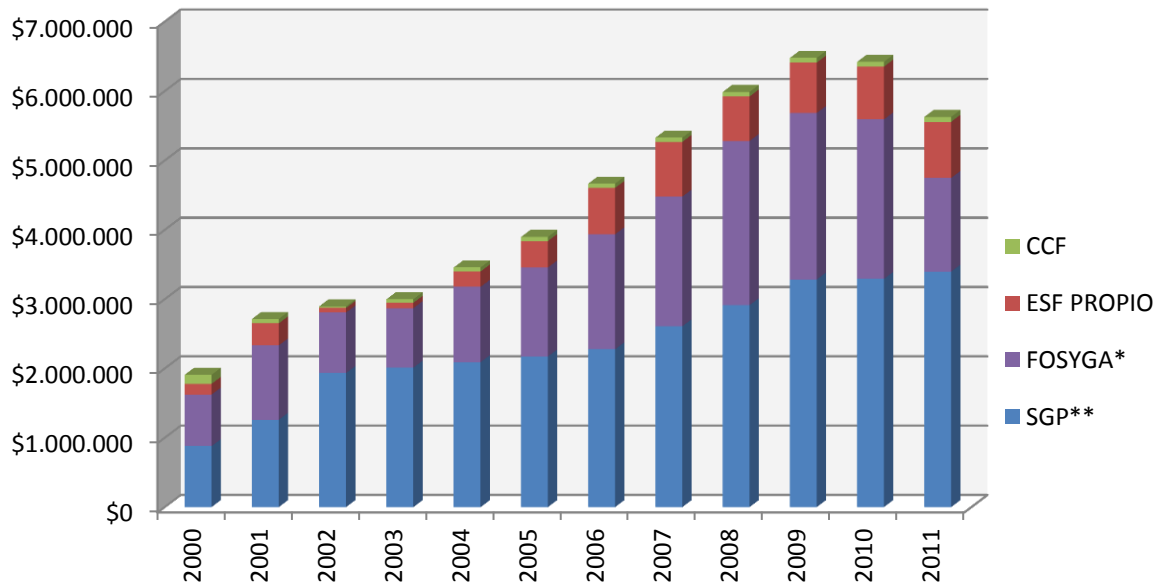
Fuente: Esta Investigación

De esta manera queda claro lo complejo del debate en torno a las obligaciones que la Nación tiene con el FOSYGA para la financiación del Régimen Subsidiado. La ausencia de una normatividad precisa impide conocer con certeza el valor del monto adeudado por parte de la Nación, pues sus obligaciones se incumplieron desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, los pagos realizados solo cubrieron la deuda de 1994 a 1996 dando cumplimiento a la sentencia SU-480 de 1997 de la Corte Constitucional. Sin embargo de acuerdo al Ministerio de Salud y

Protección Social, hasta 2008 y a precios de ese mismo año, el Gobierno Nacional aún tenía una deuda superior a los \$6 billones¹⁰⁶.

2.2.7.3 Otros. Así mismo pueden financiar al Régimen Subsidiado recursos provenientes por concepto del IVA de algunos productos contemplados en la Ley 1393 de 2010. Algunos recursos derivados de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar y finalmente los rendimientos financieros que puedan llegar a producir las diferentes cuentas del Régimen Subsidiado.

Gráfico 7. Financiación del Régimen Subsidiado, según fuente. 2009=100
(Millones de Pesos)



FUENTE: Ministerio de la Protección Social. Sostenibilidad de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA y financiación del Régimen Subsidiado. 2010

*Las proyecciones de los años 2010 y 2011 de CCF, Esfuerzo Propio y FOSYGA se hicieron por MCO; el dato correspondiente al FOSYGA para el 2011 incluye la reducción de \$1,1 billones por el cambio del calculo al IBC de 0,17%.

**DNP, los datos de los años 2000 y 2001 fueron estimados por MCO.

¹⁰⁶Ministerio de Salud y de Protección Social. Sostenibilidad del FOSYGA (Subcuentas de Compensación, Solidaridad y Promoción). Balance Global de Compensación y ajuste de la UPC 2010. 2009. Pág. 45.

El gráfico 7 detalla la evolución de la financiación de la UPC del Régimen Subsidiado entre el periodo 2000-2011 a precios de 2009. Como se observa, su tendencia es creciente, inició con una financiación de \$1,9 billones en el año 2000; hasta el 2009, año en el cual alcanza un máximo de \$6,4 billones. Para el 2011 se proyecta un valor de \$5,6 billones, disminución que se explica por la reducción de la participación del FOSYGA.

En todo el periodo de análisis la fuente de financiación mayoritaria es el SGP que en promedio representa un 54,28% de total de financiación, esta fuente pasó de \$879.458 millones en el año 2000 a \$3,3 billones en el año 2011. Le sigue en importancia el FOSYGA, que en promedio hasta el 2010 aportaba un 34,97% del total, en el año 2011 su participación cae al 23,99% explicada por la disminución de \$1,1 billones de la Subcuenta de Solidaridad, para este año en particular aportó \$1,3 billones, su máximo histórico se sitúa en el año 2009 cuando aportó \$2,4 billones. Por su parte la participación del esfuerzo propio en la financiación de la UPC-S ha presentado un comportamiento creciente, pasó de representar un 8,09% en el año 2000 a un 14,36% en el 2011, que en valores absolutos para el último año significó un aporte de \$808.460 millones; marginalmente las Cajas de Compensación Familiar aportaron en promedio valores cercanos al 1,8%. Las Cajas de Compensación Familiar aportaron en el año 2000 \$131.437 millones; estos niveles no se volvieron a registrar en los años siguientes, el promedio en el periodo 2001-2011 se sitúa alrededor de los \$60.000 millones.

Complementariamente para la financiación de ambos regímenes existe la medida de pagos, que corren por cuenta de los afiliados, bien sea del Régimen Contributivo o Subsidiado. Esta financiación del bolsillo de la población se organizó con el objetivo de *racionalizar* el uso de los servicios que brinda el SGSSS; en el caso de los cotizantes se denominada *cuota moderadora* y en el caso de los afiliados al Régimen Subsidiado, el aporte en dinero se considera una forma de *complementar* la financiación del Plan Obligatorio de Salud, denominado *copago*.

2.2.8 Las Empresas Promotoras de Salud. Para la conformación del nuevo sistema de salud, el debate no fue solo interno de la política colombiana; la desaparición del antiguo Sistema Nacional de Salud y la aparición del nuevo SGSSS fue producto, además de los debates locales, de la discusión en el seno de organizaciones multilaterales como el BID y grupos como la misión Bird-Wiesner que en el año de 1982 recomendaron criterios alrededor de la descentralización, la participación comunitaria y la privatización. El propio Wiesner

dirigiría luego otra misión en 1991 para ser entregada a la Asamblea Nacional Constituyente, propuesta que se enmarcaba en mayor independencia de las regiones y profundizar la descentralización. Estas recomendaciones que venían haciendo varias entidades propiciaron nuevas condiciones al mercado de la salud además de generar mecanismos que pudieran solucionar los problemas del antiguo sistema, utilizando “servicios de salud y mecanismos privados cuando estos sean más eficientes que los de seguridad social”¹⁰⁷. En este caso las EPS son en buena medida la forma como el Estado colombiano supo contestar a dichas recomendaciones, para ello se buscó mejorar sustancialmente la participación privada en un nuevo sistema de salud; es decir, en este caso se trataba de mejorar, por medio de la competencia y el sector privado, la coordinación entre lo que puede denominarse el esquema de seguros sociales y la prestación de servicios estatales. El nuevo papel del sector privado sería la de un articulador entre ambos, el argumento era que por este medio se podían generar las condiciones para mejorar la atención hospitalaria y detener o menguar la asignación irracional de los recursos.

Con el cambio del mecanismo de asignación de subsidio a la oferta a subsidio a la demanda, las EPS se constituyeron en pieza de primera importancia para la puesta en marcha de ese cambio. Estas empresas se encargan de la administración de dicho subsidio, en representación de los usuarios del SGSSS, estos recursos además les brindan capacidad de coordinación entre los prestadores y los entes gubernamentales.

Con la administración de los recursos del subsidio a la demanda, las EPS cumplen con diversas tareas, una de ellas es el aseguramiento; con el cual se fomenta la cobertura de la población por medio del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado, de acuerdo a la Ley 100 de 1993. En un comienzo se esperaba que este aseguramiento llegara a ser universal entre el año 2000 y 2001, hecho que no se cumplió; a finales de 2011 ya se puede hablar de niveles superiores al 91% de cobertura, la restante población se considera o no afiliada, o por otro lado población flotante con movilidad al interior del país. La estrategia que usan las EPS para la afiliación depende del régimen en el que operen, cotizaciones para el Régimen Contributivo, la encuesta del SISBEN para el Régimen Subsidiado, en ambos casos se demuestra la afiliación por medio de un carnet.

¹⁰⁷ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Progreso Económico y Social en América Latina. 1991. Citado Por SINDICATO NACIONAL DELA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL. La Privatización de la Salud en Colombia. Bogotá D.C. 1996., p. 22.

El mejor escenario para el aseguramiento es que sea constante y fluido, unido a un mercado que tienda a plena información para mejorar la libre decisión de la población para acceder a la EPS que mejor le pareciera acorde a la oferta de servicios en ese momento; como se vio, en el periodo de análisis el aseguramiento fue constante pero lento y el acceso a la información es una condición que no siempre se brinda, pues en el periodo de análisis existen evidencias de riesgo moral y también de selección adversa si bien no de forma directa si por lo menos en términos legales. Como las barreras administrativas que demoran las autorizaciones de prestación de servicios y el número creciente de tutelas.

Una vez las personas se encuentren afiliadas, de acuerdo al régimen que corresponda; la EPS contrata para la prestación del servicio a un prestador público o privado. En el caso particular del Régimen Subsidiado, se debe hacer claridad que son los municipios por medio de las Empresas Sociales del Estado –ESE– quienes realizan convenios con las EPS para el aseguramiento y afiliación de la población. Y finalmente cada EPS llega a un acuerdo de prestación de servicios con la red de prestadores de la ESE.

Como las EPS contratan con los diversos prestadores, ello significa que crean un *portafolio de servicios*, para dar respuesta a la demanda de servicios de salud de sus afiliados y por supuesto esto también es un incentivo por parte de la EPS para buscar que el gasto sea lo más eficiente posible, no obstante ello a su vez es un incentivo para negar servicios a la población de la que es responsable. En este sentido el usuario no escoge directamente al prestador, sino más bien se supedita a los contratos de EPS que lo asegure y se condiciona a los servicios contratados.

Las EPS no son entidades homogéneas, el mercado del aseguramiento en Colombia está conformado por cuatro tipos de Empresas Promotoras de Salud: las privadas que pueden ejercer sus funciones tanto en el Régimen Subsidiado como en el Contributivo, las públicas que específicamente corresponden a EPS Indígenas del Régimen Subsidiado, las Empresas Solidarias de Salud que a pesar de crearse previo a la Ley 100 de 1993 deben su auge a la misma y finalmente las Cajas de Compensación Familiar, a quienes la Ley 100 las obligó a participar en el Régimen Subsidiado mediante la afiliación de población pobre no empleada en el sector formal.

Cabe aclarar que en el caso de las EPS del Régimen Subsidiado y públicas del Régimen Contributivo deben contratar con Empresas Sociales del Estado obligatoria y efectivamente en un 60% y las EPS privadas del Régimen Contributivo no tienen obligación expresa para contratar en porcentajes

establecidos. En el caso en el que la EPS tenga integración vertical, es decir contrate con prestadores de su propiedad, se exige que el máximo de esta integración sea del orden del 30%.

Son por lo menos tres características que posicionan a las EPS como los entes articuladores en el SGSSS: el primero es su misión fundamental, es decir el aseguramiento. La segunda característica es la administración del riesgo, pues afiliar población de diversas edades responde a riesgos diferentes en términos de los costos de cada afiliado en el caso de enfermedades o contingencias de salud; además de asegurar el gasto “normal” en salud en periodos en los que el usuario en particular no tenga complicaciones especiales, la administración de este riesgo permite a cada EPS tener un margen de utilidad, esta característica les da a las EPS la tarea de captar y direccionar los recursos de la salud en el país, en el Régimen Contributivo por medio de las cotizaciones y en el Régimen Subsidiado por recursos de solidaridad y fiscales. La tercera característica tiene que ver con la organización de la prestación de servicios, pues son las EPS las encargadas de buscar contratos para la prestación de los servicios de salud, bien con prestadores públicos, privados o incluso con su propia red de servicios.

Las herramientas que utiliza el SGSSS para coordinar los recursos fiscales y parafiscales, es la Unidad de Pago por Capitación, fuente de liquidez y margen de ganancia de las EPS, conjuntamente la herramienta que las faculta para organizar los gastos en servicios de salud es el Plan Obligatorio de Salud; ambas herramientas dan muestra de que a pesar de la presencia de actores privados que tienen una motivación por medio de la competencia, el mercado es regulado en sus recursos y en la prestación de servicios de que son responsables en parte las EPS, puesto que son quienes emiten las ordenes de prestación a pesar de ser las IPS quienes llevan a cabo la prestación del servicio propiamente dicha. Sin embargo a pesar de que teóricamente se esperaba que en un mercado en el que de antemano se conoce el valor de la UPC, es decir el valor que a cada EPS le corresponde para su financiación acorde al número de afiliados que tiene y además puede valorar sus costos y el límite del gasto porque también conoce de antemano el POS, ello no ha redundado en un uso de los recursos que mejoren las condiciones de prestación del servicio.

Según datos de la Superintendencia Nacional de Salud –Supersalud– en el año 2011 existieron 24 EPS en el Régimen Contributivo y 48 en el Régimen Subsidiado, no obstante la información financiera, que dichas EPS están en la obligación de reportar para dar cumplimiento a la Circular Única de la Supersalud, fue suministrada tan solo por 18 del Régimen Contributivo y 38 del Régimen

Subsidiado, lo anterior se debe a que algunas de ellas se encontraban en proceso de liquidación o de intervención por parte de las autoridades¹⁰⁸. En términos financieros la Supersalud señala que en el año 2011 por concepto de ingresos de UPC, las EPS del Régimen Contributivo en conjunto recibieron \$7.6 billones y adicionalmente recibieron \$2,2 billones solamente por concepto de recobros al FOSYGA, ello significaría que más del 20% de los recursos de las EPS del Régimen Contributivo provienen de recobros. En contraste las EPS del Régimen Subsidiado tienen menos cantidad de recobros, según la misma Supersalud, las EPS del Régimen Subsidiado recibieron 5,7 billones por concepto de UPC-S en el año 2011, adicionalmente recobros al FOSYGA por \$108.000 millones y a los entes territoriales por \$114.000 millones; en este caso los recobros solo alcanzan un 3,7% aproximadamente.¹⁰⁹

Por otra parte, esta conjugación de actores públicos con manejo empresarial y privados con herramientas definidas tiene resultados dudosos; principalmente por la cantidad de cartera que opera en ambos sentidos y especialmente preocupante en el Régimen Subsidiado; de esta manera el FOSYGA o directamente los entes territoriales le adeudan recursos a las EPS, pero a la par las EPS adeudan recursos a los prestadores, con lo cual se mantiene un ciclo de constante endeudamiento. La Supersalud adicionalmente señala que las deudas por compensación y promoción a favor de las EPS del Régimen Contributivo ascendían en 2011 a \$158.000 millones y que las deudas de las EPS a favor de terceros eran de \$1,29 billones, de los cuales quien más tenía deudas era la Nueva EPS con más de \$513.000 millones. En cuanto a las EPS del Régimen Subsidiado en el año 2011 las deudas con saldo a su favor ascendían a más de \$1,6 billones, pero en contraste las cuentas por pagar a cargo de las EPS del Régimen Subsidiado ascendieron a poco más de \$8,2 billones, de los cuales el 60% era cartera de más de 90 días, es decir el SGSSS tiene un problema de liquidez que afecta en última instancia la prestación de los servicios derivado del no pago oportuno de las obligaciones.

Lo anterior apunta a que las EPS no han sido capaces de cumplir con la tarea que asignada por el SGSSS y más preocupante aun, que a pesar de existir dos

¹⁰⁸ Las EPS intervenidas o en liquidación del Régimen Contributivo a Diciembre de 2011 fueron: Humana Vivir, Red Salud, Multimédica, Saludcoop, Cafesalud y Cruz Blanca. Las EPS intervenidas o en liquidación del Régimen Subsidiado a Diciembre de 2011 fueron: Cafam, Humana Vivir, Camacol, Comfaca, Comfenalco Quindío, Calisalud, Emdisalud, Capresoca, Selvasalud.

¹⁰⁹ COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Informe Situación Financiera Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo y Subsidiado Vigencia 2011. Bogotá D.C. 2012., p. 1.

herramientas como la UPC y el POS, ambas han sido utilizadas de tal manera que ayudan a mantener las finanzas de Empresas Promotoras de Salud que se niegan a autorizar la prestación de servicios y tienen un nivel de cartera elevado, respondiendo a argumentos de equilibrios financieros antes que al bienestar social de la población. Se presenta además una diferencia en el comportamiento financiero de las EPS de los dos regímenes estudiados, pero que finalmente redundan en malestar social en otros actores como los prestadores y finalmente los pacientes.

El hecho de que a pesar de tener la posibilidad de movilizar una gran cantidad de recursos en el sistema y estos no puedan organizarse de manera eficiente, apunta a que el problema no es de recursos, sino más bien de organización, es decir la forma en cómo están divididas las cargas en el sistema permite que impere el egoísmo privado, sin que ello tenga mayores consecuencias positivas en la sociedad, en definitiva este argumento señala que el bienestar privado, especialmente de las EPS, es contrario al interés general.

A continuación se presenta un análisis general de la situación financiera de las Empresas Promotoras de Salud, en el que se demuestra que para el año 2011 las empresas pertenecientes al Régimen Contributivo presentaron una mayor solidez en términos patrimoniales a pesar de ser una cantidad menor que las EPS del Régimen Subsidiado. Como se muestra en la Tabla 8 el total de activos de las EPS del Régimen Contributivo fue de \$3,6 billones y sus pasivos ascendían a \$3,1 billones, esto indica que el patrimonio de las 18 EPS que reportaron información fue de \$503.296 millones. Por otra parte, los activos del Régimen Subsidiado correspondieron a \$2,5 billones, valor superado por el total de los pasivos que fueron de \$2,9 billones, esto se ve reflejado en un patrimonio negativo de -\$378.553 millones. El reporte de un patrimonio negativo por parte del conjunto de EPS del Régimen Subsidiado se explica en gran medida porque sus obligaciones de corto plazo de \$2,6 billones superan incluso la totalidad de activos.

Tabla 8. Estructura financiera Empresas Promotoras de Salud. 2011 En Millones de Pesos

EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	
ACTIVOS			
Activo Total	3'607.778	Activo Total	2'552.134
Activo Corriente	3'446.258	Activo Corriente	2'317.100
Inversiones	410.834	Inversiones	22.801
Deudores	2'511.531	Deudores	2'103361
EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	

Cuentas por Cobrar FOSYGA Pendientes de Radicar	677.014	Cuentas por cobrar FOSYGA	148.797
Cuentas por Cobrar FOSYGA Radicadas	1'613.229	Cuentas por cobrar FOSYGA radicadas	74.348
Giro Previo del FOSYGA	-219.718	Total FOSYGA	223.146
Total Cuentas por Cobrar FOSYGA	2'070.525	Cuentas por cobrar ET	351.515
Provisiones de Cartera	-361.335	Cuentas por cobrar ET radicadas	153.261
Inventarios	119.416	Total Entidades Territoriales	504.777
Activo Fijo (Propiedad planta y equipo)	117.297	Inventarios	1.569
Edificios e Inmuebles	98.159	Activo Fijo	67.766
		Edificios e Inmuebles	18.848
PASIVOS			
Pasivo Total	3'104.481	Pasivo Total	2'930.687
Pasivo Corriente	2'742.078	Pasivo Corriente	2'626.340
Obligaciones financieras	369.169	Obligaciones Financieras	240.560
Proveedores NO POS	241.124	Proveedores	1'844.446
Cuentas por pagar	582.846	Cuentas por pagar	206.017
Reservas Técnicas	1'715.750		
Reservas Técnicas - Facturas al Cobro IPS	1'205.625		
PATRIMONIO			
Capital Social	401.716	Capital social	94.565
Patrimonio Institucional/Superávit de Capital	131.653	Superávit de Capital	-345.039
Reservas	31.356	Reservas	31.731
Revalorización del Patrimonio	1.501	Revalorización del Patrimonio	-144
Resultado del Ejercicio	-78.947	Resultados del Ejercicio	-180.852
Resultado de Ejercicios Anteriores	-75.406	Resultado de Ejercicios Anteriores	7.674
Superávit por Valorizaciones	91.040	Superávit por Valorizaciones	13.510
Otros Superávits	380	Patrimonio	-378.553
Patrimonio	503.296		

FUENTE: Estados Financieros reportados a la Supersalud.

2.2.9 Dirección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La dirección general del sistema a nivel nacional está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, complementada en municipios, distritos y departamentos por las direcciones locales, distritales y seccionales. Es el Ministerio el encargado de la promulgación y formulación de las políticas y medidas en materia de salud; además de dirigir, evaluar y orientar los proyectos administrativos del SGSSS. Las direcciones departamentales, distritales o locales, se encargan de la ejecución de programas nacionales acorde a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, además de crear proyectos locales de impacto regional con base a lineamientos nacionales.

La Comisión de Regulación en Salud –CRES– se define como una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonial; adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social. Se encarga de los aspectos técnicos en la determinación y promulgación de la UPC y el POS de manera anual. También define el monto de los copagos y cuotas moderadoras, el régimen de incapacidades bien por enfermedad o maternidad a las EPS del Régimen Contributivo, adicionalmente establece un sistema unificado de tarifas en el que se incluye el pago a profesionales de salud. Está conformada por el Ministro de Salud y Protección Social, quien preside su junta directiva, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y 5 comisionados expertos designados por el Presidente de la República.

La inspección, vigilancia y regulación del SGSSS, está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud –Supersalud–, creada en el año de 1977 con el fin de vigilar y controlar los seguros sociales obligatorios y al Instituto de Seguros Sociales. En el año de 1994 con la promulgación del Decreto 1259 y en concordancia con el cambio del Sistema Nacional de Salud, hacia el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Supersalud amplía su campo de acción hacia el SOAT el FOSYGA, las EPS de ambos regímenes, las IPS, los empleadores y entidades territoriales. Finalmente con la promulgación de la Ley 1122 de 2007 se crea el *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control* del SGSSS con base en los ejes de: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud. El Decreto 1018 de 2007 crea a partir de los ejes en que trabaja la Supersalud, las superintendencias delegadas.

Además de tener incidencia jurisdiccional y de conciliación entre los diversos actores del SGSSS. Otra de las funciones de la Supersalud, es la vigilancia de

regímenes especiales y exceptuados. La Superintendencia juega un papel fundamental en la regulación e incidencia del mercado de salud, por cuanto vela por el cumplimiento de las normas de cada uno de los actores del SGSSS. Tiene la misión de evitar que se produzca el abuso de la posición dominante, la presencia de preexistencias, la selección adversa y del riesgo; también defender el derecho de los ciudadanos y la calidad en la prestación del servicio, además de promover la participación ciudadana y la rendición de cuentas de los actores.

La regulación del mercado de medicamentos, está a cargo del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA–, encargado de la vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos que puedan tener efectos en la salud individual o colectiva. El INVIMA también se encuentra adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, tiene personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa.

Es importante señalar que el precio de los medicamentos y otras disposiciones están a cargo de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, conformada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Comercio Industria y Turismo y un delegado de la presidencia de la República.

3. ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO HISTÓRICO E INTERRELACIÓN DE LOS ACTORES QUE CONFORMAN LOS RÉGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, BAJO LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LA LEY 100 DE 1993 EN EL PERIODO 2004-2011

Nariño al igual que Colombia, es un territorio de diversos contrastes y diferencias marcadas, por ello una vez estudiado de manera profunda el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es necesario analizar sus efectos y particularidades en el departamento dadas sus diferencias a nivel interno. Por ello se inicia con una contextualización de las condiciones socioeconómicas del departamento de Nariño.

En cuanto al dinamismo económico, según el ICER¹¹⁰, entre el año 2001 hasta el año 2006 Nariño creció a ritmos superiores que Colombia, con excepción del año 2005; y entre el año 2007 y 2010 su crecimiento fue inferior. La producción total del departamento se calculó en \$8,33 billones en el año 2010, que con respecto a 2009 significó un crecimiento del 3,3%. Su economía se basa en el sector terciario, es decir actividades de servicios y comercio; solo la actividad de comercio representó el 10,4% del PIB departamental y los servicios en conjunto representaron el 60,5%. A pesar de ser considerado un territorio con vocación agrícola, pues posee todos los pisos térmicos y parte de la costa pacífica colombiana, la producción agropecuaria solo representa el 14,9% del producto departamental. Es preocupante que la industria de Nariño solo represente el 5% del PIB, mucho más si se tiene en cuenta que esta actividad económica es generadora de empleo y valor agregado.

El PIB de Nariño apenas representa el 1,53% del PIB nacional; y el PIB per cápita anual de Nariño para el año 2010 fue de \$5'080.631, que es muy inferior al PIB per cápita nacional que para el mismo año fue de \$11'947.967. Es decir representa solo el 43% del nacional.

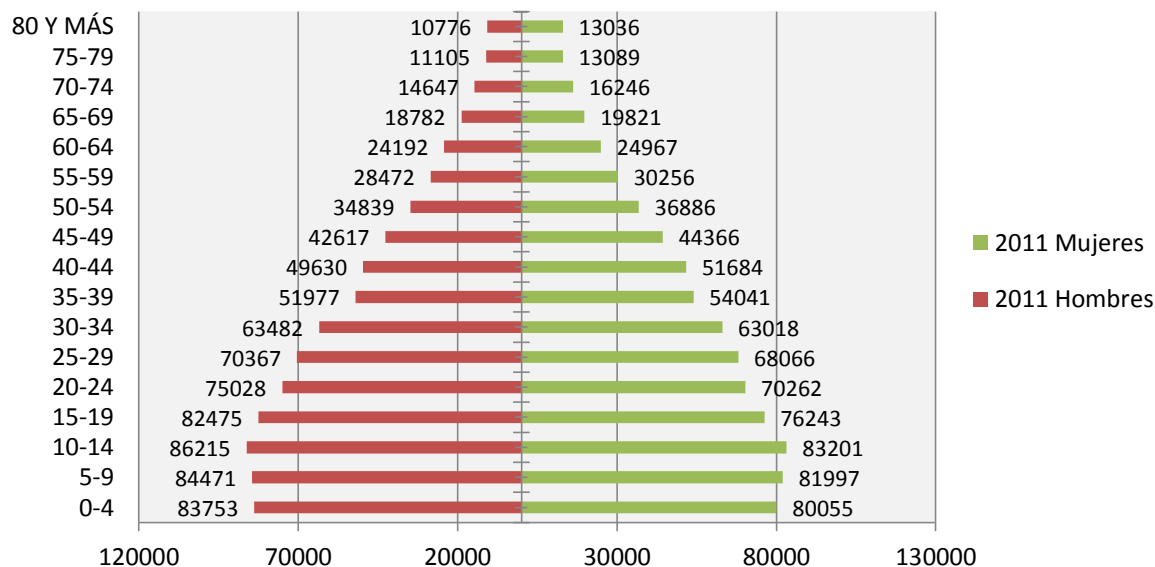
Según las proyecciones poblacionales hechas por el DANE¹¹¹, en el 2011 Nariño tenía 1'660.062 habitantes, de los cuales 827.234 eran mujeres y los restantes

¹¹⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Informe de Coyuntura Económica Regional Nariño. (En línea). En: DANE. 2012. (Consultada: 28 de mayo de 2013) Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/files/icer/2011/narino_icer__11.pdf

¹¹¹ *Ibíd.* Estimación y Proyección de Población Nacional, Departamental y Municipal Por Sexo, Grupos Quinquenales de Edad y Edades Simples de 0 a 26 años 1985-2020. (En línea). En:

832.828 eran hombres, el 48% de la población se encuentra entre los 0 y los 19 años, por tanto es una población relativamente joven. Por otra parte, la proporción mujeres-hombres es prácticamente 1 a 1 puesto que del total de habitantes del departamento 49,8% son mujeres mientras que el 50,2% son hombres.

Gráfico 8. Pirámide Poblacional, Departamento de Nariño. 2011



FUENTE: Estimación y Proyección de Población Nacional, Departamental y Municipal. DANE

Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares, la Población Económicamente Activa del departamento –PEA–¹¹² corresponde a 893.000 personas. Por su parte la tasa de desempleo en Nariño tuvo un comportamiento volátil en el periodo 2004-2011, a partir del año 2005 la tasa de desempleo siempre se ha ubicado en niveles superiores a la tasa nacional; en el año 2011 el desempleo en Nariño se ubicó en 14,3% que representó una disminución de 8% con relación al año anterior, cuando esta tasa alcanzó un 22,3%; en tanto que a nivel nacional en el año 2011 la tasa de desempleo fue de 10,8%, un 1% menos que el año 2010; ello

DANE. 2011. (Consultada: 28 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Edades_Simples_1985-2020.xls

¹¹² Ibíd. Mercado Laboral por Departamentos. Anexo 2012. (En línea). En: DANE. 2013. (Consultada: 28 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/files/investigaciones/boletines/ech/ml_depto/anexo_dep_12.xls

significaría que el departamento de Nariño tiene mayor desempleo que el promedio nacional.

Por otro lado una cifra alarmante es la informalidad, que según el DANE en el trimestre Abril-Junio de 2011, Pasto, capital del departamento de Nariño y donde habita el 25% de su población, tenía una proporción de población ocupada en empleos informales del 63,2%¹¹³, la tercera más grande del país.

Sin embargo los datos meramente económicos, si bien pueden guiar con respecto a la estructura económica y el nivel de desarrollo, en relaciónal ingreso y la producción, adolecen de dejar de lado otras condiciones de la vida social que no solamente pueden medirse por medio del ingreso. Para ello existen algunos mecanismos utilizados en la medición del grado de desigualdad en la distribución del ingreso; tal es el caso del coeficiente de GINI¹¹⁴, que a nivel nacional en 2010 era de 0,560 y en el año 2011 de 0,548; para el caso específico de Nariño en el año 2010 tenía un GINI de 0,496 y en 2011 aumentó a 0,501; a pesar que la producción ha venido creciendo en los últimos años los niveles de inequidad en la distribución del ingreso vienen aumentando.

Adicionalmente, una forma de medir el desarrollo no solo económico sino también social, es la utilización del Índice de Calidad de Vida –ICV– y el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI–. Sin suponer que son índices del todo perfectos, si relacionan condiciones que sobrepasan la variable del ingreso y se adentran en condiciones socioeconómicas y por tanto más complejas. El NBI detalla las carencias críticas de una población, las áreas que emplea son: vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo, se mide de 0 a 100 y se expresa en porcentaje, mientras más se acerque a 100 el indicador es más indeseable. El ICV integra elementos que se derivan de resultados de encuestas subjetivas, donde se toman los aspectos de: salud, vida familiar, vida comunitaria, bienestar material, estabilidad política y seguridad, clima y geografía, la seguridad del empleo, la libertad política, la igualdad de género; se mide de 0 a 100, siendo 100 la medida perfecta y representa el ideal de condiciones de vida. A continuación en la Tabla 9. Se muestra el valor tanto de NBI como de ICV de las

¹¹³ Ibíd. Medición del Empleo Informal. Agosto 2011. (En línea). En: DANE. (Consultada: 29 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bolet_ech_informalidad_abr_jun2011.pdf

¹¹⁴ Ibíd. Pobreza en Colombia. Mayo 2012. (En línea). En: DANE. (Consultada: 29 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/cp_pobreza_2011.pdf

13 subregiones que componen el departamento de Nariño, tal como lo organizó el Plan de Desarrollo Departamental de la Gobernación de Nariño 2012-2015.

Tabla 9. Niveles de NBI e ICV por Subregiones de Nariño. 2011

SUBREGION	NBI	ICV
Sanquianga	81%	46%
Pacífico Sur	50%	58%
Telembí	76%	49%
Pie de monte costero	59%	53%
Ex provincia de Obando	40%	67%
Sabana	46%	65%
Abades	61%	56%
Guambuyaco	42%	60%
Occidente	48%	63%
Cordillera	76%	59%
Centro	20%	82%
Juanambú	54%	57%
Rio Mayo	50%	59%

FUENTE: Plan de salud territorial 2012-2015.

Un reto adicional que debía tratar de solucionar la Ley 100 es la heterogeneidad de las poblaciones, estas diferencias pueden ser de tipo endógeno, que se basa en la diversidad cultural, la dispersión geográfica del departamento y sus pobladores, la presencia de pueblos indígenas y población afrodescendiente; y en términos exógenos la condición de ruralidad de Nariño y su zona de frontera.

Las condiciones de cada subregión difieren unas de otras. Los niveles más altos de NBI se presentan en la subregión Sanquianga con 81% que tiene una diferencia supremamente grande con la subregión Centro que presenta el NBI más bajo en el departamento con un 20%. En cuanto al ICV nuevamente la subregión Sanquianga presenta limitantes, tiene el ICV más bajo en el departamento correspondiente al 46% y nuevamente la población con mejores condiciones es la que se encuentra asentada en la subregión Centro, con 82% de ICV.

Lamentablemente el departamento de Nariño supera los indicadores nacionales de desnutrición, mientras que en el año 2011¹¹⁵ Nariño tenía una tasa de desnutrición crónica de 16% en el nivel nacional era del 12%, en desnutrición aguda Nariño tenía el 5% mientras que el indicador nacional fue de 1,3%, así mismo la desnutrición global del departamento de Nariño fue de 10% que supera el 7% a nivel nacional; estos indicadores están explicados por deficiencias alimenticias, especialmente déficit en el consumo de proteínas vegetales y animales y el factor económico de la canasta básica familiar. Lo preocupante es que la presencia de desnutrición puede generar Enfermedad Diarreica Aguda o Infección Respiratoria Aguda, paludismo y enfermedades infecto-contagiosas.

Por otra parte, también para el año 2011¹¹⁶, el porcentaje de cobertura de acueducto urbano alcanzó el 94% y en zonas rurales el 74%; sin embargo cabe aclarar que el IDSN certifica la cobertura de calidad de agua para la zona urbana en el 65% y en zonas rurales en solamente un 2,6% explicado en buena medida porque solamente un 51% de los acueductos tienen implementado algún sistema de tratamiento. Estos indicadores además dan cuenta de la disparidad entre las subregiones, de esta manera la subregión Sanquianga tiene los porcentajes más bajos en cuanto a cobertura, puesto que solo el 55% de la zona urbana y el 4,9% la zona rural cuentan con acueducto, en contraste la mejor subregión fue Centro, que cuenta con un 100% de cobertura en acueducto en zona urbana y un 90% en la zona rural. En cuanto a cobertura de alcantarillado la subregión Sanquianga presentó coberturas del 8% en la zona urbana y un alarmante 0,4% en la zona rural. A diferencia de Sanquianga, la subregión Centro presentó niveles de cobertura en alcantarillado de 99% en la zona urbana y un 34% en la zona rural. Con todo lo anterior en mente, es apenas lógico que la población más pobre tenga mayores probabilidades de enfermarse.

Otra característica del departamento que necesariamente debe tenerse en cuenta es la cobertura neta en educación, puesto que existen prácticas de salubridad y prevención de enfermedades, además de esquemas de autocuidado que pueden ser aprendidas y puestas en práctica con mayor eficiencia en poblaciones relativamente educadas, el ejemplo más práctico en este sentido es la educación en salud sexual y reproductiva, que generalmente está ligada con la educación secundaria y media vocacional. De esta manera los peores indicadores de cobertura neta en educación en el año 2011 los presentó la subregión Pacífico Sur, con una tasa de 16% en secundaria y 5% en media vocacional, en contraste la Ex

¹¹⁵ NARIÑO. INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD. Plan de Salud Territorial, "Salud Para el Buen Vivir" 2012-2015.

¹¹⁶ *Ibíd.*

Provincia de Obando presentó 70% de cobertura en secundaria y 43% en media vocacional. Por tanto las subregiones donde haya mayor acceso al sistema educativo pueden tener mayores condiciones para adquirir practicas saludables, de higiene y autocuidado, sin que ello signifique que es el factor determinante, si promueve un adecuado estado de salud.

Lo anterior es evidencia de los grandes contrastes que existen en el departamento. Además de los aspectos socioeconómicos, Nariño presenta diversidad geográfica, climatológica, étnica y cultural, por lo cual no se deben hacer análisis de tipo departamental sin tener en cuenta las particularidades de las subregiones. Es en este contexto en el que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del departamento de Nariño deben actuar y estas condiciones son los retos a que hacen frente desde su naturaleza particular y acorde a las tareas que le son endilgadas dentro del sistema de salud.

3.1 ACTORES DEL SGSS EN NARIÑO

La estructura institucional que se reproduce en el departamento acorde a la estructura nacional, se manifiesta inicialmente en el Instituto Departamental de Salud de Nariño como representante del sector gubernamental, encargado de la rectoría del sistema a nivel territorial. Lo continúan las EPS que tienen presencia en el departamento y contratan con IPS privadas, profesionales independientes y especialmente con la red pública hospitalaria del departamento. La red pública hospitalaria de Nariño cuenta con un hospital de tercer nivel de complejidad, cuatro de segundo nivel y las Empresas Sociales del Estado en los municipios, encargadas del primer nivel de complejidad. Estos actores se encuentran articulados alrededor de la prestación de servicios de salud y de actividades de promoción y prevención que deben dirigirse a los usuarios del sistema, es decir la población del departamento.

3.1.1 Instituto Departamental de Salud de Nariño. Los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud que funcionan en el departamento de Nariño están encabezados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN– como entidad representante del Estado. El IDSN tiene entre sus funciones la aplicación de las políticas nacionales que le son ordenadas por el Ministerio de Salud y Protección social; también hace seguimiento al cumplimiento de metas y desarrolla actividades de vigilancia, control permanente, además de acompañamiento técnico en las subregiones.

De esta manera la dirección del sistema de salud a nivel departamental está a cargo del IDSN, como organismo único encargado de la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los agentes del sistema de salud. El IDSN fue creado mediante el Decreto 401 de Julio 15 de 1993, bajo la figura de establecimiento público descentralizado de orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de acuerdo a los lineamientos de la Ley 10 de 1990. El IDSN responde a la regionalización del servicio de salud, que se *municipalizó y departamentalizó* en lo administrativo. En lo financiero se descentralizó con la Ley 60 de 1993.

Su estructura organizacional está encabezada por una junta directiva, un director que es nombrado por el gobernador del departamento y una planta de personal propia; tiene dos subdirecciones: una de salud pública y la otra de calidad y aseguramiento.

3.1.2 Empresas Promotoras de Salud. La importancia de analizar las EPS que tienen presencia en Nariño, si bien no se encuentran datos consolidados departamentales, radica en que son las intermediarias de los recursos que finalmente financian a las ESE y hospitales privados del departamento; debe recordarse que las EPS se financian fundamentalmente por las UPC, bien sea subsidiada o contributiva; y luego estos recursos son girados a los prestadores, públicos o privados, para el pago de procedimientos.

Las funciones de afiliación y administración de los recursos en el departamento de Nariño son realizadas por EPS de ambos regímenes, las cuales no pueden catalogarse como departamentales puesto que su campo de acción no tiene un componente territorial, pudiendo operar en diversos departamentos del país.

De acuerdo con las estimaciones poblacionales realizadas por el DANE para el año 2011 en el departamento de Nariño habitaban 1'660.062 personas, el 48,20% en la cabecera urbana de los municipios y el 51,80% en el sector rural. De ellos 1'382.022, es decir el 83,2% estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en alguno de sus regímenes. El Régimen Subsidiado es quien mayor afiliados presentó con un 80,7% equivalente a 1'115.408 personas, el Régimen Contributivo afilió al 17,9% que equivale a 247.110 personas, finalmente a los Regímenes Especiales o de Excepción estaban afiliadas 19.504 personas que representan el 1,4% de la población nariñense.

El total de la población afiliada tanto al Régimen Subsidiado como al Régimen Contributivo conforma el mercado del aseguramiento de las distintas Empresas Promotoras de Salud en el departamento de Nariño. A 31 de Diciembre de 2011 y de acuerdo con el reporte de la Superintendencia Nacional de Salud¹¹⁷, en el departamento operaron 8 EPS del Régimen Subsidiado y 14 EPS del Régimen Contributivo. Cabe aclarar que las EPS que funcionan en Nariño no son de carácter netamente departamental, sino que en la mayoría de los casos su campo de acción está en varias regiones de la geografía nacional y que los datos financieros que posteriormente se presentarán corresponden a los consolidados de la EPS a nivel nacional. A continuación se indican cuales son dichas EPS y su porcentaje de afiliación a la población nariñense.

Tabla 10. Afiliados Según EPS en el Departamento de Nariño. 2011

Régimen Subsidiado			Régimen Contributivo		
EPS	Afiliados	%	EPS	Afiliados	%
EMSSANAR E.S.S	499.903	44,8	SALUDCOOP	148.104	59,9
MALLAMAS	155.394	13,9	LA NUEVA EPS S.A.	49.226	19,9
COMFAMILIAR NARIÑO	131.646	11,8	COOMEVA EPS S.A	35.823	14,5
ASMET SALUD	131.012	11,7	EPS SANITAS S.A.	7.676	3,2
EPS CONDOR S.A	121.833	10,9	SALUDVIDA S.A. EPS	5.284	2,1
CAPRECOM EPS	74.286	6,8	SOS S.A.	379	0,2
SELVASALUD S.A. EPS	684	0,1	COMFENALCO VALLE EPS	126	0,1
CAFESALUD EPS S.A.	650	0,1	FERROCARRILES NALES. FONDO PASIVO	345	0,1
			FAMISANAR LTDA	46	0
			ALIANSALUD	41	0
			SURA EPS	40	0
			HUMANA VIVIR S.A. EPS	12	0
			COMFENALCO ANTIOQUIA EPS	7	0
			SALUD COLPATRIA EPS	1	0
TOTAL	1.114.758	100	TOTAL	247.110	100

FUENTE: Superintendencia Nacional de Salud.

¹¹⁷COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Departamento de Nariño Resumen Información a 31 de diciembre de 2011. 2012. (En línea). En: SUPERSALUD. (Consultada: 5 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=ayDT6otfGBU%3d&tabid=854&mid=2449&forcedownload=true>

La información financiera de estas empresas es reportada a la Supersalud de forma trimestral y se encuentra consolidada a nivel nacional, pese a las ventajas que traería para el sistema la presentación de la información financiera en términos departamentales. Si bien no se cuenta con datos de esa naturaleza, los análisis se realizaron partiendo de los mencionados estados financieros de las EPS más representativas que operaron en Nariño hasta el año 2011.

Es evidente que en cada uno de los dos regímenes existen EPS líderes en la afiliación, con amplia diferencia respecto a sus inmediatas competidoras, para el caso del Régimen Contributivo SALUDCOOP EPS con 148.104 afiliados concentra el 59,9% del mercado asegurador en salud. En el Régimen Subsidiado los porcentajes de afiliación lo encabeza EMSSANAR ESS, con 499.903 afiliados representando el 44,8% de la población afiliada a este régimen en el departamento.

3.1.3 Prestadores del Servicio de Salud en el Departamento De Nariño.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla que las funciones de prestación del servicio de salud en los diferentes niveles de complejidad a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes están a cargo de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS– las cuales pueden ser públicas, privadas o mixtas. La prestación directa del servicio de salud por parte de la Nación o de las entidades territoriales se hace principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado –ESE– tal como reza el artículo 134 de la Ley 100 de 1993.

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de Salud y Protección Social¹¹⁸, en el año 2011 el departamento de Nariño contaba con 271 IPS; 79 de ellas eran de carácter público, exactamente la misma cantidad del año 2006 y 192 IPS privadas las cuales si han presentado aumento en el mismo periodo de tiempo. El registro de profesionales que ejercen su labor fuera del SGSSS ha variado de 423 a 609, a este grupo se los denomina Profesionales Independientes. Por otra parte, de las Instituciones que funcionan bajo un objeto

¹¹⁸COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección de Servicios y Atención Primaria. 2013. (En línea). En: MINSALUD. (Consultada: 5 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica:

http://201.234.78.38/habilitacion/Reportes/prestadores_clases_prestadores.aspx?pageTitle=Por+Clase+de+Prestador&pageHlp=

social diferente, es decir aquellas que trabajan para la caridad o beneficencia se tiene un registro en 2011 de 21 Instituciones, mientras que en 2006 tan solo eran 15.

Tabla 11. Número de Prestadores en Nariño. 2006 – 2011

Año	IPS			PROFE- SIONALES INDEPEN- DIENTES	TRANSPORTE ESPECIAL			OBJETO SOCIAL DIFERENTE		
	Pública	Privada	Total		Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
2006	79	106	185	423	0	0	0	7	8	15
2007	82	148	230	585	0	0	0	8	14	22
2008	79	182	261	657	0	1	1	7	18	25
2009	78	198	276	726	0	2	2	8	18	26
2010	77	215	292	766	0	3	3	6	18	24
2011	79	192	271	609	0	4	4	6	15	21

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS– Ministerio de Salud y Protección Social.

Los prestadores del servicio que demandan mayor interés para la presente investigación son las instituciones públicas, por esta razón el lector encontrará mayor énfasis en los análisis que se hacen a este tipo de instituciones; en ese orden de ideas, es muy importante resaltar que de las 79 IPS públicas tan solo el Hospital Universitario Departamental de Nariño es de tercer nivel y atiende los casos de alta complejidad, además se cuenta con cuatro IPS públicas de segundo nivel quienes se encargan de las patologías de mediana complejidad, ellos son: el Hospital Civil de Ipiales ESE, el Hospital Eduardo Santos ESE del municipio de la Unión, el Centro de Habilitación del Niño “CEHANI” y el Hospital San Andrés de Tumaco ESE, el resto de IPS son de primer nivel las cuales pueden ser IPS indígenas o Empresas Sociales del Estado y se encuentran en todos los municipios del departamento.

Una mención especial merecen el Hospital Civil de Ipiales y el Hospital Universitario Departamental de Nariño por ser dos de las nueve IPS acreditadas en el país, entre más de 18.000 existentes. Además es importante señalar que la antigua ESE San José de Túquerres ya no tiene carácter público, puesto que por problemas en su pasivo prestacional fue declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación como *inviable*

financieramente y fue entregada en concesión a Gestionar Bienestar, que es una empresa de carácter privado. Nariño cuenta además con una red privada de gran tradición y arraigo, tal es el caso de la Fundación Hospital San Pedro, el Hospital Infantil Los Ángeles, la Clínica Fátima, el Hospital San Rafael para enfermos mentales, aunque esta red privada se ha ampliado en los últimos años; estos son los prestadores tanto públicos como privados que han brindado atención a los nariñenses e incluso personas provenientes de departamentos vecinos.

3.2 CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LA LEY 100 DE 1993 EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

La salud de una población puede ser entendida desde un doble sentido; como un factor que apuntala la capacidad productiva y ayuda a mejorar la calidad de vida, o por otro lado como consecuencia de una buena capacidad productiva y una sociedad próspera; es decir su sentido es dual: de causa y efecto. A pesar que ambos argumentos sostienen una válida conceptual, el estudio del modelo de salud del país y la manera cómo opera en el departamento de Nariño, hace que sea necesario abordar el tema como consecuencia y no como causa; por tanto los indicadores de salud y la calidad de vida de los habitantes del departamento son consecuencia de la aplicación de políticas públicas en salud, con todas las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En principio es necesario mencionar que el ser humano es finito, su presencia en la tierra y estancia de vida está determinada primordialmente por condiciones biológicas, pero que pueden agudizarse acorde al ambiente económico y social, el nivel educativo y la cultura. Ello significa que las políticas públicas en salud basan su fundamento en prolongar la vida de las personas, pero ello no es suficiente, se requiere además que dicha vida sea digna.

Los objetivos de la Ley 100 de 1993 no necesariamente se entienden como formalmente se expresan en el articulado de Ley, también se deben entender a tenor de las causas que motivaron su promulgación y los argumentos que se esgrimieron para su puesta en marcha. Entre ellos los cuatro ejes articuladores se pueden resumir en: Cobertura, Eficiencia, Calidad y un Nuevo Esquema de Salud Pública. Al sistema anterior a la Ley 100 se endilgaban justamente la antítesis de tres de estos ejes: ser ineficientes, no tener cobertura y ausencia de un fuerte esquema de salud pública, en el tema de calidad existen realmente opiniones encontradas. En todo caso, pretender que un sistema pueda complementar estas cuatro características es lo ideal, el debate se define en la manera como deben

ponerse en marcha, es decir la forma como se articulan; a ellas a su vez se podrían sumar otras como la de ser un modelo democrático y con enfoque intersectorial.

Estos ejes trajeron particularidades a todos los actores del SGSSS en Nariño. Por ello su articulación y complemento definirán los efectos de la Ley 100 de 1993 en el departamento, en función del papel de los actores del SGSSS y sus intereses.

3.2.1 Cobertura. El análisis de los cambios en cobertura en el periodo analizado necesariamente debe tratar las condiciones de los usuarios, puesto que es en ellos donde se ve reflejada. Lo anterior puede abordarse desde dos puntos de vista: El primero es la cobertura formal, que se resume en los registros de *carnetización* en los Regímenes Subsidiado y Contributivo; una segunda manera de abordarla son las condiciones de la prestación de servicios y características de morbimortalidad, es decir que tanto cubrió el sistema de salud a la población en actividades curativas y además los avances que se hayan hecho en cuanto a los casos de enfermedades de interés en salud pública o enfermedades asociadas a la pobreza, además de enfermedades que se transmiten por vectores, por cuanto a pesar que también tienen un componente curativo son de especial interés en las actividades preventivas. Resumiendo, la primera característica está ligada a la manera cómo ha evolucionado el sistema y la segunda forma se refiere principalmente a sus efectos; en este apartado se desarrolla la primera de las formas, dado que se necesita una contextualización de las condiciones de cobertura y su evolución, además de la manera cómo se comportaron los regímenes Subsidiado y Contributivo. La segunda forma se aborda más adelante debido a que la prestación y las condiciones epidemiológicas no solo involucran a los usuarios sino también articula los resultados de otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para Nariño.

La cobertura del sistema de salud en el departamento de Nariño ha sido ascendente, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social¹¹⁹ en el año 2006, desde donde se cuenta con datos para ambos regímenes y su respectiva afiliación por cada uno de los 64 municipios, la cobertura era de 1'112.521 personas, que representan el 71,28% para todo el departamento, 228.260

¹¹⁹COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Coberturas del Régimen Subsidiado. 2013. (En línea). En: MINSALUD. (Consultada: 15 de Abril de 2013). Disponible en la dirección electrónica:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/HISTORICO%20COBERTURA%20EN%20SALUD%202004-2012.zip>

(14,62%) formaban parte del Régimen Contributivo y 884.261 (56,65%) nariñenses estaban afiliados en el Régimen Subsidiado, el restante se encontraba o bien en un régimen especial o no tenía ninguna forma de aseguramiento, en todo caso la *universalidad* que se esperaba se consiguiera en el año 2001 no se alcanzó en el departamento. Para el año 2011 esta cobertura ya había alcanzado 1'362.510 personas, un 82,08% del total de habitantes del departamento, explicado especialmente por el incremento de afiliados al Régimen Subsidiado, puesto que 1'115.408 (67,19%) de sus habitantes pertenecían a dicho régimen y 247.102 habitantes (14,89%) pertenecía al Régimen Contributivo que en comparación con el Régimen Subsidiado no representa un incremento significativo.

La tabla 12 muestra cual ha sido el comportamiento de la cobertura del Régimen Subsidiado en el departamento discriminado por subregiones. Los avances en cobertura no se miden solamente como el número absoluto de afiliados, ello solamente da cuenta de las regiones que tienen mayor población por tanto también existe la tendencia de mayor afiliación, para conocer más objetivamente el alcance de la cobertura debe hacerse un análisis relativo, es decir qué porcentaje de la población total pertenecía al Régimen Subsidiado y cuál ha sido su variación. En este caso la población es el dato que el DANE mide y estima cada año, por tanto ese dato será la base para medir la cobertura. Desde este punto de vista la subregión con mejor comportamiento relativo fue la Sabana, donde la afiliación pasó de 60.502 habitantes del Régimen Subsidiado a 67.620, que en términos porcentuales significó un paso de 77,76% de la población total a un 89,34% de la población cubierta por el Régimen Subsidiado. En términos absolutos la subregión con mayor cobertura fue Centro, que pasó de 209.725 afiliados en el año 2006 a 233.995 afiliados en el año 2011, sin embargo a partir de 2009 este comportamiento ha sido descendente, donde alcanzó un número de afiliados de 250.997; explicado por la depuración de bases de datos y la aplicación del sistema BDUA; en la actualidad los datos del Instituto Departamental de Salud apuntan a una base de datos con una confiabilidad del 94%.

Por otra parte el peor comportamiento en términos de cobertura del Régimen Subsidiado está en la subregión Abades. En el año 2007, alcanzó su mayor nivel, situándose en un 53,61% de cobertura, que por supuesto es un nivel supremamente bajo. En el año 2006 su nivel de afiliación fue de 42.792 personas que representa un 51,24% de la afiliación y cinco años más tarde fue de 43.488 afiliados que representa un 49,74% de cobertura; es decir a lo largo de estos años, además de ser la subregión con peores niveles de cobertura, su afiliación al Régimen Subsidiado ha sido descendente en términos relativos, aunque no así en términos absolutos; lo cual si bien es positivo significa que hay una inmensa

población que potencialmente debería estar afiliada a la seguridad social, pero que en la actualidad no lo está. Condiciones similares se encuentran en la subregión Sanquianga. Las subregiones de Sanquianga, Telembí y Cordillera presentaron niveles de cobertura de 58,71%, 68,05% y 71,60% respectivamente.

Tabla 12. Cobertura Régimen Subsidiado Nariño. 2006-2010

SUBREGIÓN	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sanquianga	48.392	55.157	53.363	59.763	58.570	59.719
Pacífico Sur	65.423	84.745	112.906	134.945	135.545	140.686
Telembí	37.180	44.139	41.062	45.808	45.298	50.754
Pie de Monte	20.994	24.638	22.452	25.387	25.417	24.462
Ex Prov. de Obando	167.783	186.430	184.115	221.311	224.911	226.369
Sabana	60.502	64.271	56.341	65.510	68.220	67.620
Abades	42.792	45.172	41.113	45.646	44.853	43.488
Occidente	47.205	47.944	42.884	48.912	46.267	44.312
Cordillera	39.466	46.231	45.843	51.076	52.128	51.571
Centro	209.725	241.424	236.077	250.997	236.053	233.995
Juanambú	53.064	55.458	51.045	67.206	71.033	71.959
Rio Mayo	58.510	61.390	61.970	72.432	71.153	68.468
Guambuyaco	33.225	34.730	33.261	36.137	33.708	32.005
TOTAL	884.261	991.729	982.432	1.125.130	1.113.156	1.115.408

FUENTE: Histórico de Coberturas en afiliación Salud. MSPS

Ello significa que fundamentalmente los niveles de afiliación y cobertura están jalonados por el centro del departamento y los municipios de mayor concentración poblacional, es decir existe una cuasi barrera de afiliación para las subregiones más alejadas y apartadas, lo cual restringe el derecho a la salud. Por otra parte, si bien puede contarse con universalidad para Nariño, esto no refleja la realidad de las subregiones más lejanas por tanto es una universalidad que además de presentarse mucho después de lo previsto, es artificialmente inflada por el comportamiento del centro del departamento por tener mayor población y mejores condiciones institucionales y de infraestructura; en ese sentido la supuesta universalidad en salud no ha reflejado la realidad en ningún año del periodo estudiado para las subregiones de Sanquianga, Telembí, Abades, Cordillera, Rio Mayo y Guambuyaco, donde en conjunto y acorde con las cifras de población y de afiliación, en ellas existen 169.116 habitantes que no forman parte del Régimen

Contributivo o del Régimen Subsidiado; si bien podrían formar parte de un régimen especial, esto sería la excepción y no la regla, de esta manera hay una inmensa cantidad de personas que luego de 20 años de aplicación de la Ley 100 no conocen la seguridad social.

En principio la cobertura del SGSSS en el departamento se basa por sobre todo en el Régimen Subsidiado; los bajos niveles de empleo formal y la presencia de alta informalidad unido a la condición de ruralidad de Nariño explican lo anterior; puesto que a excepción de la capital y las ciudades más importantes generadoras de empleos que incluyan prestaciones sociales, las alcaldías municipales son prácticamente el único empleador que puede tener afiliados al Régimen Contributivo en el resto de municipios.

Sin embargo, en términos rigurosos, no puede compararse la cobertura del sistema anterior con la cobertura alcanzada con el sistema actual, porque no debe confundirse cobertura con prestación, como lo menciona Asa Cristina Laurell,

Respecto a la cobertura y acceso universal lo que podemos decir es que primero debemos entender como cobertura poblacional. Eso quiere decir que todo mundo tiene una cobertura, que es diferente a lo que es la cobertura de servicios. Subrayo esto porque hay muy frecuentemente una confusión entre ambos conceptos. Cuando se dice cobertura universal de Seguro en Salud lo que se está hablando, en lo mejor de los casos, es de la cobertura poblacional. No hace referencia a lo que es la cobertura de los servicios de salud. El SUS tiene cobertura poblacional por definición porque es un Sistema Único Público de Salud. Hay que cubrir a toda la población sin que haga algo a la población en principio, aunque luego hay que abrir eso en términos de acceso.

Y en los Seguros de Salud, la universalidad se refiere a la cobertura poblacional, y eso es muy importante tenerlo presente porque eso no hace un juicio sobre lo que se cubre, en realidad, es que todo el mundo tiene en manos una póliza de seguro ya. Si eso es para dos aspirinas y una consulta eso ya no entra al debate. Pero hay que decir que también hasta la fecha el Seguro de Salud en los países que

*Latinoamérica que han optado por eso, en ningún caso han logrado la cobertura universal. Falta entre el 10 y el 20 %, según el caso.*¹²⁰

En definitiva una cosa es que formalmente exista cobertura en los registros y una cosa distinta que exista cobertura en la prestación, argumento que coincide además con lo la posición de estudiosos de la salud como la autora Colombiana y docente de la Universidad de Antioquia, la Doctora Marcela Vélez¹²¹

3.2.2 Eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Nariño. La Ley 100 de 1993 entregó la responsabilidad de la administración de los recursos, la administración del riesgo y la afiliación al sistema a las Empresas Promotoras de Salud, con el fin de que estas regularan el mercado y ofrecieran portafolios de servicios intermediando entre los usuarios y las IPS. El estudio de la eficiencia de los recursos del SGSSS en Nariño, necesariamente parte de un análisis de la forma como se administran por parte de las EPS utilizando las estrategias del análisis financiero el cual se considera una importante herramienta para evaluar los resultados de las Empresas Promotoras de Salud en distintos periodos de tiempo, para ello se hace uso de los Estados e Indicadores Financieros, los cuales señalan los aspectos fuertes o débiles de la empresa y muestran la tendencia o posible situación financiera, sin embargo se debe tener muy en cuenta que este tipo de indicadores por sí solos proporcionan poco significado, por esta razón se deben comparar con algún otro valor obtenido en periodos anteriores o con el valor reportado por las empresas competidoras.

Antes de iniciar el análisis financiero se hace la aclaración que este tipo de estudios proporcionan aspectos claves y preguntas, de ninguna manera respuestas definitivas, mucho menos cuando no se cuenta con una adecuada base de datos, se hace la salvedad porque la fuente de donde fue tomada la información contable de las diferentes EPS son los Estados Financieros que deben reportar ante la Superintendencia Nacional de Salud de forma trimestral, no obstante la información reportada carece de un orden o estructura estandarizada en los diferentes años, pues en algunos casos no aparece consignado el Balance General o el Estado de Resultados, además de ello, en el momento de realización de la presente investigación no hay registro de la información financiera de las

¹²⁰ LAURELL, Asa Cristina. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. (En línea). En: ISAGS. 2013. (Consultada: 14 de marzo de 2013) Disponible en la dirección electrónica: http://www.isags-unasul.org/noticias_interna.asp?idArea=2&idPai=5878.

¹²¹VÉLEZ, Marcela. Salud: Negocio e inequidad Quince años de la Ley 100 en Colombia. Ediciones Aurora. Bogotá D.C. 2008.

EPS del Régimen Subsidiado para los años 2005 y 2006. Pese a todos estos inconvenientes a continuación se presenta un detallado estudio del comportamiento histórico de las Empresas Promotoras de Salud que tienen su campo de acción en el departamento de Nariño.

3.2.2.1 Desempeño Financiero de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. La tabla 10, de secciones anteriores permite observar en los dos regímenes la presencia de EPS que no son significativamente representativas en materia de afiliación, algunas de ellas presentan porcentajes inferiores al 1% del total de afiliados del departamento, es por esta razón que el siguiente análisis de indicadores financieros tan solo se realiza para las EPS de mayor participación en el mercado asegurador en cada uno de los regímenes, entre ellas se incluye la EPS-S Cóndor S.A que a pesar de estar liquidada en el momento de realización de la presente investigación, en el periodo de estudio es bastante representativa en el departamento de Nariño.

En ese orden de ideas, se seleccionaron 6 EPS del Régimen Subsidiado que agrupan el 99,8% de afiliados es decir casi la totalidad de la población perteneciente a este régimen, dichas EPS son: Emssanar E.S.S, Caprecom EPS, Mallamas E.P.S.I, Comfamiliar Nariño, Asmet Salud y EPS Cóndor S.A.

- **Emssanar E.S.S.** En términos generales el comportamiento financiero de la Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud, Emssanar ESS, en el periodo de estudio presentó una tendencia creciente, aunque con algunos resultados inesperados en el año 2011. En cuanto a la ecuación patrimonial es posible afirmar que ha pasado de tener en el 2004 \$28.563 millones en activos, a \$134.345 millones en 2011 y una evolución en los pasivos en 2004 de \$24.082 millones a \$119.556 millones en 2011, con lo cual se ha incrementado su patrimonio en 3,3 veces en este periodo de tiempo.

Tabla 13. Situación patrimonial Emssanar ESS. 2004,2011

	Miles de pesos		
	2004	2010	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 28.563.806	\$ 151.221.776	\$ 134.345.295
PASIVO TOTAL	\$ 24.082.824	\$ 136.597.186	\$ 119.556.997
PATRIMONIO	\$ 4.480.982	\$ 14.624.590	\$ 14.788.298

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única.

El análisis de los Estados de Pérdidas y Ganancias indica que en 2004 los ingresos operacionales de Emssanar percibidos por concepto de UPC-S eran de \$106.285 millones, que cubrían los costos operacionales de \$100.771 millones, dando como utilidad bruta un valor de \$5.513 millones, sin embargo este rubro no era suficiente para costear los gastos operacionales que asedian a \$8.745 millones, por tanto la utilidad operacional considerada como aquella que se obtiene únicamente de las actividades propias de la razón social de la empresa fue negativa, \$-3.231 millones, no obstante la utilidad neta del ejercicio en el 2004 fue de \$47 millones gracias a los ingresos no operacionales.

Tabla 14. Estado de Resultados Emssanar ESS. 2004,2011

Miles de Pesos

2004		2011	
Ingresos Operacionales	\$ 106.285.705	Ingresos	\$ 440.692.923
(-)Costos Operacionales	\$ 100.771.891	Ingresos RS	\$ 404.811.463
UTILIDAD BRUTA	\$ 5.513.814	Ingresos UPC RS	\$ 402.989.460
(-) Gastos Operacionales	\$ 8.745.324	Recobros al FOSYGA	\$ -
Gastos Administrativos	\$ 8.745.324	Recobros Entidades Territoriales	\$ -
Gastos de ventas Operacionales	\$ -	Costos de ventas	\$ 406.400.603
UTILIDAD OPERACIONAL	-\$ 3.231.510	Gastos	\$ 34.205.505
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 4.222.666	Gastos de administración	\$ 26.159.368
(-) Gastos No Operacionales	\$ 943.499	Gastos de ventas	\$ -
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	\$ 47.657	Utilidad Operacional	-\$ 27.748.508
(-) Imp. De Renta y Compl.	\$ -	Utilidad antes Impuestos	\$ 86.815
UTILIDAD NETA	\$ 47.657	Utilidad Neta	\$ 86.815

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

En el año 2011 la utilidad operacional fue de \$-27.748 millones; este valor negativo es bastante sorprendente, lastimosamente no es posible explicar su razón de ser debido a la metodología como se presentan los estados financieros por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ya que tan solo presenta datos agregados. En cuanto a la utilidad neta, la empresa registró valores por \$47 millones en 2004 y \$86 millones en 2011, una ganancia poco significativa si se tiene en cuenta la cantidad de afiliados que posee.

• **Caprecom EPS.** Esta Empresa Promotora de Salud presenta ciertas características que la diferencian del resto de sus competidoras, pues es la única EPS conformada como Empresa Industrial y Comercial del Estado que cumple con las funciones de aseguradora del sector salud. En el departamento de Nariño afilió en 2011 a 74.286 personas y cubre un mercado de 6,8% del Régimen Subsidiado. Como se mencionó anteriormente no fue posible consolidar la información contable de algunas EPS en años anteriores, Caprecom EPS es uno de estos casos, por dicha razón se presentan los datos de los dos últimos años del periodo de estudio. En ellos se observa que el patrimonio institucional de la EPS únicamente dedicada al Régimen Subsidiado fue negativo en los dos periodos, debido a que sus pasivos totales superaron a los activos en \$86.549 millones en 2010 y en más de \$365.398 millones en 2011.

Tabla 15. Situación patrimonial Caprecom. 2010,2011

	Miles de Pesos	
	2010	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 690.811.068	\$ 671.823.061
PASIVO TOTAL	\$ 777.360.910	\$ 1.037.221.172
PATRIMONIO	-\$ 86.549.842	-\$ 365.398.111

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

En el año 2010 se registró una utilidad operacional por valor de \$170.347 millones y una utilidad neta negativa de \$-117.618 millones, en tanto que para el año siguiente los datos son más alarmantes, pues las dos utilidades fueron negativas y mucho más significativas, puesto que se presentaron perdidas tanto en la utilidad operacional por \$-100.215 millones, como en la utilidad neta del ejercicio por valor de \$-307.269 millones.

Tabla 16. Estado de Resultados Caprecom EPS. 2010,2011

	Miles de Pesos	
	2010	2011
Ingresos	\$ 1.077.773.163	Ingresos \$ 1.140.949.453
Ingresos RS	\$ 993.272.486	Ingresos RS \$ 939.010.309
Recobros al FOSYGA	\$ 36.410.602	Ingresos UPC RS \$ 938.278.000
Costos de ventas	\$ 907.323.030	Recobros al FOSYGA \$ -

2010		2011	
Gastos de administración	\$ 176.874.150	Recobros Entidades Territoriales	\$ -
Gastos de ventas	\$ 111	Costos de ventas	\$ 987.349.727
Utilidad operacional	\$ 170.347.151	Gastos	\$ 768.137.996
Utilidad antes Tax.	\$ 83.891.779	Gastos de administración	\$ 63.909.439
Utilidad Neta	-\$ 117.618.372	Gastos de ventas	\$ 43
		Utilidad Operacional	-\$ 100.215.556
		Utilidad antes Impuestos	-\$ 307.269.135
		Utilidad Neta	-\$ 307.269.135

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

- **Asmet Salud E.S.S.** La Asociación Mutual la Esperanza, Asmet Salud E.S.S nace en el municipio de El Tambo Cauca, formada por las comunidades de municipios vecinos, cuyos asociados son los propietarios de la EPS, además funciona como empresa privada sin ánimo de lucro. En el año 2004 contaban con un monto total de activos de \$34.017 millones y en 2011 este valor asciende a \$121.701 millones, esta tendencia creciente también se presentó aunque de forma más marcada en sus pasivos al pasar de \$17.619 millones en 2004 a \$113.404 millones en 2011, lo que afectó el patrimonio al decrecer de \$16.397 millones a \$8.296 millones en el mismo lapso de tiempo.

Tabla 17. Situación patrimonial Asmet Salud 2004, 2010, 2011

	Miles de Pesos		
	2004	2010	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 34.017.810	\$ 146.357.670	\$ 121.701.179
PASIVO TOTAL	\$ 17.619.985	\$ 138.239.659	\$ 113.404.553
PATRIMONIO	\$ 16.397.825	\$ 8.118.011	\$ 8.296.626

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

A pesar de que en al año 2004 Asmet Salud recibió un excedente de \$9.261 millones por concepto de UPC-S con relación a sus costos operacionales, la utilidad operacional fue negativa en \$-475 millones que está explicada principalmente porque los gastos de administración fueron de \$9.737 millones, para finalmente obtener la utilidad neta de \$-474 millones.

Para los años 2010 y 2011 el comportamiento ha sido muy cambiante, se observó una utilidad operacional de \$36.993 millones en 2010 y disminuye en 2011 hasta ubicarse en valores negativos de \$-10.591 millones. En cuanto a la utilidad neta del ejercicio se pasa de \$-16 millones a \$-347 millones en 2011.

Tabla 18. Estado de Resultados Asmet Salud EPS. 2004, 2011

Miles de Pesos

2004		2011	
Ingresos Operacionales	\$121.356.005	Ingresos	\$ 457.851.539
(-)Costos Operacionales	\$112.094.049	Ingresos RS	\$ 446.038.934
UTILIDAD BRUTA	\$ 9.261.956	Ingresos UPC RS	\$ 408.801.827
(-) Gastos Operacionales	\$ 9.737.125	Recobros al FOSYGA	\$ 11.717.332
Gastos Administrativos	\$ 9.737.125	Recobros Entidades Territoriales	-
Gastos de ventas Operacionales	-	Costos de ventas	\$ 421.930.386
UTILIDAD OPERACIONAL	-\$ 475.169	Gastos	\$ 36.268.340
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 767	Gastos de administración	\$ 34.699.712
(-) Gastos No Operacionales	\$ 201	Gastos de ventas	-
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	-\$ 474.603	Utilidad Operacional	-\$ 10.591.164
(-) Imp. De Renta y Complem.	-	Utilidad antes Impuestos	-\$ 347.187
UTILIDAD NETA	-\$ 474.603	Utilidad Neta	-\$ 347.187

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

- **Mallamas E.P.S.I.** Esta EPSIndígena de carácter público sin ánimo de lucro nace por iniciativa y gestión de los líderes indígenas de la comunidad de los Pastos en el Resguardo Ancestral de Muellamués del municipio de Guachucal en el año de 1995. La situación patrimonial de la EPS-I Mallamas presenta unos resultados bastante positivos en el periodo comprendido 2004 y 2011. En el primer año de análisis la EPS-I contaba con \$7.908 millones en activos, \$6.140 millones en pasivos totales y registró un patrimonio equivalente a \$1.768 millones. A 2011 el registro de estos valores da cuenta de su notable crecimiento al pasar a tener en sus activos un valor de \$43.187 millones, en el pasivo un monto por \$39.133 millones y finalmente se registra un patrimonio por valor de \$4.054 millones.

Tabla 19. Situación patrimonial Mallamas EPS-I. 2004, 2010, 2011

	Miles de Pesos		
	2004	2010	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 7.908.974	\$ 44.638.631	\$ 43.187.957
PASIVO TOTAL	\$ 6.140.809	\$ 40.609.917	\$ 39.133.471
PATRIMONIO	\$ 1.768.165	\$ 4.028.714	\$ 4.054.486

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

En cuanto al análisis de pérdidas y ganancias, se observa que Mallamas EPS-I es de las pocas en presentar valores positivos en los años analizados, de esta manera en el año 2004 los Ingresos operacionales por UPC fueron de \$21.614 millones, en cambio que sus costos operacionales tan solo fueron de \$18.238 millones, por lo cual se obtuvo una utilidad bruta de \$3.376 millones. A demás de esto, la utilidad operacional fue de \$-324.983 millones que adicionada a otros Ingresos no operacionales arrojaron una Utilidad Neta del ejercicio en 2004 por valor de \$247 millones.

Tabla 20. Estado de Resultados Mallamas EPS-I. 2004,2011

2004		2011	
Ingresos Operacionales	\$21.614.885	Ingresos	\$ 82.169.172
(-)Costos Operacionales	\$18.238.255	Ingresos RS	\$ 80.058.577
UTILIDAD BRUTA	\$ 3.376.630	Ingresos UPC RS	\$ 77.785.047
(-) Gastos Operacionales	\$ 3.701.613	Recobros al FOSYGA	-
Gastos Administrativos	\$ 3.701.613	Recobros Entidades Territoriales	\$ -
Gastos de ventas Operacionales	-	Costos de ventas	\$ 74.979.592
UTILIDAD OPERACIONAL	-\$ 324.983	Gastos	\$ 7.164.057
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 859.722	Gastos de administración	\$ 4.642.050
(-) Gastos No Operacionales	\$ 287.209	Gastos de ventas	\$ 369.631
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	\$ 247.530	Utilidad Operacional	\$ 1.077.536
(-) Imp. De Renta y Complem.	-	Utilidad antes Impuestos	\$ 25.523
UTILIDAD NETA	\$ 247.530	Utilidad Neta	\$ 25.523

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

Ya para los años 2010 y 2011 se siguen manteniendo los resultados favorables a pesar que en este último año se presentó una notable reducción en las utilidades. La utilidad operacional fue en 2010 de \$6.367 millones y disminuye a \$1.077 millones en 2011. Por su parte, la utilidad neta pasa de \$201 millones en 2010 a \$25 millones en 2011.

- **COMFAMILIAR DE NARIÑO E.P.S.** La EPS-S de la Caja de Compensación Familiar de Nariño ha venido funcionando en los dos últimos años del periodo de análisis con un patrimonio negativo, pues en los dos casos los pasivos han sido superiores al total de activos, para el año 2011 su patrimonio registrado fue de \$-580 millones.

Tabla 21. Situación patrimonial Comfamiliar 2010,2011

	Miles de Pesos	
	2010	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 11.758.713	\$ 5.347.858
PASIVO TOTAL	\$ 12.600.988	\$ 5.927.896
PATRIMONIO	-\$ 842.275	-\$ 580.038

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

Pese a su patrimonio negativo, la EPS ha venido reportando utilidades importantes, para el año 2010 la utilidad operacional fue de \$5.658 millones y la utilidad neta fue de \$53 millones. En el siguiente año se obtuvo una utilidad operacional por valor de \$636 millones y la utilidad del ejercicio o neta fue de \$531 millones. Como característica particular de las cajas de compensación que administran Régimen Subsidiado es que sus excedentes deben obligatoriamente ser reinvertidos en beneficios para los usuarios de la EPS.

Tabla 22. Estado de Resultados Comfamiliar. 2010, 2011

	Miles de Pesos	
	2010	2011
Ingresos	\$ 36.544.418	Ingresos \$ 42.024.516
Ingresos RS	\$ 31.548.415	Ingresos RS \$ 39.292.063
Recobros al FOSYGA	\$ -	Ingresos UPC RS \$ 37.285.693

2010		2011	
Costos de ventas	\$ 30.885.543	Recobros al FOSYGA	\$ -
Gastos de administración	\$ 2.820.406	Recobros Entidades Territoriales	\$ -
Gastos de ventas	\$ -	Costos de ventas	\$ 37.223.980
Utilidad operacional	\$ 5.658.875	Gastos	\$ 4.268.825
Utilidad antes Tax.	\$ 53	Gastos de administración	\$ 1.431.304
Utilidad Neta	\$ 53	Gastos de ventas	\$ -
		Utilidad Operacional	\$ 636.779
		Utilidad antes Impuestos	\$ 531.711
		Utilidad Neta	\$ 531.711

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

- **EPS Cóndor S.A.** La presente EPS reviste singular importancia por haber iniciado proceso de liquidación en el año 2012 por parte de la Superintendencia Nacional de Salud cuando contaba con cerca de 121.800 afiliados, sin embargo sus rendimientos financieros no fueron los mejores. En 2010 su patrimonio era de \$9.041 millones como resultado de unos activos equivalentes a \$38.351 millones y sus pasivos de \$29.310 millones, lastimosamente para los intereses de la EPS, en el año 2011 los pasivos aumentan a \$178.038 millones, en tanto que los activos totales tan solo suman \$116.186 millones, con lo cual se obtiene un patrimonio negativo de \$-61.852 millones.

Tabla 23. Situación patrimonial Cóndor EPS. 2010, 2011

	Miles de Pesos	
	2010	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 38.351.535	\$ 116.186.089
PASIVO TOTAL	\$ 29.310.146	\$ 178.038.270
PATRIMONIO	\$ 9.041.389	-\$ 61.852.181

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

A pesar de que en 2010 contaba con una utilidad operacional por valor de \$10.680 millones y una utilidad neta de \$334 millones, en el año siguiente los datos contables no son para nada alentadores, pues su utilidad operacional disminuye

a\$-84.528 millones, lo cual se refleja en su pérdida del ejercicio en un valor de \$-70.783 millones.

Tabla 24. Estado de Resultados Cóndor EPS. 2010, 2011

2010		2011	
Ingresos	\$ 131.445.133	Ingresos	\$ 126.502.421
Ingresos RS	\$ 129.867.848	Ingresos RS	\$ 111.032.951
Recobros al FOSYGA	-	Ingresos UPC RS	\$ 109.585.596
Costos de ventas	\$ 120.764.158	Recobros al FOSYGA	-
Gastos de administración	\$ 8.689.985	Recobros Entidades Territoriales	-
Gastos de ventas	-	Costos de ventas	\$ 176.872.571
Utilidad operacional	\$ 10.680.975	Gastos	\$ 20.413.339
Utilidad antes Tax	\$ 602	Gastos de administración	\$ 18.688.783
Utilidad Neta	\$ 334	Gastos de ventas	-
		Utilidad Operacional	-\$ 84.528.403
		Utilidad antes Impuestos	-\$ 70.663.125
		Utilidad Neta	-\$ 70.783.489

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

Antes de hacer la comparación de todas las EPS del Régimen Subsidiado, se realiza una breve descripción de las causas que motivaron la liquidación de la EPS Cóndor según el sindicato de trabajadores de la misma,¹²² su análisis se considera pertinente debido a la gran cercanía con la población nariñense. Esta EPS surgió en el año de 1997 como una sociedad de economía mixta del orden municipal y con predominio de capital público, en donde el municipio de Pasto era el accionista mayoritario del sector público y algunas IPS del sector privado de la región como la Fundación Hospital Infantil los ángeles, la Fundación Hospital San Pedro clínica Nuestra Señora de Fátima. Inicialmente solo operaba en el departamento de Nariño, pero gracias a las ambiciones del mercado de la salud colombiano, muy pronto amplió su campo de acción a otros departamentos, con lo cual se requirió de un primer proceso de capitalización y por ende la entrada de nuevos socios accionistas, pero su desempeño financiero no fue el esperado.

¹²²SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CÓNDOR S.A. La verdad Verdadera sobre la vida, Pasión y Muerte de la EPS Cóndor S.A. Pasto, 2012.

En el año 2005, con el firme objetivo de salvar la empresa la administración municipal propicio un nuevo proceso de capitalización, sin embargo la dirección de este proceso se entregó a personajes politiqueros quienes desarrollaron nóminas paralelas, contrataciones direccionadas a amigos, favorecimiento y exclusividad en la prestación de servicios con prestadores de dudosa idoneidad, en general, despilfarro de los recursos públicos de salud. Al año 2006, se da la presencia de nuevos accionistas, y la EPS queda en dominio, en su mayoría, de grandes empresarios de otras regiones del país, de ese momento cambiaron las proporciones de accionistas y se fortaleció la infracción vertical asegurándose el manejo absoluto de la entidad; se hizo uso de su posición dominante para desviar recursos que se pagaron a sociedades fantasmas por concepto de actividades de promoción y prevención que nunca se ejercieron, además de irregularidades en el suministro de medicamentos. Resulta bastante preocupante la falta de claridad en la llamada recapitalización de la EPS a través de la presunta venta de acciones del municipio de Pasto. Ya para el año 2009 se genera un tercer proceso de capitalización, quedando como máximo accionista la Clínica Santa Clara de la ciudad de Sincelejo, para esa época las IPS privadas de la región habían vendido sus acciones; el crecimiento de la crisis perduró porque se ingresa a otros departamentos sin ningún estudio técnico que validara su presencia, no obstante continuaron los procesos de integración vertical entre negocios de familiares de los nuevos propietarios, fue así como se dieron millonarios desembolsos por presuntos contratos de auditorías sin ningún informe que lo soporte. Todo lo anterior llevo al incumplimiento de las obligaciones misionales de la EPS con los usuarios, los trabajadores y los acreedores, de esta manera se llegó a la intervención forzosa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2011.

3.2.2.2 Indicadores Financieros de las EPS del Régimen Subsidiado. A continuación se presentan los Indicadores Financieros de las 6 EPS del Régimen Subsidiado que operaron en el departamento de Nariño hasta el año 2011 y que fueron objeto del presente estudio. Los indicadores utilizados hacen referencia a Liquidez, Endeudamiento y Rentabilidad de las EPS seleccionadas con la finalidad de brindar claridad sobre el desempeño financiero y realizar comparaciones entre las distintas EPS. No fue posible el cálculo del indicador de Razón Corriente para el año 2010, debido a la forma de presentación de los datos, en la cual se desconoce el valor de los pasivos corrientes.

Tabla 25. Indicadores Financieros de las EPS del Régimen Subsidiado en el departamento de Nariño. 2004, 2010, 2011

INDICADORES	AÑO	Razón Corriente	Endeudamiento	Margen Operacional	Margen Neto	Rendimiento del Activo
EMSSANAR	2004	1,06	84%	-0,03	0,00	0,00
	2010	-	90%	0,10	0,01	0,02
	2011	1,04	89%	-0,07	0,00	0,00
CAPRECOM	2010	-	113%	0,17	-0,12	-0,17
	2011	0,68	154%	-0,11	-0,33	-0,46
ASMET SALUD	2004	3,07	52%	0,00	0,00	-0,01
	2010	-	94%	0,10	0,00	0,00
	2011	1,00	93%	-0,02	0,00	0,00
MALLAMAS	2004	0,03	78%	-0,02	0,01	0,03
	2010	-	78%	0,09	0,00	0,00
	2011	0,90	91%	0,01	0,00	0,00
COMFAMILIAR	2010	-	107%	0,18	0,00	0,00
	2011	0,88	111%	0,02	0,01	0,10
CONDOR	2010	-	76%	0,08	0,00	0,00
	2011	0,64	153%	-0,76	-0,64	-0,61

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única. Cálculos de los Autores

La tabla 25 demuestra que al finalizar el periodo de estudio la EPS del Régimen Subsidiado con mejor Liquidez es Emssanar pues su Indicador de Razón fue de 1,04 en 2011, expresando que por cada peso adeudado en el corto plazo la EPS contaba con 1,04 pesos en activos para respaldar sus obligaciones en el corto plazo. El caso contrario lo presentó la EPS Cóndor, que tan solo poseía 0,64 pesos para cubrir sus deudas de corto plazo.

En materia de endeudamiento para el año 2011 el valor más bajo también lo registra la EPS Emssanar, con lo cual se afirma que por cada peso de activos de la EPS, 0,89 pesos han sido financiados por los acreedores, es decir que estos últimos son dueños del 89% de la empresa.

Para calcular la rentabilidad financiera de las distintas EPS del Régimen Subsidiado se hace uso de tres Indicadores: Margen Operacional, Margen Neto y Rendimiento del Activo. Comfamiliar EPS es quien registra el mayor margen

operacional en el año 2011 con 0,02 pesos por cada peso de lo recibido por concepto de UPC-S.

De igual forma, en este mismo año Comfamiliar EPS es la única en presentar un margen neto mayor a cero, esto permite inferir que por cada peso que recibe por concepto de UPC dicha EPS reporta 0,01 de utilidad neta anual.

Corroborando los resultados anteriores Comfamiliar EPS reportó en 2011 un Rendimiento del Activo del 0,10, que significó que la EPS de la Caja de Compensación Familiar de Nariño logró 0,10 pesos de utilidad neta por cada peso invertido en el Activo.

3.2.2.3 Desempeño Financiero de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo en el Departamento de Nariño. En el Régimen Contributivo existen también ciertas EPS que en el departamento de Nariño no son significativamente representativas en materia de afiliación a la población, tal como se evidencia en la tabla 10. Para el año 2011 por ejemplo se presentó el caso de tan solo un afiliado de la EPS Salud Colpatria, es por esta razón y al igual que en el Régimen Subsidiado que se hizo una selección de las principales EPS del Régimen Contributivo, ellas son: Saludcoop, La Nueva EPS S.A, Coomeva EPS S.A, EPS Sanitas S.A. y Salud Vida S.A. Estas 5 EPS en conjunto reunieron en el año 2011 al 99,6% de los afiliados al Régimen Contributivo en Nariño.

- **Saludcoop EPS.** Sin lugar a dudas Saludcoop fue la EPS líder en el mercado asegurador del Régimen Contributivo en el departamento de Nariño en el periodo de estudio con cerca del 60% de los afiliados a este régimen. En el inicio del periodo estudiado, contaba con activos totales por valor de \$519.721 millones y un pasivo total por \$247.780 millones, con lo cual obtuvo un patrimonio de \$271.940 millones, este valor se incrementa para el año 2010 alcanzando un patrimonio equivalente a \$554.711 millones; se debe recordar que en el año 2010 la EPS entra en proceso de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, por tal razón se desconoce la situación financiera del año 2011.

Tabla 26. Situación patrimonial Saludcoop EPS. 2004, 2008, 2010

	Miles de Pesos		
	2004	2008	2010
ACTIVO TOTAL	\$ 519.721.286	\$ 1.020.466.472	\$ 1.422.917.727
PASIVO TOTAL	\$ 247.780.566	\$ 581.445.675	\$ 868.206.159
PATRIMONIO	\$ 271.940.720	\$ 439.020.797	\$ 554.711.568

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

Los estados de resultados indican que Saludcoop en el año 2004 recibió como ingresos operacionales un valor por \$1,1 billones, los cuales se utilizaron para cubrir los costos operacionales de \$906.382 millones y gastos operacionales de \$159.167 millones, dando como utilidad operacional el valor de \$39.757 millones, entendida ésta como el remanente luego de realizar las operaciones propias de la EPS. Sin embargo sus gastos no operacionales superaron a los Ingresos no operacionales, con lo cual la utilidad antes de impuestos se reduce a \$22.030 millones, monto que se refleja también en el la utilidad neta del ejercicio.

Tabla 27. Estado de Resultados Saludcoop EPS. 2004, 2008, 2010

	Miles de Pesos			
	2004	2008	2010	
Ingresos Operacionales	\$1.105.307.986	\$1.802.940.411	Ingresos	\$2.467.383.748
(-)Costos Operacionales	\$ 906.382.278	\$1.540.292.495	Ingresos RC	\$2.383.960.285
Utilidad Bruta	\$ 198.925.708	\$ 262.647.916	Recobros al FOSYGA	\$ 441.778.278
(-) Gastos Operacionales	\$ 159.167.935	\$ 182.156.349	Costos de ventas	\$2.179.535.972
Gastos Administrativos	\$ 120.487.718	\$ 137.893.147	Utilidad bruta	\$ 210.303.555
Gastos de ventas Operacionales	\$ 38.680.217	\$ 44.263.202	Gastos de administración	\$ 168.210.907
Utilidad Operacional	\$ 39.757.773	\$ 80.491.567	Gastos de ventas	\$ 44.342.235
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 39.272.862	\$ 12.096.224	Utilidad operacional	-\$ 2.249.588
(-) Gastos No Operacionales	\$ 56.999.821	\$ 68.495.436	Utilidad antes Impuestos	\$ 32.436.997

	2004	2008	2010	
Utilidad Antes de Impuestos	\$ 22.030.814	\$ 24.092.355	Utilidad Neta	\$ 16.489.125
(-) Impuestos de Renta y Complementarios	-	-		
Utilidad Neta	\$ 22.030.814	\$ 24.092.355		

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única.

En el año 2010 la utilidad operacional de Saludcoop se registra en pérdidas por valor de \$-2.249 millones, lo sorprendente es que la utilidad antes de impuestos se recupera y se ubica en valores positivos de \$32.436 millones, esto indica que los ingresos no operacionales de la EPS, en otras palabras, los ingresos percibidos por actividades diferentes a la razón social de la empresa jalonaron la estabilidad financiera de Saludcoop, para finalmente presentar una utilidad neta del ejercicio del año 2010 de \$16.489 millones.

- **La Nueva E.P.S.** La Nueva Empresa Promotora de Salud entra en funcionamiento en el año 2008 y remplacea ciertas funciones que hasta entonces eran responsabilidad del antiguo Seguro Social. Inicia con un patrimonio total de \$44.904 millones discriminado en \$573.989 millones en activos y \$529.084 millones en pasivos. En el año 2011 a solo 3 años de funcionamiento su activo se había duplicado puesto que ascendió a \$1,05 billones y sus pasivos sumaron \$957.230 millones, arrojando como patrimonio un valor por \$101.724 millones, un crecimiento del 126%.

Tabla 28. Situación patrimonial de La Nueva EPS. 2008, 2011

	Miles de Pesos	
	2008	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 573.989.186	\$ 1.058.955.212
PASIVO TOTAL	\$ 529.084.404	\$ 957.230.410
PATRIMONIO	\$ 44.904.782	\$ 101.724.802

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

Durante su primer año de vigencia percibió como ingresos operacionales por concepto de UPC-C el valor de \$608.648 millones que no fueron suficientes para afrontar los costos y gastos operacionales, es por ello que registró utilidades negativas, la utilidad operacional tuvo un valor de \$-11.510 millones y la utilidad antes de impuestos fue de \$-10.116 millones, valor que se registra también en la utilidad neta del ejercicio del año 2008. Tres años más tarde su situación financiera cambia sustancialmente y llega a presentar utilidades importantes, la utilidad operacional en 2011 fue de \$12.358 millones, mientras que la utilidad antes de impuestos ascendió a \$16.743 millones, para finalmente registrar una utilidad neta por valor de 15.554 millones.

Tabla 29. Estado de Resultados La Nueva EPS. 2008, 2011

Miles de Pesos

2008		2011	
Ingresos Operacionales	\$ 608.648.251	Ingresos	\$ 2.937.008.911
(-)Costos Operacionales	\$ 566.127.065	Ingresos RC UPC+UPC ADICIONAL	\$ 1.903.842.973
Utilidad Bruta	\$ 42.521.186	Ingresos UPC	\$ 1.903.254.182
(-) Gastos Operacionales	\$ 54.031.658	Ingresos UPC ADICIONAL	\$ 588.791
Gastos Administrativos	\$ 50.495.561	Ingresos Recobros al FOSYGA	\$ 788.690.698
Gastos de ventas Operacionales	\$ 3.536.097	Costo de Ventas	\$ 2.550.564.839
Utilidad Operacional	-\$ 11.510.472	Gastos	\$ 370.889.609
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 5.500.029	Gastos de administración	\$ 335.976.820
(-) Gastos No Operacionales	\$ 4.106.411	Gastos de Ventas	\$ 22.033.382
Utilidad Antes De Impuestos	-\$ 10.116.854	Utilidad Operacional	\$ 12.358.052
(-) Impuestos de Renta y Complementarios	\$ 21.754	Utilidad Antes de Impuestos	\$ 16.743.636
Utilidad Neta	-\$ 10.138.608	Utilidad Neta	\$ 15.554.463

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

- **Coomeva E.P.S.** Es una EPS que presentó una estable situación patrimonial porque sus activos son superiores a los pasivos en todo el periodo de estudio, así por ejemplo en el año 2004 contaba con \$148.468 millones en activos y sus obligaciones ascendían a \$112.529 millones, arrojando como patrimonio el valor de \$35.938 millones. En el último año del periodo de estudio se presentó un destacado incremento en cada uno de los elementos que componen la ecuación

patrimonial por lo que se sigue manteniendo un patrimonio importante equivalente a \$120.592 millones.

Tabla 30. Situación patrimonial Coomeva EPS. 2004, 2008, 2011

	Miles de Pesos		
	2004	2008	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 148.468.321	\$ 325.660.486	\$ 552.127.504
PASIVO TOTAL	\$ 112.529.677	\$ 247.220.249	\$ 431.534.557
PATRIMONIO	\$ 35.938.644	\$ 78.440.237	\$ 120.592.947

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

El análisis del estado de resultados demuestra que Coomeva en el periodo estudiado no presentó pérdidas en ninguna de las utilidades registradas, en el año 2004 esta EPS recibió por concepto de UPC-C el valor de \$696.053 millones, monto suficiente para subsanar los costos y gastos de operación, por lo cual arrojó una utilidad operacional de \$12.049 millones, los ingresos no operacionales ayudaron a incrementar la utilidad antes de Impuestos a \$13.358 millones para finalmente registrar la utilidad neta del ejercicio del año 2004 en \$7.732 millones.

Tabla 31. Estado de Resultados Coomeva EPS. 2004, 2008, 2011

	Miles de Pesos			
	2004	2008	2011	
Ingresos Operacionales	\$ 696.053.499	\$1.528.146.779	Ingresos	\$ 1.953.117.916
(-)Costos Operacionales	\$ 593.245.835	\$1.364.641.810	Ingresos RC UPC+UPC ADICIONAL	\$ 1.416.920.472
Utilidad Bruta	\$ 102.807.664	\$ 163.504.969	Ingresos UPC	\$ 1.412.872.026
(-) Gastos Operacionales	\$ 90.758.332	\$ 154.356.106	Ingresos UPC ADICIONAL	\$ 4.048.446
Gastos Administrativos	\$ 71.502.930	\$ 137.412.476	Ingresos Recobros al FOSYGA	\$ 384.858.018
Gastos de ventas Operacionales	\$ 19.255.402	\$ 16.943.630	Costo de Ventas	\$ 1.736.073.710
Utilidad Operacional	\$ 12.049.332	\$ 9.148.863	Gastos	\$ 217.044.206

	2004	2008	2011	
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 6.676.671	\$ 13.678.623	Gastos de administración	\$ 174.599.463
(-) Gastos No Operacionales	\$ 5.367.894	\$ 11.866.577	Gastos de Ventas	\$ 20.247.151
Utilidad Antes De Impuestos	\$ 13.358.109	\$ 10.960.909	Utilidad Operacional	\$ 2.279.528
(-) Impuestos de Renta y Complementarios	\$ 5.625.324	\$ 4.590.995	Utilidad Antes de Impuestos	\$ 7.842.824
Utilidad Neta	\$ 7.732.785	\$ 6.369.914	Utilidad Neta	\$ 4.111.361

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

En el año 2011 se siguen manteniendo los resultados positivos a pesar de disminuir la utilidad operacional a \$2.279 millones, la utilidad antes de impuestos, homológicamente al caso de Saludcoop E.P.S. es jalónada por los ingresos no operacionales y se ubica en \$7.842 millones, finalmente registró una utilidad neta de \$4.111 millones.

- **Sanitas E.P.S.** En el periodo comprendido entre los años 2004 y 2011 la ecuación patrimonial de Sanitas es creciente tanto en activos como en pasivos. En cuanto a los activos totales la EPS contaba en 2004 con \$75.400 millones, al término de 2011 esta cifra aumentó hasta ubicarse en \$374.950 millones, por su parte los pasivos también registraron un crecimiento marcado al pasar de \$69.415 millones en 2004 a \$343.667 millones en 2011. De esta forma se obtiene que al inicio del periodo mencionado Sanitas poseía un patrimonio equivalente a \$5.985 millones y debido a que las proporciones entre activos y pasivos no han variado; el patrimonio también creció reportando un valor de \$36.283 millones en 2011.

Tabla 32. Situación patrimonial Sanitas EPS. 2004, 2008, 2011

	Miles de Pesos		
	2004	2008	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 75.400.705	\$ 207.756.187	\$ 379.950.832
PASIVO TOTAL	\$ 69.415.256	\$ 188.337.886	\$ 343.667.282
PATRIMONIO	\$ 5.985.449	\$ 19.418.301	\$ 36.283.550

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

En cuanto al estado de pérdidas y ganancias la EPS Sanitas muestra un comportamiento muy atípico en comparación a la situación de la mayoría de aseguradoras del Régimen Contributivo. Los datos registrados en los años de análisis son muestra de la deficiente situación financiera, especialmente en la utilidad operacional que siempre presentó valores negativos y con tendencia a aumentar el déficit; en el año 2004 la utilidad operacional fue de \$-1.186 millones explicada principalmente por los elevados gastos administrativos; por su parte la utilidad antes de impuestos alcanzó los valores de \$612 millones y finalmente la utilidad neta del año 2004 tan solo fue de \$187 millones, un valor bastante reducido si se tiene en cuenta lo reportado por sus competidoras.

Tabla 33. Estado de Resultados Sanitas EPS. 2004,2008, 2011

Miles de Pesos

	2004	2008	2011	
Ingresos Operacionales	\$242.339.375	\$ 607.624.194	Ingresos	\$945.276.851
(-)Costos Operacionales	\$224.094.350	\$ 572.362.174	Ingresos RC UPC+UPC Adicional	\$592.128.363
Utilidad Bruta	\$ 18.245.025	\$ 35.262.020	Ingresos UPC	\$589.479.187
(-) Gastos Operacionales	\$ 19.431.361	\$ 41.596.594	Ingresos UPC Adicional	\$ 2.649.176
Gastos Administrativos	\$ 19.418.594	\$ 41.592.117	Ingresos Recobros al FOSYGA	\$227.092.530
Gastos de ventas Operacionales	\$ 12.767	\$ 4.477	Costo de Ventas	\$873.848.897
Utilidad Operacional	-\$ 1.186.336	-\$ 6.334.574	Gastos	\$ 71.427.954
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 2.807.827	\$ 12.631.879	Gastos de administración	\$ 79.053.235
(-) Gastos No Operacionales	\$ 1.008.853	\$ 11.780.492	Gastos de Ventas	\$ 14.726
Utilidad Antes de Impuestos	\$ 612.638	-\$ 5.483.187	Utilidad Operacional	-\$59.715.729
(-) Impuestos de Renta y Complementarios	\$ 425.399	\$ 125.213	Utilidad Antes de Impuestos	-\$18.427.520
Utilidad Neta	\$ 187.239	-\$ 5.608.400	Utilidad Neta	-\$18.860.293

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

La situación financiera de la EPS empeora en los años siguientes, durante el año 2011 por ejemplo, la utilidad operacional registró valores negativos de \$-59.715 millones, la utilidad antes de impuestos es de \$-18.427 millones y la utilidad neta del ejercicio del año 2011 reportó una pérdida de \$-18.860 millones.

- **Salud Vida E.P.S.** Un análisis general de la situación patrimonial de la EPS Salud Vida mostró un decrecimiento significativo en el periodo analizado, en 2004 su patrimonio total fue de \$7.324 millones y pasó a ser de \$5.566 millones en 2011 explicado porque los pasivos totales crecieron en mayor medida que los activos.

Tabla 34. Situación patrimonial Salud Vida. EPS 2004, 2008, 2011

	Miles de Pesos		
	2004	2008	2011
ACTIVO TOTAL	\$ 56.214.270	\$ 47.633.957	\$ 68.974.504
PASIVO TOTAL	\$ 48.889.968	\$ 42.531.391	\$ 63.407.845
PATRIMONIO	\$ 7.324.302	\$ 5.102.566	\$ 5.566.659

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

El estado de pérdidas y ganancias de Salud Vida indica el constante crecimiento de las utilidades registradas por la EPS especialmente de la utilidad operacional que pasó de ser de \$717 millones en 2004 a \$2.195 millones en 2011, sin embargo este crecimiento no se ve reflejado en la utilidad neta, pues este valor ha disminuido en el periodo analizado al pasar de \$164 millones en 2004 a solamente \$52 millones en 2011.

Tabla 35. Estado de Resultados Salud Vida EPS. 2004, 2008, 2011

	Miles de Pesos			
	2004	2008	2011	
Ingresos Operacionales	\$122.433.623	\$ 38.731.739	Ingresos	\$ 51.705.805
(-)Costos Operacionales	\$107.362.302	\$ 30.740.550	Ingresos RC UPC+UPC Adicional	\$ 42.480.528
Utilidad Bruta	\$ 15.071.321	\$ 7.991.189	Ingresos UPC	\$ 42.480.528
(-) Gastos	\$ 14.353.612	\$ 6.223.290	Ingresos UPC	\$ -

eracionales			Adicional	
	2004	2008	2011	
Gastos Administrativos	\$ 12.367.095	\$ 2.094.467	Ingresos Recobros al FOSYGA	\$ 6.890.123
Gastos de ventas Operacionales	\$ 1.986.517	\$ 4.128.823	Costo de Ventas	\$ 39.747.998
Utilidad Operacional	\$ 717.709	\$ 1.767.899	Gastos	\$ 11.905.460
(+) Ingresos No Operacionales	\$ 860.503	\$ 800	Gastos de administración	\$ 8.118.412
(-) Gastos No Operacionales	\$ 1.226.637	\$ 2.077.500	Gastos de Ventas	\$ 1.483.122
Utilidad Antes De Impuestos	\$ 351.575	-\$ 308.801	Utilidad Operacional	\$ 2.195.865
(-) Impuestos de Renta y Complementarios	\$ 187.275	\$ 145.604	Utilidad Antes de Impuestos	\$ 78.130
Utilidad Neta	\$ 164.300	-\$ 454.405	Utilidad Neta	\$ 52.347

3.2.2.4 Indicadores Financieros de las EPS del Régimen Contributivo.

Los Indicadores Financieros de las EPS seleccionadas del Régimen Contributivo demuestran que en términos generales presentaron un mejor comportamiento que las EPS del Régimen Subsidiado durante el periodo 2004 – 2011. En materia de liquidez quien presentó los mejores indicadores fue Saludcoop con una razón Corriente de 1,18 en 2004 y 2,31 en 2011, en ese sentido se puede afirmar que en el año 2011 la EPS Saludcoop contaba con 2,31 pesos en activos por cada peso adeudado en el corto plazo. No obstante cabe resaltar el valor inusual registrado por La Nueva EPS durante el año 2008 debido a que ese fue su primer año de funcionamiento, en el cual ingresó a competir muy capitalizada en sus activos corrientes y además sus deudas de corto plazo no eran muy significativas.

Tabla 36. Indicadores Financieros de Las EPS del Régimen Contributivo en el departamento de Nariño. 2004,2008,2011

INDICADORES	SALUDCOOP		NUEVA EPS		COOMEVA		SANITAS		SALUD VIDA	
	2004	2011	2008	2011	2004	2011	2004	2011	2004	2011
Razón Corriente	1,18	2,31	10,06	1,23	0,94	1,20	1,04	2,11	1,03	0,90
Endeudamiento	47,7%	61,1%	92,2%	90,4%	75,8%	78,2%	92,1%	90,5%	86,9%	91,9%
Margen Operacional	0,04	- 0,00	- 0,02	0,01	0,02	0,00	-0,00	-0,10	0,01	0,05
Margen Neto	0,02	0,01	- 0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	- 0,03	0,00	0,00
Rendimiento del Activo	0,04	0,01	- 0,02	0,01	0,05	0,01	0,00	- 0,05	0,00	0,00

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única. Cálculos de los Autores.

Para determinar la participación de los acreedores y el porcentaje de financiación con terceros en el valor de las EPS se hace uso del indicador de endeudamiento, este elemento permite observar que en 2004 Sanitas era la EPS con menor nivel de endeudamiento, pues el 92% de los activos fueron financiados por los acreedores; en 2011 el nivel más alto lo registró Salud Vida con 92% de activos financiados por los socios o accionistas. En tanto que Saludcoop registró históricamente los valores más bajos del grupo, por ende el nivel de endeudamiento es mucho más alto, esto quiere decir que en el año 2011 por cada peso en activos de la EPS Saludcoop, tan solo 0,61 pesos eran financiados por los acreedores.

El margen operacional indica si la EPS es rentable o no en función de cómo está siendo financiada, por ello es posible aseverar que Saludcoop es quien mejores resultados presentó en el año 2004 con un valor de 0,04; para el final del periodo de análisis la mejor rentabilidad fue registrada por Salud Vida quien por cada peso de lo recibido por concepto de UPC-C reportó una utilidad operacional de 0,05 pesos.

Teniendo en cuenta que la utilidad operacional es aquella que se obtiene únicamente de las actividades propias de la razón social de la EPS y que algunas de ellas realizan actividades adicionales, se debe analizar el margen neto, con el cual se observa que en el año 2011 Saludcoop y La NUEVA EPS fueron las dos EPS del Régimen Contributivo con mejores indicadores en este aspecto, lo

anterior se traduce en que cada una de ellas obtuvo 0,01 pesos en la utilidad neta o final por cada peso recaudado por concepto de UPC-C.

Finalmente en 2011 con excepción de Sanitas y Salud Vida el rendimiento del activo de las EPS seleccionadas para el estudio fue de 0,01 pesos de Utilidad neta por cada peso invertido en el activo.

3.2.2.5 Análisis Conjunto de las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo. Si bien el análisis por separado muestra los pormenores de cada régimen, se vuelve necesario buscar elementos que compartan ambos regímenes con el fin de determinar características que afectan el funcionamiento del SGSSS, se analizaron por tanto elementos como la suficiencia patrimonial, gastos de administración y niveles de cartera de actores de ambos regímenes que son elementos comunes y que sirven para detallar de manera más concreta el funcionamiento del sistema de salud en Nariño, especialmente las condiciones que pueden afectar el desarrollo de las EPS y su relación con otros actores, por ser estas las encargadas de concretar la cobertura en salud.

3.2.2.6 Suficiencia Patrimonial de las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo para el año 2011. En los últimos años el Gobierno colombiano en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud exigió a las Empresas Promotoras de Salud de ambos regímenes cumplir con ciertos requerimientos patrimoniales en aras de asegurar la estabilidad financiera de las mismas y por ende mejorar el flujo de los recursos del sistema; en ese sentido la tabla 37 muestra la suficiencia patrimonial de las distintas EPS que ejercieron sus funciones en el departamento de Nariño en el año 2011 y que fueron seleccionadas para el presente estudio, como el lector se podrá dar cuenta no aparece registrada la información correspondiente a la EPS Saludcoop pues en dicho año entró en proceso de auditoría y por lo tanto no reportó información financiera ante las autoridades respectivas.

Tabla 37. Suficiencia Patrimonial EPS del Régimen Subsidiado en Nariño. 2011

Millones de Pesos

CONCEPTO	EMSSANAR	CAPRECOM	MALLAMAS	CCF NARIÑO	ASMET	CONDOR
Capital suscrito y pagado/Capital fiscal	-	-\$ 96.370			-	\$ 4.921
Capital Asignado/Autorizado	-	-			-	
Aportes Sociales/Fondo Social	\$ 799	-			\$ 7.320	
Superávit de capital / Donación Adquisición	\$ 30	\$ 764				
Reserva Protección Aportes	\$ 5.275	-			\$ 8	
Prima colocaciones acciones	-	-			-	\$ 5.550
Reserva Legal	-	-			-	
Perdidas del Ejercicio	-	-\$ 307.269			-\$ 347	-\$ 70.783
Pérdidas Acumuladas	-	-			-	-\$ 2.005
PATRIMONIO MÍNIMO	\$ 6.105	-\$ 402.875	\$ 4.054	-\$ 580	\$6.982	-\$ 62.317
# de salarios requeridos	\$ 10	\$ 10	\$ 10	\$ 10	\$ 10	\$ 10
PATRIMONIO REQUERIDO	\$ 5.356	\$ 5.356	\$ 3.660	\$5.356	\$ 5.356	\$ 5.356
CUMPLIMIENTO PATRIMONIAL	\$ 749	<u>-\$ 408.231</u>	\$ 394	<u>-\$5.936</u>	\$ 1.626	<u>-\$ 67.673</u>

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

Tabla 38. Suficiencia Patrimonial EPS del Régimen Contributivo En Nariño. 2011

Millones de Pesos

CONCEPTO	NUEVA EPS	COOMEVA	SANITAS	SALUDVIDA
Capital suscrito y pagado/Ap. sociales	\$ 86.045	\$ 85.119	\$ 24.883	\$ 4.175
Capital Asignado / Capital Fiscal	-	-	-	-
Prima colocaciones acciones	-	\$ 2.333	\$ 52.242	-
Reserva Legal	\$ 125	\$ 4.051	\$ 1.192	\$ 1.181
Perdidas del Ejercicio	-	-	-\$ 18.860	-
Pérdidas Acumuladas	-	-	-\$ 23.606	-

CONCEPTO	NUEVA EPS	COOMEVA	SANITAS	SALUDVIDA
PATRIMONIO MÍNIMO	\$ 86.170	\$ 91.503	\$ 35.850	\$ 5.356
# de salarios requeridos	\$ 10	\$ 14	\$ 14	\$ 10
PATRIMONIO REQUERIDO	\$ 5.356	\$ 7.498	\$ 7.498	\$ 5.356
CUMPLIMIENTO PATRIMONIAL	\$ 80.814	\$ 84.005	\$ 28.352	\$ 0,632

FUENTE: Estados financieros de las EPS, Supersalud. Circular Única

Subrayados aparecen los valores de las EPS que no cumplieron con la suficiencia patrimonial exigida por la Superintendencia Nacional de Salud, es el caso de las EPS Caprecom, Comfamiliar de Nariño Y Cóndor, todas ellas del Régimen Subsidiado. A pesar de que Caprecom presentó el peor resultado se debe tener en cuenta que esta EPS de carácter estatal hace presencia en varios departamentos del país y sus funciones no se centran únicamente en Nariño, por lo tanto no es posible medir con exactitud las consecuencias que pueda tener en el departamento; en cambio es bastante preocupante la situación financiera presentada por la EPS Cóndor en el año 2011 porque contaba con un patrimonio mínimo negativo de -\$62.317 millones, con estos resultados a la mencionada EPS le era muy difícil cumplir con los \$5.356 millones como patrimonio mínimo requerido, situación que finalmente llevó a la liquidación de Cóndor en el año 2012. Un análisis diferente requiere la EPS Comfamiliar de Nariño y en general las Cajas de Compensación del país, pues la normatividad vigente exige que sus utilidades sean reinvertidas en beneficio de sus usuarios, de esta forma, aseguran sus representantes, es muy difícil cumplir con el patrimonio requerido y competir en igualdad de condiciones con las demás EPS.

En cambio en el Régimen Contributivo la situación es mucho más favorable, pues en el año 2011 todas las EPS seleccionadas cumplieron con amplia suficiencia las exigencias de la Superintendencia Nacional de Salud, a excepción de la EPS Salud Vida quien apenas superó con \$632.000 el patrimonio requerido que corresponde a 10.000 salarios mínimos anuales legales vigentes.

En términos de utilidades del Régimen Subsidiado, que es donde mayor presencia tiene la población nariñense, con excepción de Caprecom y Asmet Salud, los resultados fueron positivos aunque moderados para las EPS que funcionan en Nariño y que tienen mayor afiliación, es decir Emssanar, Mallamas y Comfamiliar; esta última generó las mayores utilidades en el año 2011 correspondientes a \$531 millones, entre tanto Emssanar como Mallamas tuvieron utilidades de \$86 y

\$25 millones respectivamente. A pesar que esta utilidad pareciese poco significativa, desde el punto de vista del patrimonio es otro panorama, pues Emssanar encabeza los buenos resultados en incrementos patrimoniales, mientras que en el año 2004 tenía un patrimonio de \$4.480 millones, en 2011 se había incrementado hasta \$14.788 millones, un crecimiento de 3,3 veces en ese periodo. Mallamas también tuvo un comportamiento ascendente en su patrimonio, entre 2004 y 2011 se incrementó 2,29 veces, pasó de \$1.768 millones a \$4.054 millones; finalmente, Comfamiliar de Nariño pese a las utilidades que reportó, por lo menos desde el año 2008 que se cuenta con registros, muestra resultados patrimoniales negativos aunque tuvieron una leve mejoría al pasar de -\$2.074 millones en el año 2008, a -\$580 millones de patrimonio en 2011. Lo anterior lleva a suponer que las ganancias por afiliación no representaron grandes beneficios para las EPS, sin embargo las cifras del incremento patrimonial dan muestra de la rentabilidad del mercado de aseguramiento en salud; el buen desempeño patrimonial de estas entidades puede explicarse a la práctica de integración vertical y al negocio de los medicamentos.

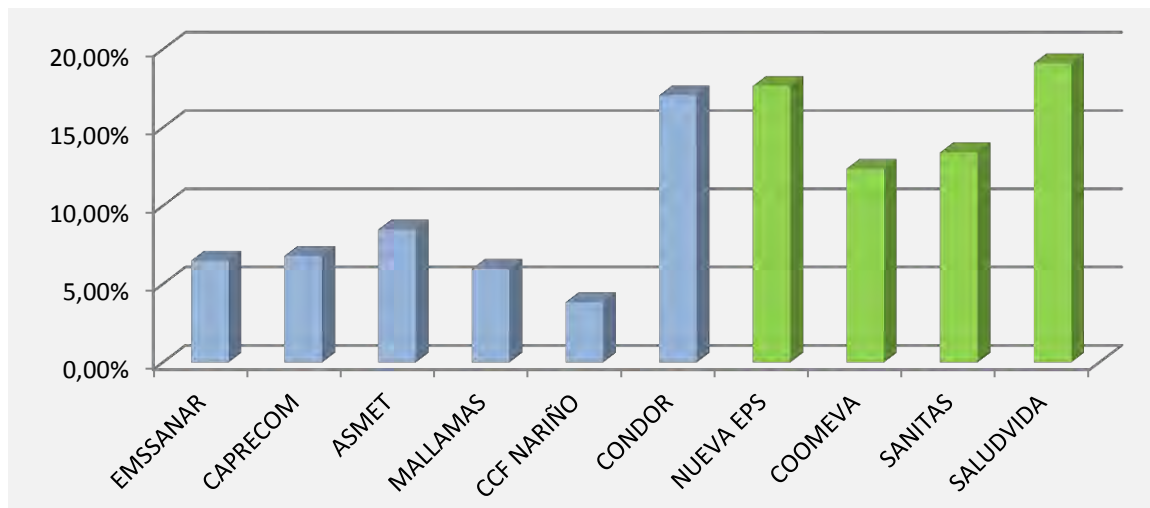
La EPS que mayores problemas financieros tuvo es sin duda Caprecom, que acumuló en pérdidas netas, un total de \$307.269 millones, esta EPS del Régimen Subsidiado y de naturaleza pública es la única con presencia en todos los departamentos del país, por tanto esta estructura de costos no afecta únicamente a Nariño, sin embargo en el departamento es apenas la sexta EPS en cobertura de aseguramiento. La siguiente EPS con similares circunstancias fue Cóndor EPS, en la actualidad liquidada, que acumuló una deuda a 2011 de \$70.783 millones, en este caso si tiene una repercusión más fuerte en la población del departamento de Nariño, porque afiliaba a 121.833 personas en el departamento y es preocupante en el sentido que fue una EPS que surgió en el departamento y específicamente con recursos del municipio de Pasto.

En el Régimen Contributivo en general las utilidades fueron positivas, es decir las EPS tuvieron ganancias derivadas de la intermediación de los recursos del sistema de salud. No es posible medir el impacto directo de lo anterior en Nariño, puesto que estos estados financieros son los que presentan las EPS a nivel nacional.

3.2.2.7 Gastos de Administración. La Ley 1438 de 2011 en su Artículo 23 estableció que las EPS del Régimen Contributivo no podrán exceder el 10% de sus ingresos por concepto de UPC en gastos administrativos, en el caso del Régimen Subsidiado este valor debe ser del 8%. Es decir los gastos

administrativos expresados como porcentaje de los ingresos por UPC no pueden superar esos límites; sin embargo antes de la promulgación de la Ley 1438 el nivel de gastos administrativos que podían tener las EPS no tenía demasiado control. Este porcentaje además puede leerse como el nivel de intermediación financiera que generan las EPS con respecto al manejo de los recursos públicos de la salud, son entonces la proporción de recursos públicos que son manejados por las EPS pero que no redundan en gasto en salud para sus afiliados. En ese orden de ideas, todas las EPS del Régimen Contributivo seleccionadas en el año 2011 presentaron niveles en gastos de administración superiores al 10% con respecto a los ingresos derivados de la UPC-C. Por otro lado, en el Régimen Subsidiado las EPS Cóndor y Asmet Salud sobrepasaron el 8%; el caso de Asmet Salud es poco preocupante porque solo sobrepasó en 0,49%, en cambio Cóndor tenía un nivel de 17,05% en gastos administrativos, las restantes EPS se encontraban en niveles inferiores al 8%, el caso más bajo es el de COMFAMILIAR de Nariño, que para el año 2011 tenía un valor de 3,84%; es decir de cada 100 pesos de UPC-S solo 3,84 se dedicaban a gastos administrativos.

Gráfico 9. Gastos de Administración como porcentaje de los Ingresos por UPC. Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo. 2011



FUENTE: Supersalud. Calculos Propios.

*Saludcoop no aparece en 2011 en la información reportada a la Supersalud.

Los recursos que forman parte de la estructura financiera de las EPS tienen razón de ser en la medida en que lleguen a los prestadores, puesto que las EPS en este caso representan la demanda de servicios de salud porque aseguran a los ciudadanos, que es la población que definitivamente accede a estos servicios, que deben ser prestados bien por una red pública o privada dependiendo del régimen y los recursos. No fue posible encontrar datos consolidados en específico de la red privada en el departamento de Nariño, por lo tanto el análisis tiene mayor énfasis en la información recogida de los actores públicos, es decir de las Empresas Sociales del Estado en todos sus niveles de complejidad con presencia en todo el departamento además de las Instituciones Prestadoras de Salud indígenas de primer nivel.

El funcionamiento del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud permite a los prestadores pactar la forma de contratación con las EPS para la prestación del servicio. Las EPS pueden pagar por evento, por contrato de capitación o el pago por caso, el cual es un conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico¹²³

- **Contrato por Evento.** Cuando el pago se realiza por actividad, procedimiento, intervenciones, insumos y medicamentos, que sean prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado. Las tarifas de los procedimientos o insumos se pactan con anterioridad y el pago se lleva a cabo una vez se haya producido el evento, salvo las atenciones básicas estos servicios requieren una autorización por parte de la EPS.
- **Contrato de Capitación.** También llamado de contrato de valor fijo por usuario contratado. En este caso el riesgo financiero se transmite al prestador, se pacta el derecho de una persona para ser atendida durante un periodo de tiempo, en este caso el pago es anticipado para un grupo de servicios preestablecido, la unidad de pago la constituye el contrato de paquete de servicios y el valor de todas las personas que tendrán derecho a ser atendidas durante un periodo de tiempo.
- **Contrato por caso.** Conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, se realizan estos contratos cuando existe un subconjunto de pacientes con la característica de estar relacionada con algún diagnóstico común y que constituye particularidades en la prestación de

¹²³Para profundizar en el tema puede consultarse el decreto 4747 del año 2007.

procedimientos, medicamentos, actividades o insumos. La unidad de pago se constituye por cada caso, las tarifas las pactan previamente.

Pero independientemente de la forma de contratación entre aseguradores y prestadores el flujo de los recursos que deben llegar a los prestadores es una de las grandes fallas del sistema de salud colombiano, que los llevó en muchos casos a presentar crisis en su situación financiera especialmente en la red pública. A continuación se presenta el resumen de las Cuentas por Cobrar reportadas por las IPS públicas a las EPS de los distintos regímenes y a las entidades territoriales.

Tabla 39. Resumen de las cuentas por cobrar reportadas por las IPS públicas del departamento de Nariño según nivel con corte a 31 de Diciembre de 2011

Miles de Pesos

CONCEPTO	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	Total general	%
EPS SUBSIDIADO	\$33.947.328	\$ 16.843.858	\$ 24.134.366	\$ 74.925.552	62
EPS CONTRIBUTIVO	\$ 2.088.617	\$ 4.087.287	\$ 6.740.651	\$ 12.916.555	11
ENTIDADES TERRITORIALES	\$ 2.483.298	\$ 2.237.716	\$ 6.403.454	\$ 11.124.468	9
OTROS CONCEPTOS	\$ 4.741.586	\$ 6.098.877	\$ 11.171.960	\$ 22.012.423	18
TOTAL POR CONCEPTO	\$43.260.829	\$ 29.267.738	\$ 48.450.431	\$ 120.978.998	100

Fuente: Circular Única. Supersalud.

Corte a 31 de Diciembre de 2011

En la tabla 39 se evidencia que en el año 2011 se adeudó a las Empresas Sociales del Estado y a las IPS indígenas de Nariño un total de \$120.978 millones, de esa suma quienes mayor nivel de deuda presentaron fueron las EPS del Régimen Subsidiado con un total del 62% equivalente a \$74.925 millones, en tanto que las EPS del Régimen Contributivo adeudaron un 11% que equivale a \$12.916 millones, el menor porcentaje de lo adeudado corresponde a las entidades territoriales con tan solo el 9%, mientras que las deudas por otros conceptos referente principalmente al monto adeudado por el SOAT - ECAT y otros deudores por venta de servicios de salud fueron de \$22.012 millones que corresponden al 18%.

De igual forma, la mayor proporción adeudada fue con la única ESE de tercer nivel de complejidad con que cuenta el departamento de Nariño, que ascendió a \$48.450 millones; por su parte a las ESE de segundo nivel se les adeudó un total

de \$29.267 millones; y a las IPS públicas de primer nivel el monto adeudado correspondió a \$43.260 millones.

Para profundizar en los porcentajes de participación en las deudas con las distintas IPS públicas, se determinó los principales montos adeudados por cada EPS de ambos regímenes y por las entidades territoriales, en esta sección únicamente se presentan los valores consolidados, para valores más detallados se invita al lector a ampliar este análisis con los datos de los anexos 4, 5 y 6.

Como lo demuestra la tabla 40, las EPS del Régimen Subsidiado presentaron en 2011 una deuda con las IPS públicas de Nariño correspondiente a \$74.925 millones, de este monto solo el 26,82% correspondía a deudas inferiores a 60 días, por el contrario las deudas superiores a 360 días alcanzaron el 29,89% lo cual da muestra de la deficiente circulación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño, condición que compromete seriamente la liquidez y por tanto la prestación de servicios por parte de las IPS públicas.

Tabla 40. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño con cargo a las EPS del Régimen Subsidiado a 31 de Diciembre de 2011 discriminada por edad

Millones de Pesos

EPS - SUBSIDIADO	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera	%
CÓNDOR	\$3.192	\$ 1.291	\$ 2.838	\$ 5.264	\$ 6.689	\$ 19.276	25,7
EMSSANAR	\$7.790	\$ 1.988	\$ 989	\$ 97	\$ 2.321	\$ 14.065	18,7
MALLAMAS	\$3.366	\$ 1.337	\$ 2.669	\$ 3.654	\$ 2.806	\$ 13.833	18,4
CAPRECOM	\$1.854	\$ 794	\$ 1.975	\$ 1.782	\$ 4.490	\$ 10.897	14,5
ASMET	\$1.547	\$ 348	\$ 1.105	\$ 1.714	\$ 1.230	\$ 5.946	7,9
CCF NARIÑO	\$1.535	\$ 410	\$ 932	\$ 593	\$ 1.609	\$ 5.081	6,7
SELVASALUD	\$ 467	\$ 274	\$ 336	\$ 848	\$ 1.870	\$ 3.797	5,1
OTROS	\$ 338	\$ 34	\$ 68	\$ 1.084	\$ 1.378	\$ 2.025	2,7
Total General	\$20.091	\$6.478	\$10.916	\$ 15.041	\$ 22.396	\$ 74.925	100
%	26,82%	8,65%	14,57%	20,08%	29,89%	100%	

Fuente:SIHO

Cabe resaltar que la EPS Cóndor S.A. fue en el año 2011 quien mayor deuda registró a favor de los prestadores públicos del departamento, con una cifra de

\$19.276 millones se convirtió en la EPS que por sí sola cubría el 25% del total adeudado por las aseguradoras del Régimen Subsidiado a los prestadores públicos de Nariño. El 34% de su cartera correspondía a deudas superiores a un año contable, el 27,31% eran deudas entre los 181 y 360 días; sin duda su accionar en el departamento de Nariño retrasaba los pagos a las IPS públicas por los servicios ofrecidos.

Lo anterior demuestra también que la concentración de la deuda es evidente, puesto que las 6 primeras EPS que se registran en la tabla 40 concentraron el 92,23% de la deuda, que se traduce en \$69.101 millones; las 36 EPS restantes que ese mismo año reportaron deuda a los prestadores públicos de Nariño solo tenían un 7,7% de la deuda.

Los \$12.916 millones adeudados en el 2011 por el conjunto de EPS del Régimen Contributivo se dividen en la forma como se expresa en la tabla 41, en ella se evidencia que el mayor porcentaje adeudado corresponde a menos de 60 días con el 31,90% y que por el contrario la cartera de difícil cobro o superior a 360 días fue del 21,81%, porcentaje menor al 29,89% registrado por las EPS del Régimen Subsidiado; lo anterior significa que las EPS del Régimen Contributivo son mejores pagadores para los prestadores públicos del departamento de Nariño en comparación a sus semejantes del Régimen Subsidiado, por lo cual fluyen mejor los recursos en la relación Aseguramiento – Prestación del servicio, sin embargo el efecto positivo de esta característica se ve menguado por el bajo nivel de afiliación al Régimen Contributivo.

En cuanto a la EPS que mayor participación tiene en la cantidad adeuda por el Régimen Contributivo a las IPS públicas de Nariño se destaca Saludcoop con una cartera total de \$4.023 millones en el año 2011, cifra equivalente al 31,15% del total adeudado por las EPS de este régimen.

Tabla 41. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño a cargo de las EPS de Régimen Contributivo a 31 de Diciembre de 2011 discriminada por edad

Millones de Pesos

EPS - CONTRIBUTIVO	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera	%
SALUDCOOP	\$ 1.103	\$ 339	\$ 1.286	\$ 959	\$ 335	\$ 4.023	31,15
NUEVA EPS S.A.	\$ 1.345	\$ 12	\$ 403	\$ 915	\$ 105	\$ 2.897	22,43
COOMEVA EPS	\$ 1.409	\$ 556	\$ 577	\$ 14	\$ 33	\$ 2.721	21,07
EPS - C en liquidación	-	-	-	-	\$ 1.032	\$ 1.032	7,99

EPS – CONTRIBUTIVO	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera	%
Otras EPS - C	\$ 84	\$ 31	\$ 51	\$ 15	\$ 565	\$ 882	6,83
SALUDVIDA S.A. EPS	\$ 24	\$ 20	\$ 5	\$ 94	\$ 339	\$ 538	4,17
SANITAS S.A. EPS	\$ 111	\$ 36	\$ 88	\$ 1	\$ 34	\$ 288	2,23
OTRAS	\$ 41	\$ 139	\$ 96	\$ 330	\$ 371	\$ 531	4,11
Total General	\$ 4.120	\$.137	\$ 2.510	\$ 2.331	\$ 2.817	\$ 12.916	100
% Participación	31,90%	8,80%	19,44%	18,05%	21,81%	100,00%	

Fuente: SIHO

En menor medida las secretarías departamentales y secretarías municipales de salud presentaron también deudas con las IPS públicas en cada uno de los niveles de atención, tal como se demuestra en la siguiente tabla 42, un poco más de la mitad se le adeudaba al Hospital Universitario Departamental de Nariño, con los hospitales de primer y segundo nivel el monto adeudado correspondió a 22,32% y 20,12% respectivamente. Es importante resaltar que las secretarías departamentales, no únicamente la de Nariño, son las responsables del 82,59% del total de la cartera que las entidades territoriales tuvieron con las IPS públicas del departamento en el año 2011.

Tabla 42. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño a cargo de Entidades Territoriales a 31 de Diciembre de 2011 discriminados según nivel

Millones de Pesos

ENTIDADES TERRITORIALES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	Total general	%
SECRETARIAS DEPARTAMENTALES	\$ 1.437	\$ 1.526	\$ 6.223	\$ 9.188	82,59%
SECRETARIAS MUNICIPALES	\$ 1.045	\$ 710	\$ 180	\$ 1.936	17,41%
Total por Nivel	\$ 2.483	\$ 2.237	\$ 6.403	\$ 11.124	100,00%
% de Participación	22,32%	20,12%	57,56%	100,00%	

Fuente:SIHO

Corte al 31 de diciembre de 2011

Descargue de Información 28 de marzo de 2012

Finalmente por otros conceptos se le adeudaron a las IPS públicas en el año 2011 un total de \$22.012 millones, de ellos el 54,74% era responsabilidad del SOAT debido a Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – ECAT–, los demás conceptos se presentan en la tabla 43.

Tabla 43. Cuentas por cobrar reportadas por las ESE del departamento de Nariño por “Otros Conceptos” con corte a 31 de Diciembre de 2011 discriminado por niveles

Millones de Pesos

OTROS CONCEPTOS	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	TOTAL	%
SOAT - ECAT	\$ 412	\$ 3.877	\$ 7.759	\$ 12.049	54,74%
Otros deudores por venta de Servicios de Salud	\$ 2.361	\$ 1.485	\$ 3.412	\$ 7.260	32,99%
Concepto diferente a venta de Servicios de Salud	\$ 1.933	\$ 451	0	\$ 2.384	10,83%
Otros Deudores SOAT-ECAT	\$ 33	\$ 283	0	\$ 317	1,44%
Total General	\$ 4.741	\$ 6.098	\$ 11.171	\$ 22.012	100%
% de Participación	21,54%	27,71%	50,75%	100%	

Fuente:SIHO

3.2.3 Análisis de la Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Nariño.

La calidad en el SGSSS fue un objetivo desde su promulgación en 1993, su análisis en el departamento de Nariño requiere, como es lógico, identificar las condiciones en que se presta el servicio de salud y la manera como han variado. De acuerdo a la función de los actores del SGSSS del departamento de Nariño puede subdividirse el tema de calidad en dos escenarios o en dos fases: el primer escenario es la calidad en función de la actividad curativa, es decir la prestación de servicios individuales en cuyo caso el papel activo lo tienen las EPS y los prestadores públicos o privados porque al igual que en el plano nacional el mayor énfasis que tiene el sistema de salud colombiano está basado en las actividades curativas e intervenciones de tipo individual. El segundo escenario es la función de la actividad preventiva, en este caso el papel activo lo tiene el Instituto Departamental de Salud de Nariño mediante la aplicación de políticas públicas en salud y su efecto en las comunidades donde se intervenga, aunque si bien es cierto algunas EPS hacen campañas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, estas se limitan a sus afiliados y son actividades marginales a su quehacer principal.

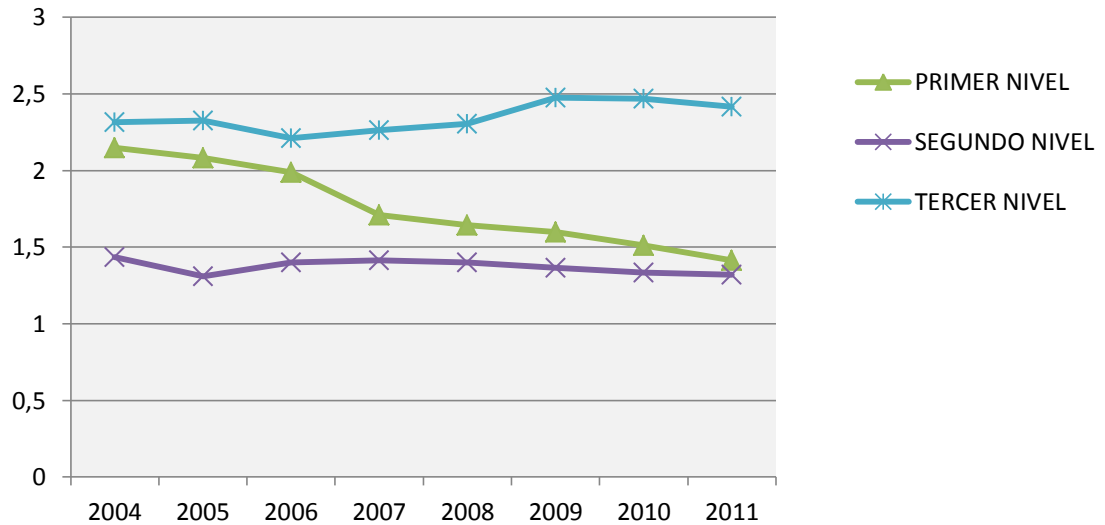
Otro inconveniente en la prestación del servicio es la necesidad que han tenido los pacientes de recurrir a herramientas judiciales como la tutela para hacer valer sus derechos en salud, en este caso la tutela ha sido el principal aliado junto con los jueces para que haya acceso efectivo a los servicios de salud que son negados por los aseguradores tanto si están en el POS o si son parte del no POS, aunque lo ideal sería que los pacientes no necesitaran recurrir a estas instancias para la

prestación del servicio. Según la Defensoría del Pueblo¹²⁴, en el año 2010 en el departamento de Nariño se interpuso un total de 7.193 tutelas, es decir el 1,4% del total nacional que fue de 403.380 tutelas. De esta cifra a nivel nacional, el 23,43% correspondió a tutelas de salud, que equivalieron a 94.502; de ellas el 2,3% es decir 2.215 fueron instauradas en el departamento de Nariño. A pesar de ser una cantidad elevada, es importante mencionar que en los últimos años ha venido disminuyendo el número de tutelas de salud en todo el territorio colombiano, al pasar de 142.957 en 2008 a 94.502 en 2010, una disminución que se dio a raíz de la Sentencia T – 760 de 2008 en donde se establece el fortalecimiento de las funciones de los Comités Técnico Científicos –CTC– de las aseguradoras; con esto se logró que la interposición de tutelas que invocan el derecho a la salud disminuyera en el 2010 al 23,4%, de un 41,50% que había en 2008.

3.2.3.1 Calidad desde el punto de vista curativo. Es necesario recordar que con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 los hospitales públicos empezaron a trabajar bajo un esquema empresarial, de esta forma el sistema requirió cambios en la estructura de su personal con el fin de hacer frente al avance de la complejidad de la prestación. Con el nuevo esquema las ESE tuvieron que adecuarse a un sistema de facturación, de prestación y contratación de servicios con las EPS, manejar bases de datos para definir si el paciente es contributivo, subsidiado o si aún no tiene aseguramiento; además tuvieron que implementar reformas laborales para generar recursos y no tener presiones financieras a futuro; de esta manera uno de los cambios es la mayor participación del personal en la parte administrativa. La distribución del recurso humano de las ESE del departamento en conjunto se presenta en el Anexo 7 para el periodo 2004 – 2011. Sin embargo en el gráfico 10 se detalla su evolución por niveles de complejidad; se mide el número de personas que labora en el área asistencial por cada persona vinculada al área administrativa. Estos trabajadores son aquellos que tienen un contrato indefinido, o también conocidos como trabajadores de planta, es importante aclarar que a medida que el modelo se ha profundizado existe una tendencia a aumentar los contratos por medio de Orden de Prestación de Servicios u OPS, sin embargo conocer a ciencia cierta el número de trabajadores contratados en el sector salud es una tarea dispendiosa y que sobrepasa los límites de la presente investigación, aunque los datos que se presentan a continuación demuestran una tendencia definida.

¹²⁴ COLOMBIA. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La Tutela y el Derecho a la Salud 2010. 2011. (En Línea). En: Defensoría.org. (Consultada: Mayo 24 de 2013). Disponible en la dirección electrónica: http://www.defensoria.org.co/red/usuarios/prensa/images/pdf/1324_1310582146.pdf

Gráfico 10. Relación de personal asistencial por cada trabajador administrativo 2004-2011



FUENTE: Gestión de Hospitales Públicos. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

Acorde al cambio de modelo, las ESE del primer nivel de complejidad contaban en 2004 con un total de 1.555 trabajadores, de ellos 494 laboraban en la parte administrativa y 1.061 en la parte asistencial del servicio de salud. En el último año de estudio mientras los trabajadores administrativos ascendían a 550, los trabajadores del sector asistencial disminuyeron a 777. Lo anterior se traduce en que por cada persona que trabajaba en el área administrativa en el primer nivel de complejidad en el año 2004 habían 2,14 en el área asistencial, pero para el año 2011 esta diferencia se había reducido, pues por cada trabajador del área administrativa solo habían 1,3 en el área asistencial, lo cual afecta de manera clara la calidad del servicio.

Por otra parte, los trabajadores de las ESE del segundo nivel de complejidad en 2004 eran 409, distribuidos en 168 administrativos y 241 del área asistencial, para el año 2011 los trabajadores del sector administrativo se reducen a 141 y en la parte asistencial el número disminuye a 186; aunque aparentemente el segundo nivel de complejidad se mantuvo estable en términos del número de personas asistenciales por cada administrativo, puesto que en todo el periodo esta relación se mantuvo alrededor de 1,35, el número de trabajadores disminuyó de 409 en el 2004 a 327 trabajadores en total en el año 2011.

En el tercer nivel, en el único hospital público de alta complejidad del departamento contaba en 2004 con 89 trabajadores en el área administrativa y 206 en la parte asistencial, ya para el año 2011 se sigue manteniendo el número de trabajadores administrativos y aumentan los del área asistencial a un total de 215 personas. El tercer nivel de complejidad fue el único que tuvo un muy leve incremento en favor del personal asistencial; mientras que en el año 2004 habían 2,31 personas asistenciales por cada uno del personal administrativo, en el año 2011 ascendió a 2,41 asistenciales por cada administrativo; sin embargo se expresa por un muy leve incremento en la contratación de personal asistencial, cuya máxima contratación se dio al final del periodo con 215 personas, su mínimo se registró en el año 2006 cuando solo se contrataron 188 personas para el sector asistencial.

Todo lo anterior da cuenta de varias características, en principio el aumento del personal administrativo demuestra el incremento de la complejidad del sistema para acceder a servicios de salud, el sistema se vuelve cada vez más complejo y los pacientes ven rezagado su conocimiento frente a los requisitos para una cita médica, facturación de servicios o remisión respectiva. Por otro lado la reducción del personal asistencial es preocupante, si bien el tercer nivel de complejidad presentó un aumento, este fue solo de 15 nuevas personas en 7 años; en este sentido es evidente que o bien los trabajadores de planta disminuyen y se sustituyen por contratos de Orden de prestación de servicios –OPS–, o bien no se contrataron más trabajadores porque financieramente no es viable.

Lo anterior supone una dicotomía difícil de superar, dado el contexto de que no se trata de la regulación de una mercancía, sino de la enfermedad de las personas. Por un lado se necesita personal administrativo que vuelva eficiente el sistema, en actividades como el papeleo, las remisiones, la facturación, la atención al usuario, las historias clínicas, las bases de datos y contratos con las EPS principalmente; y por otro lado la necesidad de un personal idóneo que haga frente a los procedimientos de salud en todas sus complejidades, evidentemente esta dicotomía se está solucionando a favor de lo primero y no de lo segundo. Una característica más que puede estar explicando este fenómeno es que las ESE especialmente a nivel municipal se convirtieron en fortín político y capital de votos para las elecciones territoriales, dadas las características de contratación y el buen número de personas que laboran en estos centros, las cifras podrían estar en aumento por pago de favores de tipo político, sin embargo no hay forma de constatarlo en términos estadísticos, más que como parte de la investigación cualitativa.

En un apartado anterior se detallaron las deudas que tienen tanto las EPS como las entidades territoriales con las ESE del departamento de Nariño. Con el fin de complementar el análisis de los efectos de la deuda pero también el comportamiento del objetivo de la calidad, la tabla 44 muestra la capacidad instalada de la totalidad de IPS públicas que prestaron servicios de salud a la población del departamento de Nariño entre los años 2004 y 2011 discriminado por nivel de complejidad, esto con el fin de mostrar las condiciones en las que la prestación del servicio ha evolucionado en los últimos años.

Tabla 44. Capacidad instalada IPS Nariño 2004 – 2011, Cantidades

ITEM	NIVEL	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Camas de Hospitalización	I	245	217	218	312	280	313	263	275
	II	200	225	225	225	232	241	241	251
	III	146	148	149	155	161	154	153	178
Camas de Observación	I	268	290	283	308	339	308	344	349
	II	39	39	35	43	40	40	39	41
	III	49	45	45	45	46	45	56	66
Consultorios de C. Externa	I	357	312	370	352	377	407	408	409
	II	62	63	63	61	60	61	50	63
	III	14	14	14	14	14	21	21	21
Consultorios en el servicio de Urgencias	I	75	77	113	101	80	80	84	89
	II	13	11	10	10	19	19	19	20
	III	3	4	4	4	4	4	4	4
Sala de Quirófanos	I	10	8	10	8	8	7	3	5
	II	6	6	6	7	7	7	7	7
	III	4	4	4	4	4	4	4	4
Mesa de Partos	I	83	85	83	81	83	81	88	88
	II	5	5	4	6	5	5	5	5
	III	1	2	2	2	2	2	2	2
No. de Unidades de Odontología	I	204	205	233	241	240	255	264	262
	II	3	3	2	3	2	1	1	1
	III	1	1	1	1	1	1	1	0

FUENTE: Gestión de Hospitales Públicos. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto al número de camas de hospitalización se observa que hubo un aumento considerable en cada uno de los niveles de atención, en general se pasó de un total de 591 a 704 camas de hospitalización en el periodo analizado. Igual tendencia creciente se presentó con las camas de observación al pasar de 356 a 456 unidades, con un significativo aumento en el primer nivel de 81 camas.

Las consultas odontológicas pueden ser tratadas en el primer nivel, esta es la razón por la cual se explica el considerable aumento de 204 a 262 unidades odontológicas en las IPS de baja complejidad, así mismo el segundo nivel disminuye su capacidad instalada de 3 a 1 unidades odontológicas mientras que el hospital de tercer nivel retira completamente este servicio para el año 2011.

Los consultorios de consulta externa se mantuvieron relativamente constantes en el periodo analizado especialmente en el segundo y tercer nivel de complejidad, en el primer nivel se presentó un aumento de 52 consultorios desde 2004 hasta el año 2011.

Por otra parte los consultorios de urgencias presentaron leves incrementos en los niveles dos y tres de complejidad, en el primer nivel su comportamiento fue errático, presentándose un pico en el año 2006 con 113 consultorios, siendo este su máximo histórico, que cayó luego en el 2008 a solamente 80 consultorios, a partir de ese momento empieza un incremento sostenido y en el año 2011 llegó a tener 89 consultorios, aún lejos de su máximo del año 2006.

Uno de los comportamientos más preocupante es la disminución que se presentó en las salas de quirófanos, especialmente en el primer nivel donde se redujo en un 50% la disponibilidad de estos, mientras que en el tercer nivel el su disponibilidad ha permanecido constante en el periodo estudiado.

Las características anteriores apuntan a suponer que la capacidad resolutive del primer nivel de complejidad viene disminuyendo progresivamente, especialmente por la disminución de salas de quirófanos, ello significa que cada vez más se debe resolver complicaciones que requieren intervenciones quirúrgicas en el segundo y tercer nivel de complejidad, sin embargo esto no se ve reflejado en aumento de camas hospitalarias o de observación en los niveles más altos, es decir, mientras por un lado se reduce la capacidad resolutive del primer nivel de atención, esta disminución no se compensa con aumento en las condiciones de capacidad instalada en el segundo y tercer nivel de complejidad. Esta característica obedece a las carteras que deben sanear las ESE y al tener un trato empresarial es bastante evidente que los gerentes para reducir costos en principio recortan los procedimientos más costosos en términos de salarios y nivel de contratación para

quienes pudieran trabajar en estas áreas, a su vez ello reduce costos en términos de insumos e instrumentos como aparatos tecnológicos.

La producción de servicios de las IPS públicas del departamento de Nariño se presenta en la tabla 45, en ella se incluyen los servicios más importantes. Esta producción de servicios es necesaria en el esquema actual de salud, porque la venta de servicios es la actividad de la cual las IPS sustentan la mayoría de sus recursos destinados a su sostenimiento financiero. Un recuento detallado de todos los servicios se puede buscar en el anexo 8.

Es evidente que la demanda de servicios de salud de las IPS Públicas por parte de la población nariñense ha aumentado considerablemente en todo el periodo de análisis; es importante el crecimiento en la producción de servicios en atención Prenatal Crecimiento y Desarrollo, puesto que en 2004 se atendieron 159.705 casos y para el año 2011 se registró un total 289.311 casos atendidos, esto se explica por las intensivas campañas de los agentes del sistema basadas en masificar la importancia que tienen los controles prenatales para salvaguardar tanto la vida de la madre como la del bebé. Así mismo es destacable que mientras en 2004 tan solo se tomaban 830.550 exámenes de laboratorio, en 2011 este dato aumentó a 1'951.688 exámenes, entendidos estos como una gran herramienta para los médicos a la hora de generar un diagnóstico acertado de las patologías.

Paradójicamente algunos servicios han reducido su producción en el periodo de estudio, es el caso de consulta de medicina especializada, con una reducción de 11.689 consultas entre 2004 y 2011, esta disminución es el reflejo de la negación del acceso a este tipo de servicios por parte de las Entidades Promotoras de Salud. Otro tipo de servicios que también ha visto reducida su producción son los partos vaginales y partos por cesárea; los primeros pasan de 11.856 en 2004 a 7.012 en el año 2011 y los segundos disminuyeron de 3.653 a 3.182 en el mismo periodo de tiempo, estos datos van acorde a la disminución en la cifras de natalidad en el departamento.

La población históricamente ha mantenido sus niveles de asistencia al médico, especialmente por medicina general puesto que han sido de 1'486.076 en promedio al año y su variación no ha sido fuertemente pronunciada en el periodo de estudio.

Tabla 45. Producción de servicios IPS públicas Nariño 2004 - 2011, Cantidades

SERVICIO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consultas de medicina general electivas realizadas	1.318.018	1.505.001	1.346.436	1.481.217	1.632.177	1.658.283	1.496.193	1.451.285
Consultas de medicina general urgentes realizadas	307.573	340.610	325.334	416.060	424.551	466.092	422.327	433.281
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	123.737	145.535	139.469	139.957	116.971	116.113	98.900	112.048
Total de egresos	52.696	55.331	50.725	54.044	56.134	54.811	56.800	58.337
...Egresos obstétricos*	16.753	14.925	14.280	16.346	18.244	16.956	14.666	13.765
...Egresos quirúrgicos**	11.108	12.597	7.112	10.860	9.505	9.151	9.040	9.285
...Egresos no quirúrgicos***	25.120	28.027	29.333	26.838	28.371	28.695	33.075	34.967
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	281	305	203	492	672	1.256	1.418	1.624
Total de días estancia de los egresos	150.754	162.108	156.058	146.215	162.624	161.711	166.444	181.826
... Egresos obstétricos *	22.108	25.254	22.888	28.501	30.835	28.286	25.011	23.797
... Egresos quirúrgicos ***	38.345	40.497	30.882	42.377	40.743	39.288	41.972	45.770
... Egresos No quirúrgicos ***	80.239	89.409	97.826	75.337	91.030	94.126	99.427	111.863
Días de Estancia Netos	2,66	2,79	2,99	2,71	2,90	2,95	2,93	3,13
.... Días de estancia obstétricos*	1,32	1,69	1,60	1,74	1,69	1,67	1,71	1,73
.... Días de estancia egresos quirúrgicos **	3,45	3,21	4,34	3,90	4,29	4,29	4,64	4,93
.... Días de estancia egresos No quirúrgicos***	3,19	3,19	3,34	2,81	3,21	3,28	3,01	3,20

FUENTE: Gestión de Hospitales Públicos. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

* Partos, cesáreas y otros egresos obstétricos

** Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos

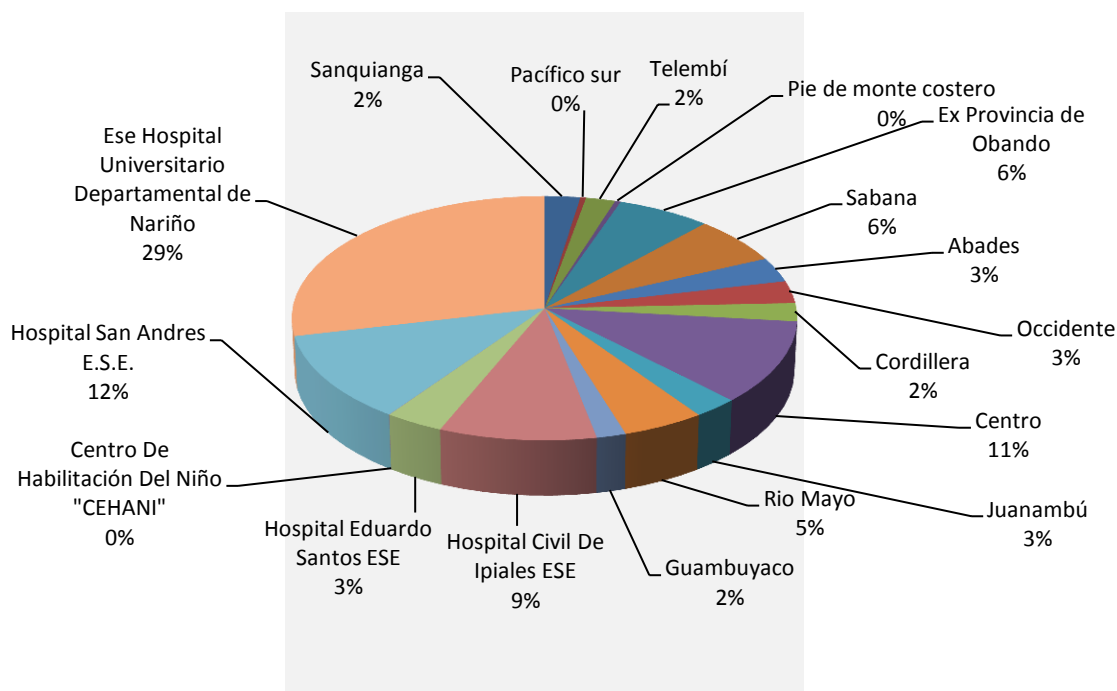
*** No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos

Una cifra especialmente preocupante es el incremento tan marcado del número de pacientes en la unidad de Cuidados Intensivos, que pasó de 281 en el año 2004 a 1.624 en el año 2011, sin embargo las camas para hospitalización sumando los tres niveles de complejidad pasaron de 591 hasta 704 en el año 2011, si a ello se suma la disminución total de quirófanos, da cuenta de una reducción importante en la capacidad de resolución del primer nivel, que se traduce en mayores complicaciones que finalmente terminan en el segundo y tercer nivel de complejidad, con todo ello se tiene un impacto negativo en la calidad del servicio y por ende en la salud de los nariñenses. Consecuencia de esto también es el aumento de días de estancia en promedio por egreso, mientras en 2004 el promedio de días era de 2,66 por paciente, en el año 2011 había aumentado a 3,13 días por paciente; sin embargo al desagregar la cifra, los egresos que mayor aumento de día por paciente presentaron fueron los de tipo quirúrgico, reflejando la saturación de pacientes que no pudieron ser atendidos en el primer nivel de complejidad; en promedio en 2004 los días de estancia de egresos quirúrgicos era de 3,45, mientras que para el año 2011 los días de estancia promedio por egreso quirúrgico habían ascendido a 4,93.

En los gráficos 11 y 12 se presenta la prestación de servicios de las IPS públicas expresada en Unidades de Valor Real –UVR– para los años 2004 y 2011, además de ello se determina cuál es la población que accede a dichos servicios.

En conjunto las IPS públicas registraron una producción de servicios en 2004 de 15'930.401 UVR siendo el Hospital Universitario Departamental de Nariño quien más aportó a este valor con cerca del 29% seguido por el Hospital San Andrés de Tumaco y el Hospital Civil de Ipiales con el 12% y 9% respectivamente. Por su parte las IPS de las subregiones de mayor participación en la producción de servicios públicos de salud estuvieron encabezadas por la subregión Centro con el 10% y las subregiones Sabana y Ex provincia de Obando con el 6% cada una, cabe recordar que dichas IPS de las subregiones tan solo cumplen con el primer nivel de complejidad, esto quiere decir que la mayor producción de servicios de salud se concentró en las IPS de segundo y tercer nivel de complejidad pues es en ellos donde los procedimientos médicos son más costosos.

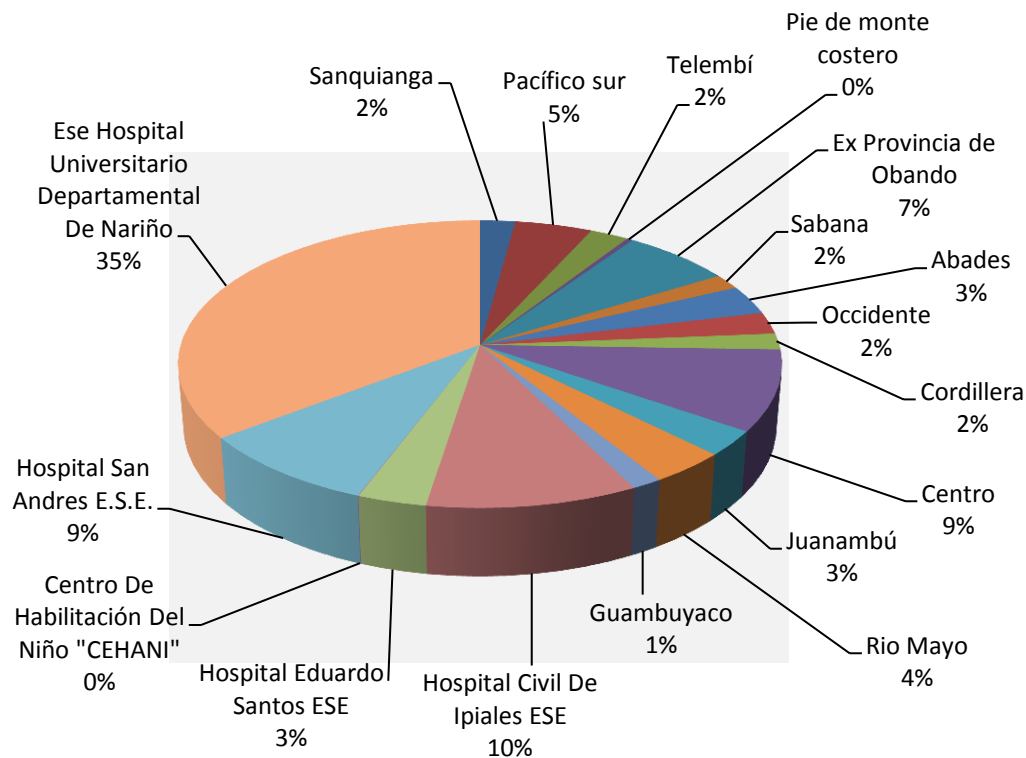
Gráfico 11. Servicios prestados por las IPS públicas del departamento. 2004, UVR



Fuente: Gestión de Hospitales Públicos- Dirección de prestación de servicio y atención primaria- Ministerio de salud y protección social.

Al finalizar el periodo de análisis las proporciones de producción de las IPS públicas de los distintos niveles no han cambiado de forma considerable y se sigue manteniendo la concentración en los niveles segundo y tercero de complejidad; la totalidad de producción de las IPS públicas en 2011 fue de 23´447.842 UVR. El Hospital Universitario Departamental de Nariño aumentó el porcentaje de participación en la producción de servicios de salud al llegar al 35%, por su parte los Hospitales San Andrés de Tumaco y Civil de Ipiales disminuyeron a 9% y 10% respectivamente. En el primer nivel de complejidad siguen siendo las IPS de la subregión Centro y Ex Provincia de Obando quienes mayor aporte hacen a la producción de servicios de salud del departamento, sin embargo, sobresale la disminución en la subregión Sabana que en 2004 participaba con el 6% y en 2011 tan solo produce el 2% de los servicios de salud públicos de Nariño, explicado por la privatización de la ESE San José de Túquerres en el año 2010.

Gráfico 12. Servicios prestados por las IPS públicas del departamento. 2011, UVR



Fuente: Gestión de Hospitales Públicos- Dirección de prestación de servicio y atención primaria- Ministerio de salud y protección social.

Los mencionados servicios de salud que produjeron las distintas IPS públicas en el periodo de estudio fueron demandados principalmente por los afiliados al Régimen Subsidiado y por el grupo denominado *Población Pobre No Asegurada más servicios No contemplados en el POS*, tal como se presenta en la tabla 46 donde se observa que los afiliados al Régimen Subsidiado demandaron en el año 2004 el 44% de los servicios producidos por las IPS públicas; para el año 2011 su participación aumenta al 61% siendo históricamente la población que más accede a los servicios de salud ofrecidos por las ESE y las IPS indígenas. El segundo grupo en orden de importancia es la *Población Pobre No asegurada y prestación de Servicios No POS*, aunque ha presentado un baja muy significativa en el periodo estudiado al pasar de 42% a 24%, lo cual es indicio que ha aumentado la cobertura de afiliación y que el Plan Obligatorio de Salud ha tenido importantes adiciones. El Régimen Contributivo a pesar de tener un notable repunte no

representa un mercado potencial para las IPS públicas pues tan solo han pasado del 6% al 10% de participación en la demanda de servicios.

Tabla 46. Producción total UVR 2004, 2011

En Miles de UVR

PRODUCCIÓN TOTAL		% PPNA +NO POS		% SUBSIDIADO		% CONTRIBUTIVO		% OTROS	
2004	2011	2004	2011	2004	2011	2004	2011	2004	2011
15.930,4	23.447,8	6.746,7	5.718,1	7.042,2	14.299,9	915,4	2.275,0	1.075,6	1.029,7
100%	100%	42%	24%	44%	61%	6%	10%	7%	4%

FUENTE: Gestión de Hospitales Públicos- Dirección de prestación de servicio y atención primaria- Ministerio de salud y protección social

De lo anterior se pueden concluir algunas características: en principio es claro que en el periodo analizado se conjugaron una serie de condiciones negativas, por un lado disminuye en relativo y en absoluto el número de personal asistencial que labora en el SGSSS del departamento, por otra parte la producción de servicios no disminuyó sino aumentó en el periodo analizado, especialmente consulta externa y urgencias además del número de pacientes en cuidados intensivos; la excepción son las consultas especializadas, que sin embargo los resultados de hospitalización no significa menos enfermedad sino menos acceso a servicios de salud; en definitiva, con menos personal se hicieron prácticamente los mismos procedimientos en promedio en todo el periodo. En términos económicos esta característica bien podría catalogarse como eficaces, pero no eficientes, puesto que no puede olvidarse el nivel de complejidad del sistema, la disminución de personal asistencial que no corresponde a una disminución de servicios prestados significa más pacientes con menos tiempo para cada uno, si a ello se adiciona el aumento de personal administrativo fruto de la complejidad del sistema y de prácticas clientelistas, se traduce en mayor tiempo para papeleo y menos para los procedimientos, por ende menor calidad en la prestación año tras año.

Por otro lado, desde el punto de vista de la sostenibilidad económica de los prestadores, el nivel de deuda que tiene el sistema golpea más a las ESE de los municipios especialmente los más alejados, explicado porque la deuda no solo es mayor sino que además es de más edad en el Régimen Subsidiado, que a su vez

conlleva al detrimento en la capacidad instalada, especialmente la disminución de quirófanos en el primer nivel de atención y con ello la pérdida de buena parte de su capacidad resolutive; por tanto el primer nivel está teniendo retrocesos a medida que se fortalece el segundo y tercer nivel porque la demanda de servicios que no puede ser atendida en la baja complejidad termina saturandola demanda de servicios en los mayores niveles de complejidad, con ello existe mayor flujo de fondos a los niveles más complejos que permiten por lo menos de manera momentánea tener mejores condiciones financieras, que llevados de manera eficiente puede arrojar resultados positivos.

3.2.3.2 Calidad y su Relación con las Políticas de Salud Pública en el Departamento de Nariño. En el apartado anterior se abordó la calidad desde su contexto más inmediato con el prestador, sin embargo este análisis no estaría completo sino se asume también la política de calidad más amplia que justamente se refiere a las políticas públicas; estas intervenciones no solamente se limitan al ámbito del prestador, sino que tienen otras dimensiones, por ello no pueden endilgarse solamente a aquellos; son responsables de estas políticas especialmente las secretarías departamentales que reciben las orientaciones generales directamente del Ministerio de Salud y Protección Social; también la Ley les entrega a las EPS parte de las políticas de salud pública, especialmente en Promoción y Prevención.

En este sentido no puede asumirse la salud pública como un compendio de procedimientos, ni tampoco como aquella salud prestada por los entes públicos o la red pública hospitalaria; sino como las medidas que afectan no solo a personas aisladas, como es el caso de las enfermedades y procedimientos curativos, sino que afectan a comunidades en su conjunto y cuyas soluciones si bien pasan por un componente curativo, adicionalmente deben tener un componente comunal y más general, no solo propio del ámbito de la salud sino también de la economía, el saneamiento básico, la infraestructura, entre otros aspectos. De esta manera enfermedades que se asocian con el agua no potable por ejemplo, están más presentes en aquellas poblaciones que carecen de sistemas de acueducto y si bien pueden controlarse individualmente, su solución está en una política tendiente a llevar agua potable a esas regiones, lo mismo sucede con las vías terciarias de las veredas alejadas de los cascos urbanos, o también con el nivel educativo y de autocuidado de una región en específico, determinado por el alfabetismo y el nivel escolar.

De esta manera en el Plan de Salud Territorial elaborado por el IDSN para el periodo 2012-2015, se identifican algunos objetivos macro que justamente apuntan a poblaciones en su conjunto y no intervenciones de tipo individual, para lo cual se basa en indicadores y metas por cumplir, en resumen el IDSN pretende mejorar la situación de salud pública de los nariñenses mediante la aplicación de las siguientes políticas¹²⁵:

- Mejorar la prestación para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil.
- Políticas de entornos saludables.
- Políticas de salud sexual y reproductiva para enfermedades de transmisión sexual y embarazos en adolescentes.
- En algunos casos mayor concentración en las políticas de salud mental, aunque ya es generalizada para todo el departamento.

Sin embargo, es necesario hacer énfasis en otros indicadores que forman parte de la epidemiología del departamento, porque si bien es cierto los programas anteriores se focalizan en grupos específicos o forman parte de la necesidad de mejorar los entornos de las comunidades para que gocen de una salud más duradera, no representan el conjunto completo de los problemas que como departamento y más específicamente sus subregiones y municipios sufren con respecto a problemas que pueden solucionarse con la aplicación de políticas de salud pública. Es por ello que los indicadores de salud pública y especialmente enfermedades que se asocian a las condiciones económicas de la población revisten un interés especial y por tanto su análisis es intersectorial, en el departamento de Nariño se presentaron los siguientes resultados en el periodo estudiado.

Esta relación que se desarrolla entre la salud, no solo de individuos aislados sino como características de comunidades enteras, encuentra su piso práctico en los denominados *determinantes sociales de la salud*, a lo cual bien podría incluirse unos determinantes económicos, se pueden resumir entonces en determinantes *socio-económicos* de la salud o, en contraposición, de la enfermedad.

Una relación que puede desarrollarse justamente para poder utilizar estos determinantes socio-económicos son las enfermedades y la pobreza. Esta relación no puede entenderse de manera lineal, pues ambas explican conjuntamente al otro; tener prevalencia de enfermedades puede ser producto de

¹²⁵INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Plan de Salud Territorial “Salud Para el Buen Vivir” 2012-2015.

la pobreza, a la vez tener una población enferma o con una alta probabilidad de enfermarse disminuye la capacidad productiva y genera condiciones de vida de menor calidad, en definitiva una menor vida digna.

Puede asumirse dos tipos de interrelación, unas enfermedades que se asocian *directamente* a la pobreza y otras que se desencadenan por condiciones que están ligadas a la pobreza; por ejemplo la desnutrición se asocia directamente a la pobreza puesto que la falta de alimentos a causa del bajo ingreso desencadena una serie de consecuencias en las personas, en especial desnutrición, pero a su vez la propia desnutrición genera especialmente en los niños bajas defensas contra otras enfermedades como infecciones que se asocian directamente a ella, no con la pobreza; pero unas y otras pueden combatirse haciendo frente a la pobreza. En últimas puede concluirse que las condiciones de vida tienen influencia en el estado de salud y el entorno socio-económico afecta a su vez las condiciones de vida. Por ello son valiosos los esfuerzos de las entidades, especialmente del IDSN, de realizar más o menos regularmente una medición de los casos de diversas enfermedades, especialmente las de interés público, las que se transfieren por vectores y además aquellas que tienen mayor prevalencia en la población. Los parámetros utilizados para medir la incidencia de las enfermedades tanto las que se pueden catalogar como de salud pública, como las que se catalogarían como individuales, se pueden resumir en el cálculo de la mortalidad y la morbilidad. Estos datos son importantes para tener una visión clara de las condiciones de enfermedad del departamento y hacia donde debería redoblar esfuerzos o implementar programas. Mientras la mortalidad puede asociarse a la prestación del servicio y también a los avances de las ciencias médicas en el campo de lo curativo además de las limitaciones propias de los seres humanos que llegan a avanzada edad; la morbilidad puede tener un asociado a condiciones socio-económicas de manera más directa, pues la estrategia para tratarse es diferente; la primera se trata individualmente como es lógico, la segunda también puede tratarse individualmente, sin embargo existen estrategias que podrían abordarse comunalmente o en el conjunto de una región y comunidad acorde a su contexto, es decir con estrategias que aborden los problemas de índole socio-económica. Así por ejemplo en el departamento de Nariño en el año 2011 la mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos presentó grandes diferencias entre las subregiones, pues mientras en la subregión de Pie de Monte Costero se presentó una tasa de 71 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, en la Subregión Sabana se presentaron 35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; si se tiene en cuenta que los niños menores de un año al igual que sus madres tienen los mismos beneficios tanto en el Régimen Subsidiado como en el Contributivo se

esperaría que las disparidades en las tasas entre subregiones no sean tan marcadas, en definitiva las precarias condiciones socio-económicas de las Subregión Pie de Monte Costero pudieron influir en que su tasa de mortalidad infantil sea casi el doble de la Subregión Sabana.

Estos determinantes socio-económicos de la salud, no solo estudian la relación de la forma como afectan la salud de los individuos o comunidades, a su vez son reflejo de las inequidades de salud entre diferentes sectores sociales y diferencias entre las comunidades de diversas regiones.

El estado de salud puede entenderse como el derecho de una sociedad de poder ofrecer todo su potencial productivo, pero también artístico o intelectual; por tanto mientras mayores probabilidades tenga una región o comunidad de enfermarse, entonces significa menos capacidad productiva, intelectual o artística, incluso se coartaría el derecho de definir su estilo de vida.

Existe una diferencia que no siempre se tiene clara por los actores del SGSSS en el departamento de Nariño, entre la *Atención Primaria en Salud* y la atención en el primer nivel de complejidad, puesto que existen políticas y prácticas llevadas a cabo tanto por los prestadores, las EPS y además las secretarías municipales y el IDSN; entre ellas se puede identificar varios elementos en la puesta en marcha de programas concretos:

- El primer elemento se refiere a los programas más generales, especialmente los pedagógicos, de capacitación y concientización; entre ellos pueden mencionarse las iniciativas de hábitos de vida saludables o las políticas de autocuidado, campañas pedagógicas con sectores concretos, conferencias y cursos. Estas actividades si bien llegan a comunidades en su conjunto aún tienen una profunda condición individual, porque a pesar de ser llevada a cabo dentro de un conjunto de personas, la práctica de estas actividades depende enteramente de la persona como individuo; se centran primordialmente en la atención en el primer nivel y especialmente en el componente de Promoción y Prevención. Sin embargo no puede olvidarse que el primer nivel de atención al igual que los restantes niveles, tienen actividades principalmente curativas y por tanto orbitan alrededor del individuo y no de la comunidad.
- El segundo elemento toma en cuenta programas estructurados con poblaciones identificadas, planeación de las actividades y determinación de bases presentes y metas para ser alcanzadas en el futuro, todo ello con base a cronogramas y con un espacio geográfico delimitado, estos programas se conocen

comúnmente como de *focalización*. Dependen de condiciones inmediatas o coyunturales de problemas puntuales en zonas específicas, que pueden o no tener prevalencia de enfermedades; la comunidad y sus características están en función de sus condiciones socio-económicas, su cultura y sus costumbres. Estos programas en el actual sistema de salud dependen en mayor medida de las secretarías departamentales, en el caso de Nariño del IDSN quien delega a su vez parte de las responsabilidades a las secretarías municipales, sin que ello signifique que los municipios no puedan desarrollar planes autónomos. Estos programas se focalizan en las subregiones o poblaciones en específico con el fin de tratar problemas concretos, en ellos se encuentran por ejemplo las metas de reducción de mortalidad materna o mortalidad infantil, las muertes por EDA o IRA, los programas de reducción de morbilidad por malaria o cólera; también se pueden contar programas de salud mental además de los programas de salud sexual y reproductiva con el fin de prevenir enfermedades venéreas o embarazos en adolescentes; para ello el IDSN desarrolla desde el año 2004 una publicación donde se muestran los indicadores básicos de salud del departamento, especialmente morbilidad y mortalidad en sus primeras causas y dedica un espacio importante a las enfermedades transmitidas por vectores, a las enfermedades inmunoprevenibles y a las denominadas enfermedades de interés en salud pública. Aunque si bien estos elementos forman parte de problemas de comunidades enteras, aun se basan en el componente de Promoción y Prevención, además de planes y políticas ejecutadas en diversas regiones; adolecen de no tener mecanismos para ser incluidos en programas y políticas más amplias que sobrepasen los límites del sistema de salud.

Que existan elementos que sobrepasen los límites del sistema de salud en sus actuales condiciones significa tener en cuenta las condiciones socio-económicas propiamente dichas, es decir características que pasan por: el nivel de Ingreso, desempleo y condiciones de trabajo, el nivel educativo, el estado de la alimentación y nutrición, el entorno ambiental, el saneamiento básico, la calidad del agua y el entorno cultural, entre otros. Estos elementos afectan la salud de las comunidades en diversos grados y con distintas consecuencias, a pesar que sean temas que no son exclusivos del sistema de salud no por ello dejan de ser imprescindibles, una comunidad por ejemplo que se encuentre con prevalencia de EDA y no tenga acueducto, no soluciona el problema solamente tratando a las personas que estén enfermas, sino también generando las políticas y proyectos necesarios para que exista agua potable. Los casos de desnutrición infantil pueden tratarse con brigadas o con capacitaciones a las madres para que conozcan las mejores formas de alimentar a sus hijos, pero también puede

combatirse si mejora el nivel de ingreso de las familias; es decir, son condiciones que no solo se limitan al sistema de salud y sus capacidades resolutorias, sino que busca generar soluciones en un nivel mucho más enmarcado en la necesidad de articular políticas económicas y sociales de diversas entidades y sectores, por supuesto no se trata que todo plan se supedita a los resultados en salud, sino que exista una unión y articulación de medidas, planes, proyectos y políticas que beneficien a las comunidades en diversos problemas, uno de ellos es el estado de salud, ello constituiría la esencia de la denominada *Atención Primaria en Salud – APS–*, pero el sistema de salud colombiano tal cual como se organiza hoy en día, da mayor protagonismo a la política curativa antes que a la política comunal y preventiva. Es decir existe mayor énfasis en los elementos mencionados anteriormente que son abordados en su mayoría por políticas de Promoción y Prevención combinada con atención en el primer nivel, mejorando las condiciones de prevención de la enfermedad, campañas educativas y estilos de vida saludables, además de buenos diagnósticos y procedimientos curativos; en resumen para el actual sistema la solución se centra en el individuo puesto que se basa en buena medida en el tratamiento de la enfermedad y no en el cuidado del estado de salud.

La Atención Primaria en Salud suele confundirse con el primer nivel de complejidad y aún más si se la distorsiona con argumentos de “focalización a la población más pobre”; es decir se vuelve selectiva y generalmente bajo la idea de un “alto impacto”. A pesar que existen campañas que son dirigidas a comunidades, no actúan en el conjunto de la misma sino en sus individuos aisladamente, sin tener en cuenta su contexto y condiciones socio-económicas, finalmente actuar sobre estas poblaciones no pasa de ser una individualización disfrazada. Tal como lo resume Raúl More Palacios, en el informe: *Economía Política de los Determinantes Sociales de la Salud*, con respecto a la perspectiva de entender la salud como unidireccional e individual:

*El objeto de intervención se centró únicamente en el individuo con independencia de sus circunstancias sociales. Las intervenciones de impacto social propias de la salud pública (como las vacunaciones) asumían como destinatarios la suma de individuos. La unidad de análisis no eran los grupos sociales y menos la sociedad en su conjunto. Se produjo así un verdadero retroceso epistemológico desde que, a inicios de ese mismo siglo, los padres del paradigma social y, sobre todo, Rudolf Virchow en Alemania, asociaran la enfermedad con la situación económica social, especialmente la pobreza.*¹²⁶

¹²⁶PALACIOS, Raúl. *Economía política de los determinantes sociales de la salud*. (En línea) EN: BVSDE. 2009. (Consultada: 20 de Junio de 2013) disponible en la dirección electrónica: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048025.pdf>, p. 29.

Por otro lado, contemplar las condiciones socio-económicas forma parte del estudio de las denominadas *enfermedades asociadas a la pobreza y los determinantes sociales de la salud*; que incluyen no solo la focalización, sino la interrelación con otros sectores y el apoyo con otras profesiones y herramientas, como las políticas económicas, la historia y las políticas sociales, con el fin de comprender qué condiciones se encuentran en cada región o que afecten a varias regiones y comunidades al tiempo; seguramente es una tarea que sobrepasará los límites del sistema de salud y deberá trascender a otros profesionales y actores, además de reconocer que habrá condiciones que la mera terapéutica no puede solucionar. Se trata entonces de desarrollar una visión más holística del problema: pasa por el análisis del contexto histórico, social y económico, la estructura productiva, desarrollar una evaluación permanente de los efectos de la aplicación de políticas públicas en salud y qué tanto afectan a los determinantes sociales de la salud, a todo lo anterior se suma el compromiso de las personas que conforman la comunidad o la región, en resumen que tan empoderada se encuentra la comunidad de sus problemas y cuanta participación tiene en la toma de decisiones. Un ejemplo de ello son las carreteras y vías de comunicación, existen poblaciones que viven a varias horas, incluso días de un hospital de segundo nivel y mucho más si se trata del tercer nivel de complejidad, que no pueden ser atendidos a tiempo por la mala calidad de las vías, en este caso mejorar las vías no es una tarea de las autoridades del sistema de salud, pero seguramente si se mejoraran habría repercusiones positivas en el estado de salud de los nariñenses. Un ejemplo más puede ser una política de formalización de empleo, digno y con garantías salariales, una política de estas características generaría mayores cotizantes en el departamento y aliviaría la carga fiscal que supone una población mayoritariamente subsidiada. Lo anterior significa que la salud mejora si sus determinantes sociales mejoran. Sin embargo el sistema actual se basa más en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado personal, en lugar de la promoción de la salud.

3.3 PRINCIPALES INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO 2004-2011.¹²⁷ Siguiendo los detalles de la sección anterior, es evidente que las condiciones epidemiológicas reflejan en buena medida la realidad social y económica de una comunidad, en general pueden

¹²⁷La información tomada a continuación se extrajo en su mayoría de los IBS del IDSN en sus diferentes publicaciones entre los años 2004-2011.

analizarse desde dos enfoques: el primero comprende las condiciones que desencadenan la patología, es decir las condiciones antes de enfermarse derivadas de características sociales, económicas, ambientales y educativas; una familia pobre tiene mayores riesgos de enfermarse si está en una zona propensa a enfermedades como es el caso de la costa pacífica, donde pueden aflorar enfermedades que solo son propias de cierta altura a nivel del mar y todo lo anterior puede ser un problema si dicha familia no tiene la educación necesaria frente a cuidados personales o educación alimenticia. El segundo enfoque comprende las condiciones del tratamiento, es decir el tiempo entre la enfermedad, sus síntomas y el proceso que transcurre para curarse, en este caso las variables se definen por la capacidad instalada de las IPS, el correcto funcionamiento de la EPS, la capacidad de pago del paciente, la dispersión geográfica e incluso el desarrollo físico de su región; de esta manera enfermedades como la tuberculosis que tiene un tratamiento prolongado de en promedio 8 meses, significaría que la falta de vías de comunicación hace que familias que vivan en zonas rurales tengan mayores barreras para acceder a los tratamientos, o el caso de las mujeres gestantes que deben llevar un control de su embarazo pero que por problemas de lejanía no llevan a cabo su tratamiento en las mejores condiciones, o si por otro lado, no existe continuidad en la prestación del servicio de salud, por falta de camas, infraestructura física o ausencia de profesionales en la zona.

A continuación se detallan las enfermedades que pueden asociarse con condiciones socio-económicas del departamento de Nariño con base en los Indicadores Básicos en Salud presentados por el IDSN desde el año 2004 hasta el año 2011.

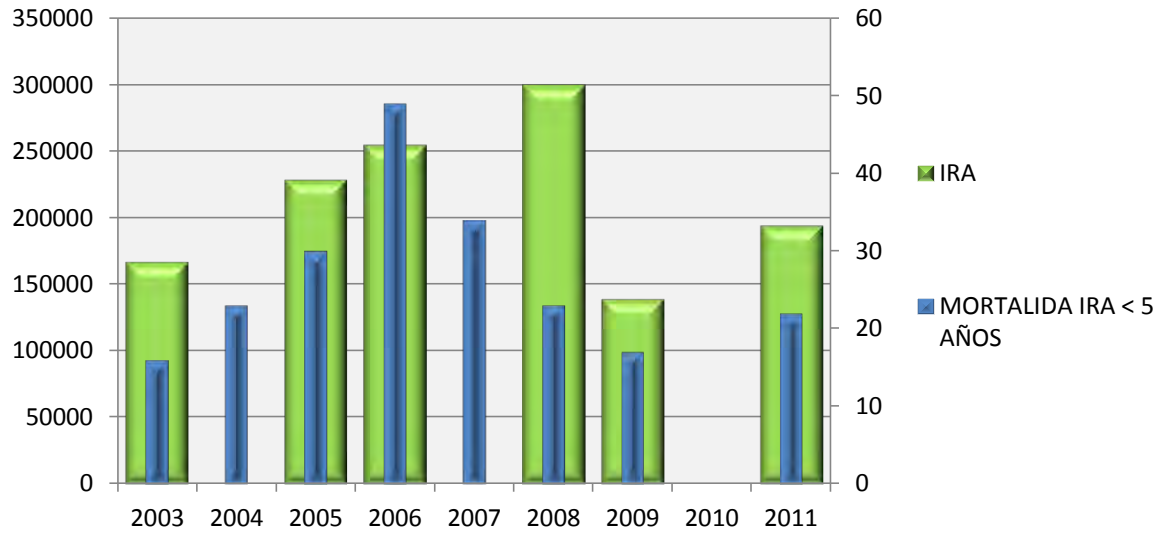
Condición preocupante supone la falta de calidad de agua tanto en el sector urbano como en el rural; en los datos que presenta el IDSN la cobertura de acueducto urbano ha sido relativamente alta, el número de hogares urbanos con acueducto fue de 77,9% en el año 2006 que fue su cifra más baja, posteriormente se cambia la metodología y ya no se mide por número de hogares sino por número de personas, de esta manera en el año 2009 un 93,97% de los nariñenses tenían sistema de acueducto y para el 2011 un 94,85% de los nariñenses que viven en el sector urbano tenían acueducto, sin embargo si bien en términos de cobertura es una cifra alentadora, en el tema de calidad de agua el panorama no es tan positivo, con la metodología antigua en la que se media por número de hogares, el 77,74% de los hogares tenían cobertura en calidad de agua, esta cifra disminuye con los años y se sitúa en 66.26% en el año 2009, en el año 2011 el

panorama es aún más negativo, puesto que solamente el 54% de las personas que viven en el sector urbano en el departamento de Nariño tienen agua potable.

Por otro lado tanto la cobertura de acueducto como de calidad de agua del sector rural es aún más preocupante aunque en relativo ha tenido avances especialmente en cobertura. En el año 2004 solamente un 53,04% de los hogares rurales del departamento de Nariño tenían cobertura de acueducto, cifra que mejoró al situarse alrededor del 70% en el año 2006, a partir de entonces las coberturas descienden, con el cambio de metodología en el año 2009 la cobertura de acueducto rural era del 61,80%, en el año 2011 el 63,21% de las personas tenían cobertura de acueducto rural en el departamento, sin embargo el dato más preocupante se centra en la disminución de calidad de agua del sector rural; mientras que en el año 2005 el 30% de los hogares rurales tenían algún tipo de tratamiento de agua, cifra que cae al 12,17% en el 2006. Con la nueva metodología que mide la potabilidad del agua por persona el 7,69% de las personas en el año 2009 tenían agua potable y en el año 2011 solo el 2,89% de las personas del sector rural de Nariño tienen agua potable.

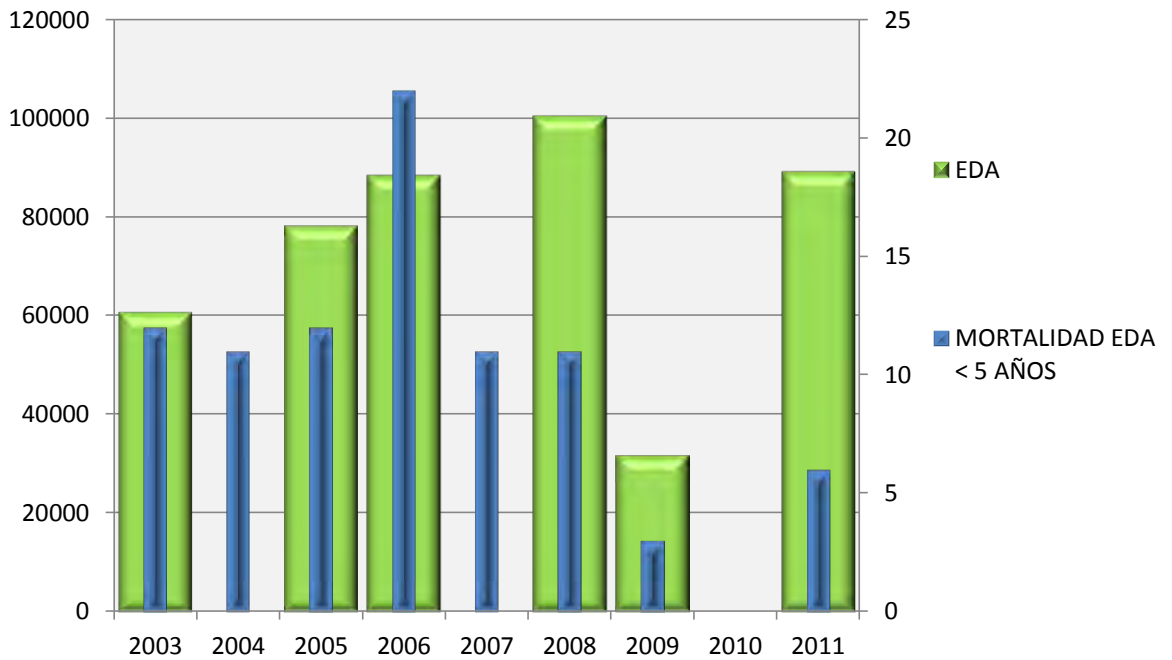
En términos epidemiológicos la principal causa de morbilidad de Nariño son las Infecciones Respiratorias Agudas –IRA–, sin contar con los datos de 2004, 2007 y 2010 que no se encuentran en las bases de datos del IDSN, la morbilidad por IRA presentó un máximo en el año 2008 de 299.892 casos en todo el año, en 2011 estos casos fueron de 193.880, el promedio en todo el periodo 2003-2011 se situó en 213.000 casos aproximadamente, por supuesto la cifra debe ser mayor teniendo en cuenta la cultura de auto recetarse que tiene la población nariñense y la utilización de medicina alternativa en casos poco graves, además significa que los casos que se reseñan suponen alguna gravedad teniendo en cuenta que son personas que acudieron a los servicios de salud. Por su parte los casos de Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– tuvieron un máximo de 100.496 casos en el año 2008 y un mínimo de 31.853 casos en el año 2009, sin embargo al igual que en el caso de las IRA no se encontraron registros de los años 2004, 2007 y 2010. En los gráficos 13 y 14 se muestran los casos de IRA y EDA totales en el departamento y en los ejes izquierdos se muestran la mortalidad en menores de 5 años.

Gráfico 13. Casos totales de IRA (izq) y mortalidad en menores de 5 años (der) en Nariño 2003-2011



FUENTE: Indicadores Basicos de Salud. IDSN.

Gráfico 14. Casos Totales de EDA (Izq) y Mortalidad en menores de 5 años (Der) en Nariño 2003 - 2011



FUENTE: Indicadores Basicos de Salud. IDSN

Una de las cifras que se tiene en cuenta a la hora de evaluar cualquier sistema de salud o también políticas públicas en salud son los indicadores de mortalidad, especialmente la mortalidad materna e infantil, puesto que son poblaciones que requieren un especial cuidado en términos médicos y por tanto reflejan que tan preparado está un sistema de salud y da cuenta de buena parte de su nivel de desarrollo. En este sentido la mortalidad materna en el departamento ha tenido un descenso considerable desde el año 2003 cuando 40 mujeres en estado de embarazo fallecieron, cifra que se reduce a casi la mitad, puesto que en el año 2011 cayó a 22 muertes. De la misma manera la mortalidad infantil medida en tasa por mil nacidos vivos presentó una reducción al pasar de 53,1 muertes en el año 2003 desde donde se encuentran registros, hasta tener una tasa de 40,56 muertes infantiles en el año 2011, sin embargo en todo el periodo estuvo por encima de la tasa nacional en prácticamente el doble, puesto que Colombia tiene niveles entre 20 y 16 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, indicando que si bien el departamento presenta una reducción, aún se encuentra rezagado con respecto a otras regiones del país.

Que las condiciones socioeconómicas influyen en el estado de salud se demuestra en la evidencia que sugiere que por lo menos en el año 2011 las subregiones con peores indicadores como NBI, ICV, Nivel educativo, calidad de agua, entre otras, presentaron simultáneamente niveles deficientes de salud. Esto se evidencia si se toman las 2 subregiones con mejor nivel de NBI y mejor ICV y algunos indicadores epidemiológicos y en contraposición se toman las 2 subregiones con peores indicadores¹²⁸. Para el año 2011 la subregión con peores indicadores fue Sanquianga que presentó 81% de NBI y 46% de ICV; en esta región se configuran hechos paradójicos, puesto que tiene un 76% de cobertura del régimen subsidiado, el más bajo del departamento, Sanquianga además presenta la menor tasa de mortalidad materna de Nariño, 85,52 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, explicada por la baja densidad demográfica de la región puesto que solo alberga al 6,13% de la población nariñense; empero estos datos tiene la segunda mayor tasa de mortalidad infantil con 65 muertes de cada 1.000 nacidos vivos, 24 puntos por encima del nivel departamental, sus condiciones de salubridad empeoran si se tiene en cuenta que el acueducto urbano solo llega al 55% y el

¹²⁸Pueden revisarse las cifras completas en el anexo 9. Los datos que se presentan para 2011 fueron extraídos del documento Plan de Salud Departamental. “Para un Buen Vivir. 2012-2015”. No fue posible encontrar los datos correspondientes a mortalidad materna de las subregiones: Pie de monte Costero, Guambuyaco, Occidente y Cordillera; y tampoco fue posible encontrar los datos correspondiente a la desnutrición crónica para menores de 5 años de las subregiones: Pie de Monte Costero, Ex Provincia de Obando y Rio Mayo. Por lo tanto los análisis que se presentan con respecto a estos datos se hicieron sin las cifras correspondientes a estas subregiones.

rural al 4,9%, unido a un precario nivel de alcantarillado urbano de 8% y uno rural de un alarmante 0,4%; en ambos casos son los peores indicadores del departamento de Nariño. Por otro lado el embarazo en adolescentes es el más alto junto con la subregión Telembí con un 28% de mujeres embarazadas entre los 14 y 20 años de edad, combinado con niveles altos de analfabetismo, el cuarto nivel más alto de Nariño con un 14,34%. Le sigue la subregión Telembí que tiene un nivel de NBI e ICV del 76% y 49% respectivamente, en este caso se combinan grandes dificultades; esta subregión tiene los peores indicadores de mortalidad materna con 395,89 casos por cada 100.000 nacidos vivos, el segundo lugar en mortalidad infantil con 64 casos por cada 1.000 nacidos vivos y 17% de desnutrición global en menores de 5 años, la más alta de Nariño, la desnutrición global en menores de 5 años en Nariño fue de 10% en el año 2011, según el IDSN estas condiciones se *“relacionan con la dispersión geográfica de su población, las deficientes condiciones de saneamiento básico y las brechas culturales y de educación que determinan un mayor riesgo para la salud, principalmente de la primera infancia y el binomio madre hijo”*¹²⁹. Esta subregión también presenta problemas en cobertura de acueducto y alcantarillado aunque no tanto como la subregión Sanquianga, se encuentra en el puesto 11 de 13 subregiones en cobertura de acueducto urbano y rural con 85% y 10% respectivamente, en alcantarillado urbano ocupa el puesto 11 con 32% de cobertura y el puesto 12 con 3% de cobertura en alcantarillado rural. Es preocupante que el sistema de salud en el Régimen subsidiado apenas alcance el 76% de la población de esta subregión, teniendo en cuenta que es una subregión pobre; en cuanto al embarazo en adolescentes presenta el mismo nivel que la subregión Sanquianga; finalmente presenta un 25,92% de analfabetismo, el más alto del departamento.

En contraposición a lo anterior la subregión Centro presentó los mejores niveles de NBI e ICV, con un 20% y un 82% respectivamente, la mortalidad materna es de 95,81 casos por cada 100.000 nacidos vivos, la tercera del departamento; un dato importante si se tiene en cuenta que en esta subregión se concentra el 28,09% de la población total, en cuanto a la mortalidad infantil tiene problemas puesto que es de 45 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, a nivel departamental se encuentra en niveles de 40 por cada 1.000 nacidos vivos; es la primera subregión en cobertura de acueducto urbano y la segunda en cobertura de acueducto rural con un 100% y un 90% respectivamente, en cuanto al alcantarillado es la primera subregión en cobertura urbana y rural con niveles de 99% para el sector urbano y 34% para el sector rural; estas condiciones pueden generar mejoras en la alimentación y la calidad de los alimentos además de la salubridad en general, ello

¹²⁹INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Óp. Cit., p. 24

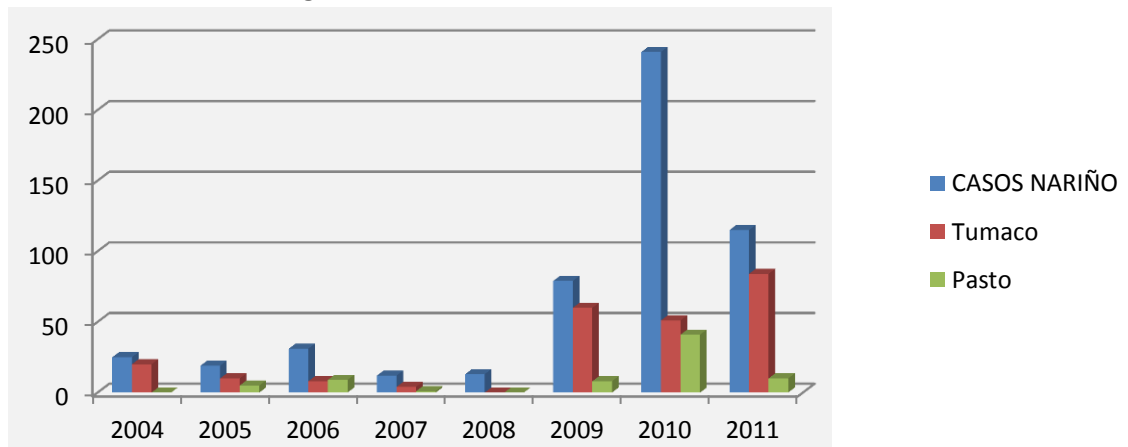
coadyuva a que la desnutrición crónica en menores de 5 años sea del 8,8% ocupando el tercer lugar en Nariño, los embarazos en adolescentes también son más bajos en relativo a otras subregiones, sin embargo continúa en términos absolutos en un nivel alto, porque el 24% de las mujeres embarazadas en el año 2011 tenían entre 14 y 20 años. Es evidente que el municipio de Pasto tiene incidencia directa en estas cifras, porque al ser la capital del departamento en ella se concentra el segundo y tercer nivel de complejidad en la prestación de servicios de salud, por otro lado es un polo de desarrollo con concentración de las universidades y colegios, ello se identifica si se tiene en cuenta que el analfabetismo es del 9,02%, ocupa el tercer lugar en bajo analfabetismo. Le sigue en importancia la subregión de la Ex Provincia de Obando, que tiene un nivel de NBI de 40%, bastante lejos de la subregión Centro; en cuanto al ICV tiene un 67% también lejos de esta subregión. La Ex Provincia de Obando tiene el mayor nivel de cobertura en el Régimen Subsidiado con un nivel del 96%. La mortalidad materna es de 108,87 por cada 100.000 nacidos vivos, por debajo de la departamental que fue de 112,5 en 2011; a su vez la mortalidad infantil se ubicó en 37 casos por cada 1.000 nacidos vivos, por debajo de la mortalidad departamental que fue de 40,56; en cuanto a acueducto urbano y rural presentó coberturas de 97% y 65% respectivamente, por otro lado el alcantarillado tiene coberturas de 96% para el sector urbano y 26% para el sector rural. Esta subregión tiene 22% de mujeres adolescentes en estado de embarazo, la tasa más baja de Nariño, aunque continua siendo alta, puesto que al existir mejores condiciones de educación y una acceso mayor al sistema de salud y por tanto a programas de salud sexual y reproductiva las adolescentes tienen menores riesgos de embarazo. El analfabetismo es del 8,97%, el segundo mejor del departamento, el mejor nivel lo presentó en 2011 la subregión Abades con 5,36%.

Como lo anterior lo detalla, las subregiones se encuentran ampliamente rezagadas en comparación con la subregión Centro y en especial con Pasto, la brecha que existe entre las subregiones se convierte en un impedimento para generar igualdad entre los habitantes del departamento. Los datos completos de todas las subregiones para el año 2011 pueden consultarse en el anexo 9.

Ahora, si bien es cierto estas condiciones afectan la salud de las personas y son reflejo del desarrollo de cada subregión, también es necesario precisar las enfermedades que concretamente afectaron al departamento y tienen importancia en la salud pública, por ello se detallan a continuación las más importantes en el periodo 2004-2011.

3.3.1 Dengue. El dengue y las condiciones sociales tienen una relación intrínseca, porque la enfermedad se transmite justamente donde se almacena agua, no necesariamente agua sucia, también puede hacerlo en agua limpia; por lo tanto las poblaciones que no dispongan de acueducto y deban almacenar el agua tienen mayor probabilidad de ser contagiados por el mosquito; en el departamento de Nariño el dengue presentó un proceso ascendente al pasar de 25 casos en el año 2004, hasta un máximo en 2010 de 241 casos, para el año 2011 se reportaron 115 casos. Los municipios que más casos de dengue reportaron fueron los de la costa pacífica, debido a que el mosquito crece en zonas con alturas menores a los 1.800 msnm y que esta zona tiene baja cobertura de acueductos tanto urbanos como rurales. Tumaco es el municipio con mayor cantidad de dengue, en promedio presentó 30 casos por año, su pico más alto se registró en el año 2011 con 84 casos. Es interesante encontrar que el segundo municipio que más trata dengue es Pasto, entre 2004 y 2009 atendió 10 casos anuales en promedio, sin embargo en el año 2010 debido a la ola invernal que sufrió el país y a las inundaciones en la costa los casos de dengue llegaron a 41, ello evidencia la poca capacidad resolutoria del primer y segundo nivel en la costa en el caso de emergencias poco previsibles como los desastres naturales, también refleja una debilidad frente a la red pública, dado que un paciente de zonas alejadas del departamento debe pasar varias horas de viaje antes de poder ser atendidos en la ciudad de Pasto. El mismo año también se registró un brote de dengue en Taminango de 58 casos, es importante señalar que históricamente el municipio no había tenido casos de dengue en los años anteriores, posteriormente para el año 2011 los casos se redujeron a solo 1.

Gráfico 15. Casos de dengue en Nariño 2004-2011

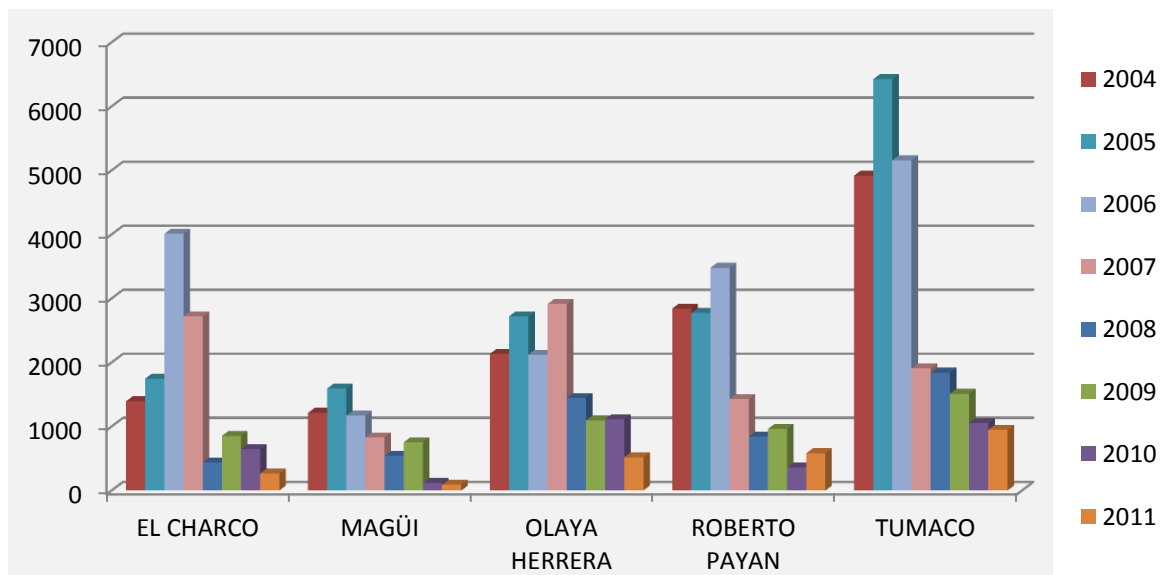


Fuente: Indicadores Básicos de Salud. IDSN

3.3.2 Malaria. El comportamiento de la malaria ha tenido un importante descenso, mientras que en año 2004 los casos anuales ascendían a 15.287, en el año 2011 estos casos solo fueron de 3.612. La mayoría de los casos se presentaron en municipios de la costa pacífica: Barbacoas, El Charco, Francisco Pizarro, La Tola, Magüi, Mosquera, Olaya Herrera, Roberto Payan, Santa Bárbara y Tumaco son los municipios que en el periodo 2004 – 2011 presentaron casos de malaria, el caso más grande lo presentó Tumaco en el año 2005 cuando registró 6.425 casos de malaria en su población, ello significó contabilizar una tasa del orden de 3.792 casos por 100.000 habitantes, todos los municipios presentaron una tendencia descendente muy marcada especialmente entre los años 2007 y 2008.

El exitoso caso del descenso en la malaria o paludismo, tiene una importancia crucial en el contexto global, puesto que en la actualidad forma parte de la agenda de salud mundial impulsada especialmente desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–; tanto así que uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM– se refiere justamente a este tema, pues busca detener y comenzar a reducir en 2015 la incidencia de malaria, con ello queda claro que este fenómeno no es solo colombiano ni mucho menos exclusivo del departamento de Nariño.

Gráfico 16. Casos de Malaria principales municipios Costa Pacífica 2004-2011



FUENTE: Indicadores Basicos de Salud. IDSN

3.3.3 Hepatitis A y B. Una de las enfermedades de obligatoria notificación y que el IDSN toma anualmente es la Hepatitis, tanto A como B.

La hepatitis A está relacionada directamente con agua contaminada o condiciones de vida insalubres, en la medida en que existan estos factores también incrementa la probabilidad de enfermar, por otro lado la Hepatitis B está más relacionada con el contacto con sangre, semen u otros tipos de líquidos corporales que pueden estar infectados, también es posible su transmisión de la madre gestante al momento del parto hacia su recién nacido; otra causa puede ser la transfusión de sangre contaminada o compartir agujas si se utilizan drogas inyectables.

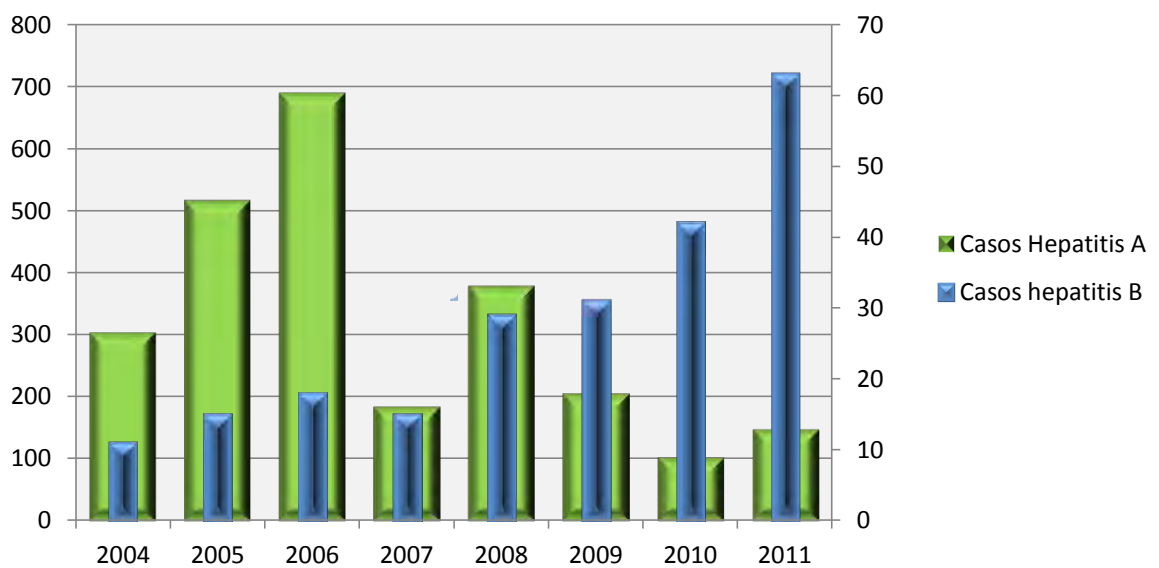
En el departamento de Nariño, durante el periodo 2004–2011 la Hepatitis A tuvo un comportamiento ascendente entre 2004 y 2006 que registraron 304 y 690 casos respectivamente, a partir de ese momento la tendencia se quiebra y se tiene un ritmo descendente que en promedio entre 2007 y 2011 se mantuvo en 204 casos anuales que representa una tasa promedio de 12 casos al año por cada 100.000 habitantes de Nariño. En el año 2006 fue el pico epidemiológico más alto en hepatitis A, el 33,91% es decir 234 de los casos se reportaron en Pasto y el 11% que corresponde a 76 casos en la ciudad de Ipiales.

En el comienzo del periodo los casos se ubican en varios municipios, a pesar de tener mayor cantidad de pacientes también es evidente que en varios municipios se hace el tratamiento, sin embargo con el transcurso de los años y hacia el final del periodo los casos se concentran en algunas poblaciones más específicas como en Pasto e Ipiales, ello no significa que solamente la población de esos municipios se está enfermando, sino que a causa de la disminución de la capacidad resolutive en el primer nivel en los municipios del departamento las personas enfermas de diversos municipios son atendidos en la ciudad capital o en Ipiales, ambas son ejes de movilidad en el departamento, la primera tanto para la zona pacífica como norte y cordillera, e Ipiales que es el eje de la ex provincia de Obando y las subregiones cercanas. La hepatitis A presenta además una característica, en términos sencillos, aleatoria; puesto que no tiene una tendencia territorial definida, de esta manera hay municipios cuyos casos son muy bajos o nulos y en un año en específico tiene una gran cantidad de personas que desarrollan la enfermedad, ejemplos claros son La Cruz y Pupiales, ambos municipios con condiciones climáticas distintas, sin embargo La Cruz en el año 2007 presentó 41 casos, cuando en periodos pasados su máximo fue de 13 casos, Pupiales es similar porque en el año 2008 reportó 31 casos, cuando hasta ese momento había presentado máximo 4 casos anuales.

La hepatitis B por su parte tuvo un ascenso sostenido en todo el periodo, 11 casos en el año 2004 y 63 en el año 2011. Aunque no se encontraron los datos municipales correspondientes al año 2009. La hepatitis B ha tenido un crecimiento especialmente en Tumaco, mientras en el año 2008 el 34,48% de los casos estaba en Tumaco, en el año 2010 ya había ascendido a 69,05% de los casos, en el año 2011 tuvo el 50% de los casos; lo anterior puede considerarse, entre otras cosas, consecuencia de los bajos

niveles de educación, bajos niveles de cobertura del régimen subsidiado y embarazos en adolescentes, especialmente hacia la costa pacífica que concentra los mayores casos, en promedio las subregiones de Sanquianga, Telembí y Pacífico Sur tienen un porcentaje de analfabetismo de 20,32%, una cobertura del Régimen Subsidiado del 77% se convierte en limitante para que la población con dicha enfermedad pueda acceder a los servicios de salud si no se encuentra afiliada a la Seguridad Social; por otra parte la población más joven tiene barreras para acceder a programas y métodos de educación sexual y planificación familiar por lo cual se presenta un 28% de embarazos en adolescentes.

Gráfico 17. Hepatitis A (Izq) Y B (Der) casos Nariño 2004 - 2011

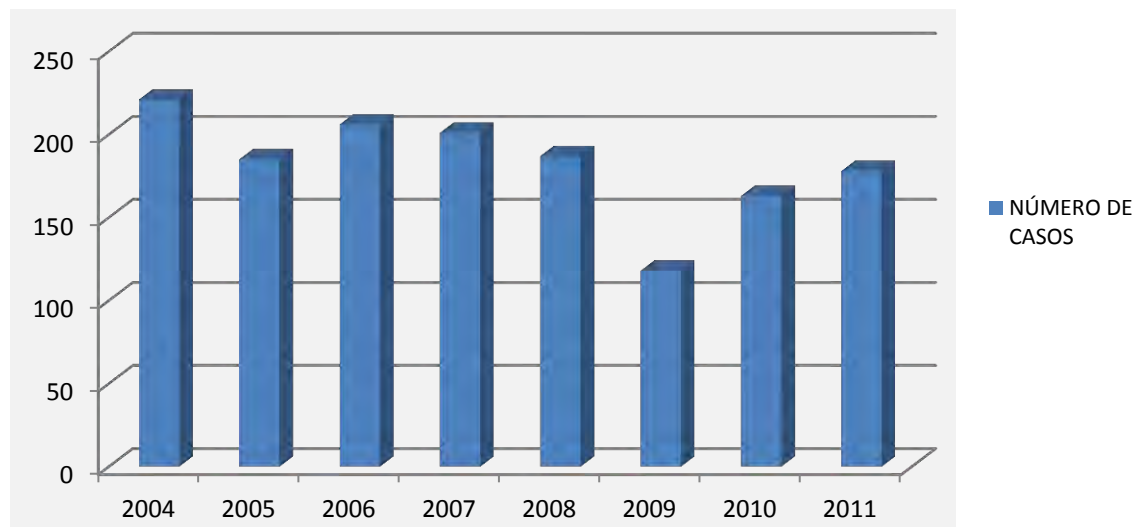


FUENTE: Indicadores Basicos de Salud. IDSN

3.3.4 Tuberculosis. La tuberculosis es una enfermedad que según la Organización Mundial de la Salud –OMS– la podrían tener potencialmente la tercera parte de la población mundial; en el departamento de Nariño se presentaron en promedio entre 2004 y 2011, 182 casos anuales, el año con mayor eventualidad fue 2004 con 221 casos reportados, mientras que el año con menores casos fue 2009, donde solo se presentaron 118. La tuberculosis representa varios retos para el modelo de salud, principalmente porque al ser una enfermedad que se transmite por aire primordialmente y al ser latente en muchas personas, estas tienen mayores posibilidades de desarrollar la enfermedad si tienen desnutrición y por tanto bajas sus defensas o si se encuentran en condiciones de hacinamiento e insalubridad; otro de los retos es el tratamiento que puede superar en el mejor de los casos los 6 meses y en el caso de la tuberculosis ultrarresistente puede llegar a tardar hasta 2 años, esto significaría que el paciente debe estar constantemente

accediendo al sistema de salud que supone a su vez que el sistema con infraestructura adecuada, estrategias de diagnóstico temprano, profesionales idóneos y sistemas de información efectivos y eficientes y aun así también deben existir otras condiciones, como la cercanía geográfica, carreteras, condiciones de salubridad en el hogar; porque al ser una enfermedad que requiere un tratamiento tan prolongado el éxito a la hora de combatirlo se mide en el largo plazo.

Gráfico 18. Casos Tuberculosis en Nariño 2004 - 2011

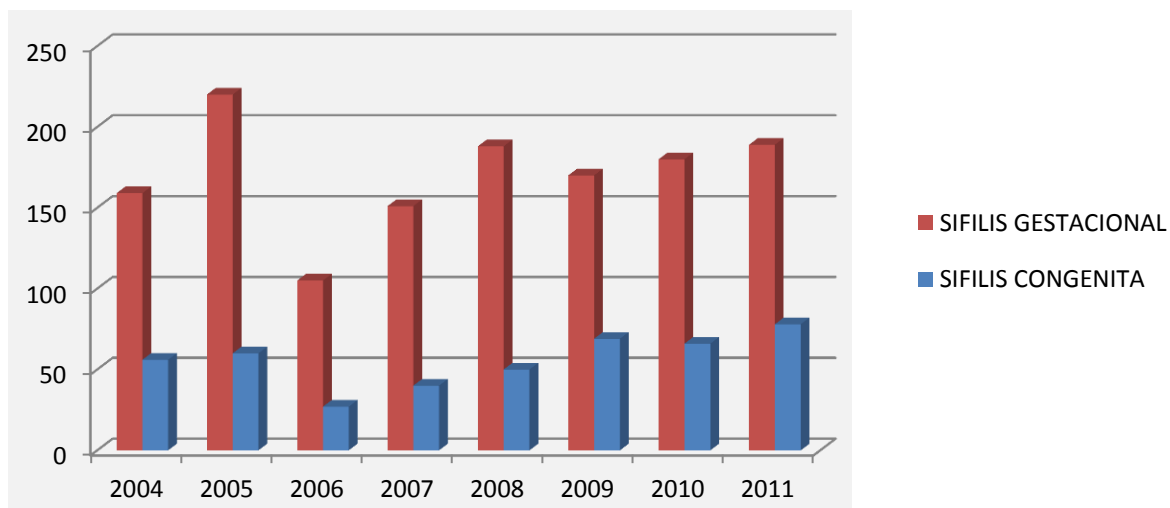


FUENTE: Indicadores Basicos de Salud. IDSN.

3.3.5 Sífilis Gestacional y Congénita. La sífilis ha presentado un incremento en los últimos años en Nariño, tanto gestacional como congénita. Por un lado la sífilis gestacional disminuyó en el año 2006, a partir de ese año aumentó sostenidamente con excepción del año 2008; el año que más casos presentó fue el 2005 con 220, la menor incidencia se presentó en el año 2006 con 105 casos; por otro lado la sífilis congénita presentó una tendencia similar, obviamente porque una explica a la otra; mientras más gestantes tengan sífilis aumenta el riesgo de que el bebé contraiga la enfermedad en el embarazo o bien en el momento del parto; la sífilis congénita presentó, al igual que la sífilis gestacional, su menor número de casos en el año 2005 con 27, sin embargo presentó un incremento sostenido desde entonces hasta ubicarse en 78 casos en el año 2011. La sífilis es considerada un problema de salud pública, buena parte de las consecuencias que se derivan del padecimiento de la enfermedad tanto para la madre como para los

niños resultan de condiciones asociadas a la pobreza, la falta de planificación familiar, problemas culturales como el machismo y la baja capacidad diagnóstica del sistema de salud.

Gráfico 19. Sífilis gestacional y congénita Nariño 2004 - 2011. Casos



FUENTE: Indicadores Basicos de Salud. IDSN.

Lo anterior si bien no se puede generalizar para todas las subregiones del departamento sí deja claras varias cosas; una de ellas es que la política de salud pública y las tareas emprendidas por el IDSN han tenido avances importantes, especialmente en mortalidad materna e infantil, para resaltar son los buenos resultados en malaria y hepatitis A y la reducción de las muertes en menores de 5 años por casos de IRA y EDA; sin embargo se presentaron pocos avances e incluso retrocesos en Dengue, Hepatitis B, en casos de Sífilis Gestacional y Congénita y una modesta reducción de los casos de Tuberculosis. Por supuesto no es posible endilgar estos resultados solamente al sistema de salud, o más concretamente a las políticas de salud pública; estas condiciones solo pueden ser tratadas con un enfoque de intersectorialidad, característica que no es clara en el actual sistema de salud debido a su enfoque individual y curativo, aunque vale la pena aclarar que existen posibilidades de acuerdos conjuntos entre diversas dependencias a nivel departamental y municipal pero que no son más que acuerdos administrativos para tareas concretas y focalización de poblaciones y no forman parte estructural de una política desarrollada.

Por otro lado las políticas de salud pública y especialmente los esfuerzos en esquemas de Atención Primaria en Salud son apenas provistos con recursos y esfuerzo del IDSN.

Finalmente los objetivos que planteó el sistema de salud en cuanto a cobertura, eficiencia, calidad y el nuevo enfoque de salud pública tienen diversos resultados en el departamento de Nariño. En cuanto al aseguramiento este ha aumentado a lo largo de estos 20 años de aplicación de la Ley 100 de 1993, sin embargo en su mayoría jalonado por las poblaciones céntricas y de mayor desarrollo, las poblaciones con mayores problemas económicos y sociales no han alcanzado aún cobertura en el Régimen Subsidiado y mucho menos en el Régimen Contributivo.

En cuanto a la eficiencia que se esperaba se derivara del cambio en el modelo de financiación de la demanda y la aplicación del pluralismo estructurado con presencia de prestadores públicos y privados pero todos ellos unidos a un asegurador o EPS, se resalta que las aseguradoras del Régimen Subsidiado en general tuvieron mejoras en su situación patrimonial con excepción de Salud Cóndor que se liquidó, es importante señalar que el nivel de recobros al FOSYGA es bajo en el Régimen Subsidiado. Las EPS del Régimen Contributivo presentaron también buenos resultados en términos patrimoniales, incluyendo Saludcoop que en la actualidad se encuentra intervenida, estas aseguradoras tienen mayores recobros al FOSYGA, sin embargo no es posible definir qué porcentaje corresponde al departamento de Nariño.

En cuanto a la calidad existe evidencia de serios retrocesos, el primer nivel pierde cada año capacidad resolutoria y el segundo nivel no tiene presencia en todas las 13 subregiones identificadas en Nariño a excepción de la subregión centro, solo 3 de ellas tienen una unidad operativa de segundo nivel de complejidad y ello representa limitaciones para el acceso, el Hospital San Andrés de Tumaco ESE atiende prácticamente a todos los municipios de la costa pacífica, el Hospital Eduardo Santos ESE de la Unión atiende a los municipios del norte y el Hospital Civil de Ipiales ESE atiende la zona sur. En cuanto a la transformación de hospitales en ESE existen problemas en el nivel de personal empleado en el área asistencial, cada año, especialmente hacia el primer nivel es relativamente menos importante el personal asistencial en contraposición con el personal administrativo, lo que da cuenta de lo complejo que se está volviendo el sistema y la pérdida en capacidad resolutoria.

Por supuesto en calidad existen también las enfermedades de importancia en salud pública que tienen seguimiento por medio de programas nacionales en

cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y también regionales liderados por el IDSN y las secretarías municipales de salud. La característica general de estas enfermedades que se asocian a condiciones socio-económicas es que deberían tratarse en comunidad, pero la prestación de servicios es eminentemente individual puesto que “resulta más oneroso”, por ello si una región que tiene alto número de enfermedades y que viene perdiendo capacidad resolutive en su primer nivel se encuentra con una ESE que no da abasto, la concentración de tratamientos en ciertas zonas da cuenta de que muchas de las enfermedades se desarrollan y deben ser tratadas en un segundo nivel de complejidad, a ello se adiciona la dispersión geográfica y la falta de vías de comunicación, con lo cual otro tanto se vuelve a complicar y terminan en un tercer nivel de complejidad. Esto significaría que paradójicamente buena parte del tercer nivel de complejidad en Nariño se ha desarrollado debido a las falencias en el primer nivel de complejidad, aunque no es una política incitada o conducente a ello, en la práctica el tercer nivel crece a costa del primer nivel, porque el tercer nivel también funciona como una ESE, por tanto a mayor número de tratamientos también existe mayor facturación, algo similar sucede con el segundo nivel de complejidad, ello unido a las buenas prácticas administrativas que han mostrado estas instituciones, tanto el Hospital Departamental como el Hospital Civil de Ipiales son dos de las nueve unidades de prestación de servicios que se encuentran acreditadas a nivel Nacional.

Si bien se hacen programas de focalización y existen avances en los datos epidemiológicos no es suficiente porque no existe una articulación con medidas distintas a la salud, pero que pueden tener efectos en el estado de salud de la población en general. Lo anterior se explica claramente si se entiende que la focalización de la política se hace en individuos con características especiales o particulares y en grupos aislados, también se hace focalización de la propia política de salud, sin tener en cuenta otras condiciones de los determinantes, es decir la política se focaliza pero al hacerlo termina aislándose de otras medidas por fuera del sistema de salud; porque si bien existe una política para intervención en comunidades, estas no son parte integrante del engranaje primario del sistema, sino como complemento de las tareas del Ministerio de Salud y Protección Social y las direcciones departamentales y secretarías locales de salud, en cambio el engranaje primario, que son las EPS Subsidiadas y Contributivas, las ESE e IPS, tienen una función eminentemente curativa y no forman parte de una estructura política de planes generales ni se insertan en planes o programas nacionales o regionales automáticamente, para ello el Gobierno genera ciertos incentivos, pero que no por ello terminan siendo parte activa más que en lo estrictamente

necesario. Por ello el objeto de estudio de un programa de salud debe ser la población como grupo social, visto en su historia y contexto y no solamente como individuos aislados; con el fin de hacer que las enfermedades no se traten solamente como causa, sino como causa y efecto al tiempo; en definitiva la medicina curativa es necesaria pero debe ser articulada a Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad e incluso más allá, propendiendo formular políticas de verdadera *Atención Primaria en Salud* y procurando no confundirla con las actividades propias del primer nivel de atención, evitando que la atención primaria se limite al propio sistema y por tanto termine condicionada a la eficiencia y gestión de sus actores. La atención primaria en salud debe ser el resultado de un enfoque genuinamente público, puesto que las condiciones sociales no son una categoría externa y condicionante, sino permanente. La unidad *salud-enfermedad* parte de analizar el ritmo y cambio de las condiciones socio-económicas, esto significa que entender el estado de salud de una comunidad pasa por superar la mera atención individual y atención clínica, el diagnóstico, el seguimiento y en general la práctica médica sobre pacientes que se ve reducida si solo se centra en actividades curativas o como se denomina, un *modelo biomédico individualista*.

4. ESTUDIO DE EFICIENCIA DE LOS RECURSOS ASIGNADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SU REPERCUSIÓN SOCIO-ECONÓMICA EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO DESDE 2004 HASTA EL AÑO 2011

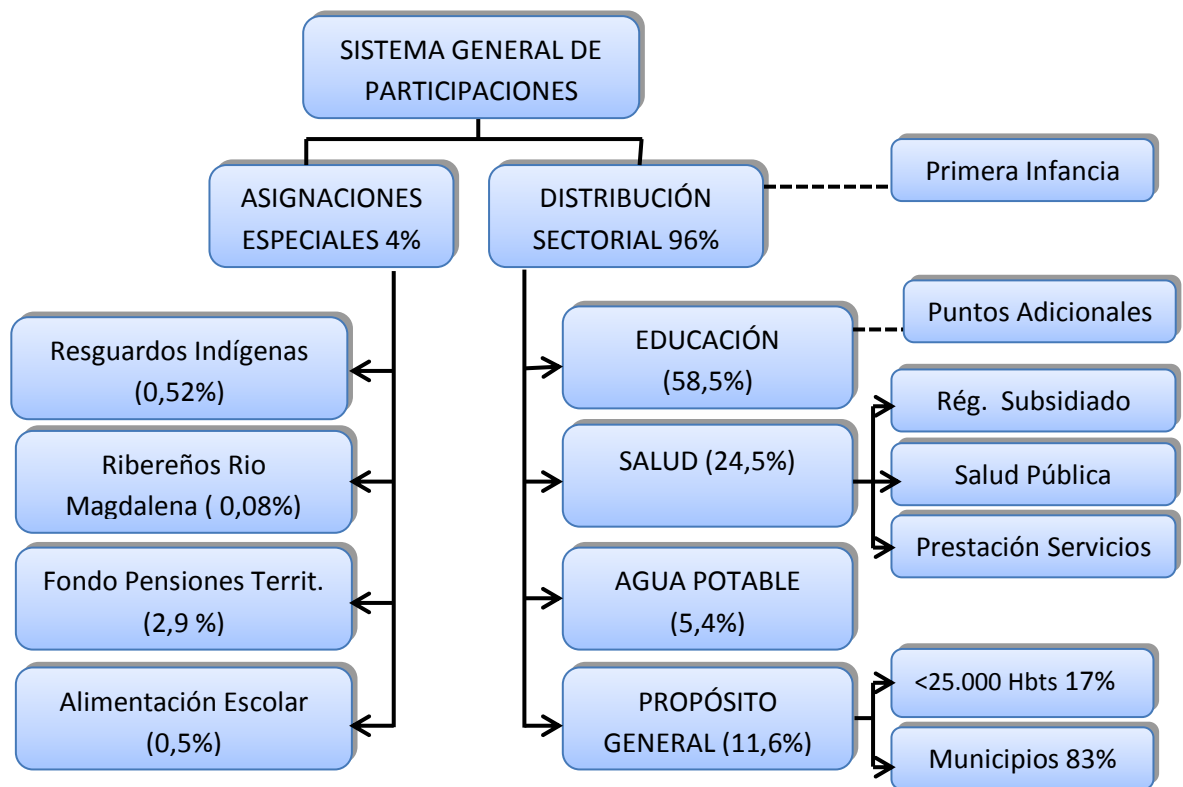
En secciones anteriores del documento se analizaron de forma detallada las diferentes fuentes de financiación del Sistema General de seguridad Social en Salud Colombiano, allí se constató que en el año 2011 los recursos que transfiere la Nación a los entes territoriales a través del Sistema General de Participaciones SGP fue el componente de mayor financiación. La inversión realizada por el Gobierno Nacional al sector salud en ese año fue de 9,4 billones de pesos, de los cuales el 60% se hizo a través del SGP, el porcentaje restante se destinó para atender el funcionamiento de otras entidades del sector a cargo del presupuesto público, tal es el caso de Caprecom, el Ministerio de Salud y Protección Social, Hospital Militar, Superintendencia Nacional de Salud, CRES, Invima, entre otras. Por la gran cantidad de recursos y la importancia que estos reflejan en la financiación de la salud en los departamentos y municipios en esta sección se realiza un riguroso estudio del flujo de recursos provenientes por Sistema General de Participaciones SGP para cada uno de los municipios de Nariño, con el cual se pretende analizar la eficiencia en la asignación y posteriormente su repercusión social en el departamento.

4.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

No siempre ha existido el SGP como mecanismo de distribución de los recursos de la Nación, anterior a este sistema existía el denominado Situado Fiscal creado por la Ley 60 de 1993 amparado bajo los artículos 356 y 357 de la Constitución Política Colombiana, en ese entonces los recursos eran destinados para la atención de los servicios públicos en salud y educación de la población y por medio de las Asambleas Departamentales se programaba la distribución de los mismos de acuerdo a criterios de equidad y eficiencia. A partir del año 2002 se modificó la manera de distribuir los recursos con la entrada en funcionamiento del Sistema General de Participaciones mediante el Acto Legislativo 01 de 2001 y la promulgación de la Ley 715 del mismo año; en ella se establecía que la totalidad de recursos destinados por asignación sectorial debería distribuirse con los siguientes porcentajes: el 56,2% correspondía a Educación, el 16,3% a Propósito

General y el 23,5% restante era de destinación específica a Salud. Posteriormente, en el año 2007 y al menos hasta el último año del periodo analizado, los porcentajes de distribución son diferentes debido a las modificaciones realizadas mediante Acto Legislativo 04 y Ley 1176, ambos del año 2007; de esta manera, los recursos asignados a Educación ascienden al 58,5%, Propósito General se reduce a 11,6%, se incluye el rubro Agua Potable con 5,4% y al sector Salud se le otorga un porcentaje de 24,5%. Los recursos asignados a salud tienen a su vez una subdivisión, pues con ellos los municipios, distritos y departamentos atienden lo correspondiente a Salud Pública, Régimen Subsidiado y Prestación de servicios a la población pobre no afiliada al sistema. En el gráfico 20 se indica la forma como se distribuyen los recursos del SGP de acuerdo a lo estipulado por la Ley 1176 de 2007.

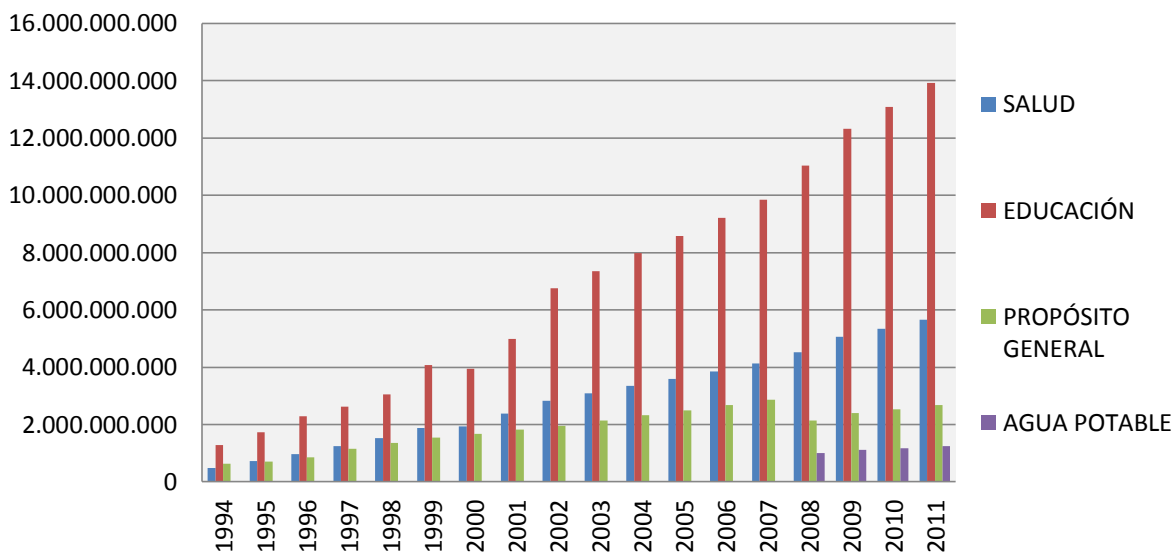
Gráfico 20. Distribución del SGP



FUENTE: DNP

La evolución histórica de los recursos que la Nación gira a los Entes Territoriales para inversión social a través de los distintos sistemas de distribución que han existido en Colombia, presentó desde el año 2004 hasta el 2011 un crecimiento sostenido, cabe aclarar que la interpretación de este comportamiento se hace en términos de precios corrientes, pues en esta investigación no se presenta a precios constantes debido a que los aumentos que se hacen año tras año a estos rubros tienen ya incluidos los incrementos de inflación prevista más una tasa de crecimiento real del 3%. No obstante, es evidente la marcada tendencia positiva en el comportamiento del SGP antiguamente conocido como Situado Fiscal, tal como se presenta en el gráfico 21.

Gráfico 21. Situado Fiscal y SGP 1994-2011



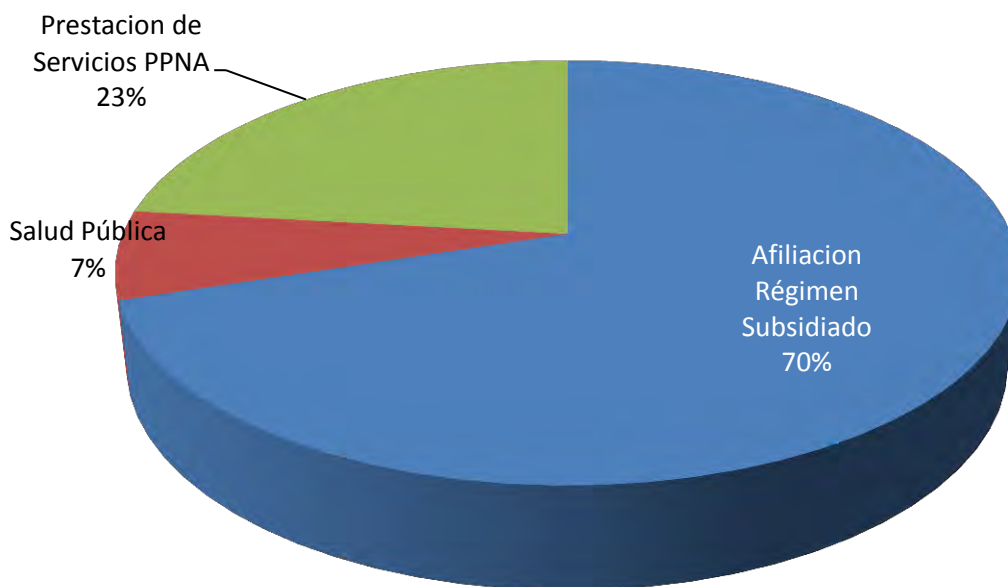
FUENTE: DNP

Entre los años 1994 y 2011 el porcentaje de mayor participación ha sido el destinado a Educación, seguido en importancia por el monto que se invirtió en Salud. De los \$24 billones del SGP del año 2011, \$5,6 billones hicieron parte del rubro de Salud, es decir el 23% de la distribución sectorial, porcentaje que está por debajo del 24,5% que establece la Ley 1176 de 2007. Es importante destacar que la mencionada Ley estipula un porcentaje específico para Agua Potable, en

el gráfico 21 se evidencia que a partir del año 2008 aparece el nuevo rubro y se disminuye el porcentaje de Propósito General en el que anteriormente estaba contenido, sin embargo los dos presentaron un crecimiento importante alcanzando niveles de participación del 11% y 5% respectivamente, es decir \$2,6 billones y \$1,2 billones en el año 2011.

Los recursos que le han sido asignados al departamento de Nariño durante el periodo 1994 – 2011 han oscilado anualmente entre 4% y 5% del total del país; para el caso específico del último año de análisis, los recursos concedidos a Nariño fueron de 1,14 billones de pesos; de ellos el 24,3% equivalente a \$277.546¹³⁰ millones se destinaron a salud; con este dinero las secretarías municipales y la secretaría departamental atendieron a su población en tres áreas específicas: Afiliación y atención Régimen Subsidiado, Salud Pública y Prestación de Servicios a la Población Pobre No Asegurada – PPNA –. Su distribución porcentual se presenta en el gráfico 22.

Gráfico 22. Distribución SGP Salud Nariño 2011



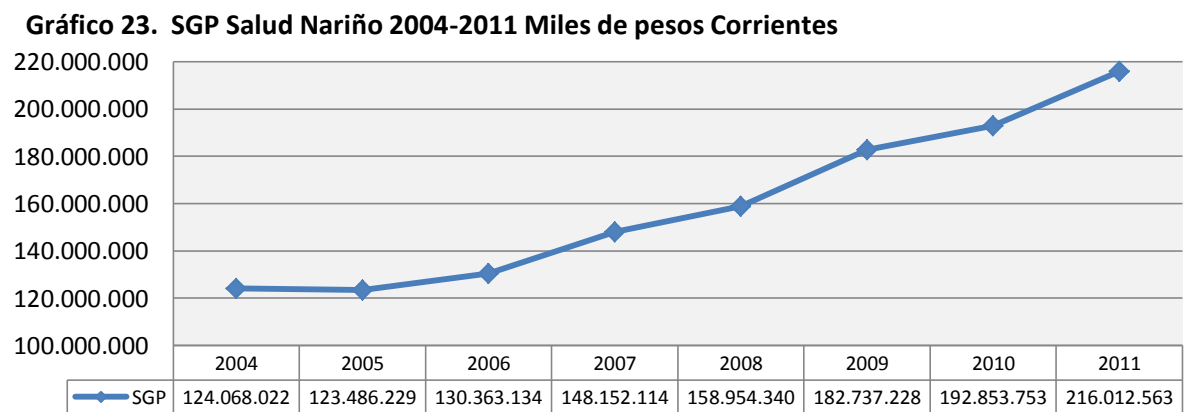
FUENTE: DNP

¹³⁰ Además de los recursos del SGP, incluye los recursos de las administraciones departamentales y municipales que destinan a salud.

El 70% de los recursos de Salud del SGP de Nariño se destinó a Afiliación y Atención del Régimen Subsidiado que equivale a \$194.425 millones, este valor aumentó significativamente desde el año 2008 a raíz de la sentencia T-760 del mismo año de la Corte Constitucional, en la cual se obliga a la unificación gradual del POS de ambos regímenes, exigiendo así mayores recursos para esta población; el 23% de los recursos se emplearon para cubrir la prestación de servicios de salud que fueron demandados por aquellos nariñenses sin capacidad de pago y que no hacen parte del sistema de salud y finalmente el 7% se destinó a la realización de actividades y campañas que mejoraron las condiciones de interés en salud pública.

Si bien es cierto el consolidado departamental de los recursos por SGP para salud de Nariño en 2011 fue de \$277.564 millones, se debe tener en cuenta que en esta cifra están ya contemplados los recursos a salud destinados por el departamento de Nariño y por los distintos municipios, no obstante en el análisis que se presenta a continuación los valores únicamente tienen en cuenta los recursos girados por la Nación mediante SGP a cada uno de los municipios, así pues, la sumatoria de recursos de todos los municipios en 2011 fue de \$216.012 millones, cifra inferior a la del consolidado departamental (\$277.564 millones) que incluye los recursos de las administraciones departamental y municipales destinados a salud.

Una vez hecha esta aclaración es posible determinar que entre los años 2004 y 2011, referentes al periodo de estudio de la investigación, los recursos para salud que recibieron los municipios de Nariño crecieron un 74% al pasar de \$124.068 millones en 2004 a recibir \$216.012 millones en 2011, como lo demuestra el gráfico 23.



FUENTE: DNP

Siendo consecuentes con la metodología empleada hasta el momento, en el gráfico 24 no se expresa la información detallada por municipios, sino que se opta por presentar los recursos del SGP de forma conjunta a través de las 13 subregiones que estipula el Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015, en cada una de ellas los municipios poseen similares condiciones geográficas, económicas, sociales, entre otras. De esta forma es posible evidenciar gráficamente el crecimiento tan significativo en los recursos de salud del departamento de Nariño en términos de precios corrientes en cada una de las áreas de inversión: Régimen Subsidiado, Salud Pública y PPNA.

Sobresale el comportamiento de las subregiones Centro y Pacífico Sur, por ser las de mayor participación en la distribución de los recursos en todos los años del periodo analizado; en el año 2004 de un total de \$98.509 millones a nivel departamental por concepto de Régimen Subsidiado, los municipios del Pacífico Sur recibieron cada uno en promedio \$3.893 millones, jalonados principalmente por el rubro que recibió Tumaco cercano a los \$7.201 millones; entre tanto, por este mismo concepto los municipios de la subregión Centro recibieron en 2004 en promedio \$3.339 millones. El contraste lo vivieron los municipios de las subregiones Sanquianga con \$1.002 millones y Río Mayo con \$952 millones en promedio. Los rubros de Salud Pública y PPNA aparentan ser poco significativos pues tan solo representan el 23% y 7% respectivamente de los recursos de SGP en salud.

El único año en que la Subregión Centro supera a Pacífico Sur en la distribución de los recursos del SGP para salud es 2007; en promedio Centro recibió un total de \$6.976 millones, de los cuales \$6.300 fueron destinados a Régimen Subsidiado, en cambio la subregión Pacífico Sur recibió en promedio para salud un total de \$5.090 millones, \$4.524 millones fueron por concepto de Régimen Subsidiado; en los años posteriores se presentó una marcada diferencia a favor de Pacífico Sur con relación a la subregión Centro y mucho más amplia con respecto a las otras subregiones, lo anterior se explica principalmente por la gran cantidad de recursos que recibió el municipio de Tumaco.

Finalmente, en el año 2011 los municipios de la subregión Pacífico Sur recibieron en promedio \$12.731 millones, \$11.901 millones se recibieron por concepto de Régimen Subsidiado, \$829 millones para atender casos de salud pública, pero no hubo asignación para cubrir gastos de población pobre no afiliada. Es importante aclarar que esta subregión es la que históricamente ha recibido el mayor porcentaje de recursos y tan solo está conformada por los municipios de Francisco Pizarro y Tumaco, además de ello su población únicamente representa el 11,83%

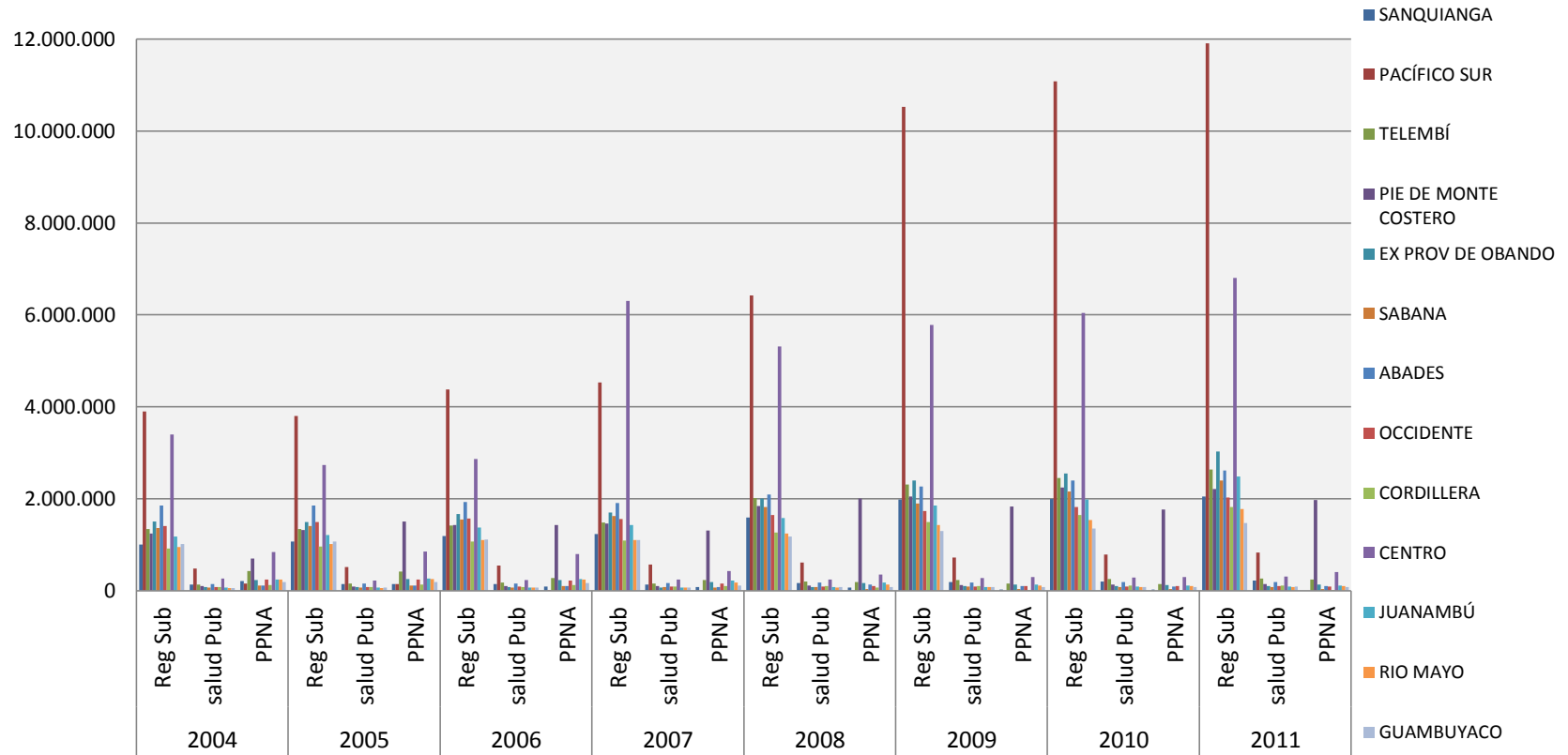
del total departamental, sin embargo el alto porcentaje de recursos percibidos obedecen a las características socioeconómicas y al perfil epidemiológico de la subregión, sin olvidar que el municipio de Tumaco es centro de referencia para atender los casos de mediana complejidad de toda la costa pacífica nariñense. En este mismo año quienes menos recursos en promedio recibieron fueron los municipios de la subregión Guambuyaco con \$1.637 millones, \$1.473 millones fueron por concepto de Régimen Subsidiado, \$84 millones por salud pública y \$78 millones para atención de población pobre no afiliada al sistema.

4.2 INTERRELACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD Y LAS VARIABLES SOCIO - ECONÓMICAS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN EL AÑO 2011

En esta sección del documento se establecen y evalúan las relaciones existentes entre las características principales del Sistema General de Seguridad social en Salud en el departamento de Nariño, tales como la afiliación y los recursos asignados, con una serie de variables socio-económicas que de una u otra forma inciden en la calidad de vida de los nariñenses. La información se obtuvo de diferentes fuentes como el DNP, el DANE, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, correspondiente al año 2011 en específico; por tal razón se utilizó un modelo de regresión múltiple con datos de corte transversal.

La salud es un bien indispensable en la generación de bienestar individual y colectivo, además de ello contribuye al crecimiento económico dado que incrementa el capital humano de la sociedad, mejorando la productividad de los individuos y reduciendo las pérdidas en la producción a causa de enfermedades de los trabajadores. De ahí entonces que exista una relación bidireccional entre Economía y Salud, que se entiende como dos condiciones que se refuerzan mutuamente; el desarrollo económico y el mejoramiento en las condiciones de salud deben progresar de manera paralela en los dos frentes. Por otra parte, la salud además de ser un sector de la economía es también un factor de bienestar para la población; de esta manera la salud se interpreta como un componente y una consecuencia fundamental del desarrollo económico toda vez que las mejoras en la salud de las personas generan crecimiento económico, al mismo tiempo que posibilita una mayor acumulación de capital salud.

Gráfico 24. Distribución SGP Salud. Promedio subregiones 2004-2011 Miles de pesos Corrientes



FUENTE: DNP

Desde esta perspectiva netamente económica la salud tiene gran importancia para las políticas públicas, pues es generadora de impactos económicos, no obstante, también es un fin para mejorar las condiciones de vida de las personas, es por esta razón que esta propuesta de ejercicio econométrico se plantea con la finalidad de determinar y evaluar la relación de causalidad que existe entre la calidad de vida de los nariñense medida a través del ICV y un conjunto de variables explicativas que representan las características socio-económicas de los municipios de Nariño, especialmente las relacionadas con salud tales como: recursos del Sistema General de Participaciones, número de afiliados al Régimen Subsidiado y Contributivo, Porcentaje de la población que habita en el sector urbano y rural, Porcentaje de cobertura de acueducto y alcantarillado, Tasa de analfabetismo y finalmente el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, la base de datos que se empleó puede ser consultada en el anexo 10.

Siendo conscientes de la escasa bibliografía que existe en materia econométrica para analizar las relaciones entre economía y salud, entre los escasos aportes los más sobresalientes son el modelo de Grossman y Wagstaff, en esta investigación se plantea como propuesta de análisis un modelo estadístico y econométrico pionero, basado en las particularidades del departamento de Nariño; es importante aclarar que a pesar de no contar con un respaldo teórico práctico confirmado, los resultados obtenidos después de la aplicación del mismo pueden servir de herramientas fundamentales para la toma de decisiones en materia de políticas públicas y así mantener o modificar el manejo que se le está dando a la salud de los nariñenses.

En primera instancia se empleó una matriz de correlación para establecer el grado de relación de las variables explicativas y la variable dependiente, además del análisis del respectivo signo que expresa si la relación es de forma directa o inversa, tal como se indica en la tabla 47.

Tabla 47. Matriz de Correlaciones

	ICV	SGP*	RS	RC	POB U	POB R	AC U	AC R	AL U	AL R	ANALFAB	NBI
ICV	1,00											
SGP*	0,41	1,00										
RS	0,56	-0,10	1,00									
RC	0,53	0,88	-0,02	1,00								
POB U	0,44	0,51	-0,15	0,58	1,00							
POB R	-0,44	-0,51	0,15	-0,57	-1,00	1,00						
AC U	0,38	-0,06	0,63	0,00	-0,28	0,28	1,00					
AC R	0,62	-0,14	0,83	0,01	-0,06	0,06	0,58	1,00				
AL U	0,53	-0,09	0,81	0,04	-0,16	0,16	0,65	0,80	1,00			
AL R	0,66	0,34	0,36	0,28	0,01	-0,02	0,27	0,39	0,31	1,00		
ANALFAB	-0,50	0,12	-0,45	0,00	-0,18	0,18	-0,03	-0,56	-0,40	-0,23	1,00	
NBI	-0,83	-0,34	-0,53	-0,41	-0,26	0,26	-0,42	-0,59	-0,51	-0,55	0,37	1,00

Cálculos de los autores

Se puede observar que cada una de las variables empleadas como exógenas tiene un significativo grado de relación con la variable ICV, además de ello, su signo denota el comportamiento esperado, puesto que tres variables presentan signo negativo que indica una relación inversa entre exógena y endógena; así por ejemplo, si se quiere mirar la relación entre las variables Analfabetismo y el ICV se tiene que es una relación inversa de -0,50% lo cual indica que a mayores tasas de analfabetismo disminuye la calidad de vida, la misma interpretación puede hacerse para las variables Población Rural y Necesidades Básicas Insatisfechas; con el resto de variables empleadas en este estudio el signo expresa una relación directa, por ejemplo: a mayor recursos del Sistema General de Participaciones mayor calidad de vida. En otras palabras, la matriz de correlación corresponde al comportamiento esperado en cada una de las variables empleadas como explicativas en la presente investigación.

La razón principal por la cual se empleó un modelo econométrico de corte transversal es que la información obtenida corresponde a un momento determinado de tiempo y para un grupo determinado de individuos; para el caso de la investigación, se refiere a los 64 municipios del departamento en el año 2011. Además, se empleó el método de Regresión Lineal Múltiple con Mínimos Cuadrados Ordinarios, el cual permite asociar dos o más variables de forma que la dependiente se calcula a partir de las independientes (X) las cuales no pueden estar elevadas a ninguna potencia, del valor del término independiente (α), del coeficiente β , y del error μ .

$$Y = \alpha + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_n X_{ni} + \mu_i$$

Donde:

Y: Es la variable endógena o explicada cuyo comportamiento se quiere analizar.

X: Cada una de las variables exógenas o explicativas que fueron consideradas como las que crean transformaciones en la variable endógena.

β : Son los parámetros cuyo valor se desconoce y se pretende estimar, mediante ello se obtiene una cuantificación de las relaciones existentes entre la *Y* y cada una de las *X*.

μ : Perturbación aleatoria que recoge el efecto conjunto de otras variables no directamente explícitas en el modelo, cuyo efecto individual sobre la endógena no resulta relevante.

***i*:** Es el subíndice que hace referencia a las distintas observaciones, en este caso se trabaja con datos de corte transversal, es decir que las observaciones corresponden a los distintos municipios y no a periodos de tiempo en donde el subíndice es representado por *t*.

Bajo estas aclaraciones metodológicas se planteó el siguiente modelo a estimar:

$$ICV = \alpha + \beta_1 SGP_i + \beta_2 RS_i + \beta_3 RC_i + \beta_4 POB_U_i + \beta_5 POB_R_i + \beta_6 AC_U_i + \beta_7 AC_R_i + \beta_8 AL_U_i + \beta_9 AL_R_i + \beta_{10} ANALF_i + \beta_{11} NBI_i + \mu_i$$

Donde:

ICV: Índice de Calidad de Vida

SGP: Sistema General de Participaciones

RS: Régimen Subsidiado

RC: Régimen Contributivo

POB_U: Población Urbana

POB_R: Población Rural

AC_U: Acueducto Urbano

AC_R: Acueducto Rural

AL_U: Alcantarillado Urbano

AL_R: Alcantarillado Rural

ANALF: Analfabetismo

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

Para la estimación de los parámetros del modelo econométrico se hizo uso del programa E-views versión 7, con el cual se pudo evidenciar que el nivel de significancia de algunos coeficientes obtenidos era muy bajo, pues la probabilidad del “*t estadístico*” demostró superioridad al 5%. Se procedió entonces a separar las variables menos significativas procurando cumplir con los supuestos de la econometría, de este modo se llegó a la estimación del modelo con características interesantes para analizar, como se demuestra en la tabla 48.

Tabla 48. Modelo de regresión lineal múltiple

Dependent Variable: ICV				
Method: Least Squares				
Date: 08/06/13 Time: 01:47				
Sample: 1 64				
Included observations: 64				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SGP	-2.66E-07	1.30E-07	-2.048303	0.0454
RS	0.135094	0.083461	1.618645	0.1114
RC	0.352294	0.111285	3.165704	0.0025
POB_U	0.568657	0.071321	7.973164	0.0000
POB_R	0.420116	0.074374	5.648712	0.0000
AC_U	0.044989	0.025775	1.745432	0.0866
AL_U	0.016611	0.018814	0.882920	0.3812
AL_R	0.233879	0.036201	6.460509	0.0000
ANALFABETISMO	-0.144352	0.056260	-2.565807	0.0131
NBI	-0.138846	0.027433	-5.061212	0.0000
R-squared	0.915633	Mean dependent var		58.41547
Adjusted R-squared	0.901572	S.D. dependent var		7.576902
S.E. of regression	2.377118	Akaike info criterion		4.712256
Sum squared resid	305.1373	Schwarz criterion		5.049581
Log likelihood	-140.7922	Hannan-Quinn criter.		4.845145
Durbin-Watson stat	1.835281			

Antes de iniciar el análisis de los resultados obtenidos es importante resaltar que la presente es una investigación empírico – analítica y que no es posible tener control directo sobre las variables explicativas pues se empleó una metodología *ex post facto*, además de ello la información con que se realizó la estimación corresponde a un solo año, es decir se empleó información de corte transversal, por todas estas razones se debe tener mesura en la interpretación de los resultados pues se es conciente de las limitantes del modelo en materia de disponibilidad de información, no obstante es el primer acercamiento econométrico para establecer las relaciones de causalidad entre las variables utilizadas.

Lo primero que se debe tener en cuenta es que se utilizó el método de Mínimos Cuadrados para un total de 64 observaciones que corresponden a cada uno de los municipios de Nariño y que a pesar de ser un modelo para un momento específico de tiempo se logró una excelente bondad de ajuste, pues el R² del modelo es de 0,9. La sorpresa del modelo corre a cargo del coeficiente correspondiente al Sistema General de Participaciones, pues se esperaba que su signo sea positivo, no obstante este valor será el último en interpretarse debido a las particularidades que presenta.

La lectura que se infiere del modelo es la siguiente: los parámetros estimados para las variables Régimen Subsidiado, Régimen Contributivo, Población Urbana, Población Rural, Acueducto Urbano, Alcantarillado Urbano y Alcantarillado Rural presentan signo positivo, es decir que la relación entre cada una de las mencionadas variables y el Índice de Calidad de Vida es directa. Así por ejemplo, si se analiza la variable de mayor impacto que en este caso es Población Urbana, se tiene que el incremento del 1% de los nariñenses en las zonas urbanas generó en el año 2011 un crecimiento en el Índice de Calidad de Vida del 0,13% manteniendo todo lo demás constante. Lo anterior es comprensible toda vez que las áreas urbanas del departamento se consideran puntos de desarrollo, pues en ellas se concentran las instituciones gubernamentales, educativas, hospitalarias, entre otras; sin olvidar que sus condiciones de vida son muy favorables en relación al área rural del departamento.

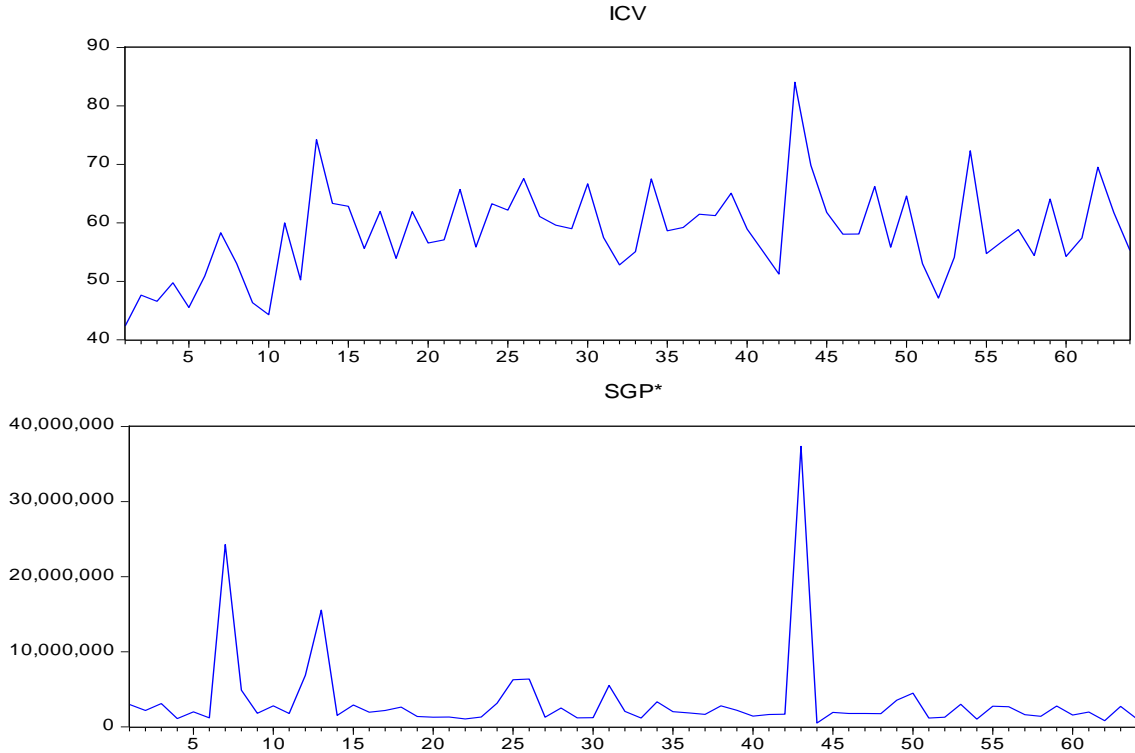
Por el contrario la relación que existe entre las variables Analfabetismo y NBI respecto al ICV es inversa. Su signo negativo indica que si se mantienen las demás variables constantes y dado un crecimiento en la tasa de Analfabetismo del 1%, el Índice de Calidad de Vida de los nariñenses disminuye en 0,14%. Es evidente que a menor analfabetismo, mayor calidad de vida, porque acceder al conocimiento implica mejorar las oportunidades laborales y por ende mejorar los ingresos con los cuales puede subsanar las necesidades que perjudican su

calidad de vida. Pero también es un círculo virtuoso, mejor calidad de vida implica mejor educación.

Respecto a las variables Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo se observa que a pesar de tener una relación directa con el ICV, no son las de mayor impacto, pues sus parámetros estimados son de 0,13 y 0,35 respectivamente, con lo cual se infiere que en cierta medida la afiliación a alguno de los dos regímenes contribuye a mejorar la calidad de vida de los nariñenses, sin embargo existen otras condiciones externas al sistema de salud que tienen mayor incidencia en el ICV.

Finalmente, la variable de mayor particularidad es la referente al Sistema General de Participaciones porque teóricamente se esperaría una relación directa con el ICV, a mayores recursos para salud, mayor calidad de vida; no obstante los resultados que arrojó el modelo estiman un parámetro de -2,66 es decir que en el año 2011 se dio una relación inversa entre estas dos variables. El gráfico 25 ayuda a la interpretación de este suceso, en la parte superior se representa el ICV de cada uno de los municipios, y en la parte inferior los recursos que recibieron por SGP para salud en el año 2011; los picos más altos corresponden a la observación 43 que representa al municipio de Pasto, se observa que con un ICV de 84 la ciudad capital recibió por SGP un total \$37.000 millones; en cambio, en la primera observación que corresponde al municipio de El Charco se evidencia que su ICV tan solo es de 42, el más bajo del departamento y que su asignación de recursos por SGP tan solo fue de \$2.900 millones, el gráfico demuestra entonces que en Nariño a mayor ICV mayores recursos. Es decir que la manera de asignar los recursos en 2011 no mejoró la calidad de vida de la población nariñense porque se hizo de manera inequitativa si se mira desde la óptica del ICV.

Gráfico 25. ICV vs SGP Nariño 2011



FUENTE: DNP, Plan Desarrollo Departamental. 2012-2015

Lo anterior da pie para afirmar que la distribución de los recursos del SGP no está enfocada a mejorar las condiciones de vida en general, sino únicamente a tratar de suplir las necesidades propias del sector salud de acuerdo al perfil epidemiológico y a la densidad poblacional de los municipios; por ende, además del sistema de salud, la calidad de vida de los nariñenses depende de múltiples condiciones socio-económicas que involucra a más actores de la sociedad.

5. RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD QUE PERMITAN MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD EN NARIÑO.

La teoría fundamentada se basa en abrir los textos a partir de códigos, que permitan extraer en lo fundamental, la posición de los actores del SGSSS en Nariño para finalmente volver a construir una estructura nueva pero basada en dichos códigos, por tanto el siguiente apartado es una descripción de los hallazgos de la aplicación de la metodología de la *teoría fundamentada*, aunque es evidente que no siempre es posible que el investigador pueda abstraerse en su totalidad del fenómeno que estudia, la ventaja de esta metodología particularmente es que permite conseguir datos a partir de la posición subjetiva de sus actores; en este sentido el análisis siguiente se hizo buscando ser lo más rigurosos posibles a la hora de *describir* de la mejor manera la posición de los actores del Sistema General de Seguridad Social en el departamento de Nariño.

Luego de llevar a cabo el análisis por medio de la teoría fundamentada, se desarrollaron ejes temáticos alrededor de la posición de los actores del sistema de salud del departamento de Nariño sobre la *crisis del sistema de salud*, en principio hay que señalar que todos los actores, sin excepciones de ningún tipo, aceptan la crisis del sistema y están conscientes de ella, aunque como era de esperarse la explican de diversas maneras y con diferentes matices, los resultados expresados en cuadros sinópticos se presentan en el anexo 12.

Entre las categorías que, según los actores del SGSSS del departamento de Nariño, son causantes de la crisis se encuentra la discrepancia entre la interpretación de la legislación vigente, especialmente la utilización de la integración vertical que fue utilizada por las aseguradoras cuando su función era la de la gestión del riesgo y administración de los recursos, con la práctica de integración vertical pudieron ser juez y parte a la vez puesto que no solo administraban los recursos sino que también contrataban consigo mismas para la prestación, lo cual en un modelo que se suponía debía ser de competencia, se constituyó en una práctica de competencia desleal; la práctica de integración vertical también permitió a las EPS ser selectivas con los tratamientos, según los agentes del sistema generalmente se remitían los pacientes *menos rentables* a las IPS públicas o privadas con las que tuvieran convenio, mientras que los casos *más rentables* eran atendidos en sus propios prestadores, en cuyo caso

indirectamente se atentaba contra el sostenimiento de la red de servicios especialmente la red pública.

En cuanto a la manera como se organiza el sistema, el principal factor que contribuye a su crisis es la privatización, que se utiliza por parte de los actores del sistema como concepto abstracto para definir que los recursos públicos del sistema son manejados en su mayoría a través de las EPS, que tienen naturaleza privada. Condición que permitió perversiones de la naturaleza del derecho a la salud o de su prestación. De esta manera el poder económico permitió intervenir el poder político, en la actualidad el debate del sistema de salud tiene un alto contenido político porque se encuentra permeado en todos los niveles de la vida política y pública nacional, desde las alcaldías hasta el Senado e incluso la Presidencia de la República. Es por ello que la crisis se presenta como la anteposición de intereses económicos por encima de los intereses comunitarios, se utiliza el poder político con el fin de mantener y fortalecer el poder económico, no solo desde el sector privado formal, es decir las EPS o IPS privadas, sino desde el sector público especialmente en el nivel municipal.

La privatización a su vez contribuyó a generar una relación médico – paciente basada en un contrato mercantil, la carnetización en este sentido es un aval para la prestación, por tanto el hecho de portar un carnet da muestra de capacidad de pago, si bien no propia, si respaldada por el sistema de salud, dependiendo si se está afiliado al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado; esto es así porque en el sistema las EPS representan la demanda de servicios de salud que a su vez provienen de las necesidades de las personas, en este sentido el paciente se convierte en un usuario que está representado por un administrador, como si se tratara de la transacción de una mercancía como cualquier otra, condición que derivó en la desviación de los objetivos del sistema, basados más en índices de responsabilidad financiera que en calidad de prestación, a pesar que Nariño tenga 2 instituciones prestadoras de salud acreditadas de las 9 públicas que hay en el país; desafortunadamente la acreditación es la excepción y no la regla.

La privatización como se mencionó antes, forma parte de la transformación del sector de la salud en un sector con un comportamiento empresarial, generalmente los actores lo denominan *mercantilización de la salud*, aunque actualmente es un término no utilizado por su asocio a una condición peyorativa, es la mejor manera de describir el cambio desde el Sistema anterior al actual modelo de salud; cambio que a juicio de los actores del departamento se puede dividir en subcategorías que pueden explicar la crisis del sistema en la actualidad. La primera es la Fragmentación y la segunda la Competencia.

En cuanto a la fragmentación se refiere a la división de las tareas de afiliación, aseguramiento, prestación, vigilancia y control; las dos primeras a cargo de las EPS y la tercera a cargo de IPS privadas, indígenas y las ESE municipales. La fragmentación de estos procesos llevó a organizar un modelo altamente curativo, puesto que la asignación de recursos depende de la facturación de los hospitales, a su vez financiada por los recursos que cada asegurador percibe por sus afiliados. El modelo curativo en este caso busca de manera constante mejorar sus índices de rentabilidad y como los procedimientos del primer nivel de complejidad no resultan tan rentables en comparación a los restantes niveles se ha deteriorado; en conclusión se sacrifica eficiencia por rentabilidad.

La competencia por otro lado, se da tanto en el aseguramiento como en la prestación. Aunque se presentaron casos de competencia desleal en el que los actores interpretan la Ley y su alcance más o menos independientemente, en ese caso hay contradicciones con la prestación de servicios, entre dirimir lo que es POS y No POS por ejemplo. Por otro lado la competencia para el aseguramiento se resume en la actualidad prácticamente en la mejor o peor administración de recursos, porque tanto el plan de beneficios como la UPC se vienen unificando progresivamente, aunque anteriormente era evidente que existía alta inequidad, porque se equipararon progresivamente los planes de beneficio con UPC distintas. Desde el punto de vista del prestador la competencia nace luego de la descentralización, que a su vez trajo diversas consecuencias. En principio coartó la posibilidad de generar *redes de servicios de prestadores*, que se definen como la capacidad de trabajo conjunto que pueden tener los prestadores tanto públicos como privados para hacer una división de trabajo a la hora de definir prestaciones con el fin de mejorar la eficiencia de prestación de servicios, idea que se ha visto limitada por la descentralización, porque al ser las ESE entidades con un comportamiento empresarial y derivar sus recursos de la facturación de servicios es sumamente complicado una articulación que elimine parte de esa facturación, negativa que se refuerza toda vez que las ESE municipales son fortines políticos locales, es por ello que este esquema ha tenido relativo éxito en las ciudades intermedias y grandes, puesto que las ESE tienen diferentes unidades de prestación de servicios entre las cuales si pueden generar políticas de apoyo y división de trabajo, pero que aun así son internas y no en apoyo con otros prestadores.

El esquema empresarial y de competencia hizo que las ESE aplicaran esquemas de facturación, dinero que a su vez se esperaba se reinvertiría en el mejoramiento tecnológico y mejoramiento de calidad de sus servicios, que desafortunadamente no ha podido avanzar, explicado especialmente por la lenta rotación de cartera

que aqueja a las ESE municipales, es decir existe una dicotomía entre la capacidad de desarrollo de procesos empresariales dentro de los prestadores públicos y las Empresas Promotoras de Salud. En este sentido las deudas que tienen las EPS con los prestadores especialmente públicos son una limitante para su propio desarrollo empresarial, condición por la cual a pesar que de las críticas que tienen los prestadores de ineficiencia, el hecho es que no han podido serlo desde el principio por culpa de la deuda de los aseguradores. Si a ello se suma que los prestadores tuvieron que aplicar, en el marco de su transformación empresarial, reformas conducentes a recortes laborales y cambios en su contratación, es evidente que se amalgaman dos hechos supremamente negativos, por un lado problemas financieros que impiden generar políticas de planificación y mejoramiento en sus estructura empresarial para la prestación de servicios y por otro lado flexibilización laboral que sin planificación y en constante crisis se resumen en baja calidad en la prestación de los servicios.

Sin embargo un tema álgido y que genera toda suerte de interpretaciones es la corrupción y la falta de control. Además de la alta politización del sistema, existen casos graves de malversación de fondos públicos y la utilización de los recursos de la salud con fines distintos a la prestación de servicios. Contexto que no mejora al analizar las herramientas que tiene el sistema para el seguimiento la vigilancia y el control, puesto que hasta en estos estamentos se encuentran intereses políticos, especialmente la Superintendencia de Salud se encuentra demasiado centralizada y organiza el control desde la ciudad de Bogotá, no hay oficinas operativas o delegados que sean realmente operativos en las regiones o en las ciudades capitales, su control a nivel regional se resume a las misiones que cada cierto tiempo hacen su aparición en el departamento. En contraste todos los actores apuntan a que una de las fortalezas más grandes que tiene el sistema de salud en Nariño es el trabajo juicioso y concienzudo del IDSN, a pesar que aún existe resistencia por parte de las EPS de recibir control del Instituto, porque aunque son empresas privadas manejan recursos públicos.

Luego del análisis de la crisis, o más exactamente de la visión de la crisis que presentan los actores del SGSSS del departamento de Nariño, es necesario recalcar las posibles soluciones que se pueden generar a partir de lo anterior. Las medidas se enmarcan en dos contextos diferentes, las primeras son aquellas que pueden aplicarse en el actual modelo de salud, por otro lado se encuentran aquellas que solo pueden ser aplicadas por fuera del actual sistema.

En cuanto a la posición de los actores, existe una posición dividida al respecto, habiendo quienes opinan que los cambios solo pueden darse si se reforma

drásticamente el sistema y quienes apuntan a que pueden haber mejoras incluso sin reformar la estructura del sistema. Sin embargo no deja de ser sorprendente la unanimidad a la hora de señalar que la reforma actual que está presentando el actual Gobierno, es una reforma de forma y que no toca la estructura del sistema en sus ejes fundamentales.

Finalmente y a raíz de todo el trabajo de conceptualización y en base al análisis cualitativo derivado de la aplicación de la teoría fundamentada se presentan a continuación algunas recomendaciones para ser aplicadas en el departamento de Nariño:

- El estado debe retomar la rectoría del sistema, profundizar el control a todo nivel, tanto desde los entes de control oficiales como las Personerías, Defensoría del Pueblo, Procuraduría, Contraloría y la Superintendencia Nacional de Salud, para recuperar su legitimidad; como desde la organización ciudadana, el fortalecimiento de las ligas de usuarios y también de las veedurías ciudadanas que tengan que ver con la salud, para finalmente recuperar la legitimidad en la ciudadanía.
- La aplicación de giro directo es una política que ya se está implementando en el departamento, se hace necesario profundizar su aplicación para mejorar el flujo de fondos, es una solución viable en la actualidad para hacer frente a los problemas de cartera que tienen los prestadores. Aún se encuentra discrepancia frente a las bondades de un fondo único, sin embargo es necesario disponer de un mecanismo que permita que los recursos lleguen directamente a los prestadores.
- Es posible mantener aseguradores dentro del sistema, los aseguradores en sí mismos no representan grandes peligros sino el ánimo de lucro en su función. En el marco del actual sistema es posible incentivar la creación de aseguradores sin ánimo de lucro con el fin de organizar la prestación de servicios. Aunque es evidente que una solución de fondos sería eliminar la intermediación de recursos por presentar más inconvenientes que soluciones.
- La evaluación del sistema no solo puede regirse por condiciones financieras y flujo de recursos, el control como la evaluación deben realizarse por equipos interdisciplinarios a todos los niveles con el fin de realizar

recomendaciones y generar aplicaciones prácticas de manera más holística y no solamente desde el modelo de aseguramiento actual.

- Como la capacidad de planificación de los prestadores públicos se ve disminuida por las carteras vencidas y tienen constante peligro de crisis financiera, los proyectos de mejoras tecnológicas y de infraestructura deben correr por cuenta del Estado
- Dadas las condiciones particulares del departamento y toda vez que Nariño ha sido una región alejada históricamente, se hace necesario aplicar una UPC diferenciada para el departamento o las regiones más alejadas; porque si bien en sub-regiones como Centro, la Ex provincia de Obando o la Sabana existen niveles aceptables de vida, en el resto de las sub-regiones hay grandes rezagos socioeconómicos

6. CONCLUSIONES

La forma como está planteado el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano indiscutiblemente presenta fuertes vínculos con la economía del país. En principio, se esperaba que el desarrollo de la economía colombiana sea creciente a través de los años, de esta manera, una economía próspera sería la base para un mercado laboral formal sólido que se traduciría en incrementos constantes de afiliados al Régimen Contributivo. Régimen al cual se esperaba hiciera parte el 70% de la población, que a través de mecanismos de solidaridad subsidiara a las minorías pertenecientes al Régimen Subsidiado. Las cifras demuestran que a 31 de Diciembre del año 2011, en el Régimen Subsidiado estaban afiliados el 48% de los colombianos, en tanto que el 42% hacía parte del Régimen Contributivo, el porcentaje restante conforma los regímenes de excepción o no está vinculado al sistema de salud. La meta de alcanzar la cobertura universal fue trazada para ser cumplida en el año 2001, sin embargo, quien tenga mínimos conocimientos de economía colombiana recordará la gravedad de la crisis económica que vivió el país desatando niveles históricos de desempleo e informalidad, esto impidió que la seguridad social llegara a todos los colombianos, es hasta ahora que en algunos municipios se está alcanzando niveles del 95% que técnicamente se consideran como universalidad. A pesar de la tardanza en cobertura, al menos en aseguramiento, se reconoce como aspecto positivo al sistema, pues con el anterior estas cifras serían imposibles de lograr. Otro elemento clave en donde las fluctuaciones de la economía han tenido ondas repercusiones han sido los Planes Obligatorios de Beneficios –POS-, pues a raíz de la mencionada crisis no hubo ningún tipo de inclusiones ni actualizaciones para ninguno de los dos regímenes, afectado de manera grave la prestación efectiva del derecho a la salud.

El sistema nació con una alta inequidad desde la distinta forma como se organizó la UPC que a su vez organizó dos planes de beneficios con diferencias entre ellos, por tanto el principio de equidad que promulgaba la Ley 100 no fue operativo en ningún momento desde su promulgación, es apenas hacía 2008 con la sentencia T-760 que los planes empiezan a equipararse y a generar una equidad en el sistema, este es una deuda histórica que tiene el estado con los agentes del sistema de salud especialmente con los usuarios.

La cobertura en el departamento de Nariño si bien es cierto aumentó, aun presenta graves problemas las zonas alejadas del departamento, existen zonas en las que el porcentaje de cobertura es menor a 70%; en ese sentido es posible concluir que los habitantes de estas regiones aun no conocen la reforma de salud de 1993, puesto que aún no ha llegado para ellos su derecho a pertenecer a uno de los regímenes que organizó la Ley 100.

En cuanto a la calidad de prestación existe fuerte evidencia que el primer nivel año tras año pierde capacidad resolutive y por tanto los servicios de facturación se concentran en mayor medida en el segundo y tercer nivel de complejidad, en este caso es válido afirmar que el segundo y tercer nivel están creciendo a costa de la facturación que el primer nivel no puede atender por falta de condiciones.

La calidad de vida de los nariñenses no únicamente depende de los logros que pueda alcanzar el sistema de salud, pues como se evidenció en el documento, si bien el Índice de Calidad de vida en Nariño mejora ante incrementos de la población que accede a la seguridad social ya sea a través de régimen Subsidiado o Contributivo, existen otros elementos externos al sistema de salud que tienen un mayor impacto en la calidad de vida en general, principalmente los aspectos relacionados con el lugar donde habita la población. Mediante estimaciones de causalidad se determinó que a mayor porcentaje de población que habita en las áreas urbanas, la calidad de vida de los nariñense en general mejora sustancialmente; esta conclusión responde a que Nariño es un departamento de grandes disparidades entre las diferentes subregiones, que se vuelven mucho más marcadas, si se tiene en consideración las condiciones en que habita la gente del sector rural. En ese orden de ideas, si la pretensión es mejorar la calidad de vida en Nariño, las acciones de intervención deben estar dirigidas a solucionar la problemática social como un todo, además del área de salud se debe incluir la educación, el saneamiento básico, cubrir las necesidades básicas, generar empleo, mejorar las proporciones de distribución del ingreso, mejorar de las vías de comunicación, entre otros elementos que posibilitarían un desarrollo social y económico del departamento.

BIBLIOGRAFÍA

BACCA, Laura. *et al.* Léxico de la Política. Fondo de Cultura Económica, FLACSO. México, 2000.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Progreso Económico y Social en América Latina. 1991. Citado Por SINDICATO NACIONAL DELA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL. La Privatización de la Salud en Colombia. Bogotá D.C. 1996.

BEVERIDGE. William Henry, Sir. Plan Beveridge. Original Inglés 1942. Traducción del oficial inglés, por Vicente Peris. México, D. F: Ediciones Minerva.

CERÓN, Benhur. Evolución socioambiental y del espacio geográfico en el Valle del Patía. Pasto, 2005.

CENTRO NACIONAL DE CONSULTORIA y GESTARSALUD. 2009. Citado por GIEDION, Úrsula y Otros. Diseño y Ajuste de los Planes Explícitos de Beneficios: el Caso de Colombia y México. Santiago de Chile. CEPAL. 2009.

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 008. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 1994. Ministerio de Salud. Bogotá.

----- CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, Acta No. 142 del 22 de diciembre de 2003. Citado por GIEDION, Úrsula y Otros. Diseño y Ajuste de los Planes Explícitos de Beneficios: el Caso de Colombia y México. Santiago de Chile. CEPAL. 2009.

-----DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y el Derecho a la Salud 2010. Equipo Investigativo del Programa en Salud de la Defensoría del Pueblo. Bogotá D.C. 2011

-----MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Metodología Para la Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Informe de Subdivisión Técnica de La Comisión de Regulación En Salud. Bogotá. Junio de 2011.

-----MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0477 (22 de febrero de 2011). Por la cual se define el monto de la cotización obligatoria de los afiliados al régimen contributivo que se destina a la financiación de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Bogotá D.C. 2011

-----MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL. Sostenibilidad del FOSYGA (Subcuentas de Compensación, Solidaridad y Promoción). Balance Global de Compensación y ajuste de la UPC 2010. 2009

-----MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Circular No. 0011 del 1 de Marzo de 2000. Se entiende como una UPC adicional aquella que es contratada para personas distintas a los beneficiarios. La UPC de promoción es la que se paga para el concepto de promoción de cada afiliado diferente al titular o beneficiario. La CRES regula las tablas a cobrarse para ambos casos y acorde a un perfil de edades.

----- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 510 (5 de Marzo de 2003). Por Medio del cual se Reglamentan Parcialmente los Artículos 3, 5, 7, 8, 9, 10 y 14 de la Ley 797 de 2003. Bogotá D.C., 2003

-----SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Informe Situación Financiera Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo y Subsidiado Vigencia 2011. Bogotá D.C. 2012.

CUERVO, David y HERNANDEZ, Andrea. El Modelo de Aseguramiento en Salud ¿Salud y Estado Social de Derecho o Competencia y Economía de Mercado? Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. 2004.

FEDESARROLLO. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano – Dinámica del Gasto y Principales Retos de Cara al Futuro–. Bogotá D.C. La Imprenta Editores S.A. 2012

FRIEDMAN, Milton y FRIEDMAN, Rose. Libertad de Elegir. Hacia un Nuevo Liberalismo Económico. Segunda edición. Barcelona: Editorial Grijalbo, S.A. 1981.

FUCHS, Víctor. El Futuro de la Economía de la Salud. En: Universidad de Antioquia. Lecturas de Economía. Julio – Diciembre 2001. no.55.

GALLEGO, Juan Miguel. Aspectos Teóricos Sobre la Salud Como un Determinante del Crecimiento Económico. En: Universidad de Antioquia. Lecturas de Economía. Enero-Junio, 2001. no. 54.

GUERRERO LEON, Gerardo. Nariño en la historia. Ensayo elaborado para el Plan de Desarrollo de Nariño 2008 – 2011. Pasto. 2008.

GOBERNACIÓN DE NARIÑO. Plan Departamental de Desarrollo de Nariño 2008 – 2011 “Adelante Nariño”. San Juan de Pasto 2008.

----- INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD. Plan de Salud Territorial, “Salud Para el Buen Vivir” 2012-2015.

JARAMILLO, Iván. El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Cuarta Edición. FESCOL, FRB, Fundación Corona, 1999.

KEYNES, Jhon M, Lord. Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero. 1936.

LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 353. 1997.

LOPEZ Raúl y DESLAURIERS Jean-Pierre. La Entrevista Cualitativa Como Técnica Para la Investigación en Trabajo Social. En: Margen. Junio, 2011. no. 61.

MARX, Carlos. El Capital, Jornada de Trabajo, Cap. VIII. Fondo de Cultura Económica. 2010.

MONTENEGRO, Armando. Una historia en contravía: Pasto y Colombia, Editorial El Malpensante, Bogotá. 2002.

MUSHKIN, Selma J. Hacia una definición de la Economía de la Salud. En: Universidad de Antioquia. Lecturas de Economía. Julio-Diciembre. 1999. no 51. Traducción del Inglés por Juan Miguel Gallego y Jairo Humberto Restrepo.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. El Departamento de Nariño, Frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

QUIJANO GUERRERO, Alberto. Hitos históricos del departamento de Nariño. En Nariño: su historia, sus luchas, sueños y paisajes. 1985.

RESTERPO, Juan Camilo. Hacienda Pública. Tercera edición, Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1996.

SALKIND, Neil. J. Métodos de Investigación. Tercera Edición. Prentis Hall, México. 1999.

STRAUSS, Anselm. CORBIN, Julit. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de ingeniería de la facultad de Antioquia. 2002.

SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CÓNDOR S.A. La verdad Verdadera sobre la vida, Pasión y Muerte de la EPS Cóndor S.A. Pasto, 2012.

TAMAYO, Mario. Serie Aprende a Investigar. Módulo 2: La Investigación. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. ICFES. AFROEDITORES LTDA. Tercera Edición. 1999.

VÉLEZ, Marcela. Salud: Negocio e inequidad Quince años de la Ley 100 en Colombia. Ediciones Aurora. Bogotá D.C. 2008.

NETGRAFÍA

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review No 5, Vol: LIII. 1963 p., 943. (En línea). En: KAISERHEALTHNEWS. (consultada: 1 de Octubre de 2012) Disponible en la dirección electrónica:http://www.kaiserhealthnews.org/columns/2010/september/~media/Files/2010/May%20to%20September/1963Arrow_AER.pdf.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Seguridad Social. OCHOA, Sara María. (En línea). EN: DIPUTADOS. México. 2006. (Consultada: 14 de Junio de 2012). Disponible en la dirección electrónica: http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/d_social.htm.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Departamento de Nariño Resumen Información a 31 de diciembre de 2011. 2012. (Consultada: 5 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=ayDT6otfGBU%3d&tabid=854&mid=2449&forcedownload=true>

----- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección de Servicios y Atención Primaria. 2013. (Consultada: 5 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: http://201.234.78.38/habilitacion/Reportes/prestadores_clases_prestadores.aspx?pageTitle=Por+Clase+de+Prestador&pageHlp=

----- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Coberturas del Régimen Subsidiado. 2013.. (Consultada: 15 de Abril de 2013). Disponible en la dirección electrónica: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/HISTORICO%20COBERTURA%20EN%20SALUD%202004-2012.zip>

Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Historia. (En línea) En: CISS. México. 2012 (Consultada: 14 de Junio 2012) Disponible en la dirección electrónica: http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=historia.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (En línea). En: DANE. Proyecciones Demográficas. Colombia. 2012. (Consultada: 8 de Julio de 2012). Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

----- Economía Regional. Colombia. 2012. (Consultada: 8 de Julio de 2012). Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/files/icer/2011/narino_icer__11.pdf

----- Mercado Laboral por Departamentos. Anexo 2012.. (Consultada: 28 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/files/investigaciones/boletines/ech/ml_depto/anexo_dep_12.xls

----- Medición del Empleo Informal. Agosto 2011 (Consultada: 29 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bolet_ech_informalidad_abr_jun2011.pdf

----- Pobreza en Colombia. Mayo 2012. (Consultada: 29 de Mayo de 2013). Disponible en la dirección electrónica: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/cp_pobreza_2011.pdf

Diario del Sur. EPS Pasto Salud será intervenida. (En línea). En: Diario del Sur. San Juan de Pasto. 2012. (consultada: 13 de Junio de 2012). Disponible en la dirección electrónica: http://www.diariodelsur.com.co/nvodariodelsur/portal/paginas/vernoticia.php?id_noticia=33645

GOMEZ, G. Jorge. El Estado Crítico de la Salud en Colombia. (En línea) EN: CEDETRABAJO. 2001 (Consultada: 4 de febrero de 2013) disponible en la dirección electrónica: <http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/29-8.pdf>

Informe Motivado: Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia, recomienda sancionar 14 EPS por participar en acuerdo para la negación de servicios de salud. (En línea). En: SIC. Colombia 2012. (Consultada: 16 de Agosto de 2012) Disponible en: <http://www.sic.gov.co/oldest/index.php?idcategoria=21151>

Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. (En línea). En: UN. 2012 (consultada: 13 de Junio de 2012) Disponible en la dirección electrónica: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml#atop

PALACIOS, Raúl. Economía política de los determinantes sociales de la salud. (En línea) EN: BVSDE. 2009. (Consultada: 20 de Junio de 2013) disponible en la dirección electrónica: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048025.pdf>.

VELÁSQUEZ, Aníbal. Guía Metodológica para las Estimaciones Epidemiológicas del Estudio de Carga de la Enfermedad. (En Línea) EN: USAID 2006 (Consultada: 16 de febrero de 2013) disponible en la dirección electrónica:<http://www.politicassensalud.org/site/documentos/14%20Guia%20Metodologica%20final.pdf>

ANEXOS



ANEXO11. FORMATOS DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos sociales derivados de la aplicación de la ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico

Entrevista dirigida a **Usuarios** del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. ¿Qué rol cumplen las ligas o asociaciones de Usuarios en la defensa del derecho a la salud de los nariñenses? ¿con que herramientas cuentan para dicha defensa?
2. ¿Qué opinión tienen como gremio, sobre la calidad del servicio de salud en el departamento de Nariño? ¿Podría mencionar algunas características?
3. ¿Considera que la prestación del servicio de salud es oportuna?
4. ¿Desde su posición gremial, cuáles son las características del acceso a los servicios de salud? ¿podría profundizar describiendo las más importantes?
5. ¿En Nariño existe libre elección de la EPS, por parte de los usuarios tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo?
6. ¿Cómo cataloga el nivel de conocimiento de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud del departamento, con respecto a su funcionamiento?
7. ¿Está de acuerdo con la existencia de copagos y cuotas moderadoras, para regular el servicio de salud?
8. ¿Cuál piensa usted, es la principal limitante del actual Sistema General de Seguridad Social en salud? ¿Por qué?

9. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en salud, o sería preferible un sistema diferente? ¿Por qué?



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos socio-económicos derivados de la aplicación de la Ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico.

Entrevista dirigida a **Prestadores** del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. ¿Ha percibido si la Ley 100 de 1993 trajo cambios en la forma en que se distribuyen los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Nariño?
2. ¿Qué efectos ha tenido la política de descentralización de los recursos en el funcionamiento de los prestadores del servicio de salud en el Departamento de Nariño?
3. ¿En cuanto a la financiación, qué opinión tiene respecto a la diferencia de las UPC, para el régimen contributivo y subsidiado? ¿Por qué?
4. Uno de los objetivos del sistema actual es el mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio de salud, ¿hasta qué punto se ha cumplido este objetivo en el departamento de Nariño?
5. Con relación a la equidad en la prestación del servicio luego de la Ley 100 de 1993, ¿ha percibido cambios en cuanto al cumplimiento de este objetivo en el sistema de salud de Nariño?
6. Teniendo en cuenta la importancia del acceso a los servicios de salud, ¿Qué apreciación tiene de sus características en el departamento de Nariño con el actual sistema de salud? ¿podría mencionarnos hechos relevantes en este aspecto?
7. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, o sería preferible un sistema diferente? ¿Por qué?



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos socio-económicos derivados de la aplicación de Ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico.

Entrevista dirigida a **Aseguradoras de Salud** en el departamento de Nariño.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. ¿Qué nuevas características trajo para el sistema la puesta en marcha de las Entidades Promotoras de Salud para el cumplimiento de los objetivos de la Ley 100 de 1993?
2. ¿Cuáles son las principales características del flujo de fondos de que son responsables las EPS en el departamento de Nariño?
3. ¿En cuanto a la financiación, qué opinión tiene respecto a la diferencia de las UPC, para el régimen contributivo y subsidiado? ¿Por qué?
4. ¿Mediante qué mecanismos la competencia entre EPS permite una mejora de los servicios de salud?
5. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, o sería preferible un sistema diferente? ¿Por qué?



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos sociales derivados de la aplicación de la Ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico.

Entrevista dirigida a **Profesionales de la Salud**, en el departamento de Nariño.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. ¿Por qué es importante la agremiación de los profesionales de la salud en el departamento de Nariño?
2. ¿Qué efectos piensa que ocasionó la Ley 100 de 1993 sobre la autonomía profesional?
3. ¿Ha percibido cambios en las condiciones laborales de los profesionales del área de la salud en el departamento de Nariño, luego de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993?
4. La ética es vital en el ejercicio de su profesión; ¿piensa usted que el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud afecta la ética profesional? ¿Podría mencionar algunos ejemplos?
5. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual sistema de salud, o sería preferible un sistema diferente? ¿Por qué?



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos sociales derivados de la aplicación de la Ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico.

Entrevista dirigida a los **Centros Académicos con Formación en Áreas de la Salud** en el departamento de Nariño.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. Piensa que el perfil profesional de los egresados ha tenido cambios luego de la aplicación de la Ley 100 de 1993? ¿podría darnos algunos ejemplos?
2. ¿Considera que el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, brinda las condiciones necesarias para las prácticas de los estudiantes en las Instituciones Prestadoras de Salud? ¿Podría mencionarnos algunas características?
3. ¿El Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene efectos en la producción académica, científica e investigativa? ¿Por qué?
4. ¿Existen mecanismos para el monitoreo y seguimiento de las condiciones laborales de los egresados?
5. Luego de casi dos décadas de aplicación de la Ley 100 de 1993, desde posición académica ¿Puede darnos un balance de los efectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño?
6. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual sistema de salud, o sería preferible un sistema diferente? ¿Por qué?



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos socio-económicos derivados de la aplicación de la Ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico.

Entrevista dirigida al **Instituto Departamental de Salud de Nariño**.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. ¿La competencia y la libre elección han mejorado la calidad y eficiencia de los servicios de salud en el departamento de Nariño?
2. ¿Qué condiciones han impedido que aun hoy en día el departamento de Nariño no tenga cobertura universal en salud?
3. ¿El actual sistema de salud permite hacer frente a las condiciones epidemiológicas particulares de las regiones del departamento de Nariño?
4. ¿Qué efectos ha tenido la política de descentralización de los recursos en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud endepartamento de Nariño?
5. ¿Qué características tiene las deudas financieras entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño?
6. ¿En cuanto a la financiación, qué opinión tiene respecto a la diferencia de las UPC, para el régimen contributivo y subsidiado? ¿Por qué?
7. Luego de casi dos décadas de aplicación de la Ley 100 de 1993. ¿Puede darnos un balance de los efectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Nariño?
8. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, o sería preferible un sistema diferente? ¿Por qué?



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos sociales derivados de la aplicación de la Ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico.

Entrevista dirigida a **La Defensoría del Pueblo**.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. ¿Qué papel juega la Defensoría del Pueblo con respecto a la protección del derecho a la salud de los nariñenses?
2. ¿Cuáles son las características de las tutelas en salud que se presentan en el departamento de Nariño?
3. ¿Cómo cataloga la efectividad de las tutelas a la hora de hacer cumplir los derechos de de los Usuarios del Sistema General de Seguridad social en Salud, en el departamento de Nariño?
4. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, o sería preferible un sistema diferente?
¿Por qué?



UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2013



OBJETIVO: Indagar la posición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento de Nariño, frente a los efectos sociales derivados de la aplicación de la Ley 100 de 1993.

Nota: La información obtenida con la presente entrevista, solo tendrá aplicaciones de tipo académico.

Entrevista dirigida a **Sindicatos del Sector Salud**, en el departamento de Nariño.

Fecha _____ / _____ 201_ (dd/mm)

Nombre: _____ C.C _____

Cargo: _____ E-mail: _____

1. ¿Qué objetivos tienen los sindicatos de trabajadores del sector de la salud?
2. ¿Cuáles son las características principales de las condiciones laborales de los trabajadores del sector de la salud en el departamento de Nariño?
3. ¿Qué efectos generó la descentralización de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud en el departamento de Nariño?
4. ¿Qué implicaciones laborales, resultaron de la descentralización administrativa de los prestadores de salud, en el departamento de Nariño?
5. ¿Es posible mejorar las condiciones de salud de los Nariñenses en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, o sería preferible un sistema diferente?
¿Por qué?

ANEXO12. EJES DE LA CRISIS DEL SGSSS, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE “TEORÍA FUNDAMENTADA” EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.
Cuadros sinópticos

