

1-1-2006

Análisis del cumplimiento de los principios Constitucionales de la Seguridad Social durante la implementación del libro segundo de la Ley 100 de 1993, Periodo 1993-2005

Edna Mariany Esmeral Ballesteros
Universidad de La Salle

Vicente Ferney Niño Reyes
Universidad de La Salle

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria>

Citación recomendada

Esmeral Ballesteros, E. M., & Niño Reyes, V. F. (2006). Análisis del cumplimiento de los principios Constitucionales de la Seguridad Social durante la implementación del libro segundo de la Ley 100 de 1993, Periodo 1993-2005. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria/57>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias de la Salud at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Optometría by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Agradecemos la colaboración consciente y paciente de todas las personas que a lo largo del desarrollo de esta investigación nos brindaron su incondicional ayuda, permitiendo de esta manera su culminación.

Especialmente a Dios y a nuestros Padres por permitirnos concluir esta etapa de nuestras vidas.

A nuestro director de proyecto Doctor Giovanni Jiménez por su inquebrantable paciencia y conocimiento aportado.

A todos nuestros familiares y amigos por su constante apoyo.

Gracias.....



**ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LA IMPLEMENTACION DEL LIBRO
SEGUNDO DE LA LEY 100 DE 1993, PERIODO 1993- 2005**

EDNA MARIANY ESMERAL BALLESTEROS

VICENTE FERNEY NIÑO REYES

**GIOVANNI JIMENEZ
(Docente Universidad De la Salle Facultad Optometría)
Director de proyecto**

**Universidad de la Salle
Facultad de Optometría
Bogota 14 Septiembre 2006**

INDICE DE CONTENIDO

1.	Nacimiento de la Seguridad Social	1
1.1	Modelo Bismarkiano	1
1.2	Plan Beveridge	3
2.	Definición de la Seguridad Social	5
3.	Principios Fundamentales de la Seguridad Social	8
3.1	Universalidad	8
3.2	Solidaridad	8
3.2.1	Solidaridad entre Individuos	9
3.2.2	Solidaridad en Sociedad	10
3.2.3	Solidaridad entre Naciones	10
3.3	Eficiencia	11
3.4	Equidad - Igualdad	12
4.	Seguridad Social en Latinoamerica	14
4.1	Seguridad Social en Cuba	14
4.2	Seguridad Social en Chile	19
4.3	Seguridad Social en Venezuela	21
5.	Sistema de Seguridad Social en Colombia	25
5.1	Regimen Contributivo	26
5.1.1	Quienes se deben afiliar y ser cotizantes en el Regimen Contributivo	27
	Del sistema de Seguridad Social en Salud	
5.2	Regimen Subsidiado	28
5.3	Regimenes Especiales	29
5.4	Subsidios parciales	29
6	Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia	30
6.1	Reformas del Sector Salud	30
6.2	Principios Constitucionales	32
7.	Resultados	34
7.1	Desarrollo del Principio de Universalidad en el SGSSS	35
7.2	Afiliados Regimen Subsidiado por Departamentos 1997 - 2004	43
7.3	Afiliados Regimen Contributivo por Departamentos 1997 - 1999	44
7.4	Afiliados Regimen Contributivo por Departamentos 2000 - 2002	45
7.5	Afiliados Regimen Contributivo por Departamentos 2002 - 2004	46
8.	Cobertura Nacional de Seguridad Social por Departamentos	47
8.1	Bogotá	47
8.2	Antioquia	48
8.3	Valle del Cauca	49
8.4	Santander	50
8.5	Cundinamarca	51
8.6	Risaralda	52
8.7	Atlantico	53
8.8	Bolivar	54
8.9	Magdalena	55

8.10	Tolima	56
8.11	Norte de Santander	57
8.12	Cesar	58
8.13	Boyacá	59
8.14	Meta	60
8.15	Huila	61
8.16	Cauca	62
8.17	Cordoba	63
8.18	Nariño	64
8.19	Quindio	65
8.20	Sucre	66
8.21	Vichada	67
8.22	Caqueta	68
8.23	Casanare	69
8.24	Guajira	70
8.25	Choco	71
8.26	Arauca	72
8.27	San Andres y Providencia	73
8.28	Amazonas	74
8.29	Putumayo	75
8.30	Guaviare	76
8.31	Guainia	77
8.32	Vaupes	78
8.33	Caldas	79
9.	Porcentaje total de afiliación en cada departamento por año	80
10.	Desarrollo del Principio de Equidad del Sistema General de Seguridad Social	89
10.1	Valor UPC Regimenes Especiales	90
10.1.1	Valor UPC Magisterio	90
10.1.2	Valor UPC Fuerzas Militares	90
10.1,3	Valor UPC Subsidio Parciales	90
11.	Desarrollo del Principio de Solidaridad del Sistema General de Seguridad Social	100
11.1	Recursos de la Subcuenta de Solidaridad	100
11.2	Cuenta de Soliadridad	102
12.	Desarrollo del Principio de Eficacia del Sistema General de Seguridad Social	107
13.	Conclusiones	109
14.	Bibliografía	112

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Universalidad	37
Tabla 2: Afiliados Regimen Subsidiado por Departamentos 1997/ 2004	43
Tabla 3: Afiliados Regimen Contributivo por Departamentos 1997 / 1999	44
Tabla 4: Afiliados Regimen Contributivo por Departamentos 2000 / 2002	45
Tabla 5: Afiliados Regimen Contributivo por Departamentos 2002 / 2004	46
Tabla 6: Porcentaje de Cobertura Bogotá por Regimenes	47
Tabla 7: Porcentaje de Cobertura Antioquia por Regimenes	48
Tabla 8: Porcentaje de Cobertura Cauca por Regimenes	49
Tabla 9: Porcentaje de Cobertura Santander por Regimenes	50
Tabla 10: Porcentaje de Cobertura Cundinamarca por Regimenes	51
Tabla 11: Porcentaje de Cobertura Risaralda por Regimenes	52
Tabla 12: Porcentaje de Cobertura Atlantico por Regimenes	53
Tabla 13: Porcentaje de Cobertura Bolivar por Regimenes	54
Tabla 14: Porcentaje de Cobertura Magdalena por Regimenes	55
Tabla 15: Porcentaje de Cobertura Tolima por Regimenes	56
Tabla 16: Porcentaje de Cobertura Norte de Santander por Regimenes	57
Tabla 17: Porcentaje de Cobertura Cesar por Regimenes	58
Tabla 18: Porcentaje de Cobertura Boyacá por Regimenes	59
Tabla 19: Porcentaje de Cobertura Meta por Regimenes	60
Tabla 20: Porcentaje de Cobertura Huila por Regimenes	61
Tabla 21: Porcentaje de Cobertura Cauca por Regimenes	62
Tabla 22: Porcentaje de Cobertura Cordoba por Regimenes	63
Tabla 23: Porcentaje de Cobertura Nariño por Regimenes	64
Tabla 24: Porcentaje de Cobertura Quindio por Regimenes	65
Tabla 25: Porcentaje de Cobertura Sucre por Regimenes	66
Tabla 26: Porcentaje de Cobertura Caqueta por Regimenes	68

Tabla 27: Porcentaje de Cobertura Casanare por Regimenes	69
Tabla 28: Porcentaje de Cobertura Guajira por Regimenes	70
Tabla 29: Porcentaje de Cobertura Choco por Regimenes	71
Tabla 30: Porcentaje de Cobertura Arauca por Regimenes	72
Tabla 31: Porcentaje de Cobertura San Andres y Providencia por Regimenes	73
Tabla 32: Porcentaje de Cobertura Amazonas por Regimenes	74
Tabla 33: Porcentaje de Cobertura Putumaya por Regimenes	75
Tabla 34: Porcentaje de Cobertura Guaviare por Regimenes	76
Tabla 35: Porcentaje de Cobertura Guainia por Regimenes	77
Tabla 36: Porcentaje de Cobertura Vaupes por Regimenes	78
Tabla 37: Porcentaje de Cobertura Caldas por Regimenes	79
Tabla 38: Afiliación total 1997 por Departamento	80
Tabla 39: Afiliación total 1998 por Departamento	81
Tabla 40: Afiliación total 1999 por Departamento	82
Tabla 41: Afiliación total 2000 por Departamento	83
Tabla 42: Afiliación total 2001 por Departamento	84
Tabla 43: Afiliación total 2002 por Departamento	85
Tabla 44: Afiliación total 2003 por Departamento	86
Tabla 45: Afiliación total 2004 por Departamento	87
Tabla 46: Equidad	91
Tabla 47: Solidaridad	103
Tabla 48: Cumplimiento Porcentual del Aporte del Gobierno Nacional	104

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Población Colombiana afiliada a los Regimenes de Salud	38
Figura2: Crecimiento Regimen Contributivo y Subsidiado	40
Figura 3: Subsidios Parciales	41
Figura 4: Regimenes Especiales	42
Figura 5: Cobertura Regimen Contributivo Bogotá	47
Figura 6: Cobertura Regimen Subsidiado Bogotá	47
Figura 7: Cobertura Regimen Contributivo Antioquia	48
Figura 8: Cobertura Regimen Subsidiado Antioquia	48
Figura 9: Cobertura Regimen Contributivo Valle	49
Figura 10: Cobertura Regimen Subsidiado Valle	49
Figura 11: Cobertura Regimen Contributivo Santander	50
Figura 12: Cobertura Regimen Subsidiado Santander	50
Figura 13: Cobertura Regimen Contributivo Cundinamarca	51
Figura14: Cobertura Regimen Subsidiado Cundinamarca	51
Figura 15: Cobertura Regimen Contributivo Risaralda	52
Figura 16: Cobertura Regimen Subsidiado Risaralda	52
Figura 17: Cobertura Regimen Contributivo Atlantico	53
Figura18: Cobertura Regimen Subsidiado Atlantico	53
Figura 19: Cobertura Regimen Contributivo Bolivar	54
Figura 20: Cobertura Regimen Subsidiado Bolivar	54
Figura 21: Cobertura Regimen Contributivo Magdalena	55
Figura 22: Cobertura Regimen Subsidiado Magdalena	55
Figura 23: Cobertura Regimen Contributivo Tolima	56
Figura 24: Cobertura Regimen Subsidiado Tolima	56
Figura 25: Cobertura Regimen Contributivo Norte de Santander	57

Figura26: Cobertura Regimen Subsidiado Norte de Santander	57
Figura 27: Cobertura Regimen Contributivo Cesar	58
Figura 28: Cobertura Regimen Subsidiado Cesar	58
Figura 29: Cobertura Regimen Contributivo Boyacá	59
Figura 30: Cobertura Regimen Subsidiado Boyacá	59
Figura31: Cobertura Regimen Contributivo Meta	60
Figura 32: Cobertura Regimen Subsidiado Meta	60
Figura 33: Cobertura Regimen Contributivo Huila	61
Figura 34: Cobertura Regimen Subsidiado Huila	61
Figura 35: Cobertura Regimen Contributivo Cauca	62
Figura 36: Cobertura Regimen Subsidiado Cauca	62
Figura 37: Cobertura Regimen Contributivo Cordoba	63
Figura 38: Cobertura Regimen Subsidiado Cordoba	63
Figura39: Cobertura Regimen Contributivo Nariño	64
Figura 40: Cobertura Regimen Subsidiado Nariño	64
Figura 41: Cobertura Regimen Contributivo Quindio	65
Figura 42: Cobertura Regimen Subsidiado Quindio	65
Figura 43: Cobertura Regimen Contributivo Sucre	66
Figura 44: Cobertura Regimen Subsidiado Sucre	66
Figura 45: Cobertura Regimen Contributivo Vichada	67
Figura 46: Cobertura Regimen Subsidiado Vichada	67
Figura 47: Cobertura Regimen Contributivo Caqueta	68
Figura 48: Cobertura Regimen Subsidiado Caqueta	68
Figura 49: Cobertura Regimen Contributivo Casanare	69
Figura 50: Cobertura Regimen Subsidiado Casanare	69
Figura 51: Cobertura Regimen Contributivo Guajira	70
Figura 52: Cobertura Regimen Subsidiado Guajira	70
Figura 53: Cobertura Regimen Contributivo Choco	71

Figura 54: Cobertura Regimen Subsidiado Choco	71
Figura 55: Cobertura Regimen Contributivo Arauca	72
Figura 56: Cobertura Regimen Subsidiado Arauca	72
Figura 57: Cobertura Regimen Contributivo San Andres y Providencia	73
Figura 58: Cobertura Regimen Subsidiado San Andres y Providencia	73
Figura 59: Cobertura Regimen Contributivo Amazonas	74
Figura 60: Cobertura Regimen Subsidiado Amazonas	74
Figura 61: Cobertura Regimen Contributivo Putumayo	75
Figura 62: Cobertura Regimen Subsidiado Putumayo	75
Figura 63: Cobertura Regimen Contributivo Guaviare	76
Figura 64: Cobertura Regimen Subsidiado Guaviare	76
Figura 65: Cobertura Regimen Contributivo Guainia	77
Figura 66: Cobertura Regimen Subsidiado Guainia	77
Figura 67: Cobertura Regimen Contributivo Vaupes	78
Figura 68: Cobertura Regimen Subsidiado Vaupes	78
Figura 69: Cobertura Regimen Contributivo Caldas	79
Figura 70: Cobertura Regimen Subsidiado Caldas	79
Figura 71: Crecimiento anual valor UPC Regimen Contributivo	93
Figura 72: Crecimiento anual valor UPC Regimen Subsidiado	94
Figura 73: Crecimiento anual valor UPC Ecopetrol	95
Figura 74: Crecimiento anual valor UPC Magisterio	95
Figura 75: Crecimiento anual valor UPC Fuerzas Militares	96
Figura 76: Aporte del Gobierno Nacional	104
Figura 77: Aporte del Gobierno Nacional en pesos	105

1. NACIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El primer impulso constitucional a favor de los derechos sociales, previo incluso a la formación de los “ESTADOS DE BIENESTAR” contemporáneos, se producen en la Europa latina, con la promulgación de la nueva doctrina contenida en el preámbulo de la constitución francesa de 1849 y continua en la declaración de los derechos de las constituciones de entreguerras y posteriores inmediatas tales como la española de 1931, la francesa de 1946 y la italiana de 1947.

1.1 MODELO BISMARCKIANO

La Seguridad Social como tal, nace en Alemania como producto del proceso de industrialización, el cual generó fuertes luchas de los trabajadores, presión de las iglesias, de algunos grupos políticos y de sectores académicos de la época.

Mejoras pragmáticas a la situación social de los trabajadores fueron introducidas, primero por empresarios comprometidos socialmente. Más tarde los trabajadores se organizaron en asociaciones de auto ayuda solidaria, sobresaliendo las mutuales de socorro, las cooperativas de consumo y los sindicatos. En el campo político, se estructuraron grupos en la segunda mitad del Siglo XIX, que abogaban por la solución a los graves problemas de pobreza y exclusión social. Otro tanto ocurrió en el campo académico.

Los grupos sociales, políticos, confesionales y académicos, ejercían una fuerte presión sobre el Estado, en procura de que este solucionara la situación de miseria social existente para entonces en Alemania la cual era gobernada por el káiser Guillermo II, quien realizó el primer gran documento de compromiso social, caracterizándose este mensaje imperial, promulgado el 17 de noviembre de 1821, por la protección al trabajador, en caso de perder su base existencial por enfermedad, accidente, vejez o invalidez parcial o total.**(1)**

1. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 25-40.

Impulsadas por el Canciller Alemán Otto Von Bismarck conocido como el Canciller de Hierro son refrendadas tres leyes sociales, que representan hasta hoy, la base del Sistema de Seguridad Social Universal:

- Seguro contra Enfermedad. 1883
- Seguro contra Accidentes de Trabajo. 1884
- Seguro contra la Invalidez y la Vejez. 1889

Los resultados de la aplicación de este Modelo en Alemania, fueron tan eficaces para distribuir riqueza, disminuir pobreza, mejorar la salud, generar bienestar y fortalecer la economía, que muy pronto se extendieron a toda Europa y un poco más tarde a otras partes del mundo **(2)**

En 1889, en París se creó la "Asociación Internacional de Seguros Sociales". Que tuvo continuidad en congresos especiales desarrollados en las ciudades de Berna en 1891; Bruselas en 1897; París en 1900; Dusseldorf en 1902; Viena en 1905 y Roma en 1908.

En el Congreso de Roma se propuso además la celebración de conferencias destinadas a conseguir la concertación de convenios internacionales, las primeras de las cuales tuvieron lugar en La Haya en 1910; Dresden en 1911 y Zurich en 1912. **(3)**

En 1919 en el tratado de Versalles, los líderes políticos del plante ponen fin a la Primera Guerra Mundial. Como producto de este histórico tratado nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

2. Iván Jaramillo Pérez / Tendencias en la Reorganización de los Sistemas de Salud.
3. Fernando Salazar Silva / La Configuración del Estado de Bienestar. Elementos Constitutivos.

1.2 EL "PLAN BEVERIDGE"

Un segundo gran componente de la Seguridad Social es introducido desde Inglaterra por Sir William Henry. Beveridge en 1942. El cual se conoce como el "Plan Beveridge", este contiene una concepción mucho más amplia de la seguridad social. La cual tiende a contemplar situaciones de necesidad producidas por cualquier contingencia y trata de remediarlas sin importar su origen, lo que hace que produce una cobertura integral de la contingencia, superando el concepto de riesgo aislado y de seguro frente a un infortunio concreto, aliviando el estado de necesidad e impidiendo la pobreza, tales postulados deben ser el objetivo a seguir las sociedades modernas, ya que inspira el carácter de generalidad de la protección **(1)**

Este segundo componente fue adoptado por países europeos y se procuró extender a América Latina y otras partes del mundo, la adaptación ha dado énfasis a la asistencia sanitaria y de prestaciones de salud, en condiciones de universalidad, igualdad, financiada por el estado mediante subsidios económicos **(2)**.

Es visible la preocupación de Beveridge, en 1942, por incorporar el "beneficio de aprendizaje" a su plan, y de contemplar la asistencia en materia de "instrucción profesional", tanto al beneficiario de las prestaciones por desocupación, como al de los subsidios por incapacidad. Beveridge, al sentar "las bases de la Seguridad Social", reclamaba "inmunidad contra los cinco males gigantes: la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la desocupación en masa" y al referirse al problema de la ignorancia, especificaba que, "ninguna comunidad puede permitirse el lujo de desperdiciar sus talentos" y que " todo talento desperdiciado es una fuente de infelicidad" **(3)**

1-2 Nandon De La Sotta, Carlos / Un Plan para la Seguridad Social / Vol. X – ENE-DIC de 1994 - N° 37 al 40.

3. Héctor Hugo Barbagelata / Libro Reformas de Seguridad Social en Ibero América

En el mismo sentido el artículo 9° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el "derecho de toda persona a la Seguridad Social", sin más especificaciones. A su vez el artículo 61, al tratar del "derecho a trabajar", incluye entre las medidas para lograr su plena efectividad: "la orientación y formación técnico-profesional". **(1)**

Los especialistas convocados a fines de 1.980 por el director General de la OIT, para avisorar las perspectivas de la Seguridad social en el año 2.000, consideraron que esta debía ser tenida como respuesta a una aspiración de seguridad en un sentido más amplio que prevenir o aliviar la pobreza.

A este respecto, acotan que para ello, no solo es menester satisfacer las necesidades a medida que aparecen, sino igualmente comenzar por prevenir los riesgos, proveyendo una amplia gama de servicios sociales", entre los que se refiere concretamente la Formación Profesional

En conclusión, El modelo bismarckiano, sirvió como base para los Sistemas de Seguridad Social de muchos países por varias décadas, este modelo fue perdiendo fuerza con el transcurso del tiempo, ya que solamente se enfocaba en el beneficio de los trabajadores, siendo un modelo de seguridad social individualista, no universal y no solidario.

Por el contrario, el modelo Beveridge que actualmente es la base de los modelos de seguridad social a nivel mundial, busca el bien de la comunidad, la formación profesional y la prestación de salud, en la cual van incluidos los principios de eficiencia, solidaridad, universalidad y equidad, los cuales son la base de el modelo de seguridad social de nuestro país. **(2)**

1. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y culturales Art. 9 y Art. 61.
2. Propio de los autores

2. DEFINICIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

"El sistema de gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política". **(1)**

Estas ideas fueron generadas 62 años antes de la aparición de la seguridad social en el mundo, por nuestro libertador Simón Bolívar en su discurso del 15 de febrero de 1819, realizado en Angostura.

Estas ideas no fueron desarrolladas en ese tiempo, pero fructificaron, como nuestro prócer de la independencia lo había ilustrado.

El Departamento de Seguridad Social de la Oficina internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con el Centro internacional de formación de la OIT y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), publicaron en 1.991 un interesante documento, titulado "Administración de la seguridad social". De ese documento se transcribe:

"Una definición de Seguridad Social ampliamente aceptada es la siguiente":

" Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que , de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad , accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos".

1. Simón Bolívar / Discurso de Angostura, pronunciado el 15 de Febrero de 1819.

"De acuerdo con esta definición, se puede decir que el objetivo de la Seguridad Social es":

"Velar porque las personas que están en la imposibilidad - sea temporal o permanente - de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados bienes o servicios" (1)

Es así, por causa de la primera y segunda guerras mundiales, los trabajadores y sus familias perdieron sus empleos quedando totalmente desprotegidas; por lo tanto países europeos por medio de sus gobiernos, crearon una organización y se dieron a la tarea de indemnizar a los trabajadores y sus familias.

A través de estos actos de barbarie comenzaron a emanar ideas de como mejorar los sistemas de protección social para ayudar a las familias desamparadas. Se debe apuntar que los sistemas de protección basados en los sistemas sociales ya habían sido implantados en Alemania de Bismarck 1883-1889. Buscando mejorar estos sistemas y siguiendo los lineamientos del sistema Bismarckiano, estos sistemas de protección se vieron mejorados con la propuesta de Beveridge en Gran Bretaña en 1945 y la ley de seguridad de EE.UU. en 1935, en los cuales gracias a su amplia cobertura, estos sistemas de protección obtuvieron un nuevo nombre "Seguridad Social". Es así como el proceso denominado internacionalización de la seguridad social fue iniciado en 1919 por la organización internacional del trabajo OIT el cual estableció normas como; norma mínima o el convenio numero 102 referente a la seguridad social en el año 1952. (2)

1. Departamento de Seguridad Social, Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de Seguridad Social. Doc. Titulo: Administración de Seguridad Social / 1991.
2. Asociación Internacional de la Seguridad Social.

En la actualidad se encuentran organizaciones como son La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) fundada en 1942, Organización Iberoamericana de seguridad Social (OISS) creada en el mismo año y La Asociación Internacional de Seguridad Social erigida en el año 1927. En un comienzo la Asociación Internacional de Seguridad Social estaba constituida por países europeos, esto fue considerado y se modificó para la participación de otros continentes, lo que posibilitó el intercambio de avances y problemas de la Seguridad Social de los diferentes países que componen esta Asociación. Poco a poco se fue incluyendo países Latinoamericanos y del Caribe, Asia y África convirtiéndose verdaderamente así en Internacional, es por eso que hoy en día se indica, que existen mas de 340 miembros de mas de 130 países ya que esta es una agrupación de instituciones y no de gobiernos. **(1)**

La seguridad social es un compromiso que tenemos los seres humanos unos con otros dentro de la sociedad; con el designio de cuidarnos mutuamente. Es entendida y aceptada como un derecho que le asiste a todas las persona de acceder, a una protección básica para solventar estados de necesidad. Es así como la noción universal, respecto del tema ha llevado a cada nación a organizarse con el objetivo de configurar variados modelos para este servicio. Un Estado debe realizar, determinadas políticas sociales, en las cuales se garantice y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos como son: la sanidad, la educación y en general toda la visión posible de seguridad social.

En el sistema de seguridad Social se reúnen temas como la salud publica, el subsidio al desempleo, pensiones, jubilaciones y otras medidas que han ido surgiendo en países industrializados como en vías de desarrollo a partir del siglo XIX para asegurar unos niveles mínimos de dignidad de vida a todos los ciudadanos e intentar corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades que en la actualidad siguen aun presentes.

1. Asociación Internacional de la Seguridad Social.

3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los principios de seguridad social se han desarrollado por más de un siglo, especialmente a través de la labor de la Organización Internacional del Trabajo, y rigieron en el mundo y en América Latina sin ningún reto importante hasta el decenio de 1980.

3.1. UNIVERSALIDAD

La Universalidad es la garantía de iguales oportunidades a toda la población asegurable para acceder a las prestaciones del Seguro social Obligatorio, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, religión, sexo, educación, ocupación o ingresos, por las cuales se puede llegar a discriminar una persona.

(1)

3.2 SOLIDARIDAD

Solidaridad es la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, religión, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro social Obligatorio.

Esta palabra proviene del sustantivo latín soliditas, que enuncia la realidad homogénea de algo físicamente entero, unido, cuyas partes son de igual naturaleza.

La Iglesia, deduce por solidaridad, como la homogeneidad e igualdad radicales de todos los hombres y de todos los pueblos, en todos los tiempos y espacios, constituyendo una unidad total o familiar. **(2)**

1. Héctor Gros Espiell / Universalidad de los Derechos Humanos y Diversidades Culturales.
2. José Manuel Díaz Olalla / La Solidaridad Internacional: Una Tarea de la Izquierda.

Podemos entender a la solidaridad como sinónimo de igualdad, fraternidad, ayuda mutua; y tenerla por muy cercana a los conceptos de responsabilidad, generosidad, desprendimiento, cooperación y participación. **(1)**

La verdadera solidaridad, es aquella que induce los verdaderos cambios que beneficien el desarrollo individual y de las naciones, fundamentada principalmente en la igualdad racial y radical que une a todos los hombres en cualquier parte del mundo, por esto es la verdadera dignidad de todo ser humano que pertenece a la realidad intrínseca de la persona sin importar su raza, edad, sexo, credo, partido, nacionalidad y porque no hasta un equipo, que en nuestro país es un medio de controversia.

El santo papa Juan Pablo II lo expresó claramente. “El ejercicio de la solidaridad dentro de cada sociedad es válido sólo cuando sus miembros se reconocen unos a otros como personas”.

Existen varios tipos de solidaridad, de los cuales se encuentran:

3.2.1 SOLIDARIDAD ENTRE INDIVIDUOS.

La solidaridad requiere, necesariamente, de más de un individuo, para que haya solidaridad se requieren mínimo dos personas, una necesitada y otra solidaria, esta se enriquece a un mas cuando se le adhiere la virtud de la caridad, cuando se realiza por amor, cuando se convierte en entrega. Podemos citar una verdadera solidaridad y entrega en nuestros tiempos sin ninguna duda fue la entrega total y desinteresada por parte de Madre Teresa de Calcuta, quien no conoció límite alguno para esa entrega personal a los más necesitados del mundo.

No se debe olvidar que la solidaridad debe ser de todas las personas una constante, una realidad. Esta solidaridad es la primera y la más importante, puesto que en ella se fundan los otros dos tipos. **(2)**

1. Profesora Tashia Gutiérrez de ballenilla / La Solidaridad como Característica Humana¹.
2. Francisco García – Pimentel Ruiz / El Principio de Solidaridad.

3.2.2 SOLIDARIDAD EN SOCIEDAD.

La solidaridad social consiste en colaborar de manera desinteresada con el bien común. Cumplir las leyes es un acto solidario, ya que al cumplir estas se favorece un orden social, y como resultado un bien común. **(1)**

3.2.3 SOLIDARIDAD ENTRE NACIONES.

La solidaridad en el ámbito internacional sólo es perceptible cuando se tienen por verdaderamente iguales en derecho, todas las naciones, independientemente de su influencia económica o cultural.

En la actualidad esta palabra ha recuperado popularidad, y es muy común escucharla en cualquiera de nuestras esferas sociales. Es una palabra indudablemente positiva, que revela un interés individual, familiar, nacional y universal para el bien de cualquiera de nosotros como ciudadanos. **(1)**

En Colombia, el constituyente de 1991 fundó el principio de solidaridad social como forma de cumplir fines estatales y certificar el reconocimiento de los derechos de todos los miembros de la comunidad colombiana. Este principio sin duda, nos recuerda la vocación humana de vivir en sociedad y destaca la necesidad de la cooperación mutua.

En materia de seguridad social, este principio busca, que todos los partícipes contribuyan para su sostenibilidad, equidad y eficiencia, lo cual manifiesta que sus miembros deben cotizar al sistema, para preservar y recibir los distintos beneficios. **(1)**

1. Francisco García – Pimentel Ruiz / El Principio de Solidaridad.

3.3 EFICIENCIA

Este principio es la mejor utilización económica de las contribuciones y demás recursos del Seguro Obligatorio, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a sus beneficiarios. En términos generales, esta se refiere al mejor uso de recursos escasos. Es preciso distinguir entre eficiencia técnica, económica y asignativa. La opción técnicamente eficiente es aquella que utiliza la menor cantidad de recursos para producir una determinada cantidad de bienes y servicios. **(1)**

La eficiencia económica se logra cuando, entre aquellas opciones técnicamente eficientes, se elige la que genera un menor coste. **(1)**

La eficiencia asignativa se obtiene cuando la elección, además de ser técnica y económicamente eficiente, es la que la sociedad más valora. **(1)**

A continuación con base a la bibliografía revisada se citan algunas ideas de eficiencia Propias de los Autores:

- Capacidad física e intelectual para realizar y lograr un resultado previamente establecido.
- En la medida como los recursos sean utilizados así será la forma como se verán reflejados los bienes o servicios obtenidos, la eficiencia busca lograr una igualdad entre los recursos utilizados y lo beneficios recibidos, manejando el menor costo unitario posible.
- Busca medir el nivel en el que se esta realizando determinada actividad con objetivos previamente establecidos, y así mismo ir perfeccionando el uso que se le debe dar a los recursos.

1. Juan Carlos González M / La Verdad sobre Eficiencia y Efectividad / Cáp. (Av.)

- La eficiencia tiene como fin, permitir que todos los recursos que se encuentren en disposición sean utilizados con el objetivo de encontrar un mejoramiento o protección ambiental de la forma mas rápida como sea posible, debe ser de manera desburocratizada y coordinada y además lograr innovación, diversidad de actividades, metodologías y prácticas locales.
- Es el proceso que se debe llevar para obtener determinada meta, con objetivos previamente establecidos.
- Es el discernimiento en el que las Administraciones Publicas se deben fundamentar para darle un correcto manejo a los recursos de los cuales disponen.
- Es la equivalencia entre fines propuestos y resultados obtenidos.
- Es la forma como, planes proyectados son realizados fundamentándose en el hecho de que los recursos disponibles sean utilizados de una forma equitativa y lograr la optimización de los mismos.
- Eficiencia refleja la concordancia que debe haber entre los resultados de un programa en servicio de salud y la correcta utilización de recursos humanos, financieros, tiempo e insumos.

3.4 EQUIDAD - IGUALDAD

Es la entrega de las prestaciones del Seguro Obligatorio en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.

Citando el Real Diccionario de la Lengua Española, la equidad es contemplada como la "bondadosa templanza habitual; propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley"; a su vez se define como "justicia natural por oposición a la letra de la ley positiva". Por lo tanto dentro de la definición de éste principio encontramos referencias a lo justo, a la justicia. Sin embargo, justicia y equidad son conceptos distintos.

La equidad es un concepto asociado a los principios de derechos humanos y justicia social. Es así como la Organización Mundial de la Salud define la equidad como “el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos **(1)**. Consecuentemente, la equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, que los servicios sean recibidos de acuerdo con las necesidades y que la contribución al financiamiento de los mismos sea hecha de acuerdo con la capacidad económica. **(2)**

El Código Civil Español lo menciona así, "*La equidad habrá de ponderarse en la aplicación de las normas, si bien las resoluciones de los Tribunales sólo podrán descansar de manera exclusiva en ella cuando la ley expresamente lo permita*", constituye uno de los postulados básicos de tales Principios Generales del Derecho y nos indica que está íntimamente ligada a la justicia, no pudiendo entenderse sin ella. **(3)**.

1. Real Diccionario de la Lengua Española.
2. Organización Mundial de la Salud.
3. Código Civil Español.

4. SEGURIDAD SOCIAL EN LATINOAMÉRICA

Existen varios sistemas de seguridad social a nivel mundial, en Latinoamérica se revisaran cuatro modelos que se describen a continuación:

4.1 SEGURIDAD SOCIAL EN CUBA

El cual comenzó como producto de los cambios económicos y sociales ocurridos a partir de 1959 con el triunfo de la Revolución, que significaron el trazado de elevadas metas de transformación en la estructura económica, la conciencia social y las condiciones de vida del pueblo. **(1)**.

Es así que un mes después del triunfo revolucionario, en febrero de 1959 es creado el departamento de Asistencia Técnica Material y Cultural del campesino del ejército rebelde, en la cual se encuentran la atención de salud a la población. En 1960 es creada la ley 723 la cual promulga el Servicio Médico Social Rural (SMRS) por periodo de 6 meses para después poder adquirir un cargo como medico estatal.

Las funciones de atención primaria en salud (APS) del SMSR fueron desde su comienzo: la asistencia médica, la vigilancia epidemiológica, la vacunación, la inspección sanitaria, la educación sanitaria y las actuaciones forenses. El Servicio Médico Rural fue el primer programa de impacto en lo relativo a APS y a la salud pública en general, con el compromiso político hacia sus campesinos, ya que estos nutrieron de combatientes a su ejército.

1. Francisco Rojas Ochoa / Orígenes del Movimiento de Atención Primaria de Salud en Cuba.

El movimiento de APS en los primeros años y en estrecha coordinación con los servicios de salud e impulsado por la actividad de educación para la salud, generó la aparición de acciones comunitarias, populares, que se expresaron primero en Postas Sanitarias Rurales, luego en Colaboradores Voluntarios del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SNEP), y más tarde, en los Responsables de Salud de los Comités de Defensa de la Revolución y las Brigadas Sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas. Un apoyo a los servicios de APS en el área rural lo dieron los Agentes Comunales -trabajadores sociales-, del Ministerio de Bienestar Social, durante el período de vigencia de este organismo. Otro tipo de unidad de APS creada en 1962 fue el hogar materno, que se evaluó como útil por su contribución a los resultados del programa materno infantil. **(1)**

En 1964 se creó una institución que es el centro de la APS y que más tarde se convertiría en el Policlínico Integral el cual es una institución médica que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de Salud sobre la población de un área geográfica determinada, mediante servicios que irradian el ámbito familiar. Su propósito es la prestación de servicios básicos de salud con un sentido dinámico. El propósito era aplicar medidas encaminadas a iniciar una justa protección y redistribución del ingreso en concordancia con la línea económica y social que caracteriza la acción inmediata del Gobierno.

Se dieron los primeros pasos hacia la transformación organizativa de los seguros sociales. La nueva organización, basada en el principio de unidad, se realiza gradualmente. El proceso comienza en el sector laboral, constituido por los seguros sociales de mayor homogeneidad. En mayo de 1959 fue aprobada la creación del "Banco de los Seguros Sociales de Cuba" (BANSESCU) como organismo autónomo encargado de la administración y ejecución de los seguros sociales, al que se incorporaron las veinte cajas de retiro del expresado sector, quedando extinguidas las funciones de sus directorios y transferidos al BANSESCU el patrimonio de dichas instituciones.

El objetivo era asegurar la unidad de la administración y extender después el régimen a los trabajadores desprovistos de amparo. En el mes de septiembre de 1962 y con las observaciones y sugerencias atendibles que surgieron del análisis y discusión realizados por los trabajadores, se elaboró definitivamente una Ley cuyo campo de aplicación se extendió a todos los trabajadores y más de 250 mil trabajadores agrícolas quedaron comprendidos en el nuevo sistema. **(1)**

De esta forma los trabajadores quedaron protegidos en todas las contingencias, se fijaron pensiones decorosas y subsidios adecuados a la labor y al salario del trabajador, además se otorga asistencia médica y hospitalaria en los casos necesarios.

La ley 1100 de 1963 representó, la culminación del proceso unificador y un momento singular en la aplicación de los principios de universalidad, comprensividad e integridad en el Sistema de Seguridad Social.

Aspectos fundamentales regulados por la Ley 1100 de 1963 son:

- Reafirmar la responsabilidad del Estado en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del Sistema de Seguridad Social y el principio de exención de cotizaciones u otras contribuciones por el trabajador y el jubilado.
- Ampliar la protección al 100% de los trabajadores asalariados, incluyendo a los asalariados del campo y a sus familiares.
- Establecer un régimen coherente de prestaciones, articulándolas para asegurar su disfrute sin interrupción.
- Comprender entre las contingencias cubiertas el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, abandonando la antigua teoría del "riesgo profesional" y adoptando un criterio social en la prevención, asistencia y rehabilitación.

1. Francisco Rojas Ochoa / Orígenes del Movimiento de Atención Primaria de Salud en Cuba.

- Abarcar la maternidad.
- Incluir en el cuadro de las prestaciones a la enfermedad común y el accidente de origen común, cuyo seguro social no existía antes en Cuba.
- Reconocer a los fines de la Seguridad Social los tiempos de los servicios prestados en cualquier actividad laboral en todo tiempo.

Se concebía la regulación de un sistema integrado por dos regímenes: el de seguridad social y el de asistencia social, que en conjunto formaran un tono armónico capaz de garantizar, como lo expresa la Constitución de la República, que *"no haya persona incapacitada para el trabajo que no tenga medios decorosos de subsistencia"*.

Es por ello que el 1ro. de enero de 1980 se pone en vigor la Ley 24 de 1979. Su campo de aplicación incluye a todos los trabajadores asalariados y cubre los riesgos de enfermedad común, accidente de origen común, accidente del trabajo, enfermedad profesional, maternidad, invalidez parcial, vejez y muerte. Por otro lado, confirma el principio de eximir al trabajador de toda cotización y refleja la unidad administrativa del régimen.

Cuba es un caso interesante pues bajo la revolución y el decenio de los 90 se extendió la protección social y esto se dio gracias a la ayuda de los países socialistas que en aquellos tiempos existían; después de la desaparición de algunos países socialistas como la unión soviética (URSS) y sus liados en Europa oriental, sumando la fuerte crisis económica interna por la que pasaba Cuba y el endurecimiento del embargo de los EE.UU. empeorando la crisis, la cual condujo a una "periodo especial en tiempo de paz", esto forzó a realizar reformas de mercado interno, la re inserción de Cuba con el mercado mundial, es por esto que se abrió un flanco al mercado mundial y por ende a la globalización.

A pesar de sus vicisitudes que produjeron la crisis, el gobierno cubano hizo un esfuerzo para tratar de mantener la protección social incluyendo la seguridad social, pero la caída del PIB, durante esta crisis y que por el contrario el costo de la producción aumento, creando, una preocupación de cómo seguir financiando la seguridad social y abriendo debates sobre su reforma. Cuba es un país que rechaza la globalización y se convirtió en uno de los países líderes en la batalla contra ella y no se puede sustraer por completo de sus efectos. **(1)**

Como resultado de esta crisis, a fines de los 80, la seguridad y asistencia social cubano, se colocaron en el primer o segundo lugar de América Latina y del campo socialista, en cuanto a su cobertura poblacional y servicio gratuito. **(1)**

La crisis ha tenido un efecto adverso en la seguridad social, aunque el gobierno ha tomado una serie de medidas para evitar un deterioro mayor y continuar garantizando los servicios esenciales a la población. Pero sin ninguna duda Cuba tiene una seguridad social envidiable para cualquier país, ya que esta es brindada a todos los ciudadanos, sin importar raza, sexo, religión, lo cual la constituye como una seguridad social Universal, solidaria, eficiente y sin ninguna duda eficaz.

1. Francisco Rojas Ochoa / Orígenes del Movimiento de Atención Primaria de Salud en Cuba.

4.2 SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE

La seguridad social en Chile es de antigua data. Ya en el siglo pasado se conformaron diversas mutuales por iniciativas privadas de grupos de trabajadores. Sin embargo, es en la década del 1920, en que aparece en escena la Seguridad Social moderna, con programas estatales financiados con aportes obligatorios provenientes de la productividad del trabajo y con impuestos generales. Ley 4054 Seguro Social, 4055 Ley de Accidentes del Trabajo, 4059 indemnización de EEPP-.

Con el transcurso del tiempo ha surgido una amplia gama de programas, cubriendo diversos eventos y riesgos, lográndose así una extensa cobertura individual. Por otra parte, el grado en que estos programas alcanzan a la población es elevado, al menos en comparación con otros países latinoamericanos.

Hasta el año 1981 el sistema previsional de salud en Chile estaba en manos del Estado, el cual era financiado por descuentos por planilla y aportes del Estado. Este operaba a través del Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados “SERMENA”. Los adscritos al SERMENA tenían la posibilidad de libre elección entre prestadores privados de atenciones ambulatorias y de exámenes de laboratorio. En 1981 el gobierno introdujo un nuevo sistema de financiamiento de la salud en el cual, todos los trabajadores dependientes deben cotizar un mínimo de un 7% de su salario imponible, puede ser destinado tanto al sistema privado como al sistema público de salud.

Las ISAPRES (Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional), así como FONASA(Fundación Nacional de Salud) son responsables por el subsidio por incapacidad laboral, que paga a los trabajadores una fracción de su salario imponible durante una enfermedad. Esto representa un gasto importante para las ISAPRES, además de causarles problemas administrativos y de control. **(1)**

1. Ronald D. Fischer Pablo Serra / Análisis Económico de la Salud en Chile.

En el FONASA los beneficios que reciben los beneficiarios dependen negativamente del ingreso del afiliado. Los afiliados con más altos ingresos y que por lo tanto aportan más al sistema reciben beneficios menores.

Los cotizantes del FONASA pueden optar entre la modalidad institucional, en la que los beneficiarios son atendidos en instituciones públicas y la modalidad de libre elección, en la que cotizantes activos y sus cargas familiares eligen a los médicos y las instituciones privadas o públicas que desean utilizar y que estén adscritas a uno de los tres niveles de pago ofrecidos por FONASA. Es decir, el valor de las prestaciones es determinado por FONASA.

En ambas modalidades, institucional y libre elección, los cotizantes pagan la diferencia entre el costo de la atención y la bonificación que reciben de FONASA. La atención es gratuita para los afiliados de menores ingresos y para los indigentes.

Debido a que FONASA atiende gratuitamente a los indigentes y desempleados, quienes no aportan al sistema, FONASA recibe aportes del Estado. Un 40% de su financiamiento proviene del Estado, otro 40% es financiado por las cotizaciones de los trabajadores activos, un 16% proviene de copagos por prestaciones médicas y servicios y el 4% restante proviene de otras fuentes. **(1)**

En Chile coexisten sistemas de seguridad público y privado. El sistema privado de seguros es de carácter individual y no solidario, a diferencia del sistema público, que es de carácter solidario, en tanto a la eficiencia y la equidad queda mucho por ver ya que sea o no sea solidario, público o privado, no les pueden brindar una seguridad social igual para todos los habitantes de este país.

1. Ronald D. Fischer Pablo Serra / Análisis Económico de la Salud en Chile.

4. 3 SEGURIDAD SOCIAL EN VENEZUELA

La seguridad social en Venezuela estaba, básicamente en manos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, IVSS. El IVSS, constituido como un sistema de seguros obligatorios que recibe aportes de los trabajadores, los patronos y el sector público, fue ampliando su cobertura y expandiéndose durante un largo período en que funcionó razonablemente bien.

Se organiza de la siguiente manera: el sistema recibe cotizaciones mensuales y con ellas, paga las pensiones y jubilaciones de los beneficiarios, utilizando para eso el sistema de financiamiento sobre la marcha o de reparto, lo que significa que todo el dinero llega a un fondo común y luego es gastado según las obligaciones contraídas año a año. Con esos fondos, además, el IVSS fue generando, en su primera etapa, una red de centros de atención de salud que, si bien no logró cubrir todo el territorio nacional, al menos representó en su momento un perceptible avance con respecto a la situación anterior.

Este proceso de expansión continuó sin alteraciones mayores hasta comienzos de los años setenta, pero luego comenzó a detenerse, hacia 1974 el seguro social cubría algo más de la mitad de la población trabajadora en el sector formal de la economía, pero este porcentaje no se incrementa de un modo significativo, sino que se estanca alrededor del 60-65%. Si se tiene en cuenta además al sector informal, es decir, a toda la población trabajadora, se encuentra que la cifra apenas si llega al 30%.

Desde el mismo momento en que Hugo Chávez gana la presidencia de Venezuela mediante elecciones celebradas en diciembre de 1998, ratifica al país lo que había sido el tema central de su campaña electoral, el cual era la reforma constitucional a través de la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente que redactaría una nueva Constitución Nacional. La cual fue aprobada al año siguiente por referendo popular, en esta nueva Carta Magna están los lineamientos políticos, jurídicos, sociales e institucionales principales para iniciar la estructuración y construcción de un nuevo proyecto nacional.

El gran cambio está en la definición del modelo político de la nueva república como democrático-participativo y protagónico, escenario en el cual deberá construirse la corresponsabilidad entre los ciudadanos y el Estado. Según esta concepción, la política social debe tener como finalidad capacitar, preparar y garantizar la salud, el trabajo, la educación, la seguridad social y la vivienda.

Se han señalado tres elementos establecidos en la Constitución de 1999 que ayudan a caracterizar la acción social del Estado. El primero viene dado por *la construcción de una ciudadanía de contenido social* fundamentada en la universalidad de los derechos sociales, esenciales para elevar la calidad de vida, y en el reconocimiento de los sujetos de estos derechos sin ningún tipo de discriminación. El segundo elemento es *la búsqueda de la equidad como objetivo supremo del ordenamiento económico y social*, para hacer efectiva la universalización de los derechos y una justa distribución de la riqueza. El tercer elemento está definido como *el rescate de lo público como espacio para el ejercicio de una verdadera democracia* que deberá sustentarse en la participación protagónica de todos en función del interés de todos.

Es así que se crea Barrio Adentro, nombre del programa iniciado por el gobierno que ha llevado a miles de médicos cubanos voluntarios para prestar servicios gratuitos en los barrios obreros y zonas rurales en todo el país donde los trabajadores y campesinos tenían poco o ningún acceso a servicios médicos. Este es uno de los programas sociales iniciados el año 2003 conjuntamente con campañas de alfabetización en la que actualmente participan 4 millones de personas, que se ha expandido por todo el país conformado por grupos de venezolanos y cubanos. **(1)**,

1. Argiris Malapanis / Revista Perspectiva Mundial Vol. 28 N° 6 / Expanden Programa “Barrio Adentro” voluntarios cubanos prestan servicios en clínicas comunitarias por todo el país

El Ministerio de Salud hizo un llamado a todos los médicos del país vecino, para trabajar conjuntamente en las zonas obreras y ofrecer el servicio médico gratuitamente, obteniendo un salario de 600 dólares mensuales pagados por el gobierno. Muy pocos atendieron este llamado.

A través de un acuerdo firmado con el gobierno cubano un gran número de médicos cubanos voluntarios, quienes en su mayoría tienen experiencia internacional, arribaron a Venezuela en marzo del 2003. Estos médicos reciben un estipendio de 250 dólares al mes para que cubran sus costos de vida, atendiendo en las clínicas de la comunidad y otras instalaciones. Ellos residen junto a los trabajadores en las casas de las zonas donde prestan sus servicios. En este sistema se entregan inmediatamente la mayoría de los medicamentos, los cuales son donados por el gobierno de Cuba sin ningún costo. Los voluntarios, no solo prestan servicio médico en la mañana, también realizan medicina preventiva en las tardes, por medio de vistas a los vecindarios a los cuales han sido asignados.

(1).

Este programa fue blanco de muchos ataques, realizados por capitalistas y sectores de clase media alta, cuyos argumentos fueron, que estos médicos realizaban mala práctica. La Federación Médica Venezolana diseminó estos rumores, y el 1 de junio de 2003 pidió a las cortes judiciales que prohibieran a los voluntarios cubanos practicar medicina en Venezuela. Una corte judicial falló a favor de la federación médica pero el gobierno apeló la decisión. En este momento esta demanda legal al programa no ha sido completamente resuelta, la conducta ejemplar de los médicos cubanos ha empezado a derrotar la campaña de propaganda anticomunista en contra del programa.

1. Argiris Malapanis / Revista Perspectiva Mundial Vol. 28 N° 6 / Expanden Programa “Barrio Adentro” voluntarios cubanos prestan servicios en clínicas comunitarias por todo el país

A pesar de estas contradicciones Barrio Adentro se ha expandido no sólo en la cantidad de médicos voluntarios y en zonas geográficas, sino también en su eficacia.

Se construyeron instalaciones, en las cuales se realizan cirugías menores a cargo de especialistas con equipos de última tecnología. Estas clínicas reemplazaran a las clínicas médicas construidas bajo los gobiernos anteriores que en su mayoría han dejado de funcionar en los barrios obreros. Ofreciendo los servicios gratuitamente a todos, sin importar sus ingresos.

En la actualidad se encuentran, muchos jóvenes venezolanos estudiando en la escuela Latinoamericana de Medicina en la Habana. El primer contingente de graduados de la escuela Latinoamericana serán los que atenderán a futuro y dirigirán estas clínicas.

El impacto que causó Barrio Adentro ahora se siente en la mayoría de centros urbanos de todo el país. Por primera vez en décadas, las largas colas y las aglomeraciones han empezado a aliviarse en las salas de emergencia en varios hospitales del país. **(1)**.

La Republica Bolivariana de Venezuela, esta creando una Seguridad Social con base en el Modelo de Seguridad Social que describió Sr. William Henry Beveridge conocido como “Plan Beveridge” el cual esta llevando al país vecino no solo a una Seguridad Universal, Solidaria, Eficiente y Eficaz si no también esta eliminando el analfabetismo “ignorancia” del pueblo tal como lo describió Beveridge

1. Argiris Malapanis / Revista Perspectiva Mundial Vol. 28 Nº 6 / Expanden Programa “Barrio Adentro” voluntarios cubanos prestan servicios en clínicas comunitarias por todo el país

5. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Hasta la aparición de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social y el Sistema de Salud en Colombia se caracterizaban por una insuficiente cobertura de la protección en salud de la población, enormes diferencias en los recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, además de obligantes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre afiliados y mucho menos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema.

De otro lado, padecía de una organización institucional ineficiente con resultados altamente deficientes considerando el gasto total del sector, lo que conllevaba a la creciente insatisfacción de los usuarios.

La reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en Colombia (Ley 100 de 1993), sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

El SGSSS colombiano está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados.

El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el SGSSS debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los dos regímenes ya señalados.

Sin embargo, la cobertura del Sistema alcanzó para el año en mención apenas el 58.6% lo cual se puede explicar, de una parte, por la insuficiencia de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del régimen subsidiado y, de otra, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal, la cual determina el aumento de la población beneficiaria del régimen contributivo. Lo anterior plantea una doble dificultad para ampliar las coberturas de salud a través de los dos regímenes existentes debido a que su financiación depende esencialmente de la generación de empleo formal.

5.1 REGIMEN CONTRIBUTIVO

Por el hecho de estar afiliado al Régimen Contributivo las personas tienen derecho a cuatro grandes beneficios, todos ellos incluidos en el POS o Plan Obligatorio de Salud:

1. El cotizante y su familia obtienen el derecho a recibir todos los servicios de salud incluidos en el POS que comprenden: protección integral para la salud en caso de enfermedad general o maternidad, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, independientemente de lo costosa o compleja que sea la atención requerida.
2. Cobertura familiar
3. Recibir un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad
4. Recibir un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad

5.1.1 QUIÉNES SE DEBEN AFILIAR Y SER COTIZANTES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

Es obligatoria la afiliación como cotizantes de:

* Todas las personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, (incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país)

* Todos los servidores públicos, es decir, aquellos que trabajen en entidades del Estado, ya sea nacionales, departamentales, distritales o municipales.

* Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, los trabajadores de las empresas en concordato en 1993 y los trabajadores de Ecopetrol), que reúnan alguna de las características anteriores.

* Todos los pensionados, o quienes gocen de la pensión de sustitución

* Todos los trabajadores independientes con capacidad de pago

5.2 REGIMEN SUBSIDIADO

A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 en el sector de la salud ocurren profundos cambios en relación con la prestación de los servicios y su financiación. Uno de los cambios fundamentales se encuentra en el traslado del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. Esto significa que los dineros que antes financiaban el funcionamiento de las instituciones públicas pasan ahora al subsidio de la población más pobre y vulnerable identificada a través del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) y cuyos recursos los manejan las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

Los afiliados al Régimen Subsidiado, según el numeral segundo del literal A) del artículo 157 de la Ley 100 "son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto, posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago".**(1)**

1. Literal a Art. 157 Ley 100/93

5.3 REGIMENES ESPECIALES

Los sistemas especiales de afiliación corresponde a:

1. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional
2. Los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas, tales como congresistas, diputados y concejales.
3. Los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
4. Los trabajadores de las empresas que se encontraban en concordato preventivo y obligatorio a diciembre de 1993 y mientras dure el respectivo concordato
5. Los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos.

5.4 SUBSIDIO PARCIAL

Mediante acuerdo 267 de 2004, el consejo nacional de seguridad social en salud aprobó el otorgamiento de subsidios parciales para la población clasificada en niveles sisben 3 y 4. Desde la puesta en marcha del régimen subsidiado sólo se había autorizado la incorporación de los niveles 1 y 2, mediante subsidios equivalentes al total de la UPC del régimen subsidiado, salvo muy contadas excepciones.

Preocupaciones tras la aparición de los subsidios parciales:

- La posibilidad de que algunos patronos retiren a sus trabajadores del Régimen Contributivo y a cambio les paguen el costo de los subsidios parciales, lo que les resultaría más económico.
- Otra preocupación se relaciona con la equidad y llama la atención sobre el hecho que se haya decidido otorgar subsidios a los Niveles III y IV SISBEN, aun cuando restan 6,5 millones de pobres sin subsidio en niveles I y II.

6. ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS EN COLOMBIA

6.1 REFORMAS DEL SECTOR SALUD

Históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista”. Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado formal.

El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado-empleadores-empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal. Sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 10 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad.

En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el Sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara

como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable **(1)**.

De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental.

La Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49).

La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993.

La Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres.

Como se mencionó, la Ley 100 determinó que el SGSSS colombiano quedara dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados. El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

1. Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991

6.2 PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Creado mediante la ley 100 de Diciembre de 1993 Busca desarrollar los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991 cuyos contenidos son los siguientes:

ARTICULO 48:

“La seguridad social es un servicio publico de carácter obligatorio que se presenta bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (1.) 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, ampliara progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.”

ARTICULO 49:

“La atención en la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al estado garantizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (1).

También, establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en términos y condiciones señaladas por la ley.

1. Principios subrayados hecho por los autores

La investigación se orientara a la evaluación del cumplimiento de los principios contenidos en estos artículos y adicionalmente toma el principio de igualdad consagrado en el artículo 13 de la Constitución Política el cual dice:

ARTICULO 13:

“ Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades (1) sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El estado promoverá la condiciones para que la igualdad sea real y efectiva ,(1) y adoptara medidas a favor de grupos discriminados o marginados.”

El Estado protegera especialmente a aquellas personas que por su condicion economica, fisica o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

1. Principios subrayado hecho por los autores

7. RESULTADOS

7.1 DESARROLLO DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN

SALUD

Transcurridos más de doce años de formulada la Ley 100 de 1993 **(1)** que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para todos los habitantes de Colombia, y llegados al año 2001, fecha en la cual se previó alcanzar la cobertura universal en el aseguramiento, que garantizara el acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos los colombianos (Art. 162) **(2)** resulta evidente que no se logró la meta estipulada en el plazo previsto.

Pese a que el propósito de aseguramiento universal puede ya considerarse una política de Estado, en la medida que se ha sostenido durante cuatro gobiernos disímiles consecutivos, el reconocimiento de la imposibilidad de alcanzar la meta de universalidad en el plazo previsto ha generado cierta desazón al interior del Sector. De la misma forma ha originado el lanzamiento de juicios que atribuyen a diversas causas o responsabilidades el fracaso en alcanzar la cobertura universal, o simplemente se emiten justificaciones, sin que la mayoría de estas apreciaciones y criterios valorativos estén apoyados en estudios juiciosos y suficientes, es decir basados en el conjunto de información pertinente y necesaria que haga posible un verdadero análisis de las causas del incumplimiento de las metas.

1 Con la expedición de la Ley 100 de 1993, se reformaron en Colombia, además del sistema de salud, el sistema de pensiones, el sistema de riesgos profesionales y el sistema de servicios sociales complementarios para ancianos indigentes.

2 En el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993 se define el principio de Equidad: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago....”.

La Ley 100 de 1993 desarrolló con gran celeridad el derecho a la seguridad social en salud de todos los habitantes de Colombia, promulgado por primera vez en la Constitución de 1991, derecho universal instaurado en los países de Europa Central y Occidental al finalizar la Segunda Guerra Mundial.

Sin embargo, una cosa es el modelo diseñado (un Plan de Salud igual para todos los ciudadanos, tengan o no capacidad de pago), y otra su aplicación, pues la universalidad y la equidad planteadas por la Ley 100 distan mucho de lograrse. La verdadera equidad en el financiamiento se logrará cuando se alcance en Colombia la cobertura universal del aseguramiento en salud y no antes.

Es necesario aclarar que, si bien este estudio sobre el Desarrollo del Principio de Universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud aborda la problemática desde la perspectiva de la cobertura en el aseguramiento, o de los recursos necesarios para dicha cobertura, somos conscientes de que el ámbito de la salud va mucho más allá de un problema estadístico o de la disponibilidad de unos recursos y que, aun cuando se contara con los recursos y se lograra la cobertura universal del aseguramiento, faltaría aún garantizar la accesibilidad real a los servicios, en condiciones de equidad y calidad, sólo posible de construir sobre la base de un sector salud fortalecido técnicamente desde los organismos de dirección hasta el último nivel de prestación de servicios.

Una última consideración que no puede dejarse de lado desde el inicio, tiene que ver con la gran diversidad entre “Las dos Colombias” (así la han dado en llamar algunos autores) **(1)**, la una urbana, rica, industrializada y con gran desarrollo de los sectores financieros y de servicios, la otra rural, pobre y abandonada, donde gran parte de la población no tiene acceso a la gran mayoría de los bienes y servicios que definieron el progreso de la humanidad en el siglo XX.

1 . Plan de desarrollo del Gobierno de López Michelsen 1974- 1978

Finalmente, es necesario advertir que el propósito de este estudio no es determinar cifras con absoluta exactitud, en cualquiera de los campos que se precisen utilizar, sino construir, a partir de la información, dispersa y parcial

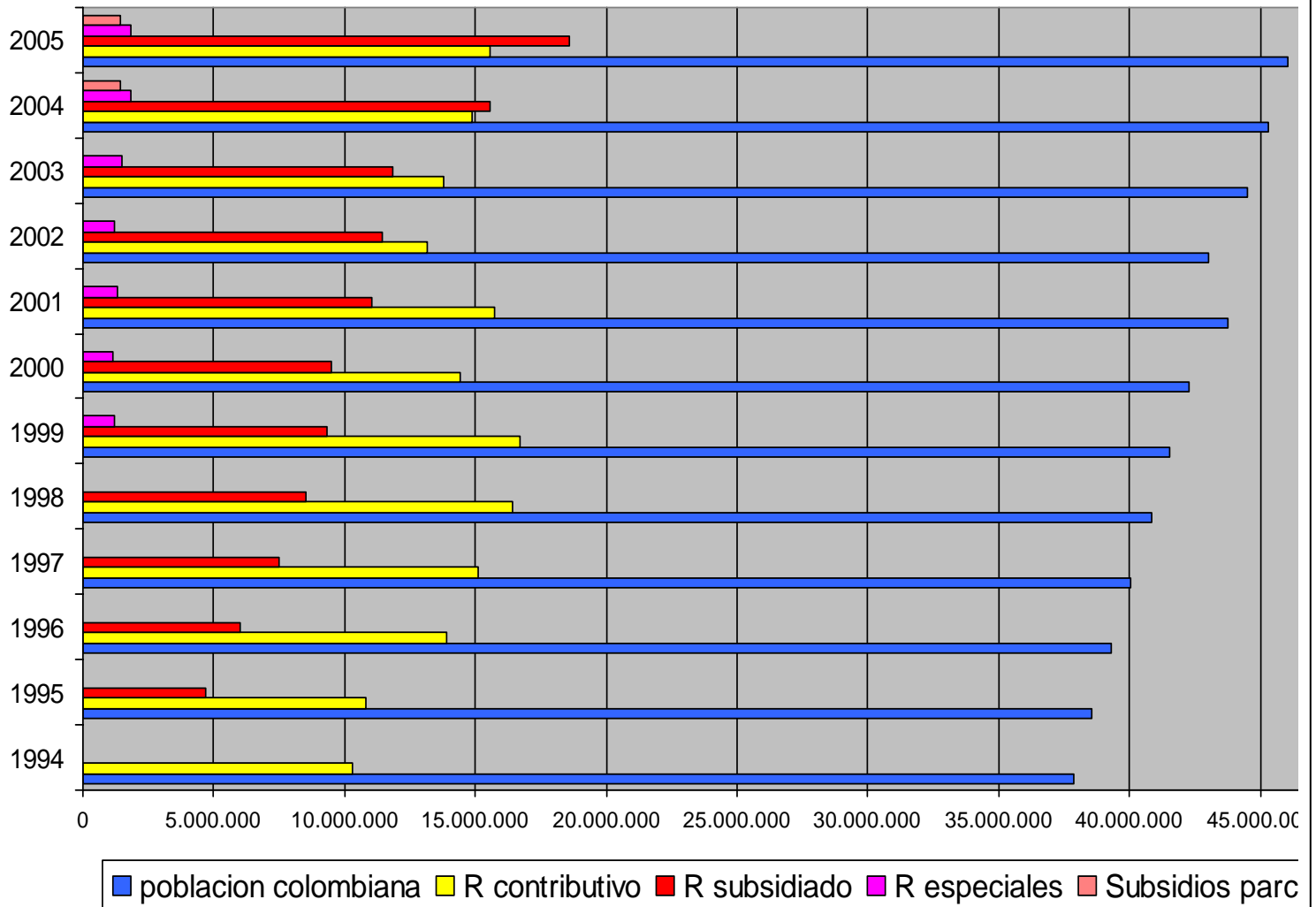
muchas veces, aproximaciones suficientemente válidas, con pequeños márgenes de error, sobre las cuales se pueda aprehender la realidad sin temor a equivocación, así como ayudar a construir con seguridad una política hacia el futuro.

Análisis de Cumplimiento de los Principios Constitucionales de la Seguridad Social Durante la Implementación del libro Segundo de la Ley 100 de 1993 – periodo 1993-2005

UNIVERSALIDAD									
TABLA 1									
	1993	%	1994	%	1995	%	1996	%	
POBLACION TOTAL EN COLOMBIA	37.127.295	100. %	37.849.15	100. %	38.558.195	100. %	39.281.340	100. %	
Afiliados Regimen Contributivo			10.311.000	27.2%	10.834.805	28. %	13.913.203	35. %	
Afiliados Regimen subsidiado					4.700.000	12.2. %	5.981.774	15. %	
Subsidio Parcial	NA		NA		NA		NA		
Afiliados Regimenes Especiales					SI		SI		
No Afiliados									
	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	
POBLACION TOTAL EN COLOMBIA	40.018.837	100. %	40.827.000	100. %	41.539.011	100. %	42.299.301	100. %	
Afiliados Regimen Contributivo	15.119.860	37.8. %	16.443.463	40. %	16.693.138	40.1. %	14.409.131	34. %	
Afiliados Regimen subsidiado	7.481.240	18.7. %	8.527.061	20.1. %	9.325.832	22. %	9.510.566	22. %	
Subsidio Parcial	NA		NA		NA		NA		
Afiliados Regimenes Especiales	SI		SI		1.216.324	2.9%	1.115.600	2.6%	
No Afiliados					14.303.717	34.3. %	16.464.004	40. %	
	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005
POBLACION TOTAL EN COLOMBIA	43.771.178	100. %	43.030.890	100. %	44.531.434	100. %	45.294.953	100. %	46.039.000
Afiliados Regimen Contributivo	15.711.170	35.8%	13.165.463	30.5%	13.805.201	31. %	14.857.250	32.8%	15.533.582
Afiliados Regimen subsidiado	11.069.182	25.2%	11.444.003	26. %	11.867.947	26.6%	15.553.474	34.3%	18.581.410
Subsidio Parcial	NA		NA		NA		1.818.249	4%	1.819.972
Afiliados Regimenes Especiales	1.309.000	3. %	1.197.924	2.7%	1.512.807	3.3%	1.415.269	3.1%	1.418.020
No Afiliados	15.681.826	35.8%	17.223.500	40. %	17.345.479	38.9%	11.650.711	25.7%	8.686.016

FUENTE: Ministerio de protección social
informes anuales del CNSSS
Fosyga

Análisis de Cumplimiento de los Principios Constitucionales de la Seguridad Social Durante la Implementación del libro Segundo de la Ley 100 de 1993 – periodo 1993-2005



Con base en los datos consignados en la tabla y grafica numero 1 se procede a dar las siguientes conclusiones:

Aunque la ley 100 fue creada en Diciembre de 1993 no existen datos tangibles de los afiliados a los regimenes en este año, ya en el año de 1994 podemos encontrar cifras oficiales de los afiliados el régimen contributivo, pero es hasta 1995 que encontramos las primeras cifras del régimen Subsidiado. **(Ver tabla 1)**

La población afiliada al régimen contributivo durante los años de 1994 – 1999 tuvo un marcado crecimiento alcanzando a cubrir al 40.1 % de la población Colombiana, pero es en el año 2000 donde tiene un significativo decrecimiento llegando a cubrir solo el 34% del total de la población, lo que corresponde a una disminución del 6% del total de afiliados.

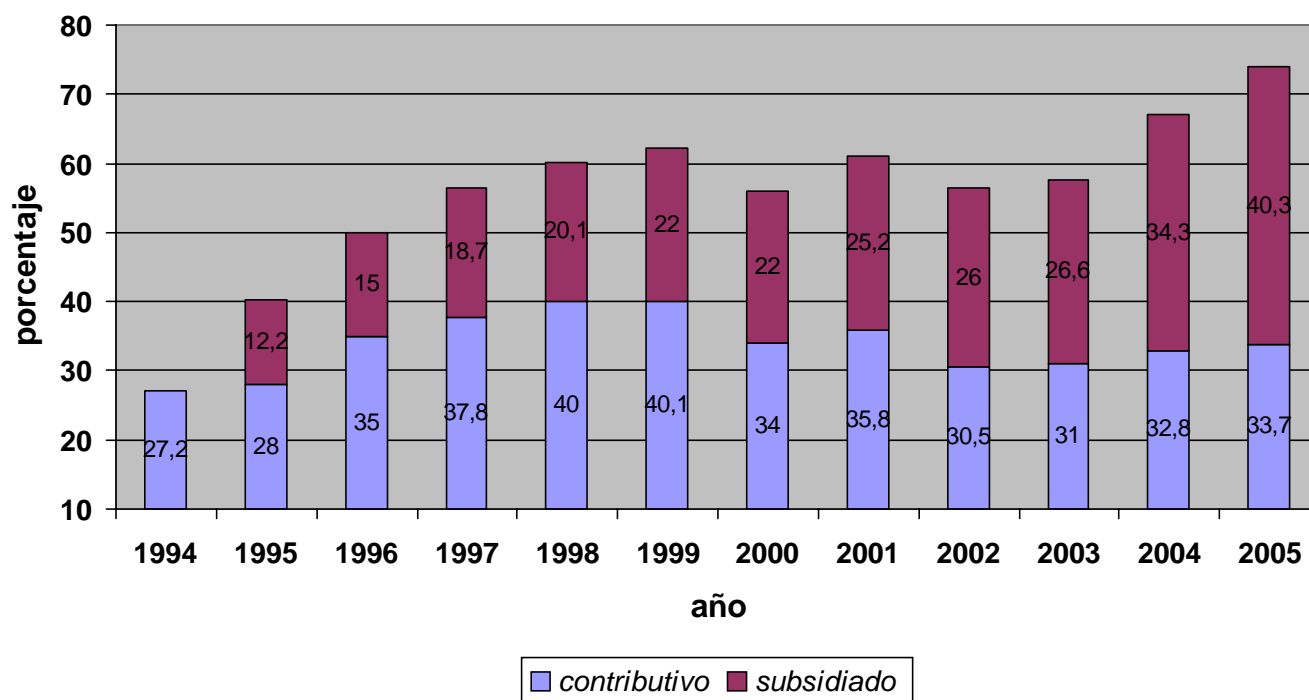
De las cifras mencionadas en la tabla 1, cabe resaltar que la cobertura del régimen contributivo aumentó entre 1997 y 1999 decayendo bruscamente en el año 2000, en aproximadamente 2,2 millones de personas.

En los años posteriores el régimen contributivo ha ido aumentando, pero no de una forma significativa, y hasta el momento no se ha logrado volver a tener el cubrimiento poblacional, ni porcentual del año de 1999.

Como consecuencia de la Reforma de la Seguridad Social, que extendió la cobertura del servicio al núcleo familiar, la población afiliada (cotizantes mas beneficiarios) paso de 10 millones en el año de 1994 a 14 en el año 2000. **(Véase tabla 1).**

Lo anterior Equivale a que el Régimen contributivo logró aumentar su población afiliada a nivel nacional a un promedio aproximado anual de 5 % **(Véase Figura1).**

Figura2 Crecimiento regimen contributivo y subsidiado



Teniendo en cuenta las proyecciones de la población del DANE, el régimen contributivo debía contar para el año 2000 con una población afiliada superior a 29 millones de personas. **(Boletines estadísticos supersalud)**

Pero para poder alcanzar esta cobertura para este año, la población afiliada debería haber aumentado a una tasa promedio anual de 19 % , sin embargo, tal población solo alcanzó un crecimiento promedio de 4.9 % entre 1994 y 1999 con lo cual la cobertura lograda no llegó ni al 50 % de la meta **(Véase tabla 1)** .

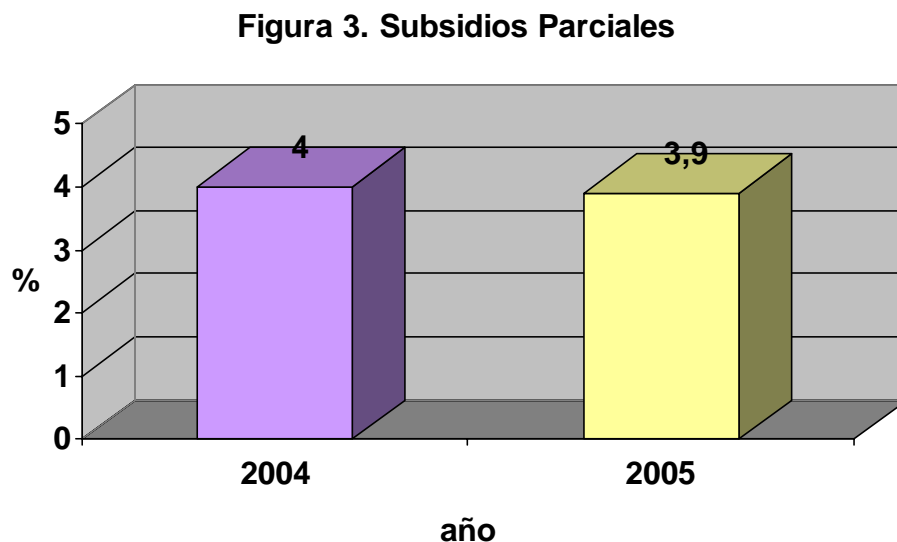
Con los últimos datos disponibles a 2005 la población afiliada al regimen contributivo alcanzo cerca de 16 millones de personas lo que eleva su promedio anual de crecimiento a un 6% **(ver tabla 1)**.

En cuanto al régimen subsidiado la población afiliada ha ido aumentando año tras año, posiblemente dado a los factores de desempleo y desplazamiento de la población por la crisis y violencia colombiana, el año de aumento mas significativo es el 2004 elevándose en un 7.7 % **(Véase figura 2)**

En el año 2004 aparecen los subsidios parciales, los cuales son otorgados a la población de nivel III y IV de sisben, mediante el acuerdo 267 de 2004.

El esquema de subsidios parciales que se implementa por medio del este Acuerdo permite cubrir a un mayor número de personas pero solo garantizándoles la prestación de los servicios de mayor riesgo económico lo que empieza a generar mayor inequidad en el sistema.

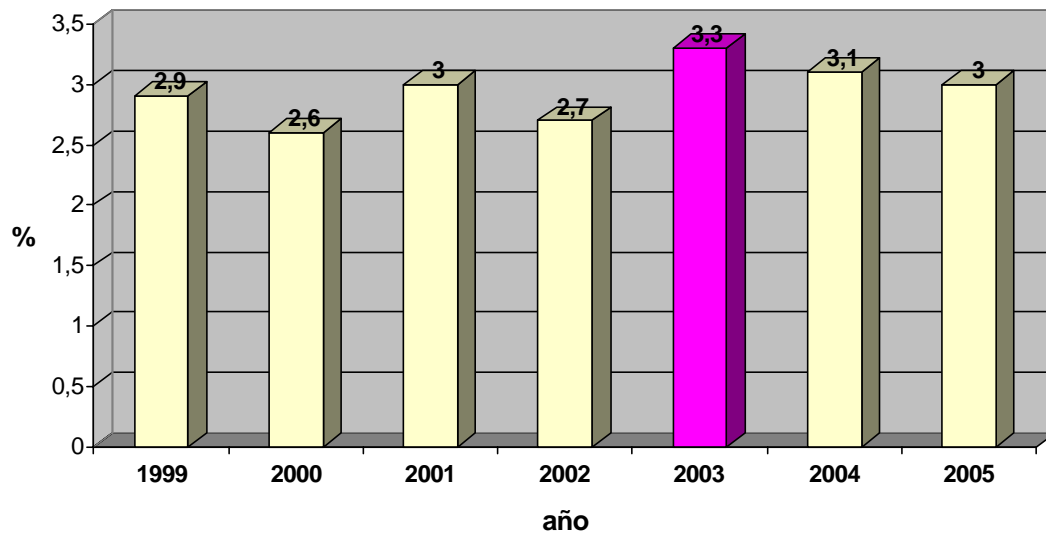
Durante el año 2004 – 2005 la población afiliada a este tipo de subsidio tuvo una leve disminución del 0.1 % **(Figura 3)**



Fuente: Ministerio de Protección Social

En cuanto a los afiliados a los regimenes especiales ellos mantienen una población promedio, se conocen datos oficiales desde el año de 1999 hasta el 2005, los años anteriores carecen de estadísticas oficiales. **(Figura 4)**

Figura 4 REGIMENES ESPECIALES



Fuente: Informes Supersalud

7.2 AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO POR DEPARTAMENTOS 1997 – 2004

AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO DEPARTAMENTOS 1997 - 2004								
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
AMAZONAS	12.217	12.425	14.074	14.074	28,857	29.749	30.059	34,937
ANTIOQUIA	1.014.787	1.087.861	1.107.557	1.112.330	1.164.108	1.198.198	1.230.576	1,601,058
ARAUCA	31.949	51.502	57.839	50.139	72.143	75.054	80.722	134,248
ATLANTICO	220.888	266.115	305.923	293.294	421.544	439.755	458.813	757,667
BOLIVAR	290.636	384.818	447.872	453.287	540.042	556.570	576.568	842,472
BOYACA	385.650	427.956	433.481	434.306	492,043	502.595	511.119	618,703
CALDAS	144.798	179.165	192.599	193.749	241,411	252.195	262.091	304,122
CAQUETA	58.701	100.342	119.178	119.193	137,014	140.276	143.347	170,285
CASANARE	80.886	92.117	94.841	99.387	158,66	155.722	167.493	204,644
CAUCA	275.878	355.018	391.220	400.859	434.504	445.233	455.235	537,644
CESAR	220.853	243.364	270.339	276.966	369,435	376.968	382.977	584,732
CORDOBA	160.019	291.403	336.429	341.581	412,682	424.370	436.052	581,348
CUNDINAMARCA	464.637	546.973	677.423	706.795	725,006	731.280	756.008	990,211
CHOCO	93.094	146.917	164.696	166.465	178,74	181.054	183.177	224,78
GUANIA	3.311	7.909	9.554	9.554	19,13	19.583	19.770	22,19
GUAVIARE	12.911	21.316	22.205	22.205	50,066	51.221	51.927	63,321
HUILA	12.911	21.316	22.205	22.205	50,066	51.221	51.927	63,321
GUAJIRA	89.269	136.976	150.744	155.136	187,719	195.015	215.726	305,591
MAGDALENA	140.773	226.517	276.104	272.701	352812	365.046	377.128	375,539
META	84.260	117.539	139.817	140.356	172,702	178.760	186.307	268,85
NARIÑO	391.944	470.984	509.635	528.044	653,404	698.481	712.483	837,758
NORTE SANTENDER	222.845	253.560	272.284	273.162	325,11	340.583	364.557	469,271
PUTUMAYO	89.492	110.260	111.581	111.586	144,538	146.631	148.575	177,271
QUINDIO	69.745	83.671	183.724	183.724	201,511	205.180	207.996	220,688
RISARALDA	92.738	125.726	111.581	140.669	211,853	219.944	231.622	272,208
SAN ANDRES	10.543	15.577	13.621	13.563	16,925	17.796	18.493	21,305
BOGOTA	910.474	937.646	964.856	1.057.145	1.225,737	1.286.010	1.369.970	1,530,177
SANTANDER	415.450	490.924	497.808	500.316	536,272	552.438	565.315	879,071
SUCRE	136.432	188.738	212.864	212.884	251,425	260.109	266.455	360,042
TOLIMA	202.607	271.210	289.909	292.809	316,425	327.163	338.484	394,681
VALLE	452.571	595.250	613.477	620.174	685,34	719.237	754.913	1,202,383
VAUPES	1.333	7.730	9.866	9.866	20,158	20.579	20.641	21,73
VICHADA	15.468	208.876	21.724	21.724	31,318	33.242	33.949	47,165
TOTAL	7.026.690	8.527.061	9.325.832	9.510.566	11,069,182	11.444.003	11.867.947	15,553,474
Fuente: Informes al Consejo Nacional de Seguridad Social								

7.3 AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO POR DEPARTAMENTOS 1997-1999.

Afiliados regimen contributivo 1997 - 1999						
	Poblacion 97	1997	poblacion 98	1998	poblacion 99	1999
AMAZONAS	64.735	8.449	66.638	10.790	68.569	10.873
ANTIOQUIA	5.143.733	2.618.847	5.222.255	2.685.932	5.300.385	2.776.343
ARAUCA	215.410	26.280	223.681	36.074	232.013	39.305
ATLANTICO	1.990.465	62.475	2.035.351	867.908	2.081.038	884.834
BOLIVAR	1.857.904	29.118	1.904.174	333.953	1.950.627	359.947
BOYACA	1.333.677	234.693	1.344.148	311.188	1.354.669	331.367
CALDAS	1.068.146	286.401	1.081.288	351.407	1.094.451	371.792
CAQUETA	393.957	110.753	401.963	79.082	410.368	78.689
CASANARE	261.576	57.466	269.508	66.962	277.540	72.915
CAUCA	1.192.073	196.539	1.212.777	257.443	1.233.881	267.186
CESAR	909.626	185.372	926.587	147.800	943.892	155.429
CORDOBA	1.278.538	216.895	1.293.439	246.857	1.308.114	259.639
CUNDINAMARCA	2.011.246	774.866	2.055.369	655.987	2.099.193	673.301
CHOCO	404.063	68.448	404.995	42.613	406.091	43.775
GUANIA	33.530	971	34.740	2.738	35.964	2.692
GUAVIARE	107.877	4.701	110.948	5.239	114.083	5.127
HUILA	883.637	253.560	897.165	267.398	910.949	273.623
GUAJIRA	458.511	72.629	466.605	61.615	474.794	72.249
MAGDALENA	1.210.011	90.434	1.235.068	281.970	1.259.923	292.188
META	659.373	276.438	672.761	285.563	686.489	284.955
NARIÑO	1.543.075	203.753	1.572.964	210.040	1.602.933	214.695
NORTE SANTENDER	1.256.713	321.025	1.286.453	404.148	1.316.119	365.982
PUTUMAYO	305.792	16.172	314.571	24.006	323.549	23.341
QUINDIO	530.183	221.098	540.942	201.204	551.746	204.409
RISARALDA	895.443	584.510	911.708	502.723	928.196	509.101
SAN ANDRES	67.612	25.592	69.525	30.695	71.485	31.504
BOGOTA	5.956.995	4.050.768	6.112.196	4.023.927	6.276.428	4.166.075
SANTANDER	1.887.067	743.095	1.912.911	950.039	1.938.910	980.052
SUCRE	749.333	163.084	764.240	110.185	779.370	114.512
TOLIMA	1.285.221	447.328	1.288.982	410.706	1.292.982	414.188
VALLE	3.961.324	2.042.461	4.033.071	2.127.300	4.104.475	2.315.915
VAUPES	27.972	2.078	28.631	2.622	29.295	2.590
VICHADA	74.019	162.175	77.340	94.610	80.491	94.545
sin clasificar		218.647	54.006			
TOTAL	40.018.837	14.558.474	40.827.000	16.090.724	41.539.012	16.693.138
ENTIDADES ADAPTADAS		342.739				
		15.119.860				
Fuente: Informes al Consejo Nacional de Seguridad Social						

7.4 AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO POR DEPARTAMENTOS 2000-2002.

Afiliados Regimen Contributivo 2000 - 2002						
	poblacion 2000	2000	poblacion 2001	2001	poblacion 2002	2002
AMAZONAS	70.489	8.816	74.403	10,961	72.445	7.652
ANTIOQUIA	5.377.854	2.295.676	5.531.893	2.573.688	5.454.871	2.270.494
ARAUCA	240.190	22,792	256.664	24,852	248.440	19.089
ATLANTICO	2.127.567	783,233	2.223.229	872,31	2.174.929	696.476
BOLIVAR	1.996.814	391,716	2.090.322	460,81	2.043.508	358.789
BOYACA	1.365.110	325,455	1.385.184	377,829	1.375.222	288.090
CALDAS	1.107.626	350,642	1.133.791	373,544	1.120.692	280.288
CAQUETA	418.990	67,082	436.860	73,683	427.823	59.515
CASANARE	285.416	58,725	301.387	71,5	293.391	52.212
CAUCA	1.255.333	193,304	1.299.256	218,597	1.277.128	169.252
CESAR	961.535	178,214	997.577	209,66	979.443	161.003
CORDOBA	1.322.852	231,177	1.352.279	240,857	1.337.610	208.315
CUNDINAMARCA	2.142.260	787,728	2.226.236	769,963	2.184.664	650.484
CHOCO	407.357	29,024	410.116	36,566	408.560	22.665
GUANIA	37.162	1,956	39.577	3.090	38.370	1.496
GUAVIARE	117.189	5,959	123.560	8,502	120.361	6.736
HUILA	924.968	254,831	953.426	278,899	939.136	219.430
GUAJIRA	483.107	89,081	500.029	114,525	491.512	80.236
MAGDALENA	1.284.135	236,435	1.332.516	286,457	1.308.494	205.145
META	700.506	272,661	729.023	315,482	714.656	264.031
NARIÑO	1.632.093	195,709	1.690.354	224,963	1.661.323	174.398
NORTE SANTENDER	1.345.697	303,11	1.405.297	341,82	1.375.374	261.631
PUTUMAYO	332.434	31,66	350.705	40,895	341.513	24.322
QUINDIO	562.156	175,424	582.966	186,01	572.565	149.199
RISARALDA	944.296	382,813	976.964	403,912	960.585	328.489
SAN ANDRES	73.465	26,401	77.446	28,17	75.445	20.667
BOGOTA	6.437.842	3.666.739	6.712.247	4.017.113	6.573.291	3.504.401
SANTANDER	1.964.361	725,602	2.014.590	775,976	1.989.666	627.129
SUCRE	794.631	113,067	824.668	95,508	809.647	96.606
TOLIMA	1.296.942	348,092	1.304.950	374,633	1.300.944	295.015
VALLE	4.175.515	1.734.063	4.318.191	1.848.772	4.246.896	1.657.066
VAUPES	29.942	513	26.573	1,284	26.026	1.408
VICHADA	83.467	7,327	88.899	8,964	86.296	3.734
sin clasificar		30,972		41,375	64	
TOTAL	42.299.301	14.325.999	43.771.178	15.711.170	43.030.890	13.165.463
Fuente: Informes al Consejo Nacional de Seguridad Social						

7.5 AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO POR DEPARTAMENTOS 2002-2004.

Afiliados Regimen Contributivo 2002 - 2004				
	poblacion 2003	2003	poblacion 2004	2004
AMAZONAS	76.381	7.461	78.403	6.418
ANTIOQUIA	5.608.821	2.389.294	5.685.198	2.625.609
ARAUCA	264.888	20.013	273.136	17.441
ATLANTICO	2.272.170	734.659	2.321.446	762.173
BOLIVAR	2.137.255	380.103	2.184.227	401.957
BOYACA	1.394.952	291.878	1.404.309	284.328
CALDAS	1.146.847	288.428	1.159.778	319.841
CAQUETA	446.085	58.844	455.508	59.582
CASANARE	309.398	54.732	317.406	54.176
CAUCA	1.321.704	180.306	1.344.487	192.678
CESAR	1.015.891	169.419	1.034.435	188.902
CORDOBA	1.367.009	214.546	1.381.851	208.437
CUNDINAMARCA	2.266.805	725.421	2.305.535	724.557
CHOCO	411.842	23.607	413.905	21.580
GUANIA	40.786	1.321	41.990	1.054
GUAVIARE	126.795	6.490	130.076	7.495
HUILA	967.833	221.369	614.631	208.224
GUAJIRA	508.650	82.025	517.359	82.495
MAGDALENA	1.356.555	214.882	1.380.971	224.540
META	743.600	272.321	758.316	256.215
NARIÑO	1.719.157	179.396	1.747.973	185.490
NORTE SANTENDER	1.435.235	266.251	1.464.956	273.394
PUTUMAYO	359.990	24.538	369.357	22.958
QUINDIO	593.220	153.379	603.185	170.702
RISARALDA	993.331	340.673	1.009.556	374.601
SAN ANDRES	79.459	22.605	81.453	21.796
BOGOTA	6.865.997	3.643.301	7.029.928	4.091.027
SANTANDER	2.039.335	651.156	2.063.451	734.810
SUCRE	839.771	96.814	854.948	95.822
TOLIMA	1.308.943	303.287	1.312.703	302.296
VALLE	4.389.486	1.783.076	4.460.850	1.933.976
VAUPES	31.875	1.142	32.510	491
VICHADA	91.357	2.464	93.745	2.158
sin clasificar	11		367.371	
TOTAL	44.531.434	13.805.201	45.294.953	14.857.250

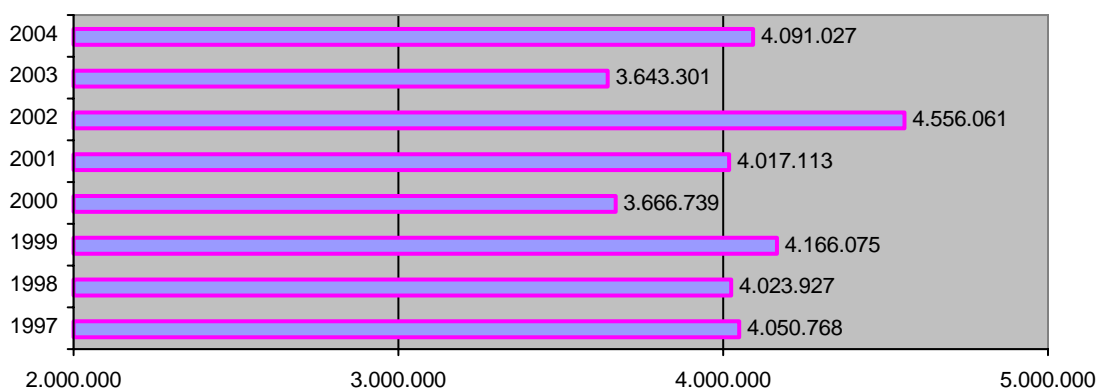
Fuente: Informes al Consejo Nacional de Seguridad Social

8 COBERTURA NACIONAL DE AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL POR DEPARTAMENTOS

8.1 BOGOTA

La ciudad de Bogotá durante los años 1997 – 2000 ocupó el primer lugar de cobertura nacional, en los años siguientes paso a segundo lugar por la perdida de afiliados al régimen contributivo.

REGIMEN CONTRIBUTIVO (Figura 5)



Fuente Supersalud

REGIMEN SUBSIDIADO (Figura 6)

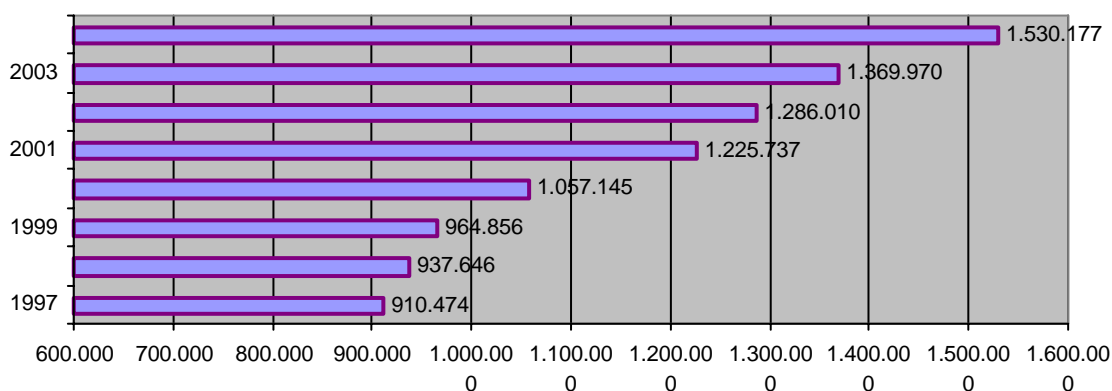


TABLA 6: TOTAL AFILIADOS A REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA 1997-2004

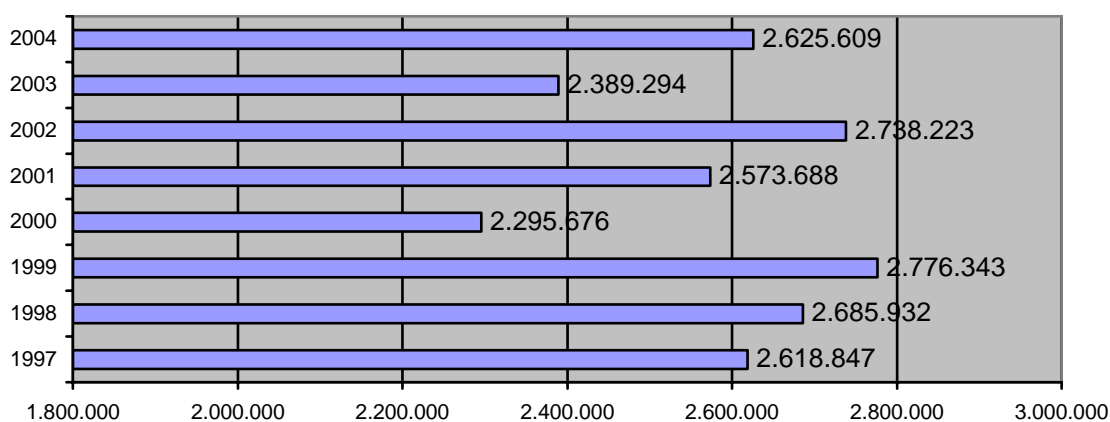
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	68%	65 %	66.3%	56.9%	59.9%	53.3%	53%	58%
Subsidiado	13.3%	15.3%	15.3%	16.4%	18.2%	19.5%	20%	22%
Posición Departamental	1	1	1	1	2	2	2	2

Tabla propia de los Autores

8.2. ANTIOQUIA

El departamento antioqueño siempre se ha encontrado entre las primeras posiciones de cobertura, gracias a su gran comercio e industrialización

CONTRIBUTIVO (Figura 7)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 8)

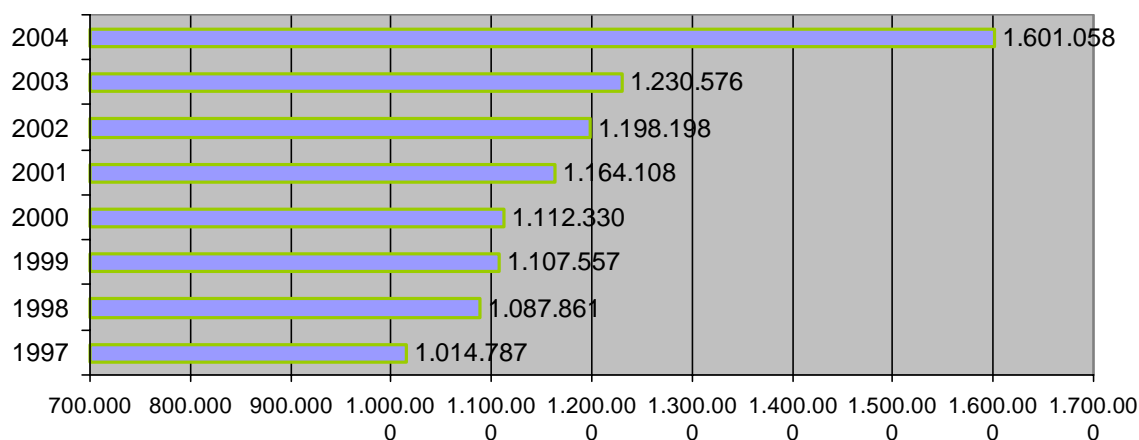


TABLA 7: TOTAL AFILIADOS A REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 1997-2004

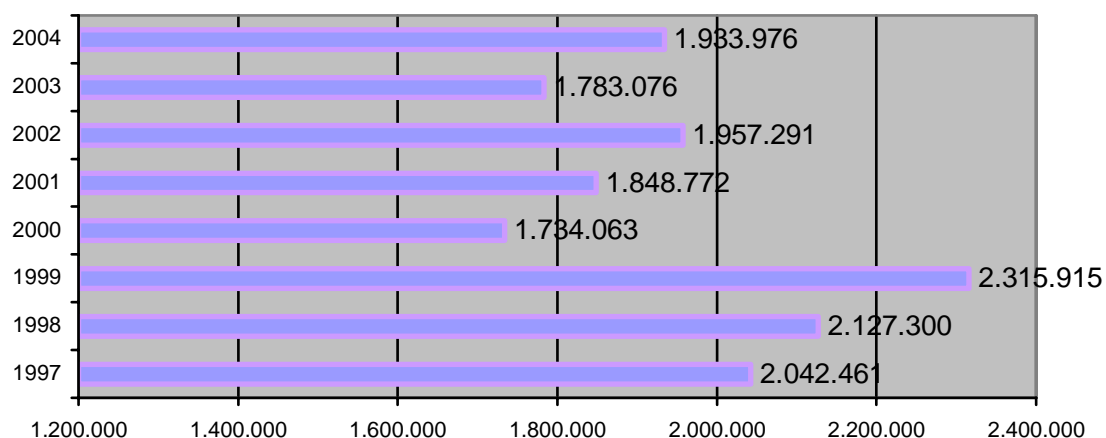
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	51%	51%	52%	43%	46%	42%	43%	46%
Subsidiado	20%	21%	21%	21%	21%	22%	22%	28%
Posición Departamental	3	3	3	5	4	4	4	6

Tabla propia de los Autores

8.3. VALLE DEL CAUCA

La cobertura de afiliación mas grande para el regimen Contributivo de este departamento se presentó en el año de 1999, pero de este año en adelante tuvo un descenso progresivo.

CONTRIBUTIVO (Figura 9)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 10)

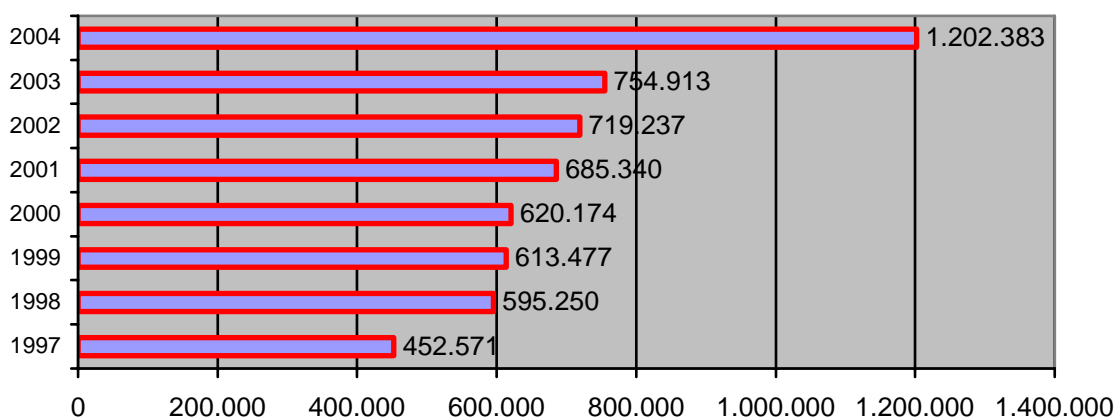


TABLA 8: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE 1997 - 2004

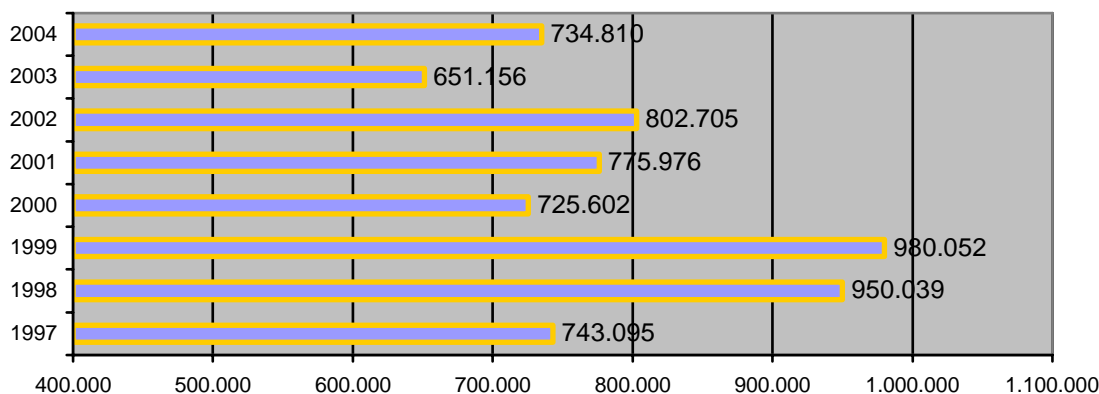
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	51.5%	53%	56%	42%	43%	40%	40%	43%
Subsidiado	11.5%	15%	15%	15%	16%	17%	17%	26%
Posición Departamental	4	5	4	8	11	11	12	8

Tabla propia de los Autores

8.4. SANTANDER

El departamento de Santander presenta un gran descenso de los afiliados de régimen contributivo para el año 2000 ya que perdió el 10% con respecto al año anterior.

CONTRIBUTIVO (Figura 11)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (1 Figura 2)

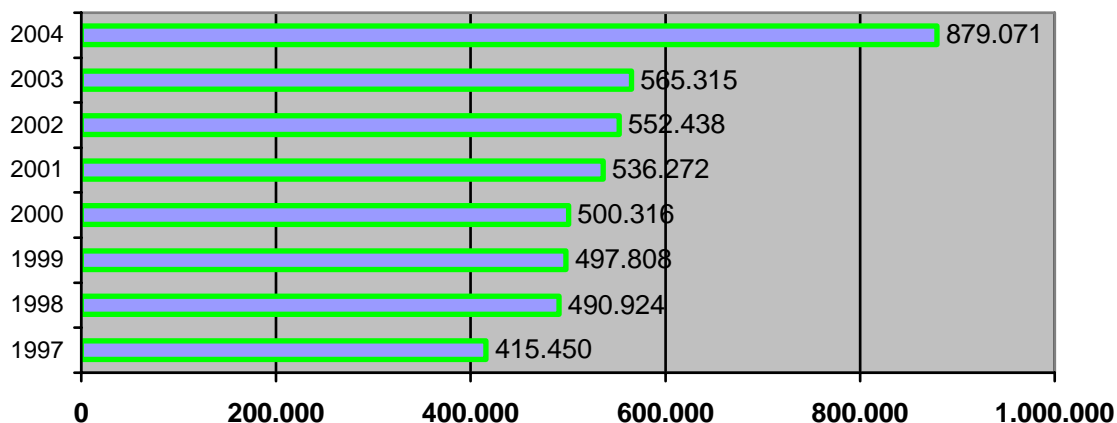


Tabla 9 TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER 1997-2004

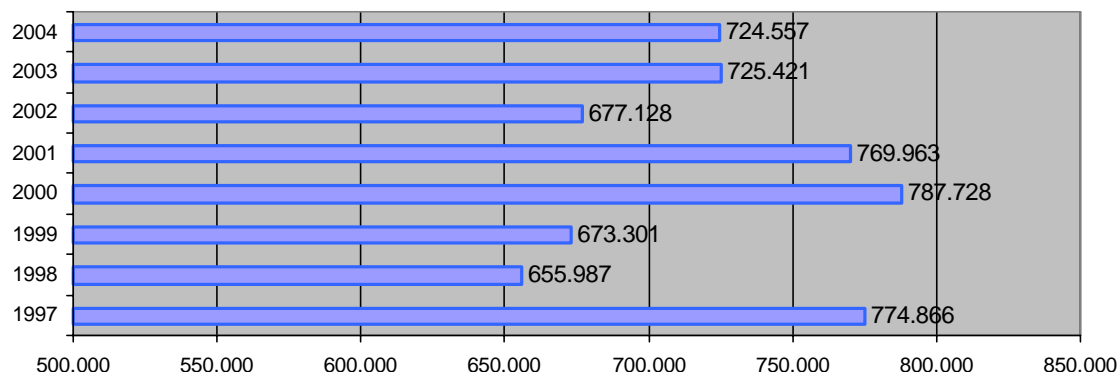
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	40%	50%	50%	40%	39%	32%	32%	36%
Subsidiado	22%	26%	26%	25%	27%	28%	28%	42%
Posición Departamental	5	2	2	4	8	8	8	3

Tabla propia de los Autores

8. 5. CUNDINAMARCA

Con el transcurso de los años el departamento de Cundinamarca ha aumentado los afiliados a régimen contributivo pero es en los años 2003 a 2004 donde la cobertura de afiliados a régimen subsidiado incremento en un 10%.

CONTRIBUTIVO (Figura 13)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 14)

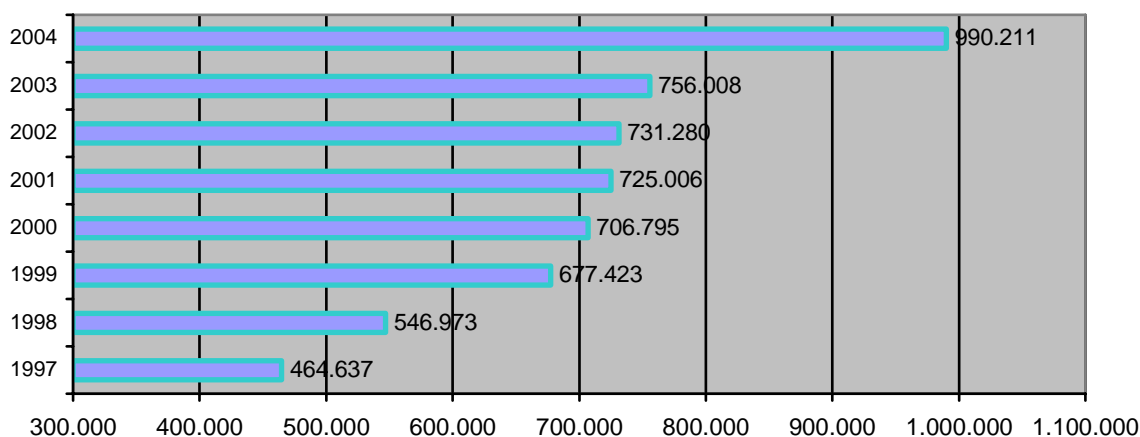


TABLA 10 TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA 1997-2004

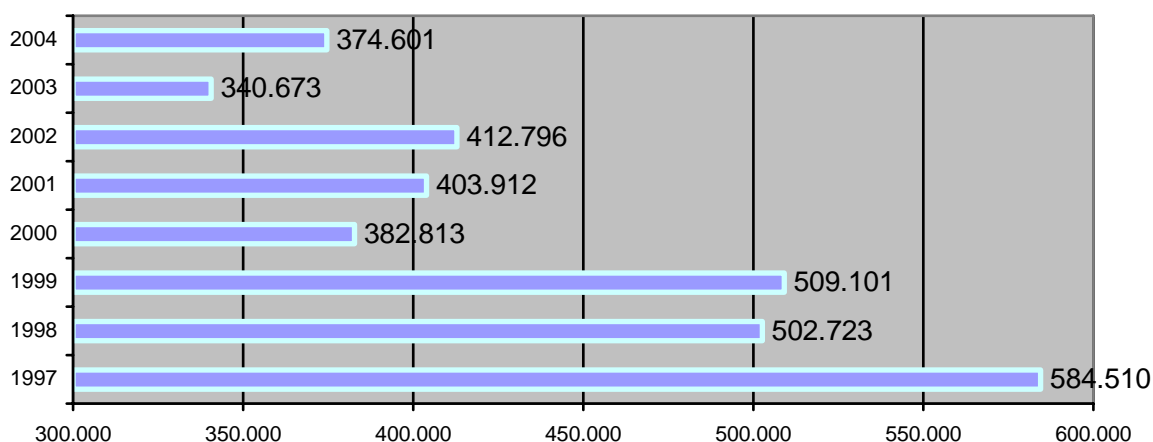
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	39%	32%	32%	37%	34%	30%	32%	31%
Subsidiado	23%	27%	32%	33%	32%	33%	33%	43%
Posición Departamental	6	8	7	2	7	5	5	5

Tabla propia de los Autores

8. 6. RISARALDA

Por la crisis del desempleo y la violencia el departamento de Risaralda año tras año esta perdiendo el número de afiliados a régimen contributivo pero a su vez aumenta el número de afiliados a subsidiado.

CONTRIBUTIVO (Figura 15)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (1 Figura 6)

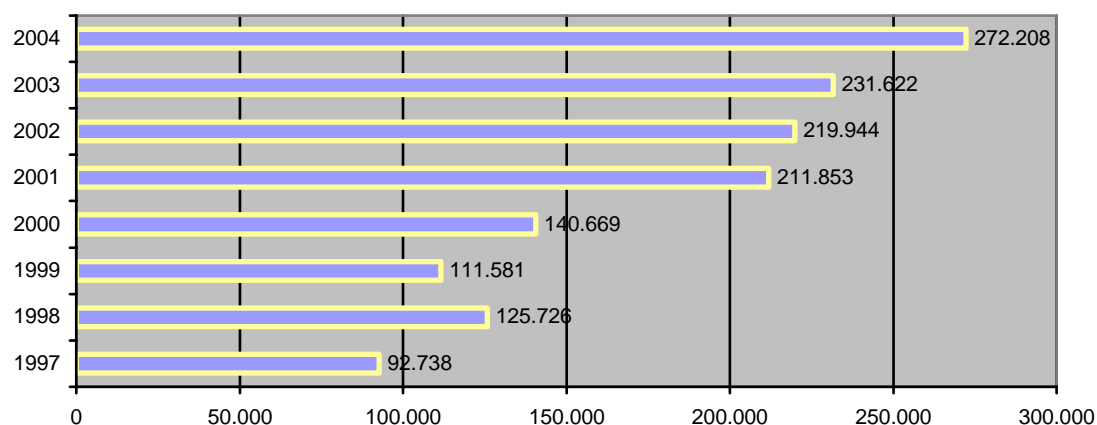


TABLA 11 TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA 1997 - 2004

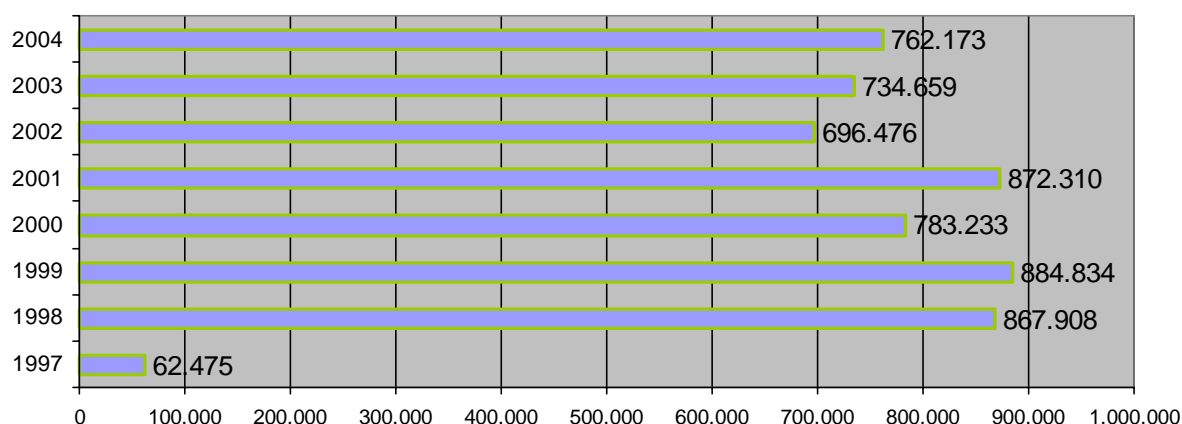
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	65%	55%	55%	41%	41%	35%	34%	37%
Subsidiado	10%	14%	12%	15%	21%	23%	23%	27%
Posición Departamental	2	4	6	10	20	9	11	14

Tabla Propia de los Autores

8.7. ATLANTICO

Las estadísticas del departamento del Atlántico para el año 1997 no son muy claras para régimen contributivo, ya que el numero de afiliados que presentan es muy bajo, es a partir de 1998 que esta cifra se incrementa.

CONTRIBUTIVO (Figura 17)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 18)

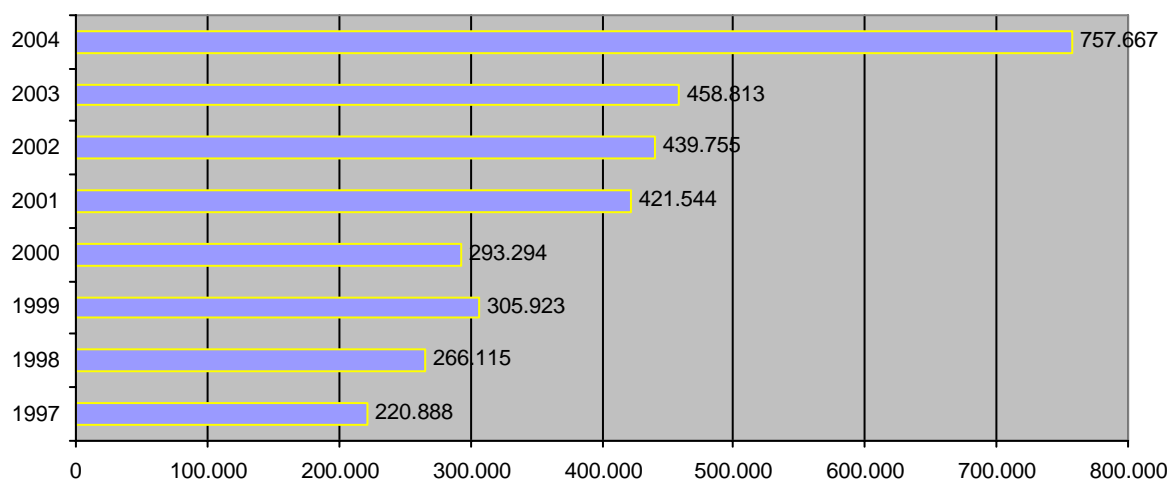


TABLA 12 TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO 1997- 2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	3%	43%	43%	37%	39%	32%	32%	33%
Subsidiado	11%	13%	15%	14%	19%	20%	20%	32%

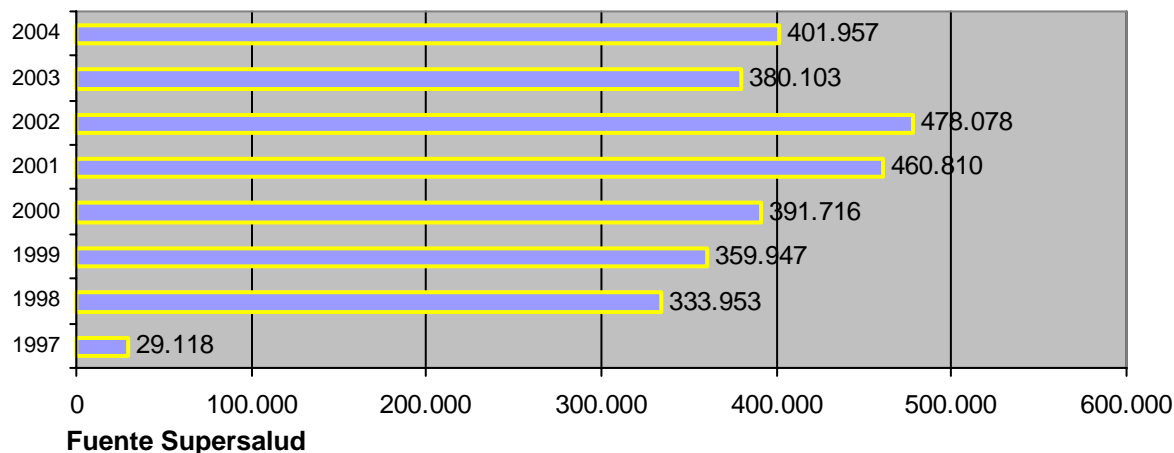
Posición Departamental 30 10 11 13 13 16 15 11

Tabla propia de los Autores

8. 8. BOLIVAR

El dato de afiliados a régimen contributivo para el año de 1997 no es bastante claro en las estadísticas, ya que el numero de afiliados con respecto a la población total es tan solo del 1.5%

CONTRIBUTIVO (Figura 19)



SUBSIDIADO (Figura 20)

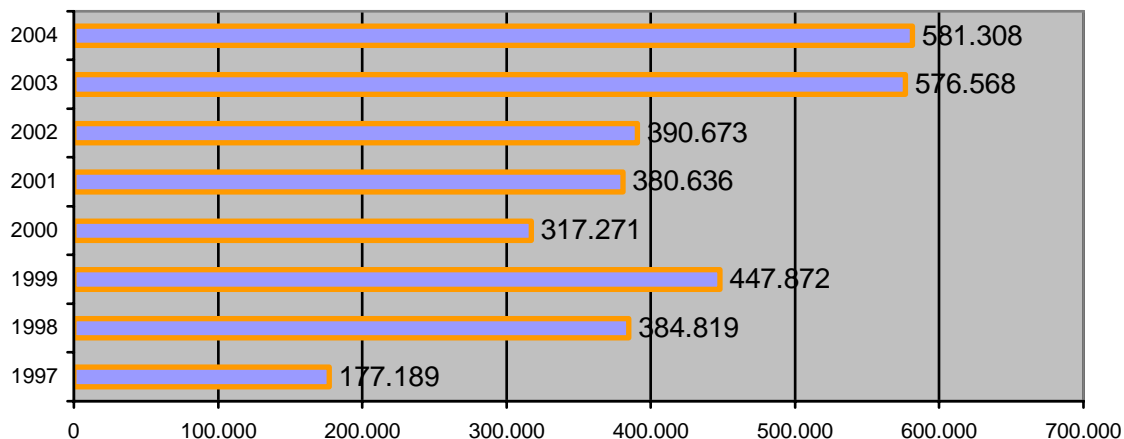


TABLA 13: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR 1997 - 2004

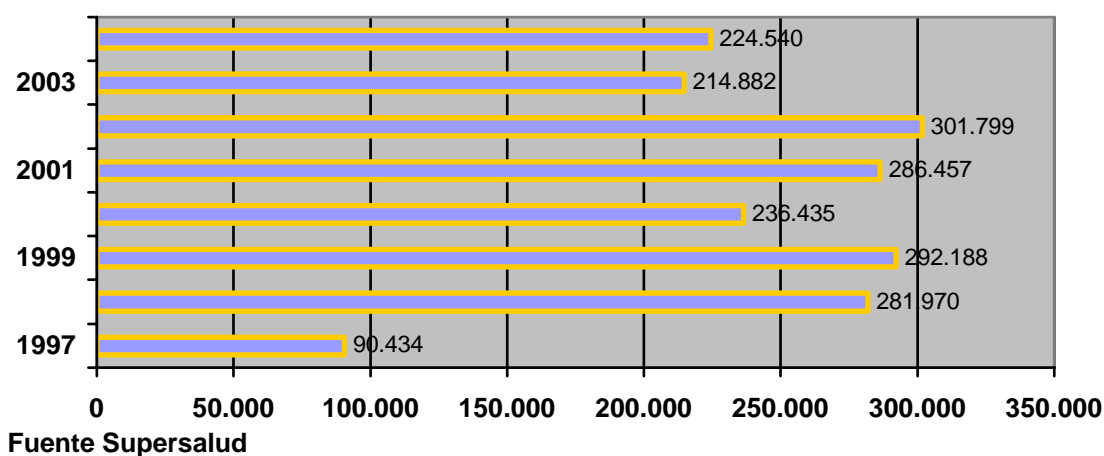
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo		17%	18%	20%	22%	17%	18%	18%
Subsidiado	16%	20%	23%	23%	26%	27%	27%	39%
Posición Departamental	28	26	27	23	26	29	27	18

Tabla propia de los Autores

8.9. MAGDALENA

El departamento tiene un aumento considerable de afiliación a régimen contributivo en 1998 ya que este aumento en un 15 %, pero en los años 2002-2004 este bajo en un 5%.

CONTRIBUTIVO (Figura 21)



SUBSIDIADO (Figura 22)

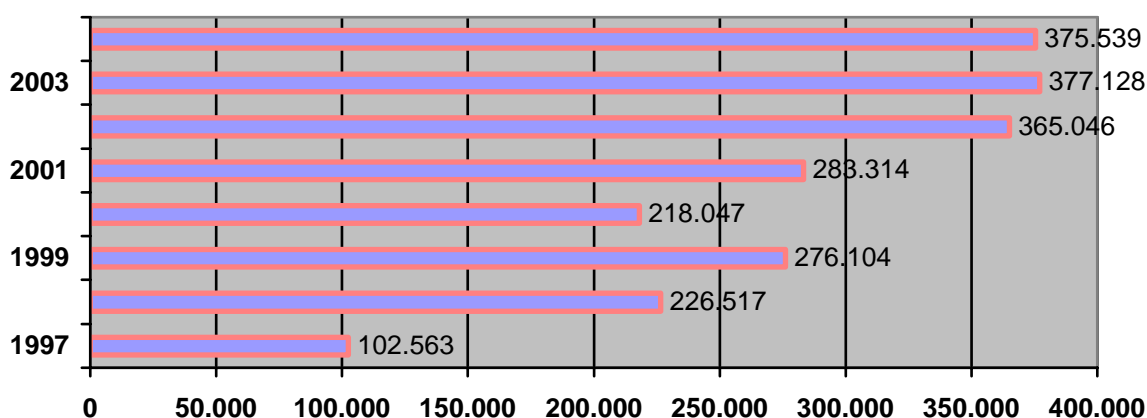


TABLA 14: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO

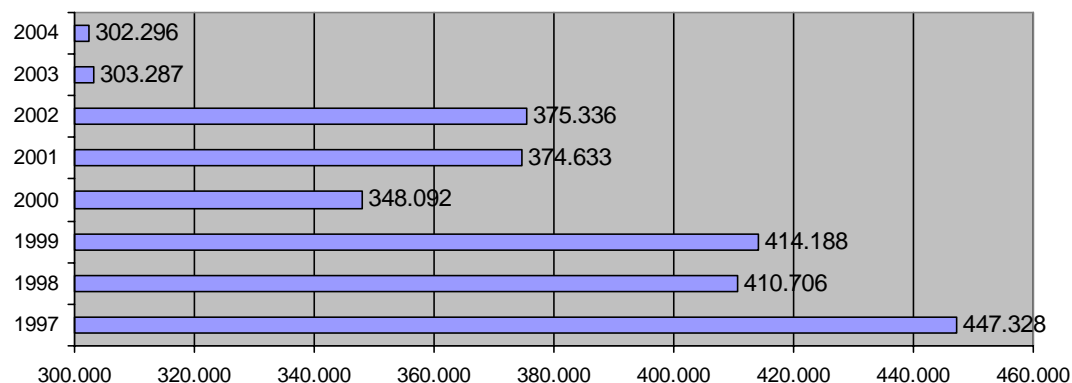
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	8%	23 %	23%	18%	21%	16%	16%	16%
Subsidiado	11%	18%	22%	21%	26%	28%	28%	27%
Posición Departamental	27	23	21	27	28	28	28	31

Tabla propia de los Autores

8. 10. TOLIMA

Las graficas del departamento de Tolima nos muestran un leve aumento en cada año para régimen subsidiado, y una disminución en contributivo.

CONTRIBUTIVO (Figura 23)



Fuente Supersalud

SUBIDIADO (2 Figura 4)

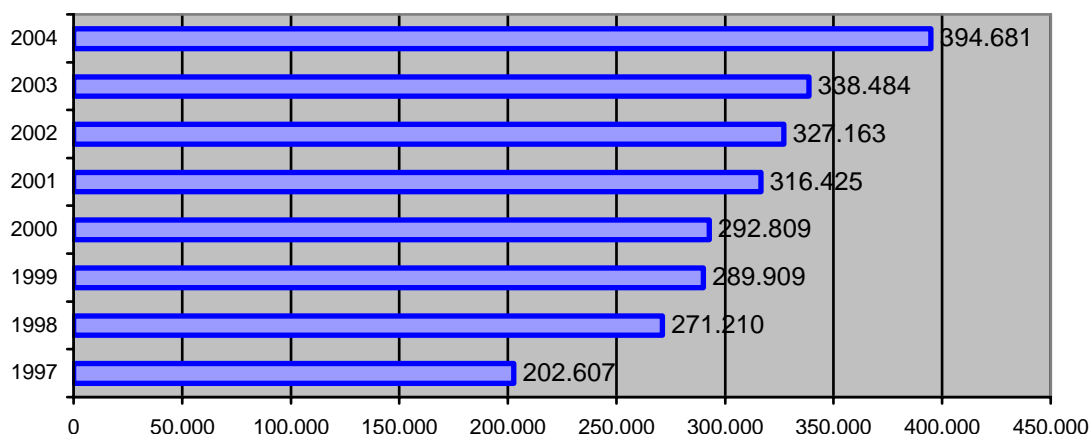


TABLA 15: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 1997- 2004

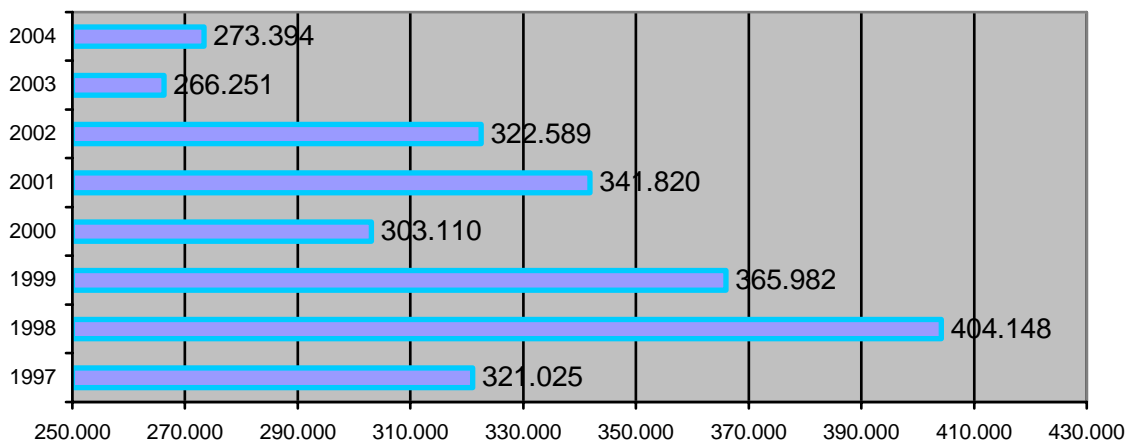
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	35%	32%	32%	27%	29%	22%	23%	23%
Subsidiado	15%	21%	22%	22%	24%	25%	26%	30%
Posición Departamental	12	12	13	15	16	22	19	25

Tabla propia de los Autores

8. 11. NORTE DE SANTANDER

En el año 2004 Santander es el departamento con menor cobertura de afiliación a nivel nacional.

CONTRIBUTIVO (Figura 25)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (2 Figura 6)

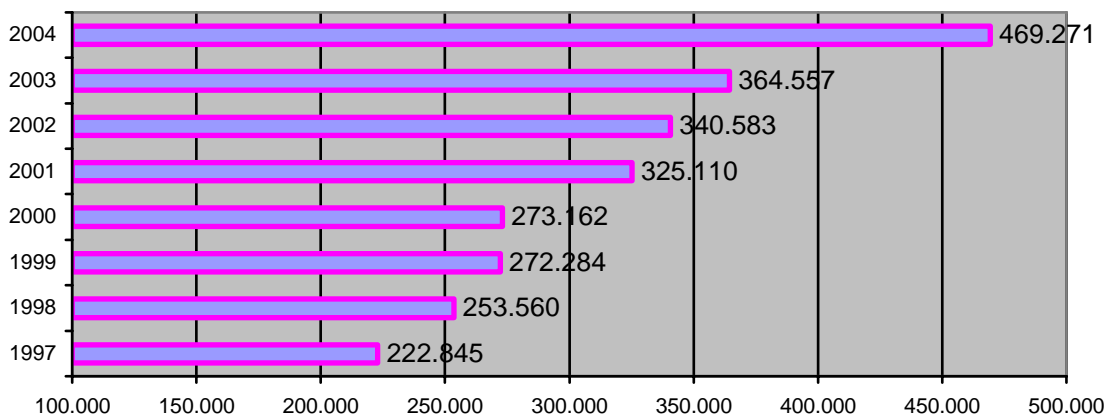


TABLA 16: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER 1997 - 2004

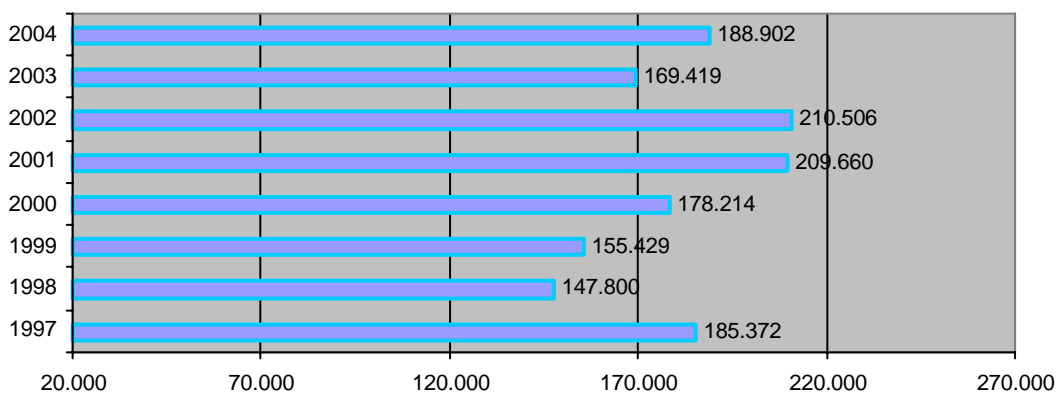
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	25%	31%	28%	22%	24%	20%	18%	19%
Subsidiado	17%	20%	21%	20%	23%	24%	25%	32%
Posición Departamental	11	15	18	24	27	27	29	32

Tabla propia de los Autores

8.12. CESAR

El departamento del Cesar para el año 2004 presenta un elevado crecimiento del régimen subsidiado este es del 19%

CONTRIBUTIVO (Figura 27)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 28)

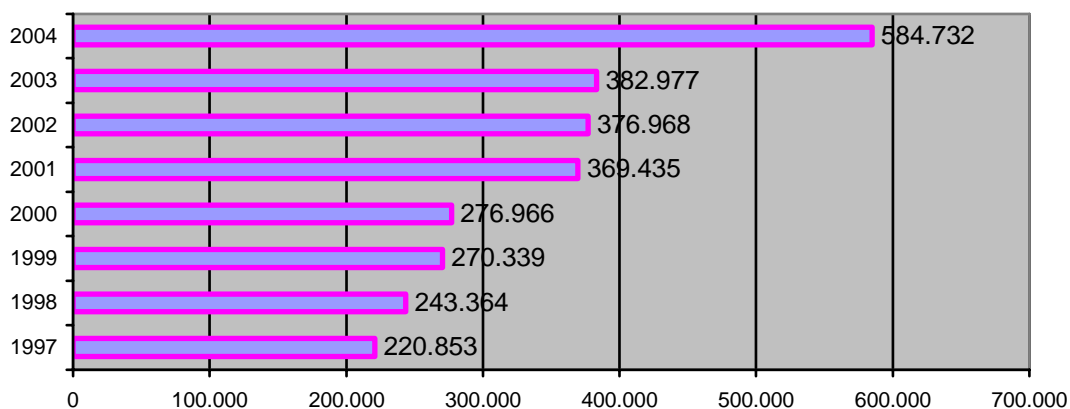


TABLA 17: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR 1997 - 2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	20%	16%	16%	18%	21%	16%	16%	18%
Subsidiado	24%	26%	28%	29%	37%	38%	37%	56%

Posición

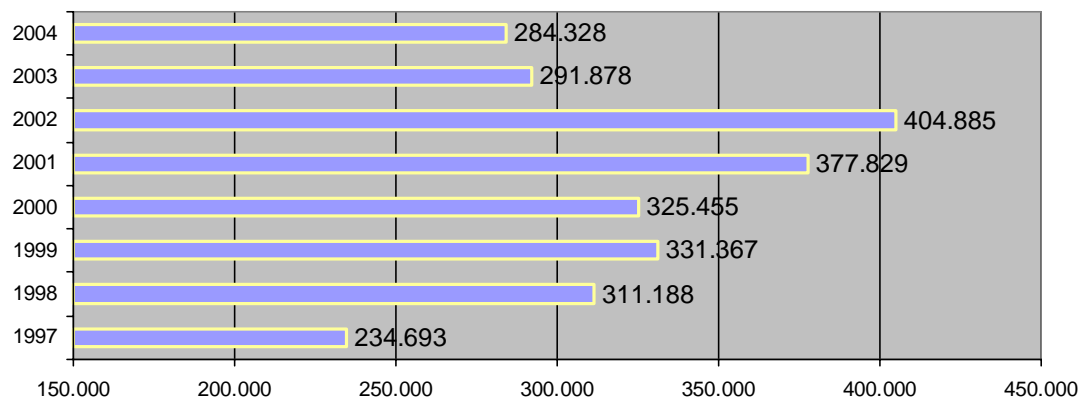
Departamental 14 13 23 19 12 14 13 13

Tabla propia de los Autores

8.13. BOYACA

El régimen contributivo para el departamento de Boyacá tiene un crecimiento del 3% para el año 2001 con respecto al año anterior. Es en el 2001 donde el régimen contributivo alcanza su mayor cobertura porcentual.

CONTRIBUTIVO (Figura 29)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 30)

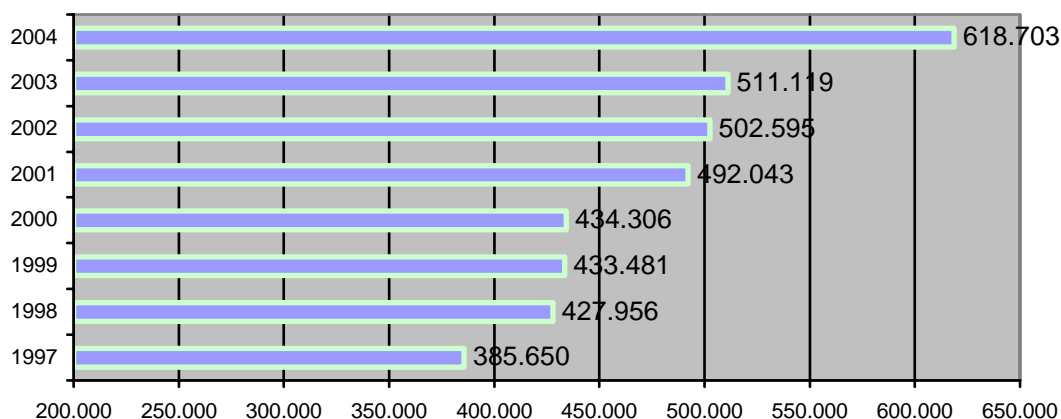


TABLA 17 TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	17%	23%	24%	24%	27%	21%	21%	21%
Subsidiado	29%	32%	32%	32%	35%	36%	36%	44%

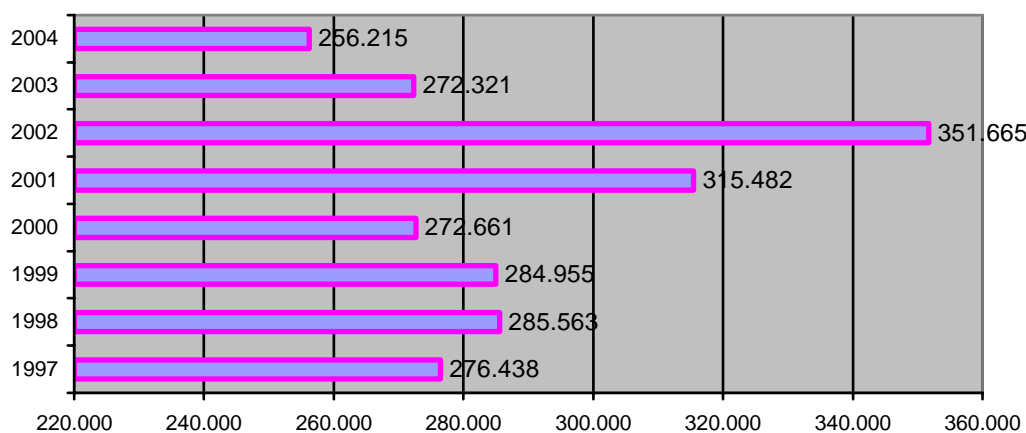
Posición Departamental 13 11 12 9 9 10 10 10

Tabla propia de los Autores

8.14. META

Con respectó al numero de afiliados y la población total del departamento del Meta este presenta la mayor cobertura en contributivo en el año 2002, aunque porcentualmente no sea la cifra mas elevada.

CONTRIBUTIVO (Figura 31)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 32)

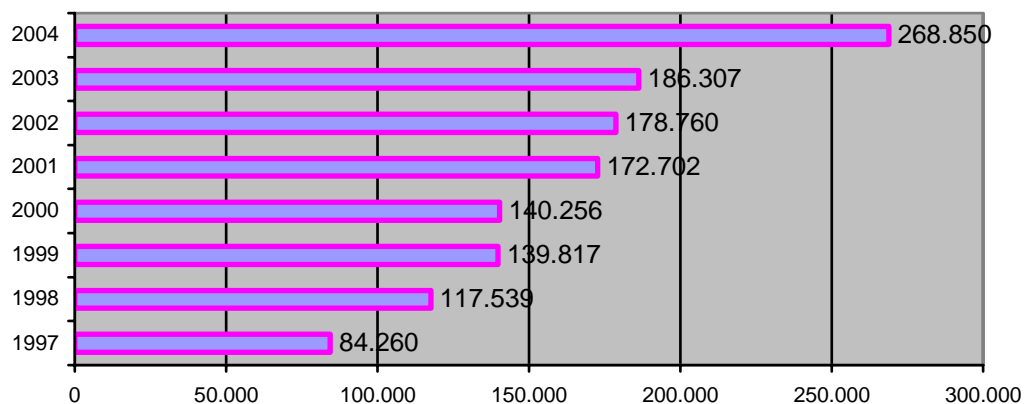


TABLA 19 TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL META 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	42%	42%	41%	39%	43%	37%	37%	34%
Subsidiado	12%	17%	20%	20%	23%	25%	25%	35%

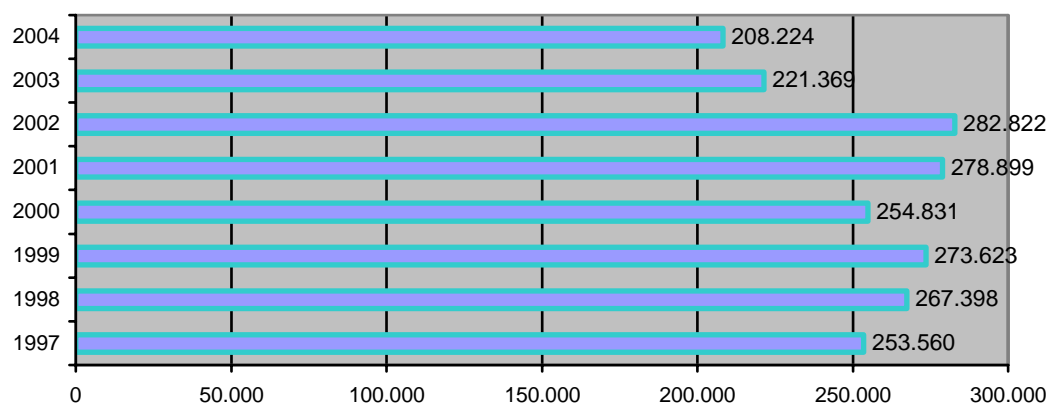
Posición
Departamental

Tabla propia de los autores

8.15. HUILA

El departamento del Huila siempre se ha encontrado entre las últimas posiciones de cobertura ya que es el que menos afiliados tiene, esto posiblemente se deba a la violencia de este departamento

CONTRIBUTIVO (3 Figura 3)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 34)

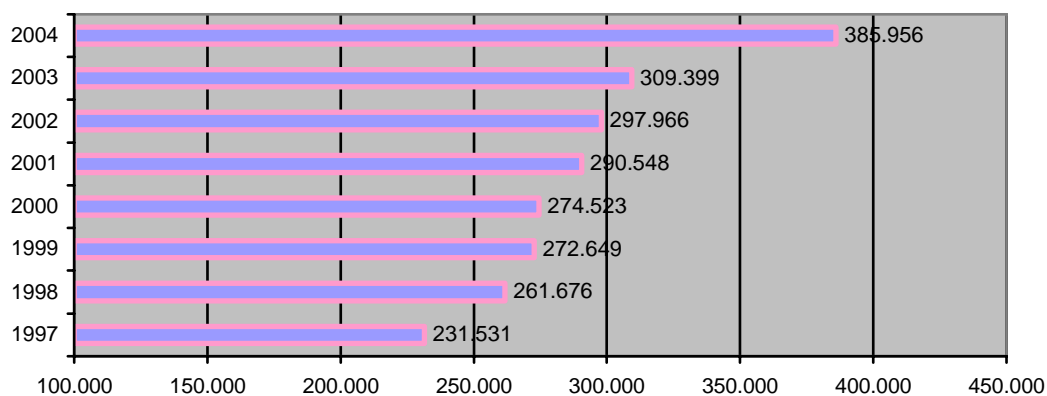


TABLA 20: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA 1997-2004

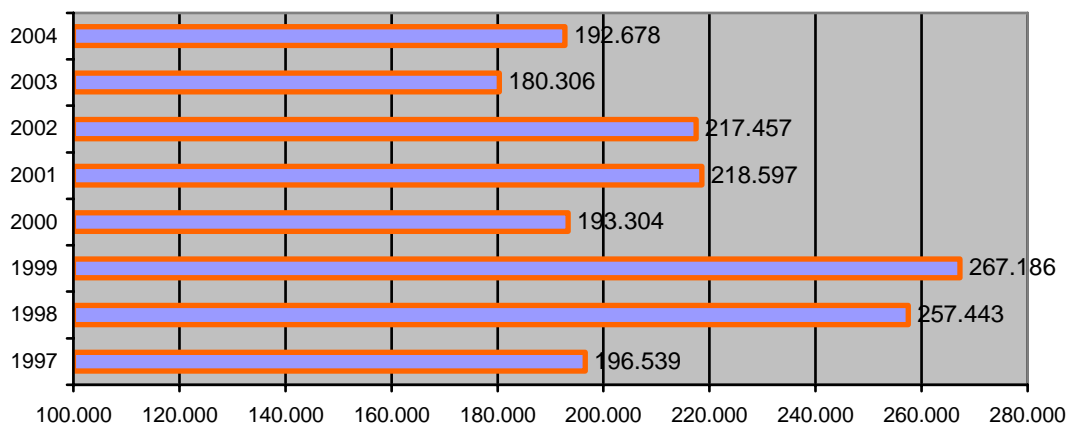
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	29%	30%	30%	27%	30%	23%	23%	34%
Subsidiado	2%	2%	3%	3%	5%	5%	5%	10%
Posición Departamental	24	30	30	30	32	32	32	30

Tabla propia de los autores.

8. 16. CAUCA

Cauca alcanzó una cobertura total de afiliación del 54% para el 2004, cifra muy significativa ya que para el año 1997 solo contaba con el 39 % de afiliación total.

CONTRIBUTIVO ('Figura 35)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 36)

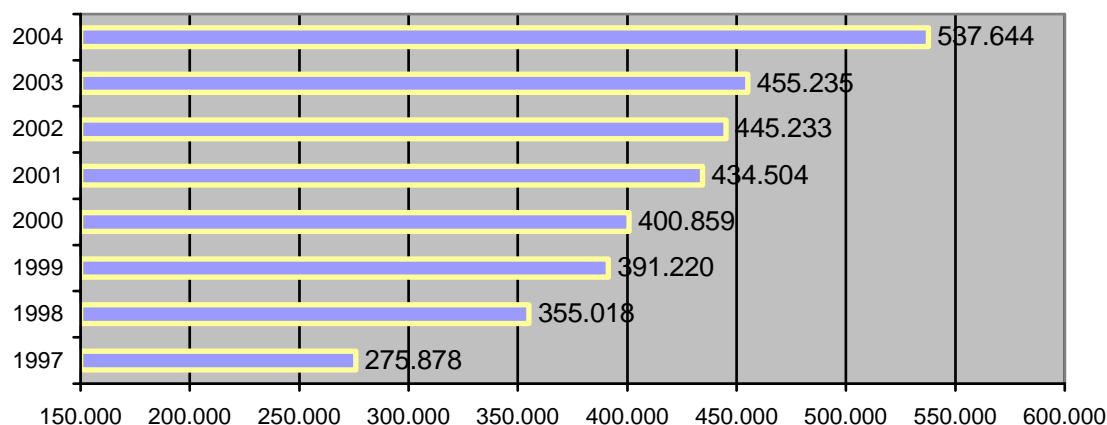


TABLA 21: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	16%	21%	21%	15%	17%	13%	13%	14%
Subsidiado	23%	29%	31%	32%	33%	35%	34%	40%

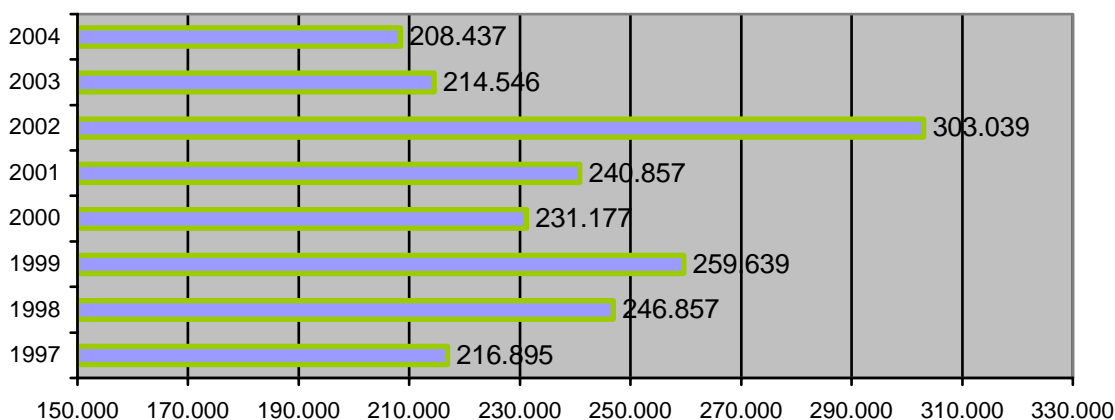
Posición Departamental 19 16 14 18 23 21 23 20

Tabla propia de los autores

8.17. CORDOBA

Desde 1997 hasta el año 2004 Córdoba ha tenido aproximadamente un aumento del 3% por año a régimen subsidiado, teniendo un aumento final para el año 2004 de un 10%

CONTRIBUTIVO (Figura 37)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 38)

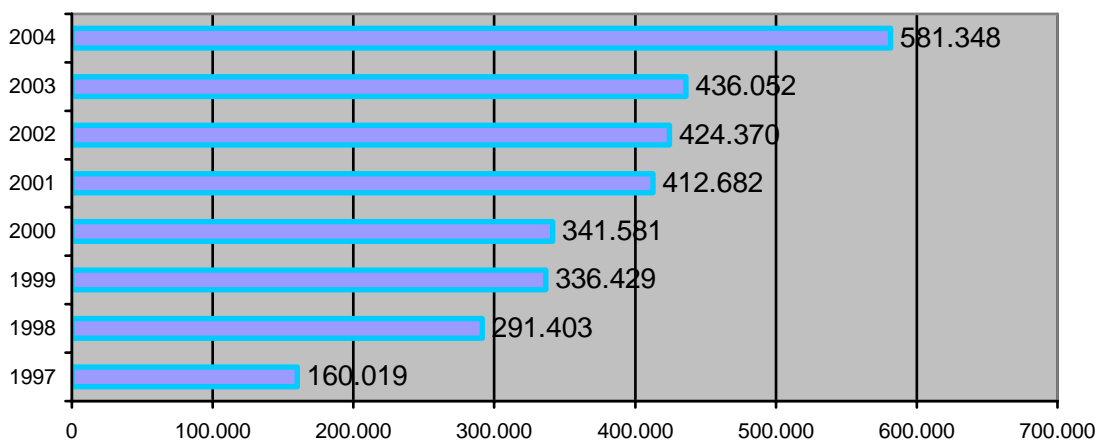


TABLA 22: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	17%	19%	20%	17%	18%	15%	16%	15%
Subsidiado	12%	22%	25%	26%	30%	31%	32%	42%

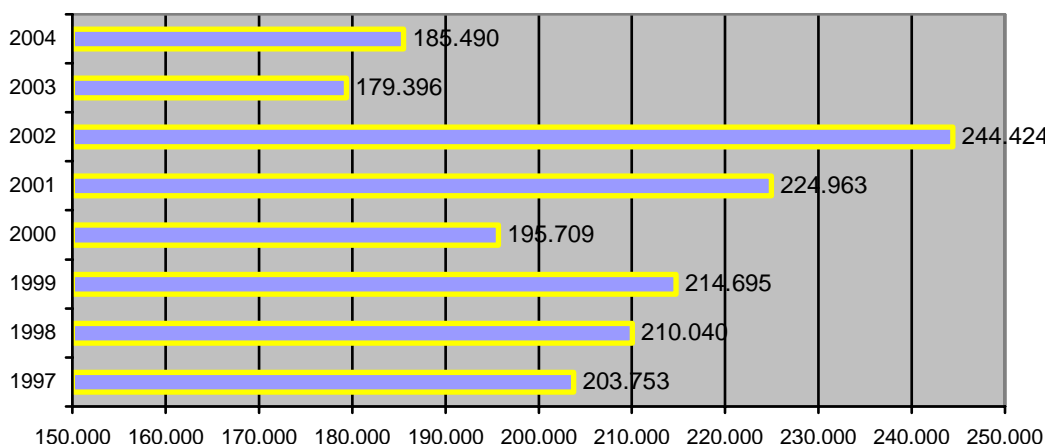
Posición Departamental 25 22 20 22 25 25 20 17

Tabla propia de los autores

8. 18. NARIÑO

La cobertura de régimen contributivo para finales del año 2004 tan solo alcanzó a ser del 10% pero para subsidiado esta alcanzó el 48 % del total de la población.

CONTRIBUTIVO (Figura 39)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 40)

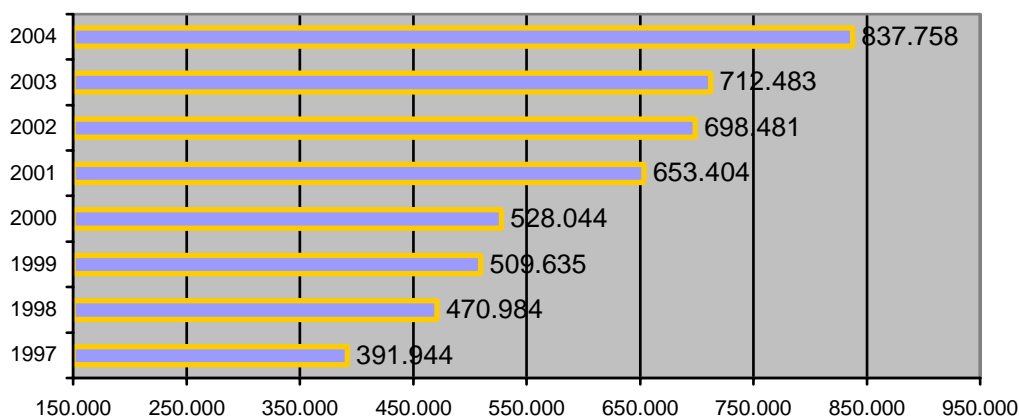


TABLA 23: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	13%	13%	13%	12%	13%	10%	10%	10%
Subsidiado	25%	30%	31%	32%	38%	42%	41%	48%

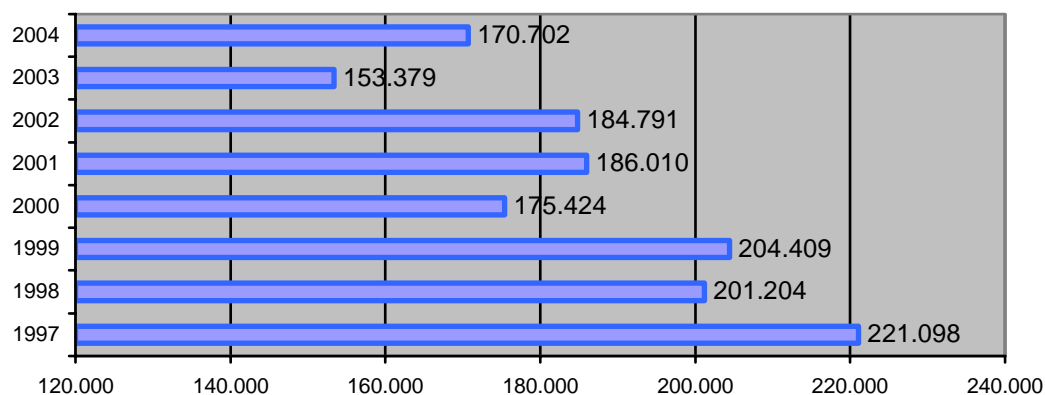
Posición Departamental 20 29 22 21 21 15 16 16

Tabla propia de los Autores.

8. 19. QUINDIO

El régimen subsidiado para este departamento tuvo una gran alza del 18 % para el año de 1999 con respecto al año anterior.

CONTRIBUTIVO (Figura 41)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 42)

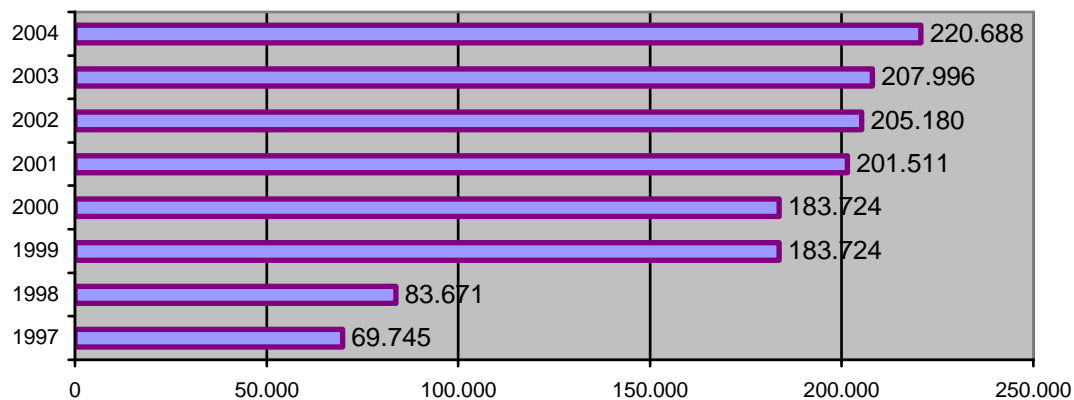


TABLA 24:: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 1997-2004

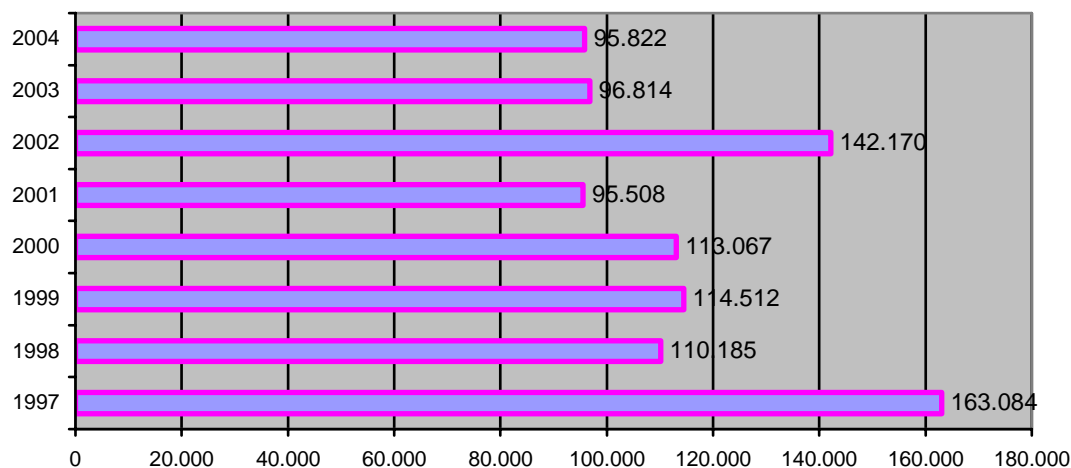
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	42%	37%	37%	31%	32%	26%	26%	28%
Subsidiado	13%	15%	33%	32%	34%	35%	35%	36%
Posición Departamental	8	14	5	6	5	7	7	12

Tabla propia de los Autores

8. 20. SUCRE

En el transcurso de 8 años el departamento de Sucre aumentó su cobertura de régimen contributivo en un 24%

CONTRIBUTIVO (Figura 43)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (4 Figura 4)

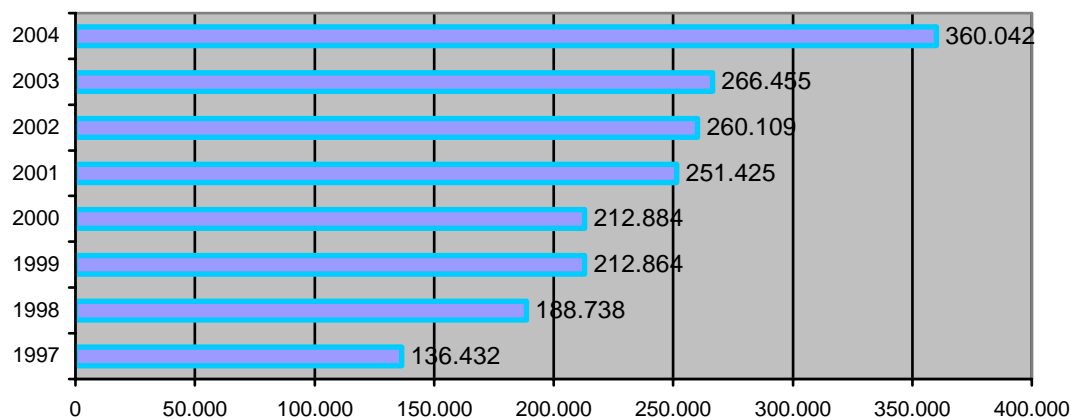


TABLA 25: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE SUCRE 1997-2004

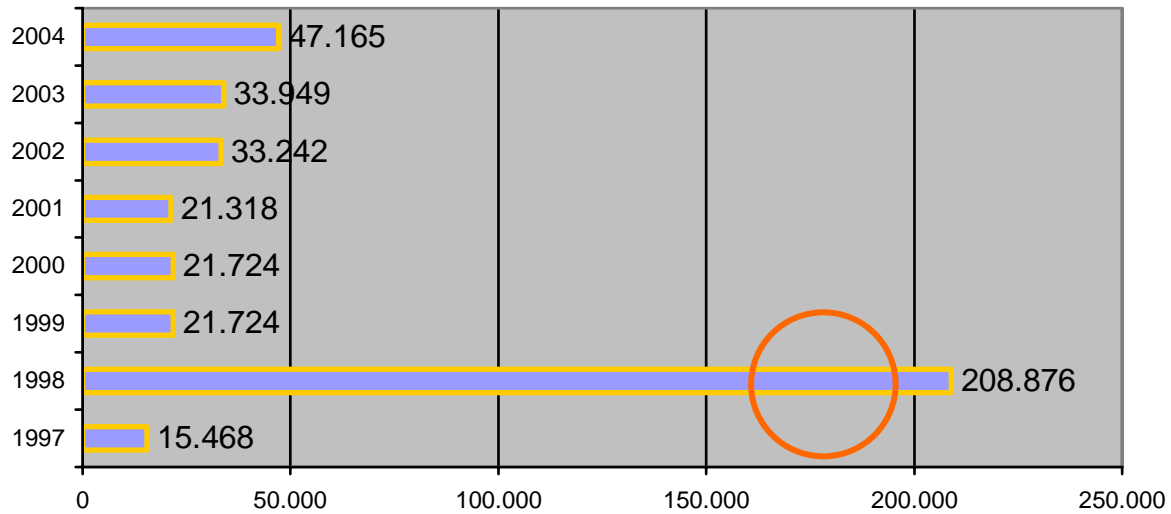
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	22%	14%	15%	14%	11%	11%	11%	11%
Subsidiado	18%	24%	27%	26%	30%	32%	32%	42%

Posición Departamental 16 25 24 26 30 30 30 24

Tabla propia de los Autores

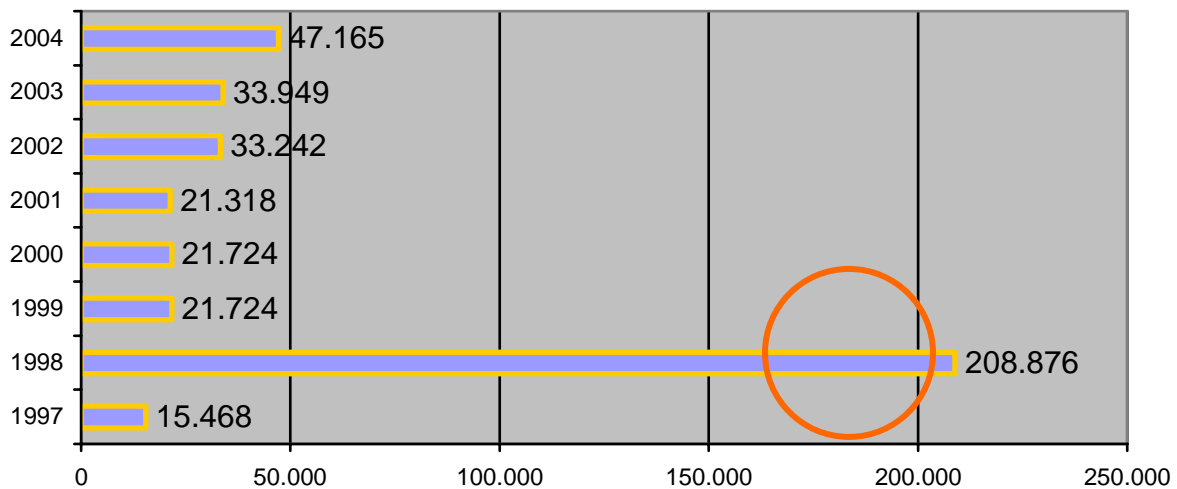
8.21 VICHADA

CONTRIBUTIVO (4 Figura 5)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (4 Figura 6)

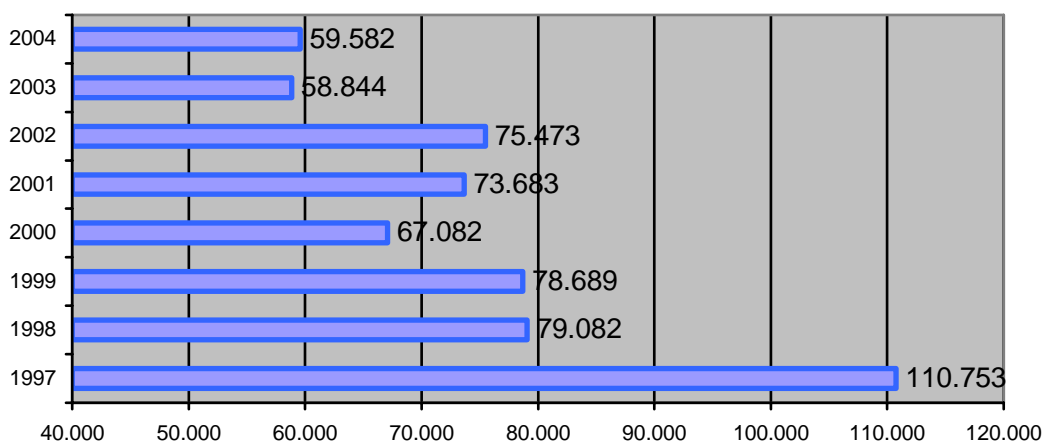


No se menciona la cobertura porcentual del departamento de Vichada, dado el comportamiento atípico de las estadísticas, ya que las cifras no concuerdan con la cantidad de afiliados, ni con la población del departamento, es por eso que en este estudio creamos una incógnita para una posible investigación en el futuro.

8. 22 CAQUETA

Este departamento presenta una disminución marcada en el año 2004 con respecto a 1997 para régimen contributivo ya que esta es del 15%, en cambio el régimen subsidiado tiene aumento leve año tras año.

CONTRIBUTIVO (Figura 47)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 48)

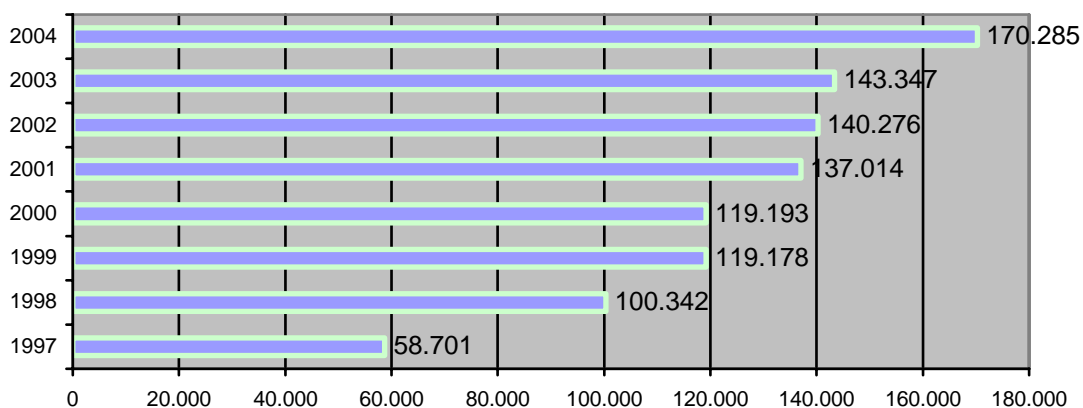


TABLA 26: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL CAQUETA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	28%	20%	20%	16%	17%	14%	13%	13%
Subsidiado	15%	25%	29%	28%	31%	32%	32%	37%

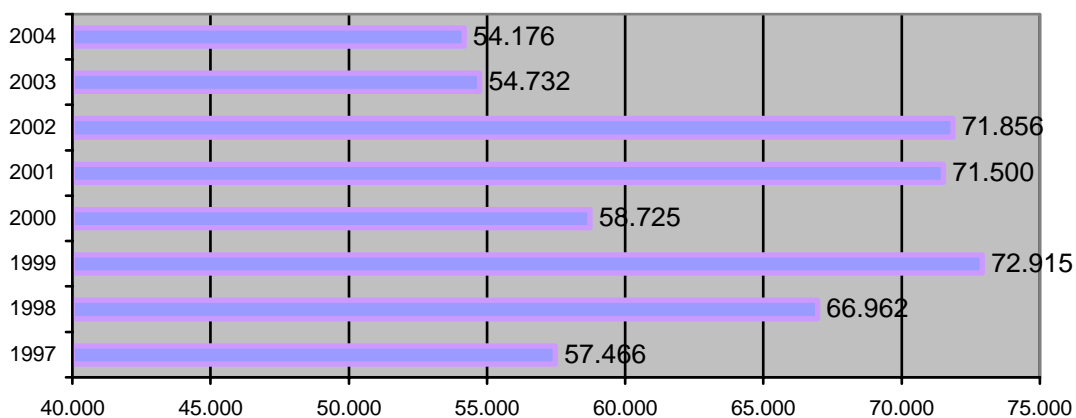
Posición Departamental 15 19 17 20 24 24 26 29

Tabla propia de los Autores

8.23 CASANARE

El aumento de cobertura de régimen subsidiado fue de un 33% para el año 2004 con respecto a 1997 gracias a este aumento Casanare ocupó la primera posición de cobertura a nivel nacional en dicho año.

CONTRIBUTIVO (Figura 49)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 50)

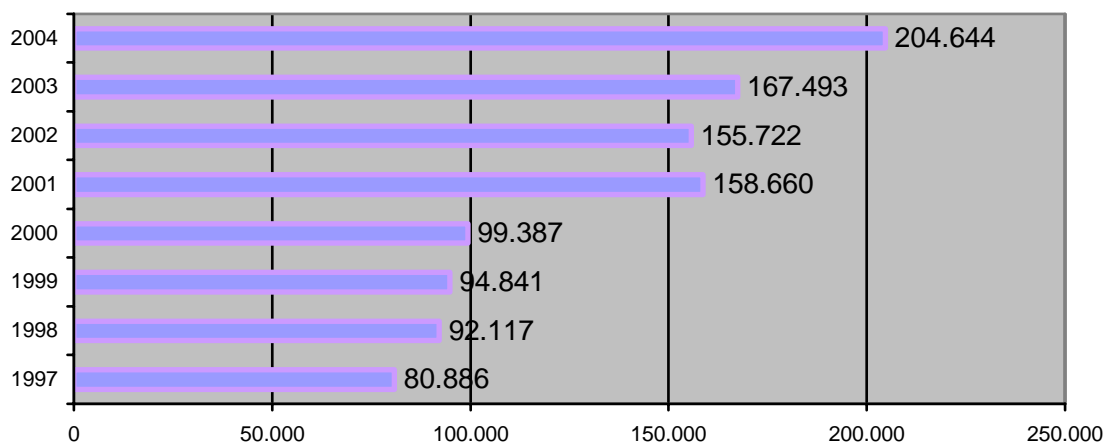


TABLA 27: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL CASANARE 1997-2004

Posición	9	7	10	11	3	3	1	1
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	22%	25%	26%	20%	23%	18%	18%	17%
Subsidiado	31%	34%	34%	35%	52%	53%	55%	64%

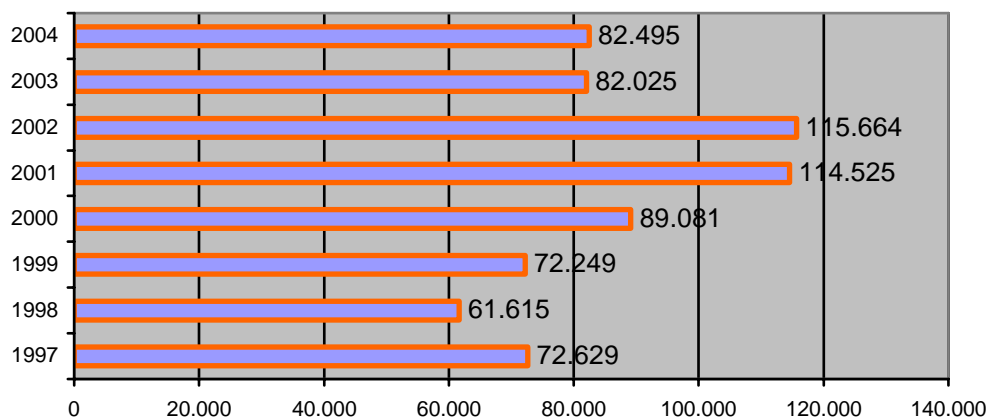
Departamental

Tabla propia de los Autores

8. 24. GUAJIRA

Guajira tiene un aumento marcado de cobertura en régimen subsidiado ya que para el 2003 contaba con el 42% de la población afiliada y a finales de 2004 termino con un 59 % del total de la población.

CONTRIBUTIVO (Figura 51)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 52)

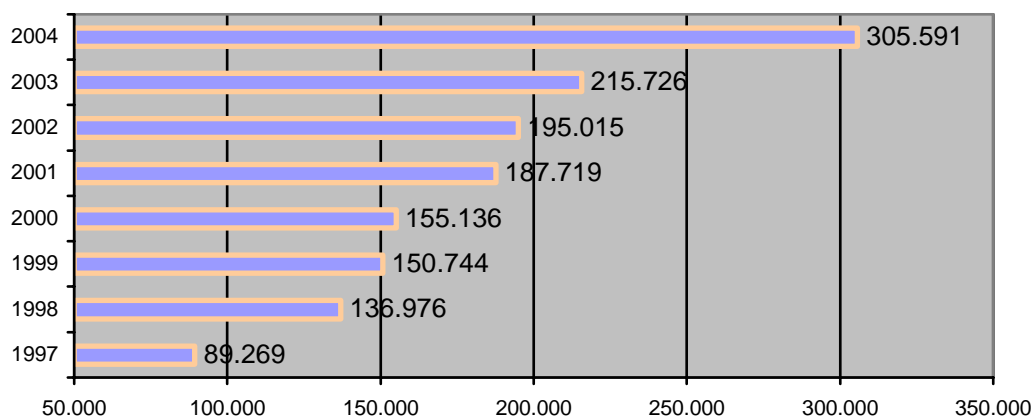


TABLA 28: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	16%	13%	15%	18%	23%	16%	16%	16%
Subsidiado	19%	29%	31%	32%	37%	39%	42%	59%

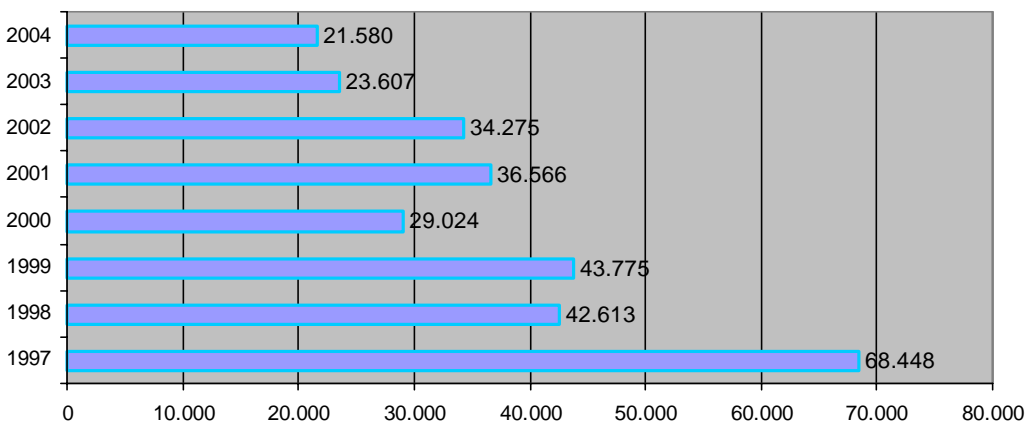
Posición Departamental 21 21 19 14 10 12 9 4

Tabla propia de los Autores

8.25 CHOCO

Para 1997 Choco contaba con el 17% de su población afiliada a régimen contributivo. Pero a finales del 2004 esta cobertura tan solo alcanzo el 5% del total de la población.

CONTRIBUTIVO (Figura 53)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 54)

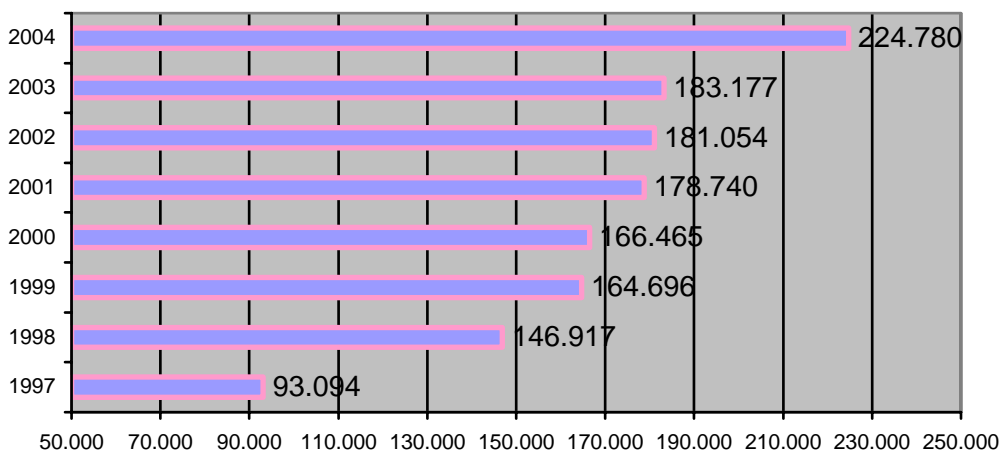


TABLA 29: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	17%	11%	11%	7%	9%	5%	5%	5%
Subsidiado	23%	36%	40%	41%	43%	44%	44%	54%

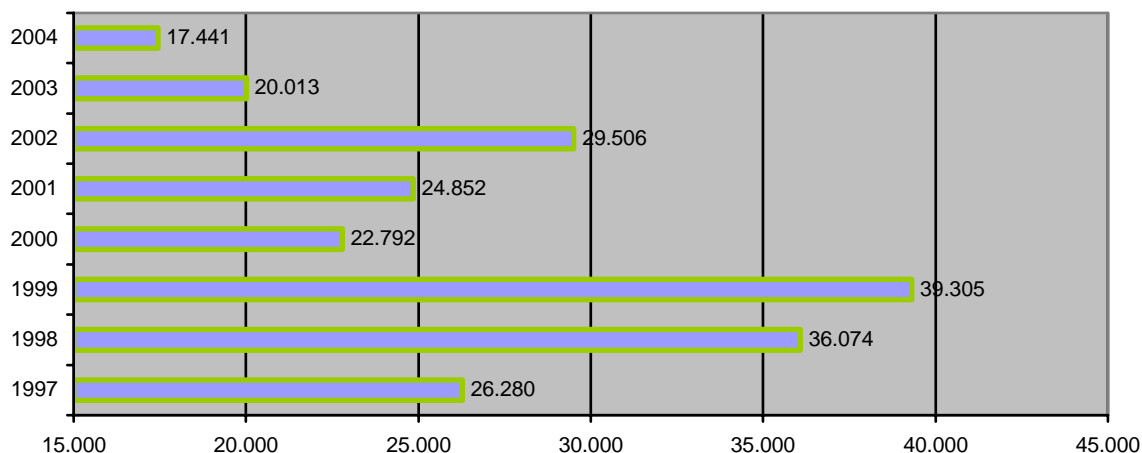
Posición Departamental 17 18 15 17 19 20 18 15

Tabla propia de los Autores

8.26 ARAUCA

La disminución de régimen contributivo para el año 2004 fue de un 6% con respecto a 1997, mientras que subsidiado para este mismo año aumento en un 34% con respecto a 1997.

CONTRIBUTIVO (Figura 55)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 56)

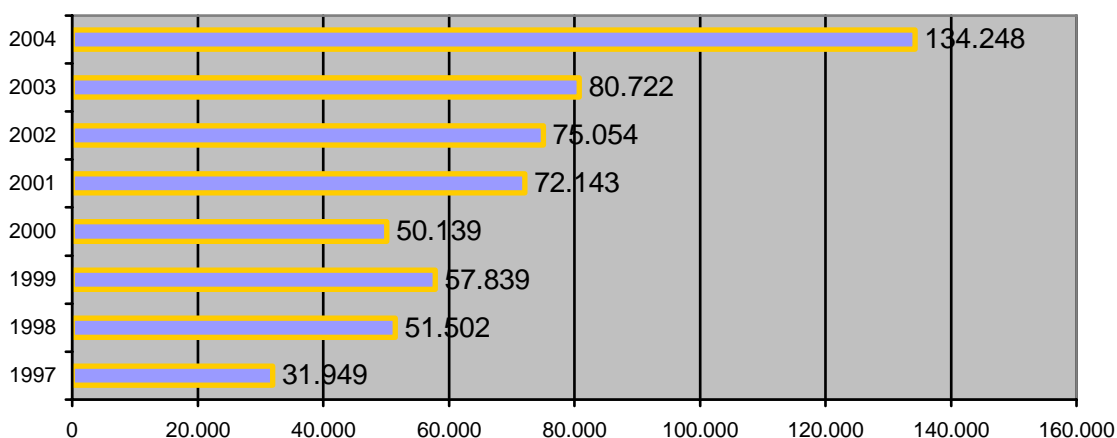


TABLA 30: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE ARAUCA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	12%	16%	16%	9%	10%	7%	7%	6%
Subsidiado	15%	23%	25%	21%	28%	30%	30%	49%

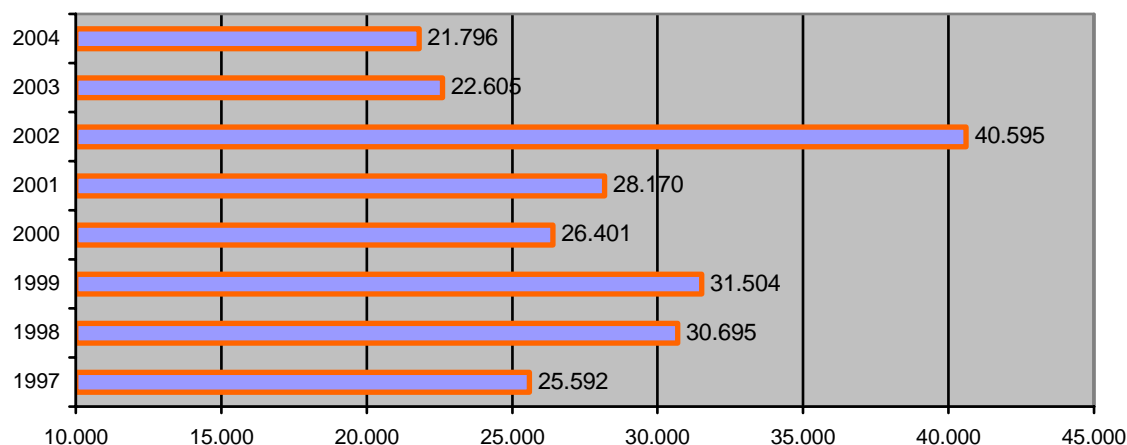
Pocision 20 24 26 29 31 31 31 19
 Departamental

Tabla propia de los Autores

8.27 SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

La cobertura mas alta de afiliación para San Andrés y Providencia se establece en los años 1998 – 1999.

CONTRIBUTIVO (5 Figura 7)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 58)

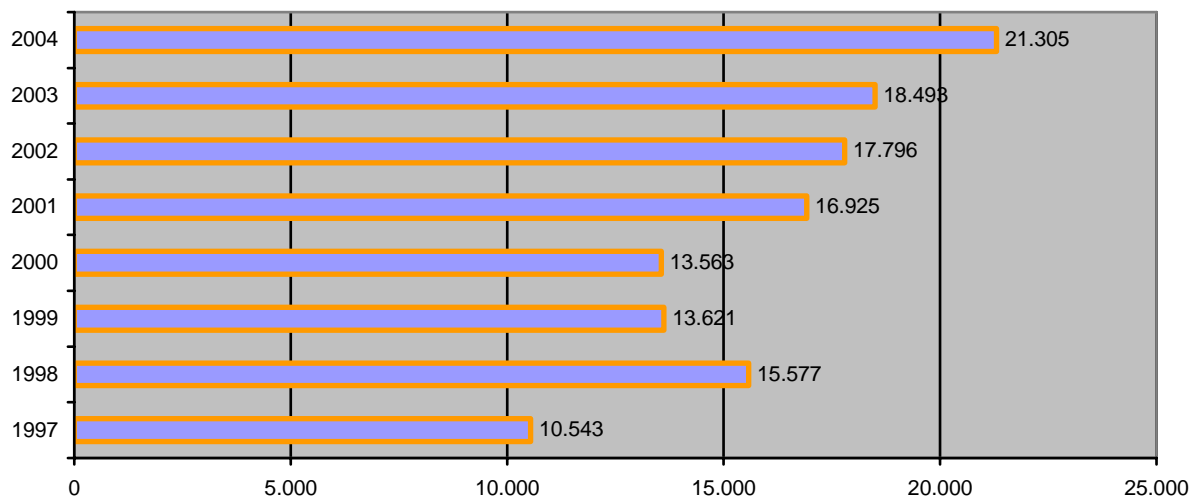


TABLA 31: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	38%	44%	44%	36%	36%	27%	29%	27%
Subsidiado	15%	22%	19%	18%	21%	23%	23%	26%

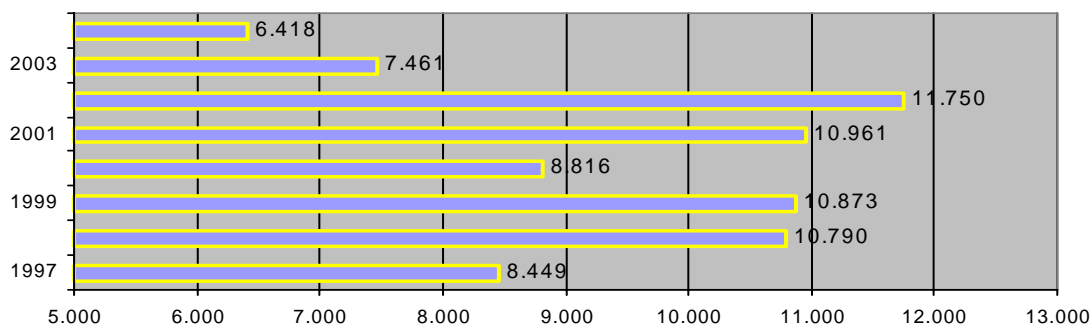
Posición Departamental 10 6 8 12 14 18 14 23

Tabla propia de los Autores

8.28 AMAZONAS

El mayor incremento de afiliación en el departamento del amazonas se observa en el régimen subsidiado desde el año 2000 hasta el 2004

CONTRIBUTIVO (Figura 59)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 60)

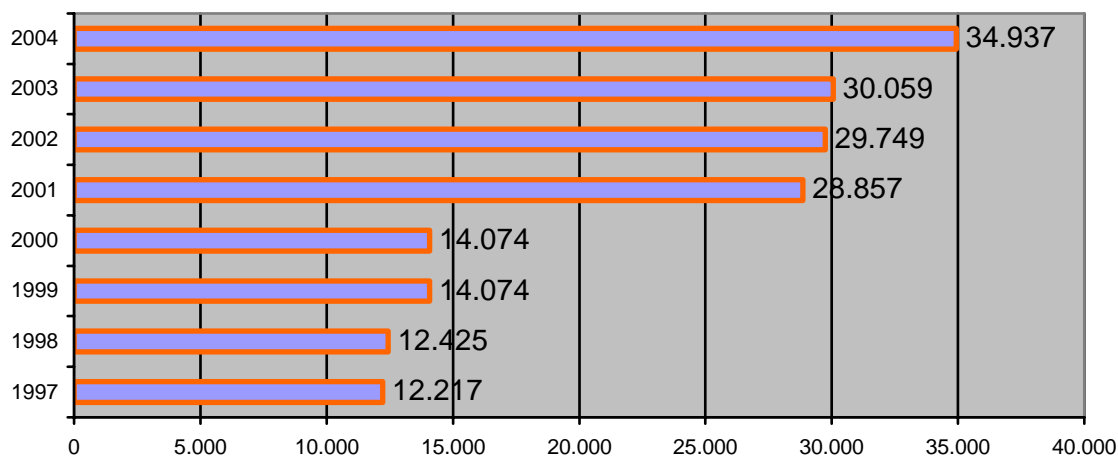


TABLA 32: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS 1997-2004

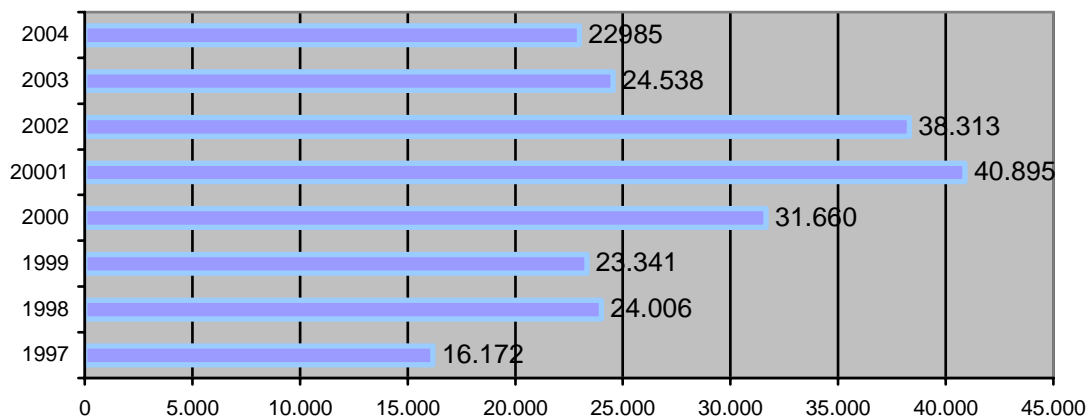
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	13%	16%	16%	12%	15%	10%	9%	8%
Subsidiado	19%	19%	20%	20%	38%	41%	39%	44%
Posición Departamental	23	28	29	28	17	17	21	27

Tabla propia de los Autores

8.29 PUTUMAYO

Para el año 2004 el departamento del Putumayo solo cuenta con el 3% de su población afiliada al régimen contributivo y un 48% al régimen subsidiado.

CONTRIBUTIVO (Figura 61)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 62)

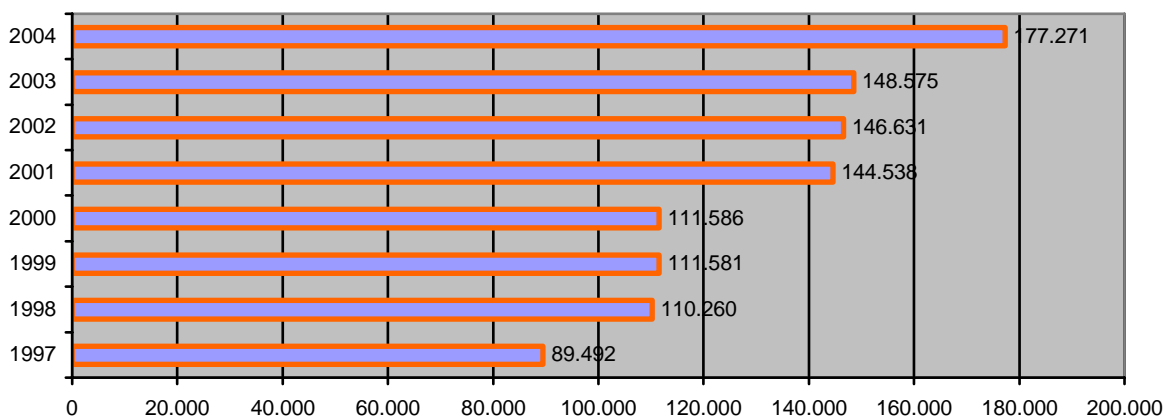


TABLA 33: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO 1997-2004

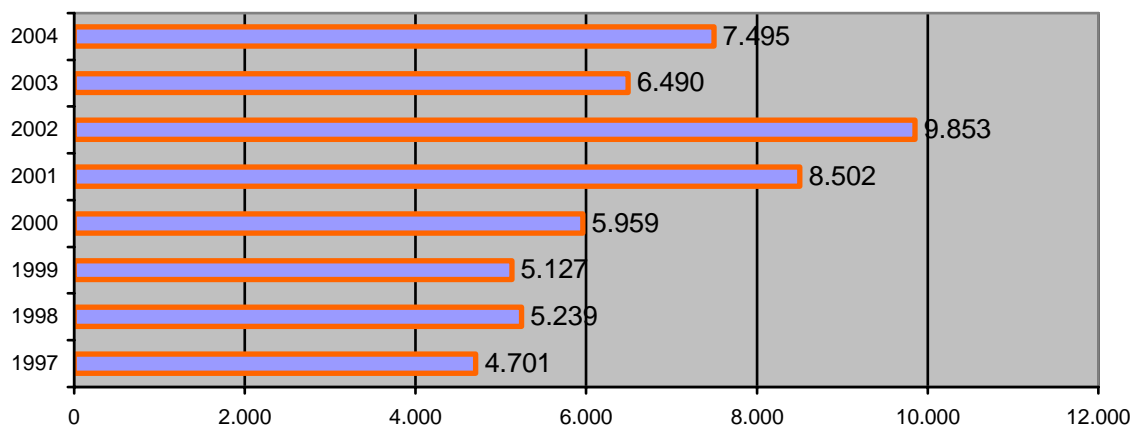
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	5%	8%	7%	9%	11%	7%	7%	3%
Subsidiado	29%	35%	34%	33%	41%	43%	41%	48%
Posición Departamental	22	20	28	25	18	19	22	28

Tabla propia de los Autores

8.30 GUAVIARE

El mayor cubrimiento en el departamento de Guaviare se encuentra a cargo del régimen subsidiado ya que los afiliado a contributivo son pocos.

CONTRIBUTIVO (Figura 63)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 64)

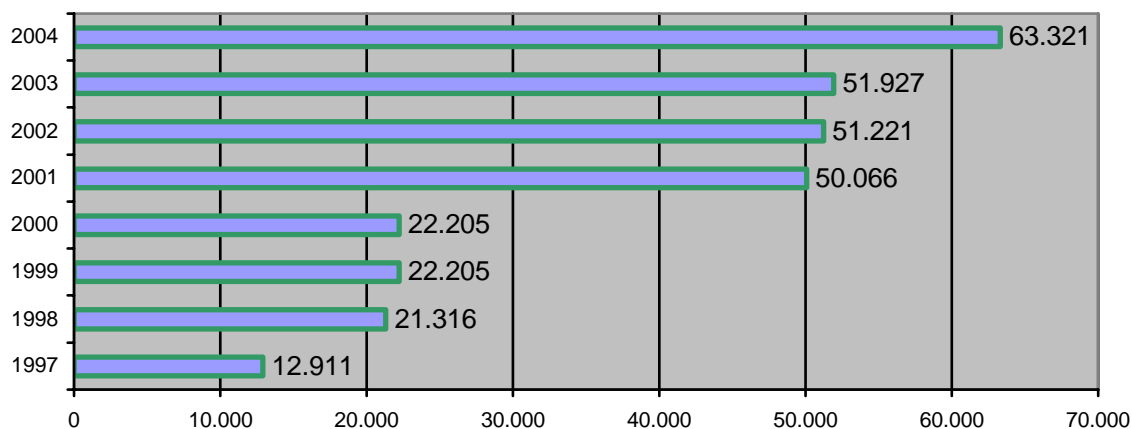


TABLA 34: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE 1997-2004

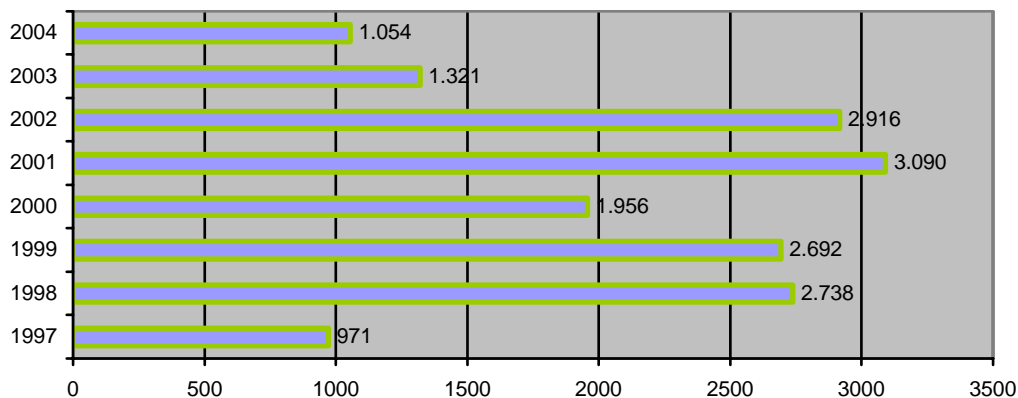
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	4%	5%	4%	5%	7%	3%	5%	6%
Subsidiado	12%	19%	19%	19%	40%	42%	41%	48%
Posición Departamental	29	24	23	32	29	26	25	21

Tabla propia de los Autores

8.31 GUAINIA

El departamento del Guainia tuvo un incremento de cobertura del régimen subsidiado del 42% para el año 2004 con respecto a 1997. Mientras que el régimen contributivo para el 2004 solo alcanzo una cobertura del 2.5% , 0.5% menor al año anterior

CONTRIBUTIVO (Figura 65)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 66)

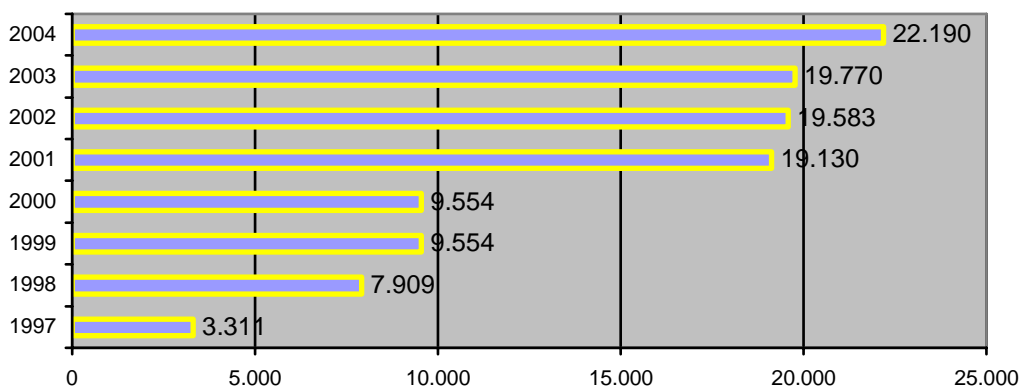


TABLA 35: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE GUAINIA 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	3%	8%	7%	5%	3%	4%	3%	2.5%
Subsidiado	10%	22%	26%	25%	48%	51%	48%	52%

Posición Departamental 31 31 31 31 22 13 17 22

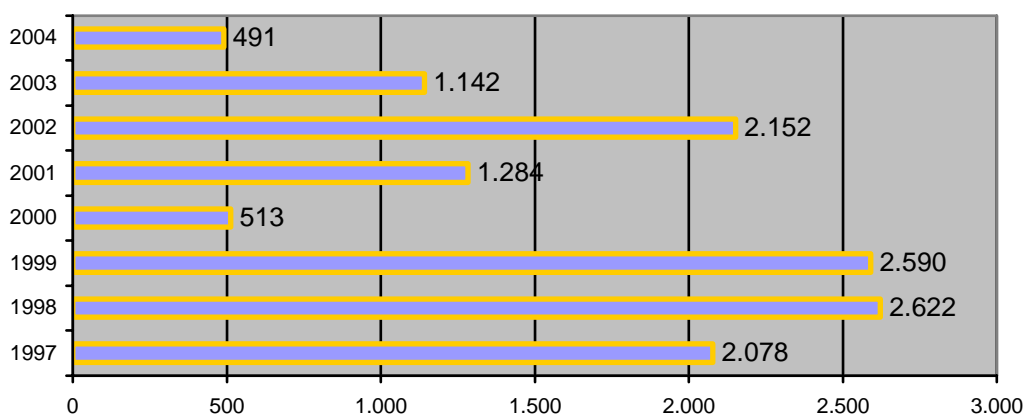
Tabla propia de los Autores

8.32 VAUPES

El departamento de Vaupes presenta la tasa de crecimiento más alta en el régimen subsidiado ya que este aumento para el año 2000 en un 62% con respecto a 1997.

En cambio el régimen contributivo para el año 2004 solo cuenta con el 1% de afiliados.

CONTRIBUTIVO (Figura 67)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 68)

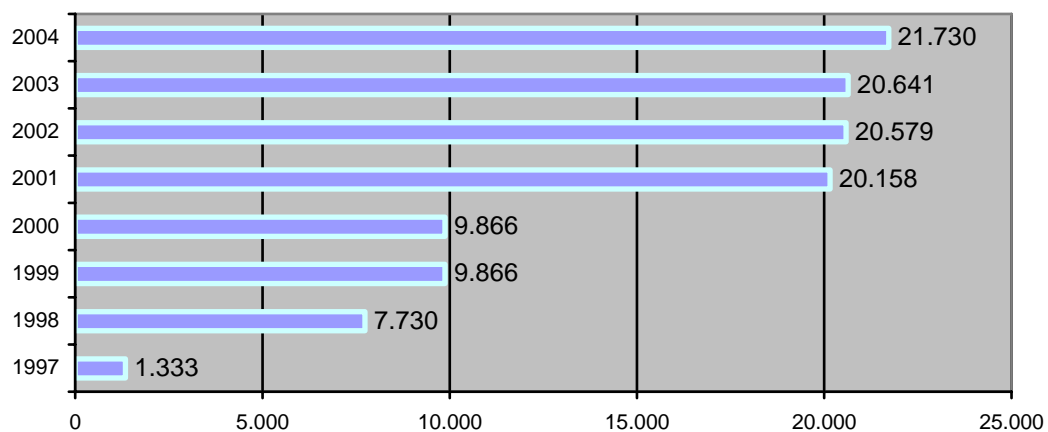


TABLA 36: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DEL VAUPES 1997-2004

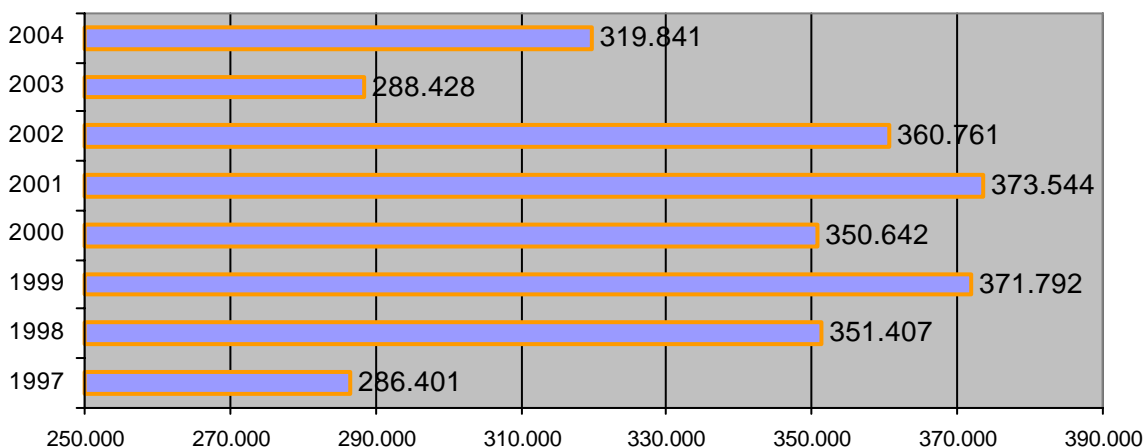
Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	7%	9%	9%	2%	5%	5%	4%	1%
Subsidiado	5%	27%	33%	67%	75%	79%	64%	67%
Posición Departamental	32	27	25	3	1	1	3	9

Tabla propia de los Autores

8.33 CALDAS.

El aumento de cobertura de régimen subsidiado ha estado constante año tras año, pero este no es muy significativo, el año con mayor aumento fue el 2004 con un 4% con respecto al año anterior.

CONTRIBUTIVO (Figura 69)



Fuente Supersalud

SUBSIDIADO (Figura 70)

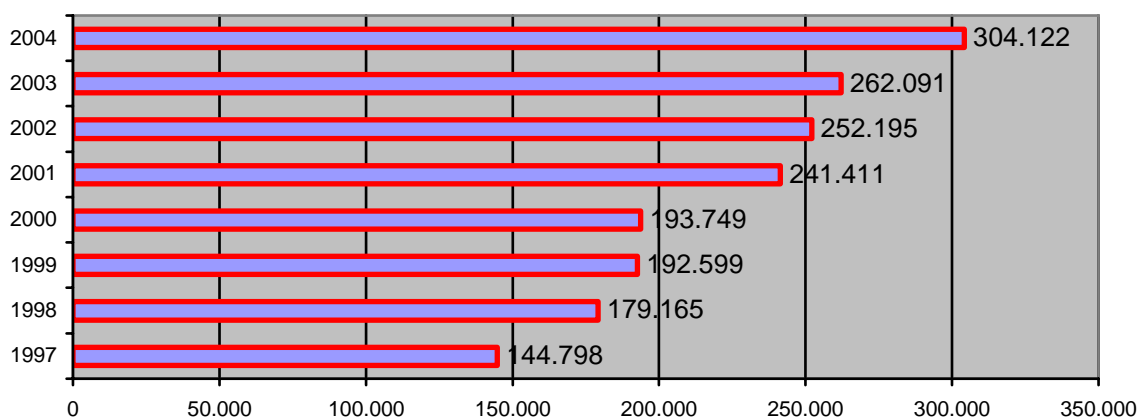


TABLA 37: TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS 1997-2004

Afiliados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Contributivo	27%	32%	34%	32%	33%	25%	25%	27%
Subsidiado	13%	16%	17%	17%	21%	22%	22%	26%

Posición Departamental 18 17 16 16 15 23 24 26

Tabla propia de los Autores

9. PORCENTAJE TOTAL DE AFILIACION EN CADA DEPARTAMENTO POR AÑO.

TABLA 38

AÑO 1997 POR DEPARTAMENTO

	1997
1. BOGOTÁ	81,3%
2. RISARALDA	75%
3. ANTIOQUIA	71%
4. VALLE	63%
5. SANTANDER	62%
6. CUNDINAMARCA	62%
7. META	56%
8. QUINDÍO	55%
9. CASANARE	53%
10. SAN ANDRÉS	53%
11. N. SANTANDER	52%
12. TOLIMA	50%
13. BOYACÁ	48%
14. CESAR	44%
15. CAQUETÁ	43%
16. SUCRE	40%
17. CHOCO	40%
18. CALDAS	40%
19. CAUCA	39%
20. NARIÑO	38%
21. GUAJIRA	35%
22. PUTUMAYO	34%
23. AMAZONAS	32%
24. HUILA	31%
25. CÓRDOBA	29%
26. ARAUCA	27%
27. MAGDALENA	19%
28. BOLÍVAR	16%
29. GUAVIARE	16%
30. ATLÁNTICO	14%
31. GUAINIA	13%
32. VAUPES	12%

Para el año de 1997 la ciudad con mayor número de afiliados fueron Bogotá, Risaralda y Antioquia ya que ellos eran los que tenían mayor número de personas pertenecientes al régimen contributivo.

Todo lo contrario sucede con los departamentos de Vaupes y Guainia ya que la población afiliada es bastante baja tanto de régimen contributivo como de subsidiado. Los demás departamentos se encuentran en un promedio de afiliación.

	100%- 50% Cobertura alta.
	50% - 30% Cobertura Media
	30% - 0% Cobertura Baja

Cuadro porcentual calculado por los Autores

TABLA 39

AÑO 1998 POR DEPARTAMENTO

	1998
1. Bogotá	80.3%
2. Santander	76%
3. Antioquia	72%
4. Risaralda	69%
5. Valle	68%
6. San Andrés	66%
7. Casanare	59%
8. Cundinamarca	59%
9. Meta	59%
10. Atlántico	56%
11. Boyacá	55%
12. Tolima	53%
13. Cesar	52%
14. Quindío	52%
15. Norte Santander	51%
16. Cauca	50%
17. Caldas	48%
18. Chocó	47%
19. Caqueta	45%
20. Putumayo	45%
21. Guajira	42%
22. Córdoba	41%
23. Magdalena	41%
24. Arauca	39%
25. Sucre	38%
26. Bolívar	37%
27. Vaupés	36%
28. Amazonas	35%
29. Narino	33%
30. Huila	32%
31. Guanía	30%

32.GUAVIARE	24%
--------------------	------------

Cuadro porcentual calculado por los Autores

Para el año de 1998 Bogotá sigue siendo la ciudad con mayor Cobertura de afiliación, ya que es una de las ciudades que tiene mayor número de empleados en nuestro país por lo tanto el régimen contributivo es elevado, todo lo contrario sucede con los departamentos de menor cobertura ya que la falta de desempleo y la falta de subsidios es muy grande.

TABLA 40

AÑO 1999 POR DEPARTAMENTO

	1999
1.BOGOTÁ	81%
2.SANTANDER	76%
3.ANTIOQUIA	73%
4.VALLE	71%
5.QUINDÍO	70%
6.RISARALDA	67%
7.CUNDINAMARCA	64%
8.SAN ANDRÉS	63%
9. META	61%
10.CASANARE	60%
11. ATLÁNTICO	58%
12. BOYACÁ	56%
13. TOLIMA	54%
14. CAUCA	52%
15. CIBICO	51%
16. CALDAS	51%
17. CAQUETÁ	49%
18. NORTE DE SANTANDER	49%
19. GUAJIRA	46%
20. CÓRDOBA	46%
21. MAGDALENA	46%
22. NARIÑO	44%
23. CESAR	44%

En 1999 el cubrimiento nacional de población afiliada ha ido aumentando poco a poco, pero siguen siendo las grandes ciudades las que mayor número de afiliados presentan.

Es en el año de 1999 cuando hay en la mayoría de las ciudades un aumento en el régimen subsidiado, apoyando y beneficiando a sí a la población más vulnerable.

24.SUCRE	42%
25.VAUPES	42%
26.ARAUCA	41%
27.BOLÍVAR	41%
28.PUTUMAYO	41%
29.AMAZONAS	36%
30.JULIA	35%
31.GUAMIA	35%
32.GUAVIARE	25%

Cuadro porcentual calculado por los Autores

TABLA 41

AÑO 2000 POR DEPARTAMENTOS

	2000
1.BOGOTÁ	71%
2.CUNDINAMARCA	70%
3.VAUPES	69%
4.SANTANDER	65%
5.ANTIOQUIA	64%
6.QUINDÍO	63%
7.META	59%
8.VALLE	57%
9.BOYACÁ	56%
10.RISARALDA	56%
11.CASANARE	55%
12.SAN ANDRÉS	54%
13.ATLÁNTICO	51%
14.GUAYIRÁ	50%
15.TOLIMA	49%
16.CALDAS	49%
17.CHOCO	48%
18.CAUCÁ	47%
19.CESAR	47%
20.CAQUETÁ	44%
21.NARIÑO	44%

Para el año 2000 debido a la crisis económica y al desempleo las afiliaciones al régimen contributivo disminuyeron en la mayoría de los departamentos, pero pasó todo lo contrario con el régimen subsidiado ya que este aumento en la mayoría del territorio nacional.

El departamento de vaupéz tiene un marcado crecimiento en los afiliados al régimen subsidiado ya que este subió en casi un 25%

22.CÓRDOBA	43%
23.SOLIVAR	43%
24.N. SANTANDER	42%
25.PUTUMAYO	42%
26.SUCRE	40%
27.MAGDALENA	39%
28.AMAZONAS	32%
29.ARAUCA	30%
30.HUILA	30%
31.GUAINIA	30%
32.GUAVIARE	24%

Cuadro porcentual calculado por los Autores

TABLA 42

AÑO 2001 POR DEPARTAMENTO

	2001
1.VAUPEZ	80%
2.BOGOTÁ	78%
3.CASANARE	78%
4.ANTIOQUIA	67%
5.QUINDÍO	66%
6.META	66%
7.CUNDINAMARCA	66%
8.SANTANDER	66%
9.BOYACÁ	62%
10.GUASIRÁ	60%
11.VALLE	59%
12.CESAR	58%
13.ATLÁNTICO	58%
14.SAN ANDRÉS	57%
15.CALDAS	54%
16.TOLIMA	53%

En este año el incremento de los departamentos con menor cubrimiento al régimen subsidiado se elevó, tanto así que departamentos como Vaupes y Casanare pasaron a estar en los primeros lugares ganándole a las ciudades de mayor población. Es aquí donde ya se empieza a ver la recuperación de la crisis del año 2000.

17.AMAZONAS	53%
18.PUTUMAYO	53%
19.CHOCHO	52%
20.RISARALDA	52%
21.NARIÑO	51%
22.GUAINIA	51%
23.CAUCA	50%
24.CAQUETA	48%
25.CÓRDOBA	48%
26.SOLÍVAR	48%
27.N. SANTANDER	47%
28.MAGDALENA	47%
29.GUAVIARE	47%
30.SUCRE	41%
31.ARAUCA	38%
32.TOLIMA	35%

Cuadro porcentual calculado por los Autores

TABLA 43

AÑO 2002 POR DEPARTAMENTO

	2002
1.VAUPES	84%
2.BOGOTÁ	72%
3.CASANARE	71%
4.ANTIOQUIA	64%
5.GUINDIMARCA	63%
6.META	62%
7.QUINDÍO	61%
8.SANTANDER	60%
9.RISARALDA	58%
10.BOYACÁ	57%
11.VALLE	57%
12.GUASTRÁ	55%
13.GUAINIA	55%

En este Vaupes se mantiene siendo el departamento con mayor cubrimiento ya que la mayoría de su población se encuentra afiliada al régimen subsidiado.

Los demás departamentos se mantienen.

Huila ya por dos años consecutivos es el departamento con menor cubrimiento a nivel nacional.

14.CESAR	54%
15.NARIÑO	52%
16.ATLÁNTICO	52%
17.AMAZONAS	51%
18.SAN ANDRÉS	50%
19.PUTUMAYO	50%
20.CHOLO	49%
21.CAŪCA	48%
22.TOLIMA	47%
23.CALDAS	47%
24.CAQUETÁ	46%
25.CÓRDOBA	46%
26.GUAVIARE	45%
27.N. SANTANDER	44%
28.MAGDALENA	44%
29.BOLÍVAR	44%
30.SUCRE	42%
31.ARAUCA	37%
32.HUILA	28%

Cuadro porcentual calculado por los Autores

TABLA 44

AÑO 2003 POR DEPARTAMENTO

	2003
1.CASANARE	73%
2.BOGOTÁ	73%
3.VAUPES	68%
4.ANTIOQUIA	65%
5.GUANDINAMARCA	64%
6.META	62%
7.QUINDÍO	61%
8.SANTANDER	60%

Análisis de Cumplimiento de los Principios Constitucionales de la Seguridad Social Durante la Implementación del libro Segundo de la Ley 100 de 1993 – periodo 1993-2005

9.GUAJIRA	53%
10.BOGOTÁ	57%
11.PISAVALDA	57%
12.VALLE	57%
13.CESAR	53%
14.SAN ANDRÉS	52%
15.ATLÁNTICO	52%
16.NARIÑO	51%
17.GUAINIA	51%
18.CHOLO	49%
19.TOLIMA	49%
20.CÓRDOBA	43%
21.AMAZONAS	43%
22.PUTUMAYO	43%
23.CAUCÁ	47%
24.CALDAS	47%
25.GUAVIARE	46%
26.CAQUETÁ	45%
27.BOLÍVAR	45%
28.MAGDALENA	44%
29.N. SANTANDER	43%
30.SUCRE	42%
31.ARAUCA	37%
32.JULIA	23%

Huila continua siendo el departamento con menor cobertura de afiliación, pero en este año el departamento del casanare pasa al primer lugar ya que la mayoría de los departamentos decayeron en la cantidad de afiliados al régimen subsidiado, por lo tanto casanare fue uno de los departamentos que mantuvo su población afiliada y no decayó en gran cantidad.

TABLA 45

AÑO 2004 POR DEPARTAMENTO

	2004
1.CASANARE	81%
2.BOGOTÁ	80%
3.SANTANDER	73%
4.GUAJIRA	73%
5.GUANDINAMARCA	71%

Análisis de Cumplimiento de los Principios Constitucionales de la Seguridad Social Durante la Implementación del libro Segundo de la Ley 100 de 1993 – periodo 1993-2005

6.ANTIOQUIA	74%
7.META	69%
8.VALLE	69%
9.VAUPES	68%
10.BOYACÁ	65%
11.MATLÁNICO	65%
12.QUINDÍO	64%
13.CESAR	64%
14.RISARALDA	64%
15.CHOCO	59%
16.NARIÑO	58%
17.CÓRDOBA	57%
18.BOLÍVAR	57%
19.ARAUCA	55%
20.CAUCÁ	54%
21.GUAVIARE	54%
22.GUAINÍA	54%
23.SAN ANDRÉS	53%
24.SUCRE	53%
25.TOLIMA	53%
26.CALDAS	53%
27.AMAZONAS	52%
28.PUTUMAYO	51%
29.CAQUETÁ	50%
30.TULÁ	44%
31.MAGDALENA	43%
32.SANTANDER	41%

En el año 2004 la mayoría de los departamentos tiene a mas del 50 % de su población afiliada ya sea al régimen contributivo o al subsidiado.

El mayor incremento fue en el régimen subsidiado ya que este subió en más de un 5 % por departamento y en los departamentos que no aumento se quedo estable.

Del análisis presentado anteriormente queda claro que no en todos los departamentos de Colombia se cumple el principio de universalidad, ya que las regiones con menor cobertura todavía no alcanzan a tener por lo menos el 50% de la población afiliada a algún régimen.

Los departamentos con mayor cobertura son los que tienen como capital las ciudades mas importantes del país, puesto que en ellos hay mayor opción de empleo, claro esta que se encuentran departamentos con un buen índice de cobertura a pesar de ser de escasos recursos, esto se debe a que la mayoría de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado de salud.

Lo que en el caso del departamento del Casanare, puede estar asociado a los recursos de la explotaciones petroleras.

En los últimos años la tasa de crecimiento de afiliación a los regimenes ha ido aumentando siendo así que no encontramos un departamento con menos del 40% de cobertura total.

10. DESARROLLO DEL PRINCIPIO DE EQUIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Con la formulación de la ley 100 de 1993, en Colombia se estableció un modelo de administración y prestación de servicios de salud, que pretende imponer una serie de principios orientados al aseguramiento social de la población,

independientemente de la capacidad de pago de los ciudadanos que reciben un amplio plan de beneficios, el plan obligatorio de salud (POS) , cubierto por entidades administradoras de planes de beneficios que reciben un monto de dinero estándar por usuario que se relaciona con la ubicación geográfica con la edad y el sexo del afiliado.

Corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social definir el valor de la unidad de pago por Capitación en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad y tecnología de acuerdo con lo disponible en el país y con los estudios técnicos presentados por el Ministerio de Salud.

El valor de la unidad de pago por capitación que el sistema general de seguridad social le reconocerá a las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades obligadas a compensar (EOC) por cada uno de sus afiliados, deberá tener en cuenta la desviación del perfil epidemiológico en cada una de ellas **(1)**.

La equidad introduce un principio ético o de justicia en la igualdad. En definitiva, la equidad nos obliga a plantearnos los objetivos que debemos conseguir para avanzar hacia una sociedad más justa. Una sociedad que aplique la igualdad de manera absoluta será una sociedad injusta, ya que no tiene en cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos. Y, al mismo tiempo, una sociedad donde las personas no se reconocen como iguales, tampoco podrá ser justa.

1. Ley 100 de diciembre de 1993

10.1 VALOR UPC REGIMENES ESPECIALES:

10.1.1 MAGISTERIO:

La Unidad percápita (upc) del magisterio, es el producto del valor correspondiente a una UPC nacional, del régimen contributivo determinado anualmente por el consejo nacional de salud incrementada en un 30%.

El incremento del 30% corresponde al valor adicional que contribuye a garantizar el plan de salud integral de los docentes y sus beneficiarios sin que tengan que pagar cuotas moderadoras, ni copagos, ni ningún tipo de planes complementarios de salud.

10.1.2 FUERZAS MILITARES:

La estructuración del sistema de salud de las fuerzas militares se encuentra contenido en el decreto 1795 del año 2000.

El presupuesto percápita para el sector de la defensa será equivalente a un pago por capitación del SGSSS incrementado en un 20 %. (Artículo 37).

10.1.3 VALOR UPC SUBSIDIOS PARCIALES:

El valor de la UPC de los subsidios parciales fue dado por el Acuerdo No 267 y este la estableció de la siguiente manera:

ARTICULO 9°.-

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN: *Fijar el valor anual del subsidio parcial autorizado en el presente Acuerdo en el equivalente al 40% de la UPC vigente del Régimen Subsidiado, para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín y para los demás municipios el equivalente al 37.5% de la UPC vigente del Régimen Subsidiado.*

Análisis de Cumplimiento de los Principios Constitucionales de la Seguridad Social Durante la Implementación del libro Segundo de la Ley 100 de 1993 – periodo 1993-2005

EQUIDAD

TABLA 46

	1993	1994 UPC \$	1994 UPC %	1995 UPC \$	1995 UPC %	1996 UPC \$	1996 UPC %
Regimen Contributivo				121.000	100%	144.595	100%
Regimen subsidiado				NE	NE	NE	NE
Subsidio Parcial				NA	NA	NA	NA
Regimenes Especiales							
Ecopetrol				242.000	200%	289.190	200%
Magisterio				157.300	130%	187.973	130%
F. Militares				145.200	120%	173.514	120%
		1997 UPC \$	1997 UPC %	1998 UPC \$	1998 UPC %	1999 UPC \$	1999 UPC %
Regimen Contributivo		174.989	100%	207.362	100%	241.577	100%
Regimen subsidiado		108.464	62%	128.530	62%	128.530	53%
Subsidio Parcial		NA	NA	NA	NA	NA	NA
Regimenes Especiales							
Ecopetrol		349.978	200%	414.724	200%	483.154	200%
Magisterio		227.485	130%	269.570	130%	314.050	130%
F Militares		209.986	120%	248.832	120%	289.892	120%
		2000 UPC \$	2000 UPC %	2001 UPC \$	2001 UPC %	2002 UPC \$	2002 UPC %
Regimen Contributivo		265.734	100%	289.119	100%	300.684	100%
Regimen subsidiado		141.480	53%	155.520	54%	168.022	56%
Subsidio Parcial		NA	NA	NA	NA	NA	NA
Regimenes Especiales							
Ecopetrol		531.468	200%	578.238	200%	601368	200%
Magisterio		345.454	130%	375.854	130%	390.889	130%
F Militares		318.880	120%	346.942	120%	360.820	120%
		2003 UPC \$	2003 UPC %	2004 UPC \$	2004 UPC %	2005 UPC \$	2005 UPC %
Afiliados Regimen Contributivo		323.316	100%	344.973	100%	365.673	100%
Afiliados Regimen subsidiado		180.622	56%	192.344	56%	203.886	56%
Subsidio Parcial		NA	NA	76.937	22%	81.546	22%
Afiliados Regimenes Especiales							
Ecopetrol		646.632	200%	689.946	200%	731.346	200%
Magisterio		420.310	130%	448.464	130%	475.374	1305%
F Militares		387.979	120%	413.967	120%	438.807	120%

Valor UPC 1995 Para Régimen Contributivo: Acuerdo No 11 de 1994
 Valor UPC 1996 Para Régimen Contributivo: Acuerdo No 24 de 1995
 Valor UPC 1997 Para R contributivo y Subsidiado: Acuerdo No 50 de 1996
 Valor UPC 1998 Para R contributivo y Subsidiado: Acuerdo No 84 de 1997
 Valor UPC 1999 Para R contributivo y subsidiado: Acuerdo No 130 de 1998
 Valor UPC 2000 Para R contributivo y Subsidiado: Acuerdo No 161 de 1999
 Valor UPC MAGISTERIO: Fuente FECODE
 Valor UPC 2001 Para R Contributivo y Subsidiado: Acuerdo No 186 de 2000
 Valor UPC 2002 Para R contributivo y Subsidiado: Acuerdo No 218 de 2001
 Valor UPC 2003 Para R contributivo y subsidiado: Acuerdo No 241 de 2002
 Valor UPC 2004 Para R contributivo y Subsidiado: Acuerdo No 259 de 2003
 Valor UPC 2005 Para R contributivo y Subsidiado: Acuerdo No 282 de 2004
 Valor UPC subsidios parciales: Acuerdo No 267 de 2004
 Valor UPC FUERZAS MILITARES: Decreto 1795 del 2000

A partir del año de 1995 se establece la unidad percápita por capitación (UPC) para el régimen contributivo, la cual queda en un valor de \$ 121000 pesos según el acuerdo numero 11 de 1994.

Pero analizando acuerdos anteriores la unidad percápita para este año ya se había establecido en el acuerdo numero 7 de 1994 y la suma era mucho mayor a la que realmente se estableció para este año.

El acuerdo numero 7 establecía la UPC para régimen contributivo en la suma de \$ 141. 600.

Lo que indica que de arranque la UPC perdió Valor y por lo tanto desde un principio se genera un problema de inequidad para el acceso a los servicios del régimen contributivo,

ACUERDO 7 DE 1994:

“Artículo 1o. Definir la Unidad de Pago por Capitación en ciento cuarenta y un mil seiscientos pesos (\$ 141.600) para el año 1.995. “

ACUERDO 11 DE 1994:

Artículo 1o.- Fijar la suma de ciento veintiún mil pesos (\$121.000.), para el año de 1995, el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC-

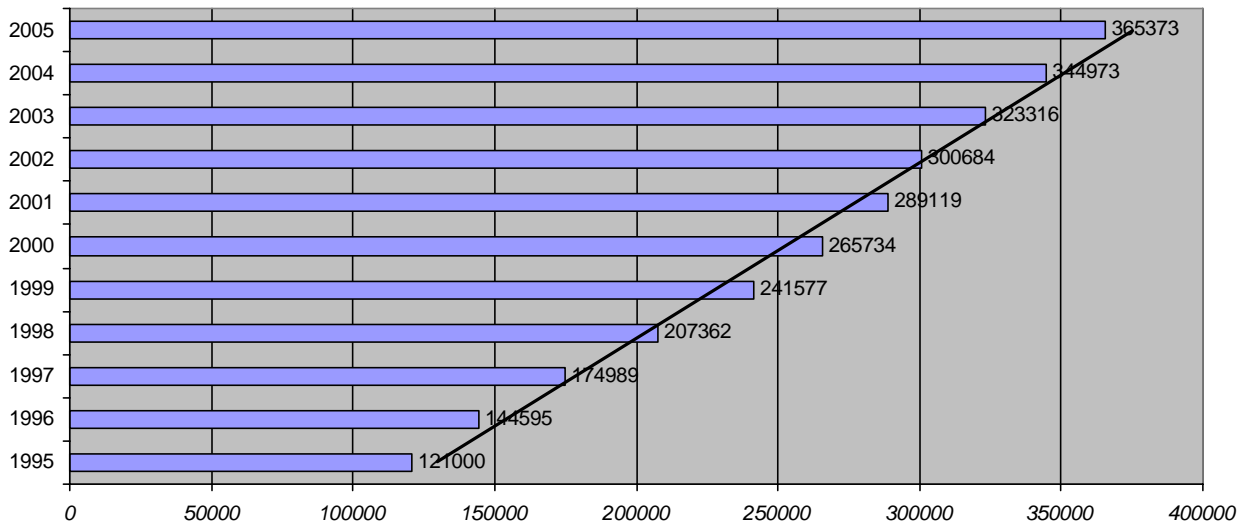
El valor de la Upc para el régimen subsidiado se establece hasta el año de 1997 con el acuerdo numero 50 de 1996.

ACUERDO 50 DE 1996

ARTICULO 3o.” Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado para el año de 1997 en la suma de Ciento ocho mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos (\$108.464.)”

A partir del año de 1995 en que se estableció el valor de la UPC para régimen contributivo, esta ha ido aumentando anualmente:

Figura 71: crecimiento anual valor UPC regimen Contributivo



Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social

En el caso de la UPC del régimen subsidiado establecida en el año de 1997, esta también ha ido incrementándose a excepción de los años 1998 – 1999 que fue congelada. **(1)**

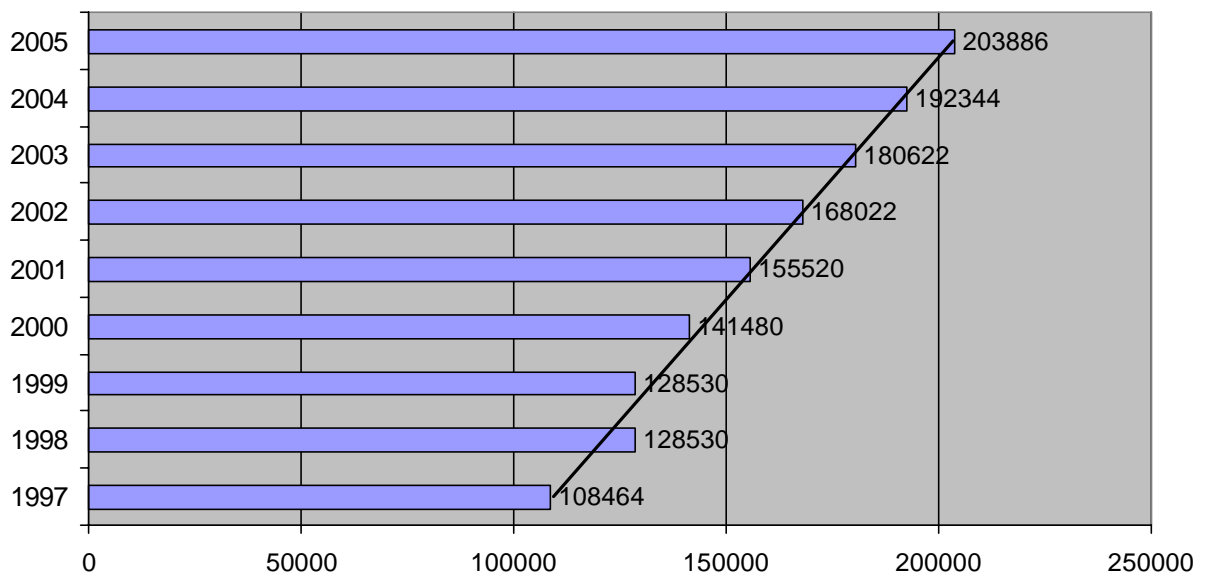
1. Acuerdo 130 de 1998

ACUERDO 130 DE 1998:

ARTÍCULO 1°.- Mantener el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado, para el año de 1.999, en la suma de \$128.530 año.

Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social

Figura72: Valor UPC Regimen Subsidiado



El valor de la UPC del Régimen Subsidiado es muy inferior a la del régimen Contributivo. La mayor cobertura fue de 1997 – 1998 que se alcanzó el 62% del valor del régimen contributivo, de esa fecha para acá el valor de la Upc del régimen subsidiado solo ha alcanzado el 56%. **(Véase tabla 46)**

Con respecto a las UPC de los regimenes Especiales, estas son muchísimo mas altas que el valor de la Upc del Régimen Contributivo

Esto se debe a que son parte de la población mas expuesta al peligro en Colombia por lo tanto el monto de cobertura en salud es mucho mas grande.

Figura 73 : valor UPC ecopetrol

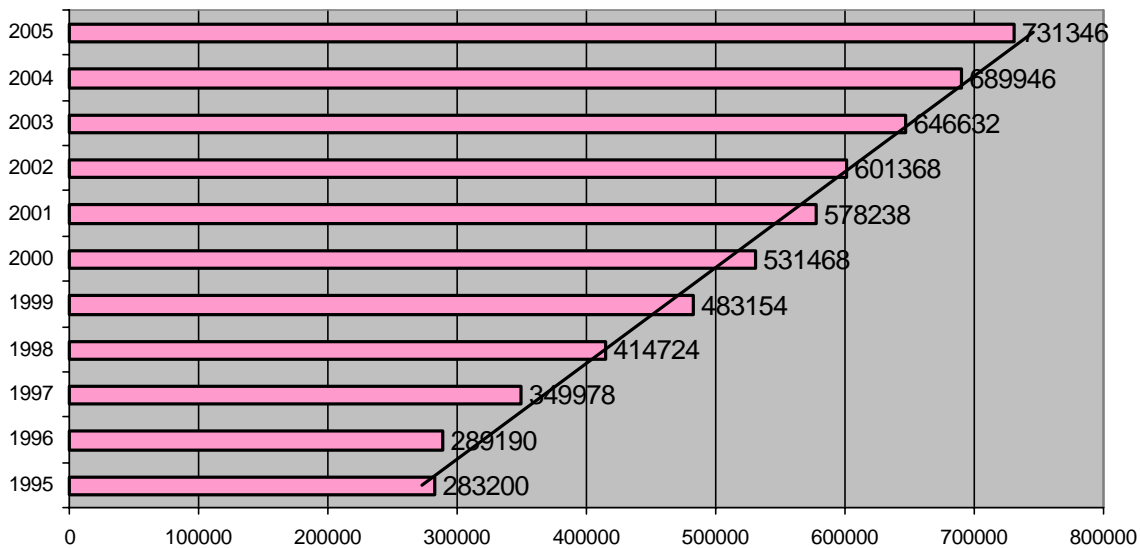


Figura 74: VALOR UPC MAGISTERIO

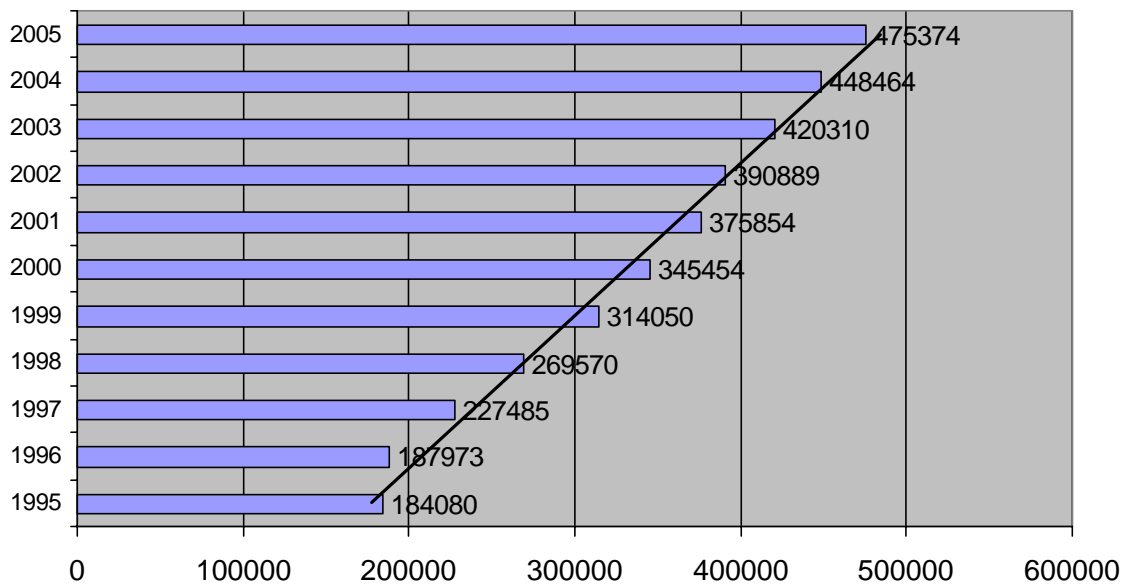
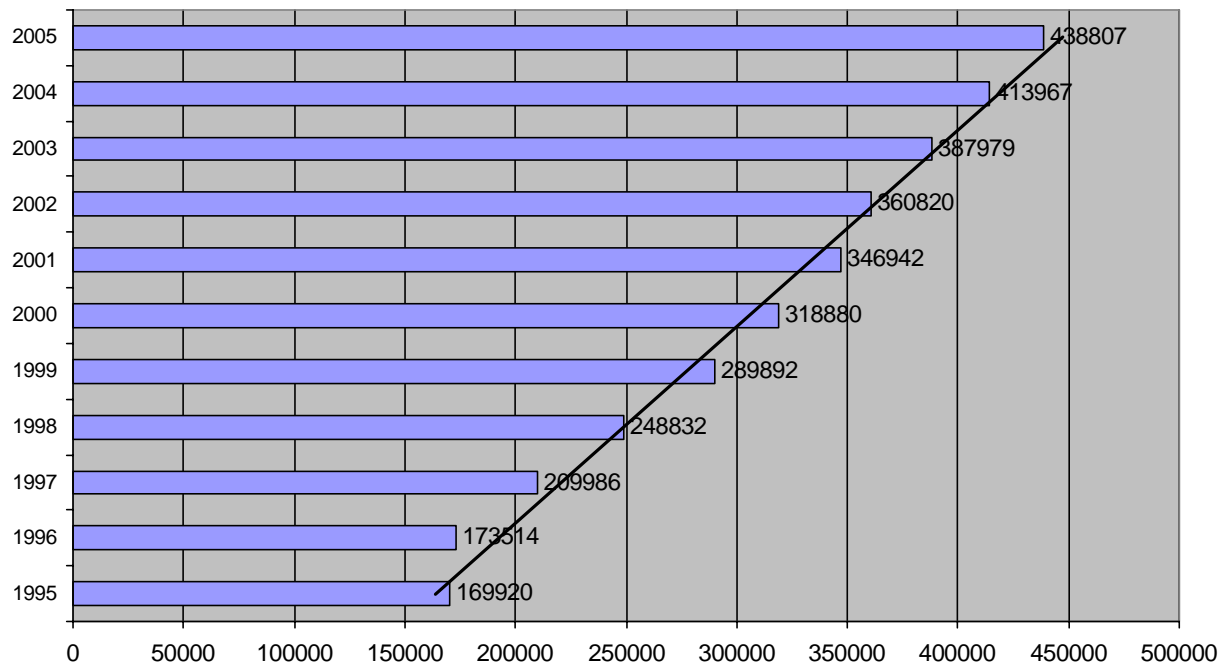


Figura 75: Valor UPC Fuerzas Militares



Todos los seres humanos estamos comprometidos en promover el respeto de nuestros derechos básicos o fundamentales como la vida, la libertad y la seguridad personal entre otros. Sin importar nuestro género, raza, idioma, credo, nacionalidad, origen social, opinión política, situación económica o cualquier tipo de condición. Es decir, todos debemos exigir y disfrutar nuestros derechos por igual.

En nuestro país la Constitución Nacional de 1991 reconoce en su artículo 13 la igualdad material de derechos, libertades y oportunidades sin distinción alguna y la obligación del Estado por brindar protección especial a los grupos discriminados o marginados por su condición económica, física o mental, y de sancionar los abusos o maltratos que se cometan en su contra. Igualmente, estos derechos han sido reconocidos en otras leyes que buscan la protección e integración de las personas. Entre las más relevantes, se encuentran ley 100 de 1993.

Según la Corte Constitucional el derecho a la igualdad contiene seis elementos fundamentales:

- Un principio general, según el cual, todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y recibirán la misma protección y trato de las autoridades.
- La prohibición de establecer o consagrar discriminaciones: este elemento pretende que no se otorguen privilegios, se niegue el acceso a un beneficio o se restrinja el ejercicio de un derecho a un determinado individuo o grupo de personas de manera arbitraria e injustificada, por razón de su sexo, raza, origen nacional o familiar, o posición económica
- El deber del Estado de promover condiciones para lograr que la igualdad sea real y efectiva para todas las personas.
- La posibilidad de conceder ventajas o prerrogativas en favor de grupos disminuidos o marginados.
- Una especial protección en favor de aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.
- La sanción de abusos y maltratos que se cometan contra personas que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

La Igualdad, es un derecho fundamental no solo porque la Constitución así lo determina, sino también por el valor trascendental que tiene para el hombre, para una nación que busca garantizar a sus habitantes una convivencia que se desarrolle dentro de lineamientos democráticos y participativos que aseguren un sistema político, económico y social justo.

Del respeto igualitario se puede derivar una propuesta de distribución igualitaria de todos los bienes de que se disponga en la sociedad, lo que puede servir de fundamentación de los derechos sociales.

No se exige una distribución igualitaria estricta en todos los casos, pero sí la necesidad de explicar con fundamentos razonables y universales los casos de distribución desigual. Sin embargo, cuando no haya razones de peso que justifiquen que la distribución no sea igualitaria, esta debe ser un punto de partida.

En el campo de la salud, en la teoría de la igualdad de oportunidades es necesario aplicar principios de justicia al funcionamiento de la estructura básica de la sociedad, es decir, de las principales instituciones políticas, sociales y económicas y de la manera como ellas interactúan para formar un sistema de cooperación social.

Del análisis y valores presentados en las graficas y tablas anteriores nos damos cuenta que en Colombia no se cumple el principio de Equidad e Igualdad.

El valor de la UPC para cada régimen es bastante desigual, lo ideal es que este valor fuera bastante equitativo para cada una de las personas ya que gozamos de los mismos derechos sin discriminación alguna.

El valor de la Upc para régimen contributivo debería ser el valor estándar para cada persona, pero desafortunadamente unos gozan de mejores beneficios y otros pocos les toca conformarse con lo establecido por el gobierno.

El valor de la UPC de los regimenes especiales es mayor que la del régimen contributivo, en el caso de ECOPETROL este tiene una unidad de pago por capitación de 2 UPC de régimen contributivo, la UPC del magisterio es el 30% más de una UPC de contributivo y en el caso de las fuerzas militares un 20% mas.

Con la aparición de los subsidios parciales también se incumple el derecho a la equidad, ya que este valor de subsidio parcial no es igual para todos los departamentos del país, en ciudades como Bogotá, Medellín y Cali este es el 40% de la UPC del régimen Subsidiado y para las demás ciudades del país este es del 37.3% de la UPC de régimen subsidiado.

En este estudio también se presenta la inequidad entre regiones ya que las ciudades y departamentos que tienen una buena economía e industrialización, presentan mayor cobertura y mayor número de personas afiliadas a algún régimen, mientras que los departamentos de escasos recursos tiene menos población afiliada.

11. DESARROLLO DEL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

11.1 RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD

La financiación de la Subcuenta se encuentra definida por los siguientes conceptos:

- Un punto de la cotización de Solidaridad del régimen Contributivo, de conformidad con lo dispuesto en el literal a del artículo 221 de la Ley 100 que será girado por las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a la Subcuenta de Solidaridad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones.
- El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto.

ARTICULO 221:

Financiación de la subcuenta de solidaridad:

“para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el fondo de solidaridad y garantía contará con los siguientes recursos:

- *Un punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo, según lo dispuesto en el artículo 203, esta cotización será girada por cada entidad promotora de salud directamente a la subcuenta de solidaridad.*

- *El monto que las cajas de compensación familiar, de conformidad con el artículo 217 de la presente ley destinen a los subsidios de salud.*
- *Un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma: en los años 1994, 1995, 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados en los dos puntos anteriores, a partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por el concepto del primer punto*
- *El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto.*

ARTICULO 217:

“Las cajas de compensación familiar destinarán el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen de subsidios en salud.”

11.2 CUENTA DE SOLIDARIDAD

La operación de la subcuenta tiene como finalidad velar por la integridad y oportunidad del recaudo de los recursos que deben aportar los actores del sistema con destino al Régimen Subsidiado, validar los derechos de las entidades o personas beneficiarias de los recursos con base en la información de contratación y afiliación del Régimen Subsidiado y realizar los pagos establecidos en la operación de la subcuenta, ordenados por el Ministerio de Salud de conformidad con las normas legales que enmarcan la ejecución de los recursos públicos con destino a la salud.

Desde el punto de vista legal, los recursos que administra la Subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, a través de la cofinanciación de los subsidios a la demanda.

SOLIDADRIDAD

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PUNTO SOLIDADRIDAD	32.592	198.920	201.453	298.249	310.107	384.051
CAJAS COMPENSACION FAMILIA	27.113	36.557	45.068	0	2.205	2.919
BASE CALCULO APOORTE G N	59.711	235.477	246.522	298.249	310.107	384.051
APOORTE PARYPASSU	48.500	70.000	84.678	133.371	70.239,00	52.865
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PUNTO SOLIDADRIDAD	386.317	248.984	334.020	590.453	618,15	437.949
CAJAS COMPENSACION FAMILIA	3.388	28.499	56.253	64.322	69,454	44.242
BASE CALCULO APOORTE G N	386.317	248.984	334.020	590.453	618.150	437.949
APOORTE PARYPASSU	70.900	29.000	92.192	119.309	50.504	140.377

FUENTE: Informes anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social.

Teniendo en cuenta los artículos 221 y 217:

El aporte del gobierno nacional para los años 1994- 1996 fue el siguiente:

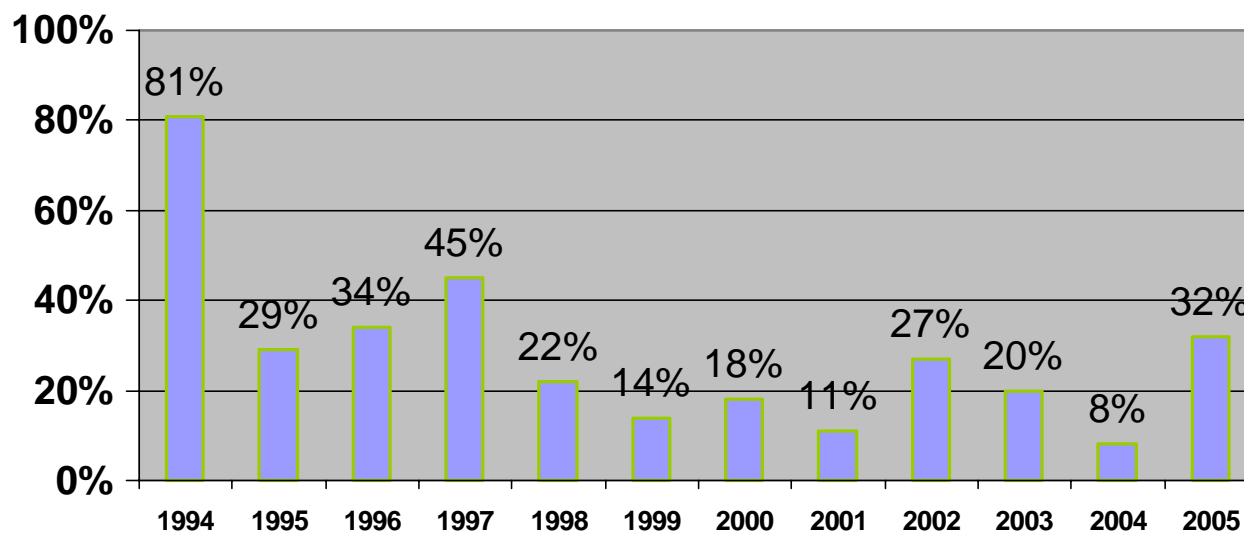
TABLA 48

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
81%	29%	34%	45%	22%	14%	18%	11%	27%	20%	8%	32%

Fuente: informes anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social

Siendo un porcentaje de cubrimiento muy inferior a los establecido en el artículo 221 de la ley 100 numeral C. Los recursos de solidaridad se destinaron a cofinanciar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables, los cuales se transferirán, de acuerdo con la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional.

Figura76: APORTE GOBIERNO NACIONAL



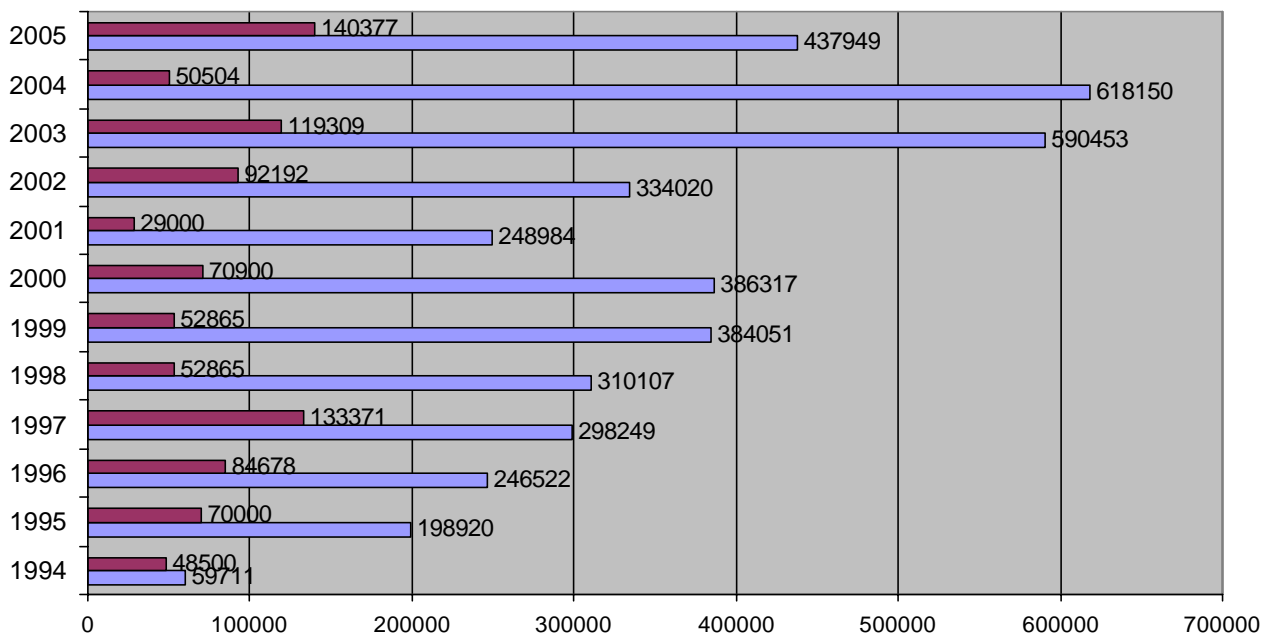
El mayor cumplimiento del aporte del gobierno nacional para la salud fue en el año de 1994 donde aportó el 81 % de la base del cálculo para la deuda del gobierno nacional, en el año de 1995 hubo un decrecimiento bastante marcado ya que el gobierno nacional solo aportó el 29 % del total de la deuda en salud.

Para los años 1996 y 1997 el aporte del parypassu fue más elevado que en el año anterior alcanzando un 45% (véase tabla 47)

Dentro de 1998 hasta el año 2002 hubo bastantes caídas en lo referente al aporte del gobierno ya que cada año este era menor.

Pero fue en el año 2004 donde el aporte no superó el 8%. (Véase tabla 47)

Figura 77 : Aporte del Gobierno Nacional



La grafica anterior es un cuadro comparativo entre el aporte del gobierno nacional y el calculo establecido para el anualmente.

Con los datos observados anteriormente podemos concluir que el principio de solidaridad se esta cumpliendo no en toda su totalidad por las siguientes razones:

El aporte para la subcuenta de solidaridad por parte del régimen contributivo se esta cumpliendo perfectamente con lo establecido anualmente, lo mismo sucede con el aporte de las cajas de compensación familiar. Por lo tanto podemos decir que tanto las cajas como el régimen contributivo están cumpliendo con el principio de solidaridad.

El incumplimiento a este principio se encuentra en el aporte del Gobierno Nacional, ya que en ningún año de lo que se a estudiado ha aportado la suma correspondiente para la subcuenta de solidaridad.

Todos los años aporta sumas inferiores a las establecidas.

12. .DESA RROLLO DEL PRINCIPIO DE EFICACIA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

A partir de la Constitución de 1991 se dio un notable aumento en el gasto público en salud que en los tres años siguientes se triplicó a pesos constantes y partir de la ley 100 continuó aumentando.

De igual modo, el gasto privado para seguridad social en salud se incrementó, (Ministerio de la Protección Social PARS-DNP, 2005; Ramírez y Melo, 2005).

Al mismo tiempo las coberturas del aseguramiento en salud se han incrementado desde niveles ligeramente superiores a 20% desde 1993 hasta niveles alrededor del 65% finalizando 2004 a pesar de la persistencia de barreras, al acceso a los servicios y desigualdades económicas que comprometen la equidad.

Es claro que no existe un sistema modelo de seguridad social que pueda ser aplicado en todo el mundo. Es indispensable que cada país conozca la realidad que esta viviendo y adopte un sistema a sus verdaderas necesidades y nuestro país Colombia no es la excepción.

Sea cualesquiera el sistema de seguridad social que se adapte, y las modificaciones que se den para la viabilidad del sistema de seguridad social, se hace evidente que las políticas deben ser de Estado y no de Gobierno.

En el caso de Colombia dadas las condiciones sociales actuales, la consolidación de un sistema social eficiente será base para un proceso de paz, ya que habría mas igualdad , universalidad y equidad.

En todos los sistemas actuales se presentan variables que erosionan la eficacia de los mismos: evasiones, escasa generación de empleo, incrementos, bajo retorno de las inversiones en el sector, inequitativa correlación entre administración y eficiencia, incierto futuro de las reservas, y, lo que es peor, un posible manejo indebido de los recursos. Frente a estas variables surgen las preguntas de quién debe garantizar la eficacia y la eficiencia de las políticas de seguridad social.

La poca eficacia de los acuerdos internacionales, la falta de voluntad política, el desconocimiento de los principios, la escasez de recursos y la necesidad de cumplir con compromisos financieros desarticulan el sentido y la responsabilidad de los Estados en esta materia y agudizan los problemas sociales, lo que afecta la gobernabilidad y, sobre todo, la legitimidad del Estado.

13. CONCLUSIONES

Con la implementación de la ley 100 de diciembre de 1993 se tuvo un elemento distintivo como lo es la provisión de un servicio público como la salud. El esquema presentado por la ley 100 implanto muchos beneficios para la salud de todos los colombianos, ya que permite el acceso a este servicio sin importar que la persona tenga problemas económicos y no pueda pagarla.

Es por eso que mediante esta ley se implantaron dos tipos de regimenes a los que deberían pertenecer todos los colombianos, estos son el régimen contributivo y el régimen subsidiado, el primero para las personas que son trabajadores y sus familias y pueden acceder al servicio de salud mediante su empresa o también para los trabajadores independientes no adscritos a ninguna empresa, pero con capacidad de pago, El segundo régimen establecido para las personas de escasos recursos que no pueden acceder al sistema de salud por sus propios medios.

El gobierno nacional se propuso que para el año 2000 el 100% de la población colombiana debería estar afiliado a algunos de los regimenes, pero hasta el momento esto ha sido imposible.

En nuestra investigación se encontró que todavía hay muchas personas que no pertenecen a ningún régimen, por lo tanto el principio de universalidad que plantea la Constitución Política de Colombia todavía no se esta cumpliendo.

Por otro lado en cuanto al Principio de Equidad – Igualdad, los aportes para la salud de los colombianos deberían ser todos iguales, no deberían haber preferencias o discriminaciones ya que al tener una UPC desigual por cada régimen estamos violando el artículo 13 de la constitución política.

El gobierno tiene un compromiso con el país ya que anualmente debe dar un aporte para los servicios de salud, pero cada año la suma que el da es insuficiente y no alcanza a cumplir con el monto del aporte establecido. Es allí donde se ve reflejada la violación al principio de solidaridad.

Dados los problemas del país para ampliar coberturas en el régimen subsidiado, los escenarios previstos sugieren un panorama bastante difícil para que el Sistema General de Seguridad Social logre extender su cobertura a la totalidad de los colombianos. En otras palabras, tal y como está concebido actualmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las posibilidades de ampliación de la cobertura al 100% de la población colombiana estarán mediadas por el crecimiento del empleo y el ciclo mismo de la economía.

Es cierto que hasta que la situación de violencia y desempleo en Colombia no mejore, desafortunadamente la situación a nivel de la salud seguirá igual, ya que no habrá como subsidiarla mas adelante, y lo que necesitamos es mas empleo para que la afiliación al régimen contributivo aumente y los colombianos podamos gozar de mejores condiciones y atención en salud.

Este estudio constituyó un proyecto para la investigación y el desarrollo de la salud y la seguridad social, Para cumplir con este objetivo se utilizó el conocimiento y la experiencia de instituciones y profesionales calificados y acreditados en el propósito de lograr una amplia cobertura del aseguramiento en la salud de los colombianos.

Igualmente fomenta el debate, el análisis y la investigación en todos los temas de salud y seguridad social, con el propósito de generar e innovar para futuros estudios que se puedan presentar.

Lo importante de este esfuerzo investigativo, sin embargo, no son tanto los resultados en sí mismos sino la construcción de una metodología que permita hacia un futuro continuar con los objetivos propuestos.

No obstante lo señalado, los resultados de la investigación no dejan de ser sorprendidos ya que posiblemente la crisis económica ha sido una de las causas fundamentales que impiden ampliar la cobertura de la seguridad social.

Los problemas estructurales que se evidencian desde la formulación del Sistema General de Seguridad Social llaman a una revisión de los planes y políticas de cobertura de la seguridad social en salud para los años venideros, puesto que esta investigación demuestra una tendencia hacia el estancamiento de la cobertura si persisten las actuales condiciones en nuestro país.

Análisis de Cumplimiento de los Principios Constitucionales de la Seguridad Social Durante la Implementación del libro Segundo de la Ley 100 de 1993 – periodo 1993-2005

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Constitución Política de Colombia 1991. Art. 13, 48 ,49ç
2. Decreto 1795 de septiembre 14 de 2000. Por el cual se estructura el sistema de Salud de las Fuerzas Militares.
3. Informe de Actividades del Consejo Nacional de Seguridad Social al congreso de la Republica 1995 -1996. Maria Teresa Forero. Ministra de salud.
4. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 1996 – 1997. Ernesto Samper Pizano. Presidente de la Republica. Maria Teresa Forero. Ministra de Salud.
5. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 1997-1998. Ernesto Samper Pizano. Presidente de la Republica. Maria Teresa Forero. Ministra de Salud
6. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 1999-1999. Andrés Pastrana Arango. Presidente de la Republica. Virgilio Galvis. Ministro de salud.
7. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 1999-2000. Mauricio Alberto Bustamente. Ministro de salud.
8. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2000 – 2001. Sara Ordóñez Noriega. Ministra de salud.
9. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2001-2002. Gabriel Ernesto Riveros. Ministro de salud.
10. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2002-2003. Álvaro Uribe Vélez. Presidente de la Republica. Diego Palacios Betancourt. Ministro de Salud.
11. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2003-2004. Álvaro Uribe Vélez. Presidente de la Republica. Diego Palacios Betancourt. Ministro de Salud
12. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2004 -2005. Álvaro Uribe Vélez. Presidente de la Republica. Diego Palacios Betancourt. Ministro de Salud.
13. Informe Anual de Actividades 2005-2006. Álvaro Uribe Vélez. Presidente de la Republica. Diego Palacios Betancourt. Ministro de Salud
14. *Ley 100 de 1993 (diciembre 23) Sistema de Seguridad Social Integral.* (Libro segundo) Nueva Edición. Bogotá, D.C.

