

### **Información Importante**

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca  
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Análisis del sistema de salud en el Área Metropolitana de Bucaramanga con base en los principios convencionales de la seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo**

**Angel Enrique Encinales Vanegas**

**Trabajo de grado para optar el título de Economista**

**Director**

**Alexis Marcelo Henríquez Torres**

**Comunicador social**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**División de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables**

**Facultad de Economía**

**2018**

## Contenido

<b>1. Objetivos</b> .....	12
1.1 Objetivo General. ....	12
1.2 Objetivos Específicos.....	12
<b>2. Marco Teórico</b> .....	13
2.1 Sistema de Seguridad Social en Salud .....	13
2.2 Principios Convencionales de la OIT.....	16
2.3 La Seguridad Social .....	18
2.4 Modelo bismarckiano.....	19
<b>2.5 Modelo beveridgeano</b> .....	21
<b>3. Marco Metodológico</b> .....	22
3.1 Tipo y diseño de la investigación .....	22
3.1.1 Universalidad en la cobertura.....	23
3.1.2 Igualdad, equidad o uniformidad en el trato.....	24
3.1.3 Sostenibilidad Financiera .....	24
3.2 Población y muestra .....	24
3.3 Definición de las variables .....	26
<b>4. Resultados</b> .....	27
4.1 Universalidad en la cobertura.....	27
4.1.1 Regímenes del sector salud 13 ciudades y áreas metropolitanas.....	28

4.1.2 Total de personas ocupadas (formales e informales) en el área metropolitana de Bucaramanga. ....	31
4.1.3 Proporción de informalidad en el área metropolitana de Bucaramanga.....	32
4.2 Igualdad, equidad o uniformidad en el trato .....	32
4.3 Sostenibilidad Financiera .....	45
4.3.1 Fuentes de financiamiento .....	45
4.3.2 Participación en el PIB .....	46
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>50</b>
5.1 Universalidad en la cobertura.....	50
5.2 Igualdad, equidad o uniformidad en el trato .....	50
5.3 Sostenibilidad Financiera .....	51
<b>6. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>53</b>

**Lista de tablas**

Tabla 1. <i>Definición de la muestra estratificada</i> .....	25
Tabla 2. <i>Definición de variables</i> .....	26
Tabla 3. <i>Población ocupada total, informal y formal (en miles)</i> .....	31
Tabla 4. <i>Estratos distribuidos en la encuesta</i> .....	33

**Lista de figuras**

Figura 1. Esquema del Sistema de Seguridad Social.....	16
Figura 2. Total de personas (en miles) del régimen contributivo. ....	28
Figura 3. Total de personas (en miles) del régimen subsidiado.....	29
Figura 4. Total de personas (en miles) del régimen especial.....	29
Figura 5. Total poblacional de las 13 áreas metropolitanas.....	30
Figura 6. Proporción poblacional cubierta por un régimen de salud. ....	31
Figura 7. Total de personas (en miles) del régimen especial.....	32
Figura 8. Total de personas encuestadas según género.....	34
Figura 9. Promedio de edad de cada estrato. ....	34
Figura 10. Total de personas atendidas en clínica, salud, hospital o SISBEN.....	35
Figura 11. Total de personas que deben pagar cuota moderadora.....	36
Figura 12. Total de personas ubicadas según su rango salarial. ....	37
Figura 13. Total de personas ubicadas según el rango de su cuota moderadora. ....	37
Figura 14. Total de personas dispuestas a pagar por un mejor servicio. ....	38
Figura 15. Total de personas según la calidad de atención que reciben en la sala de espera. ....	39
Figura 16. Total de personas según la calidad de atención que reciben en la entrega de medicamentos. ....	40
Figura 17. Total de personas según la calidad de atención que reciben en la entrega de resultados.....	40

Figura 18. Total de personas según la calidad de atención que reciben en el lugar de pagos y/o autorizaciones. ....	41
Figura 19. Total de personas según la calidad de los hospitales.....	42
Figura 20. Total de personas según la calidad de la sala de urgencia.....	42
Figura 21. Total de personas según la calidad de los consultorios médicos.....	43
Figura 22. Total de personas ubicadas según la periodicidad de la atención. ....	44
Figura 23. Total de personas según la demora en la obtención de una cita médica. ....	45
Figura 24. Valor agregado de los servicios sociales y de salud de mercado a precios corrientes.	47
Figura 25. Participación porcentual de los servicios sociales y de salud de mercado dentro del PIB departamental.....	48
Figura 26. Variación anual del valor agregado de los servicios sociales y de salud de mercado.	49

**Glosario**

Sistema General de Salud .....	SGS
Área metropolitana de Bucaramanga .....	AMB
Organización Internacional de Trabajo .....	OIT
Organización Mundial de la Salud .....	OMS
Sistema General de Seguridad Social .....	SGSS
Entidades Promotoras de Salud .....	EPS
Instituciones Prestadoras de Salud .....	IPS
Modelo Integral de Atención en Salud .....	MIAS
Comisión Económica para América Latina y el Caribe .....	CEPAL
Plan Obligatorio de Salud .....	POS
Sistema General de Pensiones .....	SGP
Departamento Administrativo Nacional de Estadística .....	DANE
Ministerio de Salud de Protección Social .....	MINSALUD
Producto Interno Bruto .....	PIB



### **Resumen**

El presente estudio busca proporcionar una explicación detallada de las condiciones del Sistema General de Salud (SGS) del área metropolitana de Bucaramanga (AMB), bajo los parámetros establecidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la seguridad social, conocidos como principios convencionales. Tomando como eje principal de la investigación: la universalidad en la cobertura; la igualdad, equidad o uniformidad en el trato; y la sostenibilidad financiera. A través del análisis de cifras brindadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y por información brindada por la población del AMB, recogida por medio de una encuesta de percepción. Dando un parte sobre el estado real del SGS, basado en los principios previamente mencionados.

**Palabras claves:** Seguridad social, sistema de salud, principios convencionales, Bucaramanga.

### **Abstract**

The present study seeks a detailed explanation of the conditions of the General Health System (SGS) of the metropolitan area of Bucaramanga (AMB), under the parameters established by the International Labor Organization (ILO) for social security, known as conventional principles. Taking as main objective of the investigation: the universality in coverage; equality, fairness, or uniformity in the treatment; and financial sustainability. Through the analysis of figures lent by the National Administrative Department of Statistics (DANE) and information provided by the BFA population, through a perception survey. Giving a part of the actual state of SGS, based on previously known principles.

**Key words:** Social security, health system, conventional principles, Bucaramanga

## Introducción

En el contexto colombiano, el Sistema General de Salud (SGS) es el encargado de la prestación de los servicios de salud, como de su correcta ejecución y la cobertura a la población en pleno. Por ende, se convierte en uno de los pilares fundamentales para brindar a la sociedad garantías en su nivel de vida. No obstante, esto no ha pasado de la teoría a la práctica, porque el SGS en Colombia no funciona acorde a lo establecido en la ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (Ley 100 de 1993). El Área Metropolitana de Bucaramanga (AMB), a pesar de sus grandes avances, se ha visto afectada por la crisis existente, lo cual deriva en la presente investigación; buscando dar, ante estos, soluciones preventivas que ayuden a mejorar la prestación del servicio y brinden un beneficio grande para la sociedad.

Para realizar esta investigación, se parte de un acercamiento teórico a la Seguridad Social a través de multiplicidad de conceptos de diversos autores, defendiendo cómo ha de ser el funcionamiento del SGS, la postura del Estado y el acceso de los usuarios a él. A continuación, se hará una revisión bibliográfica acerca de los principios convencionales para la seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), haciendo hincapié en la universalidad en la cobertura; la igualdad, equidad o uniformidad en el trato; y la sostenibilidad financiera, los cuales serán el eje de la investigación.

Seguido a esto, se hace una ampliación de los dos modelos que le han dado un gran aporte al desarrollo del estudio de la seguridad social, como lo son el modelo bismarckiano. En él se plantea un tipo de Estado de Bienestar, el cual asume un modelo contributivo, donde su financiamiento proviene de los aportes de los participantes, los cuales garantizan sus beneficios. Aquí se excluye aquel que no contribuye. Por otro lado, está el modelo beveridgeano (Beveridge), donde se propone un Estado de Bienestar en el cual asume un modelo no contributivo, buscando

un financiamiento proveniente de impuestos generales, teniendo de esta manera beneficios universales e incluyentes.

Por último, se presenta el marco metodológico, donde se encuentra a detalle el método de recolección de datos para la exposición de cada principio; seguido de los resultados y las debidas conclusiones. Dando muestra del verdadero estado del Sistema General en Salud de Bucaramanga y su área metropolitana, proponiendo alternativas para mejorar la prestación del servicio y optimizando las condiciones para los usuarios.

## **1. Objetivos**

### **1.1 Objetivo General.**

- Diagnosticar, con base en los principios convencionales para la seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo, la condición del Sistema General de Salud en el área metropolitana de Bucaramanga.

### **1.2 Objetivos Específicos.**

- Analizar la aplicación de los parámetros de la Ley 100 de 1993 con los principios convencionales para la seguridad social de universalidad en la cobertura, la igualdad, equidad o uniformidad en el trato y la sostenibilidad financiera en el área metropolitana de Bucaramanga.
- Determinar las causas de las falencias del Sistema General de Salud en el área metropolitana de Bucaramanga.

- Proponer lineamientos para mejorar el Sistema General de Salud del área metropolitana de Bucaramanga según los principios convencionales para la seguridad social de universalidad en la cobertura, la igualdad, equidad o uniformidad en el trato y la sostenibilidad financiera.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Sistema de Seguridad Social en Salud**

Para la sociedad actual la seguridad social es una política pública. Méndez (2013) señala que es un compromiso del Estado; ya que éste, además de ser garantía de efectividad, le brinda un respaldo a la sociedad con respecto a la seguridad social, entendiendo que esta se ha convertido en un derecho humano, social y fundamental. En el caso de Colombia, no hay una definición clara de lo que es la seguridad social; sin embargo, la actual viceministra de protección social, Dávila (2016), la cataloga como un bien público, ya que ésta retrata para los ciudadanos tanto la salud, como protección proveniente del Estado. Esto, siendo consecuente con la Ley 100 de 1993, la cual contiene y da soporte al SGSS, del cual desprenden, el Sistema General de Pensiones (SGP) y el SGS. No obstante, el Estado Colombiano, propone una definición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como “conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud” (Ley Estatutaria 1751, 2015).

Adicional a eso, el Estado colombiano reconoce que cuenta con algunos deberes particulares sobre este tema, que lo hace ejercer respeto, protección y las debidas garantías para

que los usuarios puedan contar con un servicio médico óptimo y de acuerdo con sus necesidades. Entre estos está evitar, en ninguna circunstancia afectar el disfrute del derecho fundamental a la salud. Tomando decisiones que fueran perjudiciales para la población y evitando que la misma sea marginada frente a este servicio. Elaborando y ejecutando políticas públicas en pro del beneficio de los usuarios, garantizando para los mismos igualdad y equidad. Permitiendo a su vez, que la población en pleno pueda acceder a este derecho fundamental, según sus necesidades en salud, ejerciendo el debido control y vigilancia sobre su desarrollo. Sumado a esto, el Estado colombiano debe adoptar la implementación de políticas que permitan financiar los servicios de salud de manera sostenible, garantizando el flujo constante de recursos para brindar una atención de manera oportuna, suficiente y eficiente a las necesidades poblacionales (Ley Estatutaria 1751, 2015).

Este tema se ha abordado desde diferentes estudios, como se verá más adelante, y ha brindado variedad en la perspectiva. Pérez Y Soto y Calderón mencionan que, distando de la tradición que ha brindado la teoría política e influenciado por la terminología bismarckiana de Estado de Bienestar, “este concepto (seguridad social) no procede en estricto, de los órdenes estatales propios del capitalismo moderno, sino que se ha dado en numerosas culturas que datan de la época precolombina, hasta nuestros días” (2012, p. 75). Los autores de igual manera remarcan que la seguridad social no es concepto que brinde facilidades en su estudio debido a su proximidad con áreas de la Economía y de la Ciencia Política. Para tomarlo como económico, está la necesidad de una administración de recursos en condición de escasos, los cuales deben ser sometidos a fundamentos de efectividad, eficacia y prontitud. Por otro lado, su influencia política radica en el momento que toma parte del ejercicio público Estado moderno.

A su vez, en el estudio mencionado, Pérez Y Soto y Calderón (2012) aseguran que tomando como punto de partida la teoría económica tradicional, se ha podido notar la imposibilidad del

mercado de proveer este tipo de bienes (léase servicios sociales). Estos son denominados como fallas de mercado, afirmando que privadamente no habría producción de la cantidad de bienes que la sociedad demandaría, justificando así la importancia de la intervención del Estado, que ha asumido el rol de proveedor de dichos servicios hasta formular reglas para que los particulares los presten, responsabilizándose del SGSS, u optando por una tercera vía, en donde se deje la responsabilidad en el mercado y su orden espontáneo.

En contra parte, y estableciendo una crítica al modelo que se rige en Colombia actualmente, Rojas (2013) en su artículo “Economía, crisis y salud”, rechaza los sistemas tanto mixtos y los privados. Esto debido a que defender la emancipación económica y un modelo socialista, hace que el SGS no caiga es una condición infausta y fatídica. A su vez propone que la persistencia de un modelo social, reconociendo dificultades en el acople debido a sus detractores, tecnificará el desarrollo científico. Permitiendo que se logre una base para la renovación de la producción de bienes y servicios altamente competitivos, dinamizando la economía interna y el mercado internacional.

La seguridad social en Colombia se puede analizar claramente en un esquema que se compone de dos sectores, fuentes, fondos, compradores, proveedores y usuarios, como se puede analizar en la Figura 1.

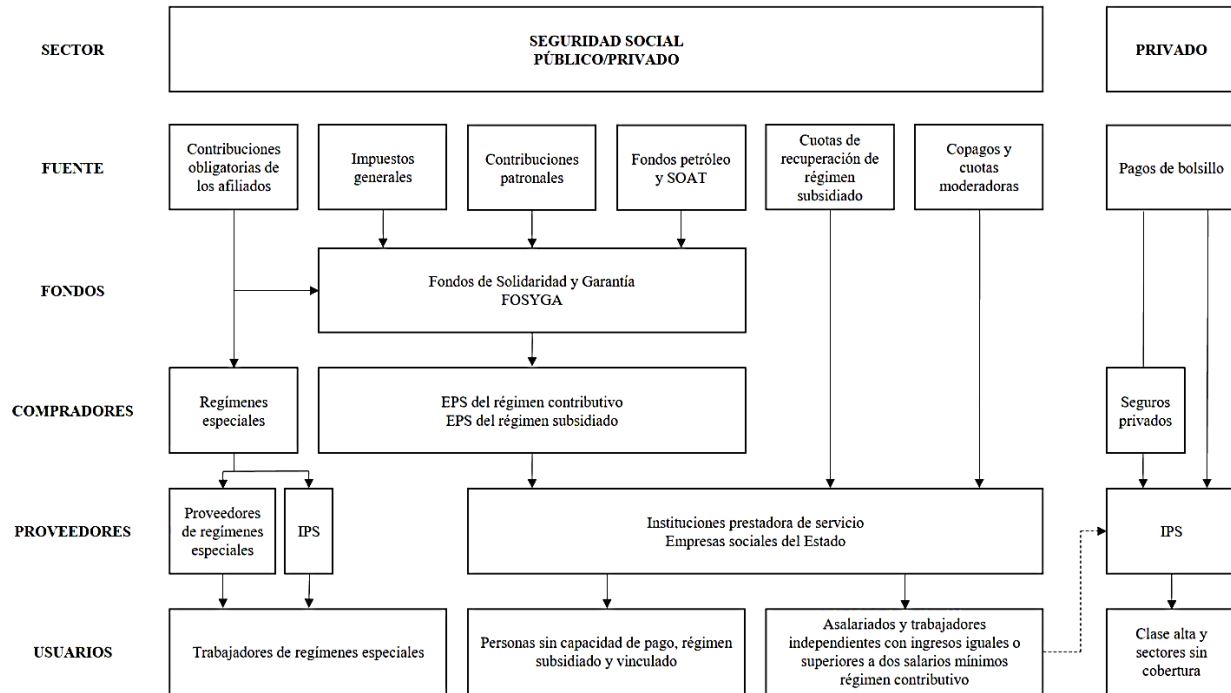


Figura 1. Esquema del Sistema de Seguridad Social. Adaptado de “The health system of Colombia”, por Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011)

## 2.2 Principios Convencionales de la OIT

Siendo consecuentes con lo planteado en la problemática a desarrollar, se hace también una revisión teórica sobre los llamados principios convencionales para la seguridad social que desarrolla la OIT, quien los define como la base fundamental en el ordenamiento del sistema. Un ideal, ya que, en ausencia de ellos, dicho sistema no podría tener una identidad y razón de ser definida. Los principios convencionales más importantes en seguridad social, los cuales cuentan con un amplio reconocimiento internacional son la solidaridad, la universalidad, la participación y la igualdad (sf, p. 32). No obstante, hay autores que a través de sus estudios han incorporado nuevos principios. Por ejemplo, Bowen (1971) da a conocer el principio de internacionalidad; a su



vez, Humeres (1995) habla sobre la subsidiaridad; y Mesa-Lago (2005) con la sostenibilidad financiera.

Los anteriores principios parten del concepto de seguridad social, la cual se conceptualiza, según la OIT, en un sistema conjunto que se compone de unas medidas oficiales, donde tienen como fin proteger la población; o una mayoría considerable, contra las consecuencias de los distintos riesgos sociales, como la enfermedad, el desempleo, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, las cargas de familia, la vejez, la invalidez y el fallecimiento del sostén de la familia (OIT, 2003).

También se habla de la seguridad social como un derecho que se le brinda a la totalidad de la población. Esto da lugar a la creación de una gran cantidad de instituciones sanitarias y sociales que se encargan de la prestación del servicio de salud y la educación, tanto como el servicio para las personas con discapacidades, físicas o mentales. Este concepto pretende que la sociedad sea una aseguradora, garantizando estabilidad para los usuarios en esta área (Castel, 2004).

Por otro lado, se afirma que la seguridad social dejó de ser considerada como un acto bondadoso del Estado o los particulares, para convertirse en uno de los derechos humanos, que exigen para su validez acciones positivas de los diversos gobiernos. Por esta misma razón se han realizado algunos decretos y convenios, teniendo en cuenta que todos están fundamentados en los principios de universalidad, progresividad, favorabilidad y trabajo decente promulgados por dicha organización (Goyes e Hidalgo, 2011, p. 47-48).

No obstante, el Estado Colombiano también tiene dentro de sus leyes, derechos fundamentales para el desarrollo óptimo del servicio de salud en el territorio. En primera instancia dentro de estos derechos, se destacan los siguientes elementos, que se definen como esenciales los cuales son; disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.

Además, los derechos fundamentales a la salud cuentan, según el Estado colombiano, con los siguientes principios: universalidad, pro homine (tener una interpretación apropiada de la norma, para velar por el cumplimiento del derecho a la salud), equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM (gitanos) y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (Ley Estatutaria 1751, 2015).

### **2.3 Seguridad Social**

La seguridad social tiene múltiples puntos de vista, permitiendo generar varios conceptos para su estudio. Se le describe como el conjunto de órganos públicos que por misión buscan la prevención de las problemáticas sociales que afectan a una comunidad. Por otro lado, está la mirada funcional, que se define como el conjunto de actividades y medidas efectuadas por prestadores de servicios, con el fin de evitar y reparar las contingencias de tipo social que se presentan. También está el enfoque institucional, el cual se denomina como un patrón continuo, estable, regular y autosostenible de acciones originadas por la existencia de contingencias sociales. Una última vertiente es la jurídica, que es el cúmulo de estatutos jurídicos y principios interpretativos que reglamentan la prevención y satisfacción de eventualidades comunitarias, tanto en sus aspectos orgánicos como funcionales (Obando, 2012, p. 292).

Sin embargo, y a pesar de las múltiples definiciones o caracterizaciones que se le puedan dar a este concepto, la seguridad social es un derecho moderno. Su regulación aparece al darse el desarrollo del trabajo en fábricas con el auge la llegada de la Revolución Industrial (de ahí surge la estrecha relación entre trabajo y la seguridad social). La introducción del trabajo con máquinas

transformó las relaciones de tipo laboral. No obstante, sólo fue en la segunda parte del siglo XIX que se les daría reconocimiento a los derechos de los trabajadores derivados de una relación de trabajo y comenzando el siglo XX, los derechos de los trabajadores relacionados con la seguridad social (Sánchez-Castañeda, 2012).

El reconocimiento de estos derechos paulatinamente fue llevando a la creación de diferentes teorías con respecto a este tema en particular. A lo largo de la historia los nombres de Otto von Bismarck y William Beveridge son los que hoy en día, y basados en sus diferentes postulados, representan dos formas de adentrarse en la seguridad social: aseguramiento y solidaridad.

#### **2.4 Modelo bismarckiano**

Para el análisis del modelo bismarckiano se hace necesario la identificación del contexto de este. Dicho esto, se parte de la afirmación de Sánchez-Castañeda, quien menciona que, en la Alemania de Bismarck se implementó un sistema de seguridad social a principios de los 1880, esto debido al éxito de la izquierda en este país y particularmente de las ideas socialdemócratas (2012, p. 6). Dejando a un lado su ideología de derecha, el entonces canciller Bismarck presentó al parlamento un proyecto de seguro obligatorio contra accidentes o enfermedades que llegó a ser aprobada por el legislativo el 15 de julio de 1883, buscando proteger a los trabajadores de los riesgos que podía ocasionar laborar en la industria (Nugent, 1997, p. 611, citado en Ruíz, 2011). La protección que brindaba el Estado (de bienestar) a través del Sistema de Seguridad Social, como anteriormente se mencionó, era obligatoria y básicamente cubría el riesgo de enfermedad y la contingencia de la maternidad.

Con la implementación de este sistema “se dio anunció una serie de leyes que dieron origen al primer Estado de Bienestar del mundo, cuyo objetivo era asegurarse el apoyo de la clase obrera y de fondo implícito, el rechazo filosófico alemán al individualismo utilitarista británico de Adam Smith” (Natanson, 2011). Uzcástegui (1990, p. 43) indica que el nuevo sistema, que se creó con intención de proteger a las personas de los riesgos principales que podrían tener durante su vida, diferenciándose de los modelos antiguos a través de su obligatoriedad, ya que las instituciones se convirtieron en parte de la organización pública, donde el Estado era el principal responsable de su funcionamiento.

La aprobación de esas leyes da muestra de la sobresaliente cualidad de político y dirigente del “Canciller de Hierro”, Otto von Bismarck, denominado así por tener una visión clara del problema social, enfrentándose a la clase trabajadora sin acudir a la represión policial. A su vez, porque logró convencer a los liberales y a los socialistas de su visión, puesto que los liberales por su parte afirmaban que el proyecto era una medida intervencionista; y los socialistas marcaban su preferencia por las leyes de beneficencia y una institucionalidad planificada. Con el fin de deslustrar una inminente revolución por parte de la clase trabajadora, que para ese entonces cada vez se hacía más agresiva y subversiva al gobierno imperante (Ruíz, 2011).

González (2002) señala que el modelo bismarckiano (aseguramiento obligatorio) busca armar un fondo a través de los trabajadores como una característica principal, haciendo una reserva para cubrir gastos en salud, en el momento que sea necesario. De la misma manera, se garantiza un mínimo en el ingreso cuando la persona no pueda ejercer su rol de trabajador, sea por motivo de enfermedad o por algún accidente. En este modelo el aseguramiento es obligatorio porque no hay plena confianza en la población. Es decir, desde el Estado no se considera que los ciudadanos, por voluntad propia, decidan suprimir parte de sus ingresos para destinarlos a seguridad social.

Aquí se busca que el usuario cree una visión a largo plazo, obligándolo a pagar las contribuciones establecidas.

## **2.5 Modelo beveridgeano**

Este modelo se sustenta bajo la teoría desarrollada por sir William Beveridge, en su Proyecto del Seguro Social obligatorio para Gran Bretaña, denominado Plan Beveridge. Este Plan es escrito y presentado por parte de la Comisión Interministerial, de la cual el autor era presidente, que fue encargada de realizar un estudio de los sistemas de seguridad social existentes en el territorio británico, donde posteriormente fue llevado a cabo. Este modelo surge cuando la Segunda Guerra Mundial estaba por terminar, y proponía que los trabajadores asumieran el pago obligatorio de unas tasas que traerían beneficios en caso de enfermedad, paro y jubilación, entre otras. Sumado a esto se planteó que los beneficios serían universales y no sólo para aquellos que aporten al sistema, dándole al Estado un rol importante. Sin embargo, lo que se pretendía era hacer a un lado la idea un Estado paternalista con el propósito de volverlo un Estado con responsabilidad social (Henríquez, 2014).

La Comisión Interministerial, en cabeza de sir William Beveridge, determinó tres principios fundamentales para el desarrollo del nuevo sistema para la seguridad social. El primero buscaba que todo plan propuesto, para un futuro mejor en Gran Bretaña, estuviese desligado de los intereses particulares que pudieran surgir durante la implementación. Beveridge afirmó que “en un período revolucionario en la historia del mundo es el momento de hacer revoluciones, y no el de poner parches y remiendos a lo viejo” (Beveridge, 1942, p.10). El segundo principio pretendía hacer presión sobre el desarrollo en Gran Bretaña, ya que su principal intención era crear la necesidad de seguir desarrollando planes para la reconstrucción de un Estado postguerra. La idea

era que el nuevo sistema para la seguridad social fuera visto sólo como una parte para el progreso social y no como la cúspide. Por último, el tercer principio hacía hincapié en que la seguridad social debía ser lograda por la conjunta participación del Estado y el individuo. Aquí lo que se buscaba era hacer que el Estado propiciara un ambiente óptimo, tanto económico como social, para incentivar a las personas a que se vinculen al sistema de seguridad social, creando una conciencia de responsabilidad social (Beveridge, 1942).

González (2002, p. 19-20) afirma que “gracias a Beveridge es posible pasar del aseguramiento hacia la solidaridad. En su lógica, las contribuciones no favorecen solamente al conjunto de las personas que aportan, sino también a quienes no lo hacen”. En este modelo normativo, las personas son inducidas a renunciar a parte de su ingreso para aportar a un fondo común, donde todas aquellas personas que no pueden acceder al Sistema de Seguridad Social, bien por incapacidad o algún otro impedimento, puedan tener cobertura gracias a la responsabilidad social de la comunidad (Van Parjis, 1994, citado en González. 2002, p. 19).

### **3. Marco Metodológico**

#### **3.1 Tipo y diseño de la investigación**

Esta investigación tiene como propósito realizar un diagnóstico detallado sobre la condición del SGS en la ciudad del AMB, buscando no sólo aportar al debate sobre las diferentes teorías que soportan la implementación de algunos sistemas, sino dar alternativas de solución al déficit en la prestación de este servicio para la comunidad. Dicho diagnóstico se equiparará bajo los principios convencionales para la seguridad social de universalidad en la cobertura, la igualdad,

equidad o uniformidad en el trato y la sostenibilidad financiera que ha propuesto la OIT para alcanzar una prestación del servicio eficiente. Se hará recolección de datos de diferentes fuentes con el fin de ser certeros con la información brindada en los resultados de la investigación. Las fuentes primarias serán entrevistas y encuestas, buscando conocer la percepción de los usuarios frente al sistema. También, informes presentados por las diferentes entidades encargadas de regular el servicio de salud en el departamento de Santander, su zona metropolitana; y noticias de relevancia para el estudio. Por su parte, como fuentes secundarias de información se acudirán a bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y del Ministerio de Salud (MINSALUD), obteniendo cifras actualizadas de las diferentes partes del SGS, con intención de hacer un comparativo frente a lo establecido por la OIT.

**3.1.1 Universalidad en la cobertura.** Para dar cumplimiento y suficiencia al análisis de este principio se abordará la cobertura desde dos puntos de vista. El primero será una visión general en la población, donde se incluirá la condición laboral de la persona. En este punto lo que se busca es determinar la cantidad de personas que acceden al sistema a través de la cotización, bien sea por razón laboral o independiente y la cantidad de personas que acceden a un servicio gratuito (léase, brindado por el Estado). Por eso se hace necesario incluir dentro de las variables el porcentaje de informalidad en el AMB, ya que dentro de los estudios que ha realizado la OIT sostiene que hay una correlación inversa entre las personas que acceden al sistema y el número de informales en la economía.

**3.1.2 Igualdad, equidad o uniformidad en el trato.** Este principio se abordará desde la perspectiva del usuario, entendiendo que este es el que recibe el servicio y podrá dar una apreciación más certera de la calidad de trato que brindan las instituciones de la salud. Se hará a través de una encuesta, la cual, por su objetivo, será descriptiva; por sus preguntas, de respuesta cerrada y por la manera como se realizará, de tipo personal.

**3.1.3 Sostenibilidad Financiera.** Para esta tercera variable se pretende hacer varias observaciones que permitan dar un diagnóstico claro. Dicho esto, se mirará las tendencias en el gasto de salud y su distribución por subsectores y niveles, mirando los porcentajes en el producto interno bruto (PIB) y las inversiones realizadas por el MINSALUD. Determinar cuáles son las fuentes de financiamiento principales de la salud en el AMB. Y por último realizar algunas conclusiones acerca de las destinaciones presupuestales realizadas por las diferentes administraciones, de las cuatro ciudades que componen el AMB.

### **3.2 Población y muestra**

Se requiere mencionar la importancia que hay en realizar este análisis en el AMB al ser considerada un polo importante para el desarrollo de la salud en Colombia. Esto debido a la constante inversión público-privada que se ha realizado para la creación de nuevos centros de atención, motivando a la educación hacia esta área en particular y al incentivo en el llamado “turismo hospitalario”. Teniendo en cuenta el tipo de población a evaluar, se hace pertinente para la investigación tomar como referencia tanto las instalaciones nuevas, que cuentan con personal de calidad y tecnología moderna; como a las instituciones, bien sea públicas o privadas, que no sólo llevan un periodo considerable funcionando, sino que con el tiempo han ido en detrimento de



la prestación del servicio, con el fin de dar cumplimiento a los principios de universalidad en la cobertura y sostenibilidad financiera.

Para la variable de igualdad, equidad o uniformidad en el trato, y cumpliendo con la intención realizar encuestas a los usuarios, se ve necesario hacer una selección de una muestra representativa. Esta será con el método aleatorio probabilístico y estratificado, buscando dividir la población en las diferentes edades. Primero se harán los subgrupos lo más homogéneos posibles; y, segundo, se buscará identificar las falencias que cada uno pueda presentar de manera general (ver tabla 1).

Tabla 1. *Definición de la muestra estratificada.*

ESTRATOS	Ni	pi	Si <sup>2</sup>	Wi	ni
<b>0-19 años</b>	343199	0,5	0,25	0,303088563	81
<b>20-39 años</b>	364395	0,5	0,25	0,321807339	86
<b>40-59 años</b>	280438	0,5	0,25	0,247662582	66
<b>60-79 años</b>	124882	0,5	0,25	0,11028676	25
<b>80-99 años</b>	19425	0,5	0,25	0,017154757	5
<b>Totales</b>	1132339			0,696911437	263

**Nota: Elaboración propia con base en información proporcionada por la Doctora Eddy Fajardo**

**En donde:**

- **Ni: Es el total poblacional de cada estrato.**
- **pi: Es la proporción buscada en el total de población**
- **Si<sup>2</sup>: Es la varianza.**
- **Wi: Es la ponderación de cada estrato (peso de cada estrato en la muestra).**
- **ni: Es el tamaño de la muestra de cada estrato**

Las personas serán escogidas al azar, teniendo en cuenta los estratos por los cuales ha sido dividida la población y la temática que se lleva a cabo en el presente trabajo. Por ende, las encuestas se realizarán en las proximidades de las diferentes instituciones de salud, tanto públicas como privadas, obteniendo de ellos variedad en la respuesta y en la condición de la prestación del

servicio para cada persona en particular. Esto con el fin de tener un concepto más amplio, haciendo que la muestra pueda ser representativa para el total de la población.

### 3.3 Definición de las variables

Las variables que se utilizaron en la investigación, como se ha mencionado anteriormente, son tres de los principios convencionales para seguridad social. las cuales fueron abordadas desde diferentes dimensiones, que permiten tener una visión más amplia de cada principio en el área metropolitana, como se indica en la tabla 2.

Tabla 2. *Definición de variables.*

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>
<b>Universalidad en la cobertura.</b>	Cada individuo debe tener llegada al sistema sin importar su condición socioeconómica.	Datos referentes a la cotización de la población, determinando la cantidad de personas que participan en el sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población cotizante.</li> <li>• Porcentaje régimen subsidiado y contributivo.</li> <li>• Trabajadores informales y población económicamente activa.</li> </ul>
<b>Igualdad, equidad o uniformidad en el trato.</b>	Cada persona puede acceder al sistema sin ser discriminado.	Tomar la opinión del usuario, determinando su percepción del SGS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas.</li> </ul>
<b>Sostenibilidad financiera.</b>	Un sistema sostenible por la economía de la región.	Datos referentes a la disposición estatal a invertir en el SGS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos de salud (subsectores y niveles).</li> <li>• Porcentaje en el PIB.</li> <li>• Fuentes de financiamiento.</li> </ul>

*Nota: Elaboración propia.*

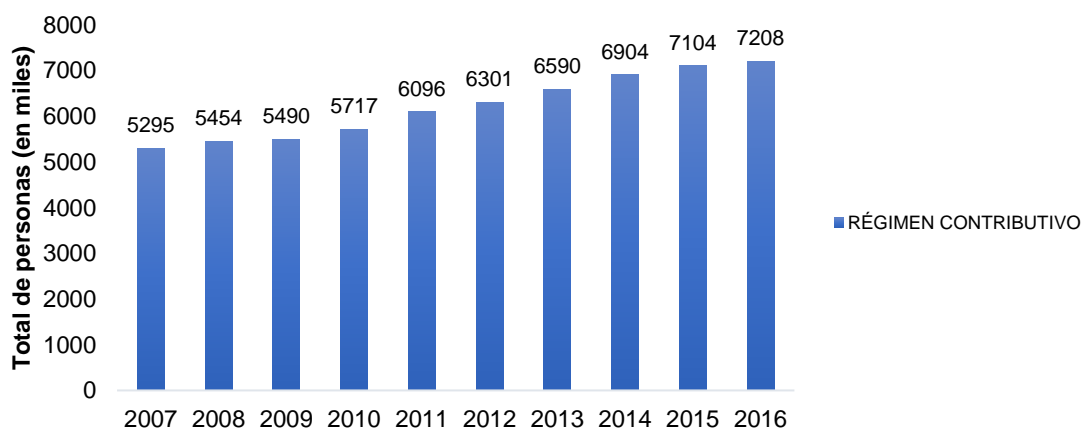
## **4. Resultados**

### **4.1 Universalidad en la cobertura**

Para el análisis de este principio, se plantearon algunas dimensiones con el objetivo de dar un análisis objetivo sobre la realidad para el área metropolitana de Bucaramanga. En primer lugar, se muestra la población cotizante en el sistema de Seguridad Social, explicando la distribución según el régimen (contributivo, subsidiado o especial). Estos datos son obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), basado en las 13 áreas metropolitanas (am) principales para el DANE (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pasto, Pereira, Cúcuta, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio), comparado con el total poblacional de las 13 am en total. Seguido a esto se hará una muestra sobre la cantidad de personas ocupadas, la proporción de informalidad en el área metropolitana del área metropolitana y la población económicamente activa (PEA). Ya que estas variables, se convierten en determinantes claros del nivel de cobertura del Sistema General de Salud en un territorio (Mesa-Lago, 2009, p. 12-14).

**4.1.1 Regímenes del sector salud 13 ciudades y áreas metropolitanas.** Tomando como análisis los datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) de las 14 áreas metropolitanas más importantes (según el DANE) del país. Es notable el crecimiento que ha el Sistema General de Seguridad de Social en Salud desde el 2007. Evidenciando que el régimen que más población abarca es el régimen contributivo teniendo un crecimiento constante. No obstante, el régimen subsidiado y especial, a pesar de que han tenido un notable aumento desde el año 2007 hasta el 2016, no es apreciable una línea de tendencia tan clara como el régimen contributivo. Lo cual deja ver que la población cubierta es muy variable.

En la Figura 2 se puede apreciar el aumento en los últimos 10 años del régimen contributivo en las 13 áreas metropolitanas, siendo el régimen que más cobertura tiene en la población.



*Figura 2.* Total de personas (en miles) del régimen contributivo. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE.

La cobertura del régimen subsidiado, representado en la Figura 1, ha tenido un crecimiento fluctuante, sin embargo, no tiene una cobertura tan amplia como el régimen contributivo.

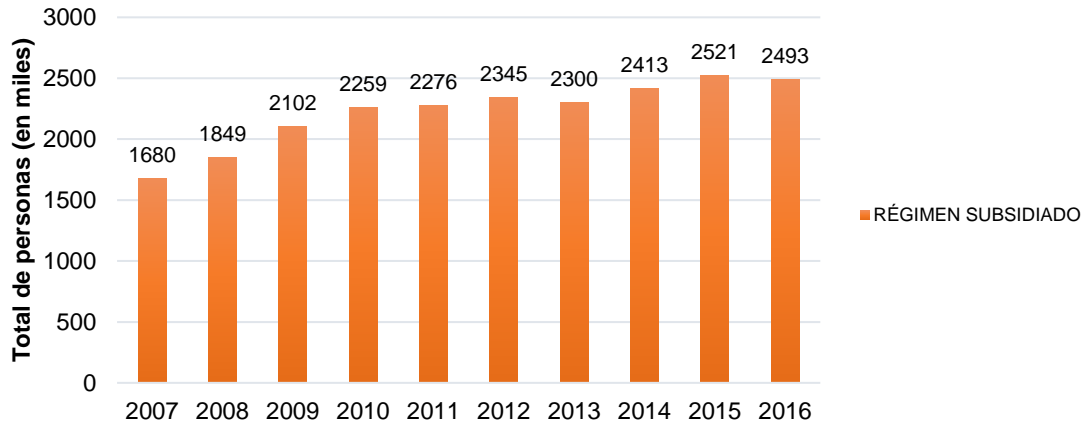


Figura 3. Total de personas (en miles) del régimen subsidiado. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE.

El régimen especial, por su composición tiene una cobertura inferior en la población colombiana, para el caso estudiado, de las 13 áreas metropolitanas. No obstante, el crecimiento es notable, para el 2016 superando las 290 mil personas.

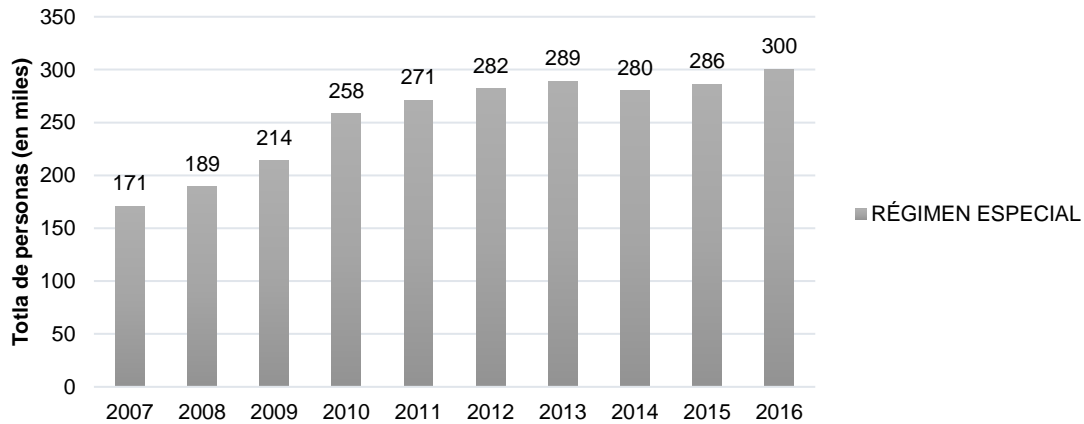
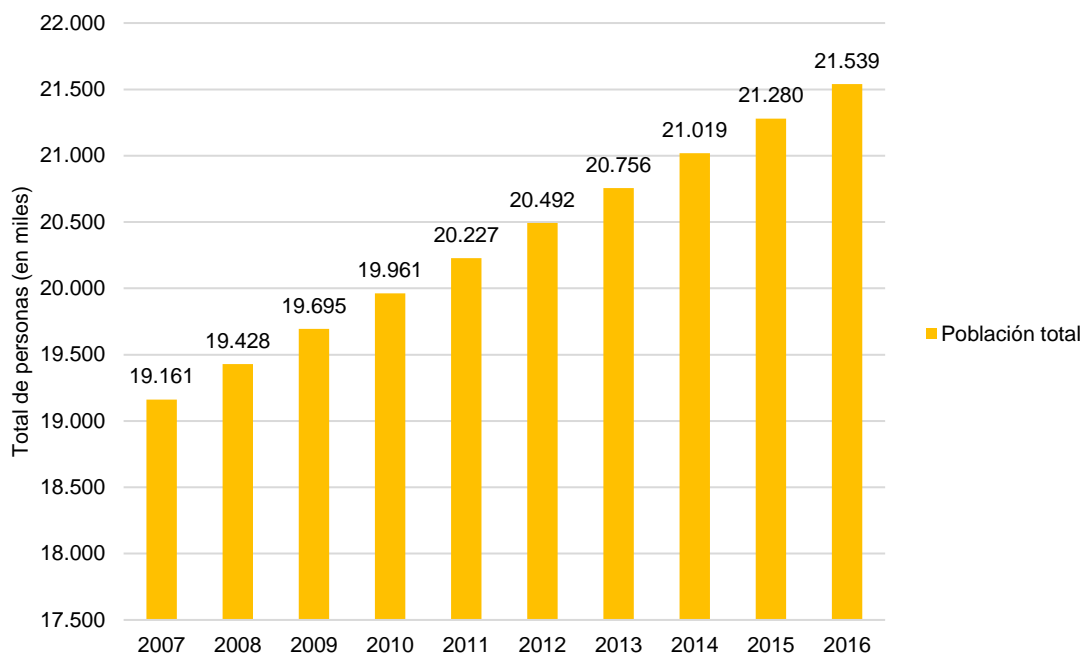


Figura 4. Total de personas (en miles) del régimen especial. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE.

La Figura 5 indica el total de la población de las 13 áreas metropolitanas, donde se ve que el crecimiento desde el año 2007 ha sido constante. Sin embargo, en comparación a las figuras anteriores (2, 3 y 4), es posible indicar que la cobertura no es completa, ya que, el comportamiento en el crecimiento no es similar, siendo mucho más pronunciado en la Figura 5.



*Figura 5.* Total poblacional de las 13 áreas metropolitanas. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE.

Para el año 2016, la población que pertenecía a algún régimen en salud superaba los 10 millones de habitantes, sin embargo, la cobertura para las 13 áreas metropolitanas es muy deficiente. Ya que para este año todavía no supera ni el 50% de la población, con sólo un 46%, un punto porcentual inferior con respecto al año anterior. Reflejando una problemática social de alto nivel, porque a pesar de que desde el año 2007 la proporción poblacional ha aumentado, no es suficiente para obtener una cobertura ideal.

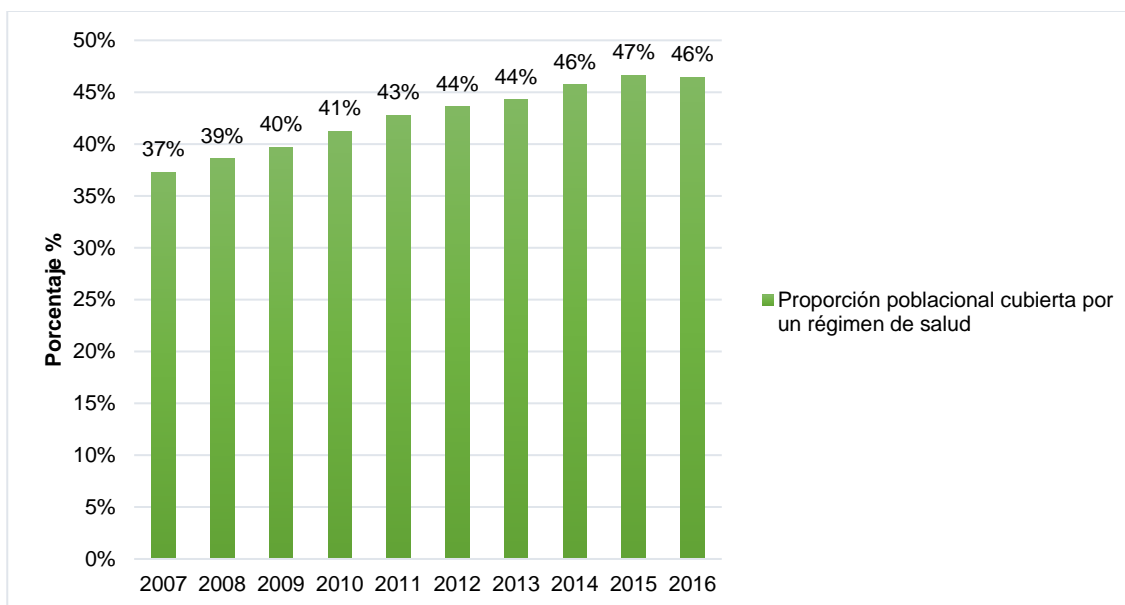


Figura 6. Proporción poblacional cubierta por un régimen de salud. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE.

#### 4.1.2 Total de personas ocupadas (formales e informales) en el área metropolitana de

#### Bucaramanga.

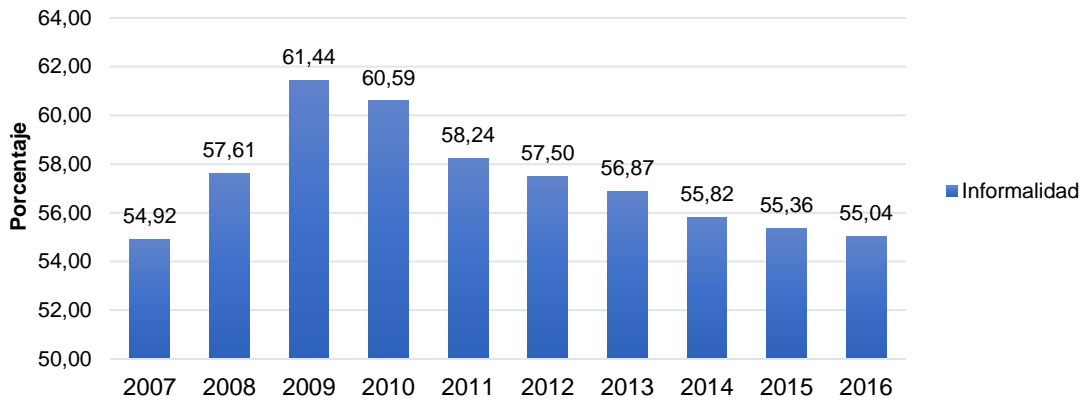
Tabla 3. Población ocupada total, informal y formal (en miles).

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ocupados</b>	420	452	499	521	528	537	541	564	559	558
<b>Formales</b>	190	191	192	205	221	228	233	249	249	251
<b>Informales</b>	231	261	307	316	307	309	308	315	310	307

Nota: Elaboración propia con datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE.

En consecuencia, a lo observado en la Figura 6, la Tabla 3 también indica que el AMB tiene un déficit en la cobertura. Puesto que, el alto nivel de informalidad también es un índice que el total de la población no pertenece o tiene acceso al servicio médico (ver página 16).

**4.1.3 Proporción de informalidad en el área metropolitana de Bucaramanga.** Los resultados de la Figura 7 sustentan para el AMB al observar la proporción de informalidad existente. Ya que por los últimos 10 años ha estado por encima del 50%. Es decir, de la tasa de ocupación, que para el 2016 fue de 558000 personas, más de la mitad pertenecían al sector laboral informal. Esto, según Mesa-Lago (2009) muestra que la cobertura del sistema es crítica, entendiendo que las personas que laboran de manera informal, no se encuentran cubiertas por algún régimen de salud.



*Figura 7.* Total de personas (en miles) del régimen especial. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE.

#### 4.2 Igualdad, equidad o uniformidad en el trato

Entendiendo que este principio apunta a que el usuario, independientemente de su régimen, reciba un servicio óptimo dentro de cada una de las instalaciones que comprende las entidades de salud. Se es necesario conocer la opinión del mismo (del usuario), para tener una perspectiva clara de la calidad en la atención. Llevando a cabo una encuesta de percepción de 11 preguntas en total, determinando una muestra de 263, estratificada (por edades), haciendo una distribución según la ponderación con respecto al total de la población del área metropolitana de Bucaramanga.



Tabla 4. *Estratos distribuidos en la encuesta.*

<b>ESTRATOS</b>	<b>Ni</b>	<b>Ni</b>
<b>0-19 años</b>	343.199	81
<b>20-39 años</b>	364.395	86
<b>40-59 años</b>	280.438	66
<b>60-79 años</b>	124.882	25
<b>80-99 años</b>	19.425	5
<b>Totales</b>	1.132.339	263

*Nota:* Elaboración propia. Donde la variable Ni es el total poblacional de cada estrato y ni es el total de la muestra de cada estrato.

La encuesta fue realizada en toda el AMB, contando con la participación de diferentes puntos de vista, lo cual le brindó diversidad y a su vez objetividad. La mayoría de las personas encuestadas fueron del género femenino, con un total de 143 personas (ver Figura 8). A su vez, en cada estrato de la muestra (por edad) dicho género fue superior. Con un promedio de edad total de 49 años, distinguido el promedio de cada uno de los 5 estratos en la Figura 9.

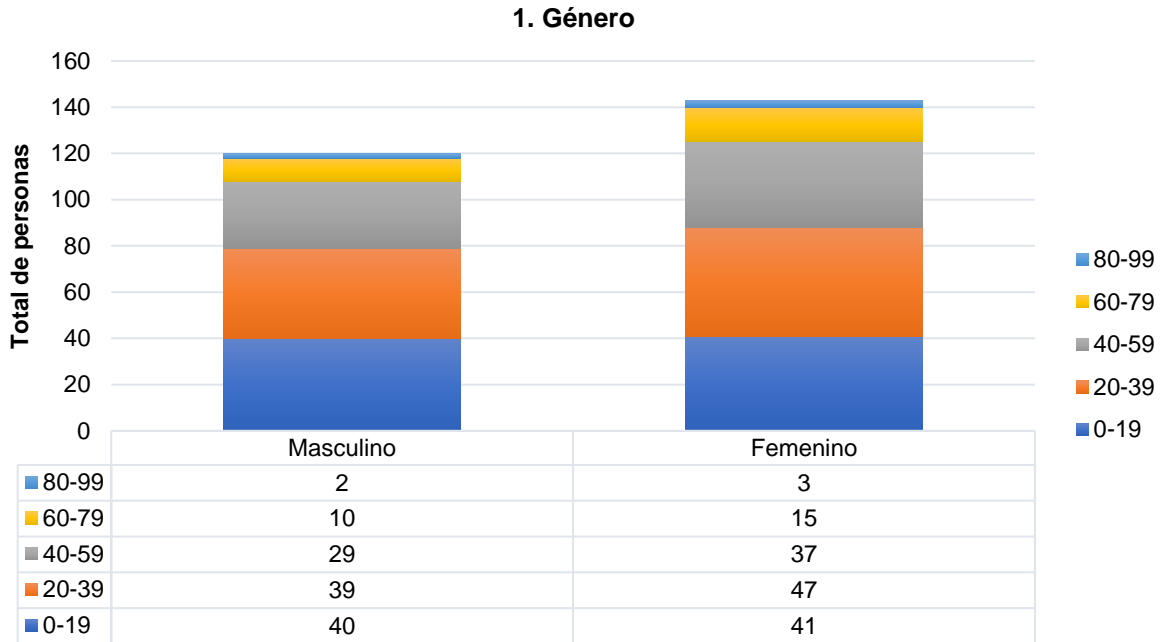


Figura 8. Total de personas encuestadas según género. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

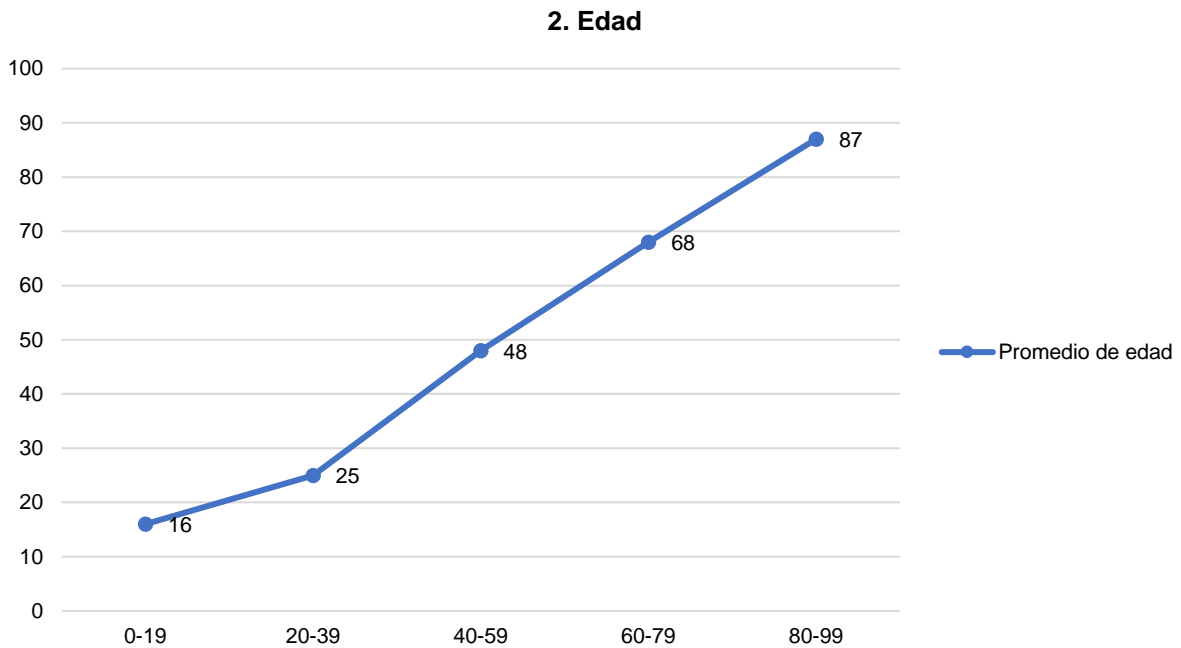


Figura 9. Promedio de edad de cada estrato. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

Más del 56% de los encuestados dicen ser atendidos en clínicas (ver Figura 10), lo cual indica que esta es el centro de atención más recorrido por los usuarios, seguido por los centros de salud en un 20%, los hospitales con un 17%, y por último los servicios que presta el SISBEN en sus diferentes instalaciones que representa un 7%. Esto concordando con lo mencionado en el principio anterior, con respecto a que el régimen subsidiado tiene una menor cobertura sobre la población del Bucaramanga y su área metropolitana.

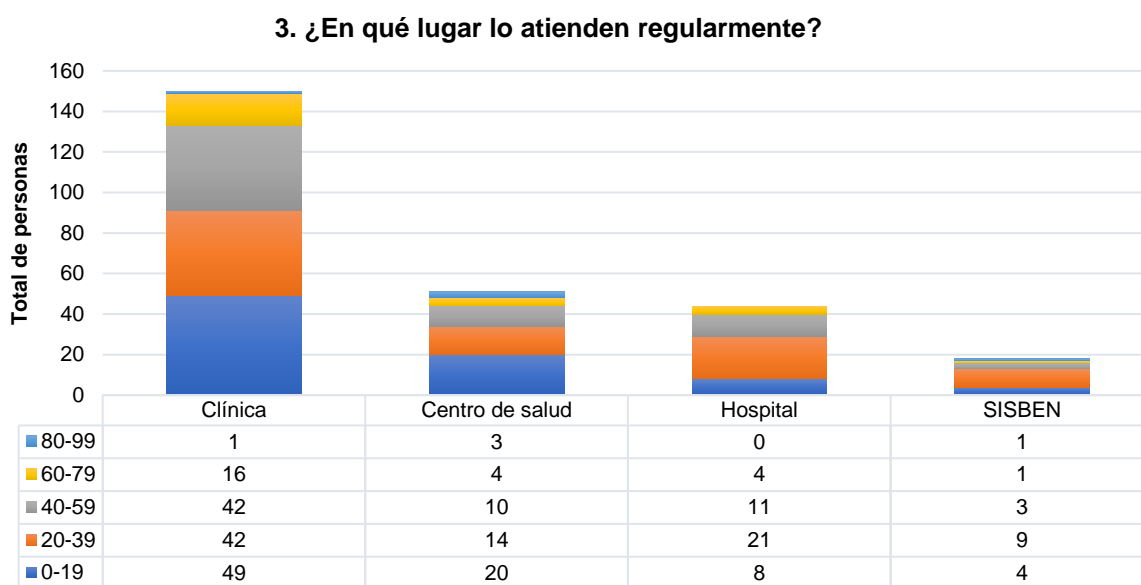
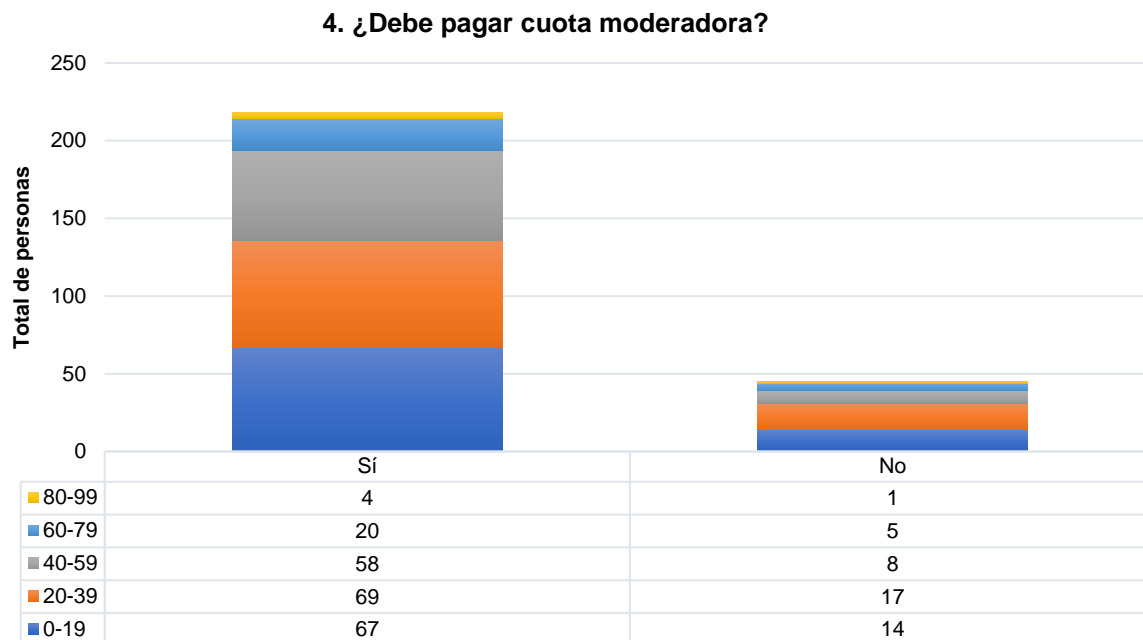


Figura 10. Total de personas atendidas en clínica, salud, hospital o SISBEN. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

Más del 80% de los encuestados deben pagar algún tipo de cuota moderadora. Viendo que la participación porcentual de cada estrato es directamente proporcional a su tamaño en la muestra. Indicando concordancia con la Figura 10 anterior, donde se puede apreciar que menos del 10% de las personas son atendidas en el SISBEN (institución representativa del régimen contributivo, donde el pago de la cuota moderadora no es obligatorio).



*Figura 11.* Total de personas que deben pagar cuota moderadora. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

Tomando como referencia del rango salarial de la Figura 12, el 63% de los encuestados se encuentran ubicados con un salario menor al Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV) o con un salario entre el millón de pesos y menor de los 5 millones (35%-28% respectivamente). Esto indica la relación con el rango de la cuota moderadora (Figura 13), mostrando que más del 30% de los encuestados deben cancelar una cuota moderadora de \$2.900 (la cuota mínima), que junto con las personas que no deben cancelar dicha cuota representan el 53%. Identificando que el costo de la cuota moderadora está directamente relacionado con el rango salarial.

**5. Ubique su rango salarial**

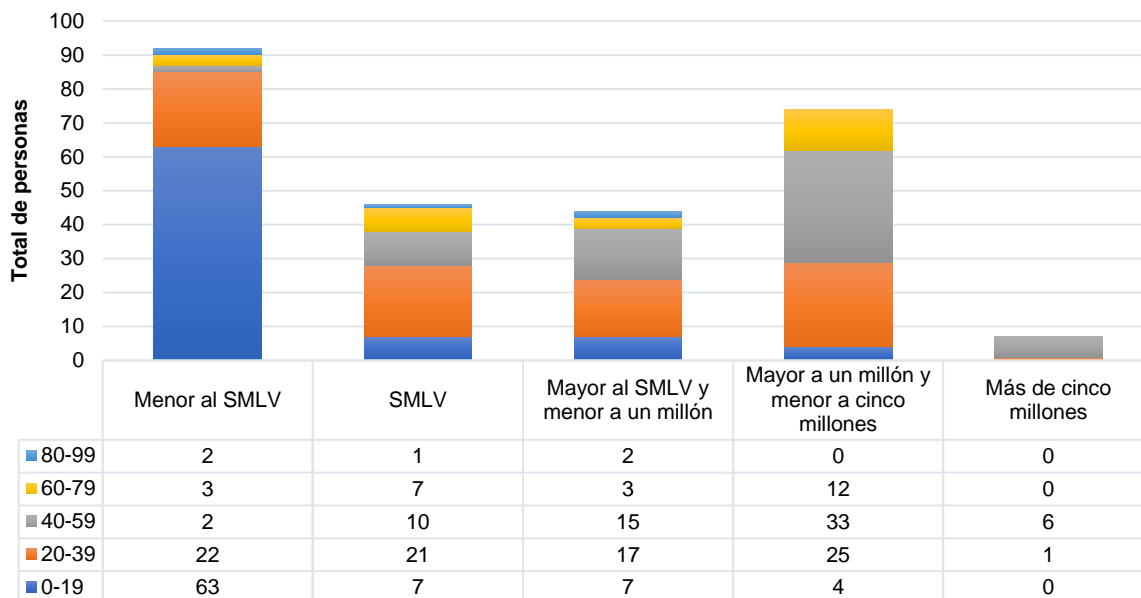


Figura 12. Total de personas ubicadas según su rango salarial. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

**6. Ubique el rango de su cuota moderadora**

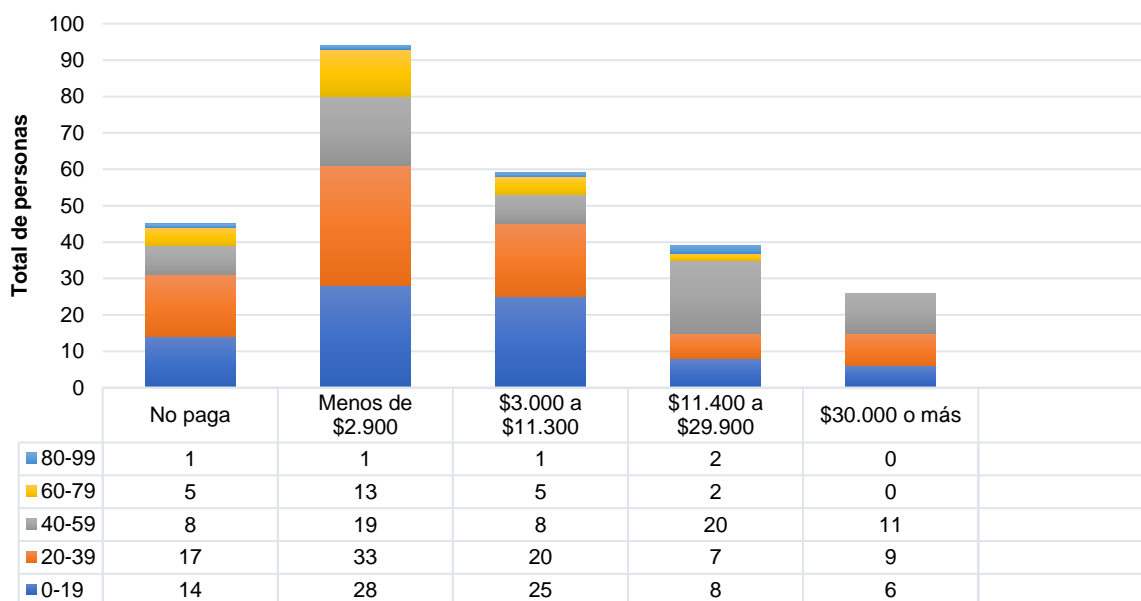
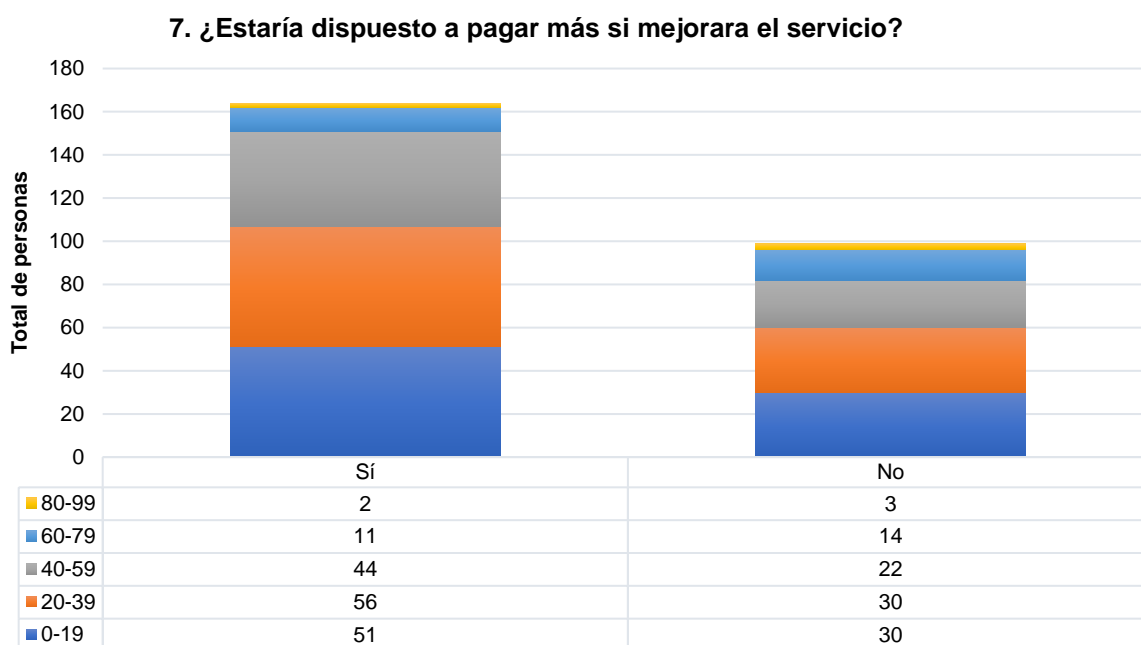


Figura 13. Total de personas ubicadas según el rango de su cuota moderadora. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad,

equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

El 62% de los encuestados estarían dispuestos a pagar más, con tal de recibir un buen servicio. Sin embargo, es de resaltar, que, al momento de realizar la encuesta las personas del segundo estrato en adelante que respondieron de manera negativa a la pregunta, afirmando que el pago se realiza por un buen servicio, por lo cual no encontraban sentido al pretender dar una suma superior para un mejor trato y mejor atención.

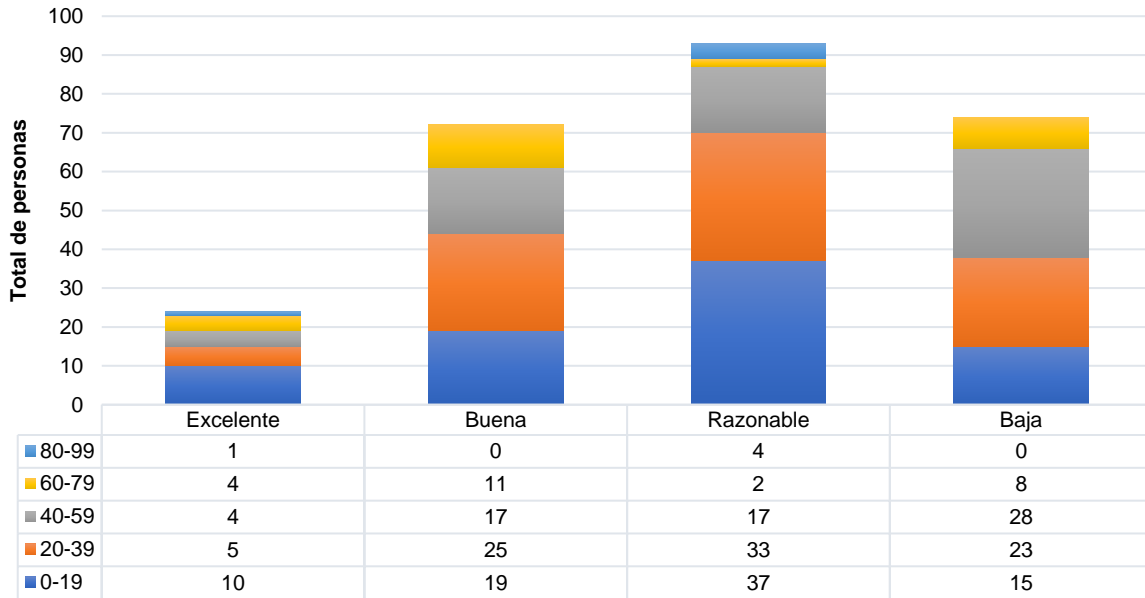


*Figura 14.* Total de personas dispuestas a pagar por un mejor servicio. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

Los encuestados encuentran que la atención en los diferentes lugares del sector de salud, en gran parte es razonable o directamente mala (especificado en las Figuras 15 al 18). El trato excelente tiene un porcentaje mínimo, con respecto a los otros 3 ítems de calificación. Lo cual muestra inconformidad de parte del usuario, donde independientemente de la calidad del servicio

prestado, la atención que reciben es discutible. Atentando contra el bienestar del usuario y a la preservación del principio para la seguridad social que se quiere evaluar a través de la encuesta.

**8.1 Evalúe la atención en la sala de espera**



*Figura 15.* Total de personas según la calidad de atención que reciben en la sala de espera. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

**8.2 Evalúe la tención en la entrega de medicamentos**

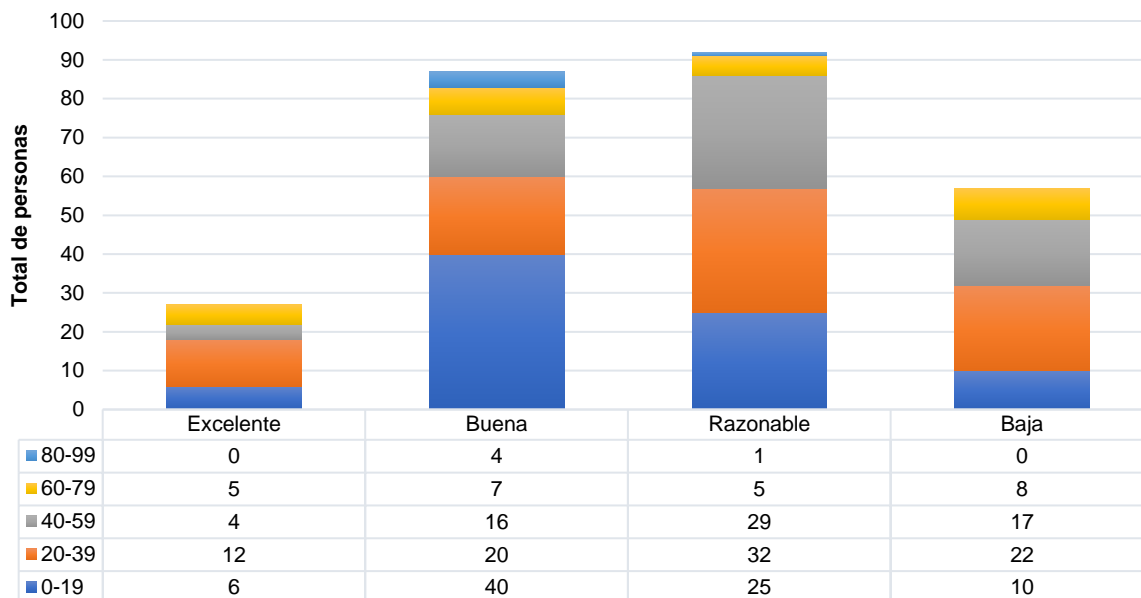


Figura 16. Total de personas según la calidad de atención que reciben en la entrega de medicamentos. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

**8.3 Evalúe la atención de la entrega de resultados**

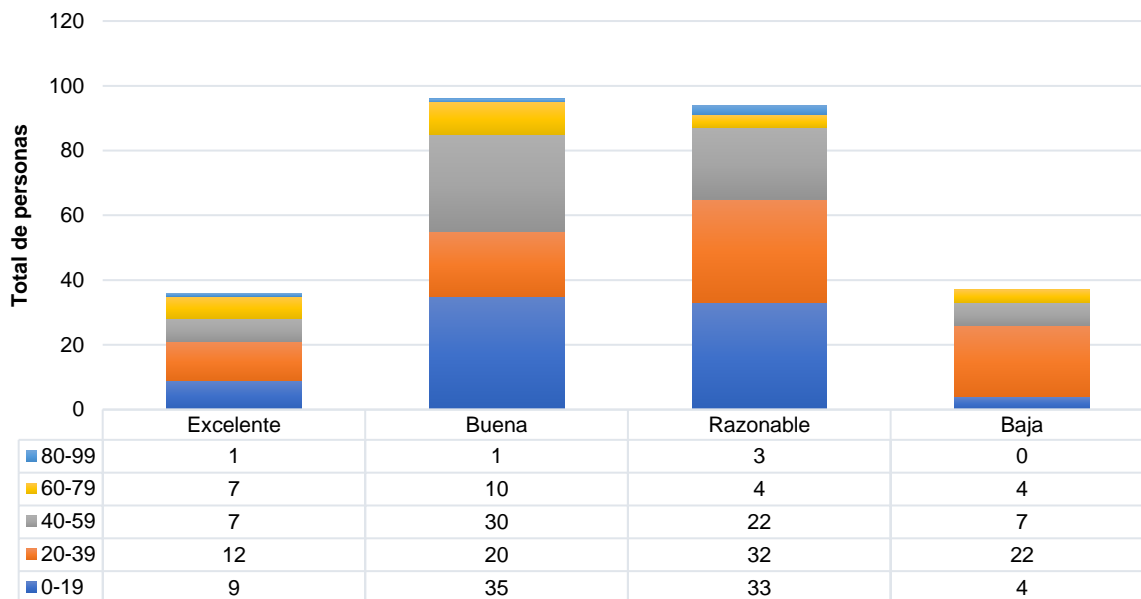
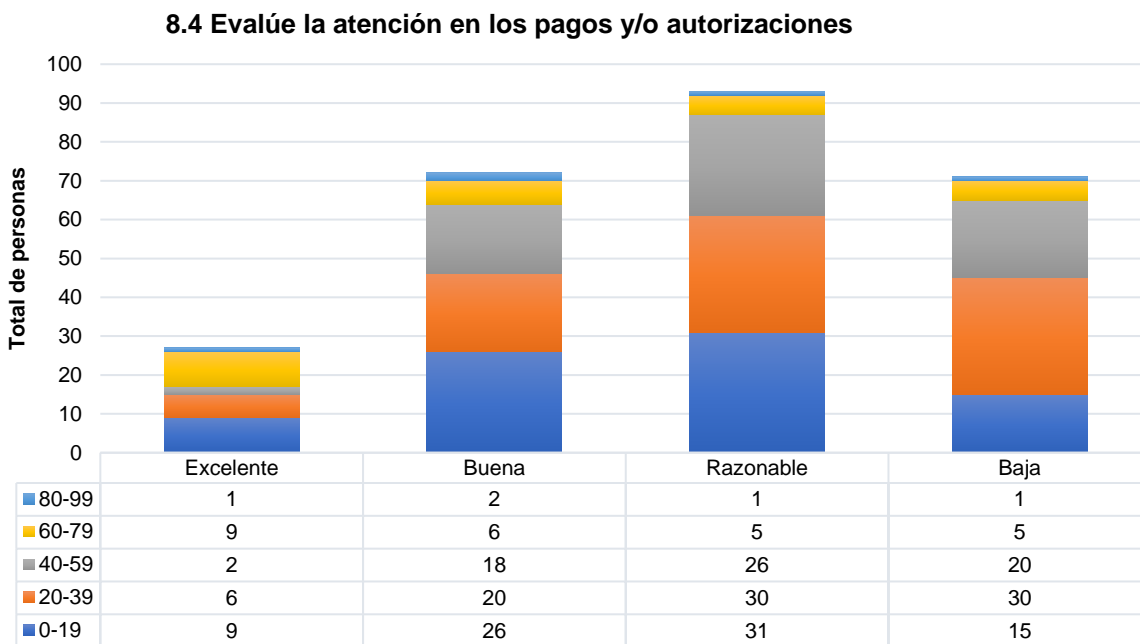


Figura 17. Total de personas según la calidad de atención que reciben en la entrega de resultados. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la



percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.



*Figura 18.* Total de personas según la calidad de atención que reciben en el lugar de pagos y/o autorizaciones. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

Otro aspecto importante para la igualdad en el trato del usuario es poder contar con instalaciones en buen estado, donde haya un ambiente óptimo para recibir una consulta o estar esperando para la misma. Para el caso de la encuesta, se puede ver que la percepción de calidad se distribuye entre buena, razonable y baja. Para el Hospital (Figura 19) y la sala de urgencia (Figura 20), la participación porcentual es similar, observando una gran inconformidad con respecto a la calidad de estas instalaciones. El consultorio médico (Figura 21) a pesar de tener una mejor aceptación, mantiene la tendencia a una percepción negativa por parte de los usuarios en su gran mayoría.

**9.1 Evalúe la calidad del Hospital**

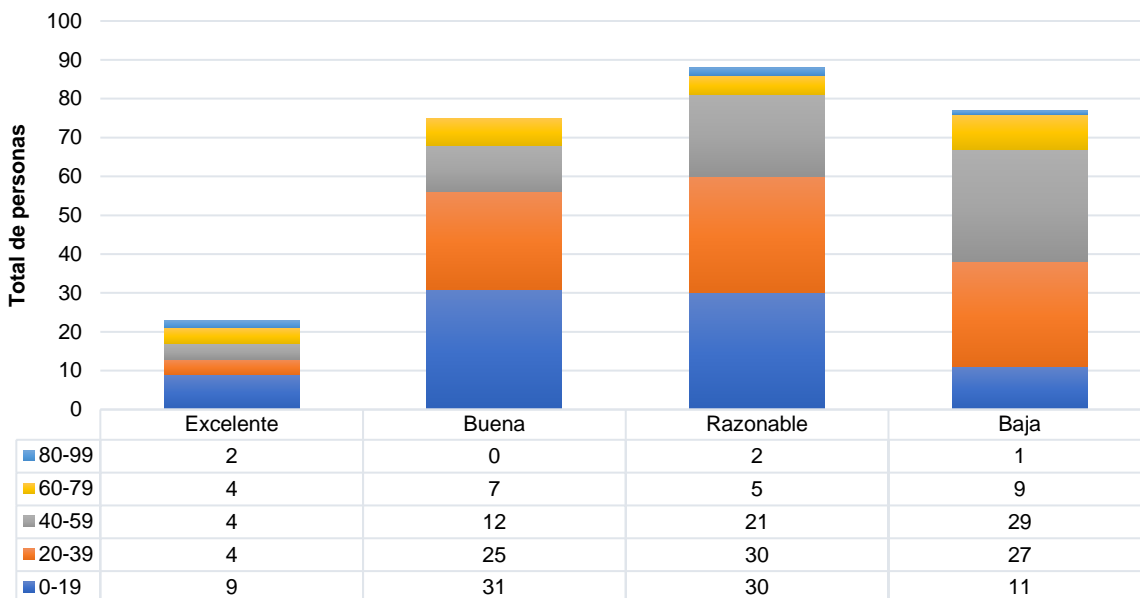


Figura 19. Total de personas según la calidad de los hospitales. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

**9.2 Evalúe la calidad de la sala de urgencia**

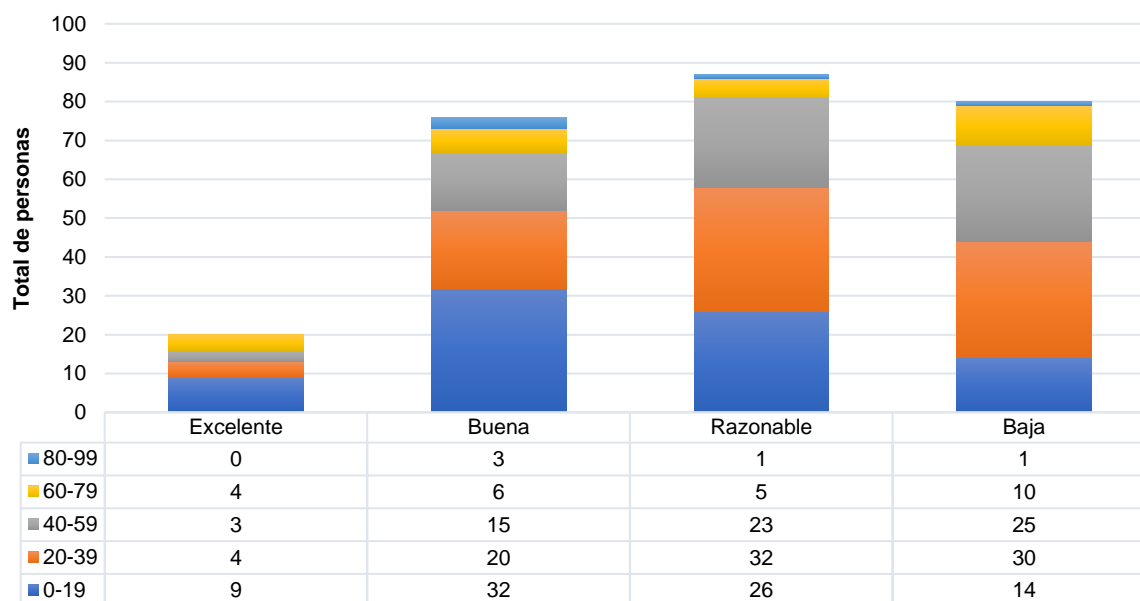


Figura 20. Total de personas según la calidad de la sala de urgencia. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad,

equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

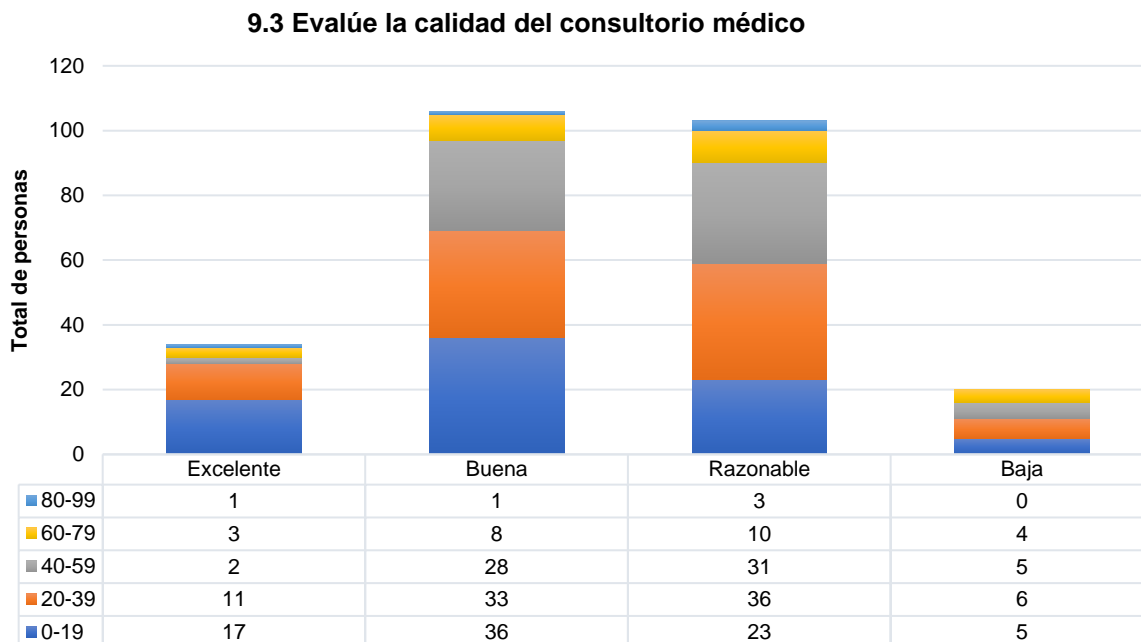
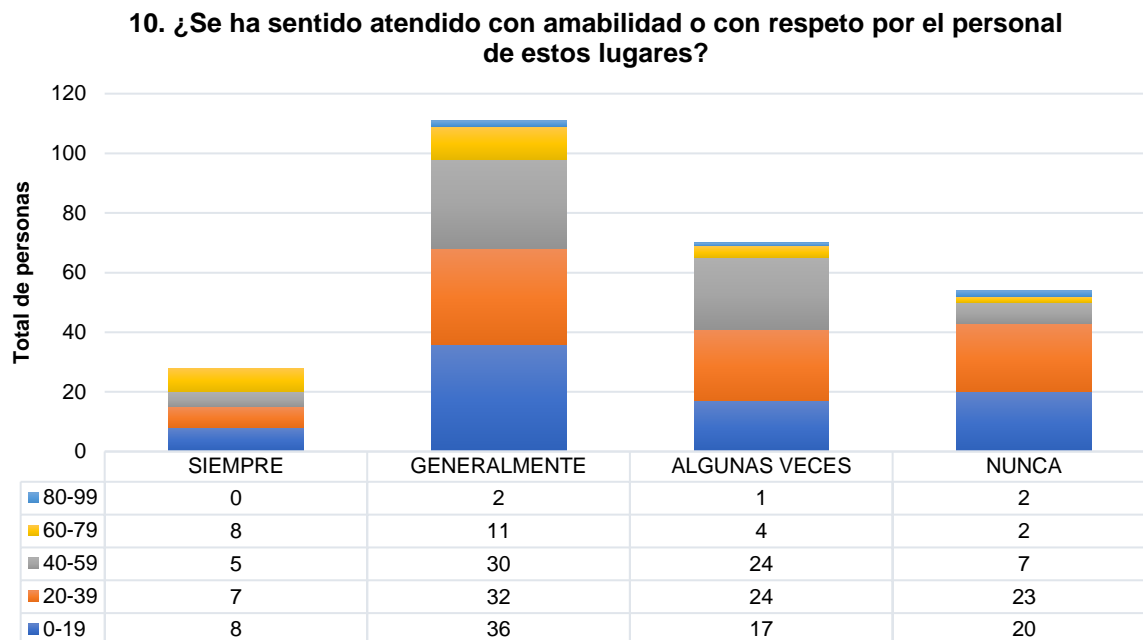


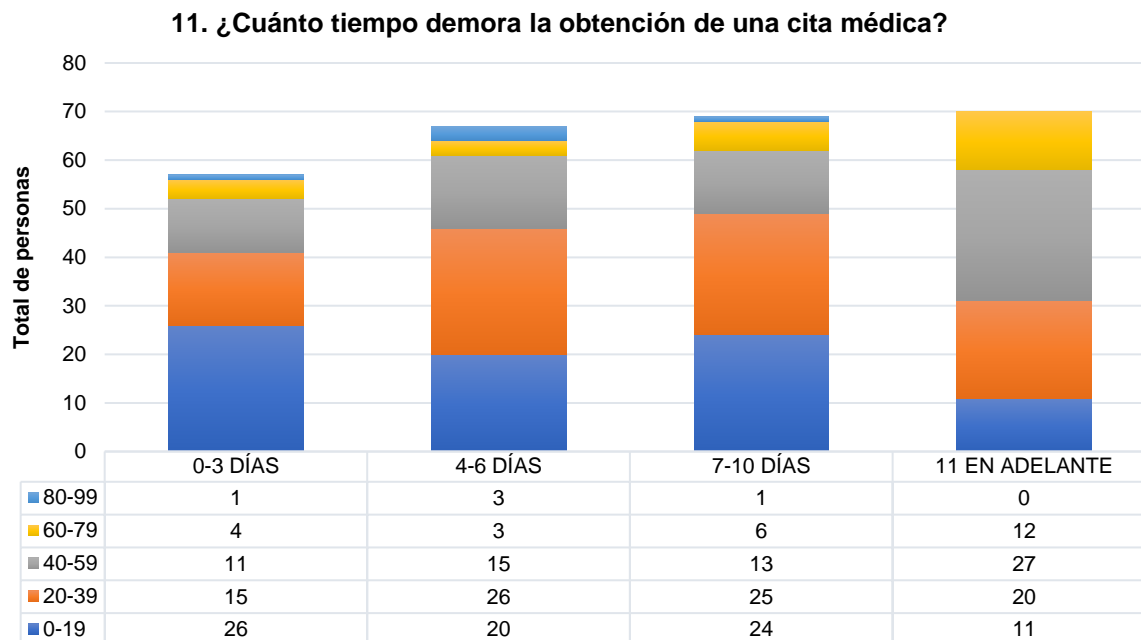
Figura 21. Total de personas según la calidad de los consultorios médicos. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

La percepción de amabilidad y respeto se distribuye en 11% siempre, 42% generalmente, 26% algunas veces y 20% nunca. Un ideal en el servicio debe apuntar a que la participación porcentual de este último sea mínima, sin embargo, encontrar que el 20% de los encuestados nunca han percibido un trato digno, es una cifra que debe alarmar. No obstante, el 42% se ve bien atendido generalmente. Estas variaciones cambian según el régimen al que pertenezca la persona o el lugar donde recibe la atención (ver Figura 22).



*Figura 22.* Total de personas ubicadas según la periodicidad de la atención. Adaptado de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

Para mayor especificación en la Figura 23, se es necesario hacer la claridad (hecha a cada encuestado) que el tiempo de espera es con respecto a una cita general. La distribución porcentual es pareja, mas no el de cada estrato. Donde se claro ver que entre más alto sea el estrato (en edad), más tiempo de demora hay en la cita. No obstante, los encuestados en su mayoría coincidían que la obtención de una cita con especialista podía tardar de 3 meses en adelante.



*Figura 23.* Total de personas según la demora en la obtención de una cita médica. Adaptada de una elaboración propia con datos obtenidos de la Encuesta sobre la percepción de igualdad, equidad o uniformidad en el trato en el Sistema General de Salud de los ciudadanos del área metropolitana de Bucaramanga.

### 4.3 Sostenibilidad Financiera

Para evaluar este principio se tomó como referencia 3 dimensiones que son, los gastos de salud (subsectores y niveles), participación en el PIB de salud y las fuentes de financiamiento del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Donde se brinda un panorama amplio del flujo de recursos en el SGSSS, permitiendo que los 3 regímenes funcionen de manera correcta, beneficiando primeramente al usuario con un servicio de calidad.

**4.3.1 Fuentes de financiamiento.** El flujo de recursos de Sistema de Salud, para fecha 31 de junio de 2017, se dividía en 3 fases. Fuentes primarias, intermediarios y el destino final de los recursos. Entre las fuentes primarias se registran las rentas cedidas, transferencias del Sistema

General de Participaciones (SGP) para la salud. Además de regalías directas, recursos propios de estas entidades territoriales. Junto con los ingresos de empresas, fondos, cajas de compensación y cooperativas entre otras. Adicional a esto, las cotizaciones provenientes del régimen contributivo y del régimen especial. La segunda fase implicaba la intermediación de recursos, con la principal entidad llamada Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA). La cual a través de 3 subcuentas se encargaba de distribuir dichos recursos en los distintos regímenes, bien sea contributivo, subsidiado o especial. Finalmente, mediante las EPS, estos recursos se hacen llegar a las IPS, quienes se encargan de brindar el servicio de salud para los usuarios (Nuñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012).

**4.3.2 Participación en el PIB.** Esta dimensión se realizó con base en un informe de Cuentas Departamentales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el cual muestra el Producto Interno Bruto (PIB) a precios corrientes por departamentos en el periodo del 2000 al 2016. En donde se puede apreciar el valor agregado según actividad económica, a precios corrientes, la participación porcentual por rama de actividad dentro del PIB departamental y la variación anual del valor agregado, según actividad económica. En pro de la investigación realizada, se tomaron los valores entre los años 2007 al 2016, de los servicios sociales y de salud de mercado, la cual pertenece a la rama de Actividades de servicios sociales, comunales y personales del PIB del departamento de Santander. En el gráfico 26, se puede apreciar un aumento significativo en los fondos destinados para los servicios sociales, pasando de 439.000 millones de personas a 1.011 billones de pesos. Un aumento de más del 100%, donde se ve que la mejoría económica del departamento de Santander tiene repercusiones positivas en el sector de la seguridad social.

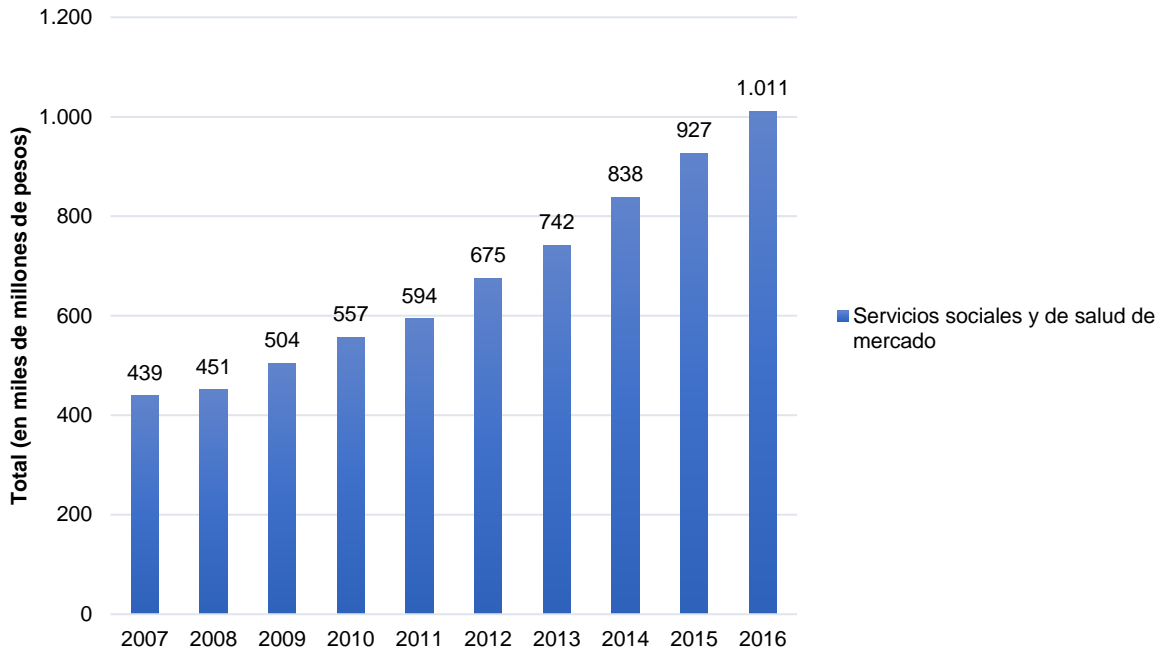


Figura 24. Valor agregado de los servicios sociales y de salud de mercado a precios corrientes. Adaptado de elaboración propia con datos de Informe Cuentas Departamentales (DANE)

Empero la Figura 25 muestra que la participación porcentual en el PIB sigue siendo inferior al 2%. Esto deja ver que el PIB en Santander ha sido creciente y variable en los últimos 10 años, sin embargo, el área de la seguridad social y la salud no ha podido ganar mayor participación dentro del mismo.

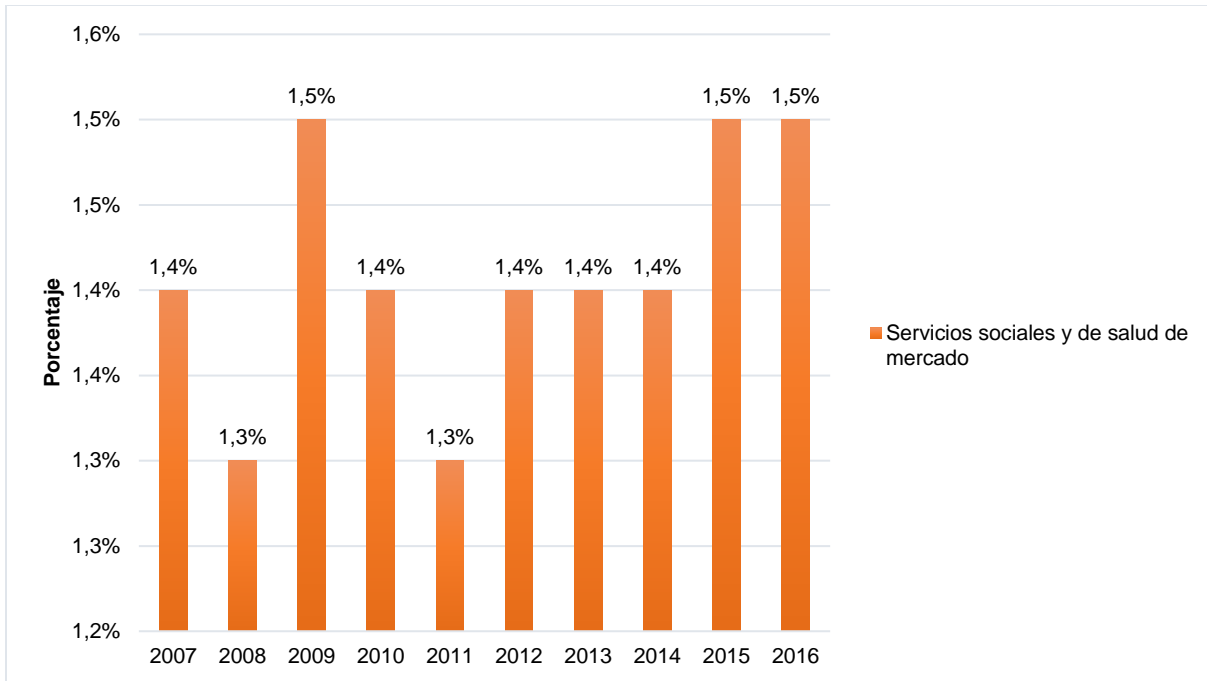


Figura 25. Participación porcentual de los servicios sociales y de salud de mercado dentro del PIB departamental. Adaptado de una elaboración propia con datos de Informe Cuentas Departamentales (DANE)

Adicional, la Figura 25 muestra la variación que ha tenido el valor agregado de esta sub-rama de actividad del PIB. Teniendo para el 2016 una variación negativa con respecto al año anterior.



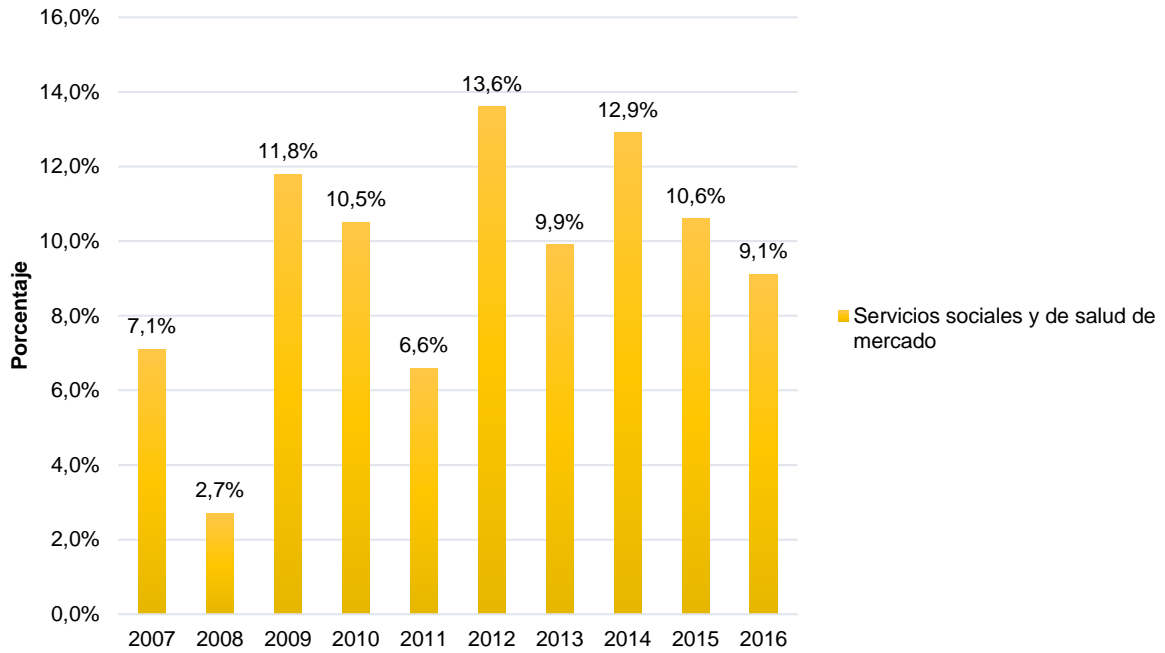


Figura 26. Variación anual del valor agregado de los servicios sociales y de salud de mercado. Adaptado de una elaboración propia con datos de Informe Cuentas Departamentales (DANE)

## **5. Conclusiones**

### **5.1 Universalidad en la cobertura**

Dados los resultados, se puede observar que este principio no se cumple a plena cabalidad en el área metropolitana. Es claro que los 3 regímenes de salud están creciendo notablemente, sin embargo, la población también tiene una curva ascendente. Además de esto hay 2 factores claves que demuestran la deficiencia en este principio. En primer lugar, para los datos de la GEIH, la población cubierta por el servicio de salud no supera el 50% del total (ver Figura 6). Esto quiere decir que, en las 13 áreas metropolitanas más importante de Colombia, cerca de 11 de habitantes no están afiliados al servicio médico, en ningún régimen. Lo cual indica una problemática grande que atenta contra las bases del principio evaluado.

Adicional, el indicador para el AMB tampoco es favorable. Porque al observar la Tabla 3, la informalidad para el 2016 supera los 300.000 habitantes, indicando un déficit de cobertura, bajo la misma proporción porcentual que en las 13 áreas metropolitanas. Lo que refleja de que la Universalidad en la cobertura no se cumple, teniendo en cuenta que su definición conceptual indica (ver Tabla 2) que cada individuo debe tener llegada al sistema sin importar su condición socioeconómica.

### **5.2 Igualdad, equidad o uniformidad en el trato**

Este principio al ser trabajado con una encuesta de percepción dentro del AMB permitió tener una opinión más certera del usuario con respecto al sistema de salud actual. De las 11 preguntas realizadas en total, el parte no es positivo. Ya que se puede apreciar que la mayoría de

la muestra tiene objeciones con respecto al pago, al trato o la calidad del servicio que se brinda en las distintas instalaciones. Por otro lado, es claro que la edad, el género y la condición salarial es un factor que influye sobre la percepción de cada persona, mas no es variable sobre el hecho que el SGS en el área metropolitana de Bucaramanga es deficiente.

Destacar también que, a pesar de haber una tendencia negativa en la percepción de la calidad de los lugares de atención y el trato percibido por los usuarios, en lugares como la sala de espera, la entrega de medicamentos, entre otras. Es de destacar que la mayoría de los encuestados encuentran viable un incremento del pago por un mejor servicio. Lo que puede indicar que una atención de calidad no sólo es un gusto, sino una prioridad en el servicio médico para los usuarios y debería ser para las entidades que prestan dicho servicio.

En términos generales, éste principio de igualdad, equidad o uniformidad en el trato, no sólo no se cumple (según los encuestados), en el AMB, sino que va en constante detrimento. Ya que la percepción negativa es similar en todos los rangos de edad. Dando muestra que, con el paso del tiempo el mal servicio médico es una constante para el usuario, que encuentra pertinente y necesario un cambio inmediato, como parte del cuidado de sus derechos.

### **5.3 Sostenibilidad Financiera**

Este último principio estudiado, a diferencia de los 2 anteriores, tiene puntos por mejorar desde un plano positivo. Las fuentes de financiamiento, desde lo teórico, brindan un soporte grande para que el SGS se mantenga, sobre todo el régimen subsidiado y especial. Lo cual garantiza que hay una entrada de dinero importante para este sector, además que su participación en el PIB ha

tomado fuerza en los últimos 10 años. Sin embargo, el valor porcentual real dentro del PIB departamental en ínfimo.

Concluido el estudio del SGS en el área metropolitana de Bucaramanga, es de notar que existen grandes falencias en los 3 principios convencionales para la seguridad social estudiados. El principio de la universalidad en la cobertura podría mejorar buscando estrategias que apunten a generar conciencia en la población sobre 1 de los aspectos más influyentes en su bajo valor porcentual, la informalidad. Logrando así que los niveles de empleos altos en el área metropolitana se mantengan, pero disminuya el índice de informalidad, haciendo así que esa población se vincule al sistema a través de las prestaciones sociales, aumentando en gran medida la cobertura en la población. Por otro lado, el segundo principio requiere de un trabajo conjunto en el usuario y el prestador del servicio. Buscando que los domicilios que brindan algún tipo de atención en salud tengan tanto los espacios como el personal capacitado y calificado. Logrando así que el usuario, independientemente de su régimen, pueda tener la tranquilidad de estar frente a un buen servicio. En el último principio, lo principal es que el flujo de dinero sea transparente y óptimo, es decir, que hayan la menor cantidad de intermediarios, ya que esto entorpece y ralentiza el proceso aumentado costes, que terminan perjudicando únicamente al usuario.

## 6. Referencias Bibliográficas

- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 16(6), 2817-2828.  
doi:10.1590/S1413-81232011000600020
- Añazco, R., & Pérez, F. (s.f). *Medición de la Pobreza Multidimensional en Ecuador*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos:  
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Arias Gozález, J. F. (4 de Marzo de 2016). EPS pagarán \$2 mil millones a hospitales de Santander, de deuda de \$192 mil millones. *Vanguardia Liberal*.
- Banco Mundial. (12 de Mayo de 2015). *Banco Mundial*. Obtenido de  
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?end=2014&locations=EC&start=2004&view=chart>
- Barr, N. (2002). *El sistema jubilatorio: Un rompecabezas*. (Fondo Monetario Internacional ed.). (R. Donadi, Trad.) Washington D.C. Obtenido de  
<http://www.imf.org/external/pubs/FT/issues/issues29/esl/issue29s.pdf>
- Beveridge, W. (1942). *Plan Beveridge*. Londres.
- Bottia, M., Cardona-Sosa, L., & Medina, C. (2012). El SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia: ventajas y limitaciones. *Revista de Economía del Rosario*, 137-177.

- Feres, J., & Mancero, X. (s.f). *El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas y sus aplicaciones en América Latina*. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- González, J. I. (2002). La Seguridad Social: Entre la Solidaridad y la Equidad. *Gerencia y políticas de Salud: Espacio abierto*, 18-24.
- Goyes, I., & Hidalgo, M. (2011). *Principios de la seguridad social en pensiones*. Obtenido de [www.udena.edu.co](http://www.udena.edu.co): <http://ciesju.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2012/12/Principios-de-la-seguridad-social-en-pensiones.pdf>
- Henríquez, A. M. (24 de Abril de 2014). *alexisymarcelo*. Obtenido de Wordpress: <https://alexisymarcelo.wordpress.com/2014/04/24/las-pensiones-en-el-estado-de-bienestar/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (Marzo de 2016). *Reporte de Pobreza*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Ley 100. (23 de Diciembre de 1993). *Sistema de Seguridad Social Integral*. Bogotá D.C, Cundinamarca, Colombia.
- Ley Estatutaria N°1751. (16 de Julio de 2015). *Congreso de la República de Colombia*. Bogotá D.C, Cundinamarca, Colombia
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Mesa-Lago, C. (2009). *Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas*. Naciones Unidas.

Santiago de Chile: CEPAL.

Ministerio Coordinador del Desarrollo Social. (3 de Septiembre de 2016). *Desarrollo Social*.

Obtenido de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Agosto de 2016). Intervención de Minsalud en la

Comisión VII del Senado, sobre la cultura de la seguridad en social. Bogotá D.C,

Cundinamarca, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido

de Ministerio de Salud y Protección Social:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido

de Ministerio de Salud y Protección Social:

[https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/R%C3%A9gimenContributivo.as](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/R%C3%A9gimenContributivo.aspx)

[px](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/R%C3%A9gimenContributivo.aspx)

Natanson, J. (11 de Julio de 2011). El 82 por ciento, como el múltiple orgasmo masculino. *El*

*país*.

Núñez, J., Zapata, J., Castañeda, C., Fonseca, M., & Ramírez, J. (2012). *La Sostenibilidad*

*Financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. FEDESARROLLO. FEDESARROLLO. Obtenido de

[http://adida.org.co/pdf/salud\\_2012/la\\_sostenibilidad.pdf](http://adida.org.co/pdf/salud_2012/la_sostenibilidad.pdf)

- Obando, I. M. (2012). El derecho a la seguridad social en el constitucionalismo chileno: Un continente en busca de su contenido. *Estudios Constitucionales*, 289-388.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (6 de Junio de 2003). Obtenido de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_067592.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (9 de Noviembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Pérez Y Soto, A., & Calderón, Y. A. (2012). El concepto de Seguridad Social: Una aproximación a sus alcances y sus límites. *JUSTITIA*, 75-99.
- Rojas, F. (2013). Economía, crisis y salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 194-196.
- Ruíz, M. I. (Marzo de 2011). *Políticas públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Culiacán, Sinaloa, México.
- Sánchez-Castañeda, A. (2012). *La protección y la seguridad social en México*. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 61-71.
- Uzcástegui, R. (1990). *Seguridad Social*. Caracas: Academia Nacional de Ciencias.
- Van Parjís, P. (Febrero de 1994). Au delà de la solidarité. Les fondements éthiques de l'état-providence et de son dépassement. (CIEPP, Trad., & N. y. Dávila, Recopilador)